



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL COMPORTAMENTO

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN PSICOLOGIA E SCIENZE STATISTICHE E SANITARIE - XXIX CICLO

***VIDEO-FEEDBACK INTERVENTION TO PROMOTE
POSITIVE PARENTING AND SENSITIVE DISCIPLINE:
UNA VERSIONE DEDICATA ALLE FAMIGLIE
AFFIDATARIE E ADOTTIVE.***

**UNO STUDIO LONGITUDINALE PER INDAGARE GLI EFFETTI SULLO
SVILUPPO SOCIO-EMOTIVO DEI BAMBINI POST-ISTITUZIONALIZZATI.**

TUTOR:

CHIAR.MA PROF.SSA LAVINIA BARONE

TESI DI DOTTORATO DI:

CINZIA ALAGNA

MATR. N. 424312

A.A. 2015-2016

Indice

Introduzione	3
--------------------	---

Parte prima: background teorico.

1. <i>L'attaccamento come prospettiva per la comprensione delle traiettorie di sviluppo infantili</i>	6
1.1. Attaccamento e disponibilità emotiva: un confronto tra i due costrutti	11
2. <i>Adozione: fattori di rischio e di protezione</i>	15
2.1. Socievolezza indiscriminata e disturbi dell'attaccamento	16
3. <i>Evidence-based interventions: standards di efficacia ed efficienza</i>	22
3.1. Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline - Versione famiglie affidatarie e adottive (VIPP-SD/FC-A)	25
4. <i>Il ruolo dell'interazione individuo - ambiente sugli esiti di sviluppo alla luce del modello della differente suscettibilità</i>	31
4.1. <i>Il vantaggio dell'ipersensibilità</i>	34

Parte seconda: la ricerca

5. <i>Il Pavia Adoption Study</i>	41
6. <i>Studio sull'efficacia del VIPP-SD/FC-A</i>	43
6.1. Obiettivi	43
6.2. Ipotesi	45
6.3. Campione	46
6.4. Procedura	48
6.5. Strumenti	49
6.6. Risultati	53
Discussioni	61
Conclusione	64
Bibliografia	66

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni il tema dell'adozione ha suscitato l'interesse di molti studiosi in conseguenza delle importanti implicazioni che tale processo ha sulla vita di molti bambini e coppie. La letteratura ha posto l'accento sulle potenzialità dell'esperienza adottiva di permettere al bambino abbandonato, sottoposto a carenze, perdite o abusi, di sperimentare un ambiente affettivo adeguato, stabile e in grado di rappresentare una base sicura. Tali caratteristiche consentirebbero, infatti, al bambino di rielaborare le precoci rappresentazioni dell'attaccamento che, come conseguenza delle pregresse esperienze di trascuratezza o abuso, sono contraddistinte da insicurezza e disorganizzazione, con la possibilità di trasformarle in modelli sicuri (Zavattini, Boselli, Luzzatto, Pace, Santona & Vismara, 2003). Questo concetto è sottolineato anche da Graziella Fava Vizziello (Fava Vizziello & Simonelli, 2004), neuropsichiatra infantile, la quale ritiene che la situazione adottiva costituisca di per sé uno specifico fattore di protezione, in quanto rappresenta una condizione in grado di favorire la strutturazione di legami di attaccamento significativi. Per questo motivo possiamo comprendere quanto sia fondamentale sostenere i genitori adottivi e promuovere la qualità delle cure da offrire ad un bambino che spesso ha sperimentato contesti carenti e disfunzionali. Il *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline - VIPP-SD* (Van Zeijl, Mesman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer & Stolk, 2006) rappresenta uno degli esempi più solidi e affermati del "prendersi cura" (Rotondo, 2010) della genitorialità e nello specifico di quell'insieme di interventi noti come *evidence based*, ossia interventi testati a livello di ricerca che hanno mostrato prove ripetute di efficacia, e che hanno contribuito al diffondersi di buone prassi che coniugano ricerca e clinica nel supporto alla famiglia (Barone, 2010, 2015; Cassoni, 2014). Il programma di supporto alla genitorialità che andremo a presentare ha l'obiettivo peculiare di promuovere una relazione di attaccamento sicuro e, di conseguenza, prevenire

l'eventuale successivo sviluppo di problematiche emotivo-comportamentali nel bambino. Tale obiettivo viene perseguito tramite un'azione mirata sul patrimonio principale del bambino, ossia la sua famiglia, e in particolare sulla figura di riferimento principale grazie a cui progressivamente questi sviluppa le competenze di regolazione delle emozioni e al contempo le abilità di interazione nel sociale crescendo (Juffer, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 2012; 2014). Il Laboratorio di Psicologia dell'Attaccamento e Sostegno alla Genitorialità dell'Università di Pavia ha progettato una ricerca avente come focus quello di indagare l'efficacia del VIPP-SD in una sua versione specificatamente pensata per sostenere la genitorialità adottiva e le sfide che tale contesto comporta (VIPP-SD/FC-A). Obiettivo principale della mia tesi è dunque quello di testare l'efficacia di tale protocollo nella promozione della relazione socio-emotiva diadica. In particolare sarà indagata l'efficacia del VIPP-SD/FC-A nell'incrementare la sensibilità materna e la responsività del bambino e nel ridurre il comportamento di socievolezza indiscriminata che spesso i bambini post-istituzionalizzati manifestano. Inoltre saranno indagati gli effetti moderatori del genere, dell'età, del paese di provenienza e dell'ipersensibilità del bambino rispetto all'efficacia dell'intervento sulla responsività del bambino.

PARTE PRIMA:
BACKGROUND TEORICO

CAP. 1

L'ATTACCAMENTO COME PROSPETTIVA PER LA COMPrensIONE DELLE TRAIETTORIE DI SVILUPPO INFANTILI

La qualità dei legami relazionali che prende forma e si definisce all'interno della famiglia ha un peso importante per lo sviluppo cognitivo e socio-emotivo del bambino. Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) definisce questo particolare tipo di legame con il termine attaccamento, considerandolo fondativo ed essenziale nello sviluppo adattivo dell'uomo (Cassidy & Shaver, 2008). "Dire che un bambino è attaccato a, o dire che ha un attaccamento con, equivale a dire che egli è fortemente predisposto a ricercare la vicinanza e il contatto con una specifica figura di attaccamento e fa ciò in particolari situazioni più specificamente quando si sente angosciato, spaventato, stanco o malato" (Bowlby, 1969/1982, p. 371). L'attaccamento si connota, dunque, come un sistema motivazionale innato, a base biologica, ossia come una risorsa psicologica di cui sono dotati tutti gli individui, attraverso la quale una serie di bisogni fondamentali vengono gestiti in funzione della realizzazione di un obiettivo o di una meta. Non si tratta, tuttavia, di un sistema volto a regolare l'intera area delle relazioni sociali, bensì di un sistema ad alta specificità, che coinvolge le relazioni affettivamente significative, con lo scopo di ricercare la sicurezza protettiva (Barone & Bacchini, 2009).

Le diverse configurazioni d'attaccamento rappresentano diversi modi di gestire l'emotività, esito di quanto e come la figura d'attaccamento è stata emotivamente disponibile. In generale, se il caregiver si è dimostrato equilibrato nelle pratiche di accudimento, costante e affettivamente flessibile nell'offerta emotiva avremo lo sviluppo di un pattern sicuro e di un sistema di regolazione che può spaziare con una certa libertà nell'intera gamma dell'esperienza emotiva (sia di natura positiva che negativa) senza perdere la propria organizzazione. Se invece il caregiver è stato

prevalentemente poco disponibile o disponibile in maniera non costante avremo lo sviluppo di un pattern insicuro, in cui la regolazione emotiva è veicolata da specifiche regole implicite atte a mantenere il legame. La sicurezza comporta un particolare assetto nell'organizzazione mentale d'attaccamento che consente di attingere a un ampio e articolato repertorio di risorse psicologiche. A fronte di un'esperienza del caregiver che, nelle abitudini di accudimento, ha mostrato un pattern costantemente sensibile, responsivo e capace di mentalizzazione, il soggetto intraprende un percorso di sviluppo ricco di risorse psicologiche cui attingere per organizzare i propri modelli d'attaccamento. All'interno della relazione con il caregiver farà infatti esperienza di una regolazione emotiva aperta e flessibile, che è in grado di far fronte alle emozioni negative e positive modulandole e non perdendo la propria organizzazione mentale e comportamentale. Il dolore e la sofferenza intensa possono cioè essere vissuti, riconosciuti come tali e superati senza eccessivi costi psicologici individuali. Esiste, in questa organizzazione mentale, la capacità di avvertire la sofferenza o il disagio psicologico in maniera congrua e di chiedere aiuto a chi è in grado e disponibile a fornirlo. La consapevolezza delle proprie emozioni e di tutto ciò che nel ricordo autobiografico si associa a esse risulta ben preservato; la memoria autobiografica si alimenta di ricordi spontanei e vividi, in cui la partecipazione equilibrata del soggetto all'interazione con il caregiver trova testimonianza nel chiaro senso di identità individuale che emerge nella narrazione della propria storia di vita, nella coerenza e indulgenza con cui esperienze sia positive che negative con i genitori trovano spazio nella mente e negli stati di coscienza del soggetto e ne alimentano le risorse socio-emotive attuali. Avremo inoltre un'aspettativa fiduciosa sull'altro significativo, vissuto come persona capace e orientata a fornire supporto e consolazione laddove richiesto. La persona si percepisce cioè degna di ricevere amore e attenzione nei momenti in cui avverte le proprie vulnerabilità. Si pensa inoltre capace di richiedere aiuto in maniera efficace

e scegliendo a chi chiederlo in maniera appropriata. La sicurezza d'attaccamento rappresenta dunque, viste le sue caratteristiche peculiari, il modello di organizzazione mentale più ricco, libero e flessibile, in quanto consente di gestire le proprie risorse socio-emotive in maniera non vincolata o limitata. Queste caratteristiche ne fanno il pattern maggiormente adattivo in termini di benefici e costi psicologici e le indagini su vasti campioni lo designano come quello maggiormente rappresentativo dei soggetti normativi, tra i quali rappresenta una percentuale che varia tra il 55% e il 60% (Shemmings, 2011; Ward & Brown, 2013). Tra i soggetti appartenenti a popolazioni atipiche, in particolare portatrici di disturbi di natura psicopatologica, il pattern sicuro è invece rappresentativo di una esigua minoranza, che non raggiunge il 10% (Dozier, 1999). La caratteristica di apertura e flessibilità che abbiamo visto contraddistinguere la sicurezza non si ritrova in alcun pattern dell'insicurezza. Per ciascuno dei pattern insicuri, infatti, esistono alcuni vincoli specifici che ne condizionano il funzionamento rendendolo meno flessibile e aperto. L'insicurezza di tipo evitante fa riferimento a un'esperienza di accudimento in cui il genitore si è mostrato, con un atteggiamento costante, scarsamente sensibile e responsivo. A fronte di una sostanziale scarsa disponibilità emotiva della madre, si struttura una regolazione emotiva che impara a non sollecitare l'altro cercando di inibire le emozioni negative, che non possono essere condivise. La gestione delle emozioni rispetta così un vincolo importante che detta una regola implicita secondo cui per mantenere il legame di attaccamento è opportuno non manifestare le proprie emozioni negative o le proprie vulnerabilità. L'aspetto essenziale che dunque il soggetto insicuro evitante/distanziante tende a preservare è uno scarso affidamento alla dimensione relazionale a favore di una valorizzazione di sé e delle proprie capacità di far fronte alle emozioni e al disagio senza ricorrere all'altro. Le stesse problematiche, intese nel senso della necessità di adottare una modalità di funzionamento psicologico vincolata, le ritroviamo nell'altra forma che

