

PRIMO ANNO DI VITA-SPITZ,1965

René A. Spitz (Vienna 1887-Denver 1974)

Il primo anno di vita del bambino. Parla della relazione del bambino con la madre che vede come oggetto della pulsione libidica del bambino.

1. Genesi della relazione madre bambino (o rapporto oggettuale)
2. Ruolo strutturante della madre oggetto delle pulsioni libidiche
3. Stadi di sviluppo
4. Deformazioni delle relazioni oggettuali

Ha effettuato delle osservazioni longitudinali per rilevare gli stadi di sviluppo nel primo anno di vita. Ha studiato bambini abbandonati in orfanotrofio alla nascita, i cui bisogni fisici erano soddisfatti adeguatamente, ma a cui mancavano cure e relazioni significative continue, rilevando disturbi gravi e gravi forme depressive.

Metodo

366 bambini osservati in diversi ambienti.

Longitudinalmente e trasversalmente per 2 anni, da osservatori indipendenti, alternativamente di sesso maschile e femminile con test ripetuti mensilmente.

Sviluppo delle relazioni oggettuali

Stadio pre-oggettuale (fino a 2 mesi) *narcisismo primario*

- Indifferenziazione
- Seno materno come parte di sé
- Simbiosi
- Reazioni prettamente fisiologiche
- Risposte a stimoli introcettivi

Stadio dell'oggetto precursore (2-3 mesi)

Punto di transazione dallo stadio narcisistico a quello della libido oggettuale

- Percezioni esterne e non più solo interiori
- Tracce mnestiche
- Comparsa di un Io rudimentale (principio di realtà)
- Transizione dalla passività alla attività
- Inizio relazioni sociali

ORGANIZZATORE PSICHICO. → Risposta sorriso

- Gestalt privilegiata costituita dall'insieme: fronte, occhi e naso, il tutto in movimento

- Risposta non limitata da un individuo: intercambiabilità
- Chiunque può provocare il sorriso, se sono rispettate le condizioni per la realizzazione della Gestalt privilegiata.
- Per questo: Configurazione Gestalt-segnale
- Il bambino non riconosce nella Gestalt-segnale le qualità essenziali dell'oggetto

Sono giunto alla conclusione che non è giustificato affermare che la percezione del volto umano e la risposta del sorriso a questo, al terzo mese, siano una vera relazione oggettuale. Questo perché ho potuto stabilire che ciò che il bambino percepisce non è un partner, né una persona, né un oggetto ma solamente un segnale non sostituito dalla totalità del viso ma piuttosto da una Gestalt privilegiata. Infatti, il sorriso non avviene e la madre non viene riconosciuta se rivolta di profilo.

ORGANIZZATORE PSICHICO (6-8 mesi)

Angoscia dell'ottavo mese: in cui si ha una vera e propria relazione sociale con la madre, percepita come persona diversa dell'estraneo, si riconosce una relazione più intima e personale. Testimonia l'interazione progressiva dell'io del bambino e la sua nuova capacità di distinguere tra io e non io. L'angoscia riguarda la perdita dell'oggetto. Solitamente avviene quando la madre lascia il bambino con un estraneo, ovviamente dipendono anche le sue conformazioni fisiche e se la madre è presente durante questo incontro o assente.

ORGANIZZATORE PSICHICO (oltre i 12 mesi)

Risposta del no: in cui vi è un equilibrio tra le pulsioni libidiche e aggressivo ed un primo rudimentale meccanismo di difesa. L'uso del no indica una completa distinzione tra il sé e l'oggetto; è la prima astrazione che permette alla comunicazione di assumere un valore semantico. Il segnale, che il bambino ha fatto un investimento libidico sulla madre, è dato da un elemento che si osserva nel suo comportamento. Il bambino riceve dalla madre delle proibizioni (non mettere le mani nella presa). La mamma prima era molto accondiscente e successivamente inizia a dire NO. Il bambino non riesce a capire il senso di questo cambiamento della figura di riferimento. Il bambino per la prima volta struttura e organizza una difesa; comincia lui a dire no (prima ancora che lo dica la madre). Secondo S. questa è la prima parola astratta che il bambino dice in segno di difesa. Il bambino usa l'identificazione con l'aggressore come meccanismo di difesa, in questo modo supera il conflitto.

