

50

PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

GIUGNO

2022

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli 

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA, 30 VOL.50 N°1, 2022

SOCIETÀ ITALIANA DI TERAPIA COMPORTAMENTALE E COGNITIVA



PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage

please see: <http://creativecommons.org>

DIRETTORE: Lorenza Isola

VICE DIRETTORE: Marco Bani, Michele Procacci

DIRETTORE RESPONSABILE: Valeria Vantaggi

COMITATO DI REDAZIONE: Gabriella Catalano, Barbara Renzetti, Valeria Semeraro, Rosa Vitale

COMITATO SCIENTIFICO: Antonino Carcione, Lorenzo Cionini, Giovanni Liotti †, Francesco Mancini, Mario Reda, Giorgio Rezzonico, Savina Stoppa Beretta, Rita Ardito, Carlo Buonanno, Luca Canestri, Antonella Carassa, Gabriele Chiari, Livia Colle, Giovanni Fassone, Donatella Fiore, Furio Lambruschi, Andrea Landini, Chiara Manfredi, Giuseppe Nicolò, Antonio Onofri, Cristina Ortu, Susanna Pallini, Cristiana Patrizi, Roberto Pedone, Renato Proietti, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Antonio Semerari, Mariagrazia Strepparava

REDAZIONE CENTRALE: Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma, tel. 06/44704193, fax 06/44360720, e-mail: quaderni@sitcc.it

Gli articoli della Rivista sono sottoposti a referaggio

Autorizzazione del Tribunale di Torino n. 4984 del 14/10/1996 – Semestrale – Direttore responsabile: Valeria Vantaggi – Poste Italiane Spa – Sped. in abb. post. – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano – Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: Global Print s.r.l., Via degli Abeti n. 17/1, 20064 Gorgonzola (MI).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia (CC-BY-NC-ND 4.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

I Semestre 2022 – Finito di stampare nel luglio 2022

Editoriale
di *Angelo Zappalà* » 5

SEZIONE GENERALE – Studi e ricerche

Verso la costruzione di un legame affettivo. Il trattamento integrato della Theraplay e della psicoterapia Diadica evolutiva in caso di affidamento e adozione
di *Tiziana Frau, Milena Milani, Amanda Jones, Dafna Lender* » 9

L'attaccamento va in tribunale: protezione e affidamento dei minori
di *Tommie Forslund et al.* » 25

L'attaccamento adulto nella valutazione del rischio per il minore. Teoria e dati sull'uso della DMM-Adult Attachment Interview in contesti forensi
di *Patricia M. Crittenden, Susan J. Spieker, Andrea Landini, Giuliana Florit* » 98

I modelli teorici di matrice cognitivista nella consulenza tecnica in ambito civile nei casi di separazione divorzio: riflessioni ed esemplificazioni cliniche
di *Elena Gualtieri, Roberta De Filippis, Silvia Vayr* » 115

Esperienze traumatiche e ricordi: implicazioni in campo clinico e legale di <i>Marinella Malacrea, Francesco Felis, Marco Pagani, Isabel Fernandez</i>	» 132
Malingering: diagnosi differenziale e valutazione testistica nel contesto forense penale di <i>Veronica Tatti, Luciano Giromini</i>	» 166
Domande e risposte sul tema delle memorie traumatiche. Intervista di Angelo Zappalà alla Prof.ssa Giuliana Mazzoni di <i>Giuliana Mazzoni, Angelo Zappalà</i>	» 181

Editoriale

Angelo Zappalà*



Nel 2018, al termine del XIX Congresso della SITCC, nasceva l'Area di interesse sulla Psicologia e Psicoterapia Forense (AIPFF). La AIPFF ha lo scopo di promuovere e coordinare attività e iniziative per offrire a tutti gli affiliati della SITCC un punto di riferimento per l'applicazione del nostro modello scientifico-culturale nel contesto forense, sia nell'ambito civile che nell'ambito penale.

Questo numero di Quaderni, opera anche di colleghe che fanno parte della AIPFF, è il primo interamente dedicato alla declinazione forense del nostro lavoro clinico.

Il numero si apre con la traduzione dell'articolo (Forslund *et al.*, 2021) che fa il punto sui fraintendimenti, che spesso si traducono in applicazioni scorrette, della teoria dell'attaccamento nel contesto forense. Nella prima parte dell'articolo si passano in rassegna i problemi relativi all'utilizzo della teoria e della ricerca della teoria dell'attaccamento nell'ambito del Tribunale per i Minorenni mentre nella seconda parte si forniscono indicazioni per una sua adeguata e corretta applicazione.

Sulla scia di questo contributo, Crittenden, Spieker, Landini e Florit sottolineano come nei casi di pregiudizio di un minore siano molte le decisioni che gli operatori e i magistrati devono prendere e che avranno un impatto su tutti i membri della famiglia. La somministrazione della DMM-AI

* CBT Academy, Scuola di specializzazione cognitivo-comportamentale in ambito clinico e forense di Torino; IUSTO, Istituto Universitario Salesiano; Abo Akademi University, Turku, Finlandia; via della Rocca, 2 – 10123 Torino; email: direttore@cbt.academy.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 50/2022
DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14080

(Crittenden & Landini, 2011) 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. I dati ricavati dalla DMM-AAI, integrati con altri, 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.

Nel terzo contributo, Frau, Milani, Jones e Lender osservano come i percorsi e i programmi rivolti alla tutela del minore e delle famiglie debbano assumere dei metodi per la valutazione delle competenze genitoriali e la scelta di programmi di supporto e trattamento che siano rivolti *alla relazione* (Steele *et al.*, 2003), *alla costruzione dei legami affettivi* (Hill & Schore, 2015), e *informati sugli esiti del trauma* (Porges, 2004), per evitare il ripetersi di esperienze dalla valenza abbandonica e traumatica per il minore stesso. Le autrici introducono la Theraplay (Booth & Jernberg, 2010) e la Terapia diadica dello sviluppo, DDP (Huges, 2007; Huges *et al.*, 2019) come piani di trattamento integrabili fra di loro, nei casi di affido e adozione.

Nel quarto contributo, Gualtieri, De Filippis e Vayr, valutano il ruolo dell'esperto impegnato nelle consulenze tecniche, nell'ambito delle vicende separative sottolineando che nell'ambito di una Consulenza Tecnica di Ufficio (CTU), sia necessaria una competenza clinica e non solo psico-forense. Infatti, se è vero che spesso si insiste sul carattere non terapeutico della CTU, la quale dovrebbe avere un compito esclusivamente valutativo, non si può negare il potenziale trasformativo insito nella relazione stessa, nell'attivazione della cooperazione e nel metodo clinico, indispensabili strumenti tecnici in ambito separativo.

Il quarto e il quinto contributo sono dedicati al controverso tema della affidabilità delle memorie di esperienze traumatiche (tema che è stato oggetto di un simposio organizzato dalla AIPPF al XX Congresso Nazionale SITCC tenutosi il 2021).

Durante l'attività clinica, lo psicoterapeuta incontra spesso pazienti che portano in seduta memorie di esperienze traumatiche e tali esperienze, a volte, riguardano abusi sessuali subiti. Lo psicoterapeuta che svolge il ruolo di Perito o di Consulente Tecnico di Parte potrebbe trovarsi nella posizione di dover rispondere a "scomode" domande formulate dal Giudice, dal Pubblico Ministero o dall'Avvocato: i ricordi dell'abuso sessuale infantile possono essere dimenticati e poi tornare in età adulta durante una psicoterapia? È possibile avere una falsa memoria di aver subito una violenza sessuale? La

psicoterapia può aver indotto il ricordo di questi abusi quando in realtà non sono mai avvenuti? È possibile distinguere una memoria autobiografica genuina da una falsa memoria? Considerando che spesso in questo tipo di processi penali l'ipotesi accusatoria si fonda esclusivamente sulle dichiarazioni della presunta vittima, appare evidente la questione cruciale di come valutare le dichiarazioni di questi ricordi autobiografici.

Il dibattito sulla affidabilità delle memorie recuperate di presunti abusi sessuali, battezzato a metà degli anni '90 con il termine “*memory wars*”, e che sembrava archiviato, sta tornando sulla scena (Otgaar *et al.*, 2019) anche grazie al rinnovato interesse per l'importanza del trauma nello sviluppo di un quadro psicopatologico.

Nel loro lungo, articolato e documentato contributo, Malacrea, Felis, Pagani e Fernandez analizzano in dettaglio l'intera produzione scientifica più recente sul tema delle memorie delle esperienze traumatiche, sui falsi ricordi, sulla dissociazione e sull'EMDR, mettendo in luce i rilievi clinici e forensi.

L'intervista a Mazzoni, il sesto contributo, permette al lettore di farsi una idea di come rispondere alle “scomode” domande di cui sopra, come ad esempio: i ricordi di esperienze traumatiche possono rimanere inaccessibili alla coscienza per anni e poi improvvisamente essere ricordati? Ma è vero che i ricordi di esperienze traumatiche spesso non sono accessibili alla coscienza perché la “mente” è in grado di bloccare inconsciamente le memorie di esperienze traumatiche a causa del loro contenuto doloroso?

Chiude il numero, il contributo di Tatti e Giromini sulla simulazione o esagerazione intenzionale di una patologia fisica o mentale, messa in atto allo scopo di ottenere benefici tangibili, quali il ricevimento di un risarcimento economico o la mitigazione di una sentenza penale. Nel contributo sono esaminati in dettaglio i due strumenti più nuovi e promettenti in questo ambito, ovvero l'IOP-29 (Viglione *et al.*, 2017; Viglione & Giromini, 2020) e l'IOP-M (IOP-M; Giromini *et al.*, 2020), in grado di valutare le capacità mnemoniche dei soggetti ai quali viene sottoposto).

Le vicende umane che attraversano i Commissariati, le Stazioni dell'Arma dei Carabinieri, i Tribunali, gli studi legali o gli Istituti Penitenziari sono piene di psicologia: sia che si tratti di studiare i processi psicologici coinvolti nella commissione di un reato, nell'investigazione, nel procedimento penale, nella valutazione e nel trattamento dell'autore di reato.

Crediamo che le attività della AIPFF possano contribuire ad aiutare i Giudici a prendere decisioni migliori, per cercare di avvicinare sempre di più verità e giustizia.

Bibliografia

- Booth P.B. & Jernberg A.M. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Crittenden P.M. & Landini A. (2011). *Assessing adult Attachment: A Dynamic maturational approach to discourse analysis*. New York: Norton.
- 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., ... Duschinsky R. (2022). Attachment goes to court: child protection and custody issues. *Attachment & human development*, 24(1): 1-52. DOI: 10.1080/14616734.2020.1840762.
- Giromini L., Viglione D.J., Zennaro A., Maffei A. & Erdodi L.A. (2020). SVT meets PVT: Development and initial validation of the Inventory of Problems-Memory (IOP-M). *Psychological Injury and Law*, 13(3): 261-274. DOI: 10.1007/s12207-020-09385-8.
- Hill D., Schore A. (2015). *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*. New York: W.W. Norton & Co.
- Huges D.A. (2007). *Attachment-Focused Family Therapy*. New York: W.W. Norton & Co.
- Huges D.A., Golding K.S. & Hudson J. (2019). *Healing Relational Trauma With Attachment-Focused Interventions: Dyadic Developmental Psychotherapy with Children and Families*. New York: W.W. Norton & Co.
- Otgaar H., Howe M.L., Patihis L., Merckelbach H., Lynn S.J., Lilienfeld S.O. & Loftus E.F. (2019). The Return of the Repressed: The Persistent and Problematic Claims of Long-Forgotten Trauma. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 14(6): 1072-1095. DOI: 10.1177/1745691619862306.
- Porges S.W. (2004). Neuroception: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety. *Zero to Three*, 24: 19-24.
- Steele M., Hodges J., Kaniuk J., Hillman S. & Henderson K. (2003). Attachment representations and adoption: associations between maternal states of mind and emotion narratives in previously maltreated children. *Journal of Child Psychotherapy*, 29: 187-205. DOI: 10.1080/0075417031000138442.
- Viglione D.J., Giromini L. & Landis P. (2017). The development of the Inventory of Problems-29: A brief self-administered measure for discriminating bona fide from feigned psychiatric and cognitive complaints. *Journal of Personality Assessment*, 99(5): 534-544. DOI: 10.1080/00223891.2016.1233882.
- Viglione D.J. & Giromini L. (2020). *Inventory of Problems-29: Professional manual*. IOP-Test, LLC.

***Verso la costruzione di un legame affettivo.
Il trattamento integrato della Theraplay
e della psicoterapia Diadica evolutiva
in caso di affido e adozione***



Tiziana Frau*, Milena Milani**, Amanda Jones***, Dafna Lender****

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

Sommario

I minori che entrano nel percorso di affido e adozione si trovano a dover affrontare la rottura del primo legame affettivo con la loro famiglia d'origine e l'inizio di un nuovo legame con quello dei genitori adottivi. In molti casi i minori prima di essere adottati, hanno inoltre transitato in diverse case famiglie, e/o sono passati da una o più esperienze di affido. In generale a una iniziale fase di "buon adattamento" del bambino seguono momenti di forte crisi (Brodzinsky *et al.*, 1990). Alla luce di questo, i percorsi e i programmi rivolti alla tutela del minore e delle famiglie devono assumere dei metodi per la valutazione delle competenze genitoriali e la scelta di programmi di supporto e trattamento che siano rivolti *alla relazione* (Steele *et al.*, 2003), *alla costruzione dei legami affettivi* (Hill & Schore, 2015), e *informati sugli esiti del trauma* (Porges, 2004), per evitare il ripetersi di esperienze dalla valenza abbandonica e traumatica per il minore stesso. L'obiettivo del presente articolo è quello di introdurre

* PhD, psicologa, psicoterapeuta, IUSTO, Università salesiana degli studi di Torino, Theraplay Italia; Via Talucchi 27 – 10143 Torino; e-mail: tizianafrau@gmail.com.

** Psicologa, psicoterapeuta, Theraplay Italia – 20022 Castano Primo (MI); e-mail: milena.milena78@gmail.com.

*** LCSW, RPT, JD, Training Director at The Theraplay Institute, Chicago; 1224 W. Belmont Ave, Fl 1, Chicago (IL) – 60657 USA; e-mail: mandy@theraplay.org.

**** LCSW, Dafna Lender LLC, Chicago; 1567 Dewey Ave, Evanston (IL) – 60201-4079 USA; e-mail: dafna@dafnalender.com.

Autore corrispondente: Tiziana Frau.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 50/2022
DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14081*

re la Theraplay (Booth & Jernberg, 2010) e la Terapia diadica dello sviluppo, DDP (Huges, 2007; Huges *et al.*, 2019) come piani di trattamento integrabili fra di loro, nelle diverse fasi del processo adottivo, che promuovono la connessione e il suo recupero a fronte di rotture nella relazione genitore bambino, attraverso sedute alternate di gioco strutturate, di dialogo, in un clima comunicativo di tipo affettivo e riflessivo basato sulla giocosità, amorevolezza, accettazione ed empatia e curiosità fra le parti (Lender, *et al.*, 2005).

Parole chiave: Theraplay; terapia diadica evolutiva; adozione; trauma; connessione.

Abstract

Building an emotional bond. The integrated treatment of Theraplay and Developmental Dyadic Psychotherapy in foster care and adoption

Minors who enter the foster care and adoption process are faced with the breaking of their first emotional bond with their family of origin and the beginning of a new bond with their adoptive parents. In many cases, before being adopted, minors may have also passed through different family homes and/or have been through one or more foster care experiences. In general, an initial phase of “good adaptation” of the child is followed by moments of strong crisis (Brodzinsky *et al.*, 1990). In light of this, pathways and programs aimed at the protection of children and families must assume methods for the assessment of parenting skills and the choice of support and treatment programs that are focused on the relationship (Steele *et al.*, 2003), on the construction of emotional bonds (Hill & Schore, 2015), and informed about the outcomes of trauma (Porges, 2004), to avoid the recurrence of experiences with an abandonment and traumatic value for the child itself. The goal of this article is to introduce Theraplay (Booth & Jernberg, 2010) and Dyadic Developmental Therapy, DDP (Huges, 2007; Huges *et al.*, 2019) as mutually integrable treatment plans at different stages of the adoptive process that promote connection and its recovery in the face of ruptures in the parent-child relationship through alternating sessions of structured play, dialogue, in an affective and reflective communicative climate based on playfulness, loving-kindness, acceptance and empathy, and curiosity between the parties (Lender, *et al.*, 2005).

Keywords: Theraplay; developmental dyadic therapy; adoption; trauma; connection.

Introduzione

Nella costruzione dei nuovi legami affettivi, con i genitori non biologici, la partecipazione del bambino alla relazione, porterà con sé, le esperienze che hanno modellato il suo sistema nervoso, la valutazione di dove e quando il pericolo può presentarsi e la sua reattività in risposta a questo (Porges, 2004). Questi bambini hanno una forte carenza di esperienze intersoggettive piacevoli, esperienze che nutrono in noi il desiderio e la ricerca del legame e della prossimità fisica ed emotiva, e del sentimento di fiducia interpersonale

(Huges & Baylin, 2012). Per i genitori affidatari, e/o adottivi, comprendere e riconoscere le reazioni del bambino e promuovere delle esperienze interpersonali affettive regolative, rappresentano la base per lo sviluppo di nuovi pattern di attaccamento (Steele *et al.*, 2003).

Nella presa in carico del bambino e della famiglia, risulta fondamentale avere un piano di trattamento, sensibile sia ai processi di regolazione affettiva primaria, strettamente connessa alle memorie implicite associate alle precoci esperienze affettive, sia alla regolazione affettiva secondaria, attraverso lo sviluppo delle competenze riflessive e metacognitive dei genitori (Hill & Schore, 2015).

La Theraplay e la psicoterapia diadica evolutiva offrono, al riguardo, due modalità estremamente complementari che possono favorire la presa in carico del bambino e della famiglia adottiva.

La Theraplay

La Theraplay è una terapia diadica che coinvolge genitori o caregiver e bambini di età compresa tra i 2 e i 12 anni, e ha degli adattamenti per gli adolescenti (Lender, Booth & Lindaman, 2012). I bambini con una varietà di difficoltà sociali, emotive e comportamentali beneficiano della Theraplay, compresi quelli con comportamento ritirato o depresso, comportamento iperattivo-aggressivo, scatti d'ira, fobie e di difficoltà a socializzare e fare amicizia (Wettig, Coleman & Gleder, 2011; Siu, 2009), e che hanno sperimentato significativi traumi relazionali precoci (Jernberg, 1979; Booth & Jernberg, 2010; Booth & Lindman, 2000).

L'obiettivo della Theraplay è quello di creare una buona connessione fra genitore e bambino: si tratta di un metodo interattivo e relazionale, che supporta la capacità innata degli esseri umani di interagire socialmente fra loro. Poiché la Theraplay si focalizza sull'interazione, le sedute di gioco sono sempre videoregistrate, così da consentire, al terapeuta, di poterle usare per la seduta di video feedback con i genitori. I genitori sono coinvolti nelle sedute di gioco col bambino e con il terapeuta. È l'adulto che guida l'interazione, considerando che un genitore, sufficientemente buono, è colui che ha in carico la salute, la sicurezza del bambino, e si prende cura dei suoi bisogni emotivi. Alle prime sessioni, il terapeuta guida la seduta a sostegno del genitore, per lasciare successivamente al genitore la guida dell'interazione col bambino. Il terapeuta con i genitori coinvolge il bambino a partecipare a una serie di attività basate sul gioco, la cui scelta e organizzazione durante la seduta è stabilita a priori dal terapeuta e, eventualmente, riconsiderata in base

al momento durante lo svolgimento della sessione. Il trattamento è rivolto a far vivere al bambino e al genitore un'esperienza basata sul qui e ora, per cui non si discute durante la seduta di esperienze passate. Se il bambino fa fatica a seguire la guida dell'adulto, il terapeuta rimane a guida dell'interazione e attraverso modalità sensibili al bambino, lo orienterà verso il gioco nuovo o rivisto, riparando la perdita di sintonia e coinvolgendolo positivamente. L'esperienza è di buon coinvolgimento, arricchita dalla scelta di attività di gioco pensate in base a 4 dimensioni considerate fondamentali nelle capacità di accudimento del genitore, volte alla creazione di un attaccamento sicuro nella relazione col bambino (Norris & Lender, 2020). Le 4 dimensioni sono: la struttura, il coinvolgimento, la cura, la sfida.

La *struttura* è la prima dimensione, questa rientra nella capacità del genitore di essere una buona guida per il bambino. Il bambino che non sente una figura di riferimento valida tende a sostituirsi al genitore, o ad assumere comportamenti dirompenti e attivanti per riorientare l'attenzione sulla relazione. Una buona struttura fa sì che il bambino non debba sentire di dover prendersi il carico della relazione e dover essere in allerta verso possibili pericoli legati all'assenza o all'imprevedibilità della disponibilità emotiva del genitore. Il terapeuta rimane stabile nel suo modo di porsi a guida dell'interazione e, attraverso le attività con cui accompagna il genitore e il bambino a interagire, aumenta la loro possibilità di vivere un più alto numero di esperienze intersoggettive ottimali. Immaginiamo durante una delle attività della seduta basata sul "Fare canestro con dei batuffoli di cotone" nel quale il bambino deve fare canestro nelle braccia del terapeuta. Se il bambino lancia via il batuffolo appositamente oltre il terapeuta nel tentativo di prendere la guida dell'interazione, il terapeuta potrà modificare la struttura del gioco. Il terapeuta potrà, ad esempio, modificare la posizione dallo stare seduti in modo frontale (situazione potenzialmente troppo stimolante dato il contatto visivo), al sedersi uno di fianco all'altro. Il terapeuta potrà, inoltre, accogliere il lancio lungo del bambino come segno della possibilità di alzare il livello di sfida e, quindi, di spostare il canestro più lontano. L'idea è che oltre a non entrare in una posizione di correzione del comportamento del bambino, rischiando di entrare in simmetria con lo stesso, si scelga un gioco "cooperativo", attività nella quale il terapeuta rimane a guida dell'interazione dando struttura, per esempio verbalmente dicendo al bambino "uno due tre tira". Il bambino potrà fare esperienza di affidarsi alle indicazioni dell'adulto. Più che spiegare verbalmente le regole, l'adulto porta le regole dentro il dominio esperienziale nel quale lui si muove e interagisce col bambino riparando le perdite di sintonia in modo armonico senza interrompere l'attività del gioco per dare spiegazioni. In questo modo il terapeuta non solo mantiene la struttura ma sostiene il

coinvolgimento partecipativo del bambino all'interazione. La dimensione del *coinvolgimento* è sicuramente una dimensione fondamentale che riguarda la capacità del genitore di sintonizzarsi e di rispondere in modo empatico e riflessivo ai bisogni del bambino. La sua capacità di rispondere ai bisogni del bambino e di co-regolare lo stato affettivo, porta il bambino a vivere un'esperienza di calma, presenza e disponibilità intersoggettiva. Per poter riuscire a fare questo il genitore ha bisogno di poter riflettere sulla sua personale esperienza di attaccamento e sulla sua relazione col bambino. In linea teorica, la capacità di mentalizzare permette al genitore di avanzare interpretazioni sugli stati interni del bambino (Meins *et al.*, 2001; 2012). Tuttavia, questa capacità non garantisce di per sé che il genitore si renda conto dell'impatto del suo comportamento sul bambino promuovendo un attaccamento sicuro. Ciò che il genitore verbalizza potrebbe non essere coerente con il comportamento messo in atto. Diventa quindi essenziale considerare quella che Shaia e Belsky (2017) definiscono una mentalizzazione genitorialità incarnata, ossia un processo parentale che consideri il ruolo del comportamento interattivo non verbale, basato sugli scambi corporei tra l'adulto e il bambino (contatto fisico, tocco interpersonale ecc.). La Theraplay è orientata a far fare un'esperienza di regolazione primaria degli affetti, usando le vie della comunicazione emotiva non-verbale, in quanto come negli scambi interattivi, l'intercorporeità tra il genitore e il bambino viene sempre prima di altre modalità inter-soggettive. La dimensione della *cura* passa attraverso questa via, in cui il bambino viene toccato gentilmente, incontrato in uno sguardo accogliente e curato e tranquillizzato. La comunicazione coinvolge il contatto visivo, il tatto, il ritmo, e la modulazione dell'intensità da momenti di maggior calma o di più intensa stimolazione, una comunicazione tra cervelli destri (Moore & Yamamoto, 1989; Schore, 2019). I bambini con traumi nello sviluppo non hanno esperienze di buona regolazione affettiva ma spesso il livello di risposta ai loro bisogni non è stato appropriato in termini di sensibilità (livello di stimolazione troppo o poco intenso e frequente), e si manifesta attraverso difficoltà regolative di base del neurosviluppo (Perry, 2006). La Theraplay è multisensoriale, il terapeuta e il genitore coinvolgono il bambino in un'esperienza fisica total-body. Il tatto viene usato insieme alla voce e alla vista per aumentare il senso di connessione e presenza di sé e di sé con l'altro, e di coerenza nella comunicazione affettiva e cognitiva. La Theraplay è giocosa, questo è di fondamentale importanza, per far vivere al bambino delle esperienze di piacere condivise. Un adattamento importante per i bambini con traumi dello sviluppo, è la regolazione della distanza interpersonale, e il rispetto dello spazio peripersonale percepito come "In-out", con difficoltà nella modulazione graduale in risposta all'avvicinamento fisico dell'altro (Rabellino,

2020). In seduta per esempio, nella fase iniziale del “check in”, il bambino è seduto su di un cuscino in terra con a fianco il genitore, e noi siamo seduti davanti a loro. In questa fase iniziale della seduta si accoglie il bambino dicensi: “Cosa mi hai portato oggi?”. Quello che mi hai portato oggi sei tu! Le attività di apertura prevedono spesso un contatto fisico o visivo: ed esempio si osservano e descrivono in modo valorizzante tratti del viso o il colore degli occhi del bambino. Tuttavia se il bambino entra in allerta per l’eccessiva prossimità, il terapeuta sarà pronto a spostare l’attenzione su parti del corpo meno attivanti (es. mani e piedi, ovvero parti lontane dal tronco e dal volto). Per esempio potrà esclamare: “Hai portato due piedini! Eccoli: uno e due!”. Per gli adolescenti questo momento di accoglienza potrà avvenire attraverso commenti relativi al look, per esempio il terapeuta potrebbe osservare le scarpe che il ragazzo indossa e commentarle in modo entusiasta: “Ma queste scarpe da tennis bianche sono stupende!”. La modulazione della dimensione di coinvolgimento avviene al fine di mantenere l’esperienza emotiva del bambino sufficientemente dentro la finestra di tolleranza (Siegel, 1999). La scelta delle attività, durante la sessione, insegnano al bambino a regolarsi, proprio perché lo fanno transitare da attività di intensità fisiologicamente ed emotivamente differente. Per questo motivo, la Theraplay viene considerata l’applicazione clinica nel gioco della teoria polivagale (Lindaman & Mäkelä, 2018). Un’attività che spesso riscontra molto successo con i bambini adottati è quella di fare il calco delle forme del corpo con la carta stagnola. Il terapeuta modella la carta stagnola su varie parti del corpo del bambino, per esempio sul gomito mentre il genitore non guarda e chiede poi al genitore di riconoscere di quale parte del corpo del suo bambino si tratta. Per i bambini, e specialmente per quelli adottati, sentirsi visti e riconosciuti è un’esperienza altamente significativa. Lo stupore e la gioia che provano quando il genitore si mostra capace di riconoscerli nella loro dimensione corporea sono molto intense. Sperimentare che mamma e papà hanno in mente come sono fatti, diviene la prova tangibile dell’essere presente nella loro mente.

Ogni attività mantiene un profilo giocoso, e vuole far vivere al bambino e al genitore un’esperienza condivisa di buon coinvolgimento e piacevolezza.

I bambini con attaccamento insicuro non conoscono il piacere come esperienza interpersonale vitale (Stern, 2005). I bambini evitanti usano il gioco come elemento distrattore e di chiusura volto all’evitamento della relazione ai fini di non perturbare il genitore. In loro l’espressione della felicità è coperta da una falsa cognitività che esprime un “tutto bene”. I bambini preoccupati, vivono lo stato di relazione sempre teso, si sforzano di tenere il genitore legato a sé, o in modo tirannico o mostrandosi fintamente incapaci (Crittenden, 2008). Nei bambini con vissuti di paura nella relazione coi genitori, più alto

è il livello di pericolo esperito, più essi si ritrovano a vivere delle condizioni di allerta e di reazione alla minaccia che non lasciano spazio alla calma (Porges, 2021). Solo nell'attaccamento sicuro il bambino può conoscere il piacere come esperienza interpersonale condivisa, piacere che si ha nel sentirsi conosciuti e nel conoscere l'altro. Sentirsi speciali, unici, amabili ed esplorare insieme le proprie sensibilità, unicità, attraverso la risposta ai nostri bisogni, all'ascolto dei nostri desideri, in un processo a feedback. L'ultima dimensione è quella della *sfida* che riguarda la capacità del genitore di sostenere il bambino a fare qualcosa per lui sfidante. Il concetto di zona di sviluppo prossimale (Vygotskij, 1990) riesce a spiegare bene il senso del supporto del genitore, solo quando è necessario. La sfida non è mai intesa come dinamica di competizione fra genitore e bambino, ma altresì come esperienza di cooperazione nella quale si raggiunge l'obiettivo attraverso la partecipazione congiunta del genitore e del bambino, ognuno per il suo grado di sviluppo e ruolo.

La psicoterapia diadica dello sviluppo (DDP)

La psicoterapia diadica dello sviluppo (DDP) è un modello di terapia sviluppato da Dan Hughes che permette ai bambini, che hanno subito un trauma relazionale, di beneficiare di nuove esperienze relazionali riparative. Il suo approccio è coerente con la neurobiologia interpersonale (Hughes & Baylin, 2012) e con i principi di base del trattamento efficace del trauma complesso (Cook *et al.*, 2005), focalizzati su sei dimensioni principali «la sicurezza, l'autoregolazione, l'elaborazione auto-riflessiva delle informazioni, l'integrazione dell'esperienza traumatica, l'impegno relazionale e il miglioramento dell'affetto positivo» (Cook *et al.*, 2005, p. 395). La psicoterapia diadica evolutiva offre una modalità di trattamento che permette ai genitori di entrare in connessione coi bambini considerando sia la valenza affettiva della comunicazione, sia quella riflessiva. Nel caso di una comunicazione sull'adozione il terapeuta può permettere di far fare esperienza di sicurezza alla diade genitore e bambino, e di mantenere un'apertura delle conversazioni familiari riguardanti il passato del bambino e anche sul grado di divulgazione sociale sull'adozione da parte della famiglia (Farr, 2014; Barbosa-Ducharme *et al.*, 2015). La comunicazione sull'adozione è un processo di interazione familiare che è più del semplice scambio di informazioni (Brodzinsky, 2011). I bambini, spesso, hanno costruito delle credenze patogene su se stessi e si sentono responsabili delle cause del loro abbandono. I genitori, spesso, si trovano a vivere la loro relazione col bambino, come un nuovo punto d'inizio nella sua storia di vita, il momento in cui si ricomincia

“bene”: vogliono crescere il bambino nel migliore dei modi, sperando che dimentichi o non rimanga danneggiato dalle esperienze relazionali precoci della sua vita. A questo desiderio si associa anche il timore di parlare delle esperienze passate e si cerca di creare una linea di demarcazione fra il prima e il dopo. La frattura fra la vita traumatica e quella normale diventa, però, componente del trauma stesso (Brodzinsky, 1990; 2006). Un rischio molto alto, per i genitori adottivi, è quello di sperimentare una grande difficoltà nel quotidiano, nell’entrare in connessione col bambino e nel riparare perdite di sintonia. Spesso, anche a seguito di conflitti, aumenta il senso di distanza percepito, che ostacola la formazione del legame sicuro di attaccamento. In queste situazioni ci si ritrova a discutere sui fatti accaduti, momenti nei quali il genitore tende a portare l’attenzione alle azioni, ai comportamenti del bambino, piuttosto che ai suoi stati emotivi e alle intenzioni sottostanti non facilmente leggibili. Il genitore può far fatica a generare delle ipotesi sensibili alla difficoltà emotiva sperimentata dal bambino, può sentire di non aver la capacità di tollerare la crisi, generata dai comportamenti non attesi, e di non riuscire a riflettere sulle motivazioni dietro questi (Meins, 2012). Per riportare il genitore a un coinvolgimento basato sulla cura sensibile alle richieste di attaccamento del bambino anche quando “nascoste”, è fondamentale che il terapeuta sostenga il genitore a non reagire, e che la relazione rimanga sicura, perché facilita la regolazione del minore e il funzionamento interpersonale (Tronick, 2005, p. 225). Il terapeuta è a supporto di una esperienza relazionale, nella quale il genitore possa sentirsi sostenuto e, grazie a questo, rimanere riflessivo durante l’interazione col bambino (Meins, 2001). Le capacità di accudimento, inoltre, vengono rilette secondo il modello penta-sistemico (Hughes & Baylin, 2011), che rivolge l’attenzione alle modalità:

1. di ricerca di avvicinamento e prossimità del genitore verso il bambino;
2. sul sistema di ricompensa data dal piacere come esperienza intersoggettiva;
3. sulla capacità del genitore di decodificare i comportamenti del bambino;
4. di attribuire senso e significato all’esperienza;
5. di sapere esecutivamente agire in modo adeguato.

Se il funzionamento ottimale di questi sistemi permette ai genitori di supportare lo sviluppo sano del bambino, un blocco nelle capacità di cura, che può riguardare specificatamente uno di questi sistemi e più insieme, può invece influire negativamente. Il genitore deve poter acquisire la consapevolezza del suo ruolo e partecipazione nella riparazione a seguito di rotture della sintonizzazione, mantenendosi emotivamente disponibile, aperto e

coinvolto. Il modello PACE (l'acronimo PACE sta per Giocosso, Accettante, Curioso, Empatico) (Becker-Weidman & Hughes, 2008; Hughes, 2007.) al riguardo sottolinea le caratteristiche conversazionali e le disposizioni interpersonali che veicolano la possibilità di entrare in connessione. Questo modello conversazionale, innanzitutto, è un modello affettivo di comunicazione interpersonale, nel quale viene data estrema importanza alla regolazione dell'affetto primario e alla via della comunicazione percettiva e implicita, insieme a una comunicazione riflessiva. Un esempio di un intervento possibile del terapeuta di fronte a un momento di difficoltà del minore, in seduta col genitore, può essere, con tono di voce, calmo e accogliente: "Grazie per farmi vedere che non stai bene, capisco quanto deve essere difficile per te, mi chiedo che cosa ti preoccupi...".

La "*playfulness*", in questo processo, ha un ruolo centrale. Questa è una variabile delle differenze individuali, che permette alle persone di inquadrare, o di riformulare le situazioni quotidiane in modo tale da sperimentare come piacevoli, intellettualmente stimolanti, personalmente interessanti. Il genitore che riesce a mantenere uno stato della mente giocoso, riesce a interagire in modo equilibrato con il bambino, anche e, soprattutto, in situazioni difficili: riesce a risolvere la tensione, rimane emotivamente disponibile e interessato ad accogliere il bambino. Il beneficio è dato dalla capacità del genitore di rivolgersi al bambino senza identificarlo con le emozioni che mostra. Questo fa sì che il bambino viva un'esperienza nella quale lui non è ciò che sente o pensa, ma può trovare, nella relazione interpersonale, l'opportunità di conoscere quell'esperienza emotiva, capirne il senso, e transitare da uno stato emotivo a un altro insieme al supporto dell'adulto. L'affetto positivo, che si genera dal sentirsi compresi e sostenuti, stimola il sistema di gratificazione e le emozioni positive, come la manifestazione di gioia che possono contribuire al consolidamento della relazione come sicura e promuovere l'esplorazione.

Metodo

Nel percorso di transizione del minore alla sua adozione, e nel post-adozione, viene proposto alla famiglia un percorso di terapia familiare basato sulla Theraplay (Booth & Jenberg, 2010) e sulla Terapia diadica evolutiva (Huges *et al.*, 2019). L'intervento comincia con dei colloqui iniziali conoscitivi coi genitori e col minore. Essendo un percorso volto alla creazione di un legame affettivo, nei percorsi di adozione, a partire dalle primissime fasi, è comunque fondamentale costruire con i genitori "mappe condivise":

1. sui sistemi motivazionali interpersonali e, in particolare, sull'attaccamento;
2. sulla risposta del sistema nervoso al pericolo;
3. sul comprendere che le relazioni per svilupparsi hanno bisogno di pratica, essendo il nostro sistema nervoso esperienza dipendente;
4. sull'importanza della relazione d'attaccamento come esperienza riparativa nella regolazione degli affetti;
5. sulla capacità del genitore adottivo di essere consapevole della sua stessa storia affettiva per prendersi cura del bambino.

Dopo questa prima fase, la Theraplay si avvale di uno strumento per la valutazione della *relazione* genitore bambino, il Marschack Interaction Method (MIM) (Lindaman, Booth & Chambers, 2000). Questo strumento prevede 9 compiti di gioco videoregistrati, genitore bambino, basati su 4 dimensioni, la struttura, il coinvolgimento, la cura, la sfida. A seguito della codifica dell'interazione videoregistrata genitore bambino, lo psicoterapeuta incontra i genitori per una prima restituzione del MIM, e per una seduta di dimostrazione delle attività pensate. A questo punto si incomincia con le sedute di gioco, genitore bambino, e dopo un ciclo di tre sedute di Theraplay, il terapeuta incontra i genitori per una seduta di videofeedback, dedicata al promuovere gli aspetti riflessivi. Questi cicli si ripetono in base ai progressi e alle necessità del minore (Hong & Lindaman, 2020). L'intervento però prevede anche dei momenti di dialogo del genitore col minore, che possono avvenire, talvolta, o alla fine della seduta di Theraplay, o in sessioni che si stabiliscono sulla base della valutazione clinica, e quando il genitore informa lo psicoterapeuta (tendenzialmente prima della seduta) di esperienze difficili nelle quali è stato complicato recuperare la sintonia persa. In queste sessioni grazie all'approccio in linea con la psicoterapia diadica evolutiva, lo psicoterapeuta sostiene il recupero della loro connessione discutendo insieme gli eventi in questione (Weir *et al.*, 2013; Huges, 2007).

Risultati

Diverse agenzie che si concentrano sull'adozione e l'affidamento hanno scelto la Theraplay e la Terapia diadica evolutiva come modalità primaria di terapia sulla base di risultati di successo con casi complessi e complessi e difficili (Cort & Rowley, 2015; Munns, 2011; Miller *et al.*, 2010), anche apportando delle modifiche specifiche per il trattamento del trauma (Booth & Jernberg, 2010; Salo *et al.*, 2020). Il trattamento della Theraplay è stato usato con successo per facilitare l'inserimento dei bambini in famiglie affi-

datarie e adottive (Koller & Booth, 1997), con esperienze di situazioni familiari multiculturali (Lindaman, 1996). Inoltre i principi della Theraplay sono stati utilizzati come base per programmi educativi ed esperienziali rivolti ai genitori in fase di pre-adozione, per interventi all'arrivo del bambino nella nuova "casa" (Walton, 2007), e per il trattamento in gruppo delle famiglie (Lindaman & Lender, 2009). L'intervento basato sulla Theraplay facilita l'adattamento al nuovo contesto familiare, sia per i bambini che per gli adolescenti, e li aiuta nel passaggio dalla famiglia affidataria a quella adottiva (Fesperman & Lindaman, 1998); inoltre promuove una riduzione da parte dei bambini dei problemi internalizzanti ed esternalizzanti e un aumento della percezione dei genitori di sentirsi più competenti nel sostenere e comprendere i bisogni dei bambini (Makela & Vierikko, 2004). La Theraplay e la psicoterapia diadica evolutiva, condividono l'atteggiamento della playfulness, dell'accettazione, empatia, curiosità e disponibilità emotiva verso l'altro, nella possibilità di conoscersi ed entrare in una relazione affettiva. Il centro dell'interesse è, pertanto, la relazione genitore e bambino, la ricerca di connessione, con una particolare attenzione ai processi di regolazione affettiva primaria e secondaria, e la percezione di sicurezza. A seconda della storia di sviluppo e della sua valenza traumatica, il terapeuta organizza il trattamento psicoterapeutico in modo sensibile ai bisogni evolutivi e di sviluppo del bambino e ai possibili blocchi nelle capacità di accudimento del genitore.

Discussione

Il cammino di vita dei minori che verranno adottati, fin dalla nascita è caratterizzato da diverse fasi molto complicate. L'adozione è la parte di quel percorso che arriva solo dopo una serie di esperienze traumatiche per il bambino (Oliverio Ferraris, 2011), esperienze più o meno gravi in termini di trascuratezza e maltrattamento (Howe, 2001). Le esperienze avverse vissute all'interno della famiglia biologica, determinano un forte impatto negativo sull'organizzazione psicologica della persona e sul livello di integrazione delle funzioni corticali e sottocorticali del sistema nervoso in via di sviluppo (Perry, 2002). Lo spostamento del minore dalla situazione di pericolo non è sufficiente a restituirgli un senso di sicurezza interna (Baita, 2018). Il suo modo di fronteggiare la sofferenza e l'organizzazione dei suoi modelli operativi interni, rispetto alle esperienze di sé e di sé con l'altro, continuano a influenzarlo nel mondo e nelle successive relazioni interpersonali come miglior guida possibile. Il suo sistema nervoso rimane allertato su dove e quando arriverà il pericolo, e l'impulsività e la disregolazione affettiva, o

l'inibizione, fino alla chiusura in se stesso, sono fra le possibili reazioni alla minaccia percepita (Porges, 2004). I genitori adottivi, per quanto desiderino riparare le esperienze negative che il bambino ha vissuto, spesso si trovano in grande difficoltà nel vivere dei cicli interpersonali problematici (Farri Monaco & Peila Castellani, 2008). Ai genitori manca la consapevolezza e la conoscenza dei fattori interconnessi alla base della dinamica interpersonale col minore, e l'esperienza diretta col bambino, se differisce dalle loro aspettative, li può perturbare profondamente. Questo mette in evidenza l'importanza del supporto per le famiglie lungo tutto il percorso adottivo. In particolare i genitori adottivi vengono fortemente perturbati dall'esperienza diretta col minore, a seguito delle rotture relazionali e, della difficoltà sperimentata a entrare in connessione con lui (Tronick, 1978), perché nell'esperienza diretta, entrano in gioco i meccanismi di regolazione affettiva primaria su base implicita e tacita della conoscenza intersoggettiva (Hill & Schore, 2015). Inoltre, a seguito del fallimento delle capacità affettive regolative secondarie basate sulla mentalizzazione degli affetti, i genitori non riescono a dare senso e significato all'esperienza interpersonale mantenendosi riflessivi, ma si creano i presupposti per la formulazione di credenze negative su sé e sugli altri. I programmi di supporto pertanto devono tener conto non solo dello stato della mente del genitore e delle sue competenze riflessive (Fonagy & Target, 2001) ma anche della capacità del genitore di rimanere emotivamente disponibile durante le interazioni con il bambino, anche quando l'affetto del bambino è dis-regolato, per non reagire ma interagire con lui in modo sensibile e bilanciato. Per poter sperimentare un senso di connessione, la disposizione intersoggettiva e inter corporea (Montirosso, 2019) del genitore deve trasmettere sicurezza e fiducia e riportare il bambino dentro uno stato "ventro-vagale" del suo sistema nervoso (Porges, 2021).

Conclusioni

Se per noi terapeuti la relazione è lo strumento principale di lavoro, le nostre formazioni spesso ci portano a osservare l'altro dall'esterno. La Theraplay invece ci "insegna" a partecipare, a essere parte nel processo terapeutico. Ciò che genera un cambiamento profondo è l'esperienza di "noi insieme". I genitori questo lo sanno, la parte più difficile non è comprendere ma sentire e rimanere emotivamente disponibili verso il bambino. I terapeuti, a loro volta, sperimentano la difficoltà a creare le possibilità di far entrare in connessione genitore e bambino; questo non è qualcosa che si può insegnare in modo didattico, ma dobbiamo far fare esperienza attraverso di noi. Data

la complessità dei diversi livelli di intervento la formazione del terapeuta assume sempre più un ruolo determinante. La psicoterapia diventa così un'importante occasione per il genitore e per il bambino di esperienza intersoggettiva e inter-corporea. La costruzione delle basi affettive del legame, trovano, sia nell'approccio esperienziale della Theraplay, un primo vero punto di incontro per il genitore e il bambino, sia grazie alla terapia diadica evolutiva, coi dialoghi volti alla riparazione di momenti di crisi, il genitore e bambino riusciranno a costruire una buona narrazione condivisa di senso e significato delle loro esperienze affettive.

Bibliografia

- Barbosa-Ducharne M., Ferreira J., Soares J. & Barroso R. (2015). Parental perspectives on adoption communication within Portuguese adoptive families: Children/adolescents. *Family Science*, 6(1): 58-67. DOI: 10.1080/19424620.2015.1080994.
- Baita S. (2018). *Puzzles. Una guida introduttiva al trauma e alla dissociazione nell'infanzia*. Milano: Mimesis.
- Becker-Weidman A. & Hughes D. (2008). Dyadic developmental psychotherapy: An evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child & Family Social Work*, 13(3): 329-337. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2008.00557.x.
- Booth P.B. & Jernberg A.M. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. Jossey-Bass.
- Booth P.B. & Lindaman S. (2000). Theraplay for enhancing attachment in adopted children. In: Schaefer C.E. & Kaduson H.G. (eds.). *Short-term play therapy for children* (pp. 194-227). New York: Guilford Press.
- Brodzinsky D.M. (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. In: Brodzinsky D.M. & Schechter M.D. (eds.). *The psychology of adoption* (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.
- Brodzinsky D.M. (2006). Family structural openness and communication openness as predictors in the adjustment of adopted children. *Adopt Q.*, 9(4): 1-18. DOI: 10.1300/J145v09n04_01.
- Brodzinsky D.M. (2011). Children's understanding of adoption: developmental and clinical implications. *Prof Psychol Res Pract.*, 42(2): 200-207. DOI: 10.1037/a0022415.
- Cook A., Spinazzola J., Ford J., Lanktree C., Blaustein M., Cloitre M., DeRosa R., Hubbard R., Kagan R., Liautaud J., Mallah K., Olafson E. & van der Kolk B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5): 390-398. DOI: 10.3928/00485713-20050501-05.
- Cort L. & Rowley E. (2015). A case study evaluation of a Theraplay intervention to support mothers and preschool children following domestic abuse. *Debate*, 156: 33-41.
- Crittenden P. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- D'Onofrio E., Pace C., Guerriero V., Zavattini G. & Santona A. (2013). Modelli di attaccamento nei bambini adottati in seconda infanzia e nelle loro madri adottive: un'esemplificazione clinica. *Funzione Gamma*, 30: 1-13.

- Farri Monaco M., Peila Castellani P. (2008). *Il figlio del desiderio. Le nuove frontiere dell'adozione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fesperman L. & Lindaman S.L. (1998). Theraplay Reaches Difficult to Engage Children in Foster Care. *Bulletin of Zero to Three: National Center for Infants, toddlers, and Families*, 19(3): 34-35.
- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Hill D. & Schore A. (2015). *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*. New York: W.W. Norton & Co.
- Hong R. & Lindaman S. (2020). *Theraplay® – Theory, Applications and implementation*, Jessica Kingsley Publishers.
- Howe D. (2001). Age at placement adoption experience and adult adopt people's contact with their adoptive and birth mothers: an attachment prospective. *Attachment & Human Development*, 3(2): 222-237.
- Huges D.A. (2007). *Attachment-Focused Family Therapy*. New York: W.W. Norton & Co.
- Huges D.A., Baylin J. & Siegel D.J. (2012). *Brain-Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment*. New York: W.W Norton & Co.
- Huges D.A., Golding K.S. & Hudson J. (2019). *Healing Relational Trauma With Attachment-Focused Interventions: Dyadic Developmental Psychotherapy with Children and Families*. New York: W.W. Norton & Co.
- Koller T.J. & Booth P. (1997). Fostering Attachment through family therapy. In: O'Connor K.J. & Braverman L.M. (eds.). *Play Therapy: Theory and Practice*. New York: Wiley.
- Lender D., Mroz J. & Rubin P. (2005). *Integrating Theraplay and Dyadic Developmental Psychotherapy*. Paper presented at the Second international Theraplay Conference, Chicago.
- Lender D., Booth P. & Lindaman S. (2012). The Theraplay treatment program: Description and implementation of an attachment-based play for children and caregivers. In: Rubin A. (ed.). *Programs and Interventions for maltreated children and families at risk*. New York: Wiley.
- Lindaman S. (1996). Theraplay for adopted Children. *Adoption Therapist*, 7(1): 5-8.
- Lindaman S.L., Booth P.B. & Chambers C.L. (2000). Assessing Parent Child Interactions with Marschack Interaction Method (MIM). In: Gitlin-Weiner K., Sandgrund A. & Schaefer C. (eds.). *Play Diagnosis and assessment*. Hoboken: Wiley.
- Lindaman S.L. & Lender D. (2009). Theraplay with Adopted Children. In: Munns E. (ed.). *Applications of family and group Theraplay*. New York: Jason Aronson.
- Lindaman S. & Mäkelä J. (2018). The polyvagal foundation of Theraplay treatment: Combining social engagement, play, and nurture to create safety, regulation, and resilience. In: Porges S. & Dana D. (eds.). *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies* (pp. 227-247). New York: W.W. Norton.
- Makela J. & Vierikko I. (2004). *From Heart to Heart: Theraplay Research at SOS Children's Villages Finland*. Espoo: SOS Children Village association.
- Meins E., Fernyhough C., Fradley E. & Tuckey M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5): 637-648. DOI: 10.1111/1469-7610.00759.
- Meins E., Fernyhough C., De Rosnay M., Arnott B., Leekam S.R. & Turner M. (2012). Mind-mindedness as a multidimensional construct: Appropriate and non-attuned

- mind-related comments independently predict infant-mother attachment in a socially diverse sample. *Infancy*, 17(4): 393-415. DOI: 10.1111/inf.2012.17.issue-4.
- Miller J.M., Lender D., Rubin P.B. & Lindaman S. (2010). Theraplay for Children who are adopted or in foster care. In: Booth P.B. & Jernberg A.M. (eds.). *Theraplay. Helping parents and Children Build Better relationships through attachment-based play*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Montirosso R. (2019). Tra inter-soggettività e inter-corporeità: riflessioni sulle determinati internazionali dell'attaccamento. *Emporio dei pensieri*, testo disponibile sul sito: emporio-deipensieri.forumattivo.com/t3-c-tra-inter-soggettivita-e-inter-corporeita-riflessioni-sulle-determinati-interazionali-dellattaccamento-testo-di-rosario-montirosso#3.
- Moore C. & Yamamoto K. (1989). *Beyond words, movement observation and analysis: Instructor's guidebook*. New York: Routledge.
- Munns E. (2011). Theraplay: Attachment-enhancing play therapy. In: Schaefer C.E. (ed.). *Foundations of play therapy* (pp. 275-296). New York: Wiley.
- Norris V. & Lender D. (2020). *Theraplay: The practitioner's guide*. London (UK), Philadelphia (PA): Jessica Kingsley Publishers.
- Jernberg A. (1979). *Theraplay*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Oliverio Ferraris A. (2011). *Il cammino dell'adozione*. Milano: BUR.
- Perry B. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind*, 3(1): 79-100.
- Perry B. (2006). Applying Principles of Neurodevelopment to Clinical Work with Maltreated and Traumatized Children; The Neurosequential Model of Therapeutics. In: Webb N.B. (ed.). *Working with Traumatized Youth in Child Welfare* (pp. 27-52). New York: Guilford.
- Porges S. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Zero to Three (J)*, 24(5): 19-24.
- Porges S.W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. New York: W.W. Norton & Co.
- Porges S.W. (2021). *Polyvagal Safety: Attachment, Communication, Self-Regulation*. New York: W.W. Norton & Co.
- Rabellino D., Frewen P.A., McKinnon M.C. & Lanius R.A. (2020). Peripersonal Space and Bodily Self-Consciousness: Implications for Psychological Trauma-Related Disorders. *Front Neurosci.*, 14: 586605. DOI: 10.3389/fnins.2020.586605.
- Salo S., Flykt M., Mäkelä J., Lassenius-Panula L., Korja R., Lindaman S. & Punamäki R. (2020). The impact of Theraplay® therapy on parent-child interaction and child psychiatric symptoms: A pilot study. *International Journal of Play*, 9(3): 331-352. DOI: 10.1080/21594937.2020.1806500.
- Shai D. & Belsky J. (2017). Parental embodied mentalizing: how the nonverbal dance between parents and infants predicts children's socio-emotional functioning. *Attachment & Human Development*, 19(2): 191-219, DOI: 10.1080/14616734.2016.1255653.
- Schore Allan N. (2019). *Right Brain Psychotherapy*. Norton Series on Interpersonal Neurobiology.
- Siegel D.J. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Siu A.F.Y. (2009). Theraplay in the Chinese world: An intervention program for Hong Kong children with internalizing problems. *International Journal of Play Therapy*, 18(1): 1-12. DOI: 10.1037/a0013979.

- Stern D. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Steele M., Hodges J., Kaniuk J., Hillman S. & Henderson K. (2003). Attachment representations and adoption: associations between maternal states of mind and emotion narratives in previously maltreated children. *Journal of Child Psychotherapy*, 29: 187-205.
- Tronick E., Als H., Adamson L., Wise S. & Brazelton T.B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 17: 1-13. DOI: 10.1016/S0002-7138(09)62273-1.
- Tronick E.Z. (2005). Il processo di sviluppo normale e la formazione di stati affettivi. *Infanzia e adolescenza*, 4(1): 1-8.
- Vygotskij L. (1990). *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche*, a cura di L. Mecacci. Roma-Bari: Laterza.
- Walton L. (2007). *Theraplay as an International Intervention; Training Theraplay Tutors in Botswana, Africa*. Presentation at the 3rd Annual International Theraplay Conference, Chicago.
- Weir K.N., Lee S., Canosa P., Rodrigues N., McWilliams M. & Parker L. (2013). Whole Family Theraplay: Integrating Family Systems Theory and Theraplay to Treat Adoptive Families. *Adoption Quarterly*, 16(3-4): 175-200. DOI: 10.1080/10926755.2013.844216.
- Wettig H.G., Coleman A.R., Geider F.J. (2011). Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. *International Journal of Play Therapy*, 20(1): 26-37. DOI: 10.1037/a0022666.

L'attaccamento va in tribunale: protezione e affidamento dei minori*



Tommie Forslund *et al.***

Sommario

In molti contesti professionali, compreso quello del Tribunale per i minorenni, si fa riferimento alla teoria dell'attaccamento e alla relativa ricerca, con fraintendimenti ampiamente diffusi che spesso si traducono in applicazioni scorrette. La finalità di questa dichiarazione di consenso è, pertanto, quella di migliorarne la comprensione, contrastare la disinformazione a riguardo e guidarne l'uso nel contesto del tribunale per i minorenni secondo una modalità basata sulle evidenze, considerando in particolare i processi decisionali circa la protezione e l'affidamento dei minori. L'articolo è diviso in due parti. Nella prima ci occupiamo dei pro-

* Articolo originale: Forslund *et al.* (2021). Attachment goes to court: child protection and custody issues. *Attachment & Human Development*, 24(1): 1-52. DOI: 10.1080/14616734.2020.1840762. Traduzione di Lavinia Barone e Francesca Mesiano (Parte I) e di Rosalinda Cassibba (Parte II).

** Tommie Forslund, Pehr Granqvist, Marinus H. van IJzendoorn, Avi Sagi-Schwartz, Danya Glaser, Miriam Steele, Mårten Hammarlund, Carlo Schuengel, Marian J. Bakermans-Kranenburg, Howard Steele, Phillip R. Shaver, Ulrike Lux, John Simmonds, Deborah Jacobvitz, Ashley M. Groh, Kristin Bernard, Chantal Cyr, Nancy L. Hazen, Sarah Foster, Elia Psouni, Philip A. Cowan, Carolyn Pape Cowan, Anne Rifkin-Graboi, David Wilkins, Blaise Pierrehumbert, George M. Tarabulsky, Rodrigo A. Cárcamo, Zhengyan Wang, Xi Liang, Maria Kázmierczak, Paulina Pawlicka, Lilian Ayiro, Tamara Chansa, Francis Sichimba, Haatembo Mooya, Loyola McLean, Manuela Verissimo, Sonia Gojman-de-Millán, Marlene M. Moretti, Fabien Bacro, Mikko J. Peltola, Megan Galbally, Kiyomi Kondo-Ikemura; Kazuko Y. Behrens; Stephen Scott, Andrés Fresno Rodriguez, Rosario Spencer, Germán Posada, Rosalinda Cassibba, Neus Barrantes-Vidal, Jesús Palacios, Lavinia Barone, Sheri Madigan, Karen Jones-Mason, Sophie Reijman, Femmie Juffer, R. Pasco Fearon, Annie Bernier, Dante Cicchetti, Glenn I. Roisman, Jude Cassidy, Heinz Kindler, Peter Zimmermann, Ruth Feldman, Gottfried Spangler, Charles H. Zeanah, Mary Dozier, Jay Belsky, Michael E. Lamb, & Robbie Duschinsky.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 50/2022
DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14082

blemi relativi all'utilizzo di teoria e ricerca sull'attaccamento nel contesto del Tribunale per i minorenni¹ e ne discutiamo le ragioni. A questo proposito, esaminiamo le applicazioni della teoria che si ispirano al principio elettivo del superiore interesse del minore, discutiamo i fraintendimenti a riguardo e identifichiamo i fattori che ne hanno ostacolato un'accurata implementazione. Nella seconda parte, forniamo indicazioni per una sua adeguata e corretta applicazione. A tal fine, siamo partiti da tre principi di riferimento: il bisogno del bambino di *caregiver* familiari e non abusanti, il valore della continuità di cure sufficientemente buone e i benefici delle reti di relazioni di attaccamento. Discutiamo, inoltre, di quanto le valutazioni sulla qualità dell'attaccamento e sul comportamento di cura siano adeguate a ispirare i processi decisionali forensi rivolti ai minori. Concludiamo che la valutazione dei comportamenti di cura dovrebbe ricoprire un ruolo centrale. Nonostante non ci sia fra noi completo consenso riguardo all'utilizzo delle valutazioni sulla qualità dell'attaccamento nelle decisioni attinenti all'affidamento e alla protezione del minore, tali valutazioni si rivelano, al momento, le più adatte a individuare obiettivi e modalità degli interventi di sostegno. Infine, offriamo indicazioni per organizzare le future collaborazioni di ricerca interdisciplinare.