assume l'insicurezza, ossia nella tipologia ansiosa/ambivalente o invischiata. Il soggetto ansioso/ambivalente o invischiato ha, nella sua storia di vita, un'esperienza di accudimento da parte del genitore che si caratterizza innanzitutto come poco prevedibile. L'atteggiamento di quest'ultimo, infatti, non è costante e oscilla tra momenti di intenso coinvolgimento emotivo e momenti di distacco o addirittura rifiuto attivo del figlio. Di fronte a questa modalità relazionale il bambino sviluppa una modalità di regolazione delle sue emozioni improntata ad accentuare il versante espressivo per tenere ferma la disponibilità incostante del genitore. Il risultato si concretizza in una difficoltà a calmarsi e a rendere meno coinvolgenti le proprie emozioni. Queste ultime sono infatti presenti nella mente del soggetto soprattutto nella loro valenza negativa e in forma pervasiva, facendo sì che le aspettative relazionali nei confronti dell'altro rimangano fortemente influenzate dagli stati emotivi negativi caratterizzandosi come aspettative di scarsa fiducia e di percezione di inadeguatezza dell'offerta di cura e di conforto. La costante necessità di monitorare gli stati interni del genitore, per riuscire a controllarne la disponibilità emotiva, comporta l'abitudine ad adottare una strategia di ipervigilanza sulle relazioni, con conseguente impoverimento della sfera dell'autonomia individuale. Ad ogni modo è importante sottolineare che le due tipologie di insicurezza - rispettivamente evitante e o distanziante e ansioso/ambivalente o invischiata - rappresentano un modello organizzato di definire e preservare l'attaccamento. Pur nei limiti e nei costi psicologici che ciascuno di questi assetti mentali comporta, infatti, esse presentano il vantaggio di costituire dei modi organizzati per finalizzare i comportamenti e le relazioni all'obiettivo finale di garantire il funzionamento del legame di attaccamento. Questa condizione - l'organizzazione - non trova invece collocazione nella quarta e ultima tipologia di attaccamento che prende per questo il nome di attaccamento disorganizzato o irrisolto. Questo pattern si caratterizza per lo sviluppo di rappresentazioni mentali molteplici e incoerenti, che determinano il

collasso di una strategia organizzata, sia a livello mentale che comportamentale. Non si tratta di un crollo generale, bensì di un particolare tipo di compromissione del sistema di attaccamento che ne determina la costruzione di un funzionamento deficitario e disregolato. Il legame di attaccamento in questo caso diventa veicolo di una relazione di natura intimidatoria, in cui la figura di attaccamento è fonte attiva di paura e non riesce a svolgere la sua naturale funzione regolatoria di protezione e cura. Questo atteggiamento, tuttavia, non si manifesta in maniera costante, ma risulta presente solo in occasione di rievocazione automatica di contenuti di natura traumatica nella mente del genitore. Quando quest'ultimo non è assorbito in tali contenuti, il modello relazionale potrà seguire le già citate organizzazioni della sicurezza o delle due tipologie dell'insicurezza. La letteratura supporta l'idea che i bambini che sviluppano un attaccamento sicuro all'interno della relazione con la propria figura di riferimento abbiano un rischio minore di incorrere in traiettorie di sviluppo disfunzionali e disadattive (Moss & Lecompte, 2015). I bambini che invece sviluppano un pattern insicuro o disorganizzato sembrano maggiormente a rischio in questo senso e tendono in misura maggiore a sviluppare disturbi del comportamento con una sintomatologia esternalizzante.

Dalle caratteristiche di ciascun pattern si può evincere che la regolazione emotiva è dunque un elemento centrale all'interno del costrutto dell'attaccamento. Cassidy sottolinea che le differenze individuali in termini di attaccamento hanno molto a che fare con il modo in cui le emozioni vengono gestite, condivise e regolate all'interno della relazione d'attaccamento (Cassidy, 2008). Abbiamo visto che l'attaccamento sicuro è associato ad una condivisione delle emozioni più simultanea e autentica (Mikulincer & Shaver, 2008; Thompson, 2008), in termini di relazione tra emozioni percepite e comunicate, e più efficace nella gestione dello stress (Contreras & Kerns, 2000). Nelle relazioni insicure invece le emozioni possono essere evitate o spente (attaccamento evitante o distanziante), oppure amplificate (attaccamento

ansioso/ambivalente o invischiato) o addirittura il soggetto non possiede nessuna strategia per regolare le sue emozioni (attaccamento disorganizzato). Le difficoltà che si possono avere nella regolazione delle emozioni rappresentano un fattore di rischio importante e correlano significativamente con varie forme di psicopatologia lungo tutto l'arco di vita (DeKlyen & Greenberg, 2008).

La letteratura documenta un legame robusto tra il legame d'attaccamento e la disponibilità emotiva nell'interazione genitore-bambino (Easterbrooks, Biesecker & Lyons-Ruth, 2000; Swanson, Beckwith, & Howard, 2000; Ziv, Aviezer, Gini, Sagi, & Koren-Karie, 2000).

1.1 ATTACCAMENTO E DISPONIBILITÀ EMOTIVA: UN CONFRONTO TRA I DUE COSTRUTTI

Con il termine disponibilità emotiva si fa riferimento alla capacità della diade adulto-bambino di creare una connessione emotiva, ovvero di esprimere e condividere un'ampia gamma di affetti, e di provare piacere all'interno di una relazione funzionale e mutualmente appagante (Biringen & Easterbrooks, 2012); quando una connessione emotiva è presente all'interno della diade, i partner sono in grado di gioire e godere degli affetti positivi e di modulare gli affetti negativi durante i momenti di sconforto (Emde, 1980; Barone & Biringen, 2007; Biringen & Easterbrooks, 2008, 2012). Si tratta di un costrutto di natura diadica, che prende simultaneamente in considerazione la segnalazione e la ricezione emotiva da parte di entrambi i partner e le loro reciproche influenze. Le origini del costrutto si collocano a metà tra la teoria dell'attaccamento (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969, 1973), le teorie delle emozioni (Emde 1980; Mahler, Pine, & Bergman, 1975) e quelle sistemico-transazionali (Sameroff & Fiese, 2000). I primi ad utilizzare il termine disponibilità emotiva furono Mahler e collaboratori (Mahler, Pine, & Bergman, 1975), intendendo con essa la presenza supportiva della madre durante le

esplorazioni dell'ambiente da parte del piccolo. Secondo questi autori, una relazione sana favorirebbe l'esplorazione e l'emergere dell'autonomia, riconoscendo al contempo l'importanza del contatto fisico e del supporto emotivo. Emde (1980) ha fatto riferimento alla disponibilità emotiva come importanza di una corretta segnalazione e ricezione emotiva che va al di là dell'importanza della presenza fisica: un adulto emotivamente disponibile è presente in modo ricettivo rispetto ai segnali emotivi trasmessi dal piccolo ed è in grado di sintonizzarsi su un ampio spettro di emozioni, che comprende sia le emozioni positive che quelle negative (Emde, 1980, 1983, 1999, 2000). Bowlby (1969, 1973), Ainsworth e collaboratori (1978) hanno fatto invece riferimento al concetto di sensitivity per indicare l'accuratezza con cui la madre è in grado di leggere i segnali del piccolo e di rispondervi in maniera contingente. La prospettiva offerta dai teorici transazionali, infine, pone una maggiore enfasi sul contributo attivo del bambino all'interno dell'interazione (Sameroff & Fiese, 2000), in questo rifacendosi all'approccio sistemico (Guttman, 1991), al quale va il merito di aver riconosciuto l'importanza di guardare alla relazione come a una proprietà emergente del sistema che supera la somma delle singole parti; in questo modo i componenti dell'interazione vengono considerati come mutuamente interagenti e reciprocamente influenzanti (von Bertalanffy, 1968). La concettualizzazione e la sistematizzazione del costrutto della disponibilità emotiva (Biringen, 2008a; Biringen & Easterbrooks, 2008, 2012; Biringen, Robinson, & Emde, 1994) muovono all'interno di una prospettiva diadico-relazionale rispetto alle interazioni, sottolineando come ogni aspetto del comportamento dell'adulto dipenda e influenzi a sua volta il comportamento del bambino all'interno di quella particolare relazione. Ne consegue che la disponibilità emotiva di uno degli interagenti possa essere valutata esclusivamente prendendo in considerazione il comportamento dell'altro partner interattivo (Biringen & Easterbrooks, 2012). Il fatto che un bambino sia emotivamente disponibile e responsivo nei confronti del

caregiver agevolerebbe quindi l'adulto nella lettura dei suoi segnali e nella risposta alle sue richieste, e garantirebbe al contempo un chiaro feedback rispetto all'adeguatezza degli interventi messi in atto (Biringen, 2008a). Difficoltà nella disponibilità emotiva dell'adulto all'interno dell'interazione potrebbero di conseguenza non essere esclusivamente attribuibili a caratteristiche individuali della persona, ma dipendere invece dal fatto di trovarsi ad interagire con un bambino che ha difficoltà a manifestare i propri bisogni e le proprie condizioni, ostacolando quindi una corretta lettura di tali segnali e la messa in atto di risposte appropriate. Date le sue origini teoriche, il costrutto della disponibilità emotiva presenta una serie di analogie con il costrutto "sensibilità materna" studiato da Mary Ainsworth (1963, 1969) all'interno del framework costituito dalla teoria dell'attaccamento, sebbene in parte sembri anche differenziarsene. L'attaccamento viene, infatti, definito come un legame duraturo e specifico che un individuo più debole forma con un altro "che viene percepito come più forte e più saggio" (Bowlby, 1969) e che promuove la sua vicinanza fisica all'oggetto dell'attaccamento (Ainsworth & Bell, 1970); questa vicinanza può spaziare dal contatto fisico vero e proprio in determinate situazioni, all'interazione e alla comunicazione a distanza in altre (Ainsworth & Bell, 1970). La qualità di questo legame è influenzata dalla capacità della madre (o chi per lei) di riconoscere i segnali del piccolo (capacità cui si fa riferimento come *Sensitivity*) e di rispondervi con prontezza (quella che viene detta *Responsivity*). Nelle ricerche condotte all'interno della teoria di Bowlby, tuttavia, non viene preso in considerazione il contributo del bambino allo strutturarsi della relazione. Viene piuttosto considerato l'effetto che dimensioni diverse di sensibilità e responsività materne possono avere sulle reazioni emotive e comportamentali del piccolo e sulle modalità attraverso le quali egli esprime la sua ricerca di contatto (Ainsworth, 1963, 1964, 1969, 1989; Ainsworth & Bell, 1970; Bowlby, 1958, 1969). La disponibilità emotiva, invece, fa riferimento alla capacità della diade di

condividere gli affetti positivi e di modulare quelli negativi (Biringen & Easterbrooks, 2012). In altri termini, il modo in cui si struttura il legame di attaccamento rispecchia una caratteristica specifica del caregiver, ovvero di un individuo singolo, il quale influenza la qualità della relazione (Aisworth, 1989; Bowlby, 1969; Cassidy, 2008), mentre la disponibilità emotiva si configura invece come una caratteristica specifica della relazione, che enfatizza soprattutto la qualità degli affetti manifestati durante le interazioni da parte di entrambi i partner (Biringen & Easterbrooks, 2012). Questo differente focus consente di cogliere sfumature differenti della relazione adulto-bambino e fa sì che uno stesso aspetto possa essere letto in maniera differente a seconda del costrutto di riferimento. In termini di attaccamento, ad esempio, la ricerca di prossimità e di contatto fisico sarà letta come una manovra volta a mantenere la vicinanza con una figura più grande e in grado di fornire protezione; la modalità con cui questo comportamento viene messo in atto dipenderà in questo caso dalla sensibilità e dalla responsività dell'adulto, che a loro volta influenzeranno le aspettative che il bambino si crea rispetto alla disponibilità della madre ad accorrere in caso di necessità. In termini di disponibilità emotiva, invece, la ricerca di vicinanza può essere letta come una tra le varie modalità che il bambino può adottare per ricercare e promuovere la condivisione degli affetti con il genitore. Anche in questo caso il genitore potrà essere più o meno sensibile rispetto alle segnalazioni del bambino ed influenzarne il comportamento ma, data la particolare enfasi sull'aspetto diadico e bidirezionale, questa caratteristica dipenderà in parte dalla capacità del bambino di comunicare in maniera chiara e comprensibile il proprio stato ed i propri bisogni. In questo senso, se in termini di attaccamento è la sensibilità della madre che influenza la qualità del legame che il bambino instaura con lei, in un'ottica di disponibilità emotiva viene presa in considerazione anche l'influenza che la segnalazione e la ricezione emotiva hanno sulla sensibilità della madre all'interno delle interazioni.