Deformazioni delle relazioni oggettuali



1. Relazioni madre e figlio inadeguate (qualitative) la madre offre al figlio relazioni improprie e agisce come una tossina psichica creando **psico-tossicosi**. Le componenti dannose sono:
 - Rifiuto attivo o passivo quali ritirarsi e mancata accettazione del bambino.
 - Preoccupazione primaria ansiosamente esagerata
 - Ostilità materna sotto forma di preoccupazione ansiosa

-Oscillazioni rapide tra tenerezza e ostilità aggressiva

-Sbalzi d'umore ciclici ad onde lunghe della madre

-Ostilità coscientemente compensate

2. Relazioni madre e figlio insufficienti (quantitative): i bambini privati dalla relazione con la madre, di qualcosa di indispensabile al loro sviluppo, avitaminosi, turbe da carenze affettive, può avere

- Carenze Parziali
- Carenze Totali

-Rifiuto attivo e passivo: di natura non oggettuale, non verso il bambino, ma verso il fatto di avere un bambino, presente nei primi giorni e settimane. L'effetto si manifesta sulla oralità del bambino (bocca e incorporazione) Rifiuto del cibo e vomito. Il rifiuto che la madre può avere verso il figlio durante la gravidanza può poi riprodursi nel bambino che cerca quasi di morire, non mangiando o vomitando ciò che ingerisce.

-Preoccupazione primaria ansiosamente esagerata, primo tremestere di vita con la *colica del 3° mese* (insorge nella terza settimana e scompare al terzo mese) sconosciuta nei bambini istituzionalizzati. Preoccupazione materna (iperprotezione materna) + bambino ipertonico. Una madre particolarmente iperprotettiva in modo ansioso con pensieri negativi riguardo ciò che potrebbe succedere al bambino. Maschera tendenze aggressive nei confronti del bambino con l'ansia, infatti non è in grado di capire le esigenze del bambino vere. Nel 3° mese di vita la colica scompare perché il bambino spende le energie ipertoniche in eccesso in modo autonomo.

-Ostilità materna sotto forma di preoccupazione ansiosa. Si tratta di un bambino con una cute più eccitabile (soffre maggiormente il solletico, si attiva appena toccandolo) e di una madre che si agita all'idea di toccare il bambino (pensa esso possa farsi male, lo vede troppo fragile). Secondo S. non è la crema che guarisce il bambino, ma il passaggio che il bambino fa nel valutare lo sfioramento cutaneo da autoerotismo (capendo quale sia la sua pelle, i suoi limiti) ad integrarlo ed elaborarlo in modo normale. Angoscia ansia e preoccupazione della madre vs ciò che riguarda il bambino. Ostilità repressa. Può portare ad una *dermatite atopica* nel secondo semestre di vita con risoluzione dopo il primo anno. Non vi è l'angoscia del primo mese ma riflessi cutanei con eccitabilità cutanea. Questo si verifica maggiormente in madri con disturbi intellettivi e personalità infantile che non offre contatti tattili e corporei. Segnali incoerenti e ambigui somatizzati.

-Oscillazioni rapide tra tenerezza e ostilità aggressiva, **disturbi della motricità** infantile. Eccessiva attività motoria con ritardo nella manipolazione e nel settore sociale. Madri con gravi psicopatie. Assenza di relazioni libidiche e attività compensatoria.

-Sbalzi d'umore ciclici ad onde lunghe della madre. Atteggiamento costante della madre verso il bambino per vari mesi che all'improvviso diventa l'opposto e resta tale per lunghi periodi. Madri ciclicamente depresse. Premura e poi ostilità. Secondo semestre del primo anno *coprofagia* come compensazione per la perdita dell'oggetto libidico

-Ostilità coscientemente compensante, conflitto cosciente. Bambino oggetto di soddisfazione narcisistica ed esibizionistica compensata da atteggiamento “di dolcezza angelica”. Ambienti intellettuali, ritardo sociale e precocità in altri settori.

Metodo

Oltre alle osservazioni longitudinali sul campione normativo sopra descritto:

Confronto tra 91 bambini in orfanotrofio con 220 bambini di analoghe condizioni in istituto con le loro madri; ciò ha rilevato:



1. Mortalità precoce (37%) dei bambini in orfanotrofio vs nessun caso di bambini in istituto con la madre
2. Gravi ritardi nello sviluppo del linguaggio, controllo sfinteri, calo ponderale, vulnerabilità alle infezioni, abbassamento delle difese immunitarie, emozioni negative ecc.

→ Carenza quantitative

Carenza parziale: **depressione anaclitica**

Tra 6 e 8 mesi di buon rapporto con la madre, separazione più o meno lunga con sostituto non soddisfacente. Quadro clinico progressivo. Primo mese: piagnucolosi ed esigenti. Secondo mese: pianto si trasforma in grida. Terzo mese: rifiuto del contatto, posizione patognomonica (nel lettino a pancia in giù), insonnia, perdita di peso, tendenza a contrarre malattie. Dopo terzo mese: cessa il pianto rimpiazzato da grida, viso rigido, aumento del ritardo. Se la madre o un sostituto accettabile ritornano, i sintomi scompaiono. Quando c'è una separazione ed i genitori non possono occuparsi del bambino quindi esso viene messo in un luogo in cui viene curato ma senza la presenza di un caregiver di riferimento, vi è un calo progressivo delle capacità che il bambino aveva acquisito, durante il primo mese il bambino che aveva manifestato lati positivi nella relazione con l'adulto, vi è un cambiamento nel comportamento del bambino che inizia a piangere maggiormente, successivamente protesta con pianti e grida e successivamente inizia a mettersi in posizioni strane (pancia in giù, non dorme e ha un abbassamento delle difese immunitarie. Dopo tre mesi dalla perdita del caregiver il bambino che manifesta inizialmente dei problemi molto gravi nelle relazioni con gli altri, successivamente sembra essere in grado di “sostituire” la madre con qualcuno che si prenda cura di lui

Carenza totale: **marasma** (91 soggetti in orfanotrofio)

Il bambino subisce la perdita del caregiver dopo 3 mesi di buona relazione. Si presentano stadi analoghi alla depressione anaclitica, + ritardo motorio progressivo, spasmi e movimenti anomali delle dita, letargia, ritardi intellettivi gravi a due anni, disturbi del sonno, elevata percentuale di morti. Aggressività rivolta al sé (battere la testa contro il letto, picchiarsi con i pugni, tirarsi i capelli, privazione della relazione oggettuale).

TEORIA DELL'ATTACAMENTO

La teoria dell'attaccamento spiega bene sia nell'infanzia sia nell'età adulta in che modo noi sentiamo e viviamo le relazioni affettive, ma non spiega le differenze della capacità di adattamento, cognitive...questa teoria analizza questi aspetti come effetti secondari. Si ritiene che il caregiver svolga una funzione di sostegno in modo positivo quando risponde in modo adeguato ed è capace di

cogliere le differenze nelle varie fasi di sviluppo del bambino assecondando le sue richieste, ed ha la capacità di rendere il bambino indipendente dal punto di vista sociale; il caregiver non dà solo amore ma anche regole e regolarità. Stabilisce una funzione di rispecchiamento e sostegno allo sviluppo del bambino + intermediarlo con le richieste dell'ambiente.

Bowlby e Mary Main si sono occupati dello sviluppo.

John Bowlby (1907-1990) era un medico, figlio del chirurgo di corte, che si affascina alla psichiatria infantile. È stato indicato come esperto per valutare sui bambini gli effetti della Seconda guerra mondiale. Ha potuto osservare bambini con gravi problemi relazionali, si chiede il perché. È l'autore che per primo ha dato una svolta agli studi sulla relazione adulto/bambino. Ciò che influisce nella relazione adulto-bambino è come l'adulto si comporta nei confronti di esso. È un legame caratterizzato da feedback reciproci. Ciò che la madre fa ha un effetto sul bambino che di conseguenza risponderà in un certo modo.

Influenza dell'etologia Konrad Lorenz e Harry Harlow

Inizialmente si pensa che chi nutre il bambino diventa oggetto dell'investimento libidico del bambino. La persona che soddisfa il bisogno di desiderio di cibo è colei con cui il bambino crea il legame; Bowlby mette in discussione tutto ciò.

Entra in contatto con Harlow che riteneva che il bisogno primario del bambino non fosse il cibo, ma un legame che si crea sulla base di bisogni importanti per la sopravvivenza come contatto, calore e protezione.

Esperimento di Harlow con le scimmie

Una sagoma con fil di ferro ed una con gomma piuma, l'ipotesi principale è che il legame si struttura sulla base della soddisfazione del bisogno alimentare, ci saremmo dovuti aspettare che il piccolo di scimmia dopo aver mangiato rimanga vicino alla struttura della madre fil di ferro (colei che lo nutre) invece immediatamente dopo essersi cibato scappa, dimostrando che il vero bisogno non è il cibo ma la sensazione di calore e di protezione donatogli dalla madre gomma piuma. Durante l'esperimento vengono presentate due sagome rappresentanti una madre; uno formato da fil di ferro...

Bowlby trae l'idea che la ricerca di vicinanza affettiva non è data dal bisogno di cibarsi ma da altri bisogni più forti.

Lorenz fa studi in cui scopre ed evidenzia un fenomeno chiamato *imprinting* ovvero l'apprendimento rapido e precoce delle caratteristiche dell'individuo che si può prendere cura dei piccoli di quella specie, si evidenzia nell'uomo ma è tipico degli animali, Nel mondo animale non è modificabile, avviene sempre nello stesso modo. Se vi sono delle alterazioni, esse portano il piccolo a recepire quei segnali e seguire chi non dovrebbero seguire (Lorenz con le papere che lo seguono); nell'uomo vi è il *periodo critico* ovvero il periodo temporale durante il quale le influenze ambientali hanno un maggior effetto. I periodi critici variano in funzione della specie.

Non è il riconoscimento della madre, ma il riconoscimento di segnali che la madre mette in atto, così di permettere al piccolo di riconoscerla e di starle accanto (può quindi non essere necessariamente sua madre).

Il bambino indirizza le sue richieste di accudimento alla persona che si prende cura di lui in un determinato periodo sensibile (che nella nostra specie va dalle 6 settimane a 6 mesi e si estende fino

ai 3 anni). È in questo periodo che il bambino organizza i suoi comportamenti alla figura del caregiver... *possiamo dire che lo sviluppo futuro è determinato da ciò che accade nei primi anni di vita?* NO. Non tutti coloro che subiscono carenze di cure materne avranno gravi problemi psicologici anche se gran parte di coloro che manifestano tali sintomi hanno avuto cure materne inadeguate...

→ Secondo Bowlby il bambino crea un rapporto preferenziale con un solo caregiver, tendenzialmente con la madre, pensando anche alla società dell'epoca.

Con **attaccamento** si intende una propensione innata a cercare la vicinanza protettiva di un membro della propria specie quando si è vulnerabili ai pericoli ambientali per fatica, impotenza o malattia. Pur essendo attivo per tutta la vita, la tendenza all'attaccamento opera con massima intensità all'inizio dell'esistenza durante i primi periodi di vita essendo gli anni in cui vi è maggior pericolo.

I legami di attaccamento più importanti sono: genitori-figli; partner sessuale; famiglia di origine.

Bowlby teorizza l'attaccamento come:

- Un comportamento orientato ad uno scopo comune: la sopravvivenza e il successo riproduttivo
- Una predisposizione biologica del piccolo verso chi si prende cura di lui assicurandoli la sopravvivenza
- Una motivazione intrinseca e primaria: ricerca di contatto e confronto che si attiva soprattutto nelle situazioni di pericolo
- Un sistema di controllo di tipo cibernetico: lo scopo è un equilibrio omeostatico tra vicinanza ed esplorazione. I segnali che attivano la vicinanza sono importanti e prepotenti soprattutto durante i primi anni di vita, con l'avanzare dell'età diminuiscono fino alla adolescenza in cui predominano i segnali di esplorazione in cui il giovane adulto cerca la propria indipendenza; durante tutta questa fase di crescita vi è un equilibrio tra queste due fasi e ciò crea un equilibrio ottimale in cui il bambino, sicuro dell'attaccamento del caregiver, si sente sereno ad avanzare nell'esplorazione. Se la sicurezza dovesse mancare, il bambino può continuare ad alzare le sue richieste di vicinanza per attirare l'attenzione su di sé ed avere di conseguenza poca esplorazione.

FASI DI SVILUPPO DEL LEGAME DI ATTACCAMENTO

1. Fase 0-2 mesi: comportamenti di segnalazione e di avvicinamento: ricerca non selettiva di controllo e prossimità.
2. Fase 3-6 mesi: in cui vi sono comunicazioni dirette con ricerca selettiva di contatto e prossimità con le figure familiari che si occupano di lui
3. Fase 6-24 mesi: in cui vi sono segnali di mantenimento della vicinanza con la creazione dell'effettivo legame orientato e preferenziale, con la ricerca di contatto con il caregiver e la paura dell'estraneo (legata soprattutto all'ottavo mese); in questa fase vi è anche lo sviluppo delle emozioni
4. Fase >24 mesi: in cui vi è una relazione basata su uno scopo programmato ovvero con il proseguimento di scopi comuni regolati dai feedback provenienti dall'ambiente. Il legame con il caregiver fa anche da mediatore tra bambino e ambiente.

SVILUPPO DELLE EMOZIONI

1. *Fase 0-2 mesi*: reazioni emotive innate regolate da processi biologici fondamentali per la sopravvivenza, prive di valore comunicativo, sistema edonico, reazioni di trasalimento e reazioni di sconforto ed interesse
2. *Fase 2-12 mesi*: grazie all'interazione sociale si sviluppano vere emozioni con valore comunicativo, sorriso sociale (non selettivo e selettivo). Sorpresa, tristezza, collera, paura...
3. *Dopo i 12 mesi*: emergono le prime emozioni complesse apprese, frutto di autoriflessione e autoconsapevolezza (timidezza, colpa, vergogna)

Gibson e Walk, 1960: dai 6 mesi il bambino mostra paura per un finto baratro ovvero circospezione. Le paure del bambino cambiano con la crescita, dopo i 6 mesi la relazione con l'adulto e la percezione del bambino di sicurezza verso questo rapporto, lo aiuta e lo indirizza nel capire in che modo deve interpretare le proprie emozioni. L'adulto quando diventa un mediatore in relazione con l'ambiente esprime delle reazioni emotive che il bambino inizia a leggere in modo accurato che lo orienta nel comportamento all'interno del proprio ambiente.

VIDEO: Con questo esperimento mostra come il volto della madre può modificare le paure del bambino. Quando la madre mostra una faccia serena anche il bambino si tranquillizza e cerca di affrontare le proprie paure. Quando la madre mostra una faccia di disaccordo, anche il bambino si spaventa e prova paura