Parole chiave: teoria dell'attaccamento; interesse superiore del minore; affidamento dei minori; protezione dei minori; tribunale per i minorenni; dichiarazione di consenso.

Abstract

Attachment goes to court. Attachment & Human Development

Attachment theory and research are drawn upon in many applied settings, including family courts, but misunderstandings are widespread and sometimes result in misapplications. The aim of this consensus statement is, therefore, to enhance understanding, counter misinformation, and steer family-court utilisation of attachment theory in a supportive, evidence-based direction, especially with regard to child protection and child custody decision-making. The article is divided into two parts. In the first, we address problems related to the use of attachment theory and research in family courts, and discuss reasons for these problems. To this end, we examine family court applications of attachment theory in the current context of the best-interest-of-the-child standard, discuss misunderstandings regarding attachment theory, and identify factors that have hindered accurate implementation. In the second part, we provide recommendations for the application of attachment theory and research. To this end, we set out three attachment principles: the child's need for familiar, non-abusive caregivers; the value of continuity of good-enough care; and the benefits of networks of attachment relationships. We also discuss the suitability of assessments of attachment quality and caregiving behaviour to inform family court decision-making. We conclude that assessments of caregiver behaviour should take center stage. Although there is dissensus among us regarding the use of assessments of attachment quality to inform child custody and

¹ La dicitura "Tribunale per i minorenni" attualmente in uso e corretta sarà da considerarsi superata con la prossima istituzione del Tribunale unico per la famiglia e le persone, che assumerà le competenze assegnate al Tribunale per i minorenni (articolo 38 delle disposizioni per l'attuazione c.c.), nonché le competenze civili riguardanti separazioni, divorzi e affidamento.

child-protection decisions, such assessments are currently most suitable for targeting and directing supportive interventions. Finally, we provide directions to guide future interdisciplinary research collaboration.

Keywords: Attachment theory; best interests of the child; child custody; child protection; family court; consensus statement.

La teoria dell'attaccamento e la ricerca attinente sono di grande utilità pratica per coloro che sono interessati al benessere dei bambini, al *caregiving* e al funzionamento familiare. Ciò è stato evidente sin dai primi lavori di Bowlby sugli effetti aversativi di importanti separazioni fra bambino e *caregiver*, i quali hanno contribuito ad apportare cambiamenti nella pratica ospedaliera relativa ai ricoveri dei piccoli e hanno permesso ai bambini di avere maggiore accessibilità ai propri genitori quando ve ne era più bisogno (Bowlby *et al.*, 1952). Inoltre, la sensibilità del *caregiver* si è da lungo tempo affermata come un importante fattore predittivo della qualità dell'attaccamento infantile (Ainsworth *et al.*, [1978] 2015; De Wolff & van IJzendoorn, 1997) in molteplici culture (Posada *et al.*, 2016). Diverse evidenze empiriche hanno, a loro volta, mostrato come la qualità dell'attaccamento infantile si associ agli esiti di sviluppo degli stessi (Groh *et al.*, 2017a; Vaughn *et al.*, 2019). Infine, la teoria e la ricerca sull'attaccamento hanno generato un corpus di interventi basati sulle evidenze (*evidence based interventions*) rivolti ai comportamenti di cura, i quali hanno avuto esiti favorevoli sia per i bambini che per i loro *caregiver* (Steele & Steele, 2017). Di conseguenza, teoria e ricerca riguardanti l'attaccamento sono diventate molto influenti e, attualmente, vengono messe in pratica in diversi ambiti applicativo-professionali, comprese le valutazioni e i processi decisionali del Tribunale per i minorenni (Alexius & Hollander, 2014; Crittenden & Baim, 2017). Tuttavia, la disinformazione riguardo la teoria dell'attaccamento e la relativa ricerca è assai diffusa e talvolta si traduce in applicazioni erranee che comportano la possibilità di incorrere in conseguenze serie e negative (cfr. Granqvist *et al.*, 2017; Kelly & Lamb, 2000; Nielsen, 2014)

Scopi e obiettivi

L'obiettivo della dichiarazione di consenso che presentiamo è, quindi, quello di contrastare la disinformazione e orientare in modo scientifico e informato le applicazioni forensi della teoria dell'attaccamento sulle questioni relative alla *protezione del minore* e alle *decisioni circa l'affidamento*. Anche

se non mancano articoli che già offrono linee guida alla pratica giudiziaria basate sulla teoria dell'attaccamento e sulla ricerca inerente (es. Byrne *et al.*, 2005; Smith *et al.*, 2012a), il problema sta nel fatto che sono state indebitamente presentate opinioni di alcuni come rappresentative di posizioni consensuali (es. Hacker & Halperin Kaddari, 2013; Schore & McIntosh, 2011). In quanto accademici e professionisti con una lunga storia di studio e implementazione della teoria dell'attaccamento alle spalle, il nostro obiettivo è quello di presentare una posizione comune ponderata e basata su ciò su cui esiste convergenza empirica. Consideriamo protezione e affidamento dei minori in maniera congiunta in quanto, nonostante le differenze, le somiglianze fra i principi base in discussione permettono riflessioni comuni. L'articolo è suddiviso in due parti. La Parte I, composta da tre sezioni principali, tratta le problematiche relative all'uso di teoria e ricerca sull'attaccamento nel Tribunale per i minorenni.

1. Esaminiamo le applicazioni forensi della teoria dell'attaccamento nel contesto attuale degli standard o principi adottati per il superiore interesse del minore.
2. Discutiamo i fraintendimenti più importanti riguardanti (a) la natura dell'attaccamento (b) le interazioni fra attaccamenti multipli e (c) le implicazioni dei metodi di classificazione della qualità dell'attaccamento.
3. Individuiamo i fattori che hanno ostacolato una corretta ricezione e implementazione della teoria dell'attaccamento fra i professionisti del Tribunale per i minorenni, incluse la pressione affinché i processi decisionali appaiano basati su evidenze e la circolazione di versioni inaccurate della teoria dell'attaccamento.

La Parte II, anch'essa comprensiva di tre sezioni principali, fornisce indicazioni applicative per la teoria dell'attaccamento e la relativa ricerca nel contesto forense.

1. Proponiamo tre *principi fondamentali* a cui i consulenti (CTU o CTP) possono far riferimento quando utilizzano il paradigma dell'attaccamento in casi specifici: (a) il bisogno di *caregiver* familiari e non abusanti (b) il valore della continuità di cure sufficientemente buone e (c) i benefici delle reti di relazioni di attaccamento.
2. Discutiamo *se e quando sia opportuno affidarsi alle valutazioni della qualità dell'attaccamento* per prendere decisioni nei procedimenti forensi in ambito minorile, concludendo che tali valutazioni dovrebbero essere usate primariamente per guidare gli interventi di supporto.

3. Mettiamo in luce importanti interrogativi per orientare *un futuro lavoro di ricerca collaborativo* tra i professionisti che operano per la consulenza psicologica forense in ambito minorile e gli accademici e ricercatori esperti di attaccamento.

Nonostante vi sia accordo su molti di questi argomenti, sono presenti opinioni differenti riguardo ad alcune questioni. Tali differenze costituiscono una risorsa per la scienza e le sue applicazioni; differenze di prospettiva possono condurre allo sviluppo di teorie, ricerche e applicazioni sempre più valide. Indichiamo con attenzione su quali passaggi nutriamo opinioni differenti e dove, in futuro, la ricerca potrebbe rivelarsi di particolare importanza. Durante tutta la trattazione offriamo le nostre riflessioni con spirito di apprezzamento per l'impegnativo lavoro svolto nel Tribunale per i minorenni, con l'auspicio di contribuire al dialogo futuro e al reciproco apprendimento.

PARTE I. Problemi legati all'applicazione della teoria e della ricerca sull'attaccamento nelle decisioni per la protezione e l'affidamento dei minori

Prima di proporre la formulazione originaria della teoria dell'attaccamento, John Bowlby iniziava la sua autorevole trilogia (Bowlby, 1969/1982; 1973; 1980) con un capoverso dal titolo "Le osservazioni da spiegare" (trad. it., p. 44). Con spirito simile, la Parte I di questa dichiarazione di consenso è dedicata alle nostre osservazioni circa i problemi riscontrati nell'applicazione delle conoscenze sull'attaccamento in ambito forense. Per spiegare queste osservazioni ci occuperemo di come il principio del "superiore interesse del minore" abbia richiamato la necessità di utilizzare e fare riferimento alla teoria dell'attaccamento. Metteremo, quindi, in luce i fraintendimenti più ricorrenti che ne sono derivati, aprendo la discussione sui fattori specifici che vi hanno contribuito.

1. La teoria dell'attaccamento e il principio del superiore interesse del minore

Il principio del superiore interesse del minore è diventato onnipresente all'interno dei processi decisionali riguardanti protezione e affidamento dei bambini. Ciononostante, la genericità della sua formulazione ha comportato la necessità di trovare significati più specifici in grado di guidare la prati-

ca giudiziaria. Vediamo ora come la connotazione psicologica del principio espresso abbia favorito l'inserimento della teoria e della ricerca sull'attacco nel contesto giudiziario.

1.1. Il principio del superiore interesse del minore si basa sulla teoria e sulla ricerca in ambito psicologico

Il ventesimo secolo ha assistito alla nascita di un approccio bambino-centrico all'educazione e al *parenting*. Da allora, il valore dell'infanzia è stato ampiamente considerato come valido in sé e per sé: i bambini sono stati riconosciuti come bisognosi di cure amorevoli al fine di crescere bene e i genitori sono stati ritenuti responsabili di incontrare i bisogni dei figli (Kohm, 2007). Il secolo scorso ha anche assistito al graduale emergere del principio del superiore interesse del minore, sviluppatosi dapprima negli Stati Uniti ma ora di norma associato all'Articolo 3 della Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia (UNCRC; UN General Assembly, 1989). L'UNCRC stabilisce:

In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente (Articolo 3, par. 1).

A tale principio è stato spesso fatto riferimento nei processi decisionali inerenti alla protezione e all'affidamento dei bambini. Il principio ha svolto un ruolo decisivo nel contrastare l'atteggiamento di noncuranza nei confronti di diritti e opinioni dei minori e, di per sé, ha consentito di non favorire uno o l'altro genitore sulla base del genere ma anche di sostenere un processo decisionale su base giudiziaria, lasciando ai tribunali la libertà di valutare quale possa essere l'interesse superiore di ciascun bambino (Schneider, 1991).

Tuttavia, nella pratica giudiziaria, una sua formulazione così comprensiva ha richiamato la necessità di significati più precisi. Nello specifico, il principio richiede la conoscenza di quali siano le pratiche ottimali e adeguate rispetto all'educazione dei bambini e allo sviluppo infantile, tanto in termini generali, quanto nei casi particolari. Di conseguenza, questo principio ha contribuito al coinvolgimento di periti e testimoni con conoscenze di *caregiving* e sviluppo infantile (Mnookin, 1975) e alla richiesta di basare le considerazioni su teorie dello sviluppo con acclarato status scientifico.

Eppure, raccogliere e interpretare evidenze scientifiche in questo contesto si è rivelato difficoltoso. Nonostante le linee guida per le buone prassi richiedano metodi e procedure fondati empiricamente, molti strumenti mancano di sufficiente validità (Emery *et al.*, 2005). Anche l'interpretazione delle evidenze è intrinsecamente complicata. A volte i professionisti della salute mentale fanno affermazioni predittive che non possono essere giustificate dalla ricerca nelle scienze sociali e i giudici vi ripongono una fiducia infondata (Scott & Emery, 2014). Non è semplice, di fatto, per i giudici valutare la scientificità dei metodi psicologici, e i tribunali possono pronunciarsi su evidenze con scarso o addirittura non riconosciuto valore scientifico (Neal *et al.*, 2019). La principale sfida implicata nel come accostarsi ai dati scientifici deriva anche dai diversi approcci che, rispettivamente, contraddistinguono la scienza e i tribunali: mentre la prima tende ad arrivare a un dato con valenza generale (a partire, di solito, da casi individuali sino ai principi generali), i tribunali fanno l'opposto (partendo, in genere, da principi generali per interpretare i casi individuali). Pertanto, un problema comune nella pratica giudiziaria riguarda il rischio di inferenze non valide su casi specifici, in quanto si tratta di informazioni estrapolate da tendenze e medie derivate dalla ricerca condotta a livello di gruppo, ossia su grandi numeri (Faigman *et al.*, 2016).

Determinare il superiore interesse del minore è anche un compito complesso da un punto di vista applicativo, in quanto bisogna considerare sia i diversi fattori che esercitano un'influenza nel momento attuale, sia considerare come sarà lo sviluppo futuro (Salter, 2012). Ad esempio, le valutazioni possono includere fattori che influenzano lo sviluppo fisico, cognitivo e socio-emotivo del bambino, ma pregiudicarne la considerazione di altri. L'abilità dei *caregiver* di proteggere e di prendersi cura dei propri figli è, certamente, importante per un sano sviluppo infantile. Al tempo stesso, il *caregiving* comprende una varietà di domini, e differenti domini hanno una loro specifica rilevanza per aspetti diversi dello sviluppo infantile. Inoltre, i fattori del *caregiving* risultano difficili da valutare oggettivamente e variano nel tempo (ad esempio a causa dell'impatto temporaneo di problemi di salute mentale, abuso di droghe e alcol o altri stress ambientali), e le loro implicazioni a lungo termine, per il futuro sviluppo del bambino, sono spesso incerte. Di conseguenza, si è obiettato che l'interesse superiore del minore possa essere un concetto poco definito (Mnookin, 2014) e, quindi, che il principio venga applicato in maniera incoerente (Emery *et al.*, 2005; Font & Gershoff, 2020). Inoltre, i periti o consulenti del tribunale, a volte, non riescono a mantenersi adeguatamente aggiornati sui progressi e gli sviluppi della ricerca in ambito evolutivo; pertanto, i processi decisionali volti a promuovere l'interesse

superiore del minore risultano influenzati più da opinioni personali, storiche e culturali che da una comprensione aggiornata delle evidenze scientifiche (Kelly & Lamb, 2000).

1.2. L'affermarsi della teoria dell'attaccamento nei contesti forensi per i minori

Il principio del superiore interesse del minore si è tradotto in frequenti ricorsi alla teoria e alla ricerca nell'ambito dell'attaccamento, con il tentativo di ottenere dalle valutazioni d'attaccamento una guida per le decisioni in merito a custodia e protezione dei minori (Aitani, 2015; Crittenden & Baim, 2017; Gauthier *et al.*, 2004). La stessa enfasi posta da UNCR sul diritto a una famiglia per il minore, ossia sulla centralità della famiglia e della relazione genitore-bambino, ne è in parte responsabile. L'operazionalizzazione di questo principio spiega probabilmente l'importanza data all'attaccamento, alle interazioni e alle relazioni genitore-bambino in molti Paesi (cfr. Skivenes & Sørsdal, 2018). Ad esempio, il *Marriage and Divorce Act* negli Stati Uniti include la relazione del bambino con i suoi genitori come uno dei cinque fattori che formano la base del giudizio relativo all'interesse superiore del minore (Raub *et al.*, 2013). Non è, tuttavia, ben specificato quali aspetti delle interazioni e delle relazioni genitore-bambino siano i più importanti o come essi debbano essere valutati (Harmer & Goodman-Delahunty, 2014). Di conseguenza, in questo contesto, l'attaccamento assume una speciale rilevanza in quanto tiene conto dell'intera relazione genitore-bambino o ne riflette comunque i principali aspetti socio-emozionali.

È possibile che l'attenzione al rapporto genitore-bambino in generale, e alla teoria dell'attaccamento in particolare, nasca dalla presunta importanza di un "genitore psicologico" (colui che principalmente offre al bambino sicurezza e protezione) e dalla relazione fra bambino e *caregiver*, importanza che emerge parallelamente all'introduzione del discorso sull'interesse superiore del minore (per una trattazione iniziale, cfr. Goldstein *et al.*, 1973). È da quest'impostazione che si è desunta la priorità che la relazione con il *caregiver* principale dovrebbe avere rispetto alle altre relazioni affettive del bambino; alcuni Stati statunitensi hanno addirittura imposto che, nelle decisioni relative all'interesse superiore del minore (Jacobs, 1997), venga identificato e riconosciuto il genitore psicologico. Le prime ricerche sull'attaccamento esaminavano, tipicamente, solo l'attaccamento relativo al genitore che restava a casa, di solito la madre, e ciò ha verosimilmente fatto sì che la teoria dell'attaccamento apparisse allineata all'idea di un genitore psicologico. Le

successive ricerche hanno rinforzato tale orientamento: la grande maggioranza degli studi si è concentrata sulle madri, non tenendo sufficientemente in considerazione i padri (Cowan & Cowan, 2019; Lux & Walper, 2019).

Un'altra probabile ragione per l'affermarsi della teoria dell'attaccamento in questo contesto forense è che la teoria – collegando la sensibilità del *caregiver* alla qualità dell'attaccamento del bambino (Fearon & Belsky, 2016; Lucassen *et al.*, 2011) e la qualità dell'attaccamento del bambino al suo conseguente sviluppo (Groh *et al.*, 2017a) – è sembrata offrire un terreno empiricamente solido per perseguire l'interesse superiore del minore. In sintesi, la teoria dell'attaccamento ha offerto una ricerca che appare altamente pertinente per il supporto dei bambini e dei loro *caregiver* (Steele & Steele, 2017). Dal momento che l'interesse superiore del minore rappresenta il criterio dirimente nelle decisioni di protezione e affidamento dei bambini (Raub *et al.*, 2013), e che le stesse devono avere fondamento empirico e tenere in conto la relazione genitore-bambino, la teoria dell'attaccamento e la relativa ricerca si sono rivelate comprensibilmente rilevanti per andare incontro a tale interesse.

Ciononostante, un'accurata implementazione della teoria e delle valutazioni relative all'attaccamento è stata ostacolata da una varietà di fattori. In primo luogo, in diversi ambiti, compresi quelli forensi, è presente una certa disinformazione circa questioni fondamentali quali, ad esempio, cosa sia effettivamente l'attaccamento, quale sia la natura degli attaccamenti multipli e cosa si possa inferire su un singolo bambino a partire dalle valutazioni sulla qualità dell'attaccamento (Granqvist *et al.*, 2017). A volte ciò ha generato una scarsa considerazione dell'importanza dell'attaccamento da parte dei consulenti forensi. Per esempio, l'Alta Corte di Inghilterra e il Galles hanno recentemente affermato che l'attaccamento costituisce affermazione ovvia basata su un'insostenibile premessa centrale, e ha ritenuto prova peritale inaccettabile una relazione valutativa che richiamava concetti inerenti all'attaccamento (GM *v.* Carmarthenshire County Council, 2018). In altre occasioni si è, al contrario, abusato di idee e misure dell'attaccamento, con pratiche non supportate dalle evidenze empiriche (per una discussione, cfr. White *et al.*, 2019).

2. Fraintendimenti che contano

Tradurre i risultati della ricerca nella pratica comporta un'accurata comprensione dei concetti e dei risultati empirici. Per quanto riguarda la ricerca sull'attaccamento, una serie di fraintendimenti ricorrenti ne ha ostacolato l'utilizzo corretto nella pratica forense con i minori. A nostro parere, i principali fraintendimenti riguardano:

1. come intendere l'attaccamento;
2. l'interazione fra attaccamenti multipli;
3. la valutazione della qualità dell'attaccamento nelle sue implicazioni pratiche.

2.1. *Fraintendimenti relativi a come intendere l'attaccamento*

Diversi sono i fraintendimenti relativi a cosa sia l'attaccamento, al fatto che i bambini nascano già "attaccati", che l'attaccamento equivalga alla qualità dell'attaccamento, che comportamenti isolati possano rivelare l'attaccamento e che la qualità dello stesso equivalga alla qualità della relazione, alla sensibilità del *caregiver* o alla "forza" dell'attaccamento.

2.1.1. L'idea che l'attaccamento equivalga alla qualità dell'attaccamento

L'*attaccamento* non coincide con la *qualità dell'attaccamento*, anche se questi concetti vengono spesso menzionati insieme. L'attaccamento indica un legame affettivo che vede un individuo motivato a cercare e mantenere prossimità e conforto rispetto a una particolare persona familiare (Bowlby, 1969/1982). I bambini nascono già predisposti a sviluppare questa motivazione in relazione a persone significative ("figure di attaccamento") sufficientemente presenti e responsive. Di solito, queste persone sono i loro *caregiver*. È questa motivazione che sostiene il sistema comportamentale dell'attaccamento, il quale assicura un certo livello di prossimità fra il bambino e i *caregiver*, livello che muta dinamicamente in risposta a stimoli interni ed esterni. La motivazione a ricercare la prossimità è attivata se si è allarmati da stimoli interni (es. dolore, malattia) o esterni (ad esempio stimoli che evocano paura, separazione) e si manifesta nella tendenza a ricercare la disponibilità di una figura di attaccamento. Quando il sistema di attaccamento è fortemente attivato, i bambini più piccoli cercano un qualche tipo di contatto fisico con una figura di attaccamento, mentre in età successive la loro ricerca si esprime anche con mezzi che non implicano necessariamente il contatto fisico. Se la figura appare disponibile e responsiva – capace di fornire un *rifugio sicuro* quando il bambino è allarmato, ciò costituisce una condizione essenziale per la disattivazione del sistema di attaccamento. I *caregiver* che interagiscono regolarmente e che offrono risposte di protezione nel caso di minaccia/allarme rappresentano per il piccolo i riferimenti cui rivolgersi in caso di bisogno (i.e. un rifugio sicuro). Tuttavia, anche i *caregiver* più sensibili e responsivi hanno bisogno di tanto in tanto di "desintonizzarsi" – per

andare in bagno, farsi un tè o anche affidare temporaneamente l'attività di cura a un'altra persona fidata e che il piccolo conosce, per occuparsi di altro. Pertanto, il fatto che il *caregiver* fornisca una base sicura non implica necessariamente che sia costantemente disponibile fisicamente o psicologicamente, né che il bambino abbia un attaccamento sicuro con quel *caregiver*. Viceversa, essere fisicamente presente non significa necessariamente che un *caregiver* sia emotivamente disponibile.

Uno degli indicatori empirici per rilevare la presenza o meno di un legame di attaccamento consiste nella comparsa di segnali che il bambino indirizza in maniera selettiva e mirata al proprio *caregiver*, soprattutto nei momenti di allarme/minaccia. Indici aggiuntivi del fatto che si sia stabilita una relazione di attaccamento includono la protesta infantile ai momenti di separazione dal *caregiver*, spesso accompagnata dalla comparsa di un atteggiamento di diffidenza nei confronti di persone estranee e non familiari (Bowlby, 1969/1982).

La *qualità* dell'attaccamento, dall'altro lato, si riferisce a come i bambini si differenziano riguardo alla disponibilità (accessibilità e responsività) della loro figura di attaccamento nei momenti di bisogno (Ainsworth *et al.*, [1978] 2015). La qualità dell'attaccamento presuppone, in primo luogo, che il bambino abbia sviluppato un legame di attaccamento, la cui qualità si evince dal modo in cui la motivazione del piccolo a ricercare e mantenere la disponibilità del *caregiver* viene espressa nella relazione. Quasi tutti i bambini formano almeno una relazione di attaccamento e la maggior parte di essi costruisce attaccamenti multipli (Posada *et al.*, 2013); a differire è la *qualità* di questi attaccamenti. Tramite il lavoro di codificatori opportunamente formati e certificati, è possibile rilevare in maniera scientificamente affidabile la qualità dell'attaccamento, utilizzando osservazioni standardizzate di come i bambini utilizzano il loro *caregiver* sia come *rifugio sicuro* a cui poter tornare in cerca di protezione, sia come *base sicura* da cui poter esplorare l'ambiente. La sicurezza d'attaccamento è indicata da comportamenti che mostrano aspettative di disponibilità emotiva da parte del *caregiver*, mentre l'insicurezza da aspettative di relativa indisponibilità.

2.1.2. L'idea che la qualità dell'attaccamento infantile coincida con la sensibilità del caregiver

La qualità dell'attaccamento dei bambini è spesso considerata come un'immagine speculare alla "sensibilità" dei loro *caregiver*: la capacità di notare i segnali del bambino, interpretarli correttamente e rispondere a essi in maniera appropriata e contingente (Ainsworth *et al.*, 1974). Questa per-

cezione è stata probabilmente rinforzata dall'accento posto sull'associazione fra sensibilità del *caregiver* e qualità dell'attaccamento infantile in ambito sia teorico che empirico (Ainsworth *et al.*, [1978] 2015). Invero, l'associazione è stata replicata da numerosi studi in molti Paesi e culture, e la ricerca meta-analitica ha mostrato che l'attaccamento sicuro si associa a un comportamento di cura più sensibile sia da parte delle madri ($r=0.24$ [$d=0.49$]) (De Wolff & van IJzendoorn, 1997) che dei padri ($r=0.12$) (Lucassen *et al.*, 2011). L'attaccamento dei bambini, inoltre, può mutare nella direzione della sicurezza in seguito all'implementazione di interventi che favoriscono un incremento di sensibilità del *caregiver* (Bakermans-Kranenburg *et al.*, 2003). Tuttavia, anche se l'associazione fra sensibilità del *caregiver* e attaccamento del bambino è significativa e degna di attenzione, è bene ricordare che la grandezza del suo effetto è di dimensioni medio-piccole ed è perciò prudente usare cautela nell'inferire la sensibilità del *caregiver* a partire dalla qualità dell'attaccamento del bambino. Sono vari i fattori che di fatto incrementano l'errore nelle misurazioni e, di conseguenza, indeboliscono le associazioni (ad esempio osservazioni della sensibilità del *caregiver* troppo brevi); cionondimeno, anche altri comportamenti di cura, diversi dalla sensibilità, sono importanti per la qualità dell'attaccamento infantile. Ad esempio, fattori contestuali distali e determinanti biologiche individuali giocano un ruolo nel modulare la suscettibilità infantile al *caregiving* (Belsky *et al.*, 2007). L'associazione più debole riscontrata nei campioni di padri studiati sino ad oggi riflette, probabilmente, il minor tempo trascorso con i figli; la ricerca, inoltre, ha messo in luce come, nonostante la sicurezza si sviluppi per entrambi i genitori, nel caso dei padri siano in opera fattori diversi rispetto alla sensibilità. (Grossmann *et al.*, 2008; Zimmermann, 2017). Viste le differenti norme culturali rispetto ai due generi, è probabile che valutare la sensibilità e la funzione di rifugiosicuro nei padri risulti meno affidabile al fine di valutare lo sviluppo della sicurezza nei bambini di quanto invece non sia valutare la funzione di base sicura.

2.1.3. L'idea che la qualità dell'attaccamento equivalga alla qualità della relazione

Alcuni sostengono che il termine “attaccamento” utilizzato nelle relazioni forensi di periti e consulenti sia poco chiaro, suggerendo perciò di utilizzare quello di “relazioni” (cfr. Shemmings, 2018). Certamente il termine relazioni è utile poiché si riferisce a molteplici domini, tipologie di interazioni e qualità delle stesse, perseguendo in tal senso l'obiettivo di avere una visione ampia della qualità del *caregiving* nel Tribunale per i minorenni.

Tuttavia, un uso interscambiabile dei termini comporta dei rischi: innanzitutto, quello di alimentare l'erronea supposizione che qualità della relazione e qualità dell'attaccamento siano concetti equivalenti. Per i bambini la qualità dell'attaccamento rappresenta un importante aspetto della relazione, ma ci preme sottolineare come molti altri aspetti siano implicati nelle relazioni, ad esempio, le cure fisiche di base, il gioco, la supervisione, insegnare/imparare, fissare regole di condotta, la disciplina e il sostegno pratico (Zeanah *et al.*, 2000). La qualità dell'attaccamento, pertanto, non andrebbe equiparata alla qualità della relazione in generale.

2.1.4. L'idea che la sicurezza si possa inferire dai singoli comportamenti

Talvolta si è precipitosamente ritenuto che i bambini avessero un attaccamento insicuro sulla base della loro risposta di pianto in presenza del *caregiver* (Bullens, 2003). Eppure, la qualità dell'attaccamento non può essere determinata a partire da comportamenti singoli. In primo luogo, il fatto che i bambini mostrino comportamenti di attaccamento come il pianto dipende dal fatto di essere stati o meno messi in allarme. In secondo luogo, possono comportarsi in modo diverso nel cercare la disponibilità del *caregiver* a seconda delle caratteristiche della situazione in cui si trovano. Pertanto, un bambino con attaccamento sicuro esposto a un rumore minaccioso potrebbe piangere per aumentare la prossimità al *caregiver* se seduto sul seggiolone, ma avvicinarsi al *caregiver* (piangendo o meno) se libero di muoversi. In aggiunta, comportamenti singoli come il pianto possono dipendere da altri fattori oltre che dall'attaccamento. Ad esempio, il fatto che il bambino divenga o meno turbato è legato a differenze individuali nel temperamento (ad esempio, differenze individuali biologicamente fondate nella reattività e nella regolazione) (Belsky & Rovine, 1987; Groh *et al.*, 2017b). Nelle valutazioni della qualità dell'attaccamento, quindi, si fa un esame accurato di come i vari comportamenti concorrano nell'utilizzo del *caregiver* come porto sicuro e base sicura, tenendo in debita considerazione il contesto in cui gli stessi hanno luogo (Ainsworth *et al.*, [1978] 2015).

2.1.5. L'idea che i bambini nascano “attaccati”

I bambini nascono con la capacità di ricercare cure e una predisposizione a formare legami di attaccamento. Tuttavia, questi ultimi si costruiscono nel tempo attraverso interazioni ricorrenti con i *caregiver* e dipendono dall'opportunità di sviluppare aspettative riguardanti la loro disponibilità e responsabilità. Di fatto, le relazioni di attaccamento si osservano tipicamente solo a

partire dall'ultimo quarto del primo anno di vita del bambino; prima di allora è senza dubbio possibile valutare aspetti di *caregiving*, ad esempio la sensibilità nel *caregiving* (Pederson & Moran, 1995). A ogni modo, al momento non è consigliabile valutare la qualità dell'attaccamento dei bambini fino all'età di circa un anno.

2.1.6. L'idea che la qualità dell'attaccamento equivalga alla forza dell'attaccamento

L'attaccamento insicuro è talvolta erroneamente concettualizzato come attaccamento “debole” (cfr. Schofield & Walsh, 2010). I piccoli dell'uomo sono molto vulnerabili e dipendono dal supporto del loro *caregiver* per lungo tempo; tale capacità di sviluppare relazioni di attaccamento è presente in tutta la specie umana (Bowlby, 1969/1982; Mesman *et al.*, 2016). In effetti, i bambini sviluppano relazioni di attaccamento anche se i loro *caregiver* sono rifiutanti, sensibili in modo incostante o abusanti (Simpson & Belsky, 2016). Inoltre, sebbene alcuni tipi di attaccamento vengano definiti “insicuri”, essi vanno ugualmente considerati come strategie infantili adattive, in grado di massimizzare la potenziale disponibilità di un *caregiver* (Main, 1990). Un attaccamento insicuro, infatti, non implica che il *caregiver* non sia mai un rifugio sicuro per il bambino.

Per queste ragioni, riferirsi ad attaccamenti forti o deboli come equivalenti di attaccamenti sicuri o insicuri risulta fuorviante. Di fatto, alcuni bambini sicuri mostrano tentativi decisi di ricerca di un *caregiver* familiare unitamente a comportamenti di rabbia verso lo stesso; altri bambini con attaccamento sicuro, invece, attuano deboli tentativi di ricerca del *caregiver*; anche quando sono moderatamente allarmati, poiché confidano nella sua disponibilità. Per queste ragioni non è prassi dei ricercatori sull'attaccamento utilizzare i termini “forte” e “debole”, in particolare quando ci si riferisce a bambini che hanno avuto tempo e interazioni sufficienti con il *caregiver* per sviluppare un attaccamento vero e proprio. L'assenza di attaccamento ai *caregiver* è estremamente rara e si osserva, di solito, solo fra i bambini che non hanno avuto tempo sufficiente a disposizione per svilupparlo (per via, ad esempio, del collocamento in un nuovo sistema di *caregiving*, come l'adozione) o fra i pochissimi bambini che non hanno avuto sufficienti opportunità di identificare alcun *caregiver* come familiare (ad esempio come effetto dell'istituzionalizzazione) (Zeanah *et al.*, 2005).

2.2. *Fraintendimenti riguardo alle interazioni fra attaccamenti multipli*

In questa sezione discutiamo alcuni fraintendimenti che riguardano se e quanto sia importante sviluppare un legame di attaccamento verso un particolare *caregiver* (il “genitore psicologico”) piuttosto che verso più figure di riferimento. Discuteremo di come tali fraintendimenti abbiano interessato le situazioni di divorzio tra i genitori, influenzando potenzialmente sia 1) le decisioni per l'affidamento sia 2) le disposizioni relative ai pernottamenti. Sosteniamo che, affinché i tribunali prendano decisioni legittime circa queste problematiche, si debba tenere in considerazione il contesto di sviluppo del minore.

2.2.1. Attaccamenti multipli e decisioni per l'affidamento

È opinione diffusa che l'instaurarsi di una relazione di attaccamento con una persona avvenga a scapito di altre relazioni di attaccamento, e che le decisioni che tutelano il superiore interesse dei minori debbano massimizzare la probabilità di attaccamento sicuro con il “*caregiver* primario”. Ad esempio, le decisioni relative all'affidamento si sono caratterizzate come «volte a bilanciare i benefici di un attaccamento sicuro con un genitore rispetto ai benefici derivanti dal formare relazioni di attaccamento con entrambi i genitori» (Tornello *et al.*, 2013, p. 871). È vero, invece, che i bambini sono in grado di sviluppare e mantenere attaccamenti sicuri con più *caregiver* contemporaneamente se questi passano sufficiente tempo insieme e rispondono in modo da fornire un rifugio sicuro in caso di necessità (Kelly & Lamb, 2000). Nonostante non si sappia, attualmente, quanto tempo sia necessario a un bambino per sviluppare e mantenere relazioni di attaccamento, attribuire priorità a un solo genitore in modo categorico può ostacolare l'opportunità di formare e mantenere attaccamenti verso altri *caregiver*. Nella fattispecie, laddove vi sia scarsa frequentazione fra i piccoli e i *caregiver* a cui non sono affidati (tipicamente i padri), ciò risulta predittivo di contatti scarsi o inesistenti anche nel futuro (Cheadle *et al.*, 2010), mentre l'affidamento congiunto si associa a relazioni più durature con il genitore non residente (Steinbach, 2019). Tuttavia, come indicato da Steinbach (2019), la maggior parte delle ricerche che hanno riscontrato effetti positivi dell'affidamento congiunto hanno esaminato contesti con scarsa conflittualità fra i genitori e bambini più grandi provenienti da famiglie con elevato status socioeconomico. È necessario, di conseguenza, svolgere ricerche anche in contesti diversi. Eppure, con il generale aumento in termini di tempo e di coinvolgimento paterno nella cura dei figli, gli studi hanno indicato molteplici effetti benefici della figura paterna sulla maturazione neurobiologica infantile (Feldman *et al.*, 2019) e sullo sviluppo di competenze sociali, in

particolare sulla capacità di gestire l'aggressività (Bacro & Macario de Medeiros, 2020; Feldman *et al.*, 2013). Privare, dunque, i bambini dell'opportunità di relazionarsi ai loro padri non corrisponde, di norma, al loro superiore interesse; infatti, anche nelle famiglie tradizionali dove il coinvolgimento paterno è medio-basso, gli studi a lungo termine hanno mostrato gli effetti positivi della sensibilità paterna sullo sviluppo (Grossmann *et al.*, 2008). È vero che Bowlby si espresse inizialmente a favore della particolare importanza della relazione primaria; successivamente, tuttavia, ha modificato questa posizione (Bowlby, 1984) e, di conseguenza, la maggior parte dei ricercatori non l'ha più adottata per decenni (Duschinsky, 2020). Gli studiosi dell'attaccamento sostengono generalmente che esista in tutti gli individui l'aspettativa di una rete limitata di relazioni di attaccamento con particolari persone familiari a cui rivolgersi in caso di bisogno (Abraham & Feldman, 2018; van IJzendoorn, 2005). Avere più di un *caregiver* rappresenta, infatti, la norma in molti contesti culturali (Hrdy, 2011). La presenza di *caregiver* multipli e di una rete di relazioni di attaccamento costituisce, inoltre, un fattore di protezione nello sviluppo infantile, in quanto la sicurezza nei confronti di una figura di riferimento riesce ad attenuare gli effetti dei legami insicuri delle altre relazioni (Bacro *et al.*, 2020; Boldt *et al.*, 2014; Egeland *et al.*, 1988; Saunders *et al.*, 2011; van IJzendoorn *et al.*, 1992). A sostegno di quanto appena affermato, nelle culture in cui vige la prassi di coabitazione con la famiglia allargata, non sono solo i bambini a beneficiare degli attaccamenti multipli extra-genitoriali con i loro cari, ma questi attaccamenti mitigano alcune delle difficoltà osservate nella relazione madre-bambino, come nel caso in cui la madre sia depressa (Feldman & Masalha, 2007). Pertanto, i dati disponibili convergono nel suggerire che ciascuna relazione di attaccamento sia importante, e che i bambini ottengano benefici dal disporre di più di un rifugio sicuro (Dagan & Sagi-Schwartz, 2018). Sarebbe sbagliato dedurre da questa discussione che un bambino possa formare infiniti attaccamenti di uguale importanza; vi sono indubbiamente dei limiti, anche se non ben specificati (van IJzendoorn *et al.*, 2020). I bambini (soprattutto i più piccoli) preferiscono, inoltre, alcuni *caregiver* ad altri quando si tratta di rispondere ai loro bisogni (Bacro *et al.*, 2020); cionondimeno, il significato psicologico ed evolutivo di tale preferenza non è scontato. Questa preferenza, ad esempio, viene solitamente osservata solo se in un dato momento sono accessibili più *caregiver*, e non sembra dipendere dalla qualità dell'attaccamento ai rispettivi genitori (Umemura *et al.*, 2013; Zimmermann, 2017). Inoltre, le preferenze di un bambino in un dato momento dipendono da fattori contestuali (Lamb, 2018); ad oggi, tuttavia, non disponiamo di sufficiente conoscenza scientifica riguardo alle preferenze dei bambini in contesti di conflitto fra i genitori e dispute sull'affidamento.

Basandosi su un insieme concertato di ricerche, la maggioranza dei ricercatori concorda sul fatto che siano importanti e debbano essere supportate tutte le relazioni di attaccamento dei bambini con i *caregiver* che regolarmente frequentano. Ciò su cui i ricercatori – inclusi gli autori della presente dichiarazione – non concordano è se la relazione con il *caregiver* “più familiare” rivesta una particolare importanza per la sua funzione di rifugio sicuro svolta nei primi anni di vita del bambino, e se a questo *caregiver* – nel contesto dei processi decisionali per l’affidamento – debba, di conseguenza, essere concesso più tempo con il bambino fino a che lo sviluppo cognitivo di quest’ultimo non renda maggiormente tollerabile la separazione dal genitore “più familiare” (ad esempio Main *et al.*, 2011; Sroufe & McIntosh, 2011; questa posizione è stata criticata da Lamb, 2012; 2018). La ricerca attuale è però ancora esigua perché possa fornire una risposta definitiva ed empiricamente fondata alla questione. È probabile, anche, che la risposta differisca in base a variabili contestuali come: la cultura (ad esempio, a seconda dell’orientamento prevalentemente individualista, interdipendente o collettivista), fattori familiari (ad esempio, divisione equa o non equa delle responsabilità del *caregiving* nella coppia, conflitto fra i genitori dopo il divorzio) e sviluppo dei bambini (ad esempio, infanti/neonati rispetto a bambini più grandi). Sollecitiamo i periti e i consulenti in ambito forense a considerare tali circostanze contestuali nella definizione degli accordi per l’affidamento dei minori, e ad adoperarsi perché, laddove possibile, possa essere assicurato un continuo contatto del bambino con entrambi i *caregiver*.

Qualora un “secondo” *caregiver* – per qualsivoglia ragione – risultasse visibilmente poco coinvolto nel *caregiving* e nelle altre forme di interazione con il bambino prima del divorzio, sarebbe importante per il bambino avere l’opportunità di adattarsi gradualmente alle cure di questo *caregiver* successivamente al divorzio, prima che gli/le venga accordato un tempo ragionevolmente equo per adempiere alle responsabilità del *caregiving* (Kelly & Lamb, 2000; 2003; Warshak, 2014). Questo è vero soprattutto per infanti e neonati che stanno per formare, o hanno appena formato, un attaccamento selettivo verso i *caregiver* con cui hanno avuto interazioni continuative. In particolare, ciò riguarda in modo specifico la funzione di rifugiosicuro e non altri aspetti della relazione. Come indicato da Main *et al.* (2011), un *caregiver* non residente può adempiere ad altre importanti funzioni relazionali (ad esempio l’interazione giocosa); perciò, avere contatti regolari con questo *caregiver* promuove lo sviluppo del bambino ben oltre il graduale adattamento alle sue cure.

È un peccato che teoria e ricerca sull’attaccamento vengano considerate fautrici di un incondizionato supporto a un certo tipo di soluzioni per l’affi-

damento a scapito di tutte le altre. A volte, si è pensato che adottare questa prospettiva volesse dire dare la priorità al genitore psicologico, di solito la madre. In altri casi, è stata disposta in maniera rigida una prescrizione di affidamento congiunto, con eguale distribuzione del tempo, indipendentemente dall'età del bambino, prevedendo quotidianamente o a giorni alterni spostamenti fra le case dei due genitori. Un particolare esempio di ciò si trova nella *Tender Years Doctrine*, secondo cui l'affidamento al di sotto di una certa "tenera" età va automaticamente alla madre. Nonostante la *Tender Years Doctrine* sia stata formalmente rimpiazzata, nella maggior parte dei Paesi, dal principio del superiore interesse del minore, essa continua a influenzare i processi decisionali per l'affidamento dei minori (cfr. Artis, 2004), ed è ancora in uso in alcuni Paesi, indipendentemente dal fatto che si faccia o meno riferimento alla teoria dell'attaccamento (Aitani, 2015; The National People's Congress of the People's Republic of China, 2020). Uno di questi Paesi è Israele, dove l'affidamento di bambini al di sotto dei sei anni va automaticamente alla madre, fatta eccezione per circostanze molto particolari in cui la madre è ritenuta inadeguata. In Israele, la Dottrina è stata difesa da voci influenti in campo giuridico e supportata da rimandi male informati alla teoria dell'attaccamento (Hacker & Halperin Kaddari, 2013). In risposta a coloro che sostenevano come quest'ultima attribuisse la responsabilità a entrambi i genitori (Joels & Sagi-Schwartz, 2012), Hacker e Halperin Kaddari (2013) hanno replicato citando un numero speciale della *Family Court Review*, contenente il contributo di un gruppo selezionato di studiosi del campo (McIntosh, 2011), in cui si sosteneva la necessità che le disposizioni legali, in caso di divorzio, seguano ciò su cui esiste ampio consenso, ossia che i bambini sviluppino l'attaccamento nei confronti di un caregiver primario (cfr. Warshak, 2014, *vs* McIntosh *et al.*, 2015). Come già illustrato, questa non è una posizione condivisa. Ci troviamo, comunque, in pieno accordo nel considerare l'esistenza di una rete di relazioni di attaccamento come un fattore di protezione a lungo termine e, pertanto, un esito auspicato nello sviluppo del bambino. Concordiamo pienamente anche nel ritenere che la perdita o la separazione permanente dalle figure di attaccamento costituiscano fattori di rischio evolutivo da prevenire, laddove possibile.

2.2.2. Attaccamenti multipli e accordi per il pernottamento

Una questione inerente a ciò di cui stiamo parlando riguarda il fatto che i pernottamenti presso *caregiver* non residenti siano di per sé dannosi per i bambini più piccoli e debbano essere scoraggiati negli accordi per l'affidamento. Simili affermazioni sono in parte ascrivibili all'eccessiva fiducia

riposta in un primo e male interpretato studio di Solomon e George (1999), nelle cui conclusioni si affermerebbe che gli accordi per l'affidamento congiunto che prevedano pernottamenti presso il genitore non residente si associno all'insicurezza nella relazione con il genitore residente. In realtà i dati stessi indicavano differenze non significative tra la situazione di affidamento congiunto, rispetto a quello esclusivo, relativamente ai pernottamenti, mentre il conflitto fra genitori risultava essere un miglior predittore di insicurezza (van IJzendoorn *et al.*, 2019; cfr. Lamb, 2018); Solomon (2013) stessa ha, successivamente, criticato l'utilizzo di tale studio per argomentare in sfavore dei pernottamenti con il genitore non residente. Allo stato attuale, i dati suggeriscono che non vi siano effetti negativi sulla sicurezza dell'attaccamento (Lamb, 2018; cfr. Fabricius & Suh, 2017); ciononostante, si continua spesso a far riferimento allo studio di Solomon e George (1999) per dimostrare i potenziali pericoli della permanenza notturna a casa del genitore non residente (ad esempio McIntosh *et al.*, 2013; Tornello *et al.*, 2013; per una discussione, cfr. Pruett *et al.*, 2016). Sempre in relazione al tema degli effetti del pernottamento, uno studio condotto in alcuni kibbutz in Israele (Sagi *et al.*, 1994) ha mostrato che le notti passate dormendo in un contesto comunitario con donne della vigilanza non familiari si associno ad alti livelli di insicurezza nell'attaccamento con la madre. Nonostante siano da tenere in considerazione, questi riscontri non chiariscono se le notti passate con il genitore non residente abbiano effetti negativi sulla relazione di attaccamento con il genitore residente. Più precisamente, lo studio nei kibbutz implica che situazioni di pernottamento in cui i bambini non hanno accesso ad alcun rifugio sicuro familiare possono avere un impatto negativo sulla sicurezza, impatto dovuto agli effetti negativi sulle aspettative dei bambini riguardo alla disponibilità delle loro figure di attaccamento.

Guardando alla questione dalla pura prospettiva degli studiosi di attaccamento, alcuni di noi ritengono si debba considerare casa il luogo dove stanno i *caregiver* familiari, e che sia poco probabile che la sicurezza di bambini che hanno ricevuto cure regolari da entrambi i *caregiver* prima del divorzio venga intaccata dal pernottamento con uno di loro dopo il divorzio, a prescindere dall'età del bambino; altri ipotizzano che se i pernottamenti con un genitore non residente hanno effetti negativi sullo sviluppo, è probabile che ciò dipenda dallo stesso insieme di fattori ambientali sopra discussi (i.e. evolutivi, familiari, culturali). Sebbene la letteratura scientifica non dia indicazioni esatte sull'età, ipotizziamo che, se entrambi i *caregiver* si sono presi regolarmente cura del bambino prima del divorzio, dall'età prescolare in avanti i pernottamenti non dovrebbero costituire un problema. Al contrario, un infante o un neonato che hanno avuto poche opportunità di sperimenta-

re la funzione di rifugio sicuro di un genitore potrebbero trovare più difficile, almeno inizialmente, passare le notti con quel *caregiver*. È certo che le iniziali difficoltà dei bambini potrebbero essere legate ad altri fattori che non hanno contribuito a promuovere le aspettative di rifugio sicuro, come la scarsa familiarità con la nuova sistemazione abitativa del *caregiver*. A ogni modo, è probabile che i bambini che hanno sviluppato chiare aspettative per entrambi i *caregiver* si adattino in modo relativamente rapido e gestiscano bene i pernottamenti in entrambe le case. Sono certamente necessarie ulteriori ricerche per stabilire quale livello di familiarità sia richiesto affinché i bambini percepiscano la disponibilità di un rifugio sicuro quando passano la notte presso il *caregiver* non residente – o qualsiasi altro *caregiver* nella rete di relazioni d’attaccamento.

Molti ricercatori ritengono che l’affidamento e il pernottamento con un determinato *caregiver* facilitino lo sviluppo di un attaccamento sicuro con quel *caregiver* (Lamb *et al.*, 1997). Ciò si verifica perché il sistema di attaccamento infantile è complementare al sistema di *accudimento* nei *caregiver* stessi il quale – analogamente a quanto accade al sistema di attaccamento dei piccoli – è malleabile e sensibile agli stimoli ambientali (George & Solomon, 2008). Deprivare seriamente un *caregiver* del tempo con suo/a figlio/a e delle responsabilità di cura non soltanto influenza l’abilità del bambino di sviluppare e mantenere un legame di attaccamento con quel *caregiver*, ma può anche avere effetti negativi sul sistema di *caregiving*, che ne risulta ostacolato. Nessuna ricerca empirica, comunque, suggerisce che i pernottamenti siano essenziali (i.e. condizione necessaria) per lo sviluppo di un legame di attaccamento.

Infine, i processi decisionali riguardanti l’affidamento e la divisione del tempo, inclusi gli accordi per il pernottamento, devono tenere conto anche della capacità dei *caregiver* di cooperare dopo il divorzio. In alcuni Paesi si invoca la teoria dell’attaccamento per motivare, in modo categorico, l’affidamento congiunto, tenendo in scarsa considerazione fattori contestuali quali il conflitto fra i genitori e la loro capacità di collaborare. Il conflitto fra i genitori dopo il divorzio è stato connesso a una varietà di effetti negativi sull’adattamento del bambino (Tan *et al.*, 2018; van IJzendoorn, 2019), incluso l’attaccamento (Brown *et al.*, 2010; Solomon & George, 1999). Conflitto e ostilità fra genitori non solo minano le stesse competenze genitoriali, ma anche la capacità di lasciare che sia l’altro a provvedere alle cure (Grossmann, 2013), con conseguenze negative per il bambino che si ritrova coinvolto. Gli interventi per sostenere il coinvolgimento dei *caregiver* e diminuire il conflitto sono stati sviluppati in modo da affrontare queste difficoltà, mostrando risultati promettenti (Pruett *et al.*, 2016).

2.3. Le implicazioni delle classificazioni della qualità dell'attaccamento (pattern d'attaccamento)

In alcuni contesti, le classificazioni dell'attaccamento vengono spesso fraintese, utilizzate e applicate erroneamente riconosciamo che i ricercatori che si occupano di attaccamento, inclusi molti di noi, hanno talvolta contribuito inavvertitamente a questa situazione (Duschinsky, 2020). A volte ci è capitato di sostenere fortemente i nostri metodi di valutazione della qualità dell'attaccamento e di esagerare l'enfasi sulle implicazioni dei risultati senza riconoscerne esplicitamente i limiti; con il senno di poi, è evidente che avremmo dovuto essere più cauti. Le misure della qualità dell'attaccamento, se utilizzate in *setting* validati e da professionisti adeguatamente formati e certificati, si configurano come strumenti eccezionali per la ricerca a *livello di gruppo*; sorgono, tuttavia, ragionevoli dubbi sulla trasferibilità della validità di tali misure al contesto del Tribunale dei minorenni per la valutazione di singoli bambini (e *caregiver*). La questione fondamentale da affrontare riguarda se e in quali occasioni le valutazioni della qualità dell'attaccamento possano offrire informazioni utili a orientare le decisioni sull'affidamento e la protezione dei bambini. Informazioni valide sulla qualità dell'attaccamento di un singolo bambino possono offrire un importante spaccato della relazione di quel bambino con un determinato *caregiver* e, plausibilmente, aumentare la capacità dei professionisti di predire il suo probabile sviluppo; tuttavia, come discuteremo di seguito, l'*effect size* dell'associazione fra la qualità d'attaccamento del bambino, l'adeguatezza del comportamento di *caregiving* e il conseguente sviluppo del piccolo è di entità moderata se non bassa. Di conseguenza, le misurazioni dell'attaccamento non dispongono di un potere predittivo tale da essere considerati indicatori autonomi della storia del *caregiving*, o del modo in cui i bambini cresceranno.

2.3.1. L'idea che le classificazioni d'attaccamento offrano informazioni valide e affidabili sulla storia del *caregiving* di un singolo bambino e sulla sua prospettiva di sviluppo

Accade che si effettuino valutazione della qualità d'attaccamento per orientare i processi decisionali in ambito forense riguardanti l'affidamento e la protezione dei minori (Aitani, 2015; Crittenden & Baim, 2017; Gauthier *et al.*, 2004). In realtà, le misurazioni dell'attaccamento sono state sviluppate e validate per ricerche condotte a livello di gruppo; ciò non comporta, in maniera automatica, che le stesse misure abbiano una sufficiente validità per diagnosi e predizioni a livello individuale (Neal *et al.*, 2019; van IJzendoorn

et al., 2018a). Nella scienza medica e nei contesti clinici, gli strumenti diagnostici devono possedere una elevata “sensibilità” e “specificità” per essere considerati utili. Laddove con *sensibilità* si fa riferimento alla percentuale dei “veri positivi” correttamente identificati (ad esempio, bambini con attaccamento sicuro correttamente classificati come tali), la *specificità* si riferisce, invece, alla percentuale dei “veri negativi” (ad esempio, bambini con attaccamento insicuro correttamente classificati in quanto bambini dall’attaccamento non sicuro). I test possono presentare sia un’alta sensibilità che un’alta specificità, anche se un test con alta sensibilità può abbassare il livello di specificità fornendo molti “falsi positivi” (ad esempio, identificando correttamente la maggior parte dei bambini con attaccamento sicuro, ma classificando come sicuri anche bambini con attaccamento insicuro). Parlando di valutazioni dell’attaccamento nel contesto di cui ci stiamo occupando, le considerazioni di sensibilità e specificità andrebbero estese alla capacità retrospettiva e predittiva degli strumenti; per esempio, al fine di identificare i piccoli con attaccamento sicuro che hanno fatto esperienza di un *caregiving* sensibile e che crescono favorevolmente, così come i bambini con attaccamento insicuro che non hanno fatto esperienza di *caregiving* sensibile e che non si sviluppano favorevolmente.

Pochi strumenti psicologici – o anche biomedici – sviluppati per la ricerca a livello di gruppo dispongono di sufficiente sensibilità e specificità per un loro valido impiego in diagnosi e predizioni dello sviluppo a livello individuale (Neal *et al.*, 2019). I problemi relativi all’accuratezza psicométrica e al potere predittivo delle misure sono di particolare rilievo per le valutazioni nell’infanzia; le misurazioni dell’attaccamento rientrano, infatti, fra quelle più potenti, relativamente al periodo dell’infanzia, nel predire lo sviluppo infantile nella ricerca a *livello di gruppo* (Groh *et al.*, 2017a). Il fatto che la maggior parte degli strumenti psicologici non disponga di sufficiente potere predittivo se utilizzata a *livello di singolo* non dovrebbe sorprendere; lo sviluppo umano è davvero complesso, perciò non ci si aspetta che un solo strumento possa spiegare la maggior parte della varianza negli esiti evolutivi. È altresì importante sottolineare che le attuali misurazioni dell’attaccamento dispongono di limitata sensibilità e specificità nel predire lo sviluppo infantile o valutare retrospettivamente il *caregiving* ricevuto da un bambino considerato a livello individuale (van IJzendoorn *et al.*, 2018a). Più specificamente, una buona percentuale di bambini con attaccamento insicuro si sviluppa positivamente e ha fatto esperienza di cure sufficienti (anche se non costantemente sensibili).

La capacità predittiva delle misure di attaccamento a *livello di gruppo*, unitamente alla loro limitata sensibilità e specificità per le predizioni a *livello*

individuale, ha contribuito a far sì che, come ricercatori, non siamo unanimi nel concordare riguardo alla loro utilità nell'orientare i processi decisionali in ambito forense, soprattutto per quanto riguarda la protezione dei minori. Alcuni di noi vorrebbero poter contare su una più elevata validità (specialmente in termini di sensibilità e specificità) per le predizioni a livello individuale, prima di supportare l'utilizzo di queste misure nelle decisioni che riguardano le collocazioni dei piccoli al di fuori del contesto domestico. Altri di noi ritengono, invece, che le misurazioni dell'attaccamento possano risultare funzionali nel contribuire alla conoscenza del "quadro generale", se usate unitamente ad altre misure. Tali differenze di opinione, che discuteremo più approfonditamente in seguito, dipendono in parte da visioni diverse su quanto alto debba essere lo standard affinché uno strumento scientifico si possa considerare utile.