CAP. 2

ADOZIONE: FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE

L'adozione è stata definita una forma di intervento naturale (van IJzendoorn & Juffer, 2006) in grado di promuovere lo sviluppo del minore, consentendo un importante recupero a seguito di esperienze pregresse di trascuratezza, abbandono e rottura di legami che caratterizzano il passato di questi bambini. Secondo i dati presenti in letteratura, infatti, sempre più frequentemente i bambini che vanno in adozione hanno vissuto esperienze traumatiche, maltrattamenti e abusi sessuali e arrivano nella famiglia adottiva con un portato di sofferenza, sconcerto e confusione (Vadilonga, 2010). L'istituzionalizzazione in particolare è considerata un'esperienza di deprivazione multidimensionale a causa della mancanza di un ambiente affettivo stabile e adeguato dal punto di vista sia fisico che psicologico (van IJzendoorn, Palacios, Sonuga-Barke, Gunnar, Vorria, McCall, LeMare, Bakermans-Kranenburg, Dobrova-Krol & Juffer, 2011). Tale vissuto spinge infatti i bambini post-istituzionalizzati verso persistenti ritardi dello sviluppo fisico (van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Juffer, 2007; Sonuga-Barke, Schlotz & Rutter, 2010) e cognitivo (van IJzendoorn, Luijk & Juffer, 2008), alterazioni nell'attività neuroendocrina (Dobrova-Krol, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Juffer, 2008) e disorganizzazione dell'attaccamento (Dobrova-Krol, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Juffer, 2010). Certo non tutti sono stati danneggiati nello stesso modo e ci sono bambini che sono in grado di mitigare l'impatto delle esperienze sfavorevoli e altri che ne risultano più provati, ma tutti sono da considerare bambini maltrattati che potranno usufruire delle potenzialità terapeutiche dell'adozione (Vadilonga, 2010). Tuttavia la ricerca nel settore attesta come, a fronte di una rapida crescita nei parametri fisici, anche in seguito al collocamento in famiglia permangano alcune aree di vulnerabilità specifiche

associate in particolare alla relazione di attaccamento e alla regolazione delle emozioni, con importanti risvolti nell'integrazione socio-emotiva del minore nei contesti educativi più prossimi come la famiglia e in quelli più allargati come l'ambiente scolastico (Dozier & Rutter, 2008; Barone e Lionetti, 2012; Lionetti & Barone, 2013; Lionetti, Pastore e Barone, 2013).

La forte presenza della disorganizzazione nei bambini post-istituzionalizzati rappresenta un dato preoccupante in quanto risulta essere la classificazione più a rischio per lo sviluppo di psicopatologia (Carlson, 1998; Liotti, 2011; Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Pasco Fearon, 2012; Lionetti, Pastore & Barone, 2015a). Esistono evidenze secondo cui i bambini disorganizzati manifestano problemi comportamentali in età prescolare, disturbi dissociativi e di internalizzazione nelle scuole elementari e nelle scuole secondarie, patologie mentali con sintomi dissociativi in adolescenza e fenomeni di dissociazione della coscienza nella tarda adolescenza (Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson, & Egeland, 1997; Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi, 2006). L'attaccamento disorganizzato, inoltre, può dar luogo già in età infantile a disturbi di tipo clinico, quali disturbi reattivi e disturbi disinibiti dell'attaccamento (Cicchetti, Toth & Lynch, 1997; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Green & Goldwyn, 2002).

2.1 SOCIEVOLEZZA INDISCRIMINATA E DISTURBI DELL'ATTACAMENTO

Un aspetto che caratterizza in particolar modo i bambini post-istituzionalizzati è la tendenza ad assumere un comportamento di socievolezza indiscriminata, ovvero a ricercare interazioni sociali con persone estranee senza la discriminazione e la reticenza proprie dei bambini in questa fascia di età (Tizard, 1977). Dal punto di vista dei genitori adottivi tale comportamento viene interpretato positivamente e spesso sono gradite le manifestazioni di affetto che i bambini mettono in atto fin dai primi momenti. Tuttavia questa percezione raramente è basata sulla realtà e incrementa quel periodo di "luna di miele" iniziale che caratterizza molte famiglie adottive

(Bakermans-Kranenburg, Steele, Zeanah, Muhamedrahimov, Vorria, Dobrova-Krol, Steele, van IJzendoorn, Juffer & Gunnar, 2011). Nel momento in cui il bambino inizia a ricercare la stessa vicinanza affettiva anche con un estraneo la relazione tra il bambino e il genitore viene ad essere minacciata da tale comportamento che a volte provoca nel genitore la percezione di non rappresentare per il figlio una figura importante. Tale comportamento non è dunque da sottovalutare e i dati presenti in letteratura hanno messo in evidenza come la socievolezza indiscriminata sia correlata a compromissioni nell'area cognitiva e sociale (Gleason, Fox, Drury, Smyke, Egger, Nelson & Zeanah, 2011).

La teorizzazione di tale costrutto, tuttavia, non è così lineare e su questo è in corso ancora oggi un dibattito che divide gli autori che considerano la socievolezza indiscriminata come un disturbo dell'attaccamento (O'Connor, Rutter, and the English and Romanian Adoptees Study Team, 2000) da quelli che la considerano un problema indipendente (Chisholm, 1998; Zeanah, Smyke, & Dumitrescu, 2002; Zeanah & Gleason, 2010). Nel DSM-5 (APA, 2013) troviamo una distinzione tra il Disturbo reattivo dell'attaccamento (RAD - Reactive Attachment Disorder), in cui la relazione di attaccamento tra bambino e caregiver è assente o fortemente sottosviluppata, e il Disturbo da Impegno Sociale Disinibito (DSED - Disinhibited Social Engagement Disorder), caratterizzato da un pattern comportamentale che implica un comportamento culturalmente inappropriato ed eccessivamente familiare con individui sconosciuti. Entrambi i disturbi condividono il requisito diagnostico della trascuratezza sociale (ovvero l'assenza di accudimento adeguato durante l'infanzia) e insorgono a causa di un ambiente caratterizzato da abusi e dall'impossibilità di sviluppare una relazione di attaccamento con il caregiver (ad esempio per i frequenti cambiamenti dei caregivers affidatari). Sebbene la socievolezza indiscriminata sia equivalente al DSED, la relazione tra i due costrutti sembra essere piuttosto complessa. I dati presenti in letteratura hanno dimostrato

che tale quadro diagnostico si verifica anche in presenza di un attaccamento sicuro sebbene risulti prevalere sui pattern di tipo insicuro o disorganizzato. Inoltre è stato evidenziato come, in alcuni bambini post-istituzionalizzati, non basti solamente incrementare la qualità delle cure per ridurre il comportamento di socievolezza indiscriminata e che tale comportamento, infatti, tende a persistere anche in seguito al collocamento in famiglia (Chisholm, 1998; Rutter, Colvert, Kreppner, Beckett, Castle, Groothues & Sonuga-Barke, 2007; Zeanah & Smyke, 2008; Rutter, Kreppner, & Sonuga-Barke, 2009). Questi risultati sono contrastanti rispetto al criterio diagnostico riportato nel DSM-5 che attribuisce alla qualità delle cure l'eziologia del DSED. Sulla base di questa definizione infatti è immediato aspettarsi un cambiamento nel comportamento in conseguenza al cambiamento ambientale, essendo questa la causa. Si potrebbe ipotizzare che la difficoltà nel sovrapporre i due costrutti sia legata alle differenze metodologiche relative a come la socievolezza indiscriminata viene definita e misurata. Tuttavia Zeanah e Smyke (2008) hanno confermato la convergenza tra le diverse definizioni e anche nella validità dei diversi strumenti utilizzati per misurare tale comportamento. Gli autori non hanno fornito una spiegazione del perchè la socievolezza indiscriminata non è associata alla qualità delle cure e hanno suggerito l'idea che probabilmente rappresenta qualcosa di diverso da un disturbo dell'attaccamento. Minnis e colleghi (2006) hanno fornito un'altra possibile spiegazione sulla persistenza di tale comportamento. In particolare affermano che, poichè il desiderio di creare legami di attaccamento riflette un istinto evolutivo, essendo essenziale per la sopravvivenza, i bambini che sperimentano un contesto di cure inadeguato finiscono con il ricercare un legame a tutti i costi. Non avendo sviluppato la capacità di sviluppare una preferenza rispetto ad una singola figura di attaccamento, questi bambini continuano ad essere disorientati relativamente alla loro gamma di affetti (Chisholm, 1998). Questa teoria, nonostante faccia riferimento ad una spiegazione evolutiva, mette in risalto il ruolo

della qualità/disponibilità di cure come un fattore saliente rispetto all'eziologia della socievolezza indiscriminata. Anche in questo caso, tuttavia, non è chiaro il ruolo della qualità delle cure nella persistenza o nel miglioramento di tale comportamento. In un altro studio Coleman e collaboratori (2013) hanno suggerito una concettualizzazione dinamica secondo cui le risposte del bambino possono avere un impatto sulla qualità delle cure e viceversa. Secondo tale teoria gli aspetti relazionali sono elementi fondamentali nello sviluppo e nel mantenimento della socievolezza indiscriminata. Questa spiegazione si pone in continuità con quanto affermato da Zeanah e Fox nel 2004 relativamente al ruolo che il temperamento gioca nel determinare specifiche traiettorie di sviluppo patologiche ma molti sono i dubbi che restano relativamente all'eziologia e alla persistenza di tale comportamento.

Di fronte a queste situazioni un genitore adottivo che non sia preparato, o che non sia consapevole del peso che le esperienze pregresse possono avere nella costruzione della mente, potrebbe avere una serie di reazioni che si può ipotizzare oscillino dalla sensazione di essere fagocitato dalle richieste pressanti di cure, proprie di quei bambini che hanno sperimentato un'imprevedibilità di cure da parte di figure confuse e confondenti, a quella di sentirsi impotente e incapace di essere una buona figura accudente, vista l'inutilità dei suoi sforzi nel dare aiuto a un figlio che apparentemente sembra non riconoscere il conforto che gli viene offerto (Vadilonga, 2010). D'altra parte un figlio adottivo disorganizzato, tendente a porre richieste contraddittorie e molteplici, potrà indurre sentimenti di forte rabbia, ma anche di spavento, o far provare un senso di vuoto e di disinteresse. Il rischio è che le nuove famiglie adottive siano esposte a un carico emotivo e relazionale eccessivo e che si trovino a essere oggetto di comportamenti e reazioni difficili da gestire e da contenere, oltre che da comprendere. Tuttavia la letteratura ha evidenziato alcuni specifici fattori di protezione che possono facilitare un recupero più veloce in

seguito all'inserimento nella famiglia adottiva. Più in generale è possibile affermare che la presenza di una rappresentazione mentale sicura rispetto all'attaccamento, in almeno uno dei due genitori, costituisce un fattore di protezione essenziale per lo sviluppo del bambino (Barone e Lionetti, 2012; Lionetti, 2014; Shoenmaker, Juffer, van IJzendoorn, Linting, van der Voort & Bakermans-Kranenburg, 2015). In particolare, la sensibilità genitoriale che, secondo la definizione più classica (Ainsworth et al., 1978) rappresenta la capacità del genitore di cogliere ed interpretare correttamente i segnali del bambino e rispondervi in maniera adeguata e contingente, è considerata un elemento fondamentale per lo sviluppo cognitivo e socio-emotivo dei bambini (Bernier, Carlson & Whipple, 2010; Feldman & Masalha, 2010; Mesman, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2012). La bontà delle cure genitoriali si manifesta in questo senso attraverso una adeguata regolazione emotiva della relazione, che a sua volta consente una qualità di apprendimenti che saranno tanto più ottimali quanto più questa relazione si costruisce attraverso una trasmissione di cure sintoniche ai bisogni del bambino. La modulazione della comunicazione è costituita dal grado di sintonizzazione tra il genitore e il bambino e permette a quest'ultimo di apprendere e strutturarsi, attraverso processi adeguati di regolazione emotiva.

Per questo motivo risulta fondamentale offrire un supporto alle famiglie adottive allo scopo di sostenerle nel loro percorso e facilitare la relazione con il bambino attraverso interventi che siano mirati e che abbiano una solida rigorosità scientifica. Tra gli interventi basati sulle evidenze, il protocollo *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting & Sensitive Discipline* - VIPP-SD (van Zeijl et al., 2006), orientato alla promozione della sensibilità genitoriale e di tecniche sensibili e coerenti per la gestione dei primi incontri disciplinari in età prescolare, rappresenta un programma di supporto alla genitorialità basato sulla teoria dell'attaccamento, riconosciuto a livello internazionale e rivelatosi efficace per ridurre il rischio di

attaccamento insicuro-disorganizzato e di problematiche comportamentali ad esordio adolescenziale (Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer & van IJzendoorn, 2006).

CAP. 3

EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS: STANDARDS DI EFFICACIA ED EFFICIENZA

La pratica basata sulle evidenze o prove di efficacia è un approccio che si è diffuso formalmente in ambito medico negli anni '90 come una nuova prospettiva che avrebbe permesso di superare una pratica clinica fortemente disomogenea e frammentata per giungere ad una pratica clinica fondata su prove di efficacia ottenute con metodologie validate empiricamente (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992). Successivamente questa metodologia si è diffusa in altri ambiti ed ha riscontrato un consenso anche in campo psicologico (Westen & Bradley, 2005; Norcross, Beutler & Levant, 2005). Procedere in termini di evidenze scientifiche significa necessariamente prendere confidenza con un metodo preciso e con degli strumenti. Negli ultimi dieci anni la Society of Prevention Research (SPR) ha individuato i criteri che permettono di considerare un intervento affidabile dal punto di vista della rigosità scientifica (Flay, Biglan, Boruch, Castro, Gottfredson, Kellam, Moscicki, Schinke, Valentine & Ji, 2005). Due sono i concetti che in questo senso giocano un ruolo importante: l'efficacia (*efficacy*) e l'efficienza (*effectiveness*) di un intervento. L'efficacia di un intervento viene dimostrata dalla sua capacità di ottenere i risultati positivi attesi all'interno del migliore contesto possibile, un contesto ideale in cui tutte le condizioni sono ottimali, dal disegno sperimentale alle caratteristiche del campione e dello sperimentatore. L'efficienza viene invece dimostrata nel momento in cui gli effetti dell'intervento vengono misurati nella vita reale, in cui è presente una mole di variabili che non può essere tenuta sotto controllo e rischia quindi di inficiare i risultati attesi. Gli studi sulla efficienza tengono conto degli effetti del trattamento, delle capacità del clinico, delle caratteristiche del paziente, della qualità dei servizi disponibili e dei costi. In definitiva, mentre gli studi sulla *efficacy* enfatizzano la validità interna, gli studi sulla *effectiveness* enfatizzano

la validità esterna o ecologica, cioè la generalizzabilità dei risultati alla popolazione generale, nella pratica clinica reale. Le linee guida individuate nell'ambito degli interventi evidence-based prevedono il rispetto di precisi standards di efficacia ed efficienza che verranno sintetizzati nelle seguenti tabelle (Flay et al., 2005; Goottfredson, Cook, Gardner, Gorman-Smith, Howe, Sandler & Zaft, 2015).

STANDARDS DI EFFICACIA

Descrizione dell'intervento	L'intervento deve essere descritto in modo tale da permettere ad altri di replicarlo. La descrizione deve quindi includere chiaramente una teoria di riferimento, i destinatari e le condizioni entro cui può essere ritenuto efficace. È inoltre necessario descrivere le componenti dell'intervento stesso, fattori di moderazione e mediazione, tempistiche ed effetti previsti.
Misure e loro proprietà	L'accuratezza con cui viene attuato l'intervento è importante ed è quindi opportuno indicarne tutte le caratteristiche. Ad esempio il tipo di training richiesto, i materiali e il setting.
Verifica della teoria	Comprendere i meccanismi di mediazione attraverso cui l'intervento agisce permette una maggiore generalizzazione dell'intervento stesso.
Validità delle conclusioni	Il disegno dell'intervento deve prevedere almeno un gruppo di controllo che non è sottoposto al trattamento che è oggetto della sperimentazione. Inoltre l'assegnazione al gruppo di controllo deve avvenire in modo casuale ed è necessario riportare i dati mancanti.
Analisi statistiche	È necessario adottare analisi statistiche in grado di dimostrare l'effetto legato all'intervento. Nel testare l'effetto principale, inoltre, le analisi devono includere tutti i soggetti assegnati alla condizione sperimentale e a quella di controllo.
Conclusioni sull'efficacia	Occorre riportare i risultati ottenuti su tutti gli effetti indagati, indipendentemente dal fatto che questi siano positivi, irrilevanti o negativi. Per parlare di efficacia è importante che non si evidenzino effetti negativi negli outcomes indagati.

STANDARDS DI EFFICIENZA

Descrizione dell'intervento	È necessario poter accedere ad un manuale relativo all'intervento in esame e al training richiesto.
Generalizzabilità	Deve essere indagato il grado in cui i risultati ottenuti sono generalizzabili. Vanno dunque descritti con esattezza il campione su cui è stato indagato l'effetto e il setting di riferimento. Inoltre il campione deve essere sufficientemente ampio in modo che ci siano abbastanza soggetti per ogni dimensione indagata.
Sottogruppi della popolazione	Vanno fatte opportune analisi statistiche per ogni sottogruppo a cui viene generalizzato l'effetto.
Riproducibilità dell'intervento	Il disegno dell'intervento deve essere riproposto in modo fedele e vanno dunque descritte le eventuali variazioni che è possibile adottare. A tale scopo va dimostrato che gli effetti non sono riconducibili alle caratteristiche personali dell'operatore.
Outcomes	I risultati ottenuti devono avere un valore pratico in termini di impatto sulla sanità pubblica. È importante riportare anche le informazioni sulla convenienza di tale intervento in termini economici.
Conclusioni sull'efficienza	Un intervento risulta efficiente se permette di ottenere risultati significativamente positivi considerate le condizioni, la popolazione, il setting e le tempistiche dell'intervento stesso.

In definitiva dunque secondo le linee guida sugli evidence-based interventions i trial controllati e randomizzati (RCTs) costituiscono il gold-standard della ricerca clinica ed evolutiva per valutare l'efficacia dei trattamenti, grazie alla loro capacità di minimizzare i bias rispetto ad altri studi.

3.1 VIDEOFEEDBACK INTERVENTION TO PROMOTE POSITIVE PARENTING AND SENSITIVE DISCIPLINE (VIPP - SD)

Interventi di video-feedback possono essere un utile strumento per supportare il genitore adottivo nel compito di fornire cure e sostenere il recupero di un attaccamento sicuro (Schoenmaker et al., 2014). Il *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline* - VIPP-SD è un programma internazionale di intervento breve sviluppato dall'Università di Leiden da Juffer e collaboratori, volto a promuovere e sostenere la genitorialità positiva, sperimentato con successo in numerosi gruppi clinici e non clinici e in differenti culture (Van Zeijl et al., 2006).

La diffusione su larga scala e la verifica sperimentale dell'efficacia dell'intervento di video-feedback VIPP-SD sono parte di una storia relativamente recente sebbene le origini del protocollo abbiano inizio tra la fine degli anni Ottanta e gli inizi degli anni Novanta. Inizialmente esso prevedeva un formato in cui veniva utilizzata la tecnica del modeling ossia dell'esempio di scambi diadici ottimali, assunta come modello di una relazione sufficientemente sensibile che potesse essere fonte di guida e apprendimento per il genitore (Lambermon, van IJzendoorn, 1989). Le prime analisi qualitative dell'efficacia dell'intervento portarono tuttavia presto a notare una certa difficoltà del genitore nell'usufruire dell'identificazione auspicata nei confronti della diade presentata, attestata dal fatto che molto spesso erano più le differenze nei confronti del modello di relazione presentato piuttosto che le somiglianze a essere notate dai genitori coinvolti nell'intervento, facendo sì che l'intento principale di richiamo all'emulazione venisse in tal modo compromesso: le madri sembravano o modelli competenti difficili da raggiungere o troppo diverse dal modello di madre che ogni diade aveva in mente per permettere una buona identificazione. Allo stesso tempo era frequente il richiamo del singolo genitore su ciò che rendeva unico e differente il proprio bambino rispetto al modello proposto, riducendo così la

possibilità che le strategie di sintonizzazione proposte potessero essere utilizzate come modelli-guida. Le prime riflessioni e valutazioni di questa esperienza portarono a ipotizzare che ciò di cui i genitori avevano bisogno era l'opportunità di riflettere su loro stessi e sul proprio bambino partendo dalla loro relazione, autentica, spontanea e unica. Il primo tentativo in questa direzione è stato così proposto da Femmie Juffer, nel 1993, proponendo l'intervento nell'ambito dell'adozione. L'intervento originario, rivolto a bambini nel primo anno di età e alle loro madri, era composto di sole tre sessioni di lavoro e una preliminare di sola video-registrazione. Dopo i primi riscontri positivi, i colleghi olandesi diedero così il via a una verifica empirica dell'efficacia del nuovo protocollo basato sulla video-registrazione della diade presa in carico, ottenendo i primi risultati di efficacia (Juffer, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, 2005). Da questa prima versione di video feedback, nota come VIPP, con un focus prevalente sulla sintonizzazione emotiva, e rivolto ai bambini entro il primo anno di età, ne derivarono in seguito alcune nuove versioni, tra cui citiamo quella con focus aggiuntivo sulle rappresentazioni di attaccamento (VIPP-R), rivelatasi poi inefficace e quindi presto abbandonata, e la versione a oggi più diffusa, con focus congiunto su sensibilità nell'accudimento e disciplina sensibile: il protocollo VIPP-SD (Juffer et al., 2008).

Tale protocollo nasce dall'integrazione tra la teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969) e Ainsworth (1978) e la teoria della coercizione di Patterson (1982). La prima è una delle prospettive che in modo più efficace e dettagliato, con il sostegno della ricerca, ha messo in luce l'importanza del ruolo del genitore per lo sviluppo infantile, costituendosi come lente efficace tramite cui osservare e comprendere le origini della regolazione delle emozioni e del benessere emotivo, con particolare attenzione al tramandarsi dei legami tra le generazioni (Cassidy & Shaver, 2008; Lionetti, Pastore, e Barone, 2015b). In particolare la sensibilità genitoriale (focus privilegiato dell'intervento di video-feedback) è uno dei costrutti fondamentali della

teoria, in quanto consente di prevedere con ragionevole affidabilità il pattern di attaccamento del bambino, ossia della sua capacità nel regolare le emozioni, della percezione di sé come degno di cure e amore e dell'altro come capace di fornire le stesse in modo adeguato. Sensibilità è in particolare cogliere i bisogni del bambino, leggerli adeguatamente e rispondervi di conseguenza. Spesso trascurata in favore dell'analisi della componente rappresentazionale (o rappresentazioni di attaccamento) è in realtà un importante indicatore dell'efficacia di un genitore nei comportamenti di cura, e si configura come immediata da cogliere poiché direttamente visibile ad esempio con l'uso di registrazioni strutturate ad hoc. L'intervento di video-feedback VIPP-SD utilizza per questo il video, per allenarsi con il genitore a leggere i comportamenti del bambino e a rispondervi in modo appropriato (ossia sensibile), dando voce alla qualità delle relazione grazie al potere dell'immagine. La promozione della sensibilità genitoriale, in quanto predittore principale e prossimale dei pattern di attaccamento del bambino, è il primo obiettivo dell'intervento di video-feedback quando a voler essere promosso è un attaccamento di tipo sicuro nel minore. Oltre la prima infanzia, poco prima del secondo anno di vita, i bisogni di accudimento permangono e accanto a questi si presenta con forza e vivacità in modo sempre più manifesto un ulteriore bisogno, ossia quello di esplorare e conoscere il mondo, toccare e manipolare, camminare e gattonare alla scoperta di ciò che popola un universo tutto da scoprire. Questo accade nell'ambiente di casa, nella stanza dei giochi, ma anche in altri luoghi (spesso non così familiari, come la casa di un amichetto, o il negozio di giocattoli, o il supermercato) in cui il bambino si trova a dover seguire delle regole che il genitore indica e che per i due rappresentano una vera sfida di equilibri. Trovare la strategia efficace per gestire questi equilibri è un passo essenziale che permette la prevenzione di quelli che altrimenti rischierebbero di diventare scontri o fonti di conflitto diretti, incrementando la probabilità che crescendo il bambino sviluppi vere

e proprie problematiche nel comportamento (Lambruschi & Muratori, 2013; Fearon & Belsky, 2011). Ecco perché il binomio accorta sensibilità e una disciplina che su questa si basa, costituisce la formula più indicata per questo periodo dello sviluppo, e la fonte di ispirazione della combinazione delle due componenti che si ritrovano nella versione dell'intervento di video-feedback VIPP-SD. Accanto quindi a una riflessione sull'importanza del legame, delle relazioni di attaccamento, e della sensibilità, il protocollo affianca alcune indicazioni utili per la gestione degli incontri disciplinari propri del periodo dell'infanzia e della prima fanciullezza, mutuata dalla Teoria della Coercizione di Patterson, del 1982, che sottolineano come alcune strategie disciplinari di natura coercitiva si rivelino sia poco efficaci nel raggiungere l'obiettivo di regolare il comportamento del bambino, sia addirittura promotrici di un incremento dei problemi comportamentali. In particolare, essa mette in guardia su come microesperienze coercitive reciproche tra madre e bambino possano creare nel tempo pattern coercitivi e ricorsivi di interazione diadica (Patterson, 1982), che a loro volta divengono la base dei comportamenti esternalizzanti e aggressivi nel bambino crescendo. È quindi sulla base delle indicazioni della teoria di Patterson che questo modello d'intervento ha fatto tesoro della lezione di evitare lo scontro acceso e aggressivo tra genitore e bambino al fine di non farlo diventare esempio o abitudine da seguire, favorendo al contrario incontri disciplinari in cui il genitore viene aiutato a leggere i comportamenti del piccolo mettendosi nei suoi panni, riconoscendone in tal modo da una parte la validità intrinseca e dall'altra ribadendo l'altrettanta legittima necessità di modificarli e regolarli. Esempi indicativi di quest'attitudine sono la sintonizzazione con i bisogni legittimi di esplorazione di ogni piccolo e la necessità di mantenere una coerenza educativa sensibile, ferma, mai coercitiva, sulle regole importanti per la crescita. Un'accortezza importante è che queste strategie disciplinari e le regole date siano sempre a misura di bambino e che accanto a ogni "no" ci sia una spiegazione, oppure una verbalizzazione empatica

dell'impegno di cui il piccolo fa uso per riuscire a controllare un comportamento spontaneo e dettato dal desiderio, come ad esempio toccare un gioco particolarmente attraente esposto su un ripiano di un negozio, quasi a dire: "è così bello, mamma, perché mai non dovrei toccarlo?!".

L'obiettivo principale dell'intervento consiste dunque nel promuovere una maggiore sensibilità del genitore nel cogliere i segnali di richiesta del bambino e rispondervi in modo adeguato, attraverso una maggiore consapevolezza e un cambiamento delle interpretazioni e delle aspettative legate alla relazione con il proprio figlio. L'intervento con i genitori è centrato sulla messa a fuoco dei punti di forza della relazione genitore-bambino e la restituzione al genitore di un maggior senso di competenza relazionale. Secondo il protocollo del VIPP-SD, il percorso si effettua a casa della mamma e del suo bambino con una durata di 6 incontri, a distanza di qualche settimana l'uno dall'altro. Esso si basa sull'analisi e sulla discussione delle videoregistrazioni delle interazioni genitore-bambino effettuate durante il percorso di accompagnamento: il genitore e il bambino vengono, infatti, videoregistrati durante lo svolgimento di attività di vita quotidiana (es. gioco insieme o pasto). L'operatore fa delle riprese di alcuni minuti e rivede poi in sede propria il video per preparare la restituzione al genitore che avverrà nell'incontro successivo. I contenuti della restituzione variano a seconda della sessione in cui ci si trova e sono relativi alle seguenti aree tematiche:

- comportamenti di esplorazione e attaccamento del bambino;
- la percezione sensibile e attenta dei segnali e espressioni del bambino da parte del genitore;
- la tempestiva e adeguata risposta ai segnali del bambino da parte del genitore;
- la sintonizzazione affettiva e la condivisione delle emozioni tra bambino e genitore.

Il video viene mostrato sempre a domicilio nella seduta successiva, con la peculiare caratteristica di dare particolare attenzione alle sequenze di interazione positiva mamma-bambino. I commenti dell'operatore danno l'opportunità di concentrarsi sulle espressioni del bambino, stimolando nel genitore maggiore empatia e capacità di osservazione e consentendo inoltre il rinforzo positivo di momenti del comportamento del genitore particolarmente positivi e sensibili. Il genitore è riconosciuto come esperto principale nella crescita del proprio bambino, per questo è invitato come parte attiva nella discussione del video. Ad esempio, quando l'operatore cerca di “parlare per il bambino” il genitore è invitato a dare come dei sottotitoli al video che diano nome ai vari comportamenti del proprio bambino. Nel 2013 il Laboratorio di Psicologia dell'Attaccamento e Sostegno alla Genitorialità - LAG dell'Università di Pavia ha avviato l'ultima ricerca facente parte del Pavia Adoption Study¹ con l'obiettivo di testare l'efficacia del noto intervento *evidence-based* VIPP-SD, adattato con specifiche varianti al contesto adozione (VIPP-SD/FC-A) e non ancora testato su questa popolazione per la sua efficacia. In aggiunta alle aree tematiche precedentemente descritte, sono stati approfonditi insieme al genitore i seguenti argomenti particolarmente rilevanti per i bambini istituzionalizzati:

- socievolezza indiscriminata;
- tendenza ad assumere comportamenti inaspettati (ad es. non richiedere l'intervento della figura genitoriale nei momenti di bisogno);
- importanza del contatto fisico e possibili reazioni del bambino.

¹ Per una descrizione del progetto menzionato si veda il capitolo 5 a pag. 42

CAP. 4

IL RUOLO DELL'INTERAZIONE INDIVIDUO - AMBIENTE SUGLI ESITI DI SVILUPPO ALLA LUCE DEL MODELLO DELLA DIFFERENTE SUSCETTIBILITÀ

Negli ultimi dieci anni il dibattito riguardante il ruolo giocato dalla componente genetica, piuttosto che ambientale, nel contribuire alle traiettorie di sviluppo, è stato integrato con alcune interessanti considerazioni legate da una parte ai contributi empirici raccolti e dall'altra a una ridefinizione del modello concettuale di riferimento (cfr. Lionetti, Pluess e Barone, 2014). Il punto di partenza per questa integrazione è rappresentato da quello che va sotto il nome di modello Diatesi-Stress (Monroe e Simons, 1991; Zuckerman, 1999; Dodge e Rutter, 2009); alcuni soggetti, a causa di specifiche vulnerabilità individuali, sarebbero maggiormente sensibili a condizioni ambientali avverse, quali la relazione con un genitore maltrattante o trascurante, piuttosto che a eventi di vita traumatici, con possibili esiti di sviluppo a rischio o maladattivi. Al contrario altri, pur in presenza di condizioni ambientali sfavorevoli, mostrerebbero resilienza, ossia riuscirebbero con più successo a resistere ai fattori negativi incontrati nel corso del loro sviluppo mantenendo adeguati livelli di funzionamento e di relativo benessere (Cicchetti e Garmezy, 1993; Masten e Obradović, 2006, Cicchetti e Rogosch, 2012). Secondo questa concezione, un corretto approccio ai disturbi dello sviluppo deve prendere in considerazione in senso multifattoriale sia le componenti individuali (temperamentali, fisiologiche, di personalità e genetiche) sia quelle ambientali, analizzandone le interazioni reciproche e gli esiti evolutivi (Caspi, Sugden, Moffitt, Taylor, Craig, Harrington, McClay, Mill, Martin, Braithwaite e Poulton, 2003; Belsky e Pluess, 2009a, 2009b). Il modello Diatesi-Stress rappresenta in questo senso il modello eziologico di patologia mentale più ampio in quanto esplora le interazioni

tra fattori biologici, ambientali e sociali e molta ricerca attuale è mirata ad aumentare la specificità di questo modello (cfr. Woods, Kanter, Anchisi & Stefanini, 2016). Tuttavia la realtà psicologica oggetto d'indagine privilegiata rimane la parte oscura, o *dark side*, quella in cui l'individuo in sviluppo potrà incontrare differenti elementi di rischio; è ponendo attenzione a quei fattori che si può lavorare per formulare interventi volti a incidere e trasformare modalità disfunzionali di interazione individuo-ambiente in contesti a rischio (Dodge e Rutter, 2009).

A partire dalle pionieristiche e fondamentali indicazioni di Bronfenbrenner, valido riferimento per l'attenzione posta congiuntamente alla persona, al processo di crescita e al contesto in cui questo avviene (1993), sono stati proposti differenti modelli che hanno ampliato con sistematicità il focus di osservazione ai contesti positivi di sviluppo e ai possibili esiti adattivi. Se è vero infatti che il focus sulla *dark side* dell'esperienza psicologica ha consentito di analizzarne la valenza multifattoriale e metterne in evidenza i diversi elementi che in essa concorrono con importanti risvolti anche sul piano applicativo (Rutter, 2012), è tuttavia anche vero che questo tipo di attenzione ha ristretto l'area di indagine a una specifica tipologia di variabili, escludendo o perlomeno limitando fortemente l'osservazione a ciò che nello sviluppo accade nella *bright side*, ossia in una condizione ambientale favorevole (Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2011; Homberg e Lesch, 2011). La revisione o integrazione concettuale rappresentata dalle proposte avanzate a partire dal modello della *Differential Susceptibility* (Differente Suscettibilità/Permeabilità, Belsky, 1997) si colloca a questo livello e intende offrire un modo diverso e più comprensivo di guardare agli elementi che concorrono agli esiti dell'interazione individuo-ambiente. Tale modello, introdotto da Belsky e sviluppato in seguito da Belsky e Pluess (2009a), mette in luce come gli individui, per una motivazione evolutivistica connessa alla sopravvivenza della specie, differiscano nel loro grado di permeabilità all'ambiente; alcuni si mostrano più

suscettibili alle influenze ambientali in cui crescono, sia nei termini di un'accresciuta plasticità adattiva in un ambiente favorevole sia nei termini di un rischio maggiore in un ambiente di sviluppo sfavorevole. Chi presenta maggiore plasticità o suscettibilità agli elementi ambientali non possiede solo per questo dato maggiori garanzie di buon esito evolutivo, né è maggiormente a rischio. Il fatto di essere più o meno suscettibili o permeabili potrà rivelarsi un elemento di maggiore o minore successo adattativo a seconda della qualità degli ambienti incontrati e non costituisce, di per sé, una variabile in grado di determinare tout court lo sviluppo. Il modello di Belsky e colleghi sottolinea quindi come la variabilità interindividuale nei termini di minore o maggiore plasticità all'ambiente costituisca un riferimento essenziale per spiegare gli esiti evolutivi dell'interazione individuo-ambiente ed abbia valore adattivo in termini evolutivisti, dato che a priori non è dato di sapere quale sarà l'ambiente in cui si verificherà un certo sviluppo. Sulla scorta delle osservazioni appena menzionate ma in maniera del tutto indipendente, nel 2005 Boyce ed Ellis propongono un modello che individua nella relazione a specifici contesti ambientali – piuttosto che in una predisposizione innata di natura evolutivista – le radici del meccanismo alla base della diversa plasticità (BSC – Boyce, Chesney, Alkon, Tschann, Adams, Chesterman, Cohen, Kaiser, Folkman & Wara, 1995; Boyce & Ellis, 2005). Sia per chi cresce in contesti di rischio sia per coloro che vivono in contesti positivi, la tendenza generale dell'organismo è di massimizzare la reattività al contesto ambientale: nel primo caso per riuscire a fronteggiare eventuali pericoli, da riconoscere prontamente, nel secondo per trarre il maggior beneficio da un contesto di crescita positivo. La plasticità costituisce dunque, per il modello BSC, un meccanismo di risposta all'ambiente – e innescato dall'ambiente stesso – che garantisce la sopravvivenza; essa opera sia rispetto a esiti di sviluppo positivi sia rispetto a esiti negativi e non è circoscritta unicamente ai concetti di resilienza e vulnerabilità. Per una più immediata comprensione del concetto cui ci stiamo

riferendo, è utile riprendere una metafora proposta da Boyce ed Ellis stessi (2005), che si rifà al confronto tra le condizioni e gli esiti di sviluppo di due piante: la radichietta (o tarassaco/dente di leone) e l'orchidea. La prima cresce anche in terreni incolti e non richiede cure per fiorire. Si tratta perciò di un fiore resiliente. Al contrario l'orchidea, se collocata nello stesso terreno incolto, tende ad appassire. Secondo il *Diathesis-Stress model*, potremmo definirla una pianta vulnerabile. Se allarghiamo il focus di osservazione comprendendo anche ciò che accade in un contesto di crescita positivo, in questo caso un terreno ottimale, emerge un'altra componente che ben rende l'idea di quanto vogliamo qui discutere: la radichietta non trae beneficio più di quanto non faccia nel terreno incolto. L'orchidea, al contrario, presenta uno sviluppo ottimale solo nel primo. Le due piante hanno diversa plasticità o differente suscettibilità all'ambiente; maggiore per le seconde, più permeabili a contesti sia positivi sia negativi. Solo l'analisi di entrambi gli ambienti, e il confronto tra i diversi esiti di sviluppo, permette di cogliere questo meccanismo. Boyce ed Ellis definiscono così «bambini orchidea» quelli dotati di maggior reattività fisiologica che, se collocati in un contesto ambientale positivo, presentano uno sviluppo ottimale e, se in ambienti a rischio, risentono maggiormente delle influenze negative del contesto di quanto non facciano i loro pari meno reattivi (Boyce e Ellis, 2005).

4.1 IL VANTAGGIO DELL'IPERSENSIBILITÀ

Il cambiamento di prospettiva descritto ha naturalmente avuto un esito rispetto alle variabili oggetto di ricerca e agli obiettivi della stessa: sono rapidamente cresciuti gli studi che hanno incluso la componente della *bright side* nel focus dell'indagine, e che hanno analizzato gli esiti di sviluppo non esclusivamente nei termini di riduzione delle problematiche esistenti, bensì come potenziamento delle risorse disponibili (Cassidy, Woodhouse, Sherman, Stupica e Lejuez, 2011; Chhangur, Weeland e

Overbeek, 2012). Una delle aree di indagine che testimonia questo cambio di prospettiva è quella del temperamento. Con tale costrutto si fa riferimento alle differenze individuali a base biologica rilevabili nel comportamento, che compaiono molto precocemente e sono relativamente stabili nel corso del tempo (Bates, 1989). Nello specifico, Thomas e Chess (1977) hanno individuato tre temperamenti:

- Il bambino dal temperamento facile si caratterizza per la regolarità delle funzioni biologiche, prevalenza di risposte positive di approccio a situazioni e persone nuove, rapida adattabilità ai cambiamenti, umore prevalentemente positivo. Livello delle risposte non eccessivamente intenso.
- Il bambino dal temperamento difficile è caratterizzato da reazioni biologiche irregolari, prevalenza di reazioni di ritiro di fronte a situazioni nuove, lentezza nell'adattarsi ai cambiamenti, umore prevalentemente negativo e risposte di intensità elevata.
- Il bambino con temperamento "lento a scaldarsi", tende a ritirarsi di fronte alle persone e alle situazioni nuove e si adatta lentamente ai cambiamenti. Tende ad avere reazioni non intense e ad essere regolare nei ritmi. Questi bambini sembrano avere solo un po' più di tempo per adattarsi rispetto ai bambini facili.

Diversi studi hanno mostrato come, in contesti ambientali di rischio, i bambini con temperamento difficile siano più vulnerabili e predisposti a esiti comportamentali disadattivi (cfr. Dodge e Rutter, 2009). Tuttavia, dagli studi che sono nati a partire dalle considerazioni sopra riportate si può notare come la variabile individuale del temperamento difficile non sia necessariamente un elemento di vulnerabilità di per sé, ma possa essere inquadrabile nei termini di maggior permeabilità al contesto, sia in senso adattivo, e quindi di vantaggio, sia in senso disadattivo, e quindi di svantaggio (Belsky e Pluess, 2009a). Ciò che prima abbiamo definito come fattore di vulnerabilità, ossia un temperamento difficile, può infatti rivelarsi un fattore che

incrementa positivamente le potenzialità dello sviluppo del minore se cambia la variabile ambientale in cui il soggetto è inserito. Studi recenti dimostrano, a questo proposito, come i bambini temperamentalmente più difficili e reattivi siano anche capaci di beneficiare maggiormente di un ambiente positivo, qual è ad esempio l'esperienza di un genitore sensibile e responsivo nella relazione di accudimento (Juffer et al.2008).

Tra i primi studi che hanno utilizzato un disegno di ricerca che analizza l'effetto di moderazione della variabile temperamento assumendo l'approccio della differente suscettibilità individuale troviamo il contributo di van Aken e colleghi (van Aken, Junger, Vervhoeven, van Aken e Dekovic, 2007). Lo studio osserva come la variabile temperamento difficile abbia un differente valore predittivo nei confronti dei successivi problemi comportamentali in relazione a due diversi contesti di sviluppo; il primo connotato in senso negativo (madri poco sensibili), il secondo in senso positivo (madri sensibili). Bambini con temperamento difficile presentano i migliori esiti di sviluppo comportamentale quando collocati in contesti di crescita positivi, e in misura superiore esiti disadattivi quando collocati in contesti di crescita più a rischio. Sono cioè più permeabili alle influenze del contesto. Lo stesso non accade ai loro pari con temperamento facile. Analoghi sono i risultati ottenuti dal laboratorio di Kochanska (Kochanska, Aksan e Joy, 2007), che ha individuato un effetto di moderazione del temperamento timoroso e impaurito rispetto all'influenza delle strategie educative materne e paterne sullo sviluppo morale e sul rispetto delle regole. I risultati di questo studio si collocano in linea con quanto riportato dal modello della *Differential Susceptibility*, segnalando la presenza di effetti diversi in base alla qualità dell'ambiente educativo; sono i bambini più timorosi a mostrare le migliori competenze quando collocati in ambienti educativi ottimali. Nessun effetto d'interazione emergeva invece nei bambini che non presentavano un temperamento altrettanto timoroso-impaurito. Tali evidenze sono state replicate

anche quando la componente ambientale in interazione non era la relazione genitore-bambino, ma la qualità dell'ambiente sociale intesa come relazione educatore-bambino nella scuola dell'infanzia (Pluess e Belsky, 2009b). In particolare, un dato che sostiene in modo esplicito la posizione descritta nell'ambito della *Vantage Sensitivity* proviene dallo studio longitudinale di Ramchandani, van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (2010) relativo agli effetti sullo sviluppo sociale della figura paterna: le bambine più reattive temperamentalmente (costrutto operazionalizzato come alta emotività negativa e reattività agli stimoli in base a quanto rilevato dai genitori tramite questionario sul temperamento) nel primo semestre di vita mostravano a 6 anni di età migliori competenze prosociali quanto più il padre era stata una figura di accudimento presente; al contrario non veniva riscontrato alcun effetto per le bambine meno reattive. Analogamente, Kochanska e Kim (2012) hanno individuato come i bambini più reattivi mostravano, a 2 anni di età, migliori competenze di regolazione delle emozioni se cresciute in un contesto di accudimento ottimale. Il risultato, a fronte dei nuovi sviluppi teorici, è definibile con la nozione di sensibilità al vantaggio poiché l'effetto di moderazione della variabile individuale sull'esito di sviluppo era particolarmente evidente quando la qualità della relazione madre-bambino era caratterizzata da livelli di accudimento ottimali². Un ulteriore contributo proviene da uno studio del gruppo di ricerca olandese di Carlos Schuengel, dove il ruolo della timidezza infantile è stato indagato quale variabile moderatrice dell'effetto della sensibilità materna sulla sicurezza di attaccamento in un campione di bambini in affido nel primo anno di vita (De Schipper, Oosterman e Schuengel, 2012). Anche in questo caso i risultati hanno individuato un effetto interazione tra temperamento e sensibilità materna nel predire la sicurezza del bambino, per cui i più timidi mostravano un attaccamento sicuro quando collocati con madri sensibili, ma non sembravano risentire di esiti

² Si veda inoltre Pluess & Belsky, 2013, per un'interpretazione di questo risultato alla luce della *Vantage Sensitivity*

negativi quando cresciuti con madri affidatarie non altrettanto contingenti e responsive. Minor permeabilità alla sensibilità materna era invece presente nei loro pari meno timidi. Questo dato sembra deporre a favore del tratto della timidezza nella prima infanzia come fattore in grado di accrescere la sensibilità all'ambiente nel bene (*Vantage Sensitivity*) ma non in entrambe le direzioni (nel bene e nel male, *Differential Susceptibility*). Infine, è interessante osservare come evidenze empiriche relative alla misurazione dell'efficacia degli interventi a sostegno della genitorialità positiva depongano nella stessa direzione del rilevare effetti diversi di potenziamento dei «vantaggi» evolutivi laddove, oltre alle variabili individuali, si tengano in comune considerazione le variabili ambientali costituite dai diversi contesti dello sviluppo (Cassidy et al., 2011). Manipolando attraverso l'intervento sul potenziamento della genitorialità positiva la variabile sensibilità materna, gli effetti sulla sicurezza infantile si dimostrano infatti maggiori laddove i bambini presentano un temperamento reattivo o difficile (Velderman et al., 2006).

L'ipersensibilità come funzione di caratteristiche comportamentali e psicologiche non è ristretta a tratti del temperamento della prima infanzia. Un attributo psicologico misurato in età adulta che è recentemente emerso come moderatore delle influenze ambientali è la sensibilità nel processamento sensoriale di livello alto, un tratto di personalità misurato con la *High Sensitive Person Scale* (Aron & Aron, 1997). Secondo Aron, Aron, e Jagiellowicz (2012) circa il 20% della popolazione è caratterizzata da una personalità altamente sensibile, che comprende un sistema nervoso altamente sensibile, una maggiore consapevolezza delle sottigliezze presenti in ciò che c'è attorno, così come un loro processamento più profondo ed una tendenza ad essere più facilmente sopraffatti quando si è in un contesto altamente stimolante. Pluess e Boniwell (2012) si basarono su questo lavoro nel testare l'ipotesi a priori che i bambini caratterizzati da una alta sensibilità possono essere più reattivi nei confronti degli interventi psicologici. Inoltre indagarono la

variazione negli effetti positivi attesi del programma di promozione della resilienza basata sull'educazione scolastica (Pluess, Boniwell, Hefferon, & Tunariu, 2012) e somministrarono il test ad un campione di 166 ragazze di 11 anni provenienti da una delle aree più povere di Londra, Stati Uniti. L'intervento portò ad un decremento significativo dei sintomi depressivi osservabili fino a 12 mesi dopo, con il follow up di valutazione, ma coerentemente con l'ipersensibilità, esclusivamente tra bambini che avevano ottenuto un punteggio nel terzile più alto del questionario del bambino ipersensibile (Pluess et al. 2012). Tutti gli altri bambini non riuscirono a trarre beneficio dall'intervento, perlomeno nei confronti dei cambiamenti nei sintomi depressivi.

In conclusione, l'ipersensibilità prevede un nuovo concetto di osservazione diffusa secondo cui gli individui si differenziano generalmente nella risposta alle esperienze positive. L'applicazione del ragionamento dell'ipersensibilità alla psicologia clinica, evolutiva ed educativa può significativamente incoraggiare la corrispondenza persona-contesto ambientale per una varietà di interventi e servizi, eventualmente massimizzando l'efficacia su una base individuale.

PARTE SECONDA:
LA RICERCA

CAP. 5

IL PAVIA ADOPTION STUDY

Il Laboratorio di Psicologia dell'Attaccamento e Sostegno alla Genitorialità - LAG dell'Università di Pavia da circa 5 anni sta conducendo un progetto di ricerca volto ad indagare alcuni elementi del contesto adottivo: il Pavia Adoption Study (Barone, Lionetti, Dellagiulia, Alagna & Rigobello, 2015). Tale progetto si è articolato in tre tappe, ognuna delle quali ha avuto focalizzazioni specifiche.

STUDIO 1 (2011-2013) (Barone, Dellagiulia e Lionetti, 2015)

Il primo studio si è posto l'obiettivo di indagare gli effetti dell'istituzionalizzazione sullo sviluppo cognitivo ed emotivo-relazionale. Lo studio si è svolto all'interno di alcuni istituti per minori in Ucraina e ha coinvolto cento bambini tra i 4 e gli 8 anni insieme ai loro educatori di riferimento. Sono state indagate variabili ambientali sia di tipo distale (durata dell'istituzionalizzazione ed età al collocamento) che di tipo prossimale (qualità delle cure e percezione di impotenza nel caregiver principale rispetto al suo ruolo). Analogamente a quanto già riportato da studi precedenti (Zeanah, Gunnar, McCall, Kreppner & Fox, 2011), i risultati hanno evidenziato ritardi e compromissioni nelle abilità di ragionamento e nella capacità di attenzione laddove la permanenza in istituto aveva superato 6 mesi, così come il pattern d'attaccamento risultava più insicuro e disorganizzato rispetto ai pari cresciuti in famiglia, con una percentuale di circa tre volte superiore. Relativamente ai fattori di protezione è stato rilevato che i bambini che instauravano una buona relazione affettiva con l'educatore/educatrice di riferimento riducevano significativamente le loro difficoltà cognitive e relazionali anche se la permanenza in istituto era più lunga del limite dei sei mesi.

STUDIO 2 (2009-2012) (Barone e Lionetti, 2012; Lionetti, 2014; Lionetti et al., 2015)

Come proseguimento dei risultati ottenuti con il primo progetto, il secondo studio ha indagato i fattori di rischio e di protezione legati all'adozione cercando di capire quali elementi possono moderare l'effetto terapeutico dell'adozione stessa. I risultati hanno evidenziato come a seguito dell'inserimento in famiglia, ciò che favorisce l'instaurarsi di una relazione di attaccamento sicura sembra essere la presenza di uno stato della mente relativo all'attaccamento sicuro nei genitori e l'inserimento del bambino entro il primo anno di vita (Barone e Lionetti, 2012; Lionetti, 2014). In assenza di questi fattori di protezione aumenta il rischio di stress relativo all'accudimento nei genitori e la presenza di disturbi socio-emotivi nei bambini (Lionetti et al., 2015).

STUDIO 3 (2013 - 2016) (Barone et al., 2015)

I risultati ottenuti con il secondo progetto sottolineano l'importanza di supportare il genitore adottivo nel compito di fornire cure e sostenere il recupero di un attaccamento sicuro nel bambino. Per questo motivo è stato avviato un terzo studio con l'obiettivo di testare l'efficacia del protocollo VIPP-SD - *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting & Sensitive Discipline* (van Zeijl et al., 2006) mediante una sperimentazione RCT, adattato con specifiche varianti al contesto adozione (VIPP-SD/FC-A) e non ancora testato su questa popolazione per la sua efficacia. I risultati suggeriscono come l'intervento di video-feedback possa essere un utile strumento per la promozione della sensibilità genitoriale, variabile importante in quanto predittore prossimale di un attaccamento sicuro (Barone et al., 2015; Barone, Lionetti, Dellagiulia, Alagna e Rigobello, 2016).

CAP. 6

STUDIO SULL'EFFICACIA DEL VIPP-SD/FC-A

6.1 OBIETTIVI

In riferimento ai presupposti teorici e ai dati di ricerca riportati nella prima parte di questo elaborato finale, possiamo dunque assumere l'importanza di sostenere la genitorialità, e in particolar modo quella adottiva per le sfide che tale percorso implica, allo scopo di promuovere il benessere del bambino e il suo sviluppo ottimale (Cassidy & Shaver, 2008). Il protocollo di intervento VIPP-SD, orientato alla promozione della sensibilità genitoriale e di tecniche sensibili e coerenti per la gestione dei primi incontri disciplinari in età prescolare, rappresenta un programma di supporto alla genitorialità basato sulla teoria dell'attaccamento, riconosciuto a livello internazionale e rivelatosi efficace nella promozione di relazioni di attaccamento sintoniche e sicure e nella riduzione di problemi oppositivo-provocatori nel bambino (Van Zeijl et al., 2006). Tuttavia questa specifica versione più aggiornata ad oggi non risulta essere stata testata in alcun campione adottivo italiano. L'unico studio affine presente in letteratura (Juffer et al., 2005) ha applicato infatti la versione precedente dell'intervento di video-feedback (VIPP) e riguarda comunque famiglie adottive olandesi. Per questo motivo il LAG dell'Università di Pavia ha progettato una ricerca avente come focus quello di indagare l'efficacia del VIPP-SD in una sua versione specificatamente pensata per sostenere la genitorialità adottiva nel contesto italiano (VIPP-SD/FC-A). Obiettivo generale di questo studio è dunque quello di indagare l'efficacia di tale protocollo nell'incrementare la qualità della relazione mamma-bambino nel contesto adottivo, considerando eventuali influenze di specifiche variabili di moderazione, che saranno descritte a seguire, quali fattori intervenienti nell'evoluzione del dominio affettivo-relazionale .

Obiettivi specifici sono i seguenti:

1. prendendo in considerazione la comprovata efficacia di esito degli studi controllati ad oggi condotti (Juffer et al., 2008; Juffer & Steele, 2014), il protocollo VIPP-SD si configura come una delle versioni più robuste e accreditate della famiglia di protocolli "VIPP". Obiettivo di tale progetto è dunque quello di indagare l'efficacia del protocollo VIPP-SD/FC-A nell'incrementare innanzitutto le competenze materne e nello specifico la capacità di interpretare i segnali del bambino in maniera corretta e di rispondervi in modo contingente e appropriato (sensibilità materna). D'altra parte, muovendoci all'interno di una prospettiva diadico-relazione delle interazioni (Biringen & Easterbrooks, 2012), secondo cui ogni aspetto del comportamento dell'adulto dipende e influenza a sua volta il comportamento del bambino all'interno di quella particolare relazione, si vuole indagare l'effetto che tale intervento ha relativamente alla competenze del bambino e nello specifico nella sua capacità di rispondere ai comportamenti della madre associata ad un affetto positivo adeguato (responsività)³;
2. inoltre, poichè il protocollo VIPP-SD/FC-A implementa una parte di lavoro con il genitore su alcune tematiche particolarmente rilevanti per i bambini istituzionalizzati, si vuole indagare anche l'efficacia del protocollo nel ridurre i comportamenti di socievolezza indiscriminata⁴ messi in atto dal bambino;
3. infine, come sottolineato in precedenza, spesso i bambini post-istituzionalizzati sviluppano attaccamenti insicuri o disorganizzati (van den Dries, Juffer, van IJendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009; Lionetti, Pastore & Barone, 2015a) o manifestano ritardi a livello socio-emotivo (Barone e Lionetti, 2012). Sebbene i dati in letteratura mostrino un netto recupero dei bambini che vengono collocati in una famiglia adottiva rispetto a

³ per una descrizione più precisa di tali costrutti si veda il cap. 1 a pag. 6

⁴ per una descrizione più precisa di tale costrutto si veda il paragrafo 2.1 a pag. 16

quelli che permangono in istituto (Zeanah, Smyke, Koga, Carlson, & the BEIP Core Group, 2005; Soares et al., 2014; Barone, Dellagiulia e Lionetti, 2015) la variabilità intersoggettiva è alta (Juffer e van IJzendoorn, 2009; Wrobel e Neil, 2009). La ricerca ha quindi cercato di andare oltre un approccio comparativo, indagando alcune specifiche variabili che sembrerebbero coinvolte nel facilitare tale recupero in seguito all'adozione (Steele et al., 2008). Ultimo obiettivo del progetto di ricerca presentato è quindi quello di indagare l'eventuale effetto di moderazione dovuto a specifiche caratteristiche del bambino - in particolare ipersensibilità⁵ (operazionalizzata come temperamento reattivo e personalità altamente sensibile), età al collocamento, genere e paese di provenienza - in grado di amplificare o meno gli effetti che il VIPP-SD/FC-A ha avuto sul bambino relativamente al livello di responsività.

6.2 IPOTESI

In relazione agli obiettivi precedentemente descritti le ipotesi del presente elaborato sono le seguenti:

1. relativamente al primo obiettivo ci si aspetta che l'utilizzo del protocollo VIPP-SD/FC-A possa contribuire a produrre un progressivo miglioramento della sensibilità materna (*Sensitivity*) e della responsività del bambino (*Responsiveness*) in termini di sintonizzazione emotiva diadica;
2. in relazione al secondo obiettivo l'aspettativa è quella di riuscire ad ottenere una riduzione dei comportamenti di socievolezza indiscriminata dei bambini;
3. rispetto ai fattori di moderazione si ipotizza che: la variabile genere, in linea con i risultati emersi da una rassegna recente (Brennan & Shaw, 2013) non produca una differenza negli effetti dell'intervento; rispetto al fattore età ci si

⁵ per una descrizione più precisa di tali costrutti si veda il paragrafo 4.1 a pag. 34

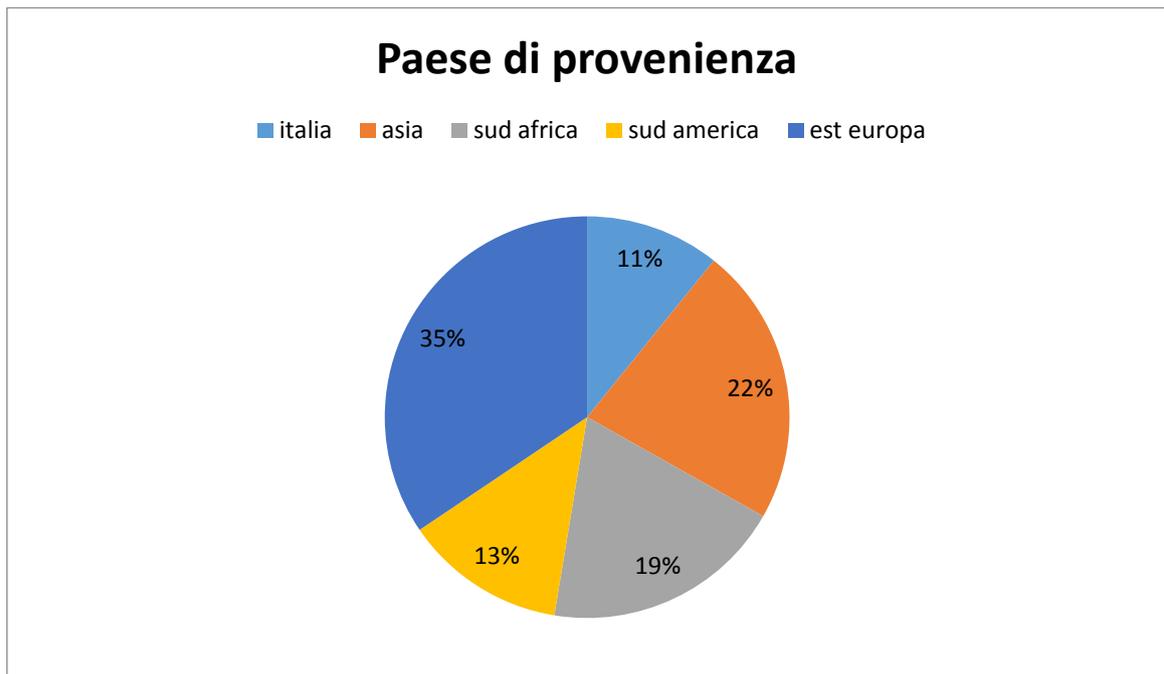
aspetta che i bambini collocati nella famiglia adottiva entro la fascia d'età 18-36 mesi possano beneficiare in misura maggiore degli effetti dell'intervento rispetto ai bambini collocati in età più avanzate; rispetto al Paese di provenienza ci si aspetta i bambini provenienti dai Paesi dell'Est possano beneficiare in misura maggiore dell'intervento; si infine, ci si aspetta che una maggiore reattività temperamentale e comportamentale (ipersensibilità) possa permettere al bambino stesso di beneficiare in misura maggiore degli effetti dell'intervento sull'incremento della responsività.

6.3 CAMPIONE

Il progetto ha reclutato nell'arco di due anni e mezzo 80 famiglie presso le principali ASL della Lombardia e del Lazio seguendo un criterio di ammissione consecutiva ai servizi e assegnando le famiglie in maniera casuale al gruppo intervento vs gruppo controllo. Tuttavia per il mio progetto di tesi saranno presi in considerazione i dati relativi a 51 famiglie⁶ poichè, essendo la rilevazione ancora in corso, non sono disponibili ulteriori dati. Nello specifico sono state coinvolte famiglie con bambini post-istituzionalizzati, con età compresa tra i 12 mesi e i 6 anni non compiuti ($M=35,92$, $SD=17,07$), collocati in famiglia da non più di un anno (da 4 a 12 mesi). Sono stati esclusi i casi di ritardo mentale. Il 60,8% dei bambini è di sesso maschile, il 39,2% è di sesso femminile. Per quanto riguarda il paese di provenienza possiamo fare riferimento al seguente grafico (Figura 1).

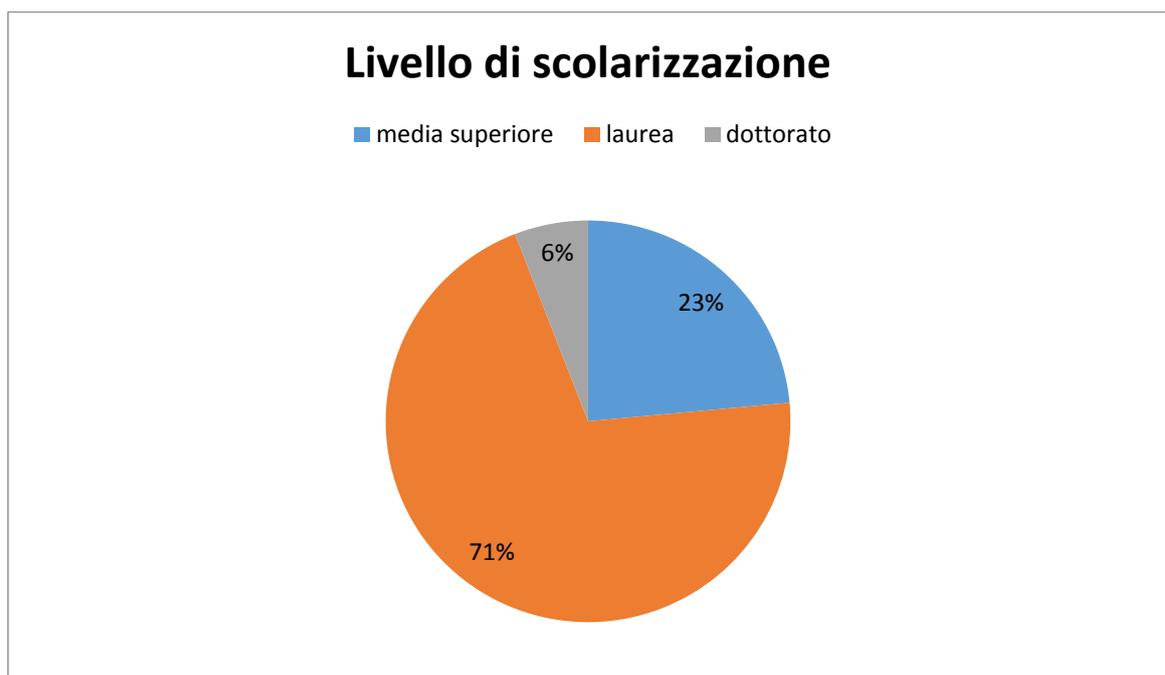
⁶ Nell'indagine effettuata per indagare la terza ipotesi è stata esclusa una sola famiglia che si è ritirata dal progetto prima della seconda valutazione.

Figura 1



Al momento del primo incontro, le madri avevano un'età media di 43,75 (SD= 3,56). Per quanto riguarda il livello di scolarizzazione delle madri possiamo fare riferimento al seguente grafico (Figura 2).

Figura 2



6.4 PROCEDURA

Le famiglie sono state assegnate in modo randomizzato al gruppo di intervento e al gruppo di controllo. Al gruppo intervento è stato proposto il protocollo del VIPP-SD/FC-A condotto da operatori certificati sul metodo; al gruppo di controllo, sia per motivi etici che di validità della ricerca stessa, è stato proposto un intervento fittizio, in cui gli incontri di restituzione e supporto al genitore previsti dal VIPP-SD/FC-A sono stati sostituiti da alcune brevi telefonate su tematiche non inerenti le variabili oggetto di studio. Per ogni diade è stata effettuata una valutazione prima dell'intervento (T1), una 6 mesi dopo (T2) e un'altra valutazione longitudinale al follow up (T3), a distanza di 6 mesi dal T2, sulle seguenti variabili:

- sintonizzazione emotiva diadica ;
- caratteristiche temperamentali e comportamentali sia nei bambini che nei genitori;
- caratteristiche dello sviluppo socio-emotivo dei bambini;
- socievolezza indiscriminata dei bambini;
- conoscenze e attitudini genitoriali rispetto alle strategie disciplinari.

Come affermato in precedenza, ad oggi non sono disponibili tutti i dati previsti dalla valutazione appena descritta, per cui, allo scopo di soddisfare gli obiettivi descritti nei paragrafi precedenti, saranno prese in considerazione esclusivamente le valutazioni effettuate prima (T1) e dopo (T2) l'intervento sulle seguenti variabili:

- sintonizzazione emotiva diadica ;
- socievolezza indiscriminata dei bambini;
- caratteristiche temperamentali e comportamentali dei bambini relativamente al costrutto di ipersensibilità.

Allo scopo di valutare la sintonizzazione emotiva diadica per ognuno dei timing della ricerca ho effettuato una videoregistrazione della diade mamma-bambino in interazione con o senza l'utilizzo di giochi. Le codifiche dei video sono state eseguite

in doppio cieco da due operatori abilitati sul metodo⁷ facenti parte del team di ricerca del LAG⁸.

6.5 STRUMENTI

SINTONIZZAZIONE EMOTIVA DIADICA

Ogni video effettuato per valutare la sintonizzazione emotiva diadica è stato codificato tramite le *Emotional Availability Scales* - IV edition (EAS; Biringen, Robinson, Emde, 2008), sviluppate al fine di valutare la disponibilità emotiva diadica. Le EAS sono composte da 6 scale relative a 4 dimensioni della disponibilità emotiva del genitore (*Sensitivity, Structuring, Nonintrusiveness, Nonhostility*) e 2 scale che valutano aspetti della disponibilità emotiva del bambino (*Responsiveness, Involving*):

- *Sensitivity* (punteggio: 1-7): capacità di porsi in sintonia con il bambino e di rispondere ai suoi segnali emotivi con un affetto positivo adeguato.
- *Structuring* (punteggio: 1-7): capacità di strutturare la relazione in modo comprensibile per il bambino e di rendere il mondo “fruibile” al bambino in modo da favorirne l’esplorazione.
- *Nonintrusiveness* (punteggio: 1-7): capacità di lasciarsi guidare dal bambino senza limitare i suoi tentativi di esplorazione e la sua autonomia.
- *Nonhostility* (punteggio: 1-7): capacità di non esprimere rifiuto nei confronti del bambino né attraverso ostilità nascosta (insofferenza, noia, ecc.) né attraverso aggressività manifesta.
- *Responsiveness* (punteggio: 1-7): la propensione del bambino a rispondere ai comportamenti della madre associata ad una qualità positiva dell’affetto che accompagna l’interazione.

⁷ Nel 2014 ho partecipato alla formazione online seguendo il training tenuto da Zeynep Biringen. L’abilitazione alla codifica è in corso.

⁸ Sul 22% dei video è stata effettuata l’inter-rater reliability ottenendo un indice di accordo $K = .844$.

- *Involving* (punteggio: 1-7): l'abilità del bambino di invitare e coinvolgere il genitore nel gioco. Le iniziative e i coinvolgimenti devono essere equilibrati rispetto alla sua necessaria autonomia nel gioco ("comportamento di base sicura").

Ai fini della ricerca le scale qui prese in considerazione sono esclusivamente quelle relative alla dimensione della *Sensitivity* per valutare la competenza materna e quelle relative alla dimensione della *Responsiveness* per quanto riguarda la competenza del bambino. Tutte le scale sono incentrate sul concetto di disponibilità emotiva (Biringen, 2000)⁹ definita come un costrutto diadico che si riferisce alla qualità degli scambi emozionali tra due partner. Tale strumento è stato ampiamente utilizzato in letteratura come misura della qualità complessiva della relazione affettiva. La solida base teorica, il training specifico per raggiungere l'affidabilità con gli autori della scala e la ricchezza del manuale di applicazione rendono le EAS uno strumento valido per la codifica osservativa delle interazioni madre-bambino (Easterbrooks e Biringen, 2005). Numerose ricerche che hanno utilizzato le EAS hanno evidenziato che tra i fattori della disponibilità emotiva la sensibilità materna e la responsività del bambino correlano con la qualità dell'attaccamento (Easterbrooks e Biringen, 2000; 2005) e con altri aspetti della relazione genitore-figlio (Biringen, 2000; Kogan e Carter, 1996; Robinson, Little, Biringen, 1993; Zimmerman e McDonald, 1995). Inoltre, altri studi hanno individuato un'associazione tra la disponibilità emotiva diadica e diversi aspetti dello sviluppo psichico e dell'adattamento del bambino, quali il linguaggio ed il ritmo sonno-veglia (Pressman, Pipp-Siegel, Yoshinaga-Itano, Deas, 1999; Sagi, Tirosh, Ziv, Guttman, Lavie, 1998). In contrasto con gli approcci che tengono in considerazione i singoli comportamenti separatamente rilevati, l'uso della EAS fornisce un giudizio globale e olistico, attraverso il quale l'osservatore usa segnali provenienti dal contesto interattivo nel

⁹ Per un approfondimento su tale costrutto si veda il paragrafo 1.1 a pag.11

suo complesso per dedurre l'adeguatezza dei comportamenti all'interno della specifica interazione.

SOCIEVOLEZZA INDISCRIMINATA

Il livello di socievolezza indiscriminata è stato codificato sulla base di un'intervista semi-strutturata audioregistrata e codificata a posteriori, in cui si chiede alla madre di valutare il comportamento del bambino nei confronti dei genitori o di estranei in situazioni familiari e sconosciute (Chisholm, 1995; 1998)¹⁰. Nello specifico alla madre viene chiesto:

1. se il bambino tende ad allontanarsi senza mostrare disagio
2. se tornerebbe a casa o sia allontanerebbe con uno sconosciuto
3. se è amichevole con le persone adulte che non conosce
4. se è timido o lo è stato in passato (nel modo di relazionarsi con gli adulti)
5. come si comporta quando incontra adulti mai conosciuti prima.

Per ciascuna domanda viene assegnato il punteggio 1 se il genitore riporta un comportamento di socievolezza indiscriminata. Ad esempio, alla prima domanda viene assegnato 1 nel caso in cui il genitore riporti episodi in cui il bambino si è allontanato senza mostrare disagio in seguito alla separazione dalle figure di riferimento. Se il genitore riporta invece una situazione in cui il bambino si è allontanato ma ha manifestato una preoccupazione in seguito alla separazione oppure si è allontanato ma guardava sempre le figure di riferimento per tenere sotto controllo la loro posizione, si assegna il punteggio 0. Le risposte per cui si assegnerebbe il punteggio 1 alle altre domande sono: (2) il bambino tornerebbe a casa o si allontanerebbe con qualsiasi estraneo, (3) il bambino è molto amichevole

¹⁰ L'intervista non prevede un training specifico per la sua somministrazione e codifica per cui è stata condotta in presa diretta dall'operatore che ha preso in carico la famiglia e codificata dallo stesso a posteriori tramite apposita griglia descritta in questo paragrafo.

con qualsiasi persona adulta che non conosce, (4) il bambino non è timido nel modo di approcciare agli adulti che non conosce, (5) solitamente il bambino ha un approccio diretto con gli adulti che non ha mai conosciuto prima.

IPERSENSIBILITÀ

Il costrutto di ipersensibilità del bambino è stato operazionalizzato come temperamento reattivo (Belsky e Pluess, 2009a) e personalità altamente sensibile (Aron & Aron, 1997). Per la valutazione del temperamento è stato utilizzato *Early Childhood Behaviour Questionnaire* - ECBQ (Putnam, Gartstein e Rothbart 2006; trad. it. autorizzata a cura di Montiroso, Cozzi, Menesini e Calussi, 2012), per i bambini dai 18 ai 36 mesi, composto da 107 item suddivisi in 18 scale che valutano vari aspetti del temperamento quali la reattività agli stimoli esterni, la tristezza, la paura. Per i bambini dai 3 ai 6 anni è stato utilizzato il *Children's Behavior Questionnaire* (Rothbart, Ahadi, Hershey & Fisher, 2001; trad. it. autorizzata a cura di Matricardi e Cicognetti, 2007) composto da 180 item suddivisi in 15 scale. Entrambi i questionari sono stati compilati dai genitori ad ogni tempistica prevista nel progetto e codificati tramite apposita griglia. Per lo scopo della presente ricerca è stata presa in considerazione la dimensione della Affettività Negativa, presente in entrambi i questionari sopra menzionati e definita da alti livelli di emozionalità negativa di fronte a situazioni percepite o definite come negative o a stimolazioni sensoriali fastidiose, in quanto è una delle dimensioni più ricorrenti nella letteratura relativa a questo costrutto (cfr. Slagt, Dubas, Dekovic & van Aken, 2016).

Altro attributo psicologico recentemente emerso come moderatore delle influenze ambientali è la sensibilità nel processamento sensoriale di livello alto, un tratto di personalità del bambino misurato con il questionario *Highly Sensitive Child* (Aron, 2002; trad. it. autorizzata a cura di Barone, Dellagiulia, Lionetti, 2013) costituito da 10 item con risposta dicotomica. Secondo gli autori circa il 20% della popolazione è caratterizzata da una personalità altamente sensibile, che comprende un sistema

nervoso altamente sensibile, una maggiore consapevolezza delle sottigliezze presenti in ciò che c'è attorno, così come un loro processamento più profondo ed una tendenza ad essere più facilmente sopraffatti quando si è in un contesto altamente stimolante. Anche in questo caso il questionario è stato compilato dai genitori ad ogni tempistica prevista dal progetto.

6.6 RISULTATI

SINTONIZZAZIONE EMOTIVