

ATTACCAMENTO E METACOGNIZIONE: UNO STUDIO PILOTA

La nostra unità operativa distrettuale di neuropsichiatria infantile (U.O.NPI, nella ASL Roma H/4, a Pomezia) coopera, si può dire da sempre, con le strutture educative del territorio nell'individuazione e nel trattamento di alunni con difficoltà scolastiche marcate, sostenute da un Disturbo di Apprendimento. Una patologia che, come si sa, costituisce un importante, articolato capitolo della Neuropsichiatria dell'età evolutiva, suddivisibile in primo luogo nelle due categorie ben distinte, quella assai nota dei Disturbi Specifici (DSA, come la Dislessia, la Disortografia e la Discalculia) e l'altra, meno studiata, dei Disturbi Non Specifici dell'Apprendimento (DNSA). Sono per noi proprio i DNSA il focus d'interesse maggiore, da sempre, nella clinica come nella ricerca. Per una prima, generica definizione dei DNSA ci riferiamo alle Linee Guida della SINPIA (la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2004), che descrive alunni con disabilità ad acquisire nuove conoscenze e competenze non limitate però ad uno o più ambiti specifici delle abilità scolastiche ma estese a più settori: disabilità connessa, in primo luogo, ad una ipoevoluzione che è nella organizzazione del loro ragionamento. I DNSA hanno a che fare con un deficit delle funzioni metacognitive. Prima di includere, peraltro, un alunno in questa categoria diagnostica è necessario che il clinico escluda una condizione di Ritardo Mentale, compresi i casi limite del livello cognitivo borderline, alcune patologie psichiatriche (dai Disturbi d'Ansia, ai quadri Distimici, fino all'Autismo ad alto funzionamento), ed i tanti disturbi settoriali dello sviluppo. E' da aggiungere che i DNSA sono epidemiologicamente consistenti, per il fatto che queste difficoltà riguardano quasi un alunno su cinque, mentre la prevalenza dei Disturbi Specifici viene solitamente posta tra il 2,5 ed il 3,5% della popolazione italiana in età scolare (tra gli altri, Stella, 1999): percentuali queste ultime, perlomeno a nostro parere, perfino un po' sovrastimanti il fenomeno. Comunque, è da rilevare una presenza indubbiamente diversa delle due categorie nello scenario ampio delle patologie dell'Apprendimento.

Un aspetto rilevante è quando si può individuare un DNSA; nella nostra esperienza clinica, essendo connesso con un'organizzazione immatura del pensiero, si coglie meglio quando il banco di prova scolastico mette di più in gioco capacità di logica, di astrazione, e le richieste sono meno sature di prestazioni sostanzialmente strumentali, esecutive: dunque, è un'individuazione che diventa più facile dal terzo anno di scuola primaria, se va bene. Molte segnalazioni scolastiche, però, arrivano all'ambulatorio anche più tardi. Ma allora, si può far qualcosa per dare senso ad una prevenzione del DNSA? Noi crediamo proprio di sì. Le abilità metacognitive nell'alunno con DNSA, si è detto, non si esprimono come potrebbero: per intenderci, la metacognizione qui la definiamo come quella capacità mentale superiore e complessa, che si esercita su se stessi e sugli altri, con contenuti differenti, dagli stati mentali (credo/ono, voglio/ono) a quelli emotivi, a funzioni cognitive esecutive (attenzione, memoria), costituita funzionalmente da due componenti, la conoscenza ed i processi di controllo. La conoscenza metacognitiva ha a che fare con il "sapere", specie esplicito ("conosco quella strategia"), i processi metacognitivi di controllo sono legati all'idea del "saper fare" ("ne prevedo il risultato", "decido di saperne abbastanza"). Ebbene, chi si occupa di Scienza Cognitiva sa della natura interpersonale di queste componenti della metacognizione: la mente è in relazione (Colle, Bara, 2007). Per il suo sviluppo, conta la qualità del contesto, specie familiare, a partire dalle prime relazioni significative; contano dunque i sistemi motivazionali dell'Attaccamento nel

bambino e dell'Accudimento nell'adulto: e si sa che tra abilità metacognitive e contesto sociale c'è un potenziamento reciproco per circuiti virtuosi o disfunzionali, a seconda dei differenti pattern di attaccamento. Non staremo qui a descriverli nel dettaglio e si rimanda il lettore alla bibliografia specifica, anche tradotta (Bowlby 1972, Ainsworth 2006, Attili 2007, Main 2008), però alcuni aspetti sono da precisare, come cornice; il sistema dell'Attaccamento, che nel bambino piccolo è richiesta di cura, è più attivato in condizioni di vulnerabilità e la conoscenza che si costruisce nel rapporto tra il bambino e le prime figure di attaccamento è gradualmente inglobata in schemi cognitivi più ampi, necessari per la comprensione dei differenti stimoli ambientali, anche linguistici e più genericamente culturali. Tali schemi, e schemi di schemi, che costituiscono modelli operativi interni, partono dai diversi stili di comportamento nelle prime esperienze di relazione e influenzano dunque lo sviluppo di numerose strutture neuropsicologiche e cognitive (Porges, 2003; Neborsky, 2006; Waters e Waters, 2006). Questi modelli operativi tendono nel bambino a mantenersi nel tempo, considerando che lo stile di accudimento dei genitori non è così facile che cambi e poi la stabilità viene rinforzata dal meccanismo, come sostiene Giovanni Liotti, della "profezia che si autorealizza": se le nuove esperienze sono non tanto diverse da quelle in memoria, prevale sempre la tendenza ad assimilare il nuovo nella vecchia struttura cognitiva (Piaget direbbe che l'assimilazione tende a prevalere sull'accomodamento). In sostanza, diversi contesti relazionali danno origine a differenti pattern di attaccamento che offrono al bambino differenti potenzialità di sviluppo metacognitivo. Ci sono vari gruppi di ricerca che in questi anni hanno indagato gli effetti di un attaccamento sicuro (definito di tipo B) e qui si citano gli studi di Peter Fonagy (tra i tanti, Fonagy ed al., 2007) sui positivi esiti, anche a lungo termine, nella costruzione di legami affettivi soddisfacenti nell'individuo, nel potenziamento delle sue abilità di apprendimento simbolico, ed anche nello sviluppo di una resilienza verso i disturbi psicopatologici. E certamente importanti sono stati i contributi di Elisabeth Meins e del suo gruppo (Meins, 1999; Meins ed al., 2002, 2003) che hanno dimostrato come l'attaccamento sicuro e lo sviluppo metacognitivo possono influenzare indirettamente le competenze scolastiche, mediante la variabile dello sviluppo precoce nel bambino di un linguaggio "mentalistico". Ciò è favorito dalla capacità materna di trattare il figlio, da subito, come individuo dotato di stati mentali (e non semplice portatore di bisogni da soddisfare), usando parole e concetti astratti nell'interpretare ed empaticamente rispecchiare i vissuti soggettivi del figlio (*maternal mind-mindedness*). Questo atteggiamento materno sicuro influenza la capacità del piccolo di interpretare correttamente gli stati mentali altrui: ovvero la sua teoria della mente. E si sa che i prerequisiti di una solida teoria della mente, insieme a competenze comunicative sviluppate sul piano metalinguistico, costituiscono un eccellente viatico per il bambino che inizia la sua carriera scolastica. E' altresì da considerare, infine, che un attaccamento sicuro può positivamente influenzare anche attività d'altri sistemi motivazionali e comportamentali, come quello cooperativo e quello agonistico, osservabili anche a scuola: pertanto, il tipo di modello operativo interno assume nel bambino un ruolo centrale nella progressiva organizzazione della conoscenza di sé e degli altri.

Ciò premesso, si presenta adesso il rationale della nostra ricerca, condotta nelle classi prime del 2° Circolo Didattico di Pomezia nello scorso anno scolastico, e consistente in un'indagine sugli stili di attaccamento, sia nella popolazione globale degli alunni di prima sia in una popolazione selezionata per difficoltà in avvio di scolarizzazione. La popolazione globale è costituita da tre sezioni per complessivi 63 alunni, quella selezionata è rappresentata da quegli alunni o individuati dallo screening effettuato da noi ad inizio anno in tutte le sette prime classi della scuola o segnalati per difficoltà scolastiche nello stesso periodo dalle maestre. Un nostro originale protocollo di screening,

collaudato da parecchio (Miletto e Fucci, 1994), con prova di lettura, di grafismo e in particolare di scrittura, ha individuato, sulla popolazione complessiva di 146 bambini di prima, 18 soggetti presentanti una condizione marcatamente immatura nella concettualizzazione, a cui sono da aggiungere le segnalazioni di fonte scolastica, per un campione complessivo di 33 alunni (il 22.6%) selezionati per importanti difficoltà in avvio di scolarità. Ai 63 bambini della popolazione globale ed ai 33 soggetti selezionati abbiamo somministrato il Separation Anxiety Test (SAT), nell'adattamento italiano e versione modificata di Grazia Attili, che costituisce lo strumento classico di rilevazione delle tipologie di attaccamento nelle ricerche in età scolare. Nelle Tabelle 1 e 2, i risultati a confronto ottenuti nelle due popolazioni.

Tab.1 POPOLAZIONE GLOBALE
63 alunni I classe

tipo di attaccamento	n°alunni	%
SICURO pattern B	33	52.4
Non sicuro pattern A	13	20.6
Non sicuro pattern C	14	22.2
Disorganizzato D	3	4.8

Tab.2 CAMPIONE SELEZIONATO
33 alunni con difficoltà scolastiche in avvio I classe

tipo di attaccamento	n°alunni	%
SICURO pattern B	8	24.2
Non sicuro pattern A	9	27.3
Non sicuro pattern C	13	39.4
Disorganizzato D	3	9.1

A due-tre mesi dall'avvio di scolarizzazione, il nostro studio ha individuato perciò un gruppo di bambini con difficoltà nette a scuola, specie nei primi apprendimenti della lingua scritta, e per ciascuno si è definito il modello operativo interno, dunque la struttura cognitiva operante in questo determinato momento evolutivo. Soprattutto studiosi di formazione psicoanalitica (Ammaniti tra gli altri, 2001) tendono un po' a minimizzare gli esiti clinici di attaccamenti insicuri (pattern A evitante e C ambivalente), non valutandoli, di per sé, come fattori di rischio per evoluzioni francamente patologiche. Si tratta, in effetti, di modelli organizzati, ma d'adattamento difensivo (Ruggerini ed al., 2004): schematicamente, nel pattern A l'attaccamento è minimizzato, l'affettività controllata ed inibita, in quello C, invece, l'attaccamento è, in un certo senso, massimizzato e l'affettività intensamente attivata. Sui tipi d'attaccamento, ad un'impostazione rigidamente categoriale preferiamo quella dimensionale: i differenti pattern come livelli diversi, quindi, in un continuum funzionale, dall'equilibrio della base sicura (B), passando per adattamenti sempre organizzati ma insicuri (A,C), fino a livelli invece disorganizzati (D), preludi possibili di condizioni d'interesse psichiatrico, qualora progrediscono le distorsioni. Certo, uno sguardo alla distribuzione del nostro campione selezionato, a confronto della sua popolazione di riferimento, subito individua differenze rilevanti: tra coloro che si mostrano già in netta difficoltà fin dall'inizio, è più che dimezzata la percentuale dei bambini con attaccamento sicuro, mentre sale la quota degli insicuri e sono più rappresentati i disorganizzati. Ad integrazione di quanto finora descritto, riportiamo in Tabella 3 una distribuzione dei pattern d'attaccamento in rapporto ad una riuscita scolastica valutata a giugno, a fine prima classe; questo campione è costituito da tutti gli alunni di 1^a che sono stati sottoposti al SAT e si è utilizzato dicotomicamente il giudizio finale di profitto in pagella (insufficiente/sufficiente come descrizione negativa, di chiara difficoltà scolastica, mentre buono/distinto/ottimo sono indicatori positivi, di una non difficoltà).

Tab.3 Rapporto tra stile di attaccamento e profitto scolastico a fine 1^.

tipo di pattern	alunni con profitto POSITIVO	alunni con profitto NEGATIVO	totale alunni
SICURO B	32	3 (8.6%)	35
INSICURO A	13	4 (23.5%)	17
INSICURO C	14	7 (33.3%)	21
DISORG. D	2	2 (50.0%)	4
Totale	29	13 (31.0%)	42

Prendendo in esame i 77 alunni di cui si é definito il pattern di attaccamento, dunque, lo stile sicuro vs non sicuro influenzerebbe il profitto. E' più facile per chi si presenta con una base sicura, pertanto, non andare male a scuola, mentre chi non ce l'ha mostra percorsi più variegati.

Ci pare, però, un po' semplicistico affrontare questo tema limitandoci ad individuare un nesso causale diretto tra modello operativo interno e difficoltà scolastica. Consideriamo il momento evolutivo specifico, c'è stato il passaggio dalla scuola dell'infanzia a quella primaria, e poi le attese sulle prime acquisizioni: in questi mesi d'avvio, una difficoltà netta di letto-scrittura solitamente si osserva in modo imprevisto, in un certo senso, anche improvviso. Questo fatto richiede, perciò, un adattamento: da parte dell'alunno principiante, bisognoso di cura e conforto, e pure da parte della famiglia. Far fronte bene a questa prima emergenza a scuola dipende da più cose, conta la cultura del nucleo, conta anche la dimensione del problema, e la sua natura, comunque imprevista, perché se la difficoltà scolastica é sostenuta da un motore di cui già si sa (un ritardo mentale o un disagio psichico, per intenderci), é altra questione, e su quello bisogna direttamente intervenire. Ma conta poi, e molto, anche la storia di quel nucleo, dunque i sistemi d'attaccamento/accudimento che vi operano. Proviamo ad ipotizzare condizioni ideali, a base sicura: c'è da attendersi un adattamento funzionale alla difficoltà scolastica, nel nostro immaturo apprendista come nei genitori; quindi, si può immaginare una famiglia che cerca di comprendere la natura della difficoltà, ed anche di tollerarla. Diventa così meno difficile mettere in atto aiuti congrui e si riesce realisticamente a modificare l'immagine di Sé, vuoi come scolaro vuoi come genitore di scolaro al momento poco funzionante.

Ma se l'ambiente é invece insicuro, quello del modello A evitante, in cui il bambino impara presto a tenere le distanze di sicurezza dalle figure che contano ma che affettivamente non sanno stargli bene vicino, l'immagine del Sé in negativo non é invece accettata facilmente: la difficoltà a scuola va per forza superata, e piuttosto urgentemente, magari bisogna compensarla subito in altri ambiti, perché questa, di fatto, é una brutta sconfitta. L'adattamento dell'alunno di tipo A é difensivo, si é detto: c'è ipercontrollo degli affetti e scarsa condivisione di contenuti mentalistici con le figure di attaccamento, e ciò non facilita la circolazione di emozioni, sensazioni, sentimenti. Il bambino modello A, con tanta energia centrata sul proprio Sé, tende all'arroccamento, finisce per privilegiare un fare da solo, ma con poca fiducia nelle proprie qualità. Questo é lo sfondo comune, però bisogna vedere anche le sfumature, perché i quadri possono essere poi diversi, in quanto più variabili entrano e rendono differenti tra loro le storie di ciascuno. A cominciare dall'intensità della sofferenza dell'arroccamento e da come da essa ci si difende. Si va, usando un registro immaginifico, dal *bambino che si copre con l'impermeabile*, sentendosi indegno dell'affetto degli

altri, nulla valendo per il mondo, al più rigidamente difeso *bambino che sale sulla mongolfiera*, che si autoconvince di poter far tutto da solo. Due modi differenti di difendersi che possono stare nell'ambito della salute o della malattia, a seconda dell'intensità della sofferenza di base, e dell'intervento oppure no di aspetti protettivi o vicarianti le disfunzioni relazionali di partenza. Con esiti che possono anche comportare un'evoluzione psicopatologica di tipo depressivo, in forme più centrate sull'impotenza se ti costringi nell'impermeabile, e sull'onnipotenza se sali in mongolfiera. Un Sé affettivo e cognitivo depresso potrebbe eventualmente comportare la comparsa di un DNSA su base emozionale ed un disinvestimento sull'oggetto epistemico, in quanto vissuto come l'Altro, lontano da Sé (Liotti, 1996).

Accade, in un certo senso, il contrario nell'altro modello insicuro, quello ambivalente, e il bambino di tipo C, per le sue esperienze con figure d'attaccamento sufficientemente imprevedibili, finisce per avere molte energie distolte dal proprio Sé per essere difensivamente investite nel controllo esterno. Il bambino è come una stampella per genitori problematici, nel contempo è vulnerabile e dominante, e nella difficoltà esercita sulle figure che contano un controllo ancor più potente, per orientarle il più possibile su sé, accentuando così la dipendenza ed ulteriormente compromettendo il proprio senso di autoefficacia. Anche in questo modello c'è un continuum che va da un polo di grande sofferenza, quello che potremmo definire, sempre procedendo per immagini, del *bambino senza coperte*, nudo al mondo, lamentoso, dipendente e sottomesso, che cerca così di tenere sotto scacco l'adulto, ad un più attivamente difeso *bambino che sale sul trono*, capriccioso, richiestivo e prepotente, capace di un ipercontrollo perfino dispotico sull'adulto. Anche in questo attaccamento insicuro conta l'aspetto dimensionale e decisivi per la salute appaiono i fattori compensativi e vicarianti le disfunzioni; in caso di malattia, i destini psicopatologici possono risultare anche molto compromessi e, per quanto concerne i disturbi dell'apprendimento, la difficoltà nella conoscenza metacognitiva, per l'ambivalenza delle rappresentazioni sull'Altro, vissuto a tratti lontano a tratti vicino, dunque con confusione sul mondo (e sul proprio Sé), conseguentemente comporta uno sviluppo deficitario della teoria della mente, decisivo per la comparsa del DNSA.

Sull'alunno D, disorganizzato, che vive in contesti più sregolati, incoerenti, segnati dal maltrattamento o da irrisolte psicopatologie nelle figure di attaccamento, le iniziali difficoltà di apprendimento entrano in circolo vizioso con una carente conoscenza verso Sé, e reciprocamente si rinforzano. Sempre tenendo conto degli aspetti dimensionali, in caso di livello significativamente disfunzionale, si può pensare ad un bambino che un po' si costruisce e un po' anche si disfa, disorientato e confuso, diciamo un *bambino-blob*, che si espande e si ritira, con difficoltà a definire e riconoscere i propri confini. Il destino psicopatologico può risultare assai insidioso.

E' quindi per noi di particolare interesse, per le esigenze della prevenzione, osservare quanto peso la struttura cognitiva operante può avere nella modificazione delle difficoltà d'apprendimento iniziali, indipendentemente dai motivi che le hanno generate: perché, sia chiaro, un bambino può presentarsi alla partenza con una *dismaturità* sostenuta da svariate ragioni (tante le interferenze di sviluppo possibili, disarmonie evolutive, deprivazioni e svantaggi, ed altro ancora). A questo proposito, riproponiamo la nostra popolazione selezionata di 33 bambini in difficoltà appena entrati nell'istituzione scolastica (Tab.2) ed osserviamo la riuscita scolastica a fine prima e dopo oltre un

anno, a fine primo quadrimestre in seconda classe, utilizzando il criterio della valutazione in pagella.

Tab.4 Evoluzione della riuscita scolastica in una popolazione con difficoltà (DIS) in avvio.

TIPO ATTAC.	n°alunni DIS avvio	DIS fine 1^classe	DIS 1°quadr.2^
B	8	1	2
A	9	4	1
C	13	7	6
D	3	2	2

I risultati di questo studio in parte confermano ed approfondiscono quelli ottenuti da Moss e St-Laurent (2001), in cui il successo scolastico di bambini di 8 anni era positivamente correlato con uno stile di attaccamento sicuro, soprattutto per quanto riguarda abilità comunicative e padronanza cognitiva.

Per i nostri pochi alunni disorganizzati la riflessione sul “cosa fare” a scuola é semplice, in quanto il disturbo di apprendimento appare secondario ad un ancor più impegnativo quadro psicopatologico; dunque, hanno in primo luogo bisogno di un percorso psicoterapico, ma la scuola deve essere un contenitore ben stabile, per dare più forma a questo bambino-blob.

E' più complesso ciò che emerge dal nostro studio pilota per gli alunni con attaccamenti organizzati ma insicuri. Va rilevato che nella nostra popolazione i bambini evitanti del modello A in difficoltà nei primi apprendimenti tendono abbastanza presto a superarle, ed hanno un'evoluzione assimilabile a quelli con un attaccamento sicuro. La prima considerazione, che deve essere confermata da uno studio clinico successivo, é che i nostri alunni A, più che coprirsi con l'impermeabile, sono saliti sulla mongolfiera, e non si sono neanche tanto allontanati da terra. Un correttivo per la scuola diventa nel nostro caso il promuovere un atterraggio dolce, facendo emergere la necessità dell'Altro per imparare, attraverso il confronto, la solidarietà, l'aiuto: é il sistema motivazionale cooperativo tra pari che bisogna meglio attivare nel gruppo.

Diversa appare la situazione nel nostro gruppo C ambivalente, dove un alunno su due, tra quelli che si sono subito mostrati in difficoltà scolastica, nel tempo poi la mantengono, con il possibile rischio di un'evoluzione verso un DNSA. Qui, meglio che per altri modelli, si coglie il senso di un intervento preventivo, perché si possono realizzare a scuola laboratori metacognitivi (Miletto e Fucci, 2007), indipendentemente dalla tipologia del bambino C sopra descritta. Se poi l'alunno é ben poco equipaggiato, senza coperte, é bene che la scuola sappia essere contesto di prevedibilità e di coerenza, e il gruppo riesca a valorizzare chi é così dipendente, costruendo insieme la consapevolezza che può fare, e bene, qualcosa anche da solo. Se si ha a che fare con chi é equipaggiato regalmente, c'è da usare il gruppo anche per un ridimensionamento del despota, offrendogli comunque sempre un sistema fisso, coerente e prevedibile di regole.

In sostanza, uno studio clinico delle tipologie dell'attaccamento in questi apprendisti in difficoltà nella letto-scrittura e nel calcolo é assolutamente consigliabile: potrebbe consentire, infatti, di individuare con un anticipo di qualche anno gli alunni a rischio per lo sviluppo di un Disturbo Non Specifico dell'Apprendimento e, pertanto, avviare più precocemente un trattamento metacognitivo, di cura, oltre ad una più mirata consulenza psicopedagogica per scuola e famiglia. Lo studio pilota qui presentato intende costituire un altro passo del nostro Polo di Ricerca del Litorale Pontino su quel cammino poco esplorato che é la prevenzione per le patologie non specifiche dell'apprendimento.

Miletto Roberto
Aversano Marco
D'Alesio Daniela
Andropoli Daniela
Ulisse Laura
Fucci Maria Rosa

ASL Roma H, Pomezia, Polo di Ricerca del Litorale Pontino

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M., *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Trad.it., Cortina Raffaello Ed., Milano, 2006.

Ammaniti M., *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Cortina Raffaello Ed., Milano, 2001.

Attili G., *Ansia da Separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*. Versione modificata ed adattamento italiano del Separation Anxiety Test (SAT) di Klagsbrun e Bowlby. Unicopli, Milano, 2001.

Attili G., *Attaccamento e costruzione evolutiva della mente. Normalità, patologia, terapia*. Cortina Raffaello Ed., Milano, 2007.

Bowlby J., *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*. Trad.it., Vol.1, Bollati Boringhieri, Torino, 1972.

Cianchetti C. (a cura di), Linee Guida per i Disturbi Specifici di Apprendimento, *Gior. Neuropsich. Età Evol.* 24 (Suppl.1), 179-197, 2004.

Colle L., Del Giudice M., Bara B.G., La natura interpersonale della metacognizione: uno studio in età evolutiva. *Gior.It.Psicol.*, 1, 161-192, 2007.

Fonagy P., Gergely G., e Target, M., The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 48:288-328, 2007.

Liotti G., L'attaccamento. In Bara B.G. (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

Main M., L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione. Trad.it., Cortina Raffaello Ed., Milano, 2008.

Meins E., Sensitivity, security and internal working models: bridging the transmission gap. *Attachment and Human Development*, 1:325-342, 1999.

Meins E., Fernyhough C., Wainwright R., Das Gupta M., Fradley E. e Tuckey M., Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73:1715-1726, 2002.

Meins E., Fernyhough C., Wainwright R., Clark-Carter D., Das Gupta M., Fradley E. e Tuckey M., Pathways to understanding minds: construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74:1194-1211, 2003.

Miletto R., Bellotti A., Fucci M.R., Carozza E., A scuola sui sentieri dei pensieri. Percorsi riabilitativi per preadolescenti con Disturbo Aspecifico di Apprendimento. Armando Editore, Roma, 2000.

Miletto R., Fucci M.R., Ulisse L., D'Alesio D., Disturbi di apprendimento nel bambino maltrattato, *I Care*, 31, 4: 142-144, 2006.

Miletto R., Fucci M.R., Sui Disturbi di Apprendimento Non Specifici, *DA Dynamic Air*, 8,1: 4-9, 2007.

Moss E. e St-Laurent, D., Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37:863-874, 2001.

Neborsky R.J., Brain, mind, and the dyadic change processes. *Journal of Clinical Psychology*, 62:523-538, 2006.

Porges S.W, Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 1008:31-47, 2003.

Ruggerini C., Lambruschi F., Trebeschi V., Landini A., Disturbi di apprendimento. In Lambruschi F. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Stella G., Dislessia evolutiva. *Gior.Neuropsich. Età Evol.*, 19: 39-52, 1999.

Waters S.H. e Waters E., The attachment working models concept: among other things, we built script-like representations of secure base experiences. *Attachment and Human Development*, 8:185-197, 2006.