2.3.2. L'idea che l'attaccamento sicuro equivalga a salute psicosociale, promuova la salute psicosociale a livello individuale e costituisca un indicatore per il superiore interesse del minore

La ricerca meta-analitica ha mostrato che l'attaccamento sicuro nell'infanzia si associa successivamente a migliori competenze sociali ($d=0.39$) e minori problemi di esternalizzazione ($d=0.31$) e internalizzazione ($d=0.15$) (Groh *et al.*, 2017a), con un valore di *effect size* (d) ampio e rilevante in termini di effetti mediamente riscontrati in diversi studi e campioni di bambini (Funder & Ozer, 2019). L'attaccamento sicuro costituisce, di solito, un fattore di protezione nello sviluppo degli esseri umani (Scott *et al.*, 2011); ne consegue l'utilità delle politiche sociali e degli interventi che facilitano un *caregiving* sensibile e un attaccamento sicuro (Bachmann *et al.*, 2019). Questi *effect size* possono anche essere visti, da un punto di vista più pragmatico, utili a motivare l'utilizzo di misure della sicurezza dell'attaccamento in ambito forense, specialmente se si considera che molti altri strumenti disponibili presentano una minore o non accertata abilità predittiva. Valutazioni dell'attaccamento validate, se effettuate da professionisti adeguatamente formati e certificati, possono fornire informazioni che aumentano la capacità professionale di predire il probabile sviluppo dei bambini, almeno al di sopra della pura casualità. In tutti i casi, gli effetti che abbiamo menzionato (*effect size*) non dispongono di una dimensione tale da implicare che lo sviluppo futuro di un bambino possa essere predetto con certezza a partire dalla sola valutazione della sicurezza dell'attaccamento. Se i tribunali usano le valutazioni d'attaccamento per orientare le loro decisioni, il peso attribuito alle stesse deve tenere conto di questa osservazione.

Comunicare quanto sia complesso tradurre la ricerca a livello di gruppo in valutazioni di singoli bambini e *caregiver* si è dimostrato difficile, considerato quanto spesso sia stata “esasperata” l’importanza attribuita all’attaccamento sicuro oppure sia stata comunicata in modi non del tutto corretti all’interno nelle linee guida del lavoro sociale. Una simile caratterizzazione è foriera della percezione erronea secondo cui la sicurezza sia necessaria a uno sviluppo infantile favorevole; ciò contribuisce a enfatizzare in modo eccessivo il ruolo della sicurezza nelle decisioni assunte dal Tribunale per i minorenni. Un esempio di comunicazione poco chiara si trova nelle linee guida indicate dal Ministero della Salute del Regno Unito che, nonostante non siano più in vigore, sono state e rimangono tuttora piuttosto influenti:

Ciò che accade ai bambini durante il primo anno di vita rappresenta il fondamento dello sviluppo successivo e influirà sugli esiti dello stesso. Ciò va tenuto in debita considerazione nel corso del processo di valutazione; è questo il motivo per cui l’attaccamento sicuro è così importante nei primi anni di vita. Laddove i legami d’attaccamento fossero assenti o compromessi, le decisioni sulle nuove figure di attaccamento da garantire ai bambini vanno prese il più velocemente possibile, per evitare danni sullo sviluppo (Department of Health, 2000, trad. p. 3).

Si tratta di una indicazione poco chiara e fuorviante che apre sottolineando quanto sia importante la sicurezza, continua proponendo una dicotomia fra attaccamento sicuro e “assenza” o “rottura” dell’attaccamento, e prosegue suggerendo di essere tempestivi nel trovare nuove figure di attaccamento. Il tono deterministico tralascia il fatto che anche le esperienze successive influenzano i legami d’attaccamento (cfr. Waters *et al.*, 2000). Inoltre, nelle linee guida operative del Ministero della Salute non ci sono zone grigie, non vi è menzione dell’attaccamento insicuro né di quanto rara sia la mancanza di attaccamento. Anche se non era nelle intenzioni degli autori, questa guida ha promosso o rinforzato l’idea che tutto ciò che esula dalla sicurezza d’attaccamento comporti alti rischi di esiti di sviluppo negativi e che, in assenza di un attaccamento sicuro, bisognerebbe considerare di allontanare i bambini dai loro *caregiver* (White *et al.*, 2019). Un’opinione di questo genere costituisce un grave fraintendimento della teoria dell’attaccamento e dei risultati della ricerca, implicando che quasi la metà dei bambini dovrebbe essere allontanata dai loro genitori – essendo questo il tasso medio di attaccamento insicuro nella popolazione generale (van IJzendoorn *et al.*, 1999).

2.3.3. L'idea che l'attaccamento insicuro organizzato implichi danni e patologia

Esistono due tipi di attaccamento insicuro “organizzato”, evidenziabili da codificatori certificati attraverso l'analisi dei comportamenti di separazione-riunione nel contesto della *Strange Situation Procedure* (Ainsworth *et al.*, [1978] 2015). I bambini insicuri-evitanti, in seguito a momenti di stress o allarme moderato, non ricercano spontaneamente la figura familiare, anche se vi rimangono vicini. I bambini con attaccamento insicuro/resistente ne ricercano, invece, la prossimità, pur non traendone immediata o facile consolazione, unendo la ricerca di vicinanza con manifestazioni di rabbia verso il *caregiver*. Questi pattern, atti a minimizzare o massimizzare i segnali che esprimono i bisogni di attaccamento, vengono considerati “organizzati” perché il comportamento appare coerente e viene utilizzato per richiamare la disponibilità dei *caregiver* meno sensibili. Dalle meta-analisi condotte emergono associazioni significative, robuste ma modeste, fra attaccamento evitante e minori competenze sociali ($d=0.17$), maggiori problemi di internalizzazione ($d=0.17$) e di esternalizzazione ($d=0.12$), e fra attaccamento resistente e minori competenze sociali ($d=0.29$) (Groh *et al.*, 2017a). Tali dimensioni delle associazioni (d o *effect size*) non giustificano l'idea che l'insicurezza organizzata possa essere utilizzata di per sé come indice di cure inadeguate o come predizione di uno sviluppo futuro sfavorevole. Sebbene gli *effect size* suggeriscano che l'attaccamento insicuro, se validamente valutato, possa contribuire a prevedere, seppur debolmente, lo sviluppo del bambino, è legittimo chiedersi quanto peso sia corretto dare a questa previsione e al suo significato pratico. Gli effetti dell'attaccamento insicuro sono ridotti anche dagli effetti negativi dovuti all'assenza di opportunità di formare legami d'attaccamento con i *caregiver*, come si osserva nei bambini istituzionalizzati (van IJzendoorn *et al.*, 2020). Infatti, la capacità di sviluppare diversi tipi (inclusi quelli insicuri) di legame d'attaccamento si è probabilmente evoluta per contribuire alla sopravvivenza del bambino e alla possibilità di adattarsi a diversi tipi di *caregiving* e di condizioni contestuali (Belsky, 1997). A meno che il mondo non venga ingegnerizzato con successo per diventare un luogo sicuro e responsivo, pieno di risorse per tutti i suoi abitanti, potrebbe non essere giustificato ritenere adattivo per tutti solo il legame di attaccamento sicuro. Infine, la qualità d'attaccamento interagisce sempre con altri fattori di rischio e di protezione. Per esempio, un legame di attaccamento insicuro può avere un'importanza diversa in relazione a fattori come la qualità delle cure diurne, il supporto sociale della famiglia e il temperamento del bambino (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2012), fattori che possono incrementare o attenuare il rischio.

2.3.4. L'idea che l'attaccamento insicuro disorganizzato implichi sempre danni e psicopatologia

L'attaccamento disorganizzato costituisce la terza categoria dell'insicurezza, identificata da codificatori certificati sulla base della manifestazione di comportamenti conflittuali, confusi o preoccupati nei confronti di un caregiver familiare, in condizioni standardizzate di allarme lieve-moderato (Main & Solomon, 1986). L'attaccamento disorganizzato viene predetto da comportamenti spaventanti, spaventati e dissociati da parte del caregiver (Main & Hesse, 1990; Schuengel *et al.*, 1999), da comportamenti di caregiving atipici quali ostilità e ritiro (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016) e maltrattamenti (Carlson *et al.*, 1989; Cyr *et al.*, 2010). Inoltre, la ricerca meta-analitica sulla distribuzione delle classificazioni d'attaccamento fra i bambini istituzionalizzati ha rivelato che quelli con attaccamento sicuro sono meno di un quinto, e quelli con attaccamento disorganizzato sono più della metà (Lionetti *et al.*, 2015; van IJzendoorn *et al.*, 2020).

Il legame fra attaccamento disorganizzato e maltrattamento ha condotto alcuni accademici esperti in lavoro sociale a raccomandare l'uso, nelle pratiche di tutela dei minori, dell'attaccamento disorganizzato come indicatore di maltrattamento (Shemmings & Shemmings, 2011; Wilkins, 2012 [ma cfr. 2020]). Il problema è che anche se i bambini maltrattati hanno una propensione maggiore degli altri a sviluppare la disorganizzazione (circa il 50% dei piccoli maltrattati; van IJzendoorn *et al.*, 1999), per una buona percentuale di essi ciò non accade. Una percentuale significativa di bambini facenti parte di campioni normativi (10-15%), molti dei quali non sono stati oggetto di maltrattamenti, manifesta un attaccamento disorganizzato durante la *Strange Situation* (van IJzendoorn *et al.*, 1999) ma, soprattutto, esistono più modalità o percorsi che conducono all'attaccamento disorganizzato, molti dei quali non contemplano la presenza di maltrattamenti (Bernier & Meins, 2008; Solomon *et al.*, 2017). Come proposto da Main e Hesse (1990), i caregiver potrebbero, ad esempio, utilizzare comportamenti lievemente disorganizzanti spaventanti/spaventati anche in assenza di maltrattamento, comportamenti dovuti a traumi personali non risolti associati a esperienze di perdita o abuso (Jacobvitz *et al.*, 2006; Madigan *et al.*, 2006). La ricerca meta-analitica ha evidenziato come i bambini le cui famiglie fanno esperienza di cinque o più fattori di rischio socio-economico sviluppino legami di attaccamento disorganizzato in modo statisticamente simile ai bambini maltrattati (Cyr *et al.*, 2010). L'attaccamento disorganizzato risulta prevalente in seguito a importanti separazioni, cosa che può accadere durante divorzi e processi per l'affidamento, soprattutto quando gli accordi o le visite si attuano in un clima malevolo o duro (Solomon & George, 2011).

I bambini possono mostrare *comportamenti* disorganizzati (che si associano alla storia relazionale) senza che ciò implichi un vero pattern disorganizzato. Molti di quelli che normalmente sono “organizzati”, se sotto stress, si esprimono attraverso comportamenti disorganizzati; di conseguenza, uno stress eccessivo durante le valutazioni d’attaccamento può tradursi in comportamenti disorganizzati che, però, non riflettono né un attaccamento né una storia relazionale disorganizzata (Granqvist *et al.*, 2016). Anche la difficoltà di autoregolazione nei neonati (Padrón *et al.*, 2014; Spangler *et al.*, 1996) e i sintomi infantili di ADHD sono stati associati a comportamenti/classificazioni disorganizzate, costituendo, perciò, in molti casi, dei “falsi positivi” (Forslund *et al.*, 2019).

È stata soprattutto la ricerca a livello di gruppo che ha indicato l’attaccamento disorganizzato infantile come uno dei predittori più potenti dello sviluppo successivo. Ad esempio, l’associazione meta-analitica fra disorganizzazione e problemi comportamentali esternalizzanti ($d=0.34$) non è, chiaramente, casuale e ci dice che la disorganizzazione non può essere trascurata, trattandosi di un fenomeno rilevante. Tuttavia, le associazioni fra attaccamento disorganizzato e il rischio di esiti sfavorevoli (inclusi i problemi comportamentali di esternalizzazione) non sono ancora sufficientemente forti da far sì che la disorganizzazione venga considerato di per sé come un indicatore di patologia per i singoli casi trattati nel contesto forense (Fearon *et al.*, 2010). A riconoscimento della complessità che caratterizza il fenomeno dell’attaccamento disorganizzato e della sua eziologia, alcuni studiosi hanno rivisto le loro posizioni precedenti, sottolineando come l’attaccamento disorganizzato non costituisca in sé e per sé un indicatore di maltrattamento (Wilkins, 2020).

2.3.5. L’idea che attaccamento insicuro o disorganizzato significhi disturbo dell’attaccamento

Il termine “disturbo dell’attaccamento” è stato, talvolta, utilizzato in ambito forense per indicare un “attaccamento problematico”, etichetta che, a sua volta, descrive in maniera non chiara quei legami di attaccamento che non rappresentano il superiore interesse del minore (White *et al.*, 2019). “Disturbo dell’attaccamento” è, comunque, un termine tecnico che significa qualcosa di totalmente diverso dall’attaccamento insicuro o disorganizzato, che nasce con l’*American Psychiatric Association’s Diagnostic and Statistical Manual* (DSM, attualmente alla sua quinta edizione) e si riferisce a due condizioni specifiche molto rare, tipicamente osservate nei bambini istituzionalizzati (Zeanah *et al.*, 2005). La prima condizione, il “Disturbo Reattivo

vo dell'Attaccamento" (RAD), è caratterizzata dalla mancanza di ricerca di cure presso il *caregiver* anche in situazioni di allarme, e può essere diagnosticata solo se si verificano comportamenti di *caregiving* estremamente inadeguati e se i sintomi compaiono dopo i nove mesi di età e prima dei cinque anni (Zeanah *et al.*, 2016). La seconda condizione, il "Disturbo da Impegno Sociale Disinibito", si contraddistingue per la presenza di comportamenti sociali non selettivi ed eccessivamente amichevoli nei confronti di estranei (Zeanah *et al.*, 2016).

È un fatto documentato l'ampio abuso delle diagnosi di disturbo dell'attaccamento, così come un abuso del termine "disturbo dell'attaccamento" in assenza di diagnosi (Allen & Schuengel, 2020; Woolgar & Baldock, 2015). Nella grande maggioranza dei casi di Disturbo Reattivo dell'Attaccamento, i sintomi scompaiono quando i bambini vengono collocati in un contesto di *caregiving* stabile, che permette loro di sviluppare legami d'attaccamento selettivi (Smyke *et al.*, 2012) e che supporta la disponibilità emotiva del *caregiver* (Barone *et al.*, 2019). È bene far notare che le "terapie dell'attaccamento" in circolazione si dichiarano efficaci ma, in realtà, non sono supportate da evidenze scientifiche (Allen, 2018; Chaffin *et al.*, 2006; Mercer, 2019). Questo non vale, invece, per gli interventi basati sull'attaccamento e i programmi di prevenzione per l'attaccamento disorganizzato, i quali hanno dimostrato di produrre consolidati effetti positivi (Bernard *et al.*, 2012; Facompré *et al.*, 2018).

3. Fattori che contribuiscono alle incomprensioni nella traduzione della ricerca sull'attaccamento nella pratica giudiziaria

I diversi professionisti che operano in ambito giudiziario segnalano quanto sia difficile, a volte, utilizzare le evidenze derivanti dalla teoria dell'attaccamento nelle decisioni da assumere nei tribunali (Robertson & Broadhurst, 2019). Infatti, sebbene gli assistenti sociali ne riconoscano l'importanza, non sempre confidano sulla possibilità di proporre considerazioni che si rifanno ai principi dell'attaccamento ai casi specifici, temendo che giudici e avvocati possano reagire con scetticismo (Duschinsky, 2020; North, 2019).

Non esiste, purtroppo, una prassi strutturata che possa aiutare i professionisti a far corrispondere le considerazioni sull'attaccamento con le esigenze del tribunale e a consolidare i collegamenti tra ricerca e pratica, diversamente da quanto avviene in ambito medico dove le prassi includono, ad esempio, diagnosi cliniche condivise, protocolli di valutazione, finanziamenti per la ricerca finalizzata e borse di studio per aiutare i clinici a diventare

clinici-ricercatori. Oltre a questa questione di carattere più generale, abbiamo identificato sette ulteriori fattori specifici che riteniamo abbiano contribuito a ostacolare il trasferimento dei concetti della teoria nella pratica giudiziaria e che sono responsabili dei limitati livelli di attenzione e interesse a questi riservati (ad eccezione di Garber, 2009).

3.1. L'uso di "evidenze" scientifiche

A volte succede che si attribuisca, sulla base di un singolo studio, un'importanza eccessiva alle affermazioni in esso contenute, presentandole come empiricamente fondate (Nielsen, 2014). Gli studi singoli, sebbene siano da preferire alle prove aneddotiche o non scientifiche (basate, ad esempio, sulle "impressioni" del professionista che rileva come un particolare genitore sia abusivo), presentano un alto rischio di falsi positivi e falsi negativi, soprattutto nei casi in cui le dimensioni del campione siano ridotte, come spesso accade nella ricerca applicata che usa il costrutto di attaccamento. Le prove empiriche sono ritenute credibili quando studi differenti e di alta qualità arrivano alla stessa conclusione, soprattutto nel caso in cui siano stati condotti da gruppi di ricerca diversi. Anche in questo caso, tuttavia, occorre essere abbastanza cauti poiché, a meno che la letteratura non sia stata analizzata in maniera rigorosa, la convergenza dei risultati potrebbe derivare dall'aver ignorato o attribuito uno scarso peso ai risultati contrari o complessi da spiegare. Purtroppo, le indicazioni seguite dai professionisti si basano, a volte, sugli studi relativi all'attaccamento disorganizzato che riportano i risultati più eclatanti (per esempio Brown & Ward, 2013) piuttosto che tener conto, in maniera rappresentativa, dell'intero corpus della ricerca esistente.

I riferimenti da privilegiare, in realtà, dovrebbero essere gli studi di meta-analisi basati su una ricerca sistematica di tutti gli studi pertinenti, seguita da analisi statistiche per il calcolo degli effetti medi. Gli studi meta-analitici contribuiscono ad individuare le associazioni effettivamente replicabili tra le variabili, la forza di queste associazioni e l'eventuale influenza, su di esse, di ulteriori variabili. Se è vero, tuttavia, che dimensioni dell'effetto molto ampie autorizzerebbero a generalizzare gli effetti anche allo specifico caso individuale, è vero anche che le stesse meta-analisi presentano dei limiti: i risultati si collocano comunque a livello di gruppo e raramente riportano dimensioni degli effetti tali da renderne possibile una trasposizione a livello dello specifico caso singolo di cui ci si sta occupando (Funder & Ozer, 2019). A volte, inoltre, c'è motivo di sospettare la presenza di un bias di pubblicazione contro i risultati nulli, per non parlare del fat-

to che in alcuni casi i risultati meta-analitici potrebbero apparire “gonfiati” (Kvarven *et al.*, 2020).

È importante che i risultati meta-analitici siano supportati da prove ottenute su grandi campioni e con ricerche sperimentali, come nel caso degli studi di controllo randomizzati sugli interventi, che consentono prove ordinate temporalmente e inferenze causali (van IJzendoorn *et al.*, 2020).

È evidente che gli “ideali” scientifici appena delineati siano spesso difficili da implementare nella pratica giudiziaria; è nota, in tal senso, la mancanza di meta-analisi e/o di studi randomizzati controllati sui temi rilevanti nel contesto giudiziario poiché la comunità di ricerca sull’attaccamento non ha condotto abbastanza ricerche su argomenti e su campioni di interesse per tale contesto (che riguardano, ad esempio, la distribuzione del tempo di cure fra i genitori, i pernottamenti e il conflitto parentale in relazione all’attaccamento del bambino). Piuttosto che precludersi qualsiasi applicazione della ricerca sull’attaccamento, i professionisti dovrebbero poter trarre delle conclusioni responsabili dalla ricerca disponibile, identificando studi di alta qualità e modelli su cui tali studi convergono. È anche probabile che non esista un gruppo di studi che possa mai soddisfare tutti i particolari di una singola controversia relativa alla custodia o alla protezione di un minore; a un certo punto, cioè, gli esperti e i giudici si troveranno a doversi spostare dal generale al particolare, e a volte andare anche al di là dei dati esistenti. Quanto stiamo sostenendo non preclude qualsiasi applicazione della teoria dell’attaccamento a meno che non si disponga di meta-analisi con ampie dimensioni degli effetti, basate su studi randomizzati e controllati. Ciò che intendiamo sottolineare, piuttosto, è la necessità che i tribunali e i tecnici da essi consultati tengano conto dello stato reale delle evidenze scientifiche esistenti, in modo da decidere il peso da attribuire a esse nella presa di decisioni.

3.2. La pressione affinché le decisioni siano basate sulle evidenze e la necessità di contare su diversi professionisti con competenza psicologica

Dovendo essere pragmatici e fare i conti con i fondi e il tempo a loro disposizione, i tribunali risentono della pressione affinché le decisioni si basino su evidenze scientifiche, giustificabili e verificabili (Huntington, 2018). Poiché le decisioni sul superiore interesse del minore hanno a che fare con il suo futuro, agli psicologi viene richiesta una attività di prognosi. Questa è la ragione per cui la teoria dell’attaccamento è entrata nelle aule dei tribunali (Mnookin, 2014) come teoria di gran lunga più popolare tra i professionisti che lavorano con bambini e famiglie bisognose di supporto (Department

for Education, UK, 2018). Inoltre, se da un lato la posizione dominante del giudice come anello finale del processo decisionale prevede il compito di accertare i fatti sui quali si basano le sentenze, dall'altro i giudici necessitano della collaborazione di esperti per collegare fonti di conoscenza credibili alle situazioni accertate e allo sviluppo futuro dei bambini (Schneider, 1991). Si può ipotizzare che la necessità di trovare prove a sostegno delle valutazioni fatte nell'interesse superiore del minore abbia contribuito a creare una sorta di cortocircuito tra l'accertamento della qualità dell'attaccamento e il compito di accertare il superiore interesse del minore, ponendo eccessiva fiducia nel valore prognostico delle classificazioni d'attaccamento riferite ai singoli casi.

3.3. Versioni divulgative della teoria dell'attaccamento

Alcune definizioni semplificate dei costrutti d'attaccamento che fanno riferimento a termini di uso quotidiano come "sicurezza", "disorganizzazione" e "attaccamento" sono state inserite, a volte, nelle linee guida per gli assistenti sociali e i professionisti che lavorano in ambito forense, creando confusione o distorcendo il loro significato originario. Per esempio, l'attaccamento disorganizzato è stato, spesso, descritto erroneamente come un sentimento di pericolo e di abbandono psicologico in relazione a un *caregiver*, e considerato fortemente prognostico di una successiva malattia mentale (Brown & Ward, 2013). Allo stesso modo, un'agenzia svedese per i diritti dei bambini scrive in modo allarmante sulla disorganizzazione infantile considerandola un "serio" fattore di rischio per le problematiche comportamentali di tipo esternalizzante, sottolineando che «la paura esiste all'interno della relazione tra il *caregiver* e il bambino. Il bambino è spaventato da chi lo accudisce, o è il *caregiver* ad aver paura del bambino» (Barnombudsmannen, 2007, p. 84). Simili descrizioni non aiutano la corretta identificazione dell'attaccamento disorganizzato (Granqvist *et al.*, 2017); allo stesso modo, ritroviamo in una guida per professionisti cileni, che lavorano nell'ambito della tutela minori (Departamento de Protección de Derechos Servicio Nacional de Menores, 2019), la raccomandazione di utilizzare strumenti di valutazione delle competenze di *caregiving* capaci di rilevare un "attaccamento sano", in cui si confonde l'attaccamento disorganizzato con il disturbo dell'attaccamento (Barudy & Dantagnan, 2010). Tali descrizioni appaiono costruite più su stereotipi relativi a cosa sia sano o malato – nei termini di caos e imprevedibilità – piuttosto che da una comprensione effettiva dell'attaccamento, compreso il costrutto di disorganizzazione (Reijman *et al.*, 2018). La pratica

scientifica è ovviamente modellata, in una certa misura, dai valori sociali, ma queste definizioni divulgative della teoria dell'attaccamento si sono pericolosamente prestate a comunicare valori sociali come fatti scientifici, come nel caso in cui si sono dati giudizi di valore sui ruoli rispettivamente della madre e del padre (cfr. Duschinsky, 2020).

3.4. *Quando si assumono i costrutti teorici senza adeguata precauzione*

Nel trasferimento dei costrutti accademici alla pratica giudiziaria, è possibile che vada perso, a volte, il collegamento alle raccomandazioni originariamente a essi associate (Nielsen, 2014); ciò può comportare un'eccessiva fiducia sul significato assunto dalle differenze individuali rilevate nella qualità dell'attaccamento. Per fare un esempio, la “*Attachment Styles Interview*” (ASI; Bifulco *et al.*, 2008) viene, talvolta, utilizzata per determinare l'idoneità all'adozione. Come discusso da Granqvist (2016), si tratta di una misura non sufficientemente convalidata per valutare la capacità di fornire cure, come hanno dichiarato gli stessi autori che hanno messo a punto lo strumento. Eppure, tale avvertimento è sparito dalla pratica giudiziaria, come dimostra un recente caso svedese di una coppia di gemelli allontanata dalla loro famiglia affidataria, dopo un anno di permanenza, solo sulla base dell'insicurezza rilevata dalle ASI somministrate ai genitori affidatari (Bunnvik, 2016), e nonostante la coppia affidataria avesse ottenuto valutazioni positive su tutte le altre prove e i bambini mostrassero un buon sviluppo. In altri casi, è stata data per assoluta la sovrapposizione tra maltrattamento e disorganizzazione, spingendo gli assistenti sociali a identificare i comportamenti disorganizzati in contesti naturalistici e in assenza di specifici training sull'uso affidabile degli strumenti, e a utilizzarli come un indicatore di maltrattamento (Shemmings & Shemmings, 2011).

3.5. *La credibilità delle classificazioni sugli stili o pattern d'attaccamento*

Le classificazioni dell'attaccamento nascono nell'ambito della ricerca in psicologia dello sviluppo e necessitano, per un loro uso appropriato, di essere correttamente utilizzate all'interno di tale contesto. A tal riguardo, è capitato che, a volte, non sia stata riconosciuta la necessità di una formazione specifica che consenta di attribuirle in maniera appropriata, comprendendone il significato e garantendone il corretto utilizzo. Questa sfortunata combinazione ha probabilmente contribuito alla popolarità delle classificazioni

dell'attaccamento nell'ambito delle professioni che si occupano del benessere dei bambini. Per esempio, la Swedish National Board of Health and Welfare (2018a, 2018b) forma i professionisti, la maggior parte dei quali non hanno ricevuto una formazione specifica sulla teoria dell'attaccamento e sulla sua valutazione, a prestare attenzione ai potenziali segnali di insicurezza e ai problemi di attaccamento, riportando esempi di bambini ansiosi e "appiccicosi", che vogliono sapere dove sono i loro genitori e cosa fanno. Utilizzando descrizioni così generiche, imprecise e decisamente problematiche, si corre il rischio che diversi comportamenti siano erroneamente identificati come insicuri.

Sebbene nella formazione dei professionisti vengano trasmessi correttamente i principi di base della teoria dell'attaccamento, viene tralasciata la formazione specifica sulla valutazione della qualità dei legami. In ambito giudiziario, mentre alcuni professionisti non nutrono sufficiente fiducia nell'apporto che la teoria potrebbe offrire alle loro valutazioni e decisioni, altri si affidano alle classificazioni d'attaccamento con cieca fiducia; altri ancora richiedono una formazione specialistica su di esse (North, 2019). Poiché gli strumenti di valutazione dell'attaccamento non sono stati sviluppati per la ricerca diagnostica e necessitano ancora di essere validati per tali scopi, la richiesta di una formazione specialistica rappresenta l'opzione migliore tra le tre diverse posizioni descritte. La formazione specialistica generalmente contribuisce anche a trasferire la conoscenza sui limiti degli strumenti (ad esempio, la loro capacità limitata di fornire diagnosi e previsioni a livello individuale). In assenza di elementi che colleghino efficacemente la ricerca con la pratica, come nel caso di valutazioni validate dal punto di vista diagnostico, gli operatori che ritengono di utilizzare le classificazioni d'attaccamento per guidare la loro pratica professionale si trovano, allo stato attuale, di fronte a un'impasse.

3.6. Confondere la difesa (di parte) degli interessi del minore con una valutazione equilibrata

La relazione peritale o la difesa di parte può creare problemi se è scambiata o concettualizzata come fosse una valutazione equilibrata o un consenso scientifico (Emery *et al.*, 2011). Alcuni esempi in proposito ci vengono dall'acceso dibattito che accompagna le questioni relative all'attaccamento infantile, alle decisioni sulla custodia dei minori, i pernottamenti, e questioni simili. Un numero speciale di *Family Court Review* (McIntosh, 2011), a tal proposito, ha ospitato un dibattito interessante. In quel numero è stato chie-

sto, a un piccolo gruppo di eminenti specialisti di attaccamento, di esprimersi in merito all'utilizzo della teoria in ambito giuridiziaro, ottenendo risposte in alcuni casi poco prudenti e scarsamente legate alle evidenze scientifiche. Per esempio, alcuni di loro hanno affermato che le routine di addormentamento infantile dovevano essere riservate solo al *caregiver* primario (Schore & McIntosh, 2011). Come già anticipato, le prove scientifiche non convergono su un simile risultato (Lamb, 2012; 2018). Nei tribunali per la famiglia, i riferimenti all'attaccamento sarebbero probabilmente meno parziali, più equilibrati e in linea con le evidenze di ricerca se il tribunale si affidasse agli esperti piuttosto che ai rappresentanti delle parti (ad esempio gli avvocati), per i quali l'interesse di vincere la causa può, in qualche caso, occultare l'interesse superiore del minore.

3.7. Gli standard probatori per le decisioni giudiziarie

Se un genitore fosse accusato di aver commesso un crimine, il tribunale penale lo considererebbe innocente fino a prova contraria, oltre ogni ragionevole dubbio. Lo stesso criterio non viene impiegato nei tribunali per la famiglia e per i minori, sebbene la posta in gioco per i genitori e i bambini coinvolti sia alta almeno quanto nei casi gestiti dalla giustizia penale (van IJzendoorn *et al.*, 2018b); in questa situazione, al contrario, le decisioni vengono prese sulla base di un bilanciamento fra le probabilità e i diversi livelli di rischio (Burns *et al.*, 2016). Sebbene la prova al di là del ragionevole dubbio non sia contestabile, le questioni sorgono rispetto al modo di bilanciare le probabilità, a quando e come la valutazione psicologica sia in grado di portare chiarezza nel processo, e quanto l'equilibrio possa chiaramente pendere da una o dall'altra parte in relazione a decisioni delicate come quelle di un possibile allontanamento del minore dalla famiglia. Specialisti del campo hanno sottolineato come questi atti professionali di bilanciamento possano essere portati avanti in assenza di un sufficiente rigore e condurre, perciò, a collocazioni dei minori al di fuori del contesto familiare, sebbene non realmente necessarie (Mnookin, 2014).

È noto come gli investimenti per il sostegno alle famiglie stiano subendo una crescente riduzione a favore degli investimenti finalizzati alla tutela dei minori e ai servizi di affidamento (Bilson & Martin, 2017; Granqvist, 2016). In effetti, le difficoltà nel soppesare le probabilità di un buon esito delle operazioni messe in campo e un uso malinformato della teoria dell'attaccamento a supporto di alcune operazioni giudiziarie sulla tutela dei minori hanno portato, in alcuni casi, all'allontanamento dei bambini in assenza di

indicazioni fondate di rischio per lo sviluppo o di evidenze di maltrattamento. Per esempio, uno studio ha rivelato come le relazioni peritali redatte con finalità di protezione del minore e alimentate dalla preoccupazione di un possibile esito evolutivo di attaccamento insicuro nei figli di madri con lieve disabilità intellettiva avessero contribuito all'allontanamento dei bambini dalle loro madri senza che i tribunali avessero messo in discussione la rilevanza o la mancanza di prove a sostegno di tali preoccupazioni (Alexius & Hollander, 2014). All'epoca, tra l'altro, non esistevano ancora ricerche pubblicate sulla qualità dell'attaccamento nei figli di madri con lieve disabilità intellettiva, e la ricerca successiva ha dimostrato come la distribuzione delle classificazioni di attaccamento in detto campione fosse in linea con quella tipicamente rilevata nelle famiglie caratterizzate da un ordine di fattori di rischio di natura socio-economica. (Granqvist *et al.*, 2014). Inoltre, la sensibilità di queste madri è risultata marcatamente eterogenea e modificabile dall'esperienza, riconducibile più all'esposizione a traumi e abusi che ai lievi deficit intellettivi (Lindberg *et al.*, 2017). Del resto, proprio da una prospettiva attenta all'attaccamento, interrompere i legami affettivi per "prevenire" l'attaccamento insicuro costituisce un fattore di rischio molto più serio, per lo sviluppo del bambino, rispetto a un lieve deficit cognitivo materno. Queste questioni sono anche aggravate dalla scarsa disponibilità di valutatori esperti dell'attaccamento; pertanto, raramente vengono seguite le linee guida sulle buone pratiche, elemento che indebolisce la validità delle valutazioni.

PARTE II. Proposte per l'uso della teoria e della ricerca sull'attaccamento nelle decisioni legate alla protezione e alla custodia dei bambini

Avendo delineato alcune criticità relative all'utilizzo dei principi della teoria dell'attaccamento all'interno dei tribunali per i minorenni e la famiglia e alcune probabili ragioni sulla loro origine, passiamo a occuparci di alcune nostre proposte per utilizzare la teoria in questi contesti. Presentiamo tre principi fondamentali relativi all'attaccamento, supportati da oltre mezzo secolo di ricerca, che riteniamo possano essere di aiuto ai professionisti che operano in ambito forense. Discuteremo anche dell'utilità delle valutazioni dell'attaccamento e del comportamento di cura genitoriale nel guidare gli interventi di sostegno alla genitorialità e il processo decisionale in materia di custodia e protezione del bambino; infine, daremo alcune indicazioni su possibili percorsi di ricerca interdisciplinare.

4. Tre principi di attaccamento fondamentali per la pratica giudiziaria

La teoria e la ricerca sull'attaccamento possono essere di grande aiuto non solamente per la comprensione dei fattori che contribuiscono al benessere e allo sviluppo socio-emotivo dei bambini, ma anche per orientare gli interventi di supporto alla genitorialità. Più specificamente, la teoria e la ricerca sull'attaccamento consentono inferenze rilevanti su come dovrebbero essere le cure *sufficientemente buone* e su come si possano mettere in atto (van IJzendoorn *et al.*, 2019).

4.1. Il bambino deve poter contare su caregiver familiari, non abusivi e non trascuranti

Lo sviluppo di relazioni di attaccamento e i benefici sullo sviluppo psico-sociale a esse collegati, dipendono dalle esperienze di base sicura fornite da caregiver specifici, familiari e non abusivi.

Lo sviluppo e il mantenimento della relazione di attaccamento richiede tempo e interazione. Ciò vuol dire, in riferimento ai contesti di custodia dei bambini, che un contatto limitato con un *caregiver* rende più difficile, per il bambino, formare, incrementare e consolidare le proprie aspettative sulla sua disponibilità nel momento del bisogno (Lamb *et al.*, 1997). Vuol dire anche che, nella maggior parte dei casi in cui le cure familiari siano non abusive e non trascuranti, la permanenza in famiglia sia da preferire all'assistenza istituzionale, associata solitamente a una scarsa stabilità, in termini di presenza, di uno stesso *caregiver* e a esiti di sviluppo e di salute mentale problematici (van IJzendoorn *et al.*, 2020), anche laddove gli istituti garantiscano sufficienti cure mediche e nutrizione adeguata. Tali risultati sottolineano l'importanza che assume per i bambini la possibilità di sviluppare aspettative positive sulla disponibilità di una "base sicura" da parte di *caregiver* specifici, familiari e non abusivi, e sulla loro presenza costante.

Altra questione importante da tenere in considerazione è il bisogno di continuità affettiva e educativa con il caregiver familiare. I sistemi di "allo-parentalità" nei quali le cure parentali sono fornite da persone diverse dai genitori biologici (per esempio, nel caso degli affidamenti e delle adozioni), possono giocare un ruolo essenziale nel rispetto dei diritti e degli interessi dei bambini. In effetti, un affidamento ben funzionante diventa molto importante, se non indispensabile, quando il benessere dei bambini è in grave pericolo; e anche l'inserimento temporaneo in una comunità terapeutica residen-

ziale può rivelarsi opportuno in circostanze eccezionali, quando è necessaria, con una certa urgenza, una terapia che non può essere fornita in ambienti non residenziali (Dozier *et al.*, 2014). L'affidamento temporaneo può essere, inoltre, importante se l'obiettivo finale è la riunificazione bambino-genitore non appena il genitore avrà recuperato la sua capacità genitoriale, e la collocazione permanente (ad esempio, l'adozione) quando la riunificazione viene considerata improbabile. Tuttavia, va sempre tenuto presente, alla luce delle indicazioni offerte dalla teoria dell'attaccamento, che il contatto continuo con chi si prende cura del bambino sia spesso benefico se risulta sicuro per il bambino e non contrario al suo benessere e al suo desiderio esplicito; ciò che serve, come principio generale, è una disponibilità sufficientemente continua di *caregiver* familiari non abusivi e non negligenti (Bowlby, 1958).

4.2. Il valore della continuità delle cure “sufficientemente buone”

Le aspettative sulla disponibilità di una base sicura nascono da una particolare relazione e non sono trasferibili con facilità a un'altra. Per questa ragione, bisogna essere molto cauti prima di alterare le relazioni di attaccamento dei bambini.

Garantire una base sicura è una proprietà delle particolari relazioni che si stabiliscono con le persone familiari, a partire dalle interazioni continue e stabili fra il bambino e i suoi *caregiver*. Ciò vuol dire che, anche se un altro contesto di cure possa apparire migliore, in una qualche dimensione, rispetto a quello in cui il bambino vive, nel decidere l'affidamento del minore va attribuito un peso considerevole al valore della continuità nelle cure “sufficientemente buone”. Se non si tiene conto di ciò, si rischia paradossalmente di creare danno al bambino nell'illusione di agire nel suo interesse superiore, a meno che non venga inclusa, tra gli interessi del minore, anche la continuità delle cure ricevute. Concordando con van IJzendoorn *et al.* (2019), nel valutare la qualità delle cure genitoriali nei contesti giudiziari, può essere più utile far riferimento al concetto di “cure sufficientemente buone”, elaborato da Winnicott (1971), da intendersi come cure adeguate nel soddisfare i bisogni infantili nel corso del tempo. Tale livello, sebbene non necessariamente “ottimale”, consente di soddisfare i bisogni di base dello sviluppo, inclusi, ma non limitati a, i bisogni legati all'attaccamento come quello di disporre di una base sicura nel contesto familiare. Questa indicazione è in linea con quanto proposto da Goldstein *et al.* (1973) i quali, nell'introdurre il concetto di interesse superiore del minore, specificarono come, nelle decisioni, i tribunali dovessero selezionare l'opzione “meno dannosa” tra quelle disponibili.

Purtroppo, non è così che è stata generalmente interpretata l'idea di "interesse superiore". Tale proposta viene ripresa da un certo numero di statuti, negli Stati Uniti e altrove (ad esempio Aitani, 2015; The Supreme People's Court of the People's Republic of China, 1993), nei quali si afferma specificamente come "la continuità delle cure genitoriali" sia un fattore rilevante da considerare nel determinare il migliore interesse dei bambini (USDHHS, 2016).

Naturalmente, la decisione di procedere con l'allontanamento del minore dai suoi genitori dovrebbe essere basata su prove convincenti dell'esistenza di un pericolo sostanziale per la salute e il benessere del bambino, e dell'impossibilità di individuare soluzioni ragionevoli che possano proteggerlo evitando il suo allontanamento. In altri termini, si tratta di riconoscere il delicato equilibrio esistente tra il rischio del trauma legato all'allontanamento e il rischio di danno attribuibile alla permanenza nella propria famiglia di origine.

Va ricordato che la capacità di fornire cure familiari continue e "sufficientemente buone" va promossa in modi diversi; i ricercatori che si occupano di attaccamento hanno, a tal proposito, messo a punto interventi di supporto mirati a promuovere proprio tali capacità (Dozier *et al.*, 2017; Steele & Steele, 2017). Allo stato attuale, si dispone di un sufficiente numero di studi randomizzati e controllati, che consentono di trarre conclusioni chiare sull'efficacia di tali interventi. I risultati sono incoraggianti; diversi studi e meta-analisi dimostrano, infatti, i loro effetti positivi sia su specifici aspetti della qualità del *caregiving* (ad esempio la sensibilità; Juffer *et al.*, 2017; Moss *et al.*, 2011) sia sulla qualità dell'attaccamento del bambino (Bernard *et al.*, 2012; Stronach *et al.*, 2013). Tali effetti, inoltre, sembrano permanere nel tempo, nel caso di interventi che prevedano una durata variabile tra le 6 e le 10 sessioni (Bakermans *et al.*, 2003); ulteriori studi, tuttavia, dovranno verificare se gli interventi basati sull'attaccamento contribuiscano, comunque, a ridurre la probabilità che i bambini vengano successivamente allontanati dal loro nucleo di origine (Cyr *et al.*, 2020).

Alle evidenze sull'efficacia degli interventi andrebbero associati, per avere un quadro più completo, gli esiti di sviluppo negativi legati alle cure a lungo termine in contesti extra-familiari (ad esempio, istituzionalizzazioni, affidamenti familiari non stabili) (Berlin *et al.*, 2011), fatta eccezione per l'adozione (Palacios & Adroher, *et al.*, 2019) e per gli affidamenti *sine die* che riescono a garantire al bambino cure continue da parte di figure stabilmente presenti, così come di solito avviene nel contesto familiare.

Altre forme di cure extra-familiari a lungo termine, invece, appaiono fortemente legate a un'ampia gamma di problemi tra cui, ad esempio,

maltrattamento, abuso di droghe, comportamenti suicidari, problemi di natura psichiatrica, disoccupazione, scarso rendimento scolastico, genitorialità in età adolescenziale [...] anche dopo aver controllato i “fattori di disturbo” (van IJzendoorn *et al.*, 2018b, p. 653).

È plausibile ipotizzare che i percorsi di sviluppo problematici, associati a forme di cure di lunga durata esterne alla famiglia, non siano da attribuire, comunque, in modo automatico all'allontanamento in sé del bambino dal suo nucleo familiare; diversi sono, infatti, i fattori avversi associati all'allontanamento stesso. Pensiamo, ad esempio, a come continui cambiamenti e interruzioni nel collocamento (come nel caso di un bambino che, una volta tornato nel suo nucleo familiare dopo un lungo periodo di allontanamento, viene allontanato una seconda volta) possano costituire un alto livello di rischio per lo sviluppo.

Sebbene esista una certa variabilità tra i Paesi, i collocamenti extra-familiari a lungo termine, in un *range* compreso tra un quinto e i due terzi, vengono interrotti prematuramente (Konijn *et al.*, 2018; Oosterman *et al.*, 2007; Sallnäs *et al.*, 2004; Wulczyn *et al.*, 2003); alcune ricerche riportano risultati simili anche per i fallimenti adottivi (Palacios & Rolock, *et al.*, 2019). Per questi bambini già vulnerabili, ciò vuol dire andare incontro a una ulteriore interruzione dei legami di attaccamento, e all'esperienza di una scarsa affidabilità della base sicura sperimentata. In effetti, le ricerche hanno dimostrato come i bambini che hanno sperimentato diversi cambiamenti di collocazione siano ad alto rischio di esiti negativi nel loro sviluppo, presentando un'alta probabilità di comparsa di problemi di comportamento esternalizzanti e internalizzanti (Newton *et al.*, 2000; Toussaint *et al.*, 2018), oltre a un impoverimento delle funzioni esecutive (Lewis *et al.*, 2007). Adottando la prospettiva della teoria dell'attaccamento, i tribunali dovrebbero cercare di dare priorità alla continuità delle cure di buona qualità ed essere consapevoli dei rischi che i collocamenti temporanei comportano.

Il valore della continuità delle cure sufficientemente buone andrebbe considerato attentamente anche quando si decide di far rientrare i bambini nel loro contesto familiare di origine, in seguito a una loro collocazione prolungata presso una famiglia affidataria stabile, allorché le capacità genitoriali della loro famiglia biologica appaiano (anche se solo leggermente) migliorate. Il diritto dei genitori naturali a crescere i loro figli biologici non dovrebbe automaticamente prevalere sul diritto dei bambini a contare su un'assistenza continua e sufficientemente buona, specialmente quando questi hanno trascorso un tempo considerevole in affidamenti stabili e ben funzionanti, fin dalla tenera età.

Per evitare fraintendimenti, riconosciamo come, in alcuni casi, l'allontanamento dei minori dalla famiglia di origine, anche se per brevi periodi, sia non solo necessario e giustificato ma, addirittura, possa salvare la vita. Va tenuta presente, comunque, quando l'affidamento del minore a una famiglia affidataria diventa necessario, l'importanza di offrire alle famiglie accoglienti interventi di supporto, soprattutto nella fase iniziale del nuovo collocamento del bambino, per evitare o ridurre il rischio di "fallimenti" nell'affido che esporrebbero il minore a ulteriori cambiamenti nel contesto di cure. I bambini maltrattati, ad esempio, possono comportarsi in modo da elicitare comportamenti poco "sensibili" e amorevoli da parte degli affidatari che, a loro volta, contribuiscono ad aumentare il rischio di conflitti, rifiuto e interruzione del collocamento. I dati di ricerca disponibili sugli interventiproposti ai genitori affidatari testimoniano come gli interventi basati sull'attaccamento siano efficaci nel promuovere la sensibilità dei genitori affidatari ai segnali dei bambini in affido (Bick & Dozier, 2013; Dozier *et al.*, 2009), e nel facilitare lo sviluppo del bambino in affido in diversi modi (Bernard *et al.*, 2017; Dozier *et al.*, 2008; Lind *et al.*, 2017). Tuttavia, ciò che la ricerca non è stata finora in grado di dimostrare è se il ricorso a tali interventi sia sufficiente, di per se, a ridurre i fallimenti degli affidi (Schoemaker *et al.*, 2019).

Il collocamento del bambino in una famiglia affidataria dovrebbe anche comportare il sostegno al bambino e alla sua famiglia biologica durante tutto il processo di allontanamento. Tali interventi dovrebbero iniziare nel momento in cui viene presa la decisione di allontanare il bambino concentrandosi sulla preparazione del distacco, aiutando il minore e la sua famiglia a comprendere le ragioni che hanno portato alla decisione di allontanamento e rassicurandoli sulla possibilità di mantenere i contatti (Cassibba & Cavanna, 2018). Dal punto di vista della teoria dell'attaccamento, tali interventi sono necessari non solo per ridurre lo stress del bambino e del genitore ma, soprattutto, per assicurare il mantenimento del contatto durante il collocamento, garantendo, in tal modo, ai minori la possibilità di contare sulla disponibilità di una "base sicura" mentre imparano a conoscere i loro genitori affidatari.

Ci sembra utile invitare a focalizzare l'attenzione anche verso i fattori "strutturali" che, allo stato attuale, possono accrescere il rischio di collocamenti instabili. In alcuni paesi, i bambini affidati a cure esterne alla famiglia possono essere trasferiti da una famiglia all'altra se cambiano le decisioni sul loro status di collocazione; ad esempio, se passano da uno stato di affidamento temporaneo a uno sine die, o dall'affidamento all'adozione. Ciò avviene perché le famiglie sono state valutate e selezionate rispetto a una specifica tipologia di affidamento. Quello che ci preoccupa è sapere che un bambino in affido possa improvvisamente essere trasferito da una famiglia

a un'altra, e che ciò possa determinare, anche se involontariamente, una diminuzione nella capacità o disponibilità degli affidatari di investire emotivamente su di lui.

Infine, non va dimenticato che la possibilità di preservare e sostenere le famiglie passa, anche, attraverso un impegno finanziario adeguato e la disponibilità di strutture sociali a favore delle famiglie in un senso più ampio, poiché la capacità di offrire cure sufficientemente buone va vista all'interno dei contesti di vita. Problemi di salute mentale, abuso di sostanze, disoccupazione, mancanza di istruzione, di assistenza sanitaria o di un alloggio sicuro, possono, infatti, rendere difficile per i *caregiver* essere genitori "sufficientemente buoni", specialmente se queste condizioni di rischio sono cumulative.

Sebbene tali fattori di rischio siano al di fuori del controllo dei tribunali, essi possono comunque influenzare il processo decisionale; per fare un esempio, diventano rilevanti quando va valutata la probabilità che un *caregiver* possa assicurare cure sufficientemente buone. Di conseguenza, i politici farebbero bene a seguire il monito di Bowlby, secondo cui:

Proprio come i bambini sono assolutamente dipendenti dai loro genitori per il sostentamento, così in tutte le comunità, tranne in quelle più primitive, i genitori [...] dipendono da una società più grande per il sostentamento economico. Se una comunità è interessata ai suoi figli, deve avere a cuore anche i loro genitori (Bowlby, 1951, p. 84).

4.3. Una rete di relazioni di attaccamento come risorsa per i bambini

Le relazioni di attaccamento a figure diverse dai propri genitori possono costituire una importante risorsa per i bambini; tali relazioni, solitamente, non interferiscono con gli attaccamenti esistenti, a meno che non rappresentino una fonte di minaccia o blocchino l'accesso alle relazioni esistenti.

La constatazione dell'importanza che assumono le relazioni di attaccamento multiple ha implicazioni significative per le decisioni riguardanti l'affidamento del minore; suggerisce, ad esempio, l'importanza, per il bambino, di stabilire relazioni affettive significative con entrambi i genitori; in caso di separazione o divorzio, quindi, è auspicabile che il minore disponga del tempo necessario per stabilire e mantenere i legami di attaccamento con entrambe le figure genitoriali, a meno che una delle due non costituisca una minaccia al benessere e alla sicurezza del figlio, o decida di rinunciarvi. Nella decisione dei tempi da trascorrere con ciascuno dei due genitori, tuttavia, sarà opportuno tener conto dell'età del bambino e del precedente livello di

coinvolgimento dei rispettivi genitori. Né la teoria dell'attaccamento né la ricerca empirica suggeriscono uno standard "ottimale" per la distribuzione del tempo da trascorrere con ciascuno dei due genitori, né è possibile specificare una quantità minima di tempo necessario da trascorrere con ciascun caregiver: le decisioni dovranno, necessariamente, tener conto di tutti gli elementi che caratterizzano gli specifici contesti di sviluppo in cui un dato bambino è inserito.

La teoria e le ricerche che valorizzano le relazioni di attaccamento multiple suggeriscono che il bambino possa beneficiare di un tempo equamente distribuito fra i due genitori. Qualora entrambi lo desiderino, e in assenza di alti livelli di conflitto fra i due partner, sarebbe opportuno che entrambi i genitori potessero passare una pari quantità di tempo con il figlio (Bacro *et al.*, 2020), considerato anche che, dopo il divorzio, la frequenza di contatto con il "secondo genitore" costituisce un predittore della qualità della relazione con lo stesso genitore rilevata in un momento successivo dello sviluppo (Steinbach, 2019).

Il principio sottolinea anche l'importanza di alcune soluzioni creative adottate al fine di mantenere al bambino l'accesso ai suoi caregiver. Un genitore adolescente in difficoltà, ad esempio, potrebbe trasferirsi presso una famiglia affidataria insieme al suo bambino; ciò consentirebbe a entrambi di essere accuditi insieme (Child Welfare Information Gateway, 2017).

L'importanza di poter contare su una rete di attaccamenti è di grande rilevanza nelle questioni riguardanti la custodia dei minori. Uno degli obiettivi principali dell'affidamento familiare, infatti, è il mantenimento di una relazione di attaccamento sia con i genitori adottivi che con quelli biologici; tale obiettivo può essere raggiunto senza che il bambino sperimenti necessariamente un conflitto di lealtà (Maaskant *et al.*, 2016). I genitori affidatari, grazie alla loro disponibilità emotiva, possono aiutare i bambini a riflettere sulle loro aspettative legate all'attaccamento e a sviluppare la capacità di utilizzare le figure disponibili e sensibili ai loro bisogni (Cassibba & Cavanaugh, 2018). Lo stesso principio può anche aiutare a preparare e organizzare il rientro presso la famiglia di origine, a conclusione del periodo di affidamento o, al contrario, il passaggio dalla famiglia affidataria a quella adottiva. Nella realtà, invece, tali passaggi avvengono spesso in maniera brusca, interrompendo per lungo tempo, se non del tutto, il contatto con i genitori affidatari (Boswell & Cudmore, 2017). Al contrario, le transizioni dovrebbero consentire, inizialmente, una sostanziale sovrapposizione dell'accudimento fornito da genitori affidatari e genitori adottivi o tra affidatari e famiglia biologica e, successivamente, il mantenimento dei contatti con i genitori affidatari, in modo tale che il minore non sperimenti una interruzione nella "base sicura"

fornita dagli affidatari, mentre comincia a costruirsi delle aspettative sulla disponibilità dei genitori adottivi.

Ad eccezione dei casi in cui il rischio di danno per il bambino è imminente, è difficile immaginare una qualche circostanza in cui l'allontanamento improvviso di un bambino da una sistemazione adottiva a un'altra possa configurarsi come una scelta fatta nell'interesse del bambino. Lo stesso vale nel caso in cui il bambino transiti dagli affidatari ai genitori biologici, al termine dell'esperienza di affido.

Un'altra implicazione relativa alla rete di attaccamenti riguarda i nonni e le relazioni non parentali con i fratelli e i membri della famiglia estesa; in Cina, per esempio, nella presa di decisioni sulla custodia dei bambini, si tiene conto dei loro rapporti coi nonni (The Supreme People's Court of the People's Republic of China, 1993). Ciò che conta maggiormente, secondo la prospettiva della teoria dell'attaccamento, è verificare se un bambino abbia avuto modo di sviluppare aspettative di base sicura nei confronti di tali figure. Le relazioni del bambino con *caregiver* significativi diversi dai propri genitori biologici aiutano a regolare i propri stati emotivi in modo simile a quanto succede nelle relazioni genitori-figli (Oosterman & Schuengel, 2007); i bambini in affido, infatti, sono in grado di sviluppare relazioni di attaccamento sicuro con i loro genitori affidatari nell'arco di 6-12 mesi (Lang *et al.*, 2016). Ulteriori ricerche potranno indicarci la rapidità con cui si riesce a stabilire la funzione di regolazione delle emozioni all'interno della relazione, e chiarirci se la familiarità pre-esistente con una zia, uno zio o un nonno possa contribuire positivamente allo sviluppo di relazioni di attaccamento sicure nei bambini. Altrettanto poco sappiamo su come e quando i fratelli maggiori possono esercitare una funzione di base sicura e se questa abbia, per lo sviluppo del minore, gli stessi effetti positivi di quella esercitata dagli adulti, oltre a valutare se ciò comporta un costo per lo sviluppo del fratello maggiore. In uno dei rari studi sull'attaccamento ai fratelli condotto in Zambia, dove i fratelli maggiori giocano un ruolo importante nella cura dei fratelli minori, la maggior parte dei bambini aveva sviluppato un attaccamento al fratello maggiore (72%), ma l'attaccamento insicuro era più comune di quello sicuro (Mooya *et al.*, 2016).

Il mantenimento dei contatti con i parenti e la decisione di mantenere insieme nello stesso nucleo i fratelli, oltre a essere giustificati dalla teoria dell'attaccamento, consentono il raggiungimento di importanti obiettivi quali, ad esempio, il mantenimento dell'identità culturale. Circa due terzi dei bambini in affidamento hanno fratelli e sorelle (Wulczyn & Zimmerman, 2005), e le relazioni tra fratelli tendono ad avere un forte significato emotivo oltre a costituire, in molti casi, le relazioni più durature nella vita di

una persona. Indipendentemente dal fatto che i fratelli abbiano sviluppato o meno relazioni di attaccamento l'uno con l'altro, esistono forti relazioni affiliative tra fratelli e sorelle, e l'essere collocati nello stesso nucleo familiare può plausibilmente offrire ai bambini sia un senso di continuità con la loro famiglia che un senso di sicurezza durante l'affidamento. Essere collocati insieme tende, anche, a essere un desiderio esplicito dei bambini (Hill *et al.*, 2020)

5. Uso delle valutazioni relative alla qualità dell'attaccamento e della funzione di base sicura

La maggior parte dei ricercatori sull'attaccamento concorda sull'utilità delle valutazioni della qualità del legame nel guidare gli interventi di supporto alla genitorialità. Esistono, tuttavia, opinioni diverse tra gli stessi ricercatori – inclusi gli autori del presente articolo – riguardo alla loro utilità nell'informare il processo decisionale riguardante la protezione e l'affidamento dei bambini; nello specifico, le diverse opinioni riguardano la validità delle misure di attaccamento per tali finalità. Una ragione alla base della discordanza fra i ricercatori è, probabilmente, legata al diverso modo in cui le misure di attaccamento vengono attualmente utilizzate a sostegno delle valutazioni e delle decisioni dei giudici nei loro rispettivi Paesi. Tale variabilità nell'utilizzo delle valutazioni è legata alla variabilità esistente nelle strutture di supporto ai tribunali e ai professionisti che operano al loro interno, oltre a una serie di malintesi che abbiamo avuto modo già di affrontare nei paragrafi precedenti. Siamo, tuttavia, concordi nell'affermare che bisognerebbe dare maggiore priorità alla valutazione della funzione di base e rifugio sicuro che il genitore è in grado di assicurare al figlio piuttosto che alla valutazione della sicurezza di attaccamento del bambino stesso.

5.1. Valutazioni della qualità dell'attaccamento e della capacità di protezione del bambino

Se alcuni ricercatori sull'attaccamento sono favorevoli all'utilizzo delle misure di attaccamento nei tribunali competenti in materia familiare (ad esempio, Crittenden *et al.*, 2013; Isaacs *et al.*, 2009), altri sono cauti circa il loro uso in tale contesto (van IJzendoorn *et al.*, 2018a, 2018b). Diversi sono i fattori che alimentano questa diversa visione: una prima ragione è legata alle diverse posizioni riguardo alle attuali proprietà psicometriche delle mi-

sure di attaccamento. Come già accennato, le misure di attaccamento, così come avviene anche per altri strumenti psicologici, presentano, allo stato attuale, livelli di sensibilità e specificità insufficienti se utilizzati per scopi diagnostici e prognostici a livello individuale. Più specificamente, gli strumenti dell'attaccamento, da soli, non consentono di determinare il tipo di cure che i *singoli* bambini ricevono, in che modo i *singoli* bambini si svilupperanno, o le modalità di accudimento che i *singoli* bambini dovrebbero ricevere (van IJzendoorn, Bakermans, *et al.*, 2018a).

Di conseguenza, alcuni di noi ritengono che i tribunali per i minorenni e la famiglia dovrebbero essere cauti nell'ammettere come prove qualsiasi valutazione della qualità dell'attaccamento di una singola diade genitore-bambino. Nel frattempo, necessitano ulteriori ricerche per migliorare le proprietà diagnostiche (sensibilità e specificità) degli strumenti di attaccamento e valutare la loro utilità nell'orientare il processo decisionale del tribunale. A giudicare dalle prove scientifiche disponibili, allo stato attuale non sappiamo se le misure dell'attaccamento contribuiscano a migliorare i processi di valutazione e le prassi decisionali dei tribunali per la famiglia, rispetto alle modalità solitamente utilizzate (molto differenti tra loro in regioni e Paesi diversi). È prematuro (van IJzendoorn *et al.*, 2018a), quindi, sostenere le valutazioni dell'attaccamento in ambito giudiziario (Marvin & Schutz, 2009; Spieker & Crittenden, 2018). Allo stesso modo, non sappiamo ancora se le valutazioni dell'attaccamento siano più efficaci, rispetto alle valutazioni usuali, nel differenziare gli effetti del *caregiving* da altri fattori rilevanti che potrebbero confondersi con le capacità genitoriali quali, ad esempio, la malnutrizione, i disturbi dello sviluppo, la disabilità intellettuale e l'uso di farmaci. Urge, quindi, occuparsi della validità incrementale degli strumenti; d'altra parte, i tribunali per la famiglia sono chiamati a prendere decisioni difficili indipendentemente dalla disponibilità o meno di valutazioni psicologiche. È di sicuro preferibile utilizzare le valutazioni psicologiche piuttosto che rinunciare del tutto alle valutazioni standardizzate, soluzione che esporrebbe maggiormente il processo decisionale al rischio di essere influenzato da eventuali *bias* professionali. Per questa ragione, alcuni di noi sono convinti che le valutazioni dell'attaccamento possano essere utili a orientare il processo decisionale, se usate in modo responsabile. Ciò vuol dire che bisognerà basare le proprie valutazioni su un insieme di misure, per massimizzare la loro validità e garantire che non venga a esse attribuito un peso inappropriato rispetto ad altri fattori rilevanti. Più specificamente, le misure di attaccamento non dovrebbero mai essere usate in maniera isolata, ma dovrebbero far parte di una più ampia batteria di valutazione che includa anche l'osservazione diretta del comportamento del *caregiving*. La valutazione del comportamento di ac-

cludimento, infatti, dovrebbe costituire l'obiettivo principale della valutazione, mentre le valutazioni dell'attaccamento dovrebbero configurarsi come un possibile complemento: la priorità va data alla valutazione della capacità del genitore di comprendere e rispondere efficacemente ai bisogni del bambino, di conoscerlo e valorizzarlo, e di manifestare costantemente padronanza nella guida della relazione. Ciò che avviene, invece, è che nonostante la teoria dell'attaccamento sia focalizzata prevalentemente sulla rilevanza dell'accudimento sensibile, è il fenomeno dell'attaccamento a ricevere, spesso, una più ampia attenzione (Bowlby & Ainsworth, 1991).

Va, inoltre, precisato che, nel caso in cui le valutazioni dell'attaccamento vengano utilizzate per guidare le decisioni dei giudici, dovrebbero essere utilizzate in più di una occasione e da parte di osservatori opportunamente addestrati. In mancanza di uno specifico addestramento all'utilizzo di tali misure, si rischia di "azzardare" delle valutazioni del legame sulla base delle proprie impressioni o su metodi non sufficientemente validati, proponendole ai tribunali per la famiglia come presunte valutazioni della qualità dell'attaccamento dei minori. La validità delle misure di attaccamento si basa sul rispetto dei protocolli standardizzati che ne definiscono le procedure di somministrazione e di codifica. Considerate le difficoltà insite nella somministrazione e codifica degli strumenti di valutazione dell'attaccamento, l'utilizzo di tali strumenti richiede un'ampia formazione e il superamento di un test sull'affidabilità della codifica che, nell'ambito della ricerca, è garantita dalla verifica dell'accordo con un secondo codificatore indipendente. Come abbiamo già avuto modo di discutere, può accadere, a causa di svariati fattori, che i bambini, occasionalmente, si comportino in maniera alquanto diversa rispetto al loro solito, per i motivi più svariati (per esempio, in caso di malattia, separazioni recenti e stress eccessivo). Le raccomandazioni sopra proposte di utilizzare le misure dell'attaccamento congiuntamente ad altre misure e di valutare l'attaccamento in più di un'occasione, concordano con le linee guida per la valutazione psicologica in materia di protezione dell'infanzia (es. Psychological Association, 2013).

Infine, i professionisti dovrebbero evitare di concentrarsi troppo sulle classificazioni categoriali (sicurezza vs. insicurezza, organizzazione vs. disorganizzazione), che presentano problemi simili a quelli esistenti per le diagnosi categoriali in psicologia e psichiatria, in quanto riducono le sfumature. Per esempio, i bambini a cui viene attribuita la stessa classificazione di attaccamento disorganizzato possono essere molto diversi l'uno dall'altro rispetto all'intensità (ad esempio, ricevere un punteggio di 5 o 9 su una scala continua di disorganizzazione) e alle tipologie di comportamenti disorganizzati esibiti (ad esempio, movimenti asimmetrici vs. paura del *caregiver*).

Oltre alle classificazioni, sono state sviluppate e validate diverse scale osservative che utilizzano un punteggio continuo più capace di differenziare il comportamento del bambino e del *caregiver*, come nel caso dell'Attachment Q Sort (AQS) (van IJzendoorn *et al.*, 2004; Waters & Deane, 1985), del *Maternal Behavior Q Sort* (MBQ) (Pederson *et al.*, 1990), e del *Coding Interactive Behavior system* (CIB) (Feldman, 1998).

È importante sottolineare che le misure dell'attaccamento sono state create e validate per essere utilizzate in contesti standardizzati. Inoltre, sia le valutazioni dell'attaccamento che quelle dell'accudimento sono di solito utilizzate in contesti di stress lieve o moderato. Al contrario, nei contesti forensi, le valutazioni vengono condotte spesso in circostanze di forte attivazione emotiva per i *caregiver* e i bambini, a volte nel bel mezzo di un allontanamento del bambino dalla figura genitoriale.

Il diverso livello di stress che caratterizza i due diversi contesti di rilevazione sopra citati costituisce un importante fattore di confusione (Smith *et al.*, 2012b); allo stato attuale non disponiamo di ricerche sulla validità delle misure di attaccamento nel contesto forense; in tali circostanze, quindi, non è nota la validità delle valutazioni relative alla qualità dell'attaccamento e al comportamento di accudimento. Ci rendiamo conto che, a volte, le valutazioni vengono richieste in circostanze caratterizzate da alti livelli di stress, e che alcune misure di *caregiving*, sebbene al momento non sufficientemente convalidate per il contesto forense, possono rappresentare la migliore alternativa disponibile. Tuttavia, la consapevolezza dei suddetti limiti dovrebbe influenzare il peso accordato alle evidenze e, secondo alcuni di noi, le osservazioni non standardizzate condotte da professionisti esperti potrebbero consentire valutazioni parimenti credibili, se non addirittura più credibili.

La valutazione della capacità di un genitore di migliorare le proprie capacità di accudimento può aiutare a risolvere questo dilemma. Più specificamente, siamo interessati a verificare se il genitore sia in grado di offrire al bambino cure sufficientemente buone; le valutazioni, quindi, dovrebbero valutare la capacità del genitore di migliorare le proprie capacità di accudimento fino a raggiungere detto livello. Alle famiglie si potrebbe, ad esempio, proporre un intervento finalizzato a evitare una disciplina rigida, promuovendo un accudimento coerente e sensibile; in tal modo, la valutazione del comportamento del genitore e di quello del bambino, prima e dopo l'intervento, potrebbe costituire un indicatore di come il genitore possa rispondere, con buona probabilità, al sostegno che gli sarà offerto in futuro. Dovrà trattarsi, naturalmente, di interventi brevi, che possano concludersi in un breve lasso di tempo. L'approccio di valutazione basato sulla "capacità di cambiamento" si è rivelato più efficace nel prevedere gli esiti di sviluppo del bambino e

le capacità genitoriali rispetto alle modalità usuali di valutazione (Cyr *et al.*, 2012). Va, comunque, detto che l'efficacia di tali interventi può dipendere da una serie di fattori contestuali che influenzano la risposta del genitore. Per esempio, *caregiver* che sperimentano forti livelli di stress a causa dell'elevato rischio di perdere l'affidamento dei figli, potrebbero non riuscire a beneficiare dell'intervento. Un recente studio condotto su famiglie osservate alla fine di un procedimento giudiziario, valutati tramite la proposta di un intervento breve finalizzato a promuovere capacità di accudimento dopo un lungo percorso di sostegno domiciliare, non ha riportato differenze sulla predittività degli esiti rispetto agli studi che hanno utilizzato le consuete procedure di valutazione (Van der Asdonk *et al.*, 2020).

Sebbene siano necessari ulteriori studi che lo confermino, gli interventi andrebbero proposti all'inizio del processo di valutazione e offerti come opportunità di sostegno piuttosto che come ultima soluzione. Bisognerebbe, inoltre, tener conto che la risposta di un genitore a un particolare intervento dipenderà dalla disponibilità del genitore, ma anche dalle caratteristiche dell'intervento stesso: un *caregiver* potrebbe non rispondere positivamente a un intervento ma beneficiare di un altro, in base anche all'età del bambino, al suo bisogno di stabilità e alla sua capacità di aspettare.

5.2. Valutazioni della qualità dell'attaccamento e affidamento del bambino

Secondo alcuni ricercatori, le valutazioni dell'attaccamento possono costituire un utile supporto nelle decisioni relative all'affidamento dei figli e al loro tempo di permanenza presso ciascun genitore. Alcuni tribunali seguono già tale prassi (cfr. Aitani, 2015; Kohm, 2007) che, tuttavia, non è del tutto corretta poiché, allo stato attuale, non si sa in che modo i bambini possano trarre beneficio dal fatto di trascorrere maggior tempo con un genitore con cui hanno stabilito un attaccamento sicuro piuttosto che con uno con cui mostrano un attaccamento insicuro. Del resto, privare un bambino della possibilità di trascorrere un tempo sufficiente con un genitore diventa, di per sé, un fattore di rischio per l'attaccamento insicuro o disorganizzato (Hazen *et al.*, 2015; Umemura & Jacobvitz, 2014). Se teniamo debitamente distinte la qualità dell'attaccamento dalla qualità della relazione intesa in senso più ampio, diventa chiaro come la constatazione dell'esistenza di una relazione di attaccamento insicuro con un genitore non significhi che il bambino non possa trarre beneficio dalla relazione con quel genitore. È probabile che, nel tempo, l'insicurezza dell'attaccamento potrà incidere negativamente su alcuni aspetti dello sviluppo del bambino; ciò non vuol dire, però, che l'insicurezza

equivalgia a una patologia. Porre eccessiva enfasi sull'importanza dell'attaccamento sicuro potrebbe contribuire, infatti, in alcuni casi, a privare i bambini dell'opportunità di trascorre del tempo con un genitore e di beneficiare di questa relazione in altre aree dello sviluppo. Infine, non sappiamo fino a che punto siano valide le valutazioni dell'attaccamento mentre è in corso un conflitto per l'affidamento, in un momento in cui genitori e figli possono manifestare livelli più alti di ansia a causa del conflitto in corso e delle sue conseguenze.

Nelle controversie sull'affidamento dei minori, i tribunali per la famiglia si confrontano, spesso, con adulti feriti, concentrati sui propri bisogni, e a volte intenzionati a far soffrire l'altro genitore. I bambini possono trovarsi coinvolti in queste interazioni altamente conflittuali, esasperati ulteriormente in occasione delle udienze; per i bambini, infatti, una delle conseguenze più dannose del divorzio sembra essere il conflitto tra genitori al quale hanno assistito prima, durante e dopo il divorzio (Amato & Keith, 1991; Kalmijn, 2016). Il conflitto coniugale cronico è associato, infatti, a un aumento del rischio di attaccamento disorganizzato nel bambino (Owen & Cox, 1997). I tribunali possono giocare un ruolo importante nell'influenzare le dinamiche tra i genitori incoraggiandoli a trovare autonomamente delle soluzioni, senza il bisogno di un arbitraggio formale (Mnookin, 2014; Pruett *et al.*, 2016). Una maggiore chiarezza sui fattori che guidano le decisioni sull'affidamento e sui tempi di permanenza presso ciascun genitore, esplicitando anche il modo in cui vengono tenuti in considerazione quelli relativi all'attaccamento del bambino, può aiutare i genitori a essere meno conflittuali e a non contendersi l'affidamento esclusivo. Per fare un esempio, se viene chiarito che i tribunali si basano sui principi dell'attaccamento secondo quanto sopra argomentato, attribuendo importanza alla rete di relazioni di attaccamento e al contatto continuo con ciascuna delle figure di attaccamento, tale conoscenza potrebbe influenzare la consapevolezza dei genitori circa l'importanza che l'altro partner riveste per il bambino; questo può, a sua volta, aumentare la motivazione dei genitori a cooperare, evitando di lottare per l'affidamento esclusivo. Inoltre, sapere che i tribunali non prendono le decisioni sull'affidamento e sui tempi di permanenza presso i genitori basandosi sulla qualità dell'attaccamento, può portare ciascun genitore a ridurre i conflitti per l'affidamento esclusivo basati su tali riferimenti.

Nei casi in cui la conflittualità successiva al divorzio non si risolve e i due genitori non riescano a cooperare in maniera sufficientemente adeguata, l'affidamento esclusivo resta l'ultima risorsa; ciononostante, si può ancora decidere di assicurare al bambino sufficiente tempo da trascorrere con entrambi i genitori, così da garantirgli lo sviluppo e il mantenimento delle

relazioni di attaccamento. Facendo proprio il concetto di “genitorialità cooperativa” (Boyan & Termini, 1999), alcuni paesi come la Svezia, nel decidere l’affidamento del bambino, tengono conto prevalentemente della capacità dei genitori di cooperare sulle questioni relative ai figli; dovendo necessariamente prendere una decisione sull’affidamento dei figli, prestano attenzione a quanto i due genitori abbiano facilitato o ostacolato il contatto del bambino con l’altro genitore. Per esempio, se uno dei genitori ha ostacolato il contatto e le interazioni del bambino con l’altro genitore, mentre l’altro genitore ha facilitato il contatto e le interazioni, l’affidamento viene spesso attribuito al genitore che ha dimostrato una maggiore capacità di agire nell’interesse del figlio. Anche questa proposta, naturalmente, va comunicata e realizzata con la dovuta attenzione, per evitare che i genitori divorziati evitino di confrontarsi e discutere sulle pratiche di accudimento per paura di essere percepiti come scarsamente cooperativi.

5.3. Valutazione dell’attaccamento, della funzione di base sicura e del supporto alla genitorialità

Se un bambino presenta una relazione insicura di attaccamento con un genitore, tale informazione non va ignorata poiché può tornare utile nella scelta degli interventi di supporto da offrire alla diade; tuttavia, riteniamo che le valutazioni della capacità del *caregiver* di porsi come rifugio sicuro nelle situazioni di difficoltà siano più rilevanti, rispetto alle informazioni sulla qualità dell’attaccamento di per sé, nella scelta degli interventi di sostegno, specialmente quando l’obiettivo principale è quello di garantire un accudimento più efficace. Diverse sono le misure sviluppate per la valutazione della funzione di rifugio nelle diverse età, utilizzabili in contesti naturalistici (Farnfield & Holmes, 2014; Madigan, 2019; Madigan *et al.*, 2020), sebbene la loro applicazione in contesti diversi da quelli di ricerca necessiti ancora di una adeguata validazione. Anche la valutazione dei fattori che ostacolano la funzione di base sicura diventa rilevante nell’identificare e scegliere la tipologia di sostegno (ad esempio, gli interventi per promuovere l’accudimento) da offrire alle famiglie nell’ambito della protezione e affidamento dei bambini. Le problematiche riguardanti la precisione della capacità diagnostica delle valutazioni preoccupano meno quando queste ultime vengono utilizzate per orientare la scelta degli interventi di sostegno rispetto alle situazioni in cui le stesse vengono impiegate per decidere se collocare o meno un bambino in una struttura residenziale (cfr. Faigman *et al.*, 2014). Anche se i genitori possono continuare a temere l’allontanamento del bambino dal

loro nucleo familiare, chiarire loro che lo scopo delle valutazioni è quello di orientare la scelta del supporto genitoriale, può aiutare a creare un contesto mediamente stressante e/o i contesti naturalistici per i quali le misure sono state sviluppate e validate.

Per chiarire ulteriormente, sapere che un bambino ha sviluppato un attaccamento insicuro ci informa sulle probabili aspettative che il bambino nutre rispetto a quella specifica relazione; conoscere, infatti, che esiste una elevata probabilità che il bambino si aspetti di essere respinto dal genitore quando è turbato (per via dell'attaccamento insicuro-evitante) può essere utile per decidere le priorità nell'intervento di sostegno da proporre alla famiglia, indipendentemente dal fatto che si tratti dei genitori biologici o affidatari (Brumariu *et al.*, 2018; Green *et al.*, 2000). Ancora più utile sarebbe una valutazione dell'accudimento in cui la funzione di rifugio sicuro del *caregiver* non venga assicurata per via del rifiuto, da parte del genitore, delle richieste di disponibilità avanzate dal bambino. In un contesto simile, il rifiuto da parte del genitore può essere colto in maniera più diretta ed evidente che non attraverso la valutazione della qualità dell'attaccamento.

Disponendo di tali informazioni, i professionisti possono aiutare la famiglia a identificare i segnali di disagio del bambino, anche quando il minore non li manifesta apertamente, e a rispondervi in modo appropriato.

Inoltre, specialmente nei contesti di affidamento, spiegare ai *caregiver* come la storia di accudimento del bambino possa predisporlo a manifestare alcuni specifici comportamenti, può aiutarli a gestire i sentimenti di rifiuto associati alla mancata richiesta di conforto da parte del bambino, e a continuare a rimanere a sua disposizione (Stovall & Dozier, 2000). Al contrario, apprendere che esiste un'elevata probabilità che un bambino si aspetti adulti continuamente disponibili quando mostra alti livelli di angoscia e richiede un alto grado di disponibilità (come accade nel caso dell'attaccamento insicuro-resistente) suggerisce di intraprendere una strategia diversa. Ancora una volta, la valutazione dell'accudimento nel contesto reale in cui tale dinamica viene direttamente osservata può offrire informazioni più robuste e meno inferenziali. I professionisti possono, quindi, aiutare i genitori a rispondere in modo coerente e far comprendere loro che la disponibilità emotiva non si limita alle situazioni in cui il bambino manifesta sentimenti di angoscia. Anche la valutazione delle rappresentazioni di attaccamento dei genitori può essere utile nell'individuazione degli interventi di supporto da proporre. Per esempio, le rappresentazioni di attaccamento sicuro nei genitori adottivi di bambini istituzionalizzati sono associate a una maggiore probabilità che il bambino stabilisca un attaccamento sicuro (Barone *et al.*, 2017).

6. La ricerca futura

Esistono alcune aree per la ricerca futura che possono essere più facilmente identificate dai professionisti che operano nel contesto giudiziario; come comunità di ricercatori, siamo desiderosi di impegnarci in un dialogo attivo con i professionisti del settore e cerchiamo di creare opportunità di ricerca collaborativa e co-costruita. Per quanto ci riguarda, sentiamo un particolare bisogno di implementare una ricerca collaborativa nelle aree che ci accingiamo a descrivere, con l'intento di colmare il divario attualmente esistente tra ricerca e pratica, oltre a costruire le condizioni per sostenere un trasferimento accurato della conoscenza acquisita (Nicolini *et al.*, 2012).

6.1. Decisioni del tribunale e conseguente qualità dell'attaccamento del bambino

È plausibile ipotizzare che le decisioni riguardanti l'affidamento e la protezione dei bambini abbiano un impatto sulla qualità del loro attaccamento, ma allo stato attuale non si dispone di dati empirici sufficienti al riguardo. Relativamente all'affidamento, servono dati di ricerca per capire se le differenze nel tempo che i figli trascorrono con i due diversi genitori siano associate a differenze nell'attaccamento dei bambini. Per fare un esempio, sarebbe importante verificare se l'affidamento congiunto e l'equa ripartizione del tempo che i figli trascorrono con i due genitori siano associati a tassi più alti di attaccamento sicuro rispetto all'affidamento esclusivo a uno dei genitori e alla ripartizione non equa del tempo fra i due. Andrebbero, inoltre, esaminati anche i fattori quali, ad esempio, il livello di conflitto esistente tra i genitori, che possono influenzare l'associazione tra ripartizione del tempo e attaccamento del bambino.

Per quanto riguarda la protezione dei bambini, la ricerca dovrebbe esaminare se, e in quali circostanze, gli allontanamenti dei bambini risultino associati a livelli più alti di sicurezza dell'attaccamento rispetto ai casi in cui i minori rimangono nella loro famiglia d'origine. Sebbene si disponga di diversi studi che hanno esaminato le relazioni di attaccamento dei bambini con i loro genitori affidatari (es. Gabler *et al.*, 2014; Van den Dries *et al.*, 2009), sarebbe ancora più interessante confrontare l'attaccamento del bambino ai genitori affidatari con l'attaccamento ai genitori biologici ai quali è stato offerto un intervento di sostegno alla genitorialità. Andrebbe anche valutata la potenziale rilevanza della tipologia di maltrattamento e del momento evo-

lutivo in cui si è verificato; altrettanto importante sarebbe verificare se, e in quali circostanze, il rientro dei bambini nella famiglia biologica dopo l'affidamento sia associato a tassi più alti di sicurezza dell'attaccamento rispetto a quando i bambini rimangono in affidamento. Trovare le risposte a questi interrogativi è di cruciale importanza, considerato che l'obiettivo dei tribunali è quello di garantire l'interesse superiore dei bambini e/o di assicurare cure sufficientemente buone; sebbene la sicurezza dell'attaccamento costituisca solo una componente di una relazione positiva tra bambino e *caregiver*, si tratta, comunque, di una parte importante.

6.2. I tre principi fondamentali di attaccamento e la pratica giudiziaria

Abbiamo sottolineato l'importanza di tre principi fondamentali della teoria dell'attaccamento e della psicologia dello sviluppo: i bambini necessitano di *caregiver* familiari non abusanti e non trascuranti, della continuità di cure sufficientemente buone e di una rete di relazioni di attaccamento. Ci chiediamo, dunque, se la conoscenza di questi principi possa migliorare la pratica giudiziaria e le valutazioni degli operatori sociali di fattori cruciali quali la qualità dell'accudimento, la continuità di cure sufficientemente buone, le conseguenze dell'abuso o della trascuratezza sul benessere del bambino. Oltre ad affrontare queste questioni chiave, la ricerca dovrebbe interessarsi alle seguenti domande a esse correlate, ma più specifiche:

1. Le misure dell'attaccamento sono adatte a orientare la scelta degli interventi di sostegno? E ancora, includere le classificazioni dell'attaccamento migliora la valutazione solitamente adottata? Per esempio, gli interventi di supporto alla genitorialità guidati dalle valutazioni dell'attaccamento sono più efficaci rispetto a quelli non guidati da tali valutazioni? Allo stesso modo, gli interventi guidati dalle valutazioni delle capacità di accudimento e dell'attaccamento sono più efficaci nel migliorare la qualità dell'accudimento e lo sviluppo del bambino rispetto a quelli non guidati da tali valutazioni?
2. Le valutazioni della capacità di cambiamento dei genitori (risposta all'intervento) a seguito di interventi brevi sono sufficientemente affidabili e valide? In che modo la paura e la preoccupazione dei genitori influenzano la validità di tali valutazioni?
3. Le valutazioni multiple dell'accudimento nei contesti forensi hanno un valore predittivo più elevato rispetto alle valutazioni singole? Se la risposta è affermativa, le valutazioni multiple sono più efficaci rispetto alle

valutazioni singole? Le valutazioni dell'accudimento (e dell'attaccamento) sono costose; tuttavia, anche gli interventi inefficaci e gli affidamenti sono costosi. Sarebbe importante poter disporre di una valutazione economico-sanitaria informata sullo sviluppo dei potenziali benefici economici associati all'utilizzo di valutazioni multiple.

4. In che modo il passaggio da una famiglia all'altra, in seguito all'allontanamento dai genitori nei primi anni di vita, influenza lo sviluppo dell'attaccamento? Lo sviluppo e la qualità dell'attaccamento sono legati alla frequenza dei contatti e/o dei pernottamenti con un *caregiver*? L'organizzazione secondo cui il bambino rimane nella casa di famiglia e i genitori separati si alternano a rotazione per stare con lui può facilitare lo sviluppo e il mantenimento di relazioni di attaccamento sicure? Inoltre, le relazioni fra le variabili suddette sono moderate dal conflitto e dalla cooperazione dei genitori, oltre che dall'età del bambino? Come si possono utilizzare queste conoscenze nelle decisioni in ambito giudiziario?
5. La funzione di base sicura svolta da un fratello maggiore, in affidamento/adozione presso la stessa famiglia, è associata nel tempo a danni e/o benefici per il fratello maggiore, così come per il fratello minore?
6. I *caregiver* costituiti da familiari e/o parenti sono vantaggiosi per lo sviluppo di un attaccamento sicuro da parte del bambino e di altri indici di sviluppo sano (inclusa la protezione della propria identità culturale), rispetto agli affidatari e ai genitori adottivi esterni alla cerchia familiare?

Una maggiore collaborazione tra le diverse discipline aiuterebbe a rispondere a queste e ad altre simili domande identificate da professionisti e docenti universitari impegnati in ambito sociale e nel diritto di famiglia. Sia la ricerca che la pratica beneficerebbero ampiamente della collaborazione nello sviluppo delle domande di ricerca e della co-costruzione di standard per l'applicazione appropriata dei risultati ottenuti (Madigan, 2019; Madigan *et al.*, 2020; van IJzendoorn, 2019). In sintesi, invitiamo tutti gli interessati al dialogo e all'avvio di una collaborazione condivisa.

Conclusioni

I tribunali per i minorenni e la famiglia si trovano in una posizione impegnativa, dovendo prendere decisioni difficili, che possono cambiare la vita e, in alcuni casi, anche salvarla. Tali decisioni richiedono che vengano valutate le probabilità di alcuni esiti che riguardano lo sviluppo futuro del bambino. Abbiamo affermato l'importanza che la teoria e la ricerca sull'at-

taccamento rivestono nel garantire il sostegno ai bambini e a coloro che li accudiscono. Più specificamente, abbiamo messo in risalto tre principi fondamentali della teoria dell'attaccamento, che possono essere utilizzati per guidare le decisioni del tribunale: il bisogno del bambino di poter contare su figure genitoriali familiari e non abusanti; l'importanza della continuità di cure sufficientemente buone e i benefici che il bambino trae dalla rete delle sue relazioni di attaccamento. Inoltre, abbiamo evidenziato le potenzialità delle valutazioni basate sull'attaccamento e sull'accudimento nel guidare la scelta degli interventi di supporto alla genitorialità. Esistono prove a dimostrazione del fatto che le relazioni di attaccamento sono sensibili agli interventi *evidence-based* finalizzati a promuovere le capacità di accudimento.

È di estrema importanza offrire alle famiglie un supporto per facilitare un accudimento sufficientemente buono, e non mettere a rischio la continuità delle cure se non in caso di seri motivi. Inoltre, riteniamo che, sebbene l'allontanamento del bambino sia a volte giustificato, non vadano dimenticati i rischi associati alla rottura dei legami di attaccamento già stabiliti, e spesso associati ad affidamenti extra-familiari instabili, che determinano conseguenze negative per lo sviluppo del bambino. Pertanto, quando l'allontanamento diventa inevitabile, e in alcuni casi ovviamente lo è, bisogna necessariamente garantire collocazioni stabili caratterizzate da cure sufficientemente buone. Se l'allontanamento non è, invece, inevitabile, si può sostenere l'interesse del bambino aiutando chi si prende cura di lui a offrire, con continuità, cure sufficientemente buone.

Abbiamo evidenziato come le misure per valutare la qualità dell'attaccamento, sviluppate per motivi di ricerca e su gruppi di soggetti, presentino sensibilità e specificità limitate se utilizzate per valutare singoli bambini e *caregiver*. Alcuni ricercatori ritengono, quindi, che le classificazioni dell'attaccamento non vadano usate per guidare il processo decisionale relativo agli affidamenti e alla protezione dei bambini; tali decisioni, invece, dovrebbero concentrarsi sul comportamento di accudimento. Tuttavia, altri ricercatori sostengono che le valutazioni dell'attaccamento possano essere utili anche in questo contesto, sottolineando – tra le altre importanti considerazioni – che debbano costituire una componente di una più ampia batteria di valutazione, che includa anche le osservazioni del comportamento di accudimento.

Infine, abbiamo suggerito delle possibili collaborazioni tra i ricercatori dell'attaccamento e i professionisti che operano all'interno del tribunale per la famiglia; attraverso la collaborazione interdisciplinare ci auguriamo, infatti, di accelerare il lavoro in quest'area estremamente importante della scienza applicata.

Note

1. Non tutti i Paesi hanno tribunali per la famiglia; alcuni di essi utilizzano, infatti, altre istituzioni (per esempio i tribunali per i minorenni) per le decisioni riguardanti la protezione e l'affidamento dei minori. Ciononostante, nel presente documento abbiamo usato il termine di “tribunali per la famiglia” in mancanza di un termine generico più adatto, per riferirci alle istituzioni sociali responsabili delle decisioni legali riguardanti la protezione e/o l'affidamento dei bambini.

2. Secondo l'articolo 12 dell'UNCRC (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1989), bisognerebbe tenere debitamente conto del punto di vista del bambino. Nelle situazioni di divorzio dei genitori e delle valutazioni relative all'affidamento, un modo per conoscere il punto di vista di un bambino è, naturalmente, chiedere al bambino di dichiararlo; ciò avviene di solito quando si ritiene che il minore abbia l'età giusta per farlo (in genere, a partire dall'età di 10-12 anni circa), mentre diventa difficile con i bambini più piccoli, interesse principale del presente documento, per i quali osservare il modo in cui rispondono ai loro genitori può rappresentare un modo per ottenere tale informazione.

Ringraziamenti

La nostra gratitudine va a Katarina Alexius per una revisione approfondita del manoscritto dal punto di vista del diritto e a Joshua Juvrud per l'editing linguistico.

Dichiarazione per la divulgazione

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Finanziamento

Il lavoro è stato sostenuto da un finanziamento del Consiglio svedese per la ricerca (Grant 2017-03315) e dal Consiglio svedese di ricerca per la salute, la vita lavorativa e il benessere (Grant 2017-01182) attribuiti a Pehr Granqvist e Tommie Forslund, e da un Medical Humanities Investigator Award del Wellcome Trust (Grant WT103343MA) assegnato a Robbie Duschinsky.

Note sui collaboratori

Nota sulla procedura e sull'authorship: Il lavoro sul presente documento è iniziato con una tavola rotonda alla Conferenza Internazionale sull'Attaccamento tenutasi a Vancouver nel 2019, centrata sulla discussione dei problemi e delle prospettive di applicazione della teoria dell'attaccamento e della ricerca nei tribunali per la famiglia. È stato successivamente formato il gruppo di lavoro (costituito dagli autori 1-7 e dall'ultimo autore) che ha inizialmente redatto e, successivamente, rivisto il documento. I coautori sono stati invitati a più riprese e, a ogni inserimento, il manoscritto è stato sostanzialmente rivisto sulla base dei commenti dei coautori inseriti. La versione finale dell'articolo è il risultato di un vero impegno di gruppo.

ORCID

Tommie Forslund	orcid.org/0000-0002-5519-9956
Pehr Granqvist	orcid.org/0000-0003-0747-5028
Marinus H. van IJzendoorn	orcid.org/0000-0003-1144-454X
Avi Sagi-Schwartz	orcid.org/0000-0002-6813-0667
Miriam Steele	orcid.org/0000-0001-8837-1444
Mårten Hammarlund	orcid.org/0000-0002-2527-9357
Carlo Schuengel	orcid.org/0000-0001-5501-3341
Marian J. Bakermans-Kranenburg	orcid.org/0000-0001-7763-0711
Howard Steele	orcid.org/0000-0001-5371-2560
Ulrike Lux	orcid.org/0000-0002-8980-1861
John Simmonds	orcid.org/0000-0002-2972-8105
Deborah Jacobvitz	orcid.org/0000-0002-9428-7983
Ashley M. Groh	orcid.org/0000-0003-0235-9941
Kristin Bernard	orcid.org/0000-0003-2421-8453
Chantal Cyr	orcid.org/0000-0002-9667-7504
Nancy L. Hazen	orcid.org/0000-0003-1824-3150
Sarah Foster	orcid.org/0000-0002-6487-7309
Elia Psouni	orcid.org/0000-0003-2758-5785
Anne Rifkin-Graboi	orcid.org/0000-0002-7641-4678
David Wilkins	orcid.org/0000-0003-2780-0385
Blaise Pierrehumbert	orcid.org/0000-0003-3223-965X
Rodrigo A. Carcamo	orcid.org/0000-0002-9227-7132
Zhengyan Wang	orcid.org/0000-0003-0178-804X
Xi Liang	orcid.org/0000-0002-1968-2465

Maria Kázmierczak	orcid.org/0000-0001-7323-2580
Paulina Pawlicka	orcid.org/0000-0002-2342-1583
Lilian Ayiro	orcid.org/0000-0002-9250-4884
Tamara Chansa	orcid.org/0000-0003-0981-7175
Francis Sichimba	orcid.org/0000-0002-8251-7921
Haatembo Mooya	orcid.org/0000-0002-8303-5414
Loyola McLean	orcid.org/0000-0002-6004-0093
Manuela Verissimo	orcid.org/0000-0003-4356-5696
Marlene M. Moretti	orcid.org/0000-0003-1897-7568
Fabien Bacro	orcid.org/0000-0001-9766-2358
Mikko J. Peltola	orcid.org/0000-0001-9993-9963
Megan Galbally	orcid.org/0000-0003-3909-1918
Stephen Scott	orcid.org/0000-0003-4680-6213
Andrés Fresno Rodriguez	orcid.org/0000-0003-0916-504X
Rosario Spencer	orcid.org/0000-0002-4546-4226
Rosalinda Cassibba	orcid.org/0000-0003-0930-3035
Neus Barrantes-Vidal	orcid.org/0000-0002-8671-1238
Jesus Palacios	orcid.org/0000-0001-5819-9532
Lavinia Barone	orcid.org/0000-0002-4072-8317
Sheri Madigan	orcid.org/0000-0002-7536-3258
Sophie Reijman	orcid.org/0000-0003-1179-9180
Femmie Juffer	orcid.org/0000-0002-0246-498X
Annie Bernier	orcid.org/0000-0002-2359-9808
Glenn I. Roisman	orcid.org/0000-0002-6941-6560
Ruth Feldman	orcid.org/0000-0001-5048-1381
Charles H. Zeanah	orcid.org/0000-0002-7004-6819
Jay Belsky	orcid.org/0000-0003-2191-2503
Michael E. Lamb	orcid.org/0000-0002-6792-3526
Robbie Duschinsky	orcid.org/0000-0003-2023-5328

Bibliografia

- Abraham E. & Feldman R. (2018). The neurobiology of human allomaternal care: implications for fathering, coparenting, and children's social development. *Physiology & Behavior*, 193: 25-34. DOI: 10.1016/j.physbeh.2017.12.034.
- Ainsworth M.D.S., Bell S.M. & Stayton D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development. In: Richards J.M. (ed.). *The integration of a child into a social world* (pp. 99-135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. & Wall S.N. ([1978] 2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. London: Psychology Press.

- Ainsworth M.S. & Bowlby J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4): 333-341. DOI: 10.1037/0003-066X.46.4.333.
- Aitani N. (2015). A new psychological method for determining child custody. *Journal of Human Environmental Studies*, 13(1): 77-85. DOI: 10.4189/shes.13.77.
- Alexius K. & Hollander A. (2014). Care assessments concerning involuntary removal of children from intellectually disabled parents. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 36(3): 295-310. DOI: 10.1080/09649069.2014.933591.
- Allen B. (2018). Misperceptions of reactive attachment disorders persist: Poor methods and unsupported conclusions. *Research in Developmental Disabilities*, 77: 24-29. DOI: 10.1016/j.ridd.2018.03.012.
- Allen B. & Schuengel C. (2020). Attachment disorders diagnosed by community practitioners: A replication and extension. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(1): 4-10. DOI: 10.1111/camh.12338.
- Amato P.R. & Keith B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110(1): 26-46. DOI: 10.1037/0033-2909.110.1.26.
- APA – American Psychological Association (2013). Guidelines for psychological evaluations in child protection matters. *The American Psychologist*, 68(1): 20-31. DOI: 10.1037/a0029891.
- Artis J.E. (2004). Judging the best interests of the child: Judges' accounts of the tender years doctrine. *Law & Society Review*, 38(4): 769-806. DOI: 10.1111/j.0023-9216.2004.00066.x.
- Bachmann C.J., Beecham J., O'Connor T.G., Scott A., Briskman J. & Scott S. (2019). The cost of love: Financial consequences of insecure attachment in antisocial youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(12): 1343-1350. DOI: 10.1111/jcpp.13103.
- Bacro F., Forslund T. & Granqvist P. (2020). Children's multiple attachment relationships and representations in different family contexts. In: Forslund T. & Duschinsky R. (eds.). *Attachment theory and research: A reader*. New York: Wiley.
- Bacro F. & Macario de Medeiros J.M. (2020). Externalizing behavior and attachment disorganization in children of different-sex separated parents: The protective role of joint physical custody. *Scandinavian Journal of Psychology*. Advance online publication. DOI: 10.1111/sjop.12681.
- Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H. & Juffer F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2): 195-215. DOI: 10.1037/0033-2909.129.2.195.
- Barnombudsmannen (2007). *Klara, färdiga, Gå!*. Barnombudsmannen, testo disponibile al sito: www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/publikationer/arsrapporter/klara-fardiga-ga-2007/.
- Barone L., Lionetti F. & Green J. (2017). A matter of attachment? How adoptive parents foster postinstitutionalized children's social and emotional adjustment. *Attachment & Human Development*, 19(4): 323-339. DOI: 10.1080/14616734.2017.1306714.
- Barone L., Ozturk Y. & Lionetti F. (2019). The key role of positive parenting and children's temperament in post-institutionalized children's socio-emotional adjustment after adoption placement. A RCT study. *Social Development*, 28(1): 136-151. DOI: 10.1111/sode.12329.
- Barudy J. & Dantagnan M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre y padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Belsky J. (1997). Attachment, mating, and parenting: An evolutionary interpretation. *Human Nature*, 8(4): 361-381. DOI: 10.1007/bf02913039.

- Belsky J., Bakermans-Kranenburg M.J. & van IJzendoorn M.H. (2007). For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6): 300-304. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2007.00525.x.
- Belsky J. & Rovine M. (1987). Temperament and attachment security in the strange situation: An empirical rapprochement. *Child Development*, 58(3): 787-795. DOI: 10.2307/1130215.
- 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(12): 2489-2497. DOI: 10.1016/j.childyouth.2011.08.024.
- Bernard K., Dozier M., Bick J., Lewis-Morrarty E., Lindhiem O. & Carlson E. (2012). Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized control trial. *Child Development*, 83(2): 623-636. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2011.01712.x.
- Bernard K., Lee A.H. & Dozier M. (2017). Effects of the ABC intervention on foster children's receptive vocabulary: Follow-up results from a randomized clinical trial. *Child Maltreatment*, 22(2): 174-179. DOI: 10.1177/1077559517691126.
- Bernier A. & Meins E. (2008). A threshold approach to understanding the origins of attachment disorganization. *Developmental Psychology*, 44(4): 969-982. DOI: 10.1037/0012-1649.44.4.969.
- Bick J. & Dozier M. (2013). The effectiveness of an attachment-based intervention in promoting foster mothers' sensitivity toward foster infants. *Infant Mental Health Journal*, 34(2): 95-103. DOI: 10.1002/imhj.21373.
- Bifulco A., Jacobs C., Bunn A., Thomas G. & Irving K. (2008). The attachment style interview (ASI): A support-based adult assessment tool for adoption and fostering practice. *Adoption & Fostering*, 32(3): 33-45. DOI: 10.1177/030857590803200306.
- Bilson A. & Martin K.E. (2017). Referrals and child protection in England: One in five children referred to children's services and one in nineteen investigated before the age of five. *British Journal of Social Work*, 47(3): 793-811. DOI: 10.1093/bjsw/bcw054.
- Boldt L.J., Kochanska G., Yoon J.E. & Nordling J.K. (2014). Children's attachment to both parents from toddler age to middle childhood: Links to adaptive and maladaptive outcomes. *Attachment & Human Development*, 16(3): 211-229. DOI: 10.1080/14616734.2014.889181.
- Boswell S. & Cudmore L. (2017). Understanding the "blind spot" when children move from foster care into adoption. *Journal of Child Psychotherapy*, 43(2): 243-257. DOI: 10.1080/0075417X.2017.1323946.
- Bowlby J. (1984). Personal communication, cited in Harwood I. (2003). Creative use of gender while addressing early attachment, trauma, and cross-cultural issues in a cotherapy group. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(5): 697-712. DOI: 10.1080/07351692309349060.
- Bowlby J. (1951). *Maternal care and mental health*, vol. 2. World Health Organization.
- Bowlby J. (1958). Separation of mother and child. Letter to the editor. *The Lancet*, 17(7029): 1070-1071. DOI: 10.1016/S0140-6736(58)92031-2.
- Bowlby J. (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books (trad. it.: *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1972).
- Bowlby J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. New York: Basic Books (trad. it.: *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1975).
- Bowlby J. (1980). *Attachment and loss: Loss*. New York: Basic Books (trad. it.: *Attaccamento e perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*. Torino: Bollati Boringhieri).
- Bowlby J., Robertson J. & Rosenbluth D. (1952). A two-year-old goes to hospital. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7(1): 82-94. DOI: 10.1080/00797308.1952.11823154.

- Boyan S. & Termini A.M. (1999). *Cooperative parenting and divorce: Shielding your child from conflict – A parent guide to effective co-parenting*. Active Parenting Publishers.
- Brown G.L., Schoppe-Sullivan S.J., Mangelsdorf S.C. & Neff C. (2010). Observed and reported supportive coparenting as predictors of infant-mother and infant-father attachment security. *Early Child Development and Care*, 180(1-2): 121-137. DOI: 10.1080/03004430903415015.
- Brown R. & Ward H. (2013). *Decision-making within a child's timeframe: An overview of current research evidence for family justice professionals concerning child development and the impact of maltreatment*. Childhood Wellbeing Research Centre.
- Brumariu L.E., Giuseppone K.R., Kerns K.A., Van de Walle M., Bureau J.-F., Bosmans G. & Lyons-Ruth K. (2018). Middle childhood attachment strategies: Validation of an observational measure. *Attachment & Human Development*, 20(5): 491-513. DOI: 10.1080/14616734.2018.1433696.
- Bullens R.A.R. (2003). Diagnostiek van hechting van een pleegkind: Stiefkind binnen de diagnostiek? In: Schuengel C., Slot N.W. & Bullens R.A.R. (eds.). *Gehechtheid en kinderbescherming* (pp. 55-74). SWP.
- Bunnvik G. (2016). Lurades till möte – Miste barnen. *Jnytt*, testo disponibile al sito: www.jnytt.se/article/lurades-till-mote-miste-barn/.
- Burns K., Pösö T. & Skivenes M. (2016). *Child welfare removals by the state: A cross-country analysis of decision-making systems*. Oxford: Oxford University Press.
- Byrne J.G., O'Connor T.G., Marvin R.S. & Whelan W.F. (2005). Practitioner review: The contribution of attachment theory to child custody assessments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2): 115-127. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00396.x.
- Carlson V., Cicchetti D., Barnett D. & Braunwald K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4): 525-531. DOI: 10.1037/0012-1649.25.4.525.
- Cassibba R. & Cavanna D. (2018). L'affidamento familiare tra teoria e realtà: Opportunità, incongruenze e contraddizioni. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 373-382. DOI: 10.1449/90835.
- Chaffin M., Hanson R., Saunders B.E., Nichols T., Barnett D., Zeanah C., LeTourneau E., Newman E., Lyon T., Letourneau E., Miller-Perrin C. & Berliner L. (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11(1): 76-89. DOI: 10.1177/1077559505283699.
- Cheadle J.E., Amato P.R. & King V. (2010). Patterns of non-resident father contact. *Demography*, 47 (1): 205-225. DOI: 10.1353/dem.0.0084.
- Child Welfare Information Gateway (2017). *Concurrent planning for permanency for children*. U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.
- Cowan P.A. & Cowan C.P. (2019). Introduction: Bringing dads back into the family. *Attachment & Human Development*, 21(5): 419-425. DOI: 10.1080/14616734.2019.1582594.
- Crittenden P.M. & Baim C. (2017). Using assessment of attachment in child care proceedings to guide intervention. In: Dixon L., Perkins D.F., Hamilton-Giachritsis C. & Craig L.A. (eds.). *What works in child protection: An evidenced based approach to assessment and intervention in care proceedings* (pp. 385-402). USA: Wiley Blackwell Publishing.
- Crittenden P.M., Farnfield S., Landini A. & Grey B. (2013). Assessing attachment for family court decision making. *Journal of Forensic Practice*, 15(4): 237-248. DOI: 10.1108/JFP-08-2012-0002.
- Cyr C., Dubois-Comtois M.G., Poulin C., Pascuzzo K., Losier V., Dumais M., St-Laurent D. & Moss E. (2012). Attachment theory in the assessment and promotion of parental com-

- petency in child protection cases. In: Muela A. (ed.). *Child abuse and neglect: A multidimensional approach* (pp. 63-86). London; Croatia: InTech Open.
- Cyr C., Dubois-Comtois K., Paquette D., Lopez L. & Bigras M. (2020). Revised manuscript submitted. *An attachment-based parental capacity assessment with a focus on capacity to change to orient decision-making in child protection cases.*
- Cyr C., Euser E.M., Bakermans-Kranenburg M. & van IJzendoorn M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1): 87-108. DOI: 10.1017/S0954579409990289.
- Dagan O. & Sagi-Schwartz A. (2018). Early attachment network to mother and father: An unsettled issue. *Child Development Perspectives*, 12(2): 115-121. DOI: 10.1111/cdep.12272.
- De Wolff M.S. & van IJzendoorn M.H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68(4): 571-591. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x.
- Departamento de Protección de Derechos Servicio Nacional de Menores (2019). Orientaciones técnicas: Línea de acción diagnóstico modalidad diagnóstico ambulatorio. DAM. *Sename*, texto disponible al sitio: www.sename.cl/web/index.php/documentos-y-orientaciones-tecnicas/.
- Department for Education (2018). *Children in need of help and protection: Call for evidence*. Department of Education, texto disponible al sitio: www.gov.uk/government/consultations/children-in-need-of-help-and-protection-call-for-evidence.
- Department of Health (2000). *Assessing children in need and their families: Practice guidance*. London: The Stationery Office.
- Dozier M., Bernard K. & Roben C. (2017). Attachment and biobehavioral catch-up. In: Steele H. & Steele M. (eds.). *Handbook of attachment-based interventions* (pp. 27-49). New York: Guilford Press.
- Dozier M., Kaufman J., Kobak R., O'Connor T.G., Sagi-Schwartz A., Scott S., Schaffer C., Smetana J., van IJzendoorn M.H. & Zeanah C.H. (2014). Consensus statement on group care for children and adolescents: A statement of policy of the American Orthopsychiatric Association. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3): 219-225. DOI: 10.1037/ort0000005.
- Dozier M., Lindhiem O., Lewis E., Bick J., Bernard K. & Peloso E. (2009). Effects of a foster parent training program on young children's attachment behaviors: Preliminary evidence from a randomized clinical trial. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(4): 321-332. DOI: 10.1007/s10560-009-0165-1.
- Dozier M., Peloso E., Lewis E., Laurenceau J. & Levine S. (2008). Effects of an attachment-based intervention of the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Development and Psychopathology*, 20(3): 845-859. DOI: 10.1017/S0954579408000400.
- Duschinsky R. (2020). *Cornerstones of attachment research*. Oxford: Oxford University Press.
- Duschinsky R., van IJzendoorn M., Foster S., Reijman S. & Lionetti F. (2019). Attachment histories and futures: Reply to Vicedo's "Putting attachment in its place". *European Journal of Developmental Psychology*, 17(1): 138-146. DOI: 10.1080/17405629.2018.1502916.
- Egeland B., Jacobvitz D. & Sroufe L.A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, 59(4): 1080-1088. DOI: 10.2307/1130274.
- Emery R.E., Holtzworth-Munroe A., Johnston J.R., Pedro-Carroll J.L., Pruett M.K., Saini M. & Sandler I. (2016). "Bending" evidence for a cause: Scholar-advocacy bias in family law. *Family Court Review*, 54(2): 134-149. DOI: 10.1111/fcre.12210.
- Emery R.E., Otto R.K. & O'donohue W.T. (2005). A critical assessment of child custody

- evaluations: Limited science and a flawed system. *Psychological Science in the Public Interest*, 6(1): 1-29. DOI: 10.1111/j.1529-1006.2005.00020.x.
- Fabricius W.V. & Suh G.W. (2017). Should infants and toddlers have frequent overnight parenting time with fathers? The policy debate and new data. *Psychology, Public Policy, and Law*, 23(1): 68-84. DOI: 10.1037/law0000108.
- Facompré C.R., Bernard K. & Waters T.E.A. (2018). Effectiveness of interventions in preventing disorganized attachment: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 30(1): 1-11. DOI: 10.1017/S0954579417000426.
- Faigman D.L., Monahan J. & Slobogin C. (2014). Group to individual (G2i) inference in scientific expert testimony. *The University of Chicago Law Review*, 81(2): 417-480. www.jstor.org/stable/23762370.
- Faigman D.L., Slobogin C. & Monahan J. (2016). Gatekeeping science: Using the structure of scientific research to distinguish between admissibility and weight in expert testimony. *Northwestern University Law Review*, 110(4): 859-904, testo disponibile al sito: scholarlycommons.law.northwestern.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1244&context=nulr.
- Farnfield S. & Holmes P. (2014). *The Routledge handbook of attachment: Assessment*. London: Routledge.
- Fearon R.M.P. & Belsky J. (2016). Precursors of attachment security. In: Cassidy J. & Shaver P.R. (eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.) (pp. 291-313). New York: Guilford Press.
- Fearon R.P., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H., Lapsley A.M. & Roisman G.I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81(2): 435-456. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x.
- Feldman R. (1998). *Coding interactive behavior manual*. Unpublished manual.
- Feldman R., Bamberger E. & Kanat-Maymon Y. (2013). Parent-specific reciprocity from infancy to adolescence shapes children's social competence and dialogical skills. *Attachment & Human Development*, 15(4): 407-423. DOI: 10.1080/14616734.2013.782650.
- Feldman R., Braun K. & Champagne F.A. (2019). The neural mechanisms and consequences of paternal caregiving. *Nature Reviews. Neuroscience*, 20(4): 205-224. DOI: 10.1038/s41583-019-0124-6.
- Feldman R. & Masalha S. (2007). The role of culture in moderating the links between early ecological risk and young children's adaptation. *Development and Psychopathology*, 19(1): 1-21. DOI: 10.1017/S0954579407070010.
- Font S.A. & Gershoff E.T. (2020). *Foster care and best interests of the child: Integrating research, policy, and practice*. Berlino: Springer.
- Forslund T., Peltola M.J. & Brocki K.C. (2019). Disorganized attachment representations, externalizing behavior problems, and socioemotional competences in early school-age. *Attachment & Human Development*, 22(4): 448-473. DOI: 10.1080/14616734.2019.1664603.
- Funder D.C. & Ozer D.J. (2019). Evaluating effect size in psychological research: Sense and nonsense. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 2(2): 156-168. DOI: 10.1177/2515245919847202.
- Gabler S., Bovenschen I., Lang K., Zimmermann J., Nowacki K., Kliewer J. & Spangler G. (2014). Foster children's attachment security and behavior problems in the first six months of placement: Associations with foster parents' stress and sensitivity. *Attachment & Human Development*, 16(5): 479-498. DOI: 10.1080/14616734.2014.911757.

- Garber B.D. (2009). Attachment methodology in custody evaluation: Four hurdles standing between developmental theory and forensic application. *Journal of Child Custody*, 6(1-2): 38-61. DOI: 10.1080/15379410902894841.
- Gauthier Y., Fortin G. & Jéliu G. (2004). Clinical application of attachment theory in permanency planning for children in foster care: The importance of continuity of care. *Infant Mental Health Journal*, 25(4): 379-396. DOI: 10.1002/imhj.20012.
- George C. & Solomon J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In: Cassidy J. & Shaver P.R. (eds.). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 833-856). New York: Guilford Press.
- GM v. Carmarthenshire County Council. (2018). *EWFC 36*, testo disponibile al sito: www.familylaw.co.uk/docs/rtf/files/GM_v_Carmarthenshire_County_Council_2018_EWFC_36.rtf.
- Goldstein J., Freud A. & Solnit A.J. (1973). *Beyond the best interests of the child*. Free Press.
- Granqvist P. (2016). Observations of disorganized behaviour yield no magic wand: Response to shemmings. *Attachment & Human Development*, 18(6): 529-533. DOI: 10.1080/14616734.2016.1189994.
- Granqvist P., Forslund T., Fransson M., Springer L. & Lindberg L. (2014). Mothers with intellectual disability, their experiences of maltreatment, and their children's attachment representations: A small-group matched comparison study. *Attachment & Human Development*, 16(5): 417-436. DOI: 10.1080/14616734.2014.926946.
- Granqvist P., Hesse E., Fransson M., Main M., Hagekull B. & Bohlin G. (2016). Prior participation in the strange situation and overstress jointly facilitate disorganized behaviours: Implications for theory, research and practice. *Attachment & Human Development*, 18(3): 235-249. DOI: 10.1080/14616734.2016.1151061.
- 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., Ward M.J. & Duschinsky R. (2017). Disorganized attachment in infancy: A review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development*, 19(6): 534-558. DOI: 10.1080/14616734.2017.1354040.
- Green J., Stanley C., Smith V. & Goldwyn R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The manchester child attachment story task. *Attachment & Human Development*, 2(1): 48-70. DOI: 10.1080/146167300361318.
- Groh A.M., Fearon R.P., van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J. & Roisman G.I. (2017a). Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socio-emotional development. *Child Development Perspectives*, 11(1): 70-76. DOI: 10.1111/cdep.12213.
- Groh A.M., Narayan A.J., Bakermans-Kranenburg M.J., Roisman G.I., Vaughn B.E., Fearon R.P. & van IJzendoorn M.H. (2017b). Attachment and temperament in the early life course: A meta-analytic review. *Child Development*, 88(3): 770-795. DOI: 10.1111/cdev.12677.
- Grossmann K., Grossmann K.E., Kindler H. & Zimmermann P. (2008). A wider view of attachment and exploration: The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young adulthood. In: Cassidy J. & Shaver P.R. (eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 857-879). New York: Guilford Press.
- Grossmann K. (2013). *Attachment and divorce: Facts, myths and dilemmas in custody disputes*. In: Sagi-Schwartz A. (ed.). *Roundtable conducted at the 6th international attachment conference*, Pavia.

- Hacker D. & Halperin Kaddari R. (2013). The ruling rules in custody disputers – On the dangers of the parental sameness illusion in a gendered reality. *Mishpat and Mimshal*, 15: 91-170. ssrn.com/abstract=2488485.
- Harmer A.L. & Goodman-Delahunty J. (2014). Practitioners' opinions of best interests of the child in Australian legislation. *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(2): 251-271. DOI: 10.1080/13218719.2013.808977.
- Hazen N.L., Allen S.D., Christopher C.H., Umemura T. & Jacobvitz D.B. (2015). Very extensive nonmaternal care predicts mother-infant attachment disorganization: Convergent evidence from two samples. *Development and Psychopathology*, 27(3): 649-661. DOI: 10.1017/S0954579414000893.
- Hill L., Gilligan R. & Connelly G. (2020). How did kinship care emerge as a significant form of placement for children in care? A comparative study of the experience in Ireland and Scotland. *Children and Youth Services Review*, 117: 104368. DOI: 10.1016/j.childyouth.2019.06.003.
- Hrdy S.B. (2011). *Mothers and others*. Harvard: Harvard University Press.
- Huntington C. (2018). The empirical turn in family law. *Columbia Law Review*, 118(1): 227-314. www.jstor.org/stable/26301045.
- Isaacs M.B., George C. & Marvin R.S. (2009). Utilizing attachment measures in child custody evaluations: Incremental validity. *Journal of Child Custody*, 6(1-2): 139-162. DOI: 10.1080/15379410902894882.
- Jacobs S. (1997). The hidden gender bias behind the best interest of the child standard in custody decisions. *Georgia State University Law Review*, 13(3): 845-902, testo disponibile al sito: readingroom.law.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1645&context=gsulr.
- Jacobvitz D., Leon K. & Hazen N. (2006). Does expectant mothers' unresolved trauma predict frightening/frightened maternal behavior? Risk and protective factors. *Development and Psychopathology*, 18(2): 363-379. DOI: 10.1017/S0954579406060196.
- Joels T. & Sagi-Schwartz A. (2012). Mom, dad, and what about me, I need you both?: Facts, myths and hopes in custody disputes. *Din Udvarim (Haifa Law Review)*, 6: 375-404.
- Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J. & van IJzendoorn M.H. (2017). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15: 189-194. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.03.012.
- Kalmijn M. (2016). Father-child contact, interparental conflict, and depressive symptoms among children of divorced parents. *European Sociological Review*, 32(1): 68-80. DOI: 10.1093/esr/jcv095.
- Kelly J.B. & Lamb M.E. (2000). Using child development research to make appropriate custody and access decisions for young children. *Family and Conciliation Court Review*, 38(3): 297-311. DOI: 10.1111/j.174-1617.2000.tb00577.x.
- Kelly J.B. & Lamb M.E. (2003). Developmental issues in relocation cases involving young children: When, whether, and how? *Journal of Family Psychology*, 17(2): 193-205. DOI: 10.1037/0893-3200.17.2.193.
- Kohm L.M. (2007). Tracing the foundations of the best interests of the child standard in American jurisprudence. *Journal of Law & Family Studies*, 10(2): 337-376.
- Konijn C., Admiraal S., Baart S., van Rooij F., Stams G.-J., Colonnese C., Lindauer R. & Assink M. (2018). Foster care placement instability: A meta-analytic review. *Children and Youth Services Review*, 96: 483-499. DOI: 10.1016/j.childyouth.2018.12.002.

- Kvarven A., Strömland E. & Johannesson M. (2020). Comparing meta-analyses and preregistered multiple-laboratory replication projects. *Nature Human Behaviour*, 4(4): 423-434. DOI: 10.1038/s41562-019-0787-z.
- Lamb M. (2018). Does shared parenting by separated parents affect the adjustment of young children? *Journal of Child Custody*, 15(1): 16-25. DOI: 10.1080/15379418.2018.1425105.
- Lamb M.E. (2012). A wasted opportunity to engage with the literature on the implications of attachment research for family court professionals. *Family Court Review*, 50(3): 481-485. DOI: 10.1111/j.1744-1617.2012.01463.x.
- Lamb M.E., Sternberg K.J. & Thompson R.A. (1997). The effects of divorce and custody arrangements on children's behavior, development, and adjustment. *Family and Conciliation Courts Review*, 35(4): 393-404. DOI: 10.1111/j.174-1617.1997.tb00482.x.
- Lang K., Bovenschen I., Gabler S., Zimmermann J., Nowacki K., Kliewer J. & Spangler G. (2016). Foster children's attachment security in the first year after placement: A longitudinal study of predictors. *Early Childhood Research Quarterly*, 36: 269-280. DOI: 10.1016/j.ecresq.2015.12.019.
- Lee S.M., Borelli J.L. & West J.L. (2011). Children's attachment relationships: Can attachment data be used in child custody evaluations? *Journal of Child Custody*, 8(3): 212-242. DOI: 10.1080/15379418.2011.594736.
- Lewis E.E., Dozier M., Ackerman J. & Sepulveda-Kozakowski S. (2007). The effect of placement instability on adopted children's inhibitory control abilities and oppositional behavior. *Developmental Psychology*, 43(6): 1415-1427. DOI: 10.1037/0012-1649.43.6.1415.
- Lind T., Raby K.L., Caron E.B., Roben C.K.P. & Dozier M. (2017). Enhancing executive functioning among toddlers in foster care with an attachment-based intervention. *Development and Psychopathology*, 29(2): 575-586. DOI: 10.1017/S0954579417000190.
- Lindberg L., Fransson M., Forslund T., Springer L. & Granqvist P. (2017). Maternal sensitivity in mothers with mild intellectual disabilities is related to experiences of maltreatment and predictive of child attachment: A matched-comparison study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30 (3): 445-455. DOI: 10.1111/jar.12300.
- Lionetti F., Pastore M. & Barone L. (2015). Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 42: 135-145. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.02.013.
- Lucassen N., Tharner A., van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J., Volling B.L., Verhulst F.C., Tiemeier H. (2011). The association between paternal sensitivity and infant-father attachment security: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Family Psychology*, 25(6): 986-992. DOI: 10.1037/a0025855.
- Lux U. & Walper S. (2019). A systemic perspective on children's emotional insecurity in relation to father: Links to parenting, interparental conflict and children's social well-being. *Attachment & Human Development*, 21(5): 467-484. DOI: 10.1080/14616734.2019.1582597.
- Lyons-Ruth K. & Jacobvitz D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. In: Cassidy J. & Shaver P.R. (eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (3rd ed.) (pp. 667-695). New York: Guilford Press.
- Maaskant A.M., van Rooij F.B., Bos H.M.W. & Hermanns J.M.A. (2016). The well-being of foster children and their relationship with foster parents and biological parents: A child's perspective. *Journal of Social Work Practice*, 30(4): 379-395. DOI: 10.1080/02650533.2015.1092952.

- Madigan S. (2019). *Beyond the academic silo: Collaboration and community partnerships in attachment research*. Paper presented at the international attachment conference, Vancouver, Canada.
- Madigan S., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H., Moran G., Pederson D.R. & Benoit D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8(2): 89-111. DOI: 10.1080/14616730600774458.
- Madigan S., Eirich R., Racine N., Borland-Kerr C., Cooke J.E., Devereux C., Plamondon A. R., Tarabulsky G.M., Cyr C., Haltigan J.D., Bohr Y., Bronfman E. & Lyons-Ruth K. (2020). Feasibility of training service providers on the AMBIANCE-Brief measure for use in community settings. *Infant Mental Health Journal*, 1-14. DOI: 10.1002/imhj.21898.
- Main M. & Solomon J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton T.B. & Yogman M.W. (eds.). *Affective development in infancy* (pp. 95-124). New York: Ablex Publishing.
- Main M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33(1): 48-61. DOI: 10.1159/000276502.
- Main M. & Hesse E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg M.T., Cicchetti D. & Cummings E.M. (eds.). *The John D. and Catherine T. MacArthur foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main M., Hesse E. & Hesse S. (2011). Attachment theory and research: Overview with suggested applications to child custody. *Family Court Review*, 49(3): 426-463. DOI: 10.1111/j.1744-1617.2011.01383.x.
- Marvin R.S. & Schutz B.M. (2009). One component of an evidence-based approach to the use of attachment research in child custody evaluations. *Journal of Child Custody*, 6(1-2): 113-138. DOI: 10.1080/15379410902894874.
- McIntosh J. (2011). Guest editor's introduction to special issue on attachment theory, separation and divorce: Forging coherent understandings for family law. *Family Court Review*, 49(3): 418-425. DOI: 10.1111/j.1744-1617.2011.01382.x.
- McIntosh J.E., Smyth B.M. & Kelaher M. (2013). Overnight care patterns following parental separation: Associations with emotion regulation in infants and young children. *Journal of Family Studies*, 19(3): 224-239. DOI: 10.5172/jfs.2013.19.3.224.
- McIntosh J.E., Smyth B.M. & Kelaher M.A. (2015). Responding to concerns about a study of infant overnight care postseparation, with comments on consensus: Reply to Warshak (2014). *Psychology, Public Policy, and Law*, 21(1): 111-119. DOI: 10.1037/h0101018.
- Mercer J. (2019). Conventional and unconventional perspectives on attachment and attachment problems: Comparisons and implications, 2006-2016. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(2): 81-95. DOI: 10.1007/s10560-017-0511-7.
- Mesman J., van IJzendoorn M.H. & Sagi-Schwartz A. (2016). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In: Cassidy J. & Shaver P.R. (eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.) (pp. 852-877). New York: Guilford Press.
- Mnookin R. (2014). Child custody revisited. *Law and Contemporary Problems*, 77(1): 249-274, testo disponibile al sito: scholarship.law.duke.edu/lcp/vol77/iss1/10.

- Mnookin R.H. (1975). Child-custody adjudication: Judicial functions in the face of indeterminacy. *Law and Contemporary Problems*, 39(3): 226-293. DOI: 10.2307/1191273.
- Mooya H., Sichimba F. & Bakermans-Kranenburg M. (2016). Infant-mother and infant-sibling attachment in Zambia. *Attachment & Human Development*, 18(6): 618-635. DOI: 10.1080/14616734.2016.1235216.
- Moss E., Dubois-Comtois K., Cyr C., Tarabulsky G.M., St-Laurent D. & Bernier A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(1): 195-210. DOI: 10.1017/S0954579410000738.
- Neal T.M., Slobogin C., Saks M.J., Faigman D.L. & Geisinger K.F. (2019). Psychological assessments in legal contexts: Are courts keeping “junk science” out of the courtroom? *Psychological Science in the Public Interest*, 20(3): 135-164. DOI: 10.1177/1529100619888860.
- Newton R.R., Litrownik A.J. & Landsverk J.A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10): 1363-1374. DOI: 10.1016/S0145-2134(00)00189-7.
- Nicolini D., Mengis J. & Swan J. (2012). Understanding the role of objects in cross disciplinary collaboration. *Organization Science*, 23(3): 612-629. DOI: 10.1287/orsc.1110.0664.
- Nielsen L. (2014). Woozles: Their role in custody law reform, parenting plans, and family court. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(2): 164-180. DOI: 10.1037/law0000004.
- North G. (2019). Assessing for bruises on the soul: Identifying and evidencing childhood emotional abuse. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 41(3): 302-320. DOI: 10.1080/09649069.2019.1627086.
- Oosterman M. & Schuengel C. (2007). Autonomic reactivity of children to separation and reunion with foster parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9): 1196-1203. DOI: 10.1097/chi.0b013e3180ca839f.
- Oosterman M., Schuengel C., Slot N.W., Bullens R.A. & Doreleijers T.A. (2007). Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 29(1): 53-76. DOI: 10.1016/j.chilyouth.2006.07.003.
- Owen M.T. & Cox M.J. (1997). Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology*, 11(2): 152-164. DOI: 10.1037/0893-3200.11.2.152.
- Padrón E., Carlson E.A. & Sroufe L.A. (2014). Frightened versus not frightened disorganized infant attachment: Newborn characteristics and maternal caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2): 201-208. DOI: 10.1037/h0099390.
- Palacios J., Adroher S., Brodzinsky D.M., Grotevant H.D., Johnson D.E., Juffer F., Martinez-Mora L., Muhamedrahimov R.J., Selwyn J., Simmonds J. & Tarren-Sweeney M. (2019). Adoption in the service of child protection: An international interdisciplinary perspective. *Psychology, Public Policy, and Law*, 25(2): 57-72. DOI: 10.1037/law0000192.
- Palacios J., Rolock N., Selwyn J. & Barbosa-Ducharme M. (2019). Adoption breakdown: Concept, research, and implications. *Research on Social Work Practice*, 29(2): 130-142. DOI: 10.1177/1049731518783852.
- Pederson D. & Moran G. (1995). A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-sort measures of infant-mother interaction. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3): 111-132. DOI: 10.2307/1166174.
- Pederson D.R., Moran G., Sitko C., Campbell K., Ghesquire K. & Acton H. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: A Q-sort study. *Child Development*, 61 (6): 1974-1983. DOI: 10.2307/1130851.

- Posada G., Lu T., Trumbell J., Kaloustian G., Trudel M., Plata S., Peña P., Perez J., Tereno S., Dugravier R., Coppola G., Costantini A., Cassibba R., Kondo-Ikemura K., Noblega M., Haya M.I., Pedraglio C., Verissimo M., Santos A.J., Monteiro L. & Lay K.L. (2013). Is the secure base phenomenon evident here, there, and anywhere? A cross-cultural study of child behavior and experts' definitions. *Child Development*, 84(6): 1896-1905. DOI: 10.1111/cdev.12084.
- Posada G., Trumbell J., Noblega J., Plata S., Peña P. & Carbonell O.A. (2016). Maternal sensitivity and child secure base use in early childhood: Studies in different cultural contexts. *Child Development*, 87(1): 297-311. DOI: 10.1111/cdev.12454.
- Pruett M.K., Cowan C.P., Cowan P.A., Pradhan L., Robins S. & Pruett K.D. (2016). Supporting father involvement in the context of separation and divorce. In: Drozd L. Saini M. & Olesen N. (eds.). *Parenting plan evaluations: Applied research for the family court* (pp. 85-117). Oxford: Oxford University Press.
- Raub J.M., Carson N.J., Cook B.L., Wyshak G. & Hauser B.B. (2013). Predictors of custody and visitation decisions by a family court clinic. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 41(2): 206-218, testo disponibile al sito: jaapl.org/content/jaapl/41/2/206.full.pdf.
- Reijman S., Foster S. & Duschinsky R. (2018). The infant disorganised attachment classification: "Patterning within the disturbance of coherence". *Social Science & Medicine*, 200: 52-58. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.12.034.
- Robertson L. & Broadhurst K. (2019). Introducing social science evidence in family court decision-making and adjudication: Evidence from England and Wales. *International Journal of Law, Policy, and the Family*, 33(2): 181-203. DOI: 10.1093/lawfam/ebz002.
- Sagi A., van IJzendoorn M.H., Aviezer O., Donnell F. & Mayseless O. (1994). Sleeping out of home in a kibbutz communal arrangement: It makes a difference for infant-mother attachment. *Child Development*, 65(4): 992-1004. DOI: 10.2307/1131299.
- Sallnäs M., Vinnerljung B. & Kyhle Westermark K. (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. *Child & Family Social Work*, 9(2): 141-152. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2004.00309.x.
- Salter E.K. (2012). Deciding for a child: A comprehensive analysis of the best interest standard. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 33(3): 179-198. DOI: 10.1007/s11017-012-9219-z.
- Saunders R., Jacobvitz D., Zaccagnino M., Beverung L. & Hazen N. (2011). Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. *Attachment & Human Development*, 13(4): 403-420. DOI: 10.1080/14616734.2011.584405.
- Schneider C.E. (1991). Discretion, rules, and law: Child custody and the UMDA's best-interest standard. *Michigan Law Review*, 89(8): 2215-2298. DOI: 10.2307/1289368.
- Schoemaker N.K., Wentholt W.G., Goemans A., Vermeer H.J., Juffer F. & Alink L.R. (2019). A meta-analytic review of parenting interventions in foster care and adoption. *Development and Psychopathology*, 32(3): 1149-1172.
- Schofield G. & Walsh J. (2010). Young carers – Or children in need of care? Decision making for children of parents with mental health problems. *Child & Family Law Quarterly*, 22: 223-233.
- Schore A. & McIntosh J. (2011). Family law and the neuroscience of attachment. *Family Court Review*, 49(3): 501-512. DOI: 10.1111/j.1744-1617.2011.01387.x.
- Schuengel C., Bakermans-Kranenburg M.J. & van IJzendoorn M.H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1): 54-63. DOI: 10.1037/0022-006X.67.1.54.

- Scott E.S. & Emery R.E. (2014). Gender politics and child custody: The puzzling persistence of the best-interest standard. *Law and Contemporary Problems*, 77(1); 69-108, testo disponibile al sito: scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholarship/333/.
- Scott S., Briskman J., Woolgar M., Humayun S. & O'Connor T.M. (2011). Attachment in adolescence: Overlap with parenting and unique prediction of behavioural adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10): 1052-1062. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2011.02453.x.
- Shemmings D. (2018). *Why social workers shouldn't use "attachment" in their records and reports*. Community Care, testo disponibile al sito: www.communitycare.co.uk/2018/06/28/social-workers-shouldnt-use-attachment-records-reports/.
- Shemmings D. & Shemmings Y. (2011). *Understanding disorganized attachment: Theory and practice for working with children and adults*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Simpson J. & Belsky J. (2016). Attachment theory within a modern evolutionary framework. In: Cassidy J. & Shaver P.R. (eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.) (pp. 91-116). New York: Guilford Press.
- Skivenes M. & Sørdsal L.M. (2018). The child's best interest principle across child protection jurisdictions. In: Falch-Eriksen A. & Backe-Hansen E. (eds.). *Human rights in child protection* (pp. 59-88). London: Palgrave Macmillan.
- Smith G., Caffino B., Van Horn P. & Lieberman A. (2012b). Attachment and child custody: The importance of available parents. In: Kuehnle K. & Drozd L. (eds.). *Parenting plan evaluations: Applied research for the family court* (pp. 5-24). Oxford: Oxford University Press.
- Smith G., Coffino B., Lieberman A. & Van Horn P. (2012a). Attachment and child custody: The importance of available parents. Parenting plan evaluations. *Applied Research for the Family Court*, 5-24.
- Smyke A.T., Zeanah C.H., Gleason M.M., Drury S.S., Fox N.A., Nelson C.A. & Guthrie D. (2012). A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(5): 508-514. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11050748.
- Solomon J. & George C. (2011). Disorganization of maternal caregiving across two generations. In: Solomon J. & George C. (eds.). *Disorganized attachment and caregiving* (pp. 25-51). New York: Guilford Press.
- Solomon J. (2013). An attachment theory framework for planning infant and toddler visitation. In: Gunsberg L. & Hymowitz P. (eds.). *Handbook of divorce and custody* (pp. 259-278). London: Routledge.
- Solomon J. & George C. (2016). The measurement of attachment security and related constructs. In: Cassidy J. & Shaver P.R. (eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 366-396). New York: Guilford Press.
- Solomon J., Duschinsky R., Bakkum L. & Schuengel C. (2017). Toward an architecture of attachment disorganization: John Bowlby's published and unpublished reflections. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4): 539-560. DOI: 10.1177/1359104517721959.
- Solomon J. & George C. (1999). The development of attachment in separated and divorced families: Effects of overnight visitation, parent, and couple variables. *Attachment & Human Development*, 1(1): 1-33. DOI: 10.1080/14616739900134011.
- Spangler G., Fremmer-Bombik E. & Grossmann K. (1996). Social and individual determinants of infant attachment security and disorganization. *Infant Mental Health Journal*, 17(2): 127-139.
- Spieker S.J. & Crittenden P.M. (2018). Can attachment inform decision-making in child

- protection and forensic settings? *Infant Mental Health Journal*, 39(6): 625-641. DOI: 10.1002/imhj.21746.
- Sroufe A. & McIntosh J. (2011). Divorce and attachment relationships: The longitudinal journey. *Family Court Review*, 49(3): 464-473. DOI: 10.1111/j.1744-1617.2011.01384.x.
- Star S.L. (2010). This is not a boundary object: Reflections on the origin of a concept. *Science, Technology & Human Values*, 35(5): 601-617. DOI: 10.1177/0162243910377624.
- Steele H., Murphy A., Bonuck K., Meer P. & Steele M. (2019). Randomized control trial report on the effectiveness of Group Attachment-Based Intervention (GABI©): Improvements in the parent-child relationship not seen in the control group. *Development and Psychopathology*, 31(1): 203-217. DOI: 10.1017/S0954579418001621.
- Steele H. & Steele M. (Eds). (2017). *Handbook of attachment-based interventions*. Guilford Press (trad. it.: *Gli interventi focalizzati sull'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2020).
- Steinbach A. (2019). Children's and parents' well-being in joint physical custody: A literature review. *Family Process*, 58(2): 353-369. DOI: 10.1111/famp.12372.
- Stovall K.C. & Dozier M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and Psychopathology*, 12(2): 133-156. DOI: 10.1017/S0954579400002029.
- Stronach E.P., Toth S.L., Rogosch F. & Cicchetti D. (2013). Preventive interventions and sustained attachment security in maltreated children. *D&P*, 25(4): 919-930. DOI: 10.1017/S0954579413000278.
- Swedish National Board of Health and Welfare (2018a). *Grundbok i BBIC – Barns Behov i centrum*, testo disponibile al sito: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikellatalog/ovrigt/2018-10-20.pdf.
- Swedish National Board of Health and Welfare (2018b). *Metodstöd för BBIC*, testo disponibile al sito: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikellatalog/ovrigt/2018-10-21.pdf.
- Tan E.S., McIntosh J.E., Kothe E.J., Opie J.E. & Olsson C.A. (2018). Couple relationship quality and offspring attachment security: A systematic review with meta-analysis. *Attachment & Human Development*, 20(4): 349-377. DOI: 10.1080/14616734.2017.1401651.
- The National People's Congress of the People's Republic of China (2020). *Chapter 4 Divorce, § 1084 & 1086*. Civil Code of the People's Republic of China, testo disponibile al sito: www.npc.gov.cn/npc/c30834/202006/75ba6483b8344591abd07917e1d25cc8.shtml.
- The Supreme People's Court of the People's Republic of China (1993). *A number of specific Opinions on the handling of child-rearing issues in divorce cases by the People's Courts*. §4, testo disponibile al sito: gongbao.court.gov.cn/Details/fe2716845ec32262402a-5b14754eef.html.
- Tornello S.L., Emery R., Rowen J., Potter D., Ocker B. & Xu Y. (2013). Overnight custody arrangements, attachment, and adjustment among very young children. *Journal of Marriage and Family*, 75(4): 871-885. DOI: 10.1111/jomf.12045.
- Toussaint E., Florin A., Schneider B. & Bacro F. (2018). Les problèmes de comportement, les représentations d'attachement et le parcours de placement d'enfants relevant de la protection de l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(6): 335-343. DOI: 10.1016/j.neurenf.2018.07.011.
- Umemura T., Jacobvitz D., Messina S. & Hazen N. (2013). Do toddlers prefer the primary caregiver or the parent with whom they feel more secure? The role of toddler emotion. *Infant Behavior & Development*, 36(1): 102-114. DOI: 10.1016/j.infbeh.2012.10.003.

- Umemura T. & Jacobvitz D.B. (2014). Nonmaternal care hours and temperament predict infants' proximity-seeking behavior and attachment subgroups. *Infant Behavior & Development*, 37(3): 352-365. DOI: 10.1016/j.infbeh.2014.05.007.
- UN General Assembly (1989). *Convention on the rights of the child*, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577.
- USDHHS (2016). *Determining the best interests of the child: State statutes*. Washington, DC: Child Welfare Information Gateway.
- Van den Dries L., Juffer F., van IJzendoorn M.H. & Bakermans-Kranenburg M.J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31(3): 410-421. DOI: 10.1016/j.childyouth.2008.09.008.
- Van der Asdonk S., de Haan W. D., van Berkel S. R., van IJzendoorn M.H., Rippe R.C.A., Schuengel C., Kuiper C., Lindauer R.J.L., Overbeek M. & Alink L.R.A. (2020). Effectiveness of an attachment-based intervention for the assessment of parenting capacities in maltreating families: A randomized controlled trial. *Infant Mental Health Journal*. Advance online publication. DOI: 10.1002/imhj.21874.
- van IJzendoorn M.H., Vereijken H., Bakermans-Kranenburg C.M., Marianne Riksen M.J. & Walraven J. (2004). Assessing attachment security with the attachment Q sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development*, 75(4): 1188-1213. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00733.x.
- van IJzendoorn M.H. (2019). Commentary: Addressing the replication and translation crises taking one step forward, two steps back? A plea for slow experimental research instead of fast "participatory" studies. In: Hein S. & Weeland J. (eds.). *Randomized controlled trials (RCTs) in clinical and community settings: Challenges, alternatives and supplementary designs. New directions for child and adolescent development*, 167: 133-140.
- van IJzendoorn M.H., Sagi A. & Lambermon M.W.E. (1992). The multiple caregiver paradox. Some Dutch and Israeli data. In Pianta R.C. (ed.). *Beyond the parent: The role of other adults in children's lives. New directions for child development*, 57: 5-25..
- van IJzendoorn M.H. (2005). Attachment in social networks: Toward an evolutionary social network model. *Human Development*, 48(1-2): 85-88. DOI: 10.1159/000083218.
- van IJzendoorn M.H. & Bakermans-Kranenburg M.J. (2012). Integrating temperament and attachment. In: Zentner M. & Shiner R.L. (eds.). *Handbook of temperament* (pp. 403-424). New York: Guilford Press.
- van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J., Duschinsky R. & Skinner G.C.M. (2019). Legislation in search of "good-enough" care arrangements for the child: A quest for continuity of care. In: Dwyer J.G. (ed.). *The Oxford handbook of children and the law* (pp. 1-29). Oxford: Oxford University Press.
- van IJzendoorn M.H., Bakermans J.J., Steele M. & Granqvist P. (2018a). 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.
- van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J., Duschinsky R., Goldman P.S., Fox N.A., Gunnar M.R., Johnson D.E., Nelson C.A., Reijman S., Skinner G.C.M., Zeanah C.H. & Sonuga-Barke E.J.S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children I: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7(8): 703-720. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30399-2.
- van IJzendoorn M.H., Schuengel C. & Bakermans-Kranenburg M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2): 225-250. DOI: 10.1017/S0954579499002035.

- van IJzendoorn M.H., Steele M. & Granqvist P. (2018b). On exactitude in science: A map of the empire the size of the empire. *Infant Mental Health Journal*, 39(6): 652-655. DOI: 10.1002/imhj.21751.
- Vaughn B.E., Posada G. & Verissimo M. (2019). Secure base scripts and social competence in preschool children. *Attachment & Human Development*, 21(3). DOI: 10.1080/14616734.2019.1575545.
- Warshak R.A. (2014). Social science and parenting plans for young children: A consensus report. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(1): 46-67. DOI: 10.1037/law0000005.
- Waters E. & Deane K.E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2): 41-65. DOI: 10.2307/3333826.
- Waters E., Merrick S., Treboux D., Crowell J. & Albersheim L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71(3): 684-689. DOI: 10.1111/1467-8624.00176.
- White S., Gibson M., Wastell D. & Walsh P. (2019). *Reassessing attachment theory in child welfare*. London: Psychology Press.
- Wilkins D. (2012). Disorganized attachment indicates maltreatment: How is this link useful for child protection social workers? *Journal of Social Work Practice*, 26(1): 15-30. DOI: 10.1080/02650533.2011.598228.
- Wilkins D. (2020). Disorganized attachment does not indicate child maltreatment. *Journal of Social Work Practice*. Advance online publication. DOI: 10.1080/02650533.2020.1787364.
- Winnicott D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications Limited.
- Woolgar M. & Baldock E. (2015). Attachment disorders versus more common problems in looked after and adopted children: Comparing community and expert assessments. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1): 34-40. DOI: 10.1111/camh.12052.
- Wulczyn F., Kogan J. & Harden B.J. (2003). Placement stability and movement trajectories. *Social Service Review*, 77(2): 212-236. DOI: 10.1086/373906.
- Wulczyn F. & Zimmerman E. (2005). Sibling placements in longitudinal perspective. *Children and Youth Services Review*, 27(7): 741-763. DOI: 10.1016/j.childyouth.2004.12.017.
- Zeanah C.H., Larrieu J.A., Heller S.S. & Valliere J. (2000). Infant-parent relationship assessment. In: Zeanah C.H. (ed.). *Handbook of infant mental health* (2nd ed.) (pp. 222-235). New York: Guilford Press.
- Zeanah C.H., Cheshier T., Boris N.W., Walter H.J., Bukstein O.G., Bellonci C., Benson S., Bussing R., Chrisman A., Hamilton J., Hayek M., Keable H., Rockhill C., Siegel M. & Stock S. (2016). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(11): 990-1003. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.08.004.
- Zeanah C.H., Smyke A.T., Koga S.F. & Carlson E. & Bucharest Early Intervention Project Core Group. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76(5): 1015-1028. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x.
- Zimmermann P. (2017). Bindung an den Vater: Eine andere bindung? [Attachment to father: A different attachment?]. In: Zimmermann P. & Spangler G. (eds.). *Feinfühliges Herausforderung: Bindung in Familie, Kita, Kinderheim und Jugendhilfe* (pp. 191-206). Psychosozial-Verlag.

***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 contempra 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.

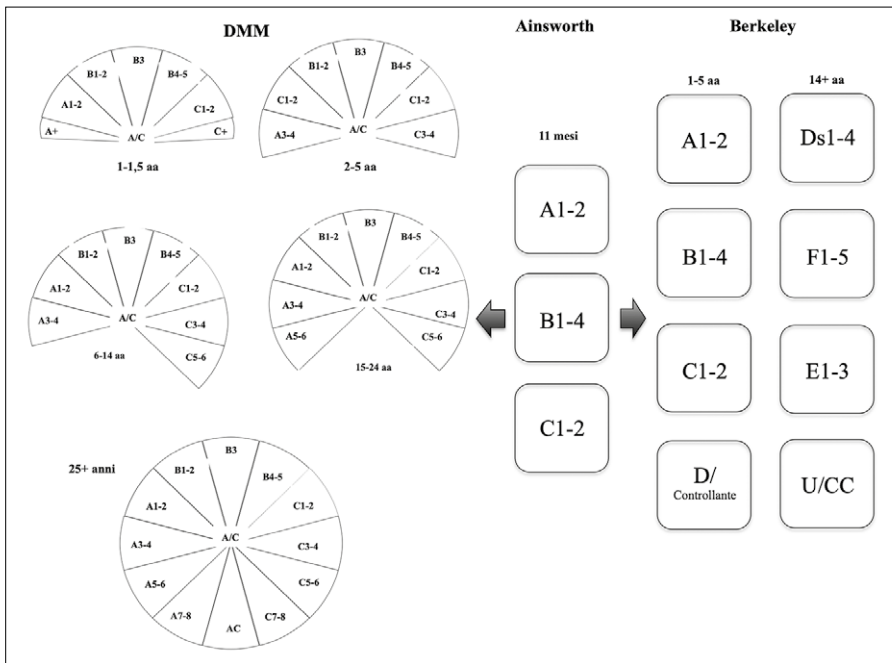
La DMM-AAI di un genitore viene inoltre integrata con la valutazione delle strategie degli altri membri della famiglia, in modo da cogliere la funzionalità generale delle diverse strategie in interazione tra loro e, dunque, in questa visione più sistemica, migliorare la progettazione dei piani di trattamento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

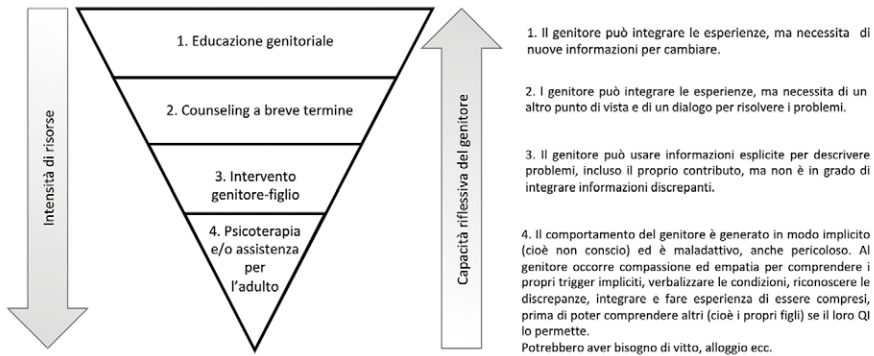
Le caratteristiche del discorso del genitore nell'intervista AAI riflettono modi diversi di organizzare le informazioni. L'analisi del discorso (orientata secondo il DMM) permette di valutare come vengono organizzate le informazioni e quali trasformazioni vengono effettuate in situazioni di pericolo. 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.

***I modelli teorici di matrice cognitivista
nella consulenza tecnica in ambito civile
nei casi di separazione divorzio: riflessioni
ed esemplificazioni cliniche***



Elena Gualtieri*, Roberta De Filippis*, Silvia Vayr*

*Ricevuto il 6 marzo 2022
Accettato il 30 maggio 2022*

Sommario

L'articolo valuta il ruolo dell'esperto impegnato nelle consulenze tecniche, nell'ambito delle vicende separative. Vengono analizzati gli strumenti a supporto del lavoro clinico forense e i modelli tecnico-teorici dei terapeuti cognitivisti che lavorano in questo ambito. Le autrici propongono il tema della valutazione della genitorialità, con particolare attenzione alla teoria dell'attaccamento, al modello dinamico-maturativo e al primario interesse del minore. Seguendo il modello cognitivista evolucionista e quello post-razionalista, viene poi sottolineato il ruolo della relazione e del processo conoscitivo narrativo. Vengono messe in luce altresì le principali criticità che lo psicologo forense può dover affrontare in un contesto denso di conflittualità, come quello delle separazioni. Vengono affrontati i temi centrali da esplorare in CTU e gli interventi che si possono attuare durante l'iter peritale, al fine di promuovere il riconoscimento e la condivisione della sofferenza, oltre che la cooperazione, ritenuti elementi centrali del buon esito della consulenza. Vengono affrontati due casi clinici-forensi, rileggendoli alla luce dei modelli proposti. Le autrici auspicano inoltre che i professionisti in ambito forense acquisiscano competenze e riflessività sulle ricadute del proprio agire professionale, sufficienti a perseguire lo scopo, ovvero il benessere del minore e della famiglia.

Parole chiave: attaccamento; genitorialità; cooperazione; relazione; cambiamento.

* CBT Academy, Scuola di specializzazione cognitivo-comportamentale in ambito clinico e forense di Torino; Via della Rocca, 2 – 10123 Torino; e-mail: elena.gualtieri@gmail.com; silvia.vayr@gmail.com; roberta.defilippis@gmail.com.

Autore corrispondente: Elena Gualtieri.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 50/2022
DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14084*

Abstract

Cognitivist theoretical models in forensic consulting of separation-divorce cases: reflections and clinical examples

The article evaluates the role of the professional instructed to draw up an expert witness report in cases of judicial separation. The instruments in support of the clinical forensic work and the technical-theoretical models of cognitive therapists working in the field are analyzed. The authors examine the question of parenting, paying particular attention to attachment theory, the dynamic-maturational model and the primary interests of the minor. The role of communication and the cognitive narrative process is then underlined, following the cognitive-evolutionary and post-rationalist models. The main critical areas that the forensic psychologist may have to address in a highly conflictual context such as in cases of separation are also highlighted. Consideration is given to core issues to be dealt with in drawing up an expert witness report and interventions which can be put in place during the appraisal process, in order to foster the recognition and sharing of suffering, as well as co-operation, which can be considered fundamental elements for a positive outcome to the procedure. Two clinical cases-forensic, are addressed, rereading them in the light of the proposed models. In addition, the authors express the desire to see professionals working in the field of forensics acquire competences and an aptitude for reflection on the repercussions of their professional activity at a level sufficient to pursue their objective, that is, the minor's, and the family's, well-being.

Keywords: attachment; parenting; cooperation; relationship; transformation.

Introduzione

Sono molti i manuali e i corsi che forniscono indicazioni su come svolgere i delicati compiti di consulente tecnico d'ufficio e di consulente tecnico di parte nelle vicende separative. Il tema dell'affidamento dei figli, nei casi di separazione e divorzio, è terreno di forte contesa tra gli ex partner, nonostante la legge 54/2006 sull'affidamento condiviso abbia posto in primo piano il diritto del minore alla "bigenitorialità", che si ricollega al suo generale diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia, riconosciuto dalla legge 149/2001. Al diritto del minore a mantenere una relazione continuativa con entrambi i genitori, corrisponde il diritto/dovere di ciascun genitore, all'esercizio della responsabilità genitoriale.

Il compito dell'esperto è divenuto sempre più complesso, poiché la decisione del Giudice non si limita più a stabilire «a quale dei coniugi il figlio sia affidato», come previsto dal testo precedente dell'art. 155 c.c., ma è diretta a garantire la soddisfazione e l'esercizio dei diritti di tutti i soggetti coinvolti.

La giurisprudenza¹ ha ritenuto che la conflittualità, non costituisca un ostacolo alla previsione di un regime di affido condiviso, in assenza di specifiche e concrete ragioni, idonee a giustificare una diversa definizione, nell'interesse del minore. Perciò l'affido esclusivo può essere stabilito solo in via d'eccezione, in presenza di situazioni valutabili in concreto, contrarie all'interesse del minore. È quanto comprenderemo attraverso la descrizione di un caso esemplificativo, quello di M. e B. Tuttavia, in molti altri casi, l'alta conflittualità tra gli adulti, resta il centro principale di attenzione, non solo dei Giudici, degli Avvocati e degli esperti, ma anche dei minori che, immersi in estenuanti e cronici conflitti, patti di lealtà e sofferenze, si vedono costretti ad adattarsi o dis-adattarsi. È soprattutto per questa tipologia di casi, come vedremo per il caso di A. ed S., che abbiamo scelto di concentrare parte di questo articolo sulle possibilità offerte dagli strumenti e modelli tecnico-teorici a disposizione dei terapeuti cognitivisti.

La consulenza tecnica è la prima occasione per le parti in conflitto, di confrontarsi su un "terreno relazionale e psicologico", dopo anni di estenuanti guerre nelle aule di Tribunale.

Il nostro contributo va nella convinta direzione della promozione di una cultura che sappia riconoscere la forza della condivisione o psico educazione sullo stato di sofferenza del minore, dell'intersoggettività, della cooperazione (Gilbert, 1989; Liotti, 1995; Panksepp, 1998), dell'autocritica, della consapevolezza e dell'ascolto, in luogo dei comportamenti di potere, delle rivendicazioni, dei conflitti e delle accuse.

La genitorialità e il minore, nella relazione con i genitori, al centro dell'interesse valutativo

La genitorialità fa riferimento a un costrutto articolato: vari autori (Malagoli Togliatti & Ardone, 1993; Bornstein, 1995; Visentini, 2006; Camerini, Volpini & Lopez, 2011 ecc.) nel corso del tempo, hanno provato a definire i criteri per valutarla, individuando parametri individuali e relazionali, relativi ai concetti di parenting e funzione genitoriale.

Il focus su questo tema, nel presente articolo, ha lo scopo di esplorare la genitorialità, con particolare attenzione al ruolo dello psicologo nell'ambito delle consulenze tecniche e dell'utilità di una formazione di stampo cognitivista, con particolare riferimento alla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969; 1980) e alla prospettiva clinica del cognitivismo italiano. Mentre la

¹ Provvedimenti pubblicati sul sito www.minoriefamiglia.it.

teoria di Bowlby permette di avere un focus osservazionale primariamente sul bambino, sulla relazione diadica e sullo stato mentale del genitore rispetto all'attaccamento, alcuni approcci del cognitivismo italiano, consentono di mantenere un corretto focus sulla personalità degli adulti, dando centralità ai processi taciti ed espliciti di organizzazione del sé, ai sistemi motivazionali interpersonali, alle dinamiche affettive e interpersonali, alle competenze metacognitive ecc. (Guidano & Liotti, 1983; Semerari *et al.*, 2003; Dimaggio *et al.*, 2013; Lambruschi, 2014; Liotti & Monticelli, 2008).

Nell'ambito delle consulenze forensi si utilizza il colloquio clinico, ma anche l'osservazione della relazione genitori-figli, oltre che questionari, test o strumenti più o meno strutturati, che consentano di ridurre la soggettività interpretativa nella valutazione delle competenze genitoriali e dello stato emozionale, cognitivo e relazionale del minore.

La domanda fondamentale da porsi sugli adulti è se possono cambiare e come fare a costruire le condizioni per questo cambiamento.

Le valutazioni sono spesso condotte all'interno di circostanze dense di carica affettiva, sia per i genitori sia per i minori; lo stress sperimentato nei contesti di separazione è importante e può portare potenziale confusione (Smith *et al.*, 2012).

La teoria dell'attaccamento assume un rilievo di primo piano nelle valutazioni sulla genitorialità (Crittenden & Baim, 2017). L'attaccamento sicuro è generalmente un fattore protettivo per lo sviluppo (Scott *et al.*, 2011) e gli interventi che facilitano questo tipo di attaccamento hanno dimostrato un'utilità pratica (Bachmann *et al.*, 2019). Tuttavia, c'è da rilevare che molteplici caregiver costituirebbero un fattore protettivo per lo sviluppo nel bambino: l'attaccamento sicuro a una persona compensa infatti l'insicurezza di un'altra relazione (Bacro *et al.*, 2020; Boldt *et al.*, 2014; Saunders *et al.*, 2011; van IJzendoorn *et al.*, 1992). Allo stesso modo, nelle culture in cui si vive con una famiglia allargata, i molteplici attaccamenti extra-parentali, possono mitigare alcune difficoltà osservate nella relazione madre-figlio, come ad esempio quando la madre è depressa (Feldman & Masalha, 2007). La maggior parte dei ricercatori sull'attaccamento concorda sul fatto che le relazioni di attaccamento dei bambini con tutti i loro caregiver sono importanti e dovrebbero essere supportate. Ciò su cui non vi è accordo è se il rapporto con un caregiver di riferimento può avere particolare importanza come posto sicuro nei primi anni di vita del bambino e se dovrebbe essere dedicato più tempo a questo caregiver, fino a quando lo sviluppo cognitivo del bambino è più tollerante verso le separazioni dal caregiver di riferimento (Main *et al.*, 2011; Sroufe & McIntosh, 2011; questa posizione è stata criticata da Lamb, 2012; 2018). Tuttavia, la ricerca attuale è troppo scarsa per una semplice risposta empirica a questa domanda.

Inoltre, se un “secondo caregiver”, prima della separazione, è stato distaccato sia nella cura sia in altre forme di interazione con il bambino, dovrebbe avere dopo il divorzio l’opportunità di recuperare le sue funzioni genitoriali per consentire al bambino di abituarsi a essere accudito da questo caregiver (Kelly & Lamb, 2000; 2003; Warshak, 2014). Come notato da Main *et al.* (2011), un caregiver non residente può adempiere ad altre importanti funzioni relazionali per il bambino. Quest’ultimo assunto si può ben delineare, nel secondo caso clinico forense che descriveremo in seguito. L’attaccamento, inoltre, non è la stessa cosa della qualità dell’attaccamento, ma questi concetti sono spesso confusi. L’attaccamento si riferisce a un legame affettivo in cui un individuo è motivato a cercare e mantenere vicinanza e conforto da particolari persone familiari (Bowlby, 1969; 1982). La qualità dell’attaccamento, invece, si riferisce alle variazioni delle aspettative dei bambini sulla disponibilità (accessibilità e reattività) della loro figura di attaccamento in momenti di bisogno (Ainsworth *et al.*, 1978; 2015).

Si pensa spesso che la qualità dell’attaccamento dei bambini costituisca un’immagine speculare della “sensibilità” del caregiver, la capacità di notare i segnali dei bambini, interpretarli correttamente, e rispondere loro in modo tempestivo e appropriato (Ainsworth *et al.*, 1974). Tuttavia, mentre l’associazione tra sensibilità del caregiver e attaccamento del bambino è significativa, si dovrebbe prestare attenzione nell’inferire la sensibilità del caregiver dalla qualità dell’attaccamento dei bambini; la qualità dell’attaccamento non dovrebbe inoltre essere equiparata con la qualità complessiva della relazione.

Risulta inoltre necessario considerare, nella valutazione, il modello dinamico maturativo di Patricia Crittenden (1995; 2008).

Secondo il DDM si possono attivare la capacità riflessiva e quella esplorativa solo in condizioni di benessere mentre le stesse si fermano quando si percepisce un pericolo (per mettere in atto comportamenti di ricerca di protezione). I vantaggi che offrono l’esplorazione e la riflessione sono una conoscenza che si espande (esplorazione) e una flessibilità nel suo uso (pensiero riflessivo). Ovviamente la percezione del pericolo e il modo di elaborarlo dipendono dal passato e dall’apprendimento. Le strategie di protezione e di sopravvivenza in età infantile spesso risultano controproducenti quando si diventa genitori, poiché anche se aumenta l’adattamento ai pericoli, si riduce la possibilità di integrazione riflessiva.

Un metodo di valutazione basato sul DDM – non ancora in uso nei Tribunali italiani – che permette l’osservazione e la valutazione del funzionamento della famiglia è descritto dal protocollo forense della International Association for the Study of Attachment (IASA) (Crittenden *et al.*, 2013). Le componenti del protocollo IASA sono una guida all’uso di strumenti di

valutazione dell'attaccamento (come Care Index, Care Index Toddlers, SSP, SAA, PAA, TAAI, STRANGE SITUATION PROCEDURE, DMM-AAI, PI) e alla scrittura di perizie che descrivono l'attaccamento a diverse età. Una formulazione funzionale familiare (FFF) cerca poi di delineare un quadro di come la famiglia funziona rispetto ai pericoli e alla protezione, usando informazioni sull'attaccamento e informazioni provenienti dal passato e da altri professionisti.

Il ruolo della narrativa e della relazione in consulenza

Nel corso dei colloqui di valutazione peritale, un ruolo di primo piano è rivestito dalla narrazione, intesa come l'abilità da parte del genitore di raccontare di sé, delle proprie aspettative sulla consulenza, della propria storia di vita e affettiva, delle tappe di sviluppo e del percorso evolutivo dei minori, nonché delle loro risorse e criticità, della storia di coppia, della separazione, del conflitto e del dolore legato alla separazione stessa, per valutare quale sia la modalità narrativa, se vi sia capacità di connessione temporale, chiarezza, coerenza o incoerenza, presenza di elementi di contraddittorietà, di ambiguità, elusività ecc.

Il modello post – razionalista di Vittorio Guidano (1987) ci permette di leggere le versioni narrate dai due genitori (e anche dai contesti allargati) nel corso di una consulenza – quasi sempre discrepanti e spesso addirittura speculari e opposte – osservando le invarianti di significato e il tipo di organizzazione personale cui può appartenere la persona, così come è evidente che, in ambito peritale, la cosiddetta conoscenza esplicita è spesso quella con cui il consulente del Giudice ha direttamente a che fare, mentre la conoscenza tacita – ciò che realmente la persona vive internamente – si può solo avvicinare, intuire, inferire.

Ciò che preme sottolineare è che nelle valutazioni sulle separazioni, la realtà raccontata dalle parti, dimostra l'essenza del modello costruttivista: non esiste una realtà oggettiva, sebbene i fatti siano da tenere in considerazione – incrociando e comparando i dati provenienti da diverse fonti – nella valutazione generale, ma ogni individuo costruisce e riorganizza la propria esperienza e i propri vissuti, in base al proprio funzionamento peculiare. È interessante notare poi come, il modo in cui le persone raccontino gli eventi, spesso evolva nel corso del tempo, anche per questo è opportuno osservare che la CTU mostri una “fotografia” del momento in cui viene espletata.

Per la narrazione e la riorganizzazione della storia personale può essere utile in CTU l'utilizzo – anche solo a scopo clinico – dell'Adult Attachment

Interview (George, Kaplan & Main, 1985) che consente ai periziandi, spesso per la prima volta, di comprendere il senso del divenire individuale e il meccanismo che mantiene l'equilibrio e la coerenza sistemica (Cionini, 1999).

Narrare i propri vissuti e ipotizzare o meno quelli altrui, fornisce inoltre informazioni ai Consulenti sull'abilità di mentalizzare, sulla riflessività e l'autoconsapevolezza (Fonagy & Target, 2001; Howlin, Baron-Cohen & Hadwin, 1999) e permette di valutare la strutturazione del pensiero e la capacità di rielaborare gli eventi di vita (Pennebaker, 2001).

All'interno del loro approccio teorico, Dimaggio *et al.* (2013) evidenziano l'importanza di arricchire l'identità narrativa per avviare il cambiamento, pratica comune nelle consulenze tecniche.

Dal conflitto alla condivisione e cooperazione, nell'ambito della consulenza in tema di separazioni/affidamento dei minori

La consulenza tecnica nell'ambito della disciplina dell'affidamento dei figli parte da un presupposto, il primario interesse del minore, il quale non è facilmente perseguibile poiché il contesto della valutazione peritale, è chiaramente governato dal conflitto. Nelle controversie sull'affidamento, i tribunali familiari e i contesti peritali forensi, lavorano spesso con adulti feriti, concentrati sul proprio dolore e sui propri bisogni, motivati a infliggere dolore all'altro genitore.

Il conflitto è parte della natura umana e può essere anche generativo, sia a livello intrapsichico, che a livello relazionale, tuttavia le famiglie che incontrano lo psicologo forense, sono ad alta conflittualità, ovvero caratterizzate da conflitto cronico e forte ostilità.

I bambini possono rimanere intrappolati nel mezzo di questi conflitti e i processi giudiziari possono infiammare ulteriormente gli scontri. In effetti, a lungo è stato ritenuto che una delle cose più dannose per i minori all'interno di una separazione, sia il conflitto genitoriale assistito prima, durante e dopo la separazione (Amato & Keith, 1991; Kalmijn, 2016).

Il conflitto genitoriale cronico è stato collegato a un aumentato rischio di attaccamento disorganizzato del bambino (Owen & Cox, 1997). Molti genitori altamente conflittuali possono avere disturbi di personalità o anche solo tratti di personalità disfunzionali.

L'impatto delle esposizioni a questi comportamenti e a queste interazioni dei genitori, giustifica un intervento precoce a favore dei figli. Il conflitto inter-parentale post-divorzio è infatti legato a una serie di effetti negativi sull'adattamento (Tan *et al.*, 2018), l'attaccamento (Brown *et al.*, 2010; Solomon

& George, 1999) e la regolazione emotiva dei figli (Chen & George, 2005) e può minare le competenze genitoriali e la capacità di lasciare che l'altro fornisca assistenza (Grossmann, 2013). L'intensità del conflitto tra i genitori è il fattore più influente nel processo di adattamento dei bambini in seguito alla separazione (Mitcham-Smith & Henry, 2007).

L'intervento precoce sul conflitto, non è possibile in ambito peritale, poiché la consulenza tecnica è talvolta il primo momento in cui i genitori si confrontano sul piano psicologico, ma la CTU può permettere, con la collaborazione di tutti i consulenti coinvolti, di intravedere una negoziazione, la quale tuttavia presuppone competenze di mentalizzazione.

Un momento di restituzione della valutazione clinica sul minore e del suo stato di sofferenza, dal CTU ai genitori, con il concomitante supporto da parte dei CTP, è necessario per attivare un momento di riflessione e di possibile transizione positiva.

L'autorevolezza del CTU e la centralità data alla sofferenza del minore, permette una comprensione per la prima volta condivisa: *“Entrambi sappiamo che nostro figlio soffre”*. I genitori toccano con mano – quando possibile in colloquio congiunto – la sofferenza del figlio: questa conoscenza è fornita da un professionista, coadiuvato dai CTP, che è stato investito dal Giudice del mandato di fornire indicazioni tecniche utili per poter prendere decisioni sulle modalità di affido e di visite. Il processo di condivisione può sbloccare qualcosa di filogeneticamente innato (la condivisione degli stati mentali), che il contesto governato dal conflitto può aver bloccato.

Rendere l'informazione condivisa, in CTU, non significa averla realmente comunicata, né significa che i genitori l'abbiano recepita. Il CTU dovrebbe avere l'intenzione di primo ordine, di raggiungere un determinato effetto sui genitori – rimettere al centro dell'attenzione il bambino e non loro stessi e il sistema di rango attivo – ma avere anche l'intenzione di secondo ordine, che l'intenzione di primo ordine, sia riconosciuta come tale dai genitori (Grice, 1969). In questo senso, il ruolo dei CTP, attivi protagonisti della cooperazione, diventa rilevante.

La CTU come attivatore del sistema cooperativo-paritetico

Le CTU sono lo strumento che più di frequente utilizzano i Giudici per essere aiutati ad affrontare situazioni complesse. Risulta pertanto opportuno che i consulenti svolgano il loro lavoro con professionalità e competenza, non solo psico-forense, ma a nostro parere soprattutto clinica.

Occorre necessariamente uno specialista, e meglio ancora un gruppo di

lavoro, capace di cooperare in vista di un obiettivo che funga da modello relazionale, per la coppia genitoriale stessa, imbrigliata spesso nel sistema di rango attivo.

Quando i genitori, aiutati dai rispettivi consulenti di parte, mostrano di condividere l'attenzione sull'idea di un obiettivo comune, è probabile che in quel momento sia attivo il sistema cooperativo. La capacità di "sostare" su quel sistema è la misura indiretta dell'abilità metacognitiva correlata alla collaborazione tra pari. La motivazione collaborativa, in un contesto intersoggettivo, determina un funzionamento metacognitivo più flessibile e articolato rispetto a quello permesso da altri sistemi motivazionali.

Nelle consulenze andrebbe restituita inoltre ai genitori la necessità di una responsabilità condivisa riguardo alle scelte educative, di salute, istruzione ecc., individuando le residue capacità collaborative, anziché i tanti errori commessi.

La pratica della co-genitorialità può essere definita come «una relazione in cui i due genitori interagiscono positivamente, cooperano tra loro, mantengono un rapporto di reciproco sostegno incentrato sulla loro funzione genitoriale ed entrambi svolgono un ruolo attivo nella vita dei loro bambini» (Ahrons, 1981, citato in Yáñez-Yaben, 2010, pp. 296-297). È stato dimostrato che i bambini si adatteranno in maniera più positiva, con un minor senso di perdita, al nuovo riassetto familiare, se entrambe le figure genitoriali sono attivamente coinvolte in modo collaborativo nel processo di separazione (Morgado, 2010). Far comprendere ed esperire ai genitori questo passaggio, significa trasmettergli l'opportunità di assumersi la responsabilità di collaborare, come primaria caratteristica della competenza genitoriale, non delegando ad altri (il Giudice) la possibilità di fare scelte per i propri figli.

Nel primo caso che esamineremo, rileviamo come i minori in causa, si trovino in una situazione di grave rischio psicopatologico e pericolo, poiché "costretti" a occuparsi, loro malgrado delle sofferenze dei genitori (in particolare del padre): ciò li costringe a non potersi occupare di sé e del loro diritto a crescere, poiché imbrigliati nelle esigenze degli adulti, con l'innata tendenza infantile ad adeguarvisi. Non si deve dimenticare, a questo proposito che, per ogni bambino, il proprio genitore è un adulto che egli ama incondizionatamente, e che teme di perdere, anche perché spesso viene comunicato al bambino stesso, proprio dai genitori, che potrà perdere uno dei due genitori o che debba sceglierne uno. In quest'ottica il concetto di bigenitorialità, impone ai genitori di rinunciare allo stato di coniugi ma non a quello di genitori, per garantire continuità, prevedibilità e solidità emotiva al minore.

In definitiva, a nostro parere, la consulenza in ambito familiare è prima di tutto *relazione*: la direzione degli esiti della consulenza risulta strettamente

connessa al clima di co-empatia e cooperazione che si è in grado di stimolare nei vari protagonisti della vicenda familiare, oltre che strettamente connessa alla capacità di gestione del setting consulenziale da parte dei vari CT. Responsabilità, flessibilità e resilienza costituiscono le meta-competenze chiamate all'ordine.

Esemplificazioni clinico-forensi: il caso di M. e di B.

La signora M. e il signor B. sono genitori di due ragazzini, G. di 13 anni e S. di 11 anni. Tre anni prima dell'avvio dell'iter peritale, la signora si reca in ospedale riferendo di essere vittima di violenza domestica e denuncia il compagno per i maltrattamenti e le violenze sessuali subite. I minori vengono accompagnati dalla madre presso un Ambulatorio Ospedaliero per violenza assistita e maltrattamento e dai colloqui effettuati con i bambini, emergono importanti sofferenze psicologiche cagionate dall'assistere alle liti continue dei genitori, che assumono caratteristiche non solo di conflittualità verbali, ma anche di esposizione a fatti gravi e pericolosi.

Dopo essere stati collocati in luogo protetto, la signora M. e i figli rientrano a casa con attivazione di interventi di monitoraggio e sostegno dell'intero nucleo da parte del Servizio Sociale e del Servizio di NPI. Il Tribunale dichiara il signor B. colpevole del reato a lui ascritto di violenza sessuale nei confronti della signora M.

I rapporti tra padre e figli riprendono successivamente in luogo neutro, alla presenza di un educatore. In tali occasioni, nonostante l'evidente dimensione affettiva reciproca, il signor B. mostra difficoltà nel gestire il momento di incontro con i figli, inconsapevole del disagio che arreca ai bambini con le continue domande inquisitorie e i commenti squalificanti, nei confronti della mamma. I minori, alla fine degli incontri con il padre, manifestano forte stanchezza emotiva. La signora M., pur mostrando una buona capacità di cura e accudimento nei confronti dei figli, risulta affaticata dal ruolo monogenitoriale.

Nel corso dei colloqui avvenuti durante la consulenza tecnica, è parso evidente come i nuclei di problematicità emergenti nella coppia, non siano stati davvero compresi e sciolti nel dialogo, portando a un progressivo scolamento e a un'escalation di conflittualità e violenza, fino alla separazione.

Durante l'osservazione della relazione padre-figli, i minori hanno potuto esprimere alla figura paterna, attraverso la mediazione della CTU, alcune paure nel rapporto con lui, inerenti ai vissuti di colpevolizzazione per le testimonianze rese, all'imprevedibilità delle reazioni del padre, alla possibilità

di non poterlo rivedere, alla rabbia per le sue richieste, più o meno esplicite, di schieramento.

L'obiettivo relativo al decentramento e all'acquisizione di una maggiore comprensione riguardo ai comportamenti genitoriali disadattivi è stato affrontato durante i colloqui di consulenza con il signor B. che è stato indirizzato anche su aspetti più pratici e concreti. Tale obiettivo è stato poi rinforzato, rimandando il signore a un supporto psicologico individuale e a un percorso di sostegno alla genitorialità congiunto con i figli, per potenziare i processi di mentalizzazione (Fonagy & Bateman, 2006) molto carenti, oltre che la sua residua capacità di sintonizzarsi sulle esigenze affettive e relazionali dei minori.

L'iter peritale, attraverso una valutazione complessiva del funzionamento personologico, affettivo e relazionale del nucleo familiare, ha permesso di rilevare una situazione di grave rischio psico-evolutivo per i due minori, causata da una forte conflittualità inter-parentale, dall'esposizione a episodi di violenza assistita e dalla scarsa sintonizzazione emotiva e protettività da parte del padre: come evidenzia la letteratura scientifica sul tema, questi elementi possono avere importanti ricadute sullo sviluppo e sull'espressione di eventuali psicopatologie in età adulta. Si è valutato contrario all'interesse dei minori un regime di affido condiviso, suggerendo un affidamento esclusivo rafforzato, alla figura materna.

Esemplificazioni clinico-forensi: il caso di A. e di S.

Il signor A. e la signora S. si sono conosciuti in età giovanile, mostrandosi, nel corso del tempo, una coppia unita, fondata su valori condivisi.

Nel corso del fidanzamento, la signora racconta di aver iniziato a notare una forte dipendenza del marito dalla propria famiglia di origine e, in seguito al matrimonio, ha iniziato a percepire intensi vissuti di solitudine. In quel periodo inoltre, i due signori hanno provato ad avere dei figli che, però, non sono arrivati per molti anni. La signora narra di essersi sentita, a un certo punto, fortemente sotto pressione da parte del marito, come se lui pensasse "non sei capace di mettere al mondo dei figli". Il signore invece racconta che, avere un figlio, fosse diventata una priorità per la moglie. Dopo diversi tentativi di fecondazione assistita, è arrivato il primo figlio. Nei mesi successivi i signori hanno deciso, in modo condiviso, di avere un altro figlio e la signora è rimasta incinta di due gemelli. Inaspettatamente, è nato poi l'ultimo figlio, in modo naturale, momento in cui ha avuto inizio una profonda crisi di coppia.

Il signor A. ha poi scoperto una relazione extraconiugale della moglie con un collega di lavoro. Ciò ha portato a una profonda frattura nel legame. La signora attribuisce la rottura alle sensazioni di solitudine e tristezza esperite nel legame: sottolinea l'incapacità del marito di mettere al primo posto la famiglia e di comprendere i suoi stati d'animo. Il signore ritiene l'ambiguità e la falsità della moglie, la causa della rottura.

In seguito, la signora ha chiesto la separazione e, fino all'ordinanza del Giudice, i due hanno continuato una convivenza forzata, segnata da pesanti liti, anche alla presenza dei bambini.

La CTU è stata voluta dal padre per avere più tempo da trascorrere con i figli, nonostante un lavoro impegnativo; egli ribadisce più volte, in corso di CTU, come S. ancora attualmente, gli invii messaggi ambivalenti, facendogli intendere di voler ricostruire la famiglia. La signora S. invece cerca, attraverso la CTU, un dialogo più aperto con il padre dei bambini, lamenta la sua rabbia verso di lei e la scarsa condivisione per ciò che concerne la gestione dei bambini.

In corso di valutazione sono emersi, da parte del signor A., vissuti di rabbia e di rivendicazione, che egli è parso agire, in modo poco consapevole, con comportamenti passivo-aggressivi e una difficoltà ad accedere agli aspetti emozionali profondi, sia propri che della signora. La separazione è vissuta in termini di perdita di una condizione di sicurezza e come "ferita" profonda, di stampo narcisistico, per il tradimento subito. In merito alla genitorialità, pur non ricordando le tappe di sviluppo dei figli, egli è risultato un padre presente, sia dal punto di vista educativo che affettivo. In seguito alla separazione, egli si è mostrato più attento alle necessità dei figli e alla gestione dei propri impegni lavorativi, per poter trascorrere più tempo con loro. Si è ritenuto che il signore, attraverso un percorso di supporto psicologico personale e una Coordinazione genitoriale (Carter, 2014), potesse giungere ad interiorizzare e realizzare la bi-genitorialità, elaborando altresì la sua forte rabbia. Il funzionamento della signora S. invece, è parso caratterizzato da un forte senso di responsabilità, accompagnato da bisogno di controllo e una certa ansietà di fondo. Ella è sembrata auto organizzarsi in senso depressivo, con un sovra utilizzo del sistema dell'accudimento. In corso di CTU si sono osservati meccanismi di controllo e scarsa fiducia nell'effettiva presenza del padre nella vita dei figli, che ostacolano l'accesso alla figura paterna. Le capacità genitoriali sono comunque risultate adeguate. Si è suggerito, nelle conclusioni, un affido condiviso con equi tempi di visita, al 50%, tra i due genitori.

I quattro fratelli sono apparsi affiatati e mostrano un buon rapporto con entrambi i genitori, sebbene sia emersa la necessità di maggiore presenza della figura paterna, la quale non sembra adeguatamente "valorizzata" dal

nucleo materno. Emergono nei bambini, vissuti di eccessivo coinvolgimento nel conflitto familiare. Essi hanno tentato di mantenersi equidistanti nel conflitto, per non deludere o danneggiare nessuno, compiacendo entrambi i genitori. I minori non presentano, al momento della CTU, elementi di rilievo psicopatologico. Le criticità valutate e condivise con i genitori hanno permesso una migliore consapevolezza del ruolo giocato da ciascuno, all'interno della dinamica familiare.

In seguito alla CTU vi è stato un ampliamento dei tempi di visita papà-minori e l'avvio della Coordinazione genitoriale; prima di giungere a un affidato al 50%, il Giudice ha richiesto alla CTU un'integrazione di relazione, a distanza di alcuni mesi dal primo iter peritale, per monitorare l'andamento della situazione e il percorso intrapreso dai genitori. I minori hanno manifestato, nel corso dell'integrazione peritale, maggior stabilità e serenità in seguito all'ampliamento dei tempi di visita con il padre e all'avvio di una comunicazione più frequente e distesa tra i genitori.

Conclusioni

In merito ai casi menzionati, i modelli cognitivisti proposti nel presente articolo, sono risultati una guida indispensabile per il CTU. Per quanto concerne la situazione di M. e B., la mancanza della figura del CTP del padre, non ha favorito la possibilità di creare un assetto cooperativo in grado di aiutare B., a disattivare il sistema di rango che ha invece caratterizzato e orientato i suoi comportamenti durante tutto l'iter peritale. La presenza del CTP avrebbe infatti potuto permettere una migliore flessibilità nell'uso della abilità metacognitive, da parte di B. In ogni caso, gli strumenti valutativi utilizzati, hanno permesso di rilevare la presenza di gravi disfunzioni nella capacità di mentalizzazione e sintonizzazione sugli stati mentali dei figli, da parte di B, che probabilmente nemmeno la figura del CTP, avrebbe potuto contenere e indirizzare adeguatamente. Per tale motivo è stato consigliato l'avvio di un percorso psicoterapeutico da parte di B., propedeutico al riavvio di eventuali incontri padre-figli in LN, al termine dell'iter peritale, per rafforzare le residue capacità riflessive. La consulenza ha inoltre rappresentato, per la prima volta, uno spazio nel quale M. e B. hanno potuto riconoscere (con gradi di consapevolezza e riflessività diversi) la sofferenza sperimentata dai figli e la ricaduta che ha avuto il coinvolgimento dei minori nel conflitto, sul loro percorso psicoevolutivo.

Per quanto riguarda il caso di A. ed S. il modello cognitivista e gli strumenti teorico-tecnici a disposizione del Consulente, hanno permesso una valutazione approfondita dello stile narrativo dei due genitori, consentendo

una valutazione dell'organizzazione di significato personale dei due genitori, delle possibili invarianti di significato personale, delle emozioni tacite, non elaborate nel corso della crisi e della separazione, delle ricadute del funzionamento personale e dei tratti personologici sulle capacità genitoriali di ciascuno. Inoltre si è potuto rilevare come si siano strutturati l'identità personale (raccolgendo la storia personale, anche attraverso l'AAI) e il pensiero, evidenziando contraddittorietà, ambivalenze e incoerenze nei processi cognitivi, che hanno permesso di osservare anche il grado di consapevolezza e di riflessività. Si è rilevato indispensabile, per il buon esito della consulenza, il sistema cooperativo che il CTU ha cercato di mantenere attivo nel setting, sia con i genitori, che con i CTP, durante lo svolgimento dell'indagine peritale.

In ultimo, ciò che emerge dall'esperienza in ambito di diritto di famiglia, nei casi di separazione/divorzio, è che il ruolo dei Consulenti Tecnici, per risultare davvero efficace per il minore, dovrebbe presupporre, la messa in atto di interventi concreti, oltre che psicologici e relazionali (condivisi tra Consulenti), già in corso di consulenza, per verificare le ricadute, la tenuta dei genitori e la loro aderenza. Il ruolo "privilegiato" del CTU, come *super partes*, permette non solo una valutazione ma, anche una costruzione condivisa di interventi mirati sul caso, che risultino davvero funzionali.

Spesso si insiste sul carattere non terapeutico delle CTU, che dovrebbe avere un compito solo valutativo; se ciò appare inappellabile, non si può negare il potenziale trasformativo insito nella relazione, nell'attivazione della cooperazione e nel metodo clinico, indispensabili strumenti tecnici in ambito separativo. Il CTU spesso, anche in corso di consulenza, si adopera con i CTP, su richiesta del Magistrato, a conciliare oppure erigere progetti di intervento in corso di consulenza – anche in accordo con i servizi in alcuni casi – per sostenere le parti sane delle famiglie, dunque non si limita a valutare e fotografare la situazione esistente. Ciò può consentire di costruire una base per il cambiamento, che potrà essere portata avanti in futuro, attraverso interventi sociali, educativi e psicologici, mirati sul caso specifico.

Bibliografia

- Ahrons C.R. (1981). The continuing coparental relationship between divorced spouses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(3): 415-428. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1981.tb01390.x.
- Ainsworth M.D.S., Bell S.M. & Stayton D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development. In: Richards J.M. (ed.). *The integration of a child into a social world* (pp. 99-135). Cambridge: Cambridge University Press.

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. & Wall S.N. (1978, 2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. London: Psychology Press.
- Amato P.R. & Keith B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110(1): 26-46. DOI: 10.1037/0033-2909.110.1.26.
- Bachmann C.J., Beecham J., O'Connor T.G., Scott A., Briskman J. & Scott S. (2019). The cost of love: Financial consequences of insecure attachment in antisocial youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(12): 1343-1350. DOI: 10.1111/jcpp.13103.
- Bacro F., Forslund T. & Granqvist P. (2020). Children's multiple attachment relationships and representations in different family contexts. In: Forslund T. & Duschinsky R. (eds.). *Attachment theory and research: A reader*. New York: Wiley.
- Boldt L.J., Kochanska G., Yoon J.E. & Nordling J.K. (2014). Children's attachment to both parents from toddler age to middle childhood: Links to adaptive and maladaptive outcomes. *Attachment & Human Development*, 16(3): 211-229. DOI: 10.1080/14616734.2014.889181.
- Bornstein M.H. (1995). *Handbook of parenting*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bowlby J. (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1980). *Attachment and loss: Loss*. New York: Basic Books.
- Brown G.L., Schoppe-Sullivan S.J., Mangelsdorf S.C. & Neff C. (2010). Observed and reported supportive coparenting as predictors of infant-mother and infant-father attachment security. *Early Child Development and Care*, 180(1-2): 121-137. DOI: 10.1080/03004430903415015.
- Camerini G.B., Volpini L. & Lopez G. (2011). *Manuale di valutazione delle capacità genitoriali. APS-I: Assessment of Parental Skills-Interview*. Rimini: Maggioli Editore.
- Carter D. (2014). *Coordinazione genitoriale. Una guida pratica per i professionisti del diritto di famiglia*. Milano: FrancoAngeli.
- Chen J.-D. & George R.A. (2005). Cultivating Resilience in Children from Divorced Families. *The Family Journal*, 13(4): 452-455. DOI: 10.1177/1066480705278686.
- Cionini L. (1999). *Psicoterapia cognitiva*. Roma: Carocci.
- Crittenden P. (2008). *Raising Parents*. London: Routledge.
- Crittenden P.M. (1995). Attachment and psychopathology. In: Goldberg S. Muir R. & Kerr J. (eds.). *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, clinical and social significance* (pp. 367-406). NY: Analytical Press.
- Crittenden P.M. & Baim C. (2017). Using assessment of attachment in child care proceedings to guide intervention. In: Dixon L., Perkins D.F., Hamilton-Giachritsis C. & Craig L.A. (eds.). *What works in child protection: An evidenced based approach to assessment and intervention in care proceedings* (pp. 385-402). New York: Wiley.
- Crittenden P.M., Farnfield S., Landini A. & Grey B. (2013). Assessing attachment for family court decision making. *Journal of Forensic Practice*, 15(4): 237-248. DOI: 10.1108/JFP-08-2012-0002.
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R. & Salvatore G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Feldman R. & Masalha S. (2007). The role of culture in moderating the links between early ecological risk and young children's adaptation. *Development and Psychopathology*, 19(1): 1-21. DOI: 10.1017/S0954579407070010.
- Fonagy P. & Bateman A.W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62: 411-430.
- Fonagy P. & Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- George C., Kaplan N. & Main M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- Gilbert P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Erlbaum.
- Grice P. (1969). Utterer's meaning and intentions. *The Philosophical Review*, 78: 147-177. DOI: 10.2307/2184179.
- Grossmann K. (2013). Attachment and divorce: Facts, myths and dilemmas in custody disputes. In: Sagi-Schwartz A. (eds.). *Roundtable conducted at the 6th international attachment conference*, Pavia.
- Guidano V.F. (1987). *Complexity of the Self*. New York: Guilford Press (trad. it.: *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988).
- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach to Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Howlin P., Baron-Cohen S. & Hadwin J. (1999). *Teaching Children with Autism to Mind-Read: A Practical Guide*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Kalmijn M. (2016). Father-child contact, interparental conflict, and depressive symptoms among children of divorced parents. *European Sociological Review*, 32(1): 68-80. DOI: 10.1093/esr/jcv095.
- Kelly J.B. & Emery R.E. (2003). Children's Adjustment Following Divorce: Risk and Resilience Perspectives. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 52(4): 352-362. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2003.00352.
- Kelly J.B. & Lamb M.E. (2000). Using child development research to make appropriate custody and access decisions for young children. *Family and Conciliation Court Review*, 38(3): 297-311. DOI: 10.1111/j.174-1617.2000.tb00577.
- Lamb M. (2018). Does shared parenting by separated parents affect the adjustment of young children? *Journal of Child Custody*, 15(1): 16-25. DOI: 10.1080/15379418.2018.1425105.
- Lamb M.E. (2012). A wasted opportunity to engage with the literature on the implications of attachment research for family court professionals. *Family Court Review*, 50(3): 481-485. DOI: 10.1111/j.1744-1617.2012.01463.
- Lambruschi F. (2014). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Liotti G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In: Liotti G. & Monticelli F. (2008). *I Sistemi Motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Main M., Hesse E. & Hesse S. (2011). Attachment theory and research: Overview with suggested applications to child custody. *Family Court Review*, 49(3): 426-463. DOI: 10.1111/j.1744-1617.2011.01383.
- Malagoli Togliatti M. & Ardone R. (1993). *Adolescenti e genitori. Una relazione affettiva tra potenzialità e rischi*. Roma: Carocci.
- Mitcham-Smith M. & Henry W.J. (2007). High-conflict divorce solutions: Parenting coordination as an innovative co-parenting intervention. *The Family Journal*, 15(4): 368-373. DOI: 10.1177/1066480707303751.
- Morgado B. (2010). La relación con el padre tras el divorcio: la mirada de niños y niñas [Relationship with noncustodial father after divorce: children's points of view]. *Estudios de Psicología*, 31: 39-59. DOI: 10.1174/021093910790744554.
- Owen M.T. & Cox M.J. (1997). Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology*, 11(2): 152-164. DOI: 10.1037/0893-3200.11.2.152.

- Panksepp J. (1998). *Affective neuroscience: The foundation of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Pennebaker J.W. (2001). Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per la salute. In: Solano L. (a cura di). *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Saunders R., Jacobvitz D., Zaccagnino M., Beverung L. & Hazen N. (2011). Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. *Attachment & Human Development*, 13(4): 403-420. DOI: 10.1080/14616734.2011.584405.
- Scott S., Briskman J., Woolgar M., Humayun S. & O'Connor T.M. (2011). Attachment in adolescence: Overlap with parenting and unique prediction of behavioural adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10): 1052-1062. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2011.02453.
- Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Falcone M., Nicolò G., Procacci M. & Alleva G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10: 238-261.
- Smith G., Caffino B., Van Horn P. & Lieberman A. (2012). *Attachment and child custody: The importance of available parents*. In: Kuehnle K. & Drozd L. (eds.). *Parenting plan evaluations: Applied research for the family court* (pp. 5-24). Oxford: Oxford University Press.
- Solomon J. & George C. (1999). The development of attachment in separated and divorced families: Effects of overnight visitation, parent, and couple variables. *Attachment & Human Development*, 1(1): 1-33. DOI: 10.1080/14616739900134011.
- Sroufe A. & McIntosh J. (2011). Divorce and attachment relationships: The longitudinal journey. *Family Court Review*, 49(3): 464-473. DOI: 10.1111/j.1744-1617.2011.01384.
- Tan E.S., McIntosh J.E., Kothe E.J., Opie J.E. & Olsson C.A. (2018). Couple relationship quality and offspring attachment security: A systematic review with meta-analysis. *Attachment & Human Development*, 20(4): 349-377. DOI: 10.1080/14616734.2017.1401651.
- van IJzendoorn M.H., Sagi A. & Lambermon M.W.E. (1992). The multiple parent: The role of other adults in children's lives. *New directions for child development* (vol. 57, pp. 5-25).
- Visentini G.L. (2006). *Definizione e funzioni della genitorialità*, testo disponibile al sito: www.genitorialita.it/documenti/le-funzioni-della-genitorialita/.
- Warshak R.A. (2014). Social science and parenting plans for young children: A consensus report. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(1): 46-67. DOI: 10.1037/law0000005.
- Yárnoz-Yaben S. (2010). Hacia la coparentalidad post-divorcio: Percepción del apoyo recibido de la ex pareja en progenitores divorciados españoles. *International Journal of Health Psychology*, 10: 296-297.

Esperienze traumatiche e ricordi: implicazioni in campo clinico e legale



Marinella Malacrea*, Francesco Felis**, Marco Pagani***,
Isabel Fernandez****

*Ricevuto il 10 marzo 2022
Accettato il 27 maggio 2022*

Sommario

L'articolo ha l'obiettivo di fare il punto su quanto sappiamo sulla memoria traumatica e sull'eventuale possibilità di alterarla producendo “falsi ricordi”, dal punto di vista sia della psicologia clinica che della psicologia giuridica. Negli ultimi anni ci sono state molte pubblicazioni e ricerche su come le esperienze traumatiche sono immagazzinate e codificate in memoria e sulle reazioni post-traumatiche che presentano le persone esposte a situazioni da stress estremo. Questo ha avuto un effetto importante nel campo della psicoterapia e del trattamento dei disturbi post-traumatici, contribuendo alla loro comprensione e dando strumenti utili per la loro risoluzione. Allo stesso tempo, negli anni '90 è nato un movimento opposto, chiamato “false memory syndrome”, dove spesso gli psicoterapeuti venivano accusati di produrre falsi ricordi di abusi sessuali nei loro pazienti. Sotto accusa erano finiti metodi come l'ipnosi, le terapie di gruppo, le tecniche di immaginazione guidata o di interpretazione dei sogni: ma in generale sotto accusa era finita l'attività psicoterapeutica in ogni sua forma. Ad oggi il dibattito continua, sollevando dubbi specie sulle psicoterapie mirate

* Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, via Giuseppe Frua 15 – 20146 Milano; e-mail: marinella.malacrea@gmail.com.

** Psicologo Clinico, via Ruttoli 4 – 00020 Agosta (RM); e-mail: felis.francesco@gmail.com.

*** Primo Ricercatore – Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione – CNR, Roma; Via S. Martino della Battaglia 44 – 00185 Roma; e-mail: marco_00198@yahoo.com.

**** Psicologa Psicoterapeuta – Direttrice Centro Studi e Ricerca in Psicotraumatologia, Milano; Via Caretta, 1 – 20131 Milano; e-mail: isabelf@emdritalia.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 50/2022
DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14085

alla risoluzione degli esiti post traumatici. L'articolo percorre i vari aspetti di questa diatriba e cerca di fare luce sulla comprensione degli aspetti clinici particolarmente complessi di situazioni traumatiche croniche, rispondendo agli autori che sostengono che la psicoterapia può creare falsi ricordi.

Parole chiave: memorie traumatiche; memorie recuperate; EMDR; credenze sulla memoria; memory wars.

Abstract

Traumatic experiences and memories: implications in clinical and legal contexts

This article is focused on the state of the art of what we currently know about traumatic memories and the eventual possibility to modify them, creating “false memories”. This has great implications from the point of view of both, the clinical psychology and from forensics psychology fields. In the last decades there has been a great body of publications and research on how traumatic experiences are stored and encoded in memory and also on the post-traumatic reactions that subjects exposed to extreme stress situations present. This knowledge has had a great impact on the psychotherapy field and on the treatment of post-traumatic disorders, contributing to the understanding of these clinical pictures and giving useful tools to resolve them. At the same time, in the 90s, an opposite movement called “false memory syndrome” was born, where often clinicians were accused of producing in their clients false memories of having been sexual abused. Specifically, methods like hypnosis, group therapy, guided imagery techniques or dream interpretation were under attack. The discussion has continued until today, where treatments for post-traumatic disorders have been on trial. The article analyses the different aspects of this debate and tries to shed light on the understanding of those complex clinical mechanisms involved in chronic traumatic experiences, replying to those authors that advocate that psychotherapy itself can create false memories.

Keywords: traumatic memories; recovered memories; EMDR; memory beliefs; memory wars.

La stessa storia?

Un recente libro, *Ricordi traumatici. Vecchi dubbi, nuove certezze*, a cura di Malacrea (2021), si è misurato con l'obiettivo di fare il punto su quanto sappiamo della memoria traumatica e della possibilità di alterarla producendo “falsi ricordi”. Il mondo della psicologia giuridica e della psicologia clinica si trovano non raramente su fronti opposti sul tema, turbando il clima di sereno confronto che certo gioverebbe alla ricerca e aiuterebbe le professioni di cura nel misurarsi con la sofferenza dei pazienti vittime di esperienze traumatiche.

Abbiamo già visto uno degli effetti di questi irrigidimenti su fronti opposti all'epoca della "false memory syndrome", negli anni '90 del secolo scorso, quando gli psicoterapeuti erano stati accusati di produrre falsi ricordi di abuso sessuale nei loro pazienti.

Sotto accusa erano finiti metodi come l'ipnosi, le terapie di gruppo, le tecniche di immaginazione guidata o di interpretazione dei sogni: ma in generale sotto accusa era finita l'attività psicoterapeutica in ogni sua forma.

Allora non pochi tra i clinici avevano preso decisamente le distanze dai ricordi traumatici dei pazienti, ponendo un importante limite alla loro funzione terapeutica. Molti altri, pur continuando in gran parte a ritenere utili quelle tecniche per il benessere del paziente e a credere sostanzialmente ai suoi ricordi traumatici, avevano comunque cercato di raccomandare cautele anche attraverso Dichiarazioni di consenso di alcune loro società scientifiche. Troviamo un'utile sintesi particolarmente rappresentativa di quel clima nell'articolo di Courtois (2001). In esso vengono commentate le linee guida dell'American Psychiatric Association (1993), dell'American Psychological Association (1994), della British Psychological Association (1995), del Royal College of Psychiatrists (1997). Le loro raccomandazioni sono largamente sovrapponibili, e si orientano alla prudenza innanzitutto nel contesto clinico. Si riteneva che la prima preoccupazione dello psichiatra fosse il benessere del paziente. Molto restava da comprendere sui processi della memoria trauma-correlata (amnesia e recupero), in particolar modo nel trauma complesso. Sembrava necessario informare il cliente che il recupero dei ricordi di eventi passati non è necessariamente una prova oggettiva di quanto realmente accaduto e che occorre essere prudenti se le informazioni che emergono dal trattamento rappresentano una potenziale minaccia per la vita familiare e per la rete sociale più stretta. Si riteneva meglio non incoraggiare o suggerire alcuna iniziativa legale, notando che i processi legali in merito all'argomento avevano reso ancora più complessa la controversia sul tema.

Successivamente anche Francine Shapiro, standardizzata la terapia EMDR, si allinea allo stesso orientamento. Ecco letteralmente le sue parole:

Falsi ricordi possono essere creati durante l'infanzia da una varietà di cause. Oltre agli abusi, i bambini possono ascoltare una storia, vedere qualcosa in tv e credere che sia accaduto loro. Tali esperienze immaginarie possono essere conservate. L'elaborazione EMDR può consentire a queste immagini di annullarsi quando il cervello fa le connessioni appropriate. Nelle terapie basate sullo scambio verbale, i falsi ricordi possono essere creati attraverso i suggerimenti involontari del terapeuta; ciò è improbabile durante l'EMDR in cui l'input clinico è minimo mentre il cervello del paziente esegue le opportune connessioni interne (Shapiro, 2018).

I traumi producono sofferenza psichica

Questo atteggiamento prudente è continuato nel tempo, ma non ha potuto impedire il progredire della consapevolezza che le esperienze traumatiche dei pazienti possono avere un importante ruolo nelle loro sofferenze successive. Infatti, sempre più frequentemente emergono, nella storia di vita dei pazienti con molteplici sintomi psicofisici e con importanti fallimenti nella vita personale e relazionale, esperienze di vittimizzazione nell'infanzia, con cui le patologie riscontrate, dall'infanzia all'adolescenza e fino all'età adulta, appaiono significativamente correlate.

Le ricerche del gruppo che fa capo a Felitti (1998) e che hanno dato il via all'ormai storico ACE (Adverse Childhood Experiences) Study (Felitti *et al.*, 1998), continuamente aggiornato, hanno messo in evidenza come svariate e gravi malattie organiche e mentali hanno alle spalle una concomitanza di Esperienze Sfavorevoli Infantili, che ne costituiscono il fertile terreno.

Anche il DSM-5 (2013) pone l'accento sulla presenza di questa componente in un'ampia serie di disturbi mentali. Non solamente per la prima volta viene identificata una categoria specifica di Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti, di cui la Sindrome da Stress Post traumatico (PTSD) è la manifestazione più tipica e più grave; ma per tutta un'altra serie di disturbi "non PTSD" è riconosciuta una correlazione con Esperienze Sfavorevoli Infantili. Menzionando a grandi linee le aree, ne fanno parte molti disturbi caratterizzati da ansia, depressione, dissociazione, sia mentale che connessa alla identità corporea, nonché patologie dei comportamenti sessuali, alimentari e quelle che implicano l'abuso di sostanze stupefacenti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha approvato nel 2018 la versione 11 della Classificazione Internazionale dei Disturbi (ICD). Oltre all'individuazione di una categoria separata per i disturbi specificamente associati allo stress, novità saliente è stata l'introduzione di una tipologia di stress caratterizzato da continuative condizioni di vita sfavorevoli, ancora assente nel DSM-5. Viene introdotto quindi il PTSD complesso da trauma cumulativo, con caratteristiche identiche al PTSD complesso descritto da Herman (1992) (fattori di stress multipli, gravi e prolungati, con conseguenti difficoltà nella regolazione emotiva, un sentimento di sé come sminuito e sconfitto e difficoltà relazionali). Si raccomanda di operare una corretta diagnosi differenziale con altre categorie nosografiche (per esempio disturbi di personalità) poiché ciò apre a una migliore risposta a metodi terapeutici specifici.

Per i bambini, già nel 2010 l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry aveva elencato, nelle sue Linee guida per la valutazione e il trattamento del PTSD nell'infanzia, un'ampia serie di disturbi su cui esercitare una doverosa attività di diagnosi differenziale tra PTSD e altre psicopatologie infantili. Con ciò si indicava implicitamente la multiformità di espressioni sintomatiche delle esperienze traumatiche.

Inoltre, gli studi fatti sulla memoria traumatica già negli anni '80 e '90 del secolo scorso (cfr. la rassegna in Malacrea & Lorenzini, 2002) ne avevano già ampiamente esplorato i meccanismi, rassicurando sulla sua sostanziale affidabilità. Sapevamo che la memoria è ricostruttiva e non riproduttiva. Tra l'evento e il ricordo ci sono operazioni mentali in continuità tra loro che presiedono alla codifica, all'immagazzinamento e al recupero delle informazioni. Ciascuna fase comporta una inevitabile modificazione della "fotografia" dell'episodio, modificazione nella maggior parte dei casi funzionale all'organizzazione mnestica.

C'è quindi il rischio di una certa quota di distorsione del ricordo, ma non sembra giustificata una preoccupazione a tutto campo sulla precisione della stessa, in quanto proprio i processi descritti sono solitamente del tutto funzionali a ottimizzarne il funzionamento.

Molte evidenze provavano che il trauma in se stesso può distorcere il ricordo. Già ricerche neuro-funzionali documentavano che le esperienze traumatiche comportano il rilascio di una grande quantità di neurotrasmettitori che hanno effetti bidirezionali sull'ippocampo e l'amigdala, e i ricordi possono permanere nello stato frammentato e sensoriale iniziale. Si poteva a ragione concludere che, mentre appare poco discutibile il fatto che il trauma modifica il naturale processo della memoria, è poco prevedibile il suo effetto, che dipende dalla combinazione di molti fattori. In particolare, l'intensità e la qualità della traccia mnestica possono essere inversamente proporzionali, e l'effetto della ripetitività delle esperienze può funzionare sia come attivatore che desensibilizzatore dei ricordi.

In questa complessità si ravvisa almeno un punto fermo: la persistenza o recuperabilità delle parti centrali del ricordo delle vicende traumatiche.

Va inoltre considerato l'effetto sui ricordi traumatici degli intensi stati emotivi, che innescano numerose dinamiche psicologiche volte a mantenere l'equilibrio personale in presenza dell'esperienza traumatica. Da ciò deriva una potente interferenza con i processi puramente cognitivi di immagazzinamento e rievocazione della traccia mnestica, già intaccati dal trauma in sé. Nello studio di questi fenomeni vengono via via formulati i concetti di repressione, rimozione, dissociazione, negazione (Malacrea, 2002, pp. 188-191).

Va sottolineato che nessuno di questi meccanismi impedisce di ricordare, ma può diventare una strategia attiva: tentare di dimenticare può sembrare una “buona scelta” difensiva, anche se i notevoli sforzi di evitamento e soppressione non preservano da scarico sintomatico a livello cognitivo, emotivo o comportamentale.

Il ricordo di eventi traumatici, anche a distanza di tempo dall’esperienza, non è un accadimento del tipo “tutto o niente”, ma un processo complesso e continuativo. Il riaffiorare di un ricordo è generalmente determinato da uno stato emotivo, da una situazione, o da un particolare stimolo, che può sia costituire un rinforzo della traccia mnestica, sia allentare i meccanismi difensivi che la bloccavano in precedenza.

Circa l’influsso della psicoterapia nel facilitare l’affioramento dei ricordi traumatici, le ricerche (Rogers, 1995; Malacrea, 2002, pp. 191-195) dicevano che solo il 15% dei soggetti ha recuperato ricordi di abuso durante la psicoterapia. Resta il dato che il trattamento psicologico risulta, in una certa quota di casi, una sorta di precondizione facilitante l’accesso a memorie traumatiche (Rogers, 1995).

Il dibattito continua

A distanza di più di 20 anni dalle *memory wars* americane, che sembravano essersi concluse con una “pace” prudente, il rischio di una riapertura del conflitto è continuamente risorgente e presente. Ciò è particolarmente plausibile quando i ricordi traumatici comportano l’individuazione di un colpevole. Così la contrapposizione tipica dei contesti giudiziari si espande a inquinare anche il pensiero teorico e a ostacolare a volte drammaticamente il compito di chi dovrebbe proteggere e curare.

Per avere uno spaccato dello stato dell’arte è significativo guardare a quello che in Europa sembra delinarsi come un centro accademico particolarmente attivo nel tenere viva quella contrapposizione, l’università di Maastricht (a cui Otgaar *et al.* appartengono). Nel mirino della sua produzione abbondante (24 articoli soltanto nel 2020-21) finisce anche e specificamente l’EMDR: cosa prevedibile, vista l’ormai consolidato riconoscimento del metodo come specifico per la risoluzione dei vissuti post traumatici e il grande numero di pubblicazioni e raccomandazioni di linee guida internazionali per la sua efficacia e validità.

Va subito notato che l’attacco alla psicoterapia (EMDR, ma anche altri metodi) in quanto, secondo loro, “fiancheggiatore” o addirittura induttore, di “falsi ricordi traumatici” che potrebbero rovinare la vita di innocenti accusa-

ti, si iscrive in una serie di concettualizzazioni coerenti tra loro che danno l'impressione di un assedio a suo modo organico e sistematico.

È sembrato opportuno fare una analisi di dettaglio dell'intera produzione più recente, anche se temi e argomentazioni non si discostano da quanto già in precedenza analizzato nel libro *Ricordi traumatici* (Malacrea, 2021) a cui rinviamo.

Cominciamo dal raggruppamento per temi ricorrenti:

1. *Studi sui falsi ricordi* (Calado *et al.*, 2021; Irwanda *et al.*, 2021; Mangiulli *et al.*, 2021; Merckelbach *et al.*, 2021; Schopen *et al.*, 2021)
2. *Studi sulla dissociazione traumatica* (Dodier *et al.*, 2021; Lynn *et al.*, 2019; Mangiulli *et al.*, 2021a; Mangiulli *et al.*, 2021b; Otgaar *et al.*, 2020; Otgaar *et al.*, 2021a; Otgaar *et al.*, 2021b; Patihis *et al.*, 2021)
3. *Effetti del mentire sulla memoria* (Battista *et al.*, 2020; Battista *et al.*, 2021; Otgaar *et al.*, 2020)
4. *Potenziabile effetto iatrogeno della terapia* (Van Helvoort *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2021)
5. *Studi sugli effetti dell'EMDR* (nello specifico, dei movimenti oculari) (Houben, *et al.*, 2020; Houben *et al.*, 2021a; Houben *et al.*, 2021b; Kenchel *et al.*, 2020; Otgaar *et al.*, 2021)

Anche solo leggendo i titoli e i sottotemi, ancor più leggendo gli articoli – come abbiamo fatto –, si percepisce che ogni concetto è funzionale agli altri nel costruire un sistema di pensiero. E che tutta questa insistente “passione” è piuttosto inusuale sulla scorta di interessi puramente scientifici.

Dagli Stati Uniti all'Europa

Ma occorre fare un altro passo indietro, considerando un commentario citato in uno dei più significativi tra gli articoli sopra elencati e che già porta un titolo che non lascia spazio a equivoci: *The Recovered Memory Debate Continues in Europe: Evidence From the United Kingdom, the Netherlands, France, and Germany* (Shaw & Vredeveltdt, 2019). Le autrici, che operano tra Gran Bretagna e Olanda, analizzano il tema dei “ricordi recuperati” (*recovered memory*) di abuso sessuale, inteso come sinonimo di *repressed memories*.

Subito compare l'affermazione che le memorie recuperate nella stragrande maggioranza compaiono in soggetti che hanno fatto una psicoterapia (in Inghilterra, l'84,31% di 153 figlie che hanno accusato il padre di abuso ses-

suale; in Olanda 10 su 13 casi analoghi). E benché siano elencate le tipologie di indirizzi psicoterapeutici collegati ai campioni presi in considerazione, come «general psychotherapy, counseling, hypnosis, and regression» oppure come «da EMDR fino a New age therapy e Reincarnation Therapy», poco dopo compare il termine cumulativo di “recovered memory therapy”. Ed ecco confezionato un salto logico, che porta alle conclusioni che qui traduciamo integralmente:

nonostante il fatto che il concetto di “repressed memories” sia stato ampiamente criticato dalla maggioranza degli scienziati che studiano la memoria (e qui compare un altro interessante elemento, cioè l’individuazione di una categoria di ricercatori che si autodefiniscono “memory expert”) c’è evidenza che tra i terapeuti rimanga un fenomeno prevalente in varie parti d’Europa l’assunto relativo alle memorie represses e l’uso di tecniche “of memory-recovery”.

Tutta questa apparente “prudenza scientifica” appare meno asettica quando nella seconda parte dello stesso commentario compare il riferimento a specifiche strutture associative analoghe alla False Memory Syndrome Foundation americana, ormai chiusa nel 2019. In Olanda questa associazione di “esperti” si è guadagnata per legge (1999) il ruolo di primo vaglio di default di ogni nuova denuncia di abuso sessuale, con il risultato di bloccare sul nascere qualsiasi atto di portare i ricordi di abuso in tribunale.

Situazione analoga, con precisa indicazione delle associazioni che si incaricano di contrastare l’emergere di ricordi di abuso sessuale in tribunale, esistono in Germania (False Memory Deutschland) e in Francia (PSYFMFrance, Alerte Faux Souvenirs Induits, Mémoire Traumatique et Victimologie). In Inghilterra, afferma Shaw, oltre che sulla British False Memory Society che opera dal 1993, si può contare sulla riluttanza di polizia, avvocati, giudici, giurati nell’acceptare le testimonianze di soggetti con memorie di abuso recuperate. Meccanismo non perfetto, notano con rammarico le autrici, in quanto ancora un certo numero di casi arriva in tribunale.

Il quadro, per come è presentato, si commenta da solo.

Va spontaneo il pensiero alla situazione italiana, dove nessuna associazione si è chiaramente esposta come dichiarazione di scopo circa il tema, ma la scelta sembra essere stata di occupare ampiamente gli spazi della psicologia giuridica sia in ambito accademico che giudiziario.

Entriamo ora nell’analisi critica dei contenuti di quella produzione di articoli.

Studi sui falsi ricordi

Nel volume “Ricordi Traumatici” sono già stati passati al vaglio la maggior parte dei punti di criticità dei più importanti studi prodotti negli ultimi 30 anni-sulla possibilità di creare falsi ricordi, specie in psicoterapia, tramite stimoli suggestivi, seguendo una classificazione proposta da Brewin e Andrews (2017), basata sul metodo suggestivo utilizzato.

I punti di criticità dei metodi usati in questi studi sono stati:

- La grande distanza dal contesto terapeutico, che permane da un trentennio e resiste a ogni critica anche quando sono i ricercatori stessi a definire il loro studi “far removed from clinical practice”.
- Il fatto che gli studi in questione venissero impostati sulla precisa volontà di suggestionare i soggetti, con metodi molto “convincenti” (come la complicità dei genitori dei soggetti) e in alcuni casi particolarmente subdoli (ad esempio l’utilizzo di riprese video dei soggetti che venivano poi “ritoccate”). I risultati non indicano nulla di significativo già presi così, anche senza tenere conto che l’intenzione di suggestionare i pazienti non appartiene alla psicoterapia.
- La ricorrente ambigua sovrapposizione fra “falsa credenza”, dunque il credere che qualcosa può essere successo anche senza conservarne alcun ricordo, e il “falso ricordo”, dunque la presenza di effettivo materiale mnestico legato a fatti mai accaduti. Nella maggior parte degli studi si sostiene di aver creato con successo un falso ricordo quando si riesce a far credere a dei soggetti che un evento inventato sia invece accaduto loro nel corso dell’infanzia.
- I discutibili salti logici con cui da modesti risultati su soggetti convinti di aver vissuto esperienze comuni e poco traumatiche (Loftus & Pickrell, 1995), da convinzioni scaturite da false indicazioni mediche o da questionari proposti dopo la visione di video di incidenti o furti (vedi studi gruppo di Maastricht), si passa ad affermare che sia possibile convincere in psicoterapia una persona di aver subito un abuso sessuale. Altro esempio è la tesi per cui se si riesce, tramite l’installazione di false credenze (ad esempio le false indicazioni mediche, vedi Bernstein), a modificare l’atteggiamento delle persone, allora è possibile produrre sintomi post-traumatici legati all’abuso sessuale. Questa è la loro conclusione.
- Vengono ignorate ed eluse le strategie inferenziali (Ghetti, 2003; Ghetti & Alexander, 2004). Esse sono alla base della capacità degli individui di affermare che una data informazione *non* ha riscontro in un’esperienza vissuta. Sono quindi strategie naturali che proteggono rispetto alla possi-

bilità di formazione di falsi ricordi, tanto più quanto più gli eventi sono “non plausibili”, come le esperienze traumatiche. Comportano la capacità di valutare un’informazione come memorabile (“se fosse successo me ne ricorderei”) e sottolineano l’utilità della salienza per inferire l’esistenza o meno di un ricordo. Va notato che le sperimentazioni sulla induzione di “falsi ricordi” si basano sempre, senza dichiararlo, sulla elusione delle strategie inferenziali proponendo misinformazione a partire da eventi “plausibili”.

- Considerare sullo stesso piano l’impatto sulla memoria di stimoli verbali o visivi e di effettive esperienze fisiche, definite dal DSM-5 (2014) esperienze da stress estremo.
- Il totale rifiuto di riconoscere un qualunque tipo di peculiarità al meccanismo di formazione dei ricordi di eventi traumatici, anche a fronte di una letteratura in costante espansione che punta sempre di più in questa direzione. Esso procede in parallelo al rifiuto del fenomeno della dissociazione traumatica, di cui ci occuperemo in seguito.
- L’insistente preoccupazione, in tutta la gamma di possibili falsi ricordi traumatici, solo per i falsi ricordi di abuso sessuale: non a caso proprio quelli perseguibili penalmente.

Venendo ora alla produzione recente del gruppo di Maastricht, ritroviamo ancora una volta tutta la serie di assunti (il)logici qui evidenziati.

A un paio di studi che indagano la propensione a produrre falsi ricordi in base alla fascia d’età e al metodo suggestivo utilizzato (Schopen *et al.*, 2021; Irwanda *et al.*, 2021), che presentano le stesse criticità sopra descritte, segue uno studio che si propone di fare un passo successivo rispetto alla letteratura precedente.

Nello studio di Calado e coll. (2021) si prova a impiantare nei soggetti falsi ricordi autobiografici per eventi ripetuti nel tempo, con l’obiettivo di provare, per analogia, che è possibile convincere un soggetto di aver subito abusi reiterati (come è spesso il caso in contesti intra o perifamiliari). Lo studio segue la stessa “logica” del famoso esperimento del “perdersi nel centro commerciale”, di Loftus e Pickrell (1995). Lo studio ha coinvolto 120 studenti universitari, divisi in tre gruppi. I ricercatori, con l’aiuto dei genitori dei soggetti, hanno raccolto per ognuno tre storie riguardanti eventi effettivamente accaduti nella loro infanzia, a cui hanno aggiunto la narrazione del falso episodio riguardante l’aver perso un elefantino di peluche all’età di 4 anni. Le narrazioni, vere e false, venivano poi presentate ai tre gruppi in modo diverso per tre volte ognuno, specificando che si trattava di racconti riportati dai loro genitori: ai primi veniva detto sempre solo che l’evento

era capitato loro in passato, ai secondi che era capitato più di una volta, ai terzi veniva detto inizialmente soltanto che era capitato, mentre nelle altre due interviste che era capitato più di una volta. Veniva poi somministrato un questionario che indagava quanto il soggetto ricordava gli eventi presentati e quanto credeva fossero successi. I risultati, più o meno coerenti ai precedenti studi sui falsi ricordi (25,64% dei partecipanti nel primo gruppo hanno creduto alle false narrazioni, 34,14% nel secondo e 36,84% nel terzo), non mostrano una differenza significativa fra i risultati dei vari gruppi, anzi c'è una leggera maggioranza di risultati positivi nei gruppi degli eventi ripetuti rispetto al gruppo standard (abbastanza prevedibile, in quanto la suggestione diventa più invasiva sostenendo la pluralità degli eventi). Gli autori vantano di aver ottenuto la prima dimostrazione che ricordi di falsi eventi, anche accaduti più volte, possono essere impiantati nella memoria delle persone e che, dedicando altre ricerche al tema, si potrà (e qui il vertiginoso salto logico) salvare il destino di molte persone accusate ingiustamente di aver commesso abusi sessuali.

Si può notare con speranza che dall'impostazione del questionario finale si evince almeno il fatto che gli autori hanno chiaro che “credere” e “ricordare” non sono la stessa cosa, ma gli aspetti apprezzabili si concludono qui. Lo studio presenta tutte le falle logiche e le inconsistenze dello studio di Loftus e Pickrell (1995) e dei molti che lo hanno seguito. Sembra, per gli autori dello studio, che il cervello umano sia pronto a considerare possibili ricordi di elefanti di peluche persi e di stupri ripetuti alla stessa maniera, opponendo le stesse (basse) resistenze.

A ulteriore riprova di quanto sopra merita un approfondimento anche l'articolo di Mangiulli *et al.* (2021), che sia pure tangenzialmente può riguardare il tema della labilità e manipolabilità della memoria, e quindi dei falsi ricordi. L'interesse nasce dal titolo (*Crime-Related Scenarios Do not Lead to Superior Memory Performance in the Survival Processing Paradigm*) che pare precludere alla dimostrazione sperimentale che la memoria suscitata da eventi criminosi non sia più precisa di quella suscitata da altri eventi. Nel contesto degli obiettivi del gruppo di Maastricht, questo poteva far pensare all'intenzione di contrastare quanti sostengono che la qualità emotiva e minacciosa degli eventi sperimentati possa imprimere tracce molto significative nella memoria, difficili da alterare. In realtà il lungo articolo, che descrive tre diverse situazioni sperimentali, non porta a nulla di conclusivo ma soprattutto ricalca lo stile di distanza dalla realtà di tutti questi disegni sperimentali. Si parte da una premessa che fa riferimento a un articolo di Nairne *et al.* (2007), da cui sembrava di poter dedurre che contesti che mettono in gioco la sopravvivenza producono una traccia mnestica supe-

riore ad altre situazioni ugualmente turbative. Attenzione però: non si tratta di sperimentare ma soltanto di immaginare scenari e di confrontarsi con sequenze di parole, su cui si testerà poi la memoria. I soggetti vengono prima invitati a immaginare di perdersi in una pianura sconosciuta e di doverci permanere per alcuni mesi senza risorse per la sopravvivenza (scenario della sopravvivenza); poi confrontati con una lista di parole a cui dovranno dare un punteggio di rilevanza relativamente alla situazione immaginata; e infine, dopo un distrattore di 5 minuti, riconfrontati con la lista di parole presentata in precedenza per vedere quante ne ricordano. Lo stesso processo avviene per gruppi paralleli, che sono invitati in prima battuta a immaginare di trasferirsi in un luogo di abitazione sconosciuto oppure semplicemente a valutare la spiacevolezza di alcune parole della lista. Mangiulli *et al.* (2021) introducono un quarto scenario da immaginare in partenza, che prevede di essere un drogato o un giocatore che si troverà nel futuro a doversi procurare soldi attraverso assalti e rapine (esperimento 1 e 2 che differiscono solo per numero di partecipanti, sempre studenti universitari che ne otterranno crediti) oppure di essere vittime dei suddetti aggressori (esperimento 3). Contrariamente all'ipotesi che gli autori volevano verificare, non viene replicato per lo scenario criminoso il vantaggio mnemonico che i precedenti studi avevano evidenziato per gli scenari di sopravvivenza. "E quindi?", ci chiediamo relativamente al contesto di studi in cui questo articolo si inserisce circa il dibattito sulla manipolabilità dei ricordi di vittime di esperienze traumatiche. Fortunatamente, gli autori si fermano prima dell'implicito ennesimo salto logico e a un certo punto avanzano l'ipotesi che «la debole prestazione mnemonica dei partecipanti al gruppo "crimine" possa riflettere la mancanza di una elaborazione che comporti un coinvolgimento personale»: in sostanza, di nuove condizioni sperimentali lontanissime dalle reali esperienze traumatiche.

Studi sulla dissociazione

Come già descritto nel volume *Ricordi traumatici* (Malacrea, 2021), uno dei grandi cavalli di battaglia della corrente di pensiero che sta dietro agli studi sui falsi ricordi, partiti dagli anni '90 in poi, è la posizione secondo cui i soggetti che riportano a distanza di tempo ricordi di abusi sessuali, che erano stati precedentemente "rimossi" dalla memoria, in realtà operano un gran lavoro di fantasia: non è possibile che ricordi del genere vengano repressi, rimossi, o quant'altro. Pertanto, le dichiarazioni riguardanti abusi subiti riportate a distanza anche di anni non sono riferite a eventi reali,

ma sono frutto di falsi ricordi, prodotti spontaneamente o indotti tramite suggestione. Al contrario nel volume sopra citato, attraverso una revisione dei principali testi clinici che trattano di trauma e abusi, si conferma decisamente che il fenomeno della dissociazione esiste, è complesso ed è correlato ai vissuti traumatici; e sappiamo oggi che si tratta di uno stato ampiamente corroborato anche da evidenze in campo neurobiologico (Lanius *et al.*, 2012).

Ancora nel 2021 (Otgaar *et al.*, 2021) la produzione che fa capo al gruppo di Maastricht si sforza invece con paziente insistenza di sostenere che la ricerca dimostra che il 30% dei soggetti entrati negli studi sperimentali altera i propri ricordi autobiografici, che si possono impiantare falsi ricordi con facilità, anche di eventi ripetuti, che non occorre ricorrere a strani meccanismi post traumatici (leggi: dissociazione) per spiegare affermazioni che portano a (false) accuse di pregresso abuso sessuale. Anzi (Mangiulli *et al.*, 2021, 2c) la letteratura sulla amnesia dissociativa (60 pubblicazioni tra il 2000 e il 2020) viene criticata e ritenuta non sufficientemente documentata, riferita a casi non confrontabili tra loro; e soprattutto che non sia stata fatta a dovere una diagnosi differenziale con spiegazioni alternative assai più semplici, come pura dimenticanza o finzione.

Tutto quanto sopra, abbiamo visto nel paragrafo precedente da quali “pseudo dimostrazioni” sostenute, viene definito “scienza”, con la conseguente raccomandazione di diffonderla nelle aule di giustizia per evitare drammatici errori giudiziari.

Ma in altri scritti la strategia negatoria assume altri aspetti. Accade così che soprattutto quando altri autori, ad esempio Brewin *et al.* (2017) e Piedfort-Marin *et al.* (2021), confutano le loro tesi, portando avanti una visione della dissociazione traumatica come una condizione clinicamente esistente e molto complessa, partono disquisizioni sui termini con cui se ne parla, invece che sulla sostanza della condizione clinica. Il primo passo è separare il punto relativo alla memoria. Così la dissociazione viene spesso ridotta dagli studiosi dei falsi ricordi a “memory repression” o a “unconscious repression”, attaccando la validità di questi concetti semplificati. Stupefacente è lo studio di Otgaar *et al.* (2021), in cui si tende a dimostrare attraverso una inchiesta se la popolazione generale (1.015 partecipanti della più varia estrazione) creda: 1) che le memorie traumatiche siano spesso represses, e 2) se in questo caso siano accessibili o inconsce durante la repressione. Le percentuali di risposta indicano che “la gente” crede in larga maggioranza che esistano memorie traumatiche non controllate dalla coscienza (89,5%); e che sovrappone il concetto di “inaccessibile” con il concetto di “inconscio”, visto che poco più e poco meno dell’80% di chi ha risposto

affermativamente alla domanda 1 sostiene ciascuna delle due definizioni. La cosa, che per gente comune è più che plausibile, scatena invece l'allarme perché potrebbe aprire spazio a «tecniche terapeutiche suggestive finalizzate a far emergere memorie di trauma altrimenti inaccessibili». Da cui l'avvertimento a ricercatori, professionisti legali e ai clinici di rifuggire dal concetto di “repressione inconscia” nel loro lavoro. Altri tre articoli, tutti del 2021, insistono sul punto, a partire da analisi differenziate dello stesso campione. Ne ricavano che:

1. anche “studenti e clinici EMDR”, cioè persone con maggiori specifiche conoscenze, continuano a credere alla repressione inconscia dei ricordi (Otgaar *et al.*, 2021);
2. tra i 17 “memory expert” del campione alcuni rimangono aperti alla possibilità di memorie represses, anche se in maggioranza concordano con il rischio che ciò comporta (Patihis *et al.*, 2021);
3. 1 su 10 affermava di aver sofferto di amnesia dissociativa per eventi autobiografici, tra cui anche episodi traumatici (come violenza sessuale), e in questo gruppo era ancora maggiore la percentuale di quelli che credono che l'amnesia dissociativa possa davvero esistere! (Mangiulli *et al.*, 2021). Agli occhi degli autori questa diffusa credenza rappresenta una vera catastrofe da arginare per evitare disastri giudiziari.

Ma in altri scritti viene tentato un atteggiamento più interlocutorio. Viene ripreso il dibattito da tempo sostanzialmente cristallizzato intorno a due concettualizzazioni del fenomeno dissociativo: il Trauma Model, che sostiene che la dissociazione sia uno stato alterato della mente e della memoria correlato a esperienze traumatiche davvero subite; e il Socio-Cognitive Model, adottato da questo gruppo (precedentemente indicato come Fantasy Model, più semplificato), che sostiene che la dissociazione sia uno stato di varia origine e che la produzione di ricordi traumatici sia l'esito sintomatico patologico (e falso) di tale stato dissociativo. Queste affermazioni, ricordiamo, sono in netta contrapposizione con quanto descrivono il DSM-5 e il ICD 11.

Se nei suoi scritti Loftus bollava senza appello la dissociazione (anzi, la “repressione”) come un'invenzione senza fondamento, negli studi recenti è più presente un atteggiamento che potremmo riassumere come «non neghiamo che la dissociazione possa esistere, ma potrebbe trattarsi di tutt'altro».

Tale posizione è rinvenibile in un gruppo di articoli prodotti dal gruppo di Maastricht. Per esempio prima Lynn *et al.* (2021) e poi Dodier *et al.* (2021)

ritornano sul Socio Cognitive Model, sostenendone la maggiore obiettività descrittiva dei problemi di memoria connessi alle esperienze dissociative, che sono ridotti a «propensione alla fantasia, influenza mediatica, suggestionabilità, fallimenti cognitivi». Ma si spingono oltre, circa altre espressioni sintomatiche non relative alla memoria, che i sostenitori del Trauma Model fanno tutte derivare dall'unica origine traumatica: e cioè «disturbi del sonno, iper ideazione, slittamenti di contesto, deficit nella meta-coscienza e inadeguata autoregolazione». Anche queste potrebbero a loro avviso essere espressioni di una personalità borderline o schizofrenica, senza componenti traumatiche originanti. Ma perfino per la dissociazione nelle sue forme più estreme (DID), che a volte potrebbe anche derivare da esperienze traumatiche, si deve accettare che «la tendenza a confabulare e altre variabili cognitive e socio culturali possono contribuire allo sviluppo di un Disturbo Dissociativo dell'Identità».

Eppure, gli autori concludono che si potrebbero «sovrapporre temi di interesse per una potenziale collaborazione tra i due campi teorici in lotta» e utilizzare «una visione più equilibrata, accurata e comprensiva del Socio Cognitive Model». Ci si chiede come questo possa avvenire, quando sembra di solare evidenza l'impossibilità a comunicare tra i due "Model", uno nettamente opposto all'altro nella individuazione del legame causa-effetto.

Effetti del mentire sulla memoria

Gli studi sulla induzione di falsi ricordi degli anni '90 del secolo scorso dimostravano che «anche dopo pesante suggestione da "misinformation" il nucleo del ricordo originario veniva conservato» e poteva riaffiorare una volta finito il pressing fuorviante (in proposito, si veda il già citato *Bambini abusati*, 2002).

Il gruppo di Maastricht torna sul tema con tre articoli.

Quelli del 2020 sono costruiti su gruppi sperimentali (studenti universitari) a cui è imposto di mistificare attivamente e volontariamente il loro ricordo degli stimoli forniti nel test. Gli stimoli sono come sempre associazioni di parole, neutrali o emotivamente negative, o ricordi di dettagli periferici visti in un video ("l'elettricista ladro") chiaramente fittizio. E come sempre si parte da quel che avviene in test mnemonici così costruiti per dedurre processi che coinvolgono la memoria di fatti traumatici accaduti e sperimentati.

Possiamo osservare con maggior dettaglio il contenuto dell'articolo più recente (Battista *et al.*, 2021), dove il materiale stimolo utilizzato è sempre lo

stesso video, il film di un finto crimine a basso coinvolgimento emotivo (lontanissimo dall'impatto che possono generare esperienze reali traumatiche), dove il compito si concentra su dettagli che non vanno a toccare il "core" degli eventi.

L'ipotesi iniziale degli autori è che quando una menzogna coinvolge poche risorse cognitive (come nelle false negazioni o nella finta amnesia) l'effetto sulla memoria sarà di tipo omissivo (dettagli dimenticati), mentre quando le risorse impiegate nella menzogna sono maggiori (*fabrication*) l'effetto sarà di tipo commissivo, riportando dettagli parzialmente o completamente falsi.

In una prima fase è stato testato se effettivamente l'azione volontaria di distorcere parzialmente il ricordo comportasse un diverso impiego di energie mentali rispetto alla semplice invenzione. La verifica è stata effettuata confrontando i tempi di reazione dei soggetti sperimentali di fronte alla richiesta finale di recuperare i dettagli del vero ricordo di quanto visionato, dopo averli volontariamente dovuti distorcere o inventare nella fase precedente dello studio. Il risultato ha avvalorato l'idea che distorcere il ricordo richiede meno energie mentali che produrlo in modo completamente falso.

Ma quando comincia effettivamente lo studio su 159 studenti (sottoposti al video dell'elettricista ladro, richiesti di distorcere o inventare dettagli, con ulteriore rinforzo attraverso una conversazione specifica su questi falsi dettagli, e poi richiesti di recuperare i veri dettagli), sembra che l'atto di generare informazioni completamente nuove o di distorcerle abbia un effetto simile sulla dimenticanza del vero ricordo e che i soggetti sperimentino uguale confusione. Una differenza c'è, in quanto chi ha dovuto distorcere il ricordo, nel richiamo mnemonico ricorda più spesso come vero quanto aveva distorto, rispetto all'altro gruppo: cosa del resto prevedibile vista la maggiore vicinanza al vero del racconto di chi ha dovuto solo distorcerlo. Quanto al credito dato alla propria memoria, non si rileva alcuna differenza tra i due gruppi, e neppure con un terzo gruppo che per compito doveva rispettare la verità.

In definitiva nessuna delle complicate ipotesi degli autori risulta confermata e la conclusione rinvia a «usare in futuri studi uno stimolo più realistico per ulteriormente indagare questo tema»: posizione che un po' conforta.

Non di meno, a fronte della pochezza dei risultati dopo uno studio sperimentale complicato, multifasico e pesantemente manipolatorio della memoria, gli autori estraggono questo pensiero finale, banalissimo, per i professionisti di area legale: «è chiaro che quando un testimone mente circa un evento le sue affermazioni successive potrebbero essere contaminate».

Potenziale effetto iatrogeno della terapia

Su questo tema risultano prodotti soltanto due articoli, uno nel 2019 e uno nel 2021, ma il tema è particolarmente insidioso in quanto va a colpire al cuore la psicoterapia, ribaltandone l'obiettivo di lavorare per il benessere dei pazienti.

Sembra che il focus qui non sia tanto la memoria di fatti quanto i significati attribuiti ai fatti (i propri sintomi, piuttosto che la percezione di pericolo legata a certi comportamenti). Siamo nel preciso ambito delle “false credenze”, già ampiamente affrontato nel libro *Ricordi traumatici* (già citato: come nell'esperimento, già analizzato, di suggestione circa la pericolosità di certi cibi, che induce successivo evitamento di quei cibi nel soggetto).

Vediamoli comunque nel dettaglio.

Il primo articolo (Van Helvoort, *et al.*, 2019) espone un esperimento eseguito su 80 studenti universitari, a cui veniva somministrato un test per accertare presenza e frequenza di sintomi psicosomatici di lieve entità, ad esempio mal di testa, sonnolenza o mal di pancia (tra l'altro sintomi comunissimi fra studenti universitari). Essi venivano poi messi di fronte a un falso software, creato ad hoc, che fingeva un'analisi dei dati e dava loro come responso che nella loro vita essi devono aver sofferto frequentemente di due fra sei sintomi selezionati fra i 39 del test. Gli studenti dovevano rispondere se erano d'accordo o meno col responso. Poi veniva riproposto il test e avveniva un confronto degli esiti per vedere se dalle risposte degli studenti che erano stati d'accordo col finto software risultavano valori aumentati di sintomi psicosomatici. Dall'analisi dei dati, con il solito salto logico, gli autori deducono che la psicoterapia può far sì che i pazienti, sottoposti a determinati feedback sui loro malesseri, esagerino nel valutare la gravità dei sintomi, con danno del loro benessere.

Il secondo articolo (Wang *et al.*, 2021) sembra alludere a un possibile effetto di distorsione del “circuito della paura”, che sappiamo di fondamentale importanza regolatoria del comportamento. Infatti, le domande da cui partono gli autori sono: «Le memorie relative alla paura possono essere manipolate? E il comportamento condizionato della paura può subirne l'impatto?». Ricompare in apertura l'affermazione che la memoria può essere facilmente manipolata, con la citazione di precedenti esperimenti del gruppo che fa capo a Loftus, circa gli effetti di tecniche di disinformazione aggressiva. Ne deducono che è lecito domandarsi se dando falsi feedback sia possibile manipolare il comportamento di evitamento della paura e la valutazione soggettiva della stessa.

Guardando nel dettaglio l'articolo, sorprende come il disegno sperimentale, che ha coinvolto 52 studenti, sia lontano dal poter dare risposta a quel

quesito. Per “paura” gli autori intendono la risposta condizionata di evitamento indotta dalla percezione di un rumore che dura due secondi, che compare a seguito di una scelta sbagliata del soggetto dell’esperimento: e già la distanza da condizioni in cui davvero si mette in moto il “circuito della paura” appare siderale. La scelta che i soggetti dovrebbero operare per evitare il rumore consiste nell’associare “correttamente” un’immagine a una figura geometrica circolare variamente ornata. Niente infatti negli stimoli dati nel compito di apprendimento della “risposta giusta” richiama minimamente contenuti legati alla paura: richiama più un esperimento per animali da laboratorio che per esseri umani. L’apprendimento è impedito dal fatto che i tentativi del soggetto di trovare una correlazione tra associazione di stimoli e comparsa del rumore sono ostacolati dall’esaminatore che dà feedback intenzionalmente fuorvianti e non traducibili in altre ipotesi di “corrette” associazioni di stimoli. Dopo un po’ i soggetti non ricordano le associazioni precedenti che avevano ritenute corrette né mostrano fiducia in esse, ma soprattutto smettono di mostrare comportamenti evitanti del rumore. Questo esito diremmo che non stupisce, trattandosi di soggetti sperimentali umani, e non topi, che possono adattarsi a un disturbo leggero (che ben poco ha a che fare con la paura...), sapendo che con ciò otterranno crediti per i loro studi universitari.

Ma gli autori invece sostengono che questo studio «potrebbe avere qualche implicazione clinica su come interrompere la generalizzazione della paura senza modificare i ricordi originali di apprendimento della paura». Fanno con ciò riferimento al fatto che essendo il compito assegnato complesso e avendo manipolato soltanto l’associazione al rumore della coppia immagine-figura geometrica, può rimanere nei soggetti il ricordo delle “risposte corrette” individuate quando lo stimolo era relativo solo all’immagine e non era ancora intervenuta la manipolazione dell’esaminatore. Ne deriva un suggerimento non troppo implicito ai terapeuti di lavorare con i pazienti senza “mettere le mani” nei ricordi, ma agendo soltanto sui riflessi condizionati: suggerimento che a nostro avviso si commenta da sé.

Studi sugli effetti dell’EMDR (nello specifico, dei movimenti oculari)

Come premessa va notato che gli autori citati prima, con EMDR intendono l’utilizzo di movimenti saccadici oculari meccanici, avulsi da tutto il protocollo e dal senso dello stesso in una realtà clinica. Dato che questi aspetti non rappresentano la terapia EMDR, le loro affermazioni hanno dei bias importanti. L’applicazione, in una realtà da laboratorio cogni-

tivo, coinvolge in prevalenza un campione di studenti, che vengono messi a confronto con un compito associativo di parole (sulla base del paradigma Deese-Roediger-McDermott¹) o un materiale video evidentemente filmico (non legato a situazioni reali ma fittizie), con un basso coinvolgimento emotivo. In uno studio del 2019 dello stesso gruppo di ricercatori, precedentemente rivisto per il libro *Ricordi traumatici* (Malacrea, 2021), l'ipotesi da dimostrare era la maggiore suggestionabilità dei soggetti sottoposti a movimenti oculari se confrontati con quelli che non erano stati sottoposti ai movimenti oculari prima del compito richiesto (ricordo corretto di dettagli periferici del video di un incidente d'auto, dopo lettura di uno script falsato sull'evento). Uno studio successivo di un altro gruppo di ricercatori, con un campione più numeroso e lo stesso disegno sperimentale, smentiva del tutto le conclusioni del gruppo di Maastricht.

Rivediamo sommariamente i contenuti degli articoli recenti che convergono su questa tematica.

Uno è una sorta di indagine conoscitiva circa le credenze degli psicoterapeuti a riguardo dell'esistenza di "memorie repressate" nei loro pazienti (Houben *et al.*, 2019). Contrariamente a quanto il titolo suggerisce, non si rilevano differenze tra il gruppo che pratica l'EMDR e chi utilizza altri metodi terapeutici. Un altro, che utilizza il paradigma DRM (Houben *et al.*, 2020), viene definito dagli autori stessi come «far removed from clinical practice». Un terzo (Kenchel *et al.*, 2020) introduce l'idea che occorre stare in guardia perché non è chiara la connessione tra EMDR e falsi ricordi, senza aggiungere altro. E un quarto (Houben, *et al.*, 2021) avanza una critica al protocollo EMDR così come proposto in Olanda (fra l'altro non utilizzato in altri Paesi perché consiste in una distorsione del protocollo riconosciuto di Shapiro, come già spiegato in precedenza), per l'uso che viene fatto di termini che nel contesto del metodo hanno un chiaro significato metaforico, ma qui sono interpretati in modo letterale come una imposizione al paziente di pensare per immagini fotografiche.

Nel protocollo modificato da ten Broeke e de Jongh (2016) il paziente viene invitato a guardare il film di tutta la sequenza del ricordo dall'inizio

¹ Il paradigma DRM (prende il nome dai suoi creatori, Deese, Roediger e McDermott) nasce allo scopo di studiare il fenomeno della suggestione e la sensibilità che le persone hanno ad essa. Consiste nella presentazione di una lista di parole a cui seguirà un compito di rievocazione in cui le parole presentate verranno presentate insieme a nuove parole, tra cui sono presenti delle parole "critiche", ovvero legate concettualmente alle parole della lista iniziale. Il soggetto deve discriminare le vecchie parole da quelle nuove, indicando se ricorda chiaramente di averle già sentite prima o se sa di averle sentite, ma non riesce a richiamare dettagli del ricordo. Si può eseguire anche in versione "visiva", con immagini al posto delle parole.

alla fine e di identificare l'immagine peggiore. Si chiede al paziente un'immagine in cui vede se stesso. Se il paziente non visualizza se stesso nell'immagine, gli viene chiesto "Dove ti vedi nell'immagine?". Invece, nel protocollo standard di Francine Shapiro viene semplicemente chiesto l'immagine peggiore del ricordo, oppure la più rappresentativa.

La conseguenza, secondo Houben e colleghi, sarebbe la falsa aspettativa del paziente di vedere materializzarsi davvero nella sua mente nitidi fotogrammi degli eventi traumatici target: cosa che potrebbe indurlo ad arricchire di falsi dettagli il suo reale materiale mnestico sulla base della aspettativa indotta dal terapeuta (cosa che non avviene in una terapia EMDR che segue il protocollo di Francine Shapiro). Ma se si guardano i risultati dello studio sperimentale, l'ipotesi paventata non sembra abbia riscontri. Infatti gli autori presentano ai soggetti sperimentali, con mezzi più o meno incisivi (video, foto, o secondo il solito), le istruzioni che li indurrebbero a supporre di poter avere una memoria fotografica e verificano quanto i soggetti si attendono di recuperare in modo vivido un ricordo traumatico e quanto giudichino attendibili le istruzioni e il terapeuta stesso. La sorprendente conclusione è che solo i soggetti che hanno ricevuto le istruzioni con il video sono più propensi ad aspettarsi il recupero mnemonico vivido. Ma quanto ci credano davvero e basino su questo il giudizio sulla affidabilità del terapeuta è «at chance level», casuale. Il che porta a supporre che questo aspetto non sia determinante né nell'approccio alle proprie memorie né nel percorso terapeutico, contraddicendo l'azzardata ipotesi degli autori che possa indurre addirittura una produzione di falsi ricordi (di quest'aspetto non c'è peraltro traccia nel disegno sperimentale). Ma l'articolo più significativo e che raccoglie tutte le "non dimostrazioni" contenute nei precedenti articoli citati, definite come "corpus of research", è quello di Otgaar *et al.* (2021). Esso ha l'esplicito intento di frenare il credito che l'EMDR sta ottenendo presso i clinici e nella ricerca, scoraggiandone in ogni modo l'utilizzo in vista di una eventuale comparsa del paziente in procedimenti legali. Gli autori, che si definiscono "memory experts", puntano il dito su diverse componenti dell'EMDR che possono minare l'accuratezza della memoria.

Anche se sarebbe già motivo di riflessione il riferimento a quel "corpus of research" di cui non vediamo una chiara consistenza, abbiamo esaminato nel dettaglio le argomentazioni presentate. Ne deriva una serie di supposizioni, il cui risultato globale non è solo scoraggiare l'EMDR, ma anche qualsiasi terapia che comporti una ristrutturazione cognitiva del paziente, in vista di eventuali procedimenti legali.

Di base, viene adottata come definitiva l'ipotesi che l'effetto dell'EMDR derivi da un sovraccarico della memoria di lavoro connesso al doppio com-

pito di ricordare e di eseguire movimenti saccadici. A seguito di ciò si verificherebbe una deflazione della immaginazione, nella sua vividezza ed emozionalità, come in altri metodi dual-task. Benché la ricerca sia in ancora in corso, sappiamo oggi che esistono altre teorie circa il funzionamento dell'EMDR, più illuminanti e convincenti perché integrate alle conoscenze sulla particolarità neurobiologica delle memorie traumatiche, con prove sperimentali e neurofunzionali ben più complesse. Infatti, la quasi totalità degli studi di neuroimmagini identifica nell'amigdala la regione cerebrale che invariabilmente si attiva nel momento in cui un paziente viene confrontato con la propria memoria traumatica e questo fenomeno è tanto più intenso quanto più la stessa memoria è datata e intrusiva. D'altra parte, è stato ampiamente dimostrato come l'EMDR contribuisca a fare migrare l'engramma di queste memorie traumatiche, patologicamente ritenuto nelle regioni limbiche, verso regioni della neocorteccia nelle quali le stesse vengono correttamente elaborate, contestualizzate e cognitivizzate, processo che va di pari passo con la remissione dei sintomi (Pagani *et al* 2012; Pagani *et al* 2015; Landin-Romero *et al* 2018). Sorprende che gli autori scelgano di ignorare questi studi di neuroimmagini funzionali che dimostrano il solido fondamento neurobiologico della terapia. Tuttavia, seguendo il loro ragionamento, l'EMDR sembrerebbe rappresentare un pericolo di disinvestimento e riduzione del contenuto mnestico.

Successivamente si avanza invece la preoccupazione che l'EMDR possa dar luogo a qualcosa di opposto, che viene presentata come una nuova sindrome, *la SIRE*: ovvero Saccadic-Induced Retrieval Enhancement, cioè facilitazione del recupero mnemonico provocato da movimenti saccadici, produttore di falsi ricordi spontanei. Gli studi su cui si basa questa conclusione, sempre prodotti dallo stesso gruppo, utilizzano come test di memoria o il paradigma DRM (cioè test mnemonici su associazioni di parole) o la discriminazione tra immagini di visi leggermente differenti per dettagli. Non si riscontrano nell'immediato differenze di prestazioni tra il gruppo che riceve i movimenti oculari (e non: EMDR) e quello che non li riceve; ma a distanza di 24-48 ore il gruppo che ha ricevuto i movimenti oculari ha prestazioni inferiori. Gli autori segnalano questo come un risultato particolarmente interessante in quanto nella realtà raramente i pazienti effettuano terapia EMDR o vengono intervistati come testimoni subito dopo avere vissuto un'esperienza, ma potrebbero avere effettuato EMDR prima di essere intervistati dalla polizia. Subito dopo affermano che, come un altro autore segnala, «i movimenti oculari probabilmente non incidono sulla suscettibilità alla disinformazione, né sembrano facilitare la memoria, ma sembrano aumentare falsi ricordi spontanei». Non si può fare a meno di notare che, pur cercando

di considerare con serietà l'insieme di queste supposizioni e ragionamenti di apparente significato opposto e poco congruente, la tenue base sperimentale lontanissima dalla realtà effettiva dei soggetti che subiscono esperienze traumatiche, la parificazione di errori di memoria su dettagli periferici in condizioni di laboratorio alla produzione di falsi ricordi di aver subito abuso sessuale, compongono un quadro tanto inconsistente da sembrare surreale.

Ma non basta. L'argomentazione successiva riguarda il fatto che «un importante polo in questo dibattito è la prevalenza di persone che credono nel concetto controverso di memorie represses». Vengono qui ripresi i loro articoli in cui veniva fatta una indagine relativa alla diffusione, tra gente comune e professionisti, di questa credenza pericolosa: che concludeva che essa era presente molto spesso tra terapeuti EMDR. A ciò si aggiunge che quando vengono recuperati in terapia ricordi di abusi precedentemente ignorati, cosa che riguarda una bassa percentuale di pazienti, i metodi terapeutici comprendono anche l'EMDR. Mettendo insieme questi dati, gli autori suggeriscono che *credere alle memorie represses* potrebbe condurre i terapeuti a cercare di far affiorare suggestivamente ricordi nascosti, cosa che potrebbe alla fine condurre alla creazione di falsi ricordi di abuso sessuale. In giudizio queste memorie riaffiorate susciterebbero diffidenza e conflitto tra terapeuti e psicologi giuridici.

Anche qui, prendiamo atto che, tra i ricordi eventualmente riaffiorati in terapia, quelli che preoccupano sembrano essere soltanto quelli di abuso sessuale, che appunto con più probabilità conducono ad azioni giudiziarie: e, va sottolineato, non tanto per scelta delle vittime quanto per la maturata percezione della società e del legislatore di questi come crimini particolarmente odiosi e da reprimere. Circa l'individuazione proprio dell'EMDR come maggiormente pericoloso su quel punto, i dati citati sembrano forzati, in quanto la credenza che esistano ricordi traumatici bloccati è diffusa in varie categorie di persone e negli psicologi clinici in generale; e i ricordi traumatici recuperati in terapia, almeno stando allo studio francese da loro citato, fanno riferimento in generale a terapia cognitivo comportamentale e a terapie centrate sul trauma, tra cui anche l'EMDR. Resta poi la questione di fondo, sul fatto che non viene considerata l'annosa contrapposizione tra il loro Modello Socio-Cognitivo della dissociazione e il Modello Basato sul Trauma, praticamente condiviso da tutto l'ambito clinico e oggi sostenuto anche da studi neurobiologici. Per quale ragione dovrebbe quindi essere pericoloso accettare letture dei funzionamenti psichici così ampiamente sostenute e documentate?

Viene poi ripresa la critica al protocollo EMDR in uso in Olanda (Dutch protocol), di cui si è già parlato.

Parte poi un attacco a tutto campo a “certe terapie”. Anche senza pressioni suggestive del terapeuta il semplice aiuto a riformulare cognitivamente i ricordi e l’attribuzione di significato agli stessi, operazione che sappiamo fondamentale e proficua in ogni terapia specie se di tipo cognitivo, potrebbe alterare la memoria e portare quindi alla produzione di falsi ricordi.

L’ultimo attacco è segnalare che “certe terapie” possono fare star male il paziente, proprio per l’emergere di spiacevoli ricordi durante la cura, cosa che secondo una citazione degli autori riguarderebbe un terzo circa dei pazienti. Anche qui appare surreale che queste evenienze assai comuni non siano viste come la via faticosa attraverso cui sarà possibile passare dallo scarico sintomatico alla integrazione mentale e quindi a un maggior benessere, accompagnati dal terapeuta, ma come un danno in sé inutilmente inferto ai pazienti.

La parte finale dell’articolo riassume tutte le precedenti considerazioni, definendo ciò che direbbe un “memory expert” se interrogato circa le memorie traumatiche delle vittime («e.g. of childhood abuse», ribadendo la principale preoccupazione degli autori) dopo terapia con EMDR. Vengono considerati i due scenari possibili: ricordi già presenti al paziente prima della terapia e ricordi emersi durante la terapia. In ambedue i casi fare una terapia è sinteticamente indicato come un fattore di rischio per la credibilità del paziente, con ovvie ripercussioni sul procedimento giudiziario.

Alla luce di tutto quanto già sopra dettagliato, possiamo dire che questo articolo, così carente sul piano della solidità delle argomentazioni, ha almeno il merito di fornire un panorama esaustivo di come vengono condotte in tribunale le battaglie su questi aspetti, minando l’idoneità a testimoniare della presunta vittima. Non resta che augurarsi che anche chi opera in campo giudiziario non venga indotto a sopravvalutare ipotesi e sperimentazioni che hanno molti limiti, come quelle che abbiamo analizzate in modo approfondito in questo articolo.

Il punto di vista clinico

Vediamo ora il punto di vista di chi fa psicoterapia e in particolare utilizza l’EMDR.

È indubbio che un terapeuta di qualsiasi approccio che induca ricordi o suggestioni in un paziente non fa il suo lavoro in modo etico e potrebbe essere considerato un comportamento di malpractice: ciò è valido per tutte le psicoterapie.

Tuttavia, è altrettanto indubitabile che i ricordi del paziente e il loro flusso negativo ancora nel presente sulla sua visione di sé, della vita, delle

relazioni siano al centro di tutte le psicoterapie. Usuale è poi il fatto che il paziente arrivi alla psicoterapia con una serie di ricordi e di valore attribuito agli stessi non raramente impreciso e falsato, e che nel corso della terapia il curante si trovi a seguirlo e accompagnarlo nello sviluppo di catene mnestiche più complesse e a volte impreviste, la cui meta finale è mentalizzare e ri-narrare la propria esperienza in modo da non esserne più ferito e sopraffatto. Questo modello operativo è già descritto magistralmente da Freud nel suo primo periodo, quando era fermamente convinto che i ricordi di traumi reali stessero alla base dei sintomi (vedi come esempio la stupefacente conferenza tenuta alla società di psichiatria e di neurologia di Vienna nella primavera del 1896). Ma anche con tutte le revisioni e gli sviluppi successivi, rimane vero che il ruolo terapeutico è basato sul paziente, sui suoi bisogni e sulla sua storia. La maggior parte dei terapeuti potrebbe riportare eventi che il paziente condivide nell'ambito della terapia, dove si trovano esempi di esperienze di trascuratezza, maltrattamenti, abbandoni, abusi psicologici o emotivi, oltre a volte molestie e abusi sessuali. Questo è un lavoro molto comune a quasi tutti gli approcci in psicoterapia e riguarda tutte le sindromi patologiche. Per esempio, quando si lavora con un paziente che ha sviluppato una depressione, nella formulazione e concettualizzazione del caso si cerca di capire cosa ha contribuito a questo disturbo e spesso troviamo una storia complessa, con esperienze di abbandono, maltrattamenti, lutti, ecc. Questo tipo di lavoro e di raccolta anamnestica per capire la storia del paziente e comprendere come ha sviluppato certi sintomi o difficoltà viene fatto di routine e precede ogni lavoro terapeutico con qualsiasi approccio, al fine di identificare i fattori di rischio, predisponenti e precipitanti di certi disturbi mentali e/o del disagio psicologico. Nel 2013 il DSM-5 indica di cercare proprio i fattori che possono aver contribuito a far sviluppare i vari disturbi.

È evidente che la psicoterapia non può cambiare la storia del paziente o cancellare i ricordi o formare falsi ricordi di eventi che il paziente non ha vissuto. L'obiettivo generale di qualsiasi psicoterapia non dovrebbe essere quello di modificare i ricordi, ma di trasformare il vissuto a essi correlato e la prospettiva con cui si guarda la propria storia e il proprio valore come persona.

Il materiale mnestico rilevante del paziente può essere costituito da ricordi riferiti dall'inizio al terapeuta, come anche da ricordi recuperati successivamente all'interno del lavoro terapeutico, in assenza di sollecitazioni e senza che venga detto al paziente che i suoi sintomi potrebbero essere il risultato di ricordi "rimossi" di esperienze traumatiche pregresse, inconcepibile in una pratica clinica etica e rispettosa.

Tuttavia, che esistano le cosiddette "repressed memories" (ricordi rimosi) non è neanche più un tema controverso, in questo momento, dato che dal

punto di vista diagnostico, clinico e della ricerca, ci sono stati molti sviluppi confermativi. Il DSM-5 (2013) riporta nel capitolo sui Disturbi Dissociativi alcuni sintomi e aspetti di questi disturbi che rientrano nella definizione di Amnesia Dissociativa. A pagina 345 si legge: «L'amnesia dissociativa consiste molto spesso in un'amnesia circoscritta o selettiva per uno/alcuni specifico/i evento/i». In particolare descrive l'*amnesia sistematizzata* dove i ricordi di esperienze traumatiche (in genere abusi sessuali) vengono dissociati dalla coscienza e inquadrati nella diagnosi di Disturbi Dissociativi. «Nell'amnesia sistematizzata, l'individuo perde il ricordo di una specifica categoria di informazioni (per es. tutti i ricordi relativi ad abusi sessuali nell'infanzia)» (p. 346). Tra le caratteristiche associate a supporto della diagnosi di Amnesia dissociativa, il DSM-5 afferma: «Sono comuni storie di traumi, abusi infantili e persecuzione. La durata degli eventi dimenticati può variare da minuti fino a decenni. Alcuni individui possono gradualmente ricordare i ricordi dissociati anni dopo». Per quanto riguarda i fattori di rischio riporta: «È più probabile che l'amnesia dissociativa si verifichi in presenza di un alto numero di esperienze avverse nell'infanzia, in particolare abuso fisico e/o sessuale» (p. 347). Quindi, stiamo parlando di un inquadramento diagnostico riportato non solo dal DSM-5, ma anche dal ICD 11: per questo motivo i terapeuti che identificano questi sintomi non lo fanno per via di una loro "credenza" ma per una doverosa capacità diagnostica e clinica. Stupisce che ci siano ancora posizioni contrarie alla possibilità che ci siano ricordi dissociati e che ignorano questi meccanismi e questi disturbi.

Se dalla teoria passiamo all'esperienza clinica, constatiamo che la maggior parte dei terapeuti dei diversi approcci trova nei processi terapeutici dei ricordi che all'improvviso emergono nei pazienti durante la terapia. Questo meccanismo in genere è dato dal fatto che la terapia è per definizione un "setting sicuro", che contiene, risolve e riduce il disagio e le emozioni negative, e quindi questo facilita l'emergere di ricordi, di emozioni, di frammenti di vita e di eventi in modo naturale e spontaneo. Questo non riguarda l'azione del terapeuta, ma un meccanismo molto conosciuto e comune che si osserva in molte terapie.

L'EMDR

Quanto alle specificità dell'EMDR nel suo rapporto con le memorie del paziente, sappiamo che questo metodo terapeutico si basa sul trattamento dei *ricordi* di esperienze traumatiche (incidenti, lutti, aggressioni, ecc.), e non viene applicato se il ricordo non c'è o non è accessibile. Tipicamente in una

terapia con EMDR, il paziente riferisce nell'anamnesi gli eventi che possono aver contribuito al disturbo che lo porta in terapia. Dopo un'attenta raccolta anamnestica e formulazione del caso, nell'ambito della relazione terapeutica e degli obiettivi terapeutici si può procedere con l'elaborazione dei ricordi di quelle esperienze traumatiche "chiave" nella storia del paziente che sono legate al suo problema attuale. Per fare un esempio, in un caso di ansia sociale, si elaborano ricordi di esperienze di bullismo, di umiliazioni in pubblico, di critiche, ecc. che il paziente può riferire come collegate al suo problema attuale, nel senso che abbiano potuto contribuire a sviluppare la sua ansia sociale nel tempo.

L'elaborazione durante la terapia EMDR porta a distanziare le immagini più traumatiche, man mano che il processo di elaborazione fa fare al paziente dei collegamenti più adattivi, più funzionali e più risolutivi.

Il terapeuta non suggerisce né ha un atteggiamento suggestivo, anzi viene insegnato nei corsi di formazione sulla terapia EMDR a non intervenire durante il processo di elaborazione del paziente, in modo da non interferire con esso. Francine Shapiro afferma che il terapeuta dovrebbe evitare categoricamente di chiedere dettagli a proposito di un evento o di interpretarlo. È importante che siano i pazienti a trarre le loro conclusioni sui propri ricordi, senza essere influenzati dal terapeuta (Shapiro, 2019). Il terapeuta non mette in discussione quanto riferito dal paziente. Anche se questo è confuso, impreciso, con lacune e sovrapposizioni, si affida al tempo la possibilità di acquistare maggiore lucidità e oggettività. Nel protocollo standard di Francine Shapiro non vengono date delle istruzioni di vedere tutto come se fosse un video dell'evento e non si creano aspettative su quello che deve succedere, come spiegato in precedenza, ma viene chiesto soltanto di identificare l'immagine peggiore dell'evento oppure la più rappresentativa.

È quindi molto improbabile che nella terapia EMDR si creino dei falsi ricordi perché l'input da parte del terapeuta è minimo, il paziente è quello che durante la seduta fa collegamenti interni e si osservano spesso degli insight spontanei.

L'obiettivo di un terapeuta che lavora con EMDR è arrivare a elaborare le informazioni immagazzinate in modo disfunzionale in memoria (ricordi di esperienze traumatiche ancora non elaborate), a cui il paziente accede e che condivide con il terapeuta nell'ambito della psicoterapia. Una volta che vengono focalizzate le esperienze che hanno portato a far sviluppare nel tempo un disturbo, nel caso dell'EMDR viene applicato il protocollo per rielaborare il ricordo di queste esperienze, con l'obiettivo di desensibilizzare la parte emotiva (la vergogna, il senso di impotenza o rabbia che il paziente può sentire quando ricorda l'evento) ancora attuale e di aiutare così a cambiare la prospet-

tiva cognitiva su di sé (in termini anche di ristrutturazione cognitiva). Infatti, la persistenza di una intensa carica emotiva nel presente non è più adattiva: al paziente non è funzionale provare lo stesso dolore, rabbia o vergogna su ricordi di esperienze avvenute molti anni prima, su questo non c'è controversia.

Nell'elaborazione tipica di un ricordo traumatico con l'EMDR, le immagini, le convinzioni e credenze e le emozioni negative diventano sempre più neutre, il ricordo perde la sua carica emotiva negativa, risultando in un processo di desensibilizzazione. Allo stesso tempo il paziente discrimina meglio quello che è successo ed è consapevole dei propri processi. Al termine della seduta di EMDR l'evento viene re-immagazzinato e codificato in memoria in forma più adattiva, sana e non stressante.

In una terapia EMDR non vengono ricercati ricordi "nascosti" o "rimossi", ma esperienze di vita che possono aver contribuito al problema che porta il paziente in terapia (per es. capire le esperienze che hanno contribuito a formare certi schemi cognitivi disfunzionali come "non valgo" o "sono inadeguato").

L'EMDR altera i ricordi?

È fondato il dubbio che con l'EMDR, e in particolare con l'utilizzo dei movimenti oculari, ci può essere un pericolo specifico di alterazione del contenuto dei ricordi del paziente?

Come descritto prima, i movimenti oculari nel protocollo EMDR riducono la vividezza e l'emotività di esperienze traumatiche. Infatti, è noto nei disturbi post-traumatici il problema dell'intrusività e il rivivere a livello emotivo immagini e riattivatori (reminders) del ricordo dell'esperienza traumatica. Il protocollo EMDR permette di desensibilizzare e rielaborare il ricordo, in questo modo il paziente dopo il trattamento riesce a pensare e a ricordare quello che è successo senza riviverlo e con una prospettiva più costruttiva. Questo permette la risoluzione dei sintomi del disturbo post-traumatico, in quanto il paziente non avrà più l'intrusività delle immagini dell'evento traumatico (flashback, incubi, ecc.).

Notiamo che molti ricordi traumatici nel tempo perdono la loro carica emotiva e la loro vividezza spontaneamente, anche in assenza di una psicoterapia. Questo è un processo naturale e adattivo, che avviene regolarmente anche senza movimenti oculari, il nostro sistema innato di elaborazione delle informazioni porta nel tempo a ridurre la vividezza e la carica emotiva dei ricordi di alcune esperienze. Lo sperimentiamo quando dopo qualche tempo o anni ricordiamo esperienze negative che sono state vissute, ma le vediamo più lontane, con una carica emotiva minore (per esempio ricordi dell'adole-

scenza, di umiliazioni, ecc.): ciò dipende dalla naturale capacità di guarigione del nostro cervello. Non si tratta di una compromissione della memoria, ma di un processo adattivo e funzionale per la persona; men che meno può preludere alla creazione di falsi ricordi.

Inoltre, i movimenti oculari sono dei meccanismi fisiologici e innati, legati a molte funzioni cognitive. L'utilizzo durante il protocollo EMDR semplicemente accelera questo processo naturale.

Gran parte della ricerca sull'EMDR, attraverso randomized controlled trials fatti sulla componente dei movimenti oculari, ha sempre indicato che essa crea una riduzione della vividezza dei ricordi negativi (Hout *et al.*, 2001), un aumento della focalizzazione su informazione positiva e un aumento nella valutazione di informazioni false, incrementando la precisione del richiamo di informazioni corrette.

In una loro pubblicazione Propper and Christman (2008) analizzano 9 ricerche che avevano studiato i vari effetti dei movimenti oculari. Hanno dimostrato molto chiaramente che i movimenti oculari facilitano il recupero di informazioni corrette e riducono il recupero di informazioni non corrette (Parker *et al.*, 2008). Molti altri studi in questo campo sono stati pubblicati negli anni successivi, confermando le stesse osservazioni, cioè che i movimenti oculari facevano discriminare meglio le informazioni corrette da quelle non corrette. In un altro studio, Lyle *et al.* (2008) dimostrarono che c'era un richiamo di informazioni più precise dopo una serie di movimenti oculari.

È stato anche ampiamente dimostrato che i movimenti oculari possiedono un ruolo associato a processi cognitivi e alle funzioni corticali di ordine superiore (Amadeo & Shagass, 1963; Antrobus *et al.*, 1964; Fisher *et al.*, 1978; Monty, 1976; Ringo *et al.*, 1994) e che tale ruolo è correlato a un cambiamento a livello di prospettiva cognitiva (Antrobus, 1964).

In questo contesto de Voogd *et al.* (2018) hanno dimostrato come l'estinzione della paura possa essere accelerata con i movimenti oculari che innescano una temporanea soppressione dell'attività dell'amigdala (de Voogd *et al.*, 2018). D'altra parte, i movimenti oculari stimolano l'attività colinergica a sua volta associata a processi di apprendimento ed elaborazione delle informazioni a livello corticale superiore (Elofsson *et al.*, 2008).

Il punto di vista giudiziario

Un discorso a parte richiede l'incrocio tra esigenze terapeutiche ed esigenze giudiziarie. Sappiamo infatti che una certa quota delle esperienze sfavorevoli dei pazienti è l'esito di azioni colpevoli, perseguite per legge.

Il ruolo di uno psicoterapeuta non è centrato sullo stabilire la verità e sulle colpevolezze o condanne in tribunale. E non è neppure comune che il paziente arrivi alla terapia con l'obiettivo di portare in tribunale un suo familiare o altri per gli eventi che ha vissuto, anche se fossero penalmente perseguibili. Tuttavia, può accadere che nel corso del trattamento maturi nel paziente l'esigenza di trovare riconoscimento anche in giustizia; e ancor più cogente diventa la situazione se il paziente è minorenne e ancora sottoposto alla convivenza con l'autore delle sue esperienze traumatiche. Sappiamo che conciliare compiti di cura e di protezione del paziente, impedendo almeno la continuazione delle esperienze sfavorevoli che già l'hanno segnato, sono compiti imprescindibili del sistema di cura (Herman, 1992; Malacrea, 1998). E anche se non è il terapeuta ad agire in prima persona, la sua posizione non può sottrarsi a quella qualità di "testimone clinico" della natura post traumatica del malessere del suo paziente, pena sottrarsi al sostegno che gli è dovuto in una relazione terapeutica.

Per quanto possibile, una posizione prudente è consigliabile, nell'interesse anche del paziente e del processo di cura e riparazione delle ferite, interesse preminente rispetto all'impegnarsi in una battaglia spesso molto incerta per ottenere riconoscimento dei danni subiti. Ma a volte (vedi la situazione delle vittime minorenni) è impossibile evitare un coinvolgimento.

A questo punto, dato che per i reati sessuali è ammesso basare il giudizio soltanto sulla testimonianza della presunta vittima, per via del carattere segreto degli eventi, è necessario sapere che il campo di battaglia sarà il paziente, la sua testimonianza, e quindi i suoi ricordi; e la psicoterapia come ambito di legittimazione degli stessi e di sostegno. L'articolo ampiamente sopra analizzato di Otgaar e colleghi (2021), come si diceva, presenta proprio l'arsenale con cui si combatte questa battaglia legale (cfr. pp. 21-24).

Nel suddetto articolo, il lavoro terapeutico con qualsiasi approccio viene visto come negativo, introducendo il dubbio che potrebbe distorcere i ricordi o modificarli, e in generale creare dei danni alla memoria, anche se, come abbiamo dettagliato, non ci sono basi scientifiche al riguardo: men che meno per la terapia EMDR. Ciò vale non solo per i ricordi che emergono all'improvviso in terapia, ma anche per i ricordi di cui il paziente è consapevole, che ha presente da sempre nella sua storia e che riferisce in ambito psicoterapeutico.

Shapiro (2019) nel suo manuale EMDR, Principi fondamentali, protocolli e procedure, sconsiglia di fare EMDR nel caso in cui la persona debba testimoniare in un processo, oppure di farlo dopo aver depositato i verbali, ecc. Durante il trattamento con EMDR, l'immagine rappresentativa dell'evento potrebbe sbiadire o vedersi più lontana, anche se il paziente sarà ancora in grado di riferire quello che è successo.

Quando ci sono procedimenti legali in corso (o in previsione) è pertanto necessario ottenere il consenso informato di tutte le parti in causa². I terapeuti dovrebbero spiegare che dopo il trattamento con EMDR il paziente potrebbe: 1) non essere in grado di avere accesso a un'immagine vivida dell'evento, 2) non raccontare più l'evento con estrema partecipazione emotiva (Shapiro, 2019, p. 128).

La stessa raccomandazione viene fatta nelle formazioni ufficiali di EMDR.

Queste raccomandazioni non devono tuttavia ingenerare l'idea che utilizzare l'EMDR possa danneggiare la memoria di un paziente, né portargli danno sulla sua capacità testimoniale. Né esimono il terapeuta da personali e complesse valutazioni nell'interesse clinico del paziente.

Soprattutto il terapeuta, e questo è l'obiettivo di questo articolo, può poggiare con tranquillità sulla convinzione che, per quanto certe tesi possano avere credito in ambito giudiziario, non è stata prodotta ad oggi letteratura scientifica fondata rispetto alla possibilità di alterare veri ricordi traumatici in una psicoterapia correttamente attuata, producendone addirittura di falsi.

Bibliografia

- AACAP Official Action (2010). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4): 414-430.
- Amadeo M. & Shagass C. (1963). Eye movements, attention and hypnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 136(2): 139-145. DOI: 10.1097/00005053-196302000-00004.
- Antrobus J.S., Antrobus J.S. & Singer J.L. (1964). Eye movements accompanying daydreaming, visual imagery, and thought suppression. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(3): 244-252. DOI: 10.1037/h0041846.
- APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association. (trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Battista F., Mangiulli I., Herter J., Curci A. & Otgaar H. (2020). The effects of repeated denials and fabrication on memory. *Journal of Cognitive Psychology*, 32(4): 369-381. DOI: 10.1080/20445911.2020.1767626.
- Battista F., Mangiulli I., Riesthuis P., Curci A. & Otgaar H. (2021). Do liars really remember what they lied upon? The impact of fabrication on memory. *Memory*, 29(8): 1076-1090. DOI: 10.1080/09658211.2021.1960380.

² Ovviamente riferito a un contesto giudiziario diverso da quello italiano e inapplicabile se la vittima è minorenni.

- Bernstein D.M., Laney C., Morris E.K. & Loftus E.F. (2005). False memories about food can lead to food avoidance. *Social Cognition*, 23(1): 11-34.
- Brewin C.R. & Andrews B. (2017). Creating Memories for False Autobiographical Events in Childhood: A Systematic Review: Creating false childhood memories. *Applied Cognitive Psychology*, 31(1): 2-23. DOI: 10.1002/acp.3220.
- Calado B., Luke T.J., Connolly D.A., Landström S. & Otgaar H. (2021). Implanting false autobiographical memories for repeated events. *Memory*, 29(10): 1320-1341. DOI: 10.1080/09658211.2021.1981944.
- Courtois C.A. (2001). Implications of the Memory Controversy for Clinical Practice: An Overview of Treatment Recommendations and Guidelines. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(3-4): 183-210. DOI: 10.1300/J070v09n03_09.
- de Voogd L.D., Kanen J.W., Neville D.A., Roelofs K., Fernández G. & Hermans E.J. (2018). Eye-Movement Intervention Enhances Extinction via Amygdala Deactivation. *The Journal of Neuroscience*, 38(40): 8694-8706. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.0703-18.2018.
- Dodier O., Otgaar H. & Lynn S.J. (2021). A Critical Analysis of Myths About Dissociative Identity Disorder. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, S0003448721003395. DOI: 10.1016/j.amp.2021.10.007.
- Elofsson U.O.E., von Schëele B., Theorell T. & Söndergaard H.P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4): 622-634. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.05.012.
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P. & Marks J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4): 245-258. DOI: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8.
- Fisher D.F., Monty R.A. & Perlmutter L.C. (1978). Visual recognition memory for binary pictures: Another look. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 4(2): 158-164. DOI: 10.1037/0278-7393.4.2.158.
- Freud S. (1968). Opere 1892-1899, *Progetto di una psicologia e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ghetti S. (2003). Memory for nonoccurrences: the role of metacognition. *Journal of Memory and Language*, 48: 722-739.
- Ghetti S. & Alexander K.W. (2004). «If It Happened, I Would Remember It»: Strategic Use of Event Memorability in the Rejection of False Autobiographical Events. *Child Development*, 75(2): 542-561. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00692.x.
- Herman J.L. (1992). *Trauma and recovery*. London: Basic Books (trad. it.: *Guarire dal trauma*. Roma: MAGI, 2005).
- Houben S.T.L., Otgaar H. & Roelofs J. (2021). Psychological Myths as Therapeutic Instructions in Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *The Journal of Psychology*, 155(2): 129-139. DOI: 10.1080/00223980.2020.1839374.
- Houben S.T.L., Otgaar H., Roelofs J., Smeets T. & Merckelbach H. (2020). Increases of correct memories and spontaneous false memories due to eye movements when memories are retrieved after a time delay. *Behaviour Research and Therapy*, 125: 103546. DOI: 10.1016/j.brat.2019.103546.
- Houben S.T.L., Otgaar H., Roelofs J., Wessel I., Patihis L. & Merckelbach H. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) practitioners' beliefs about memory. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 8(3): 258-273. DOI: 10.1037/cns0000211.

- Hout M., Muris P., Salemink E. & Kindt M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(2): 121-130. DOI: 10.1348/014466501163571.
- Irwanda D.Y., Maulina D., Sekarmewangi T.H., Putri K.M. H., Otgaar H. & Bücken C. (2021). The effect of different delivery modes of misinformation on false memories in adolescents and adults. *Journal of Cognitive Psychology*, 1-9. DOI: 10.1080/20445911.2021.1994980.
- Kenchel J.M., Domagalski K., Butler B.J. & Loftus E.F. (2020). The messy landscape of eye movements and false memories. *Memory*, 1-8. DOI: 10.1080/09658211.2020.1862234.
- Landin-Romero R., Moreno-Alcazar A., Pagani M., Amann B.L. (2018). How does Eye movement desensitization and reprocessing therapy work? A systematic review on the proposed mechanisms of action. *Frontiers in Psychology*, 9, art. 1395. DOI:10.3389/fpsyg.2018.01395.
- Lanius R.A., Brand B., Vermetten E., Frewen P.A. & Spiegel D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications: Dissociative Subtype of PTSD. *Depression and Anxiety*, 29(8): 701-708. DOI: 10.1002/da.21889.
- Loftus E.F. & Pickrell J.E. (1995). The Formation of False Memories. *Psychiatric Annals*, 25(12): 720-725. DOI: 10.3928/0048-5713-19951201-07.
- Lyle K.B., Logan J.M. & Roediger H.L. (2008). Eye movements enhance memory for individuals who are strongly right-handed and harm it for individuals who are not. *Psychonomic Bulletin & Review*, 15(3): 515-520. DOI: 10.3758/PBR.15.3.515.
- Lynn S.J., Maxwell R., Merckelbach H., Lilienfeld S.O., Kloet D. van H. der & Miskovic V. (2019). Dissociation and its disorders: Competing models, future directions, and a way forward. *Clinical Psychology Review*, 73: 101755. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101755.
- Malacrea M. (1998). *Trauma e riparazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Malacrea M., Lorenzini S. (2002). *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Malacrea M. (a cura di) (2021). *Ricordi Traumatici. Vecchi dubbi, nuove certezze*. Milano: FrancoAngeli.
- Mangiulli I., Hover N., Howe M.L. & Otgaar H. (2021a). Crime-Related scenarios do not lead to superior memory performance in the survival processing paradigm. *Journal of Cognitive Psychology*, 1-13. DOI: 10.1080/20445911.2021.2010737.
- Mangiulli I., Jelicic M., Patihis L. & Otgaar H. (2021b). Believing in dissociative amnesia relates to claiming it: A survey of people's experiences and beliefs about dissociative amnesia. *Memory*, 29(10): 1362-1374. DOI: 10.1080/09658211.2021.1987475.
- Mangiulli I., Otgaar H., Jelicic M. & Merckelbach H. (2021). A Critical Review of Case Studies on Dissociative Amnesia. *Clinical Psychological Science*, 216770262110181. DOI: 10.1177/21677026211018194.
- Merckelbach H., Otgaar H. & Lynn S.J. (2022). Empirical research on fantasy proneness and its correlates 2000-2018: A meta-analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 9(1): 2-26. DOI: 10.1037/cns0000272.
- Monty R.A. (2017). *Eye Movements and Psychological Processes*. Routledge. DOI: 10.4324/9781315438054.
- Nairne J.S., Thompson S.R. & Pandeirada J.N.S. (2007). Adaptive memory: Survival processing enhances retention. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 33(2): 263-273. DOI: 10.1037/0278-7393.33.2.263.

- Otgaar H., Houben S.T.L., Rassin E. & Merckelbach H. (2021). Memory and eye movement desensitization and reprocessing therapy: A potentially risky combination in the courtroom. *Memory*, 29(9): 1254-1262. DOI: 10.1080/09658211.2021.1966043.
- Otgaar H., Howe M. L., Dodier O., Lilienfeld S.O., Loftus E. F., Lynn S.J., Merckelbach H. & Patihis L. (2021). Belief in Unconscious Repressed Memory Persists. *Perspectives on Psychological Science*, 16(2): 454-460. DOI: 10.1177/1745691621990628.
- Otgaar H., Howe M.L., Mangiulli I. & Bücken C. (2020). The impact of false denials on forgetting and false memory. *Cognition*, 202, 104322. DOI: 10.1016/j.cognition.2020.104322.
- Otgaar H., Howe M.L. & Patihis L. (2021). What science tells us about false and repressed memories. *Memory*, 1-6. DOI: 10.1080/09658211.2020.1870699.
- Otgaar H., Wang J., Dodier O., Howe M.L., Lilienfeld S.O., Loftus E.F., Lynn S.J., Merckelbach H. & Patihis L. (2020). Skirting the issue: What does believing in repression mean? *Journal of Experimental Psychology: General*, 149(10): 2005-2006. DOI: 10.1037/xge0000982.
- Pagani M., Di Lorenzo G., Monaco L., Daverio A., Giannoudas I., La Porta P., Verardo A.R., Niolu C., Fernandez I. & Siracusano A. (2015). Neurobiological response to EMDR therapy in clients with different psychological traumas. *Frontiers in Psychology – Psychology for Clinical Settings*, 6, art. 1614. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01614.
- Pagani M., Di Lorenzo G., Verardo A.R., Nicolais G., Monaco L., Lauretti G., Russo R., Niolu C., Ammaniti M., Siracusano A. & Fernandez I. (2012). Neurobiology of EMDR – EEG imaging of treatment efficacy. *PLOS ONE*, 7: e45753.
- Parker A., Relph S. & Dagnall N. (2008). Effects of bilateral eye movements on the retrieval of item, associative, and contextual information. *Neuropsychology*, 22(1): 136-145. DOI: 10.1037/0894-4105.22.1.136.
- Patihis L., Ho L.Y., Loftus E.F. & Herrera M.E. (2021). Memory experts' beliefs about repressed memory. *Memory*, 29(6): 823-828. DOI: 10.1080/09658211.2018.1532521.
- Piedfort-Marin O., Rignol G. & Tarquinio C. (2021). Le trouble dissociatif de l'identité: Les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(4): 374-385. DOI: 10.1016/j.amp.2021.02.026.
- Propper R.E. & Christman S.D. (2008). Interhemispheric Interaction and Saccadic Horizontal Eye Movements Implications for Episodic Memory, EMDR, and PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4): 269-281. DOI: 10.1891/1933-3196.2.4.269.
- Ringo J.L., Sobotka S., Diltz M.D. & Bunce C.M. (1994). Eye movements modulate activity in hippocampal, parahippocampal, and inferotemporal neurons. *Journal of Neurophysiology*, 71(3): 1285-1288. DOI: 10.1152/jn.1994.71.3.1285.
- Rogers M. (1995). Factors influencing recall of childhood sexual abuse, *Journal of Traumatic Stress*, 8(4): 691-713.
- Schopen K., Otgaar H., Howe M.L. & Muris P. (2021). Effects of forewarnings on children's and adults' spontaneous false memories. *European Journal of Developmental Psychology*, 1-21. DOI: 10.1080/17405629.2021.1904877.
- Shapiro F. (2014). *Getting past your past: Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. Rodale: Macmillan.
- Shapiro F. (2019). *EMDR il manuale: Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Shaw J. & Vredeveldt A. (2019). The Recovered Memory Debate Continues in Europe: Evidence From the United Kingdom, the Netherlands, France, and Germany. *Clinical Psychological Science*, 7(1): 27-28. DOI: 10.1177/2167702618803649.

- ten Broeke E., de Jongh A., Hornsveld H. (2016). *EMDR STANDAARDPROTOCOL*, testo disponibile al sito: www.emdr.nl/wp-content/uploads/2016/03/EMDR-STANDAARDPROTOCOL-2016-DEF-laatste-versie.pdf.
- van Helvoort D., Otgaar H. & Merckelbach H. (2020). Worsening of Self-Reported Symptoms Through Suggestive Feedback. *Clinical Psychological Science*, 8(2): 359-365. DOI: 10.1177/2167702619869184.
- Wang J., Smeets T., Otgaar H. & Howe M.L. (2021). Manipulating Memory Associations Minimizes Avoidance Behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 15: 746161. DOI: 10.3389/fnbeh.2021.746161.
- WHO – World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision), testo disponibile al sito: icd.who.int/.

Malingering: diagnosi differenziale e valutazione testistica nel contesto forense penale



Veronica Tatti*, Luciano Giromini**

*Ricevuto il 5 marzo 2022
Accettato il 30 maggio 2022*

Sommario

Il “malingering” è la simulazione o l’esagerazione intenzionale di una patologia fisica o mentale, messa in atto allo scopo di ottenere benefici tangibili quali il ricevimento di un risarcimento economico o la mitigazione di una sentenza criminale. In questo articolo si prende in esame il fenomeno con un’ enfasi particolare sulla diagnosi differenziale e sulle sue implicazioni all’interno del contesto forense penale. Si evidenziano inoltre le ripercussioni che il malingering può avere sulla valutazione della capacità d’intendere e di volere. Non è raro, infatti, che nei contesti peritali alcuni rei cerchino di avvalersi di determinati articoli del Codice penale e tentino di simulare una perdita dell’esame di realtà. Conoscere una cospicua batteria di test sull’argomento è ormai fondamentale per il perito, al fine di rispondere al quesito giuridico. Si è dunque posto uno sguardo sul panorama testistico e sugli strumenti innovativi introdotti in letteratura negli ultimi anni. L’inclusione dell’Inventory of Problems-29 (IOP-29), un symptom-validity test (SVT), e dell’Inventory of Problems-Memory (IOP-M), un performance-validity test (PVT), nell’assessment psicologico risulta essere un potente ausilio nella discriminazione dei simulatori dai soggetti effettivamente affetti da una psicopatologia, come evidenziato nei vari studi presentati in questo articolo.

Parole chiave: malingering; IOP-29; IOP-M; assessment.

* CBT Academy, Scuola di specializzazione cognitivo-comportamentale in ambito clinico e forense di Torino; Via della Rocca 2 – 10123 Torino; e-mail: veronica.tatti@edu.unito.it.

** Dipartimento di psicologia, Università di Torino; Via Verdi 8 – 10124 Torino; email: luciano.giromini@unito.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 50/2022
DOI: 10.3280/qpc50-2022oa14086*

Abstract

Malingering: differential diagnosis and psychological testing in the criminal forensic context

“Malingering” is the simulation or intentional exaggeration of a physical or mental pathology driven by external incentives such as obtaining financial compensation or mitigating criminal culpability. This article provides an overview of the phenomenon, focusing on the differential diagnosis and on implications for the criminal forensic context. It also addresses the consequences that malingering may have on criminal culpability from a legal perspective. Indeed, it is not uncommon for offenders in the criminal forensic context to attempt to exploit certain articles of the Penal Code and feign a loss of reality-testing. Nowadays, the knowledge of a wide battery of tests focused on this subject is essential for the expert to answer the legal question. Therefore, this article addresses the issue of available psychological tests, focusing on two new and innovative tests: The Inventory of Problems-29 (IOP-29), a symptom-validity test (SVT), and the Inventory of Problems-Memory (IOP-M), a performance-validity test (PVT). These are highly effective measures for distinguishing malingerers from individuals who are genuinely affected by mental health problems, as demonstrated by the various research studies discussed in this article.

Keywords: malingering; IOP-29; IOP-M; assessment.

Inquadramento del fenomeno

Il *malingering* è la simulazione o l'esagerazione intenzionale di una patologia fisica o mentale (DSM-5; APA, 2013). In letteratura le definizioni che si possono ritrovare di questo fenomeno sono molteplici. Indipendentemente da quella che si prende in considerazione tutte contengono il riferimento a due caratteristiche fondamentali: l'*intenzionalità* alla base della esagerazione o amplificazione dei sintomi e la presenza di un qualche *incentivo esterno* (Turner, 1997). Il *malingering*, che in italiano viene tradotto con il termine “patomimia”, è presente nella storia dell'uomo sin dagli albori e se ne possono trovare tracce in moltissime opere letterarie, sacre scritture comprese.

Fino alla pubblicazione della terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III; APA, 1980), il *malingering* veniva considerato una vera e propria patologia. Soltanto con la divulgazione, nel 1980, della nuova edizione, ha cessato di essere etichettato come una malattia ed è stato collocato nell'«insieme di fattori utilizzati per effettuare classificazioni supplementari» (pp. 331-332). Successivamente con la revisione della quarta edizione (DSM-IV-TR) si è arrivati alla definizione attualmente in vigore, che definisce il *malingering* come la «produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da

incentivi esterni come evitare l'arruolamento militare, il lavoro, eludere un processo penale o ottenere medicinali» (APA, 2000, pp. 739-740).

La quinta edizione del DSM è stata oggetto di una radicale riformulazione concettuale e strutturale. Il capitolo nel quale è trattato il *malingering*, è quello del “Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati”. All'interno di quest'ultimo sono racchiuse molteplici diagnosi, due delle quali sono particolarmente rilevanti ai fini della diagnosi differenziale: il “Disturbo fittizio” e il “Disturbo di conversione”. Rogers sottolinea l'esigenza di distinguere il *malingering* dalla semplice simulazione, dal momento che con il termine “simulazione” ci si riferisce alla totalità delle condizioni in cui vi è la produzione o l'amplificazione di un quadro sintomatologico, senza tuttavia stabilirne l'intenzionalità e le motivazioni che hanno condotto a questo comportamento; elementi che invece sono essenziali nel *malingering* (Rogers, 2008).

Il criterio che permette di discriminare il *malingerer* da un soggetto affetto da disturbo fittizio è quindi la natura degli incentivi. In entrambe le condizioni (*malingering* e disturbo fittizio) si simula una patologia in maniera del tutto consapevole, ma gli scopi per cui lo si fa sono diversi. Nel disturbo fittizio la simulazione avviene anche in mancanza di un incentivo tangibile esterno. Gli individui con questo disturbo rincorrono il “ruolo di pazienti” e desiderano ottenere cure e attenzione da parte del personale sanitario. Essi sono dunque mossi da incentivi “interni” e non da vantaggi personali “esterni” come invece avviene nel caso della patomimia. La loro volontà di sottoporsi alle cure mediche, anche quelle più invasive, li differenzia dai *malingerer* che sono invece tipicamente più restii alle procedure sanitarie e raramente tendono a collaborare.

Nel disturbo di conversione, invece, l'individuo non ha alcun incentivo evidente, né interno, né esterno (Sahoo, Kumar & Oomer, 2020). Allo stesso modo di coloro a cui viene diagnosticato un disturbo fittizio, anche questi pazienti si sottopongono volentieri alle cure mediche e non attuano nessun tipo di ostruzionismo, a differenza di quanto accade con un *malingerer*.

Il *malingering* rappresenta una vera e propria piaga per l'intera comunità perché si associa a enormi costi sociali, etici ed economici (Chafetz & Underhill, 2013). Ad esempio, ogni anno vengono preventivate molte risorse per fornire assistenza sociosanitaria. Non di rado capita che i destinatari di questi trattamenti non ne abbiano effettivamente bisogno. Di fatto, questo significa che ingenti somme di denaro vengano sperperate per pensioni di invalidità, trattamenti psichiatrici o alloggi in ospedali e case di cura non necessari (Viglione, Giromini & Landis, 2017).

Il malingering nel contesto forense penale

La determinazione della capacità d'intendere e volere è il nucleo della scienza penalistica. Attualmente, in Italia, con imputabilità si intende la coscienza che l'individuo possiede dei propri agiti e la sua normale autonomia volitiva. Vi è dunque la necessità che la persona sia in grado di autodeterminarsi, valutare le proprie condotte, comprendere le conseguenze morali, sociali e giuridiche che quest'ultime hanno e che abbia raggiunto la maturità mentale per effettuare questo tipo di valutazioni. L'imputabilità del soggetto è una condizione *sine qua non* della rimproverabilità (Rossi & Zappalà, 2005).

Nel Codice penale l'articolo 85, l'articolo 88 e l'articolo 89 disciplinano l'applicazione del concetto d'imputabilità e della capacità d'intendere e volere. Questi articoli sono essenziali per la comprensione e il giudizio dei rei che manifestano una qualche tipologia di sofferenza psichiatrica, al momento dell'atto illecito.

A partire dal XX secolo si è delineata la necessità d'individuare i *malingerer* all'interno dei contesti forensi penali (Resnick, 1984). Non è infatti così raro che i rei cerchino di manifestare una sintomatologia psicotica, dissimulando una perdita dell'esame di realtà (Resnick & Knoll, 2018), per ottenere uno sconto o una sospensione della pena o ancora per ottenere condizioni di detenzione migliori.

I soggetti sottoposti a perizia possono decidere di simulare/esagerare una patologia casualmente, premeditatamente o dietro suggerimento. Nel primo caso la patomimia può iniziare perché il reo ha interiorizzato la cultura carceraria, che comprende anche la psicopatologia. Nella seconda circostanza il soggetto, in pericolo di detenzione, preventivamente inizia a procurarsi la documentazione clinica necessaria per rafforzare un'ipotetica psicopatologia. Il *malingerer* mette in atto premeditatamente un vero e proprio piano in grado di dimostrare la sua non imputabilità. Nell'ultima circostanza sono i consulenti competenti a suggerire al detenuto di simulare un'instabilità mentale (Anselmi & Savoia, 2004).

Nei tribunali, nel corso degli anni, è aumentata l'attenzione sulla questione del *malingering*, stabilendo degli incrementi della condanna per coloro che, a seguito di un'approfondita perizia, risultino essere dei simulatori. Il perito, per fornire la sua valutazione nei contesti forensi, si basa sull'accertamento di determinate variabili, tra cui la presenza di un'oggettiva discrepanza tra il quadro sintomatologico lamentato dall'individuo e i reperti obiettivi raccolti, l'espressione di sintomi slegati e privi di un nesso eziologico, la presenza di un aumento esponenziale dell'interesse nella spettacolarizzazio-

ne dei sintomi e infine la presenza di una precisa motivazione esterna che induca la persona a mettere in atto comportamenti di patomimia (Resnick & Knoll, 2018).

Rilevare i simulatori non è un'operazione semplice. Discriminare la sintomatologia simulata/esagerata da quella veritiera è un'abilità complessa e articolata che necessita di una conoscenza approfondita del *malingering* e l'impiego di molteplici strumenti diagnostici validi e affidabili (Zapf & Grisso, 2012). I sintomi più comunemente simulati, nei contesti peritali penali, sono i deliri e le allucinazioni. Le allucinazioni visive vengono lamentate molto più spesso dai simulatori (46%), rispetto ai soggetti che realmente possiedono una sofferenza psichiatrica e sono portatori autentici di psicosi (4%) (Cornell & Hawk, 1989). Durante la valutazione è fondamentale domandare all'imputato il contenuto e le caratteristiche delle allucinazioni che dichiara di avere, per cercare di valutarne l'attendibilità. Si deve possedere molta premura nell'analisi del decorso temporale delle allucinazioni, soprattutto di quelle uditive. Nel caso in cui il soggetto affermi che la sintomatologia positiva sia scomparsa dopo pochi giorni dalla somministrazione degli antipsicotici, è probabile che quest'ultimo sia un simulatore poiché il tempo necessario al farmaco per svolgere la sua azione è di quasi un mese (Gunduz-Bruce *et al.*, 2005). La stessa attenzione al lasso temporale che decorre dall'assunzione dei farmaci alla scomparsa della sintomatologia va posta anche per i deliri, che necessitano di svariate settimane per andare in remissione. Si può dunque affermare che l'apparizione e la sparizione repentina della sintomatologia e l'assenza di comportamenti paranoidi, nei casi di ipotetici deliri paranoidi, che tendenzialmente si manifestano in seguito alla regressione del quadro sintomatologico siano dei veri e propri indicatori di sospetto (Resnick & Knoll, 2018).

Un'ulteriore variabile in grado di suggerire al perito la possibile simulazione del reo è il quadro sintomatologico particolarmente stravagante. Di solito, il *malingerer* non ha realmente idea di che cosa significhi essere affetti da un disturbo psichiatrico. Come gli attori, questi individui possono solo provare a immaginare e ad interpretare un ruolo come meglio riescono. Spesso esacerbano la loro simulazione credendo erroneamente che più è bizzarro il loro comportamento e più potranno convincere il medico della loro "follia". Vi sono testimonianze di imputati che per mettere in atto la loro patomimia hanno manifestato comportamenti assolutamente insoliti, come la coprofagia, ma così facendo hanno in realtà dimostrato la loro colpevolezza. Tra le situazioni che dovrebbero alimentare il dubbio in un perito, vi è il peggioramento del quadro sintomatologico nel momento in cui il soggetto sa di essere osservato e la manifestazione di sintomi non psicotici, come ad esem-

pio il sostenere di non ricordare dettagli bibliografici basilari come il proprio nome o la data di nascita (Jaffe & Sharma, 1998). Coloro che possiedono più probabilità di riuscita e risultano essere i simulatori più ostici da individuare sono i *malingerer* in grado di ponderare il quadro sintomatologico presentato, manifestando meno sintomi bizzarri o insoliti (Edens *et al.*, 2001).

Il simulatore tende a cercare di attirare l'attenzione sul suo comportamento, in contrasto con i pazienti schizofrenici che risultano essere altamente riluttanti a discutere della loro condizione e a richiamare la concentrazione sulla propria sintomatologia (Ritson & Forest, 1970).

Jones e Llewellyn nel 1917 fornirono una pittoresca definizione del simulatore affermando che egli «vede meno del cieco, sente meno che il sordo, ed è più zoppo che il paralizzato», sottolineando come il *malingerer* non sia altro che una maldestra caricatura.

II “*coached*” *malingering*

In ambito penitenziario non è insolito che l'imputato venga esortato e istruito a simulare una psicopatologia in maniera efficace. Questo fenomeno viene denominato *coached malingering*. In particolare, Suhr & Gunstad (2007) hanno individuato due tipologie di *coaching*:

- *symptom-coaching*, quando il reo viene istruito sui sintomi che dovrà simulare;
- *test-coaching*, quando vengono fornite nozioni su come rispondere ai test, sulla struttura e il funzionamento degli strumenti.

Le due diverse tipologie di *coaching* vennero analizzate in uno studio del 2004, dove si evidenziò il loro impatto sull'accuratezza di due importanti test impiegati la valutazione della credibilità del quadro psicopatologico presentato: il *Test of Memory Malingering* (TOMM) (Toumbaugh, 1996) e lo *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) (Widows & Smith, 2015). I risultati delinearono come gli strumenti non subissero nessun impatto dal *symptom-coaching*, ma che il decremento della loro accuratezza iniziava a essere rilevante quando venivano combinate le due modalità di *coaching* (Powell *et al.*, 2004).

Recenti studi hanno inoltre sottolineato come circa la metà degli avvocati non ritenga eticamente errato informare i loro clienti che la valutazione da parte del perito possa contenere dei test per valutare la credibilità della loro “presentazione” (Allen & Green, 2001).

È quindi fondamentale che il professionista sia a conoscenza di questa pratica diffusa e che ne tenga conto durante la valutazione, servendosi di strumenti affidabili e sempre più innovativi.

L'utilizzo dei test psicologici nella valutazione della credibilità dei sintomi

In letteratura vi sono alcuni strumenti che permettono di valutare la credibilità di un quadro sintomatologico fisico o psichico, ma nessuno di essi è in grado di stabilire se la simulazione sia attuata in maniera intenzionale o inconsapevole, né se vi siano incentivi o benefici esterni a cui l'esaminato ambisce; per questa ragione, la valutazione clinica della patomimia è estremamente complessa.

Diverse misure sono state messe a punto allo scopo di aiutare il testista nella valutazione della credibilità dei quadri clinici. Attualmente, però, la letteratura non offre linee guida universalmente condivise su quali misure sia meglio utilizzare. L'American Academy of Clinical Neuropsychology afferma che una giusta strategia, per individuare la simulazione, sia quella di somministrare all'interno della stessa batteria, almeno due strumenti per ognuna delle categorie di test essenziali per la sua valutazione. La motivazione alla base di questa asserzione è il fatto che se due test appartenenti alla stessa "tipologia" concordano nei risultati, allora è più probabile che quest'ultimi abbiano offerto un responso aderente alla realtà (Sweet *et al.*, 2021). In letteratura sono diversi gli strumenti che possono offrire al testista dati sulla simulazione: gli inventari di personalità utilizzati per la valutazione cognitiva e psicologica (inclusi i test di performance tipica), le interviste strutturate e le misurazioni specifiche per individuare la simulazione.

Gli inventari di personalità non sono stati ideati appositamente per misurare la credibilità dei quadri clinici presentati, ma vengono utilizzati anche con questo scopo perché al loro interno sono presenti delle scale che contribuiscono a misurare il livello di credibilità della presentazione. All'interno di questa categoria si collocano, ad esempio, il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2: Butcher *et al.*, 1989; MMP-2-RF: Ben-Porath & Tellegen, 2008; MMPI-3: Ben-Porath, & Tellegen, 2020), e il *Personality Assessment Inventory* (PAI) (Morey, 1991). Le scale F-r e Fp-r dell'MMPI-2-RF e le scale *Negative Impression Management* (NIM) e *Malingering Index* (MAL) del PAI sono esempi molto noti in letteratura.

Le interviste strutturate sono caratterizzate dall'impiego di quesiti organizzati e codificati, in grado di scrutare l'ipotetica simulazione. Tra gli stru-

menti che si possono annoverare in questa categoria, quelli più frequentemente utilizzati sono la *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) (Spitzer *et al.*, 1975), la *Structure Interview of Reported Symptoms* (SIRS: Rogers, Bagby & Dickens, 1992; SIRS-2: Rogers *et al.*, 2010) e il *Miller Forensic Assessment of Symptoms* (M-FAST) (Miller, 2001).

I test ideati espressamente per l'individuazione del *Negative Response Bias* (NBS), ovvero lo stile di risposta agli strumenti che contribuisce a mostrare una immagine di sé più problematica o patologica, possono essere suddivisi in due grandi macrocategorie: i test che valutano la credibilità dei sintomi auto-riferiti (*symptom-validity test* o SVT) e i test che vagliano la validità delle prestazioni osservate su compiti cognitivi all'apparenza complessi, ma in realtà piuttosto semplici (*performance-validity test* o PVT). Ricerche recenti sottolineano come l'utilizzo combinato di SVT e PVT migliori sensibilmente l'accuratezza diagnostica delle decisioni cliniche relativamente all'*assessment* della validità/credibilità dei sintomi (Sherman *et al.*, 2021).

La diffusione del *malingering* in diversi contesti e il costo sociale ed economico che ne deriva pone l'accento sulla necessità di utilizzare strumenti standardizzati e innovativi per il rilevamento del comportamento simulatorio. In particolare, diverse pubblicazioni mostrano come l'unione di strumenti PVT, SVT e test clinici specifici per le patologie manifestate dal paziente, all'interno della stessa batteria di test, sia una strategia particolarmente efficace. In particolare, il panorama scientifico ha di recente consolidato l'utilità di due test estremamente brevi e di facile utilizzo: l'*Inventory of Problems-29* (IOP-29) (Viglione *et al.*, 2017) e l'*Inventory of Problems-Memory* (IOP-M) (Girromini *et al.*, 2020). Avendo una forte base empirica ed essendo stati rilasciati recentemente, questi strumenti portano con sé l'inevitabile vantaggio di essere poco noti all'interno del panorama giuridico e di conseguenza di poter contrastare in maniera ottimale sia il *symptom-coaching* che il *test-coaching*. La brevità e la semplicità di questi strumenti li rende ottimali anche per soggetti con limitazioni cognitive perché non producono un sovraccarico nel soggetto.

L'IOP-29

L'*Inventory of Problems-29* è un *symptom-validity test* (SVT) autosomministrato, costituito da soli 29 *item* (Viglione *et al.*, 2017, Viglione & Girromini, 2020). Alla versione attuale dello strumento si è giunti dopo svariati studi e rielaborazioni. Inizialmente sono stati messi a punto 254 *item* considerando 27 strategie di rilevazione della simulazione. Le procedure statistiche successivamente utilizzate per la selezione degli *item* si sono focalizza-

te sulla generalizzabilità della validità degli *item* alla individuazione della simulazione di varie tipologie di condizioni psicopatologiche. Gli autori si sono inoltre focalizzati sull'efficacia di ciascun *item* in termini di validità incrementale. I 29 *item* selezionati sulla base di queste procedure costituiscono l'IOP-29, che può quindi essere applicato in contesti differenti e nella valutazione di molteplici condizioni cliniche (depressione, PTSD, schizofrenia, trauma cranico lieve, disturbi neuropsicologici, ecc.). La sua validità nel misurare la credibilità dei sintomi relativamente a queste condizioni è ampiamente documentata (Giromini & Viglione, 2022).

Nella costruzione dello strumento gli autori hanno preso in considerazione tutte le tipologie di strategie tipiche per la rilevazione della validità dei sintomi e delle performance. Quest'ultime possono essere suddivise in tre grandi categorie:

- le strategie fondate su una sintomatologia inverosimile e improbabile, che includono l'analisi di sintomi che si possono statisticamente manifestare solo nel 5% della popolazione clinica, o la cui combinazione raramente si sviluppa, nonostante singolarmente essi siano molto frequenti;
- le strategie fondate sul grado di gravità dei sintomi e sulla frequenza di essi, che includono l'analisi di quadri sintomatologici sproporzionati, irrealistici e con una presenza maggiore di sintomi caratteristici rispetto alla popolazione clinica reale;
- le strategie fondate sul contenuto dei sintomi, che includono gli stereotipi erranei che le persone possiedono rispetto al quadro sintomatologico di un determinato disturbo e la discrepanza tra i sintomi osservati dal clinico e quelli riferiti dal paziente.

I 29 *item* del test sono suddivisi in 27 *item* in grado di rilevare la simulazione attraverso domande chiuse, con alternative di risposta multipla (vero, falso e non ha senso) e 2 quesiti a risposta aperta (Viglione & Giromini, 2020). L'IOP-29 è collegato al suo sito ufficiale (www.iop-test.com), tramite il quale è possibile calcolare lo *score* di ogni singolo test. Il punteggio calcolato dall'algoritmo è un valore probabilistico, denominato *False Disorder Probability Score* (FDS), frutto della regressione logistica ottenuta attraverso la comparazione dei risultati prodotti da un campione di simulatori, con quelli prodotti da pazienti che rispondono onestamente agli *item* del test. Più il valore del FDS è alto e si avvicina a 1.00, minore è la credibilità del quadro clinico presentato. Secondo gli autori il punteggio di *cut-off* in grado di fornire un buon compromesso tra la specificità dello strumento e la sua sensibilità è un $FDS \geq 0.50$ (Giromini *et al.*, 2018; Viglione & Giromini, 2020).

L'IOP-M

L'*Inventory of Problems-Memory* è un *performance-validity test* (PVT) che prevede 34 *item* dicotomici a risposta “forzata”. Attualmente in letteratura è stata proposta la sua sesta versione, che include *item* in grado di discriminare i simulatori dai pazienti con buona efficienza diagnostica ($\Phi \geq 0.30$). Gli studi hanno dimostrato che in assenza di gravi compromissioni cognitive, coloro che completano genuinamente lo IOP-M rispondono correttamente a ciascun *item* del test nel 90% dei casi (Giromini *et al.*, 2020).

Lo IOP-M è in grado di valutare le capacità mnemoniche dei soggetti ai quali viene sottoposto. Questo strumento apparentemente così semplice surclassa i test mnemonici molto complessi e dispendiosi, in termini di tempo e risorse, presenti in letteratura. Tendenzialmente i PVT che valutano la credibilità dei deficit mnemonici presentati dagli esaminati prevedono degli stimoli target formati da immagini o parole, siano esse scritte o parlate, che vengono sottoposti al soggetto. Quest'ultimo viene istruito a memorizzare i contenuti presentati per poi essere successivamente interrogato su di essi. Per ridurre il tempo di somministrazione e aumentare l'utilità degli strumenti in termini di rapporto tra costi e benefici, l'IOP-M viene sottoposto immediatamente dopo lo IOP-29, utilizzando il testo dell'IOP-29 stesso come “*trial*” per l'apprendimento. Ognuno dei 34 *item* dello IOP-M presenta infatti due vocaboli o delle brevi affermazioni, una delle quali era presente nei 29 *item* dello IOP-29, l'altra no. Nell'IOP-M viene dunque testato l'apprendimento incidentale, che ha una lunga tradizione nei test neuropsicologici (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Giromini *et al.*, 2020).

Sono due le strategie che hanno guidato gli autori dell'IOP-M nella scelta dei termini più idonei da utilizzare:

- la “immaginabilità”, che consiste nella facilità con cui il soggetto riesce a visualizzare il vocabolo a lui sottoposto. Questa scelta metodologica è stata dettata dai numerosi studi che dimostrano come questa proprietà riesca a produrre un incremento mnemonico per le parole e di conseguenza ridurre la difficoltà di test mnemonici di riconoscimento a scelta forzata (Davis, 2014; Giromini *et al.*, 2020). L'IOP-M include al suo interno vocaboli meno astratti, privilegiando alternative più immaginabili e tangibili;
- il “contenuto”, che si basa sull'idea secondo la quale i *malingerer* tendano a selezionare parole con connotazione negativa o drammatica. La motivazione alla base di questa decisione è la possibilità, da parte del simulatore, di manifestare il proprio disagio emotivo. La letteratura ha

dimostrato come i *malingerer* tendano a rispondere più frequentemente con una connotazione negativa, rispetto ai soggetti onesti, anche quando questi ultimi effettivamente presentino un conclamato disagio fisico o psichico (Rogers & Bendere, 2013; Giromini *et al.*, 2020).

Attualmente sono stati svolti numerosi studi di ricerca per vagliare la validità e l'accuratezza dell'IOP-M, sebbene la letteratura sull'IOP-29 sia decisamente più abbondante. Gli studi ad oggi pubblicati relativamente all'efficacia dell'IOP-M sono stati condotti in Italia (Giromini *et al.*, 2020), negli Stati Uniti (Giromini *et al.*, 2020), in Australia (Gegner *et al.*, 2020) in Brasile (Carvalho *et al.*, 2021), in Francia (Banovic *et al.*, 2021) e in Slovenia (Šömen, M *et al.*, 2021). Nel complesso, i risultati di questi studi sono molto incoraggianti.

Diversi gruppi di ricerca in vari contesti culturali (Stati Uniti, Europa, Asia, Oceania, Sud America e Sud Africa) si stanno attualmente attivando per somministrare gli strumenti IOP (i.e., IOP-29 e IOP-M) a diversi campioni clinici, per cercare di comprovare la sua validità nella discriminazione tra presentazioni cliniche credibili/autentiche versus non-credibili. I risultati, sempre più copiosi in letteratura, sono molto promettenti e hanno recentemente spinto l'editor della rivista *Psychological Injury and Law* (una delle riviste di punta, nel settore dell'area a cavallo tra psicologia e legge), il dr. Gerald Young, a definire l'IOP-29 come «a newer stand-alone SVT that has the required psychometric properties for use in forensic disability and related assessments. Its research profile is accumulating, a hallmark for use in legal settings»¹ (Young *et al.*, 2020, p. 460). In effetti, anche nel contesto italiano l'IOP-29 è già entrato nelle CTU da tempo (Roma *et al.*, 2019).

Conclusion

Questo articolo introduce, inquadra e descrive il fenomeno del *malingering*, approfondendo in particolare il suo ruolo all'interno del contesto forense penale. Per motivi di spazio, abbiamo deciso di elaborare in dettaglio unicamente i due strumenti più nuovi e promettenti in questo ambito, ovvero l'IOP-29 e l'IOP-M (per maggiori informazioni, si invita il lettore a consul-

¹ Trad. it.: «un nuovo strumento SVT, di natura “stand-alone”, che ha le proprietà psicometriche necessarie per poter essere utilizzato in ambiti forensi in cui si fanno valutazioni di disabilità e simili. La ricerca sullo strumento si sta accumulando, il che è un elemento essenziale per l'utilizzo di un test in ambiti legali».

tare il sito: www.iop-test.com). Tuttavia, occorre sottolineare che la valutazione della credibilità dei sintomi e del possibile malingering non dovrebbe mai basarsi su un singolo test e che le linee guida internazionali insistono sulla necessità di considerare sempre molteplici fonti di informazione prima di concludere che un determinato quadro clinico sia “non credibile” (Sweet *et al.*, 2021). Per quanto fondamentali, strumenti quali l’IOP-29 e l’IOP-M, o anche l’MMPI e il Rorschach, dovrebbero quindi essere affiancati *sempre* da altri tipi di informazione come ad esempio la storia clinica, il colloquio, ecc. Incoraggiamo quindi i professionisti della salute mentale a evitare di basare le loro conclusioni unicamente su dati testistici e a considerare sempre il quadro clinico nella sua interezza.

Bibliografia

- Allen L.M. & Green P. (2001). Declining CARB failure rates over 6 years of testing: what’s wrong with this picture? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(8): 846-856. DOI: 10.1093/arclin/16.8.846.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Anselmi N. & Savoja V. (2004). Mental illness malingering in prison. *Rivista di Psichiatria*, 39: 208-212. DOI: 10.1708/69.732.
- Banovic I., Filippi F., Viglione D.J., Scrima F., Zennaro A., Zappalà A. & Giromini L. (2021). Detecting coached feigning of schizophrenia with the inventory of problems-29 (IOP-29) and its memory module (IOP-M): A simulation study on a French community sample. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1-17. DOI: 10.1080/14999013.2021.1906798.
- Beaber R.J., Marston A., Michelli J. & Mills M.J. (1985). A brief test for measuring malingering in schizophrenic individuals. *The American Journal of Psychiatry*. DOI: 10.1176/ajp.142.12.1478.
- Ben-Porath Y.S. & Tellegen A. (2008). *MMPI-2-RF, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: Manual for Administration, Scoring and Interpretation*. University of Minnesota Press.
- Ben-Porath Y.S. & Tellegen A. (2020). *MMPI-3: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. University of Minnesota Press.
- Butcher J.N., Dahlstrom W.G., Graham J.R., Tellegen A. & Kaemmer B. (1989). *Manual for the administration and scoring of the MMPI-2*.
- Carvalho L.D.F., Reis A., Colombaroli M.S., Pasian S.R., Miguel F.K., Erdodi L.A., ... & Giromini L. (2021). Discriminating feigned from credible PTSD symptoms: A validation

- of a Brazilian version of the Inventory of Problems-29 (IOP-29). *Psychological Injury and Law*, 14(1): 58-70. DOI: 10.1007/s12207-021-09406-0.
- Chafetz M. & Underhill J. (2013). Estimated costs of malingered disability. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(7): 633-639. DOI: 10.1093/arclin/act038.
- Cornell D.G. & Hawk G.L. (1989). Clinical presentation of malingerers diagnosed by experienced forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, 13(4): 375-383. DOI: 10.1007/BF01056409.
- Davis J.J. (2014). Further consideration of advanced clinical solutions word choice: Comparison to the recognition memory test – Words and classification accuracy on a clinical sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8): 1278-1294. DOI: 10.1080/13854046.2014.975844.
- Edens J.F., Guy L.S., Otto R.K., Buffington J.K., Tomicic T.L. & Poythress N.G. (2001). Factors differentiating successful versus unsuccessful malingerers. *Journal of Personality Assessment*, 77(2): 333-338. DOI: 10.1207/S15327752JPA7702_13.
- Folstein M.F., Folstein S.E. & McHugh P.R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3): 189-198.
- Gegner J., Erdodi L.A., Giromini L., Viglione D.J., Bosi J. & Brusadelli E. (2020). An Australian study on feigned mTBI using the Inventory of Problems-29 (IOP-29), its Memory Module (IOP-M), and the Rey Fifteen Item Test (FIT). *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-10. DOI: 10.1080/23279095.2020.1864375.
- Giromini L. & Viglione D.J. (2022). Assessing Negative Response Bias with the Inventory of Problems-29 (IOP-29): a Quantitative Literature Review. *Psychological Injury and Law*, 1-15. DOI: 10.1007/s12207-021-09437-7.
- Giromini L., Barbosa F., Coga G., Azeredo A., Viglione D.J. & Zennaro A. (2020). Using the inventory of problems-29 (IOP-29) with the Test of Memory Malinger (TOMM) in symptom validity assessment: A study with a Portuguese sample of experimental feigners. *Applied Neuropsychology: Adult*, 27(6): 504-516. DOI: 10.1080/23279095.2019.1570929.
- Giromini L., Viglione D. J., Pignolo C. & Zennaro A. (2018). A clinical comparison, simulation study testing the validity of SIMS and IOP-29 with an Italian sample. *Psychological Injury and Law*, 11(4): 340-350. DOI: 10.1007/s12207-018-9314-1.
- Giromini L., Viglione D.J., Zennaro A., Maffei A. & Erdodi L.A. (2020). SVT meets PVT: Development and initial validation of the Inventory of Problems-Memory (IOP-M). *Psychological Injury and Law*, 13(3): 261-274. DOI: 10.1007/s12207-020-09385-8.
- Gunduz-Bruce H., McMeniman M., Robinson D.G., Woerner M.G., Kane J.M., Schooler N.R. & Lieberman J.A. (2005). Duration of untreated psychosis and time to treatment response for delusions and hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 162(10): 1966-1969. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.10.1966.
- Jaffe M.E. & Sharma K.K. (1998). Malingering uncommon psychiatric symptoms among defendants charged under California’s “Three Strikes and You’re Out” law. *Journal of Forensic Science*, 43(3): 549-555. DOI: 10.1520/JFS16181J.
- Jones A.B., Llewellyn L.J. & Beaumont W.M. (1917). *Malingering; Oppure, The Simulation of Disease* (No. 15588-15596). P. Blakiston’s Son.
- Larrabee G.J. (2008). Aggregation across multiple indicators improves the detection of malingering: Relationship to likelihood ratios. *The Clinical Neuropsychologist*, 22(4): 666-679. DOI: 10.1080/13854040701494987.

- Miller H.A. (2001). *Miller forensic assessment of symptoms test: M-fast; professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Morey L.C. (1991). *Personality assessment inventory (PAI)*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources.
- Powell M.R., Gfeller J.D., Hendricks B.L. & Sharland M. (2004). Detecting symptom-and test-coached simulators with the Test of Memory Malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(5): 693-702. DOI: 10.1016/j.acn.2004.04.001.
- Resnick P.J. (1984). The detection of malingered mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, 2(1): 21-38. DOI: 10.1002/bsl.2370020104.
- Resnick P.J., & Knoll J.L. IV (2018). Malingered psychosis. In Rogers R.& Bender S.D. (eds.), *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 98-121). New York: Guilford Press.
- Ritson B. & Forest A. (1970). The simulation of psychosis: A contemporary presentation. *British Journal of Psychology*, 43(1): 31-37.
- Rogers R., Bagby R.M. & Dickens S.E. (1992). *The SIRS test manual*. Tampa: Psychological Assessment Resources.
- Rogers R. (2008). Detection strategies for malingering and defensiveness. *Clinical assessment of malingering and deception*, 3: 14-35.
- Rogers R., Sewell K.W. & Gillard N.D. (2010). *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS-2). Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources. doi: 10, 9780470479216.
- Rogers R. & Bender S.D. (2013). Evaluation of malingering and deception. In: Weiner I.B. & Otto R.K. (eds.). *Handbook of psychology*, vol. 11: *Forensic psychology* (2nd ed.) (pp. 517-540). Hoboken: Wiley.
- Roma P., Giromini L., Burla F., Ferracuti S., Viglione D.J. & Mazza C. (2019). Ecological validity of the Inventory of Problems-29 (IOP-29): an Italian study of court-ordered, psychological injury evaluations using the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) as criterion variable. *Psychological Injury and Law*, 13: 57-65. DOI: 10.1007/s12207-019-09368-4.
- Rossi L. & Zappalà A. (2005). *Personalità e Crimine, elementi di psicologia criminale*. Milano: FrancoAngeli.
- Sahoo S., Kumar R. & Oomer F. (2020). Concepts and controversies of malingering: A re-look. *Asian Journal of Psychiatry*, 50: 101952. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.101952.
- Šömen M.M., Lesjak S., Majaron T., Lavopa L., Giromini L., Viglione D. & Podlesek A. (2021). Using the Inventory of Problems-29 (IOP-29) with the Inventory of Problems Memory (IOP-M) in Malingering-Related Assessments: a Study with a Slovenian Sample of Experimental Feigners. *Psychological Injury and Law*, 14(2): 104-113. DOI: 10.1007/s12207-021-09412-2.
- Spitzer R.L., Endicott J., Robins E., Kuriansky J. & Gurland B. (1975). Preliminary report of the reliability of Research Diagnostic Criteria (RDC) applied to psychiatric case records. *Prediction in Psychopharmacology*. New York, Raven Press, to be published.
- Suhr J.A. & Gunstad J. (2007). Coaching and malingering: A review. *Assessment of malingered neuropsychological deficits*, 287-311.
- Sweet J.J., Heilbronner R.L., Morgan J.E., Larrabee G.J., Rohling M.L., Boone K.B., ... & Conference Participants (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, respon-

- se bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(6): 1053-1106. DOI: 0.1080/13854046.2021.1896036.
- Tombaugh T.N. (1996). *Test of memory malingering: TOMM*. Multy-Health Systems.
- Turner M. (1997). Malingering. *The British Journal of Psychiatry*, 171(5): 409-411. DOI: 10.1192/bjp.171.5.409.
- Viglione D.J., Giromini L. & Landis P. (2017). The development of the Inventory of Problems-29: A brief self-administered measure for discriminating bona fide from feigned psychiatric and cognitive complaints. *Journal of Personality Assessment*, 99(5); 534-544. DOI: 10.1080/00223891.2016.1233882.
- Viglione D.J. & Giromini L. (2020). *Inventory of Problems-29: Professional manual*. IOP-Test, LLC.
- Widows M.R. & Smith G.P. (2005). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources.
- Winters C.L., Giromini L., Crawford T.J., Ales F., Viglione D.J. & Warmelink L. (2020). An Inventory of Problems-29 (IOP-29) study investigating feigned schizophrenia and random responding in a British community sample. *Psychiatry, Psychology and Law*, 1-20. DOI: 10.1080/13218719.2020.1767720.
- Young G., Foote W.E., Kerig P.K., Mailis A., Brovko J., Kohutis E.A., McCall S., Hapidou E.G., Fokas K.F. & Goodman-Delahunty J. (2020). Introducing psychological injury and law. *Psychological Injury and Law*, 13: 452-463. DOI: 10.1007/s12207-020-09396-5.
- Zapf P.A. & Grisso T. (2012). *Use and misuse of forensic assessment instruments*. DOI: 10.1093/med:psych/9780195174113.003.0020.

Domande e risposte sul tema delle memorie traumatiche. Intervista di Angelo Zappalà alla Prof.ssa Giuliana Mazzoni



Giuliana Mazzoni*, Angelo Zappalà**

In che modo il trauma influenza la memoria di quell'esperienza traumatica ed esistono tecniche per facilitare l'accesso alle memorie traumatiche?

Su questo aspetto in realtà vi sono diverse posizioni in letteratura; da una parte ci sono quelli che sostengono che il trauma influenzi la memoria, ossia che la blocchi o ne modifichi il percorso di codifica, per cui l'esperienza veramente traumatica viene codificata non tanto attraverso un percorso che coinvolge l'ippocampo, quanto piuttosto attraverso un percorso che coinvolge l'amigdala. Questo comporta che coloro che hanno una posizione un po' estrema sostengono la presenza di memorie non verbalizzabili. Per cui non rimane una memoria di tipo dichiarativo, ma una memoria "del corpo". Il trauma verrebbe quindi codificato e memorizzato più come emozione e come esperienza corporea che poi crea problematiche psicologiche, piuttosto che come possibilità di descrivere verbalmente quello che è successo. In realtà, però, se uno guarda la letteratura, questa posizione è solo in parte confer-

* Ph.D., Prof. psicologia generale, Sapienza, Università di Roma; via dei Marsi 78 – 00185 Roma; e-mail: giuliana.mazzoni@uniroma1.it.

** Ph.D., psicoterapeuta, criminologo clinico, direttore CBT.ACADEMY (Scuola di psicoterapia cognitiva comportamentale in ambito clinico e forense); Via della Rocca 2 – 10123 Torino; e-mail: direttore@cbt.academy.

mata; i lavori più recenti a proposito della codifica dicono che le emozioni molto forti per esempio coinvolgono anche l'ippocampo oltre all'amigdala, e ciò comporta che una componente dichiarativa comunque rimanga. Quindi questo che cosa vuol dire? Significa che è vero che esiste un coinvolgimento dell'amigdala, quindi c'è una "memoria del corpo", ma vuol dire che sono proprio casi estremi quelli in cui non c'è la possibilità di ricordare in modo dichiarativo l'avvenimento. Quindi quando si va a esaminare un trauma, per esempio nei casi di abuso, nei casi di maltrattamento, nei casi di violenza domestica, non è vero che le persone non ricordano il trauma, è vero però che hanno delle componenti emotive, non verbali, corporee, ma non è vero che non ricordano niente. Queste amnesie da trauma avvengono soltanto in casi peculiari, ma ci sono condizioni specifiche perché avvenga un fenomeno del genere. Ciò non vuol dire che parlare di un avvenimento traumatico sia facile, vuol dire soltanto che non si è dimenticato, che di solito non c'è un'amnesia, quindi è potenzialmente parlabile e potenzialmente descrivibile. Anche se non è descrivibile in tutti i dettagli, perché è comunque una situazione traumatica che, come tutte le situazioni emozionalmente molto forti, fanno sì che l'attenzione si direzioni su alcuni elementi e altri vengano omessi, non elaborati, non codificati o codificati in maniera più superficiale e che quindi non siano ben presenti e ben integrati nella memoria. Parlare quindi di una situazione traumatica comunque rappresenta il parlarne dal punto di vista del dichiarato, rappresenta una narrativa che è comunque potenzialmente lacunosa, potenzialmente focalizzata su elementi che sono probabilmente molto accurati se l'attenzione è stata messa a fuoco proprio lì, mentre altri elementi che potrebbero essere anche molto importanti potrebbero essere omessi, sbagliati o in qualche modo frutto di attività successive di inferenza e di interpretazione.

Per riassumere, i punti che ho trattato fino adesso sono: non è vero che il trauma lo si dimentica *tout court*, ma ci sono dei casi in cui il trauma crea amnesia. Di solito del trauma si può parlare, ma questo non vuol dire che parlarne sia facile e che il ricordo del trauma sia particolarmente accurato, ci possono quindi essere omissioni ed errori di commissione, quindi parti di errori che in realtà derivano da interpretazioni successive di quanto accaduto, e dalle considerazioni che uno fa. Ci sono poi delle tecniche che sono state messe in piedi anche dalla polizia. Ce n'è una per esempio della polizia del New Jersey (attualmente ho ancora poca familiarità con quelle dell'Italia ma mi sto aggiornando anche su quelle), vere e proprie linee guida su come intervistare ad esempio donne vittime di violenza domestica. Quello che indicano queste procedure è come intervistare e come considerare le vittime di trauma, su che cosa insistere, su cosa non insistere,

che cosa dire, come tranquillizzare, come entrare in relazione, come fare in modo che raccontino a qualcuno totalmente sconosciuto un avvenimento molto personale, sconvolgente, intimo; quindi ci sono tutta una serie di tecniche proprio per facilitare la comunicazione dell'avvenimento traumatico. Il compito della polizia ad esempio in questi casi non è assolutamente quello dello psicologo. Qui in Italia con il codice rosso viene utilizzata la figura dell'ausiliario di polizia, si tratta di solito di psicologi, spesso psicologi clinici, ma totalmente impreparati. Alcuni sanno quello che fanno, ma molti in realtà scambiano questo tipo di attività come un'attività di presa in carico di un paziente e questo è molto sbagliato perché non è la presa in carico di un paziente, ma è l'ascolto di un avvenimento con conseguenze penali, e quindi occorre che uno sappia come condurre questo ascolto. Ripeto, ci sono anche linee guida della polizia, come quella del New Jersey, ma uno deve comunque sapersi porre ai fini dell'intervista in una maniera che sia da un lato adeguatamente empatica, dall'altro adeguatamente neutrale, dubbiosa e consapevole dei propri processi mentali di completamento delle situazioni. Nel senso che se una donna ti dice: "È successo A, poi è successo C", automaticamente ci viene da inserire un avvenimento B che può seguire A e spiegare C, ma non è necessariamente vero che questa interpretazione sia corretta, poiché il B è frutto delle nostre operazioni mentali che tendono a completare il quadro di un accadimento. Noi psicologi che svolgiamo questo tipo di funzione come ausiliario di polizia giudiziaria dobbiamo in realtà essere consapevoli di questi processi automatici che mettiamo in atto. L'altra cosa di cui gli ausiliari di polizia giudiziaria che sono psicologi clinici devono essere consapevoli sono vari altri fenomeni, quali ad esempio in che misura uno sposi la tesi della vittima, quanto la vittima richiama temi che possono coinvolgere chi svolge l'intervista, quanto la vittima fa compassione, quanto in realtà fa sì che chi ascolta richieda giustizia per lei. Gli psicologi clinici su questi aspetti dovrebbero essere più preparati rispetto ad altri tipi di psicologi, e riconoscere con facilità i casi in cui vengono attivati i propri vissuti emotivi, personali e mentali che poi vengono riversati in interviste su casi di abuso e violenza, anche se invece sarebbe necessario evitare di sentirsi coinvolti ed essere consapevoli di questo fenomeno. E questo perché può accadere che chi svolge l'intervista completa lei/lui il narrato della vittima, e sposa la tesi della vittima, diventa colei/colui che chiede giustizia per chi ha subito violenza. In realtà questo non è davvero il ruolo di chi conduce un'intervista, che deve invece mantenere un ruolo molto neutro, di chi ascolta, di chi prende appunti, di chi cerca di capire, di chi mette la persona a suo agio e così via.

Ma è vero che i ricordi di esperienze traumatiche spesso non sono accessibili alla coscienza perché la “mente” è in grado di bloccare inconsciamente le memorie di esperienze traumatiche a causa del loro contenuto doloroso?

Nella letteratura sulla memoria sono stati studiati gli effetti del blocco intenzionale di contenuti ed è questo il paradigma di Mike Anderson detto “Think no Think”. Con questo paradigma ho lavorato anche molto ed è in effetti un fenomeno che esiste, nel senso che effettivamente si possono bloccare contenuti della memoria utilizzando per esempio delle strategie di pensiero diversivo. Quindi se quel contenuto che voglio evitare sta per venirmi in mente, io penso a qualcos’altro. Ci sono dei lavori che dicono che si può in qualche modo non dico bloccare il ricordo, ma comunque rendere il ricordo meno facilmente accessibile. È però vero che questi lavori sono fatti su materiale neutro, ovvero su parole come potrebbero essere “cane”, “bottiglia”, “quadro” e “penna”, quindi parole fondamentalmente di tono emozionale neutro. Ci sono anche dei lavori fatti con parole emozionalmente cariche, o che ricordano potenziali situazioni traumatiche tipo “sangue”, “botte”, “ematomi”, “ferite”. In questi casi, secondo Mike Anderson, si trova un effetto simile, quindi di blocco, ma in realtà io ho lavorato su questi aspetti e non ho mai pubblicato nulla perché è un effetto *fimsy* si dice in inglese, ovvero un effetto che va preso proprio con le molle, nel senso che lo si ottiene soltanto se proprio lo si vuole ottenere, se si utilizza esattamente la stessa procedura, dettaglio dopo dettaglio, come fatto da Anderson. Si tratta quindi di un effetto che non è così forte e solido da poter dire: “Sì, uno assolutamente riesce a bloccare il ricordo”. No, è un effetto che si “trova ogni tanto, e in modo relativamente debole, quindi fondamentalmente la mia risposta è: “Potrebbe anche essere, ma per adesso non c’è nessuna dimostrazione adeguata”.

I ricordi di esperienze traumatiche possono rimanere inaccessibili alla coscienza per anni e poi improvvisamente essere ricordati? Quali sono a suo avviso le competenze specifiche che lo psicologo dovrebbe avere per l’ascolto dei minori ai fini delle indagini preliminari e quanto è importante adottare un protocollo per intervistare i minori presunti abusati?

Anche in questo caso ci sono due schieramenti opposti, e poi persone che hanno posizioni più moderate e io faccio parte di queste ultime perché non credo nella verità di posizioni estreme dato che nella scienza le posizioni estreme non esistono, si tratta troppo spesso solo di soltanto posizioni ideologiche. Quindi, sempre attenendomi ai fatti, è importante considerare i dati,

e i dati ci dicono che uno dei fenomeni della memoria è il “Cued recall”, ossia il ricordo con gli agganci. Questo tipo di procedura aiuta a riportare alla memoria cose che in realtà non sarebbero state ricordate tramite il ricordo libero, quindi il “Cued recall” porta ad avere una quantità maggiore di ricordi oppure più dettagli rispetto al “Free recall”, quando invece il ricordo è libero (in risposta a richieste del tipo “Raccontami quello che vuoi”). Con il ricordo “suggerito”, ad esempio, se viene chiesto di ricordare qualcosa in relazione alla parola “cane” vengono in mente dettagli sul cane. Quindi è vero che il dare suggerimenti, o il trovarsi in un contesto specifico, può riattivare dei ricordi altrimenti non accessibili. Secondo me c’è però un salto di qualità tra il dire che si possono riattivare dei ricordi quando la situazione ha degli agganci e dire “Mi sono dimenticata per 30 anni qualcosa e poi me lo ricordo”. In realtà nei casi giudiziari che ho seguito il fenomeno che ho trovato è che questi ricordi recuperati non sono necessariamente dei ricordi, nel senso che sono degli affioramenti di immagini mentali che poi vengono interpretati, elaborati, ripensati ecc., dopodiché dopo tre mesi, un anno, diventano un ricordo. Ma questo ricordo non è più dal mio punto di vista un ricordo, è un’elaborazione a posteriori di qualcosa che forse sarà anche un ricordo, ma che a quel punto non sappiamo cosa sia perché c’è stato tutto il lavoro di elaborazione, e questo lavoro di solito nei casi giudiziari che ho conosciuto è un lavoro di interazione in cui il terapeuta aiuta nell’interpretazione. Parlando di questo “aiuto” del terapeuta, trovo questo tipo di procedura pericolosissimo perché il terapeuta tende a mettere in bocca al paziente dei contenuti che in realtà non provengono genuinamente dal vissuto del paziente stesso, ma da quello che noi li spingiamo a dire. Li spingiamo in una certa direzione quando il paziente in realtà vorrebbe andare probabilmente in un’altra, per cui sono un prodotto anche nostro questi ricordi del paziente, e per questo invito ciascun terapeuta alla responsabilità e alla cautela. A questo proposito vorrei menzionare anche il problema della reificazione del narrato in terapia. Su questo vorrei fare un esempio che secondo me è illustrativo; una cosa è se un paziente mi dice: “Io mi ricordo dei grandi vermi bianchi nella mia vasca da bagno, mi facevano schifo”. Come terapisti prendiamo queste affermazioni come metafora di un vissuto, di un’esperienza, di un’emozione, di un rapporto precedente, e quindi andiamo a esplorarne il significato come metafora, considerandolo quindi non come un avvenimento reale ma come un messaggio che ci viene mandato. Se una persona invece ci dice “Mi ricordo quei due orsi bruni che erano nella macchina 500 di mia mamma e che tutte le volte che ci entravo mi facevano terribilmente paura”, come terapisti tendiamo a reificare questo ricordo, nel senso che consideriamo questo ricordo come più reale di quello precedente, in cui l’orso diventa

l'uomo cattivo o gli uomini cattivi che entravano nella 500 della mamma e facevano paura al bambino. Andiamo quindi a cercare un fondamento di realtà vissuta in una situazione che invece secondo me ha la stessa valenza dei grandi vermi bianchi nella vasca da bagno. A seconda della comunicazione del paziente noi terapisti siamo portati ad interpretare in modo diverso qualcosa che invece dovremmo interpretare nello stesso modo, come una comunicazione di un disagio o di un vissuto che il paziente ci fa, ci propone e che quindi noi dobbiamo cercare di esplorare con le cautele del caso e con la saggezza, la competenza necessaria per capire che cosa ci vuol comunicare questo paziente. Poi può anche darsi che in tutti e due i casi la cosa si riferisca ad aver assistito all'abuso sessuale, ad aver subito violenza da parte di adulti di sesso maschile, qualunque cosa, ma non è corretto usare due pesi e due misure nella comunicazione di un paziente che resta la comunicazione di un vissuto soggettivo piuttosto che di un avvenimento realmente accaduto. Vorrei fare anche un altro esempio, di Janet, e del suo intervento con Marie, una paziente che soffriva come molte donne a quel tempo di forme isteriche (di somatizzazione) gravi, perché si trattava sempre della *fin du siècle* nella quale isteria e disordini somatici erano molto di moda. Janet aveva ipnotizzato Marie e usato la regressione di età per portare la paziente nel momento in cui sarebbe avvenuto il trauma infantile, per recuperarne il ricordo. Allo stesso tempo Janet poi, una volta recuperato il ricordo, utilizzava esattamente la stessa tecnica per modificare questo ricordo e renderlo meno traumatico. Se si pensa bene, questa è una sorta di contraddizione nei termini perché la prima volta considerava il ricordo recuperato come ricordo vero, la seconda volta sapeva perfettamente che, utilizzando la stessa tecnica, stava inducendo un ricordo falso. Questo è l'altro esempio che volevo usare per raccomandare cautela, considerando il ruolo che noi abbiamo come terapisti, e la responsabilità che abbiamo nei confronti di un paziente quando ci comunica qualcosa. Certamente noi possiamo formulare ipotesi e avere dei sospetti, e dobbiamo approfondire le ipotesi ed eventualmente indagare sui sospetti, ma dobbiamo farlo con tutta una serie di consapevolezza, di filtri di consapevolezza relativa ai nostri vissuti e ai nostri processi mentali che talvolta invece mancano. Secondo me le guerre tra quanti hanno posizioni estreme sul tema della domanda sono dovute al fatto che i terapisti si sono mossi come un elefante in un negozio di porcellane, in modo molto maldestro e in un qualche senso facendo anche errori molto importanti. Può darsi che alcuni di questi casi clinici fossero in realtà anche vere situazioni di trauma dovuto a violenza e abuso, ma a un certo punto la realtà dei fatti è indeterminabile perché l'intervento del terapeuta è un intervento determinante, un intervento che guida, un intervento che direziona.

A volte i pazienti, durante la psicoterapia, ricordano di aver subito abusi sessuali durante l'infanzia. Di questi eventi precedentemente non avevano nessun ricordo. Cosa ci può dire su questo fenomeno e cosa dovrebbe fare, e non fare, uno psicoterapeuta che si trova di fronte a questa situazione.

In grandissima parte su questo ho già risposto e ripeto che ci sono delle situazioni in cui effettivamente una persona improvvisamente ricorda qualcosa, ma bisogna fare estrema attenzione tra quello che una persona ricorda e la funzione che ha quel ricordo in quella fase specifica della terapia, in quella fase dello sviluppo del rapporto terapeutico eccetera eccetera, ma queste sono cose che gli psicologi clinici sanno molto bene.

Sempre rispetto ai ricordi di presunti abusi....cosa fare quando non emerge un vero e proprio ricordo, ma solo una memoria di tipo sensoriale. Come deve trattarla lo Psicoterapeuta? Se fosse solo un'impressione o una suggestione? Come si può contenere il rischio di stimolare nel paziente un falso ricordo?

Che cosa si fa? Uno nota le manifestazioni del paziente, nel senso che assolutamente non ometterei questo come segnale possibile che indica abuso, ma non spingerei e soprattutto non lo interpreterei necessariamente e immediatamente come segnale d'abuso. Anche in questo caso le faccio un esempio, ci sono tante situazioni in cui quando un bambino ha forme di diarrea frequente, mal di pancia, incubi e qualche disturbo di apprendimento, quando insomma comincia a trovarsi male a scuola, nasce il sospetto è che ci sia stato un abuso, abuso sessuale. In realtà non è necessariamente l'interpretazione corretta, e neppure quella che deve essere ipotizzata con maggiore frequenza. Occorre infatti fare in modo serio una diagnosi differenziale e verificare se c'è un'infezione virale oppure no, se ci sono delle condizioni organiche che potrebbero spiegare quanto accade al bambino, Se dall'altra parte si trattasse solo di sintomi psicologici, bisognerebbe comunque capire se effettivamente l'unica spiegazione debba essere l'abuso, oppure se per esempio possa essere il fatto che è nato un fratello, che ha cominciato andare a scuola, che la madre ha iniziato a lavorare, che il padre ha abbandonato la famiglia, che è cambiata l'insegnante a scuola, che può essere arrivato un bambino che lo morde in faccia, ecc. Quindi quello che io di solito suggerisco in questi casi è di formulare un ventaglio di possibilità esplicative, delle quali una è l'abuso sessuale, ma non è l'unica come non è necessariamente quella vera. E in terapia andrei a esplorare queste varie possibilità. Eventualmente, oltre

che con i bambini, parlerei anche con i genitori, con gli insegnanti, mi attivei anche in altri sensi, ma soprattutto è proprio l'impostazione mentale del terapeuta che non deve essere a tunnel, ovvero considerare quell'unica ipotesi perché in questo momento mi è attiva in mente (seguendo un processo di pensiero che è stato ben illustrato da Daniel Kahneman quando parla dell'euristica della disponibilità per cui un'ipotesi più pensata viene in mente prima, o quando parla dell'euristica della rappresentatività, per la quale l'abuso sessuale è l'elemento più rappresentativo di una certa categoria di disturbi). Occorre mantenere un pensiero aperto, critico sulla situazione, formulare quindi tutta una serie di ipotesi che vanno valutate un po' come fa uno scienziato. Va considerato per esempio che il Base Rate dell'abuso sessuale è molto basso. È disponibile una ricerca dell'Istituto degli Innocenti di Firenze, come anche una ricerca del Cismai, Terre Des Hommes, quindi svolta da professionisti che credono anche in una prevalenza alta dell'abuso sessuale, e i risultati di queste ricerche mostrano che in campione di bambini attenzionati dagli assistenti sociali, quindi bambini in situazioni di rischio, l'abuso sessuale è il 4% sul 100% dei disturbi, mentre, se non ricordo male, la percentuale relativa al maltrattamento sarebbe superiore al 60%. Questi dati ci dicono che l'abuso sessuale esiste, ma non è il problema principale e quindi se un bambino sta male uno pensa prima a cause che sono più frequenti nella popolazione, che non sono necessariamente l'abuso sessuale.

Esistono dei modi per riconoscere le false memorie? In altre parole, è possibile discriminare i falsi ricordi dai ricordi genuini?

Io credo sia importante distinguere tra la menzogna e le false memorie. La menzogna è caratterizzata dal fatto che uno sa di mentire, ovvero intenzionalmente mente, crea una realtà alternativa credibile all'ascoltatore. Quindi vengono messi in atto tutta una serie di processi mentali abbastanza complessi all'interno della creazione di una menzogna, ma soprattutto c'è l'intenzionalità e il fatto che la persona sia consapevole del fatto che sta creando una realtà alternativa che sia convincente, e questo è stato documentato anche in bambini. I falsi ricordi invece sono caratterizzati dall'inconsapevolezza, nel senso che pur essendo ricordi falsi vengono considerati come ricordi veri. Poi in alcune circostanze, e io sono stata tra i primi a studiare queste cose, le persone si rendono conto che sono ricordi falsi perché ci sono contraddizioni forti, perché sono impossibili, perché altri affidabili negano che siano accaduti. Ad esempio, esistono persone della mia età che si ricordano di essere state in campo di concentramento, un fatto che non è assolutamente possibile perché sono troppo giovani. Tuttavia sono ricordi molto vividi, pur

non essendo veri. Si possono trovare anche aneddoti riferiti da Janet, o da Oliver Sacks, per esempio, e racconti di persone che ad esempio dicono: “Mi ricordo quando sono stata inseguita da un dinosauro, me lo ricordo benissimo, ma ho imparato quando avevo 10 anni che i dinosauri non esistono”. Il ricordo però resta vivissimo. Altri ricordano: “Mi ricordo quando volavo con le ali, poi ho capito che non poteva essere possibile, quindi ho smesso di crederci, ma me lo ricordo benissimo”. Esistono quindi molti ricordi falsi di cui una persona si rende conto a posteriori quando si incontrano informazioni che rendono i ricordi impossibili, o contraddittori rispetto alla realtà, ma che, finché non c'è contraddizione con la realtà, vengono considerati da chi ricorda come ricordi di avvenimenti realmente accaduti. Soggettivamente sono ricordi veri e quindi la persona ci crede, li considera parte del proprio vissuto, proprio come accade per un ricordo di una cosa effettivamente avvenuta. Per questo motivo quindi identificare un ricordo falso è difficilissimo proprio perché non è una bugia, non è una menzogna intenzionale, è una costruzione mentale che sembra decisamente vera. Chi ascolta sta ascoltando un ricordo ritenuto vero da chi lo racconta.


Prima di testimoniare in audizione protetta i minori devono essere valutati idonei a testimoniare. Quali strumenti e quali dimensioni è necessario indagare per rispondere al quesito sull'idoneità a testimoniare nei casi di presunte vittime di abuso sessuale.

Questa è una domanda che implica una risposta molto lunga, ma purtroppo le devo rispondere a questo punto molto brevemente. L'idoneità a testimoniare secondo me non dipende tanto dall'individuo, ma dalla circostanza, nel senso che, a meno che non ci siano delle patologia conclamate, patologie neurologiche, patologie dello sviluppo, patologie psicologiche eccetera eccetera, tutti siamo idonei in principio a testimoniare. Ma siamo tutti idonei a testimoniare sulla situazione X? Questo dipende dall'iter della situazione. Ad esempio consideriamo l'ipotetico caso in cui sia io a dover testimoniare. Sono certamente *compus mea*, nel senso che so di che cosa parlo e di solito ne parlo anche con competenza, ho un contatto buono con la realtà, e quindi sono idonea a testimoniare. Ma se nel corso delle indagini (e anche prima che si svolgano le indagini ufficiali) sono sentita molte volte da più persone, le domande che mi sono state fatte hanno deformato la mia interpretazione delle cose, sono stata forzata a dire cose non vere, mi sono stati portati argomenti che mi fanno pensare che le cose devono essere diverse, se mi hanno detto “Immagina” e poi hanno lavorato su queste mie immagini mentali, io, anche se in principio come persona sono idonea a testimoniare, per quella

situazione in realtà non sono più realmente idonea. Manca in questo caso l'idoneità specifica a testimoniare per quella specifica situazione. Ritengo quindi che l'idoneità a testimoniare sui fatti dipenda dall'iter della testimonianza, da quante volte una persona è stata sentita e come. Come è stata sentita? Cosa le è stato suggerito? Cosa le è stato detto? Secondo me appunto la cosa importante è valutare questo iter per capire poi se una persona può testimoniare su una certa cosa, sia bambino che adulto. E i bambini in realtà possono testimoniare, i bambini anche molto piccoli possono testimoniare, basta che vengano ascoltati in modo aperto, chiedendo un ricordo libero, invece di ricevere domande suggestive dopo essere stati ascoltati molte, troppe volte, da genitori, insegnanti, assistenti sociali ecc.

Secondo lei è meglio posticipare l'intervento terapeutico sulla presunta vittima in un momento successivo all'audizione protetta?

Anche questo è un argomento abbastanza complesso ma per questioni di tempo fornisco una risposta molto semplice. In primis, la persona che svolge l'ascolto sui fatti non può essere il terapeuta, ci deve essere assolutamente una completa divisione dei ruoli, non può nemmeno essere la stessa persona che svolge due ruoli diversi. I due professionisti, diversi, secondo me non devono neppure comunicare troppo tra di loro, perché chi si occupa dell'ascolto deve apprendere quanto accaduto dal testimone, e non dalla collega che ha in terapia il testimone. Certamente un testimone può anche andare in terapia prima di essere ascoltato, ed essere in terapia quando poi si svolge l'incidente probatorio, ma occorre che il terapeuta non lavori sugli avvenimenti che sono oggetto di indagine, ossia è importante che non vada a cercare che cosa è realmente accaduto, e che non suggerisca al bambino o all'adulto avvenimenti, interpretazioni, e cose non accadute. Quindi la situazione ideale sarebbe un'audizione protetta immediata e poi terapia perché questo potrebbe proprio di per sé completamente evitare, bloccare ogni forma di commistione, questa sarebbe la situazione ideale. Certamente l'audizione protetta dovrebbe essere fatta molto rapidamente perché non si possono lasciare persone che hanno bisogno di terapia per tempi lunghi senza aiuto, senza essere accolte, senza essere prese in carico. Ma il momento dell'incidente probatorio rappresenta di per sé un tema complesso che qui non posso trattare.



Quaderni di Psicoterapia Cognitiva è la rivista che dal 1996, raccoglie i contributi teorici e clinici dei professionisti (psicoterapeuti, psichiatri, psicologi clinici) che si riconoscono, da ormai quarant'anni, nella Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

La rivista persegue diversi scopi: sicuramente far circolare l'informazione tra i soci, ma soprattutto accrescere la conoscenza e la comprensione dei differenti approcci presenti nella Società. Quest'ultimo dato rappresenta un'importante risorsa di una società scientifica e consente di proporre al lettore una visione da una parte ampia e dall'altra dettagliata dei molti temi trattati dal cognitivismo clinico con rilevanze ed enfasi modulate dalla diversità dei modelli all'interno di una condivisione di assunti di base, comuni.

Si può perciò affermare che *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* dia conto delle fasi di sviluppo dei modelli teorici e delle prassi cliniche nelle molteplici applicazioni in ambito cognitivista.

L'attenzione viene posta nel riportare riflessioni sul lavoro svolto, attraverso il confronto sulle strategie e procedure di intervento, elaborate nelle diverse aree psicopatologiche. Tutto questo potrebbe essere definito, ambiziosamente, uno strumento di aggiornamento all'interno di una politica culturale condivisa.

Il progetto redazionale è complesso e ha anche il compito di facilitare il dibattito e la discussione tra le diverse anime del cognitivismo clinico ampiamente rappresentate nella comunità cognitivista italiana.

Un ulteriore scopo di *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, infatti, riguarda la promozione del cognitivismo italiano che ha ormai, grazie alla presenza di professionisti che agiscono sulla base di conoscenze scientifiche rigorose solide e accettate dalla comunità internazionale, una comprovata tradizione clinica, teorica e di ricerca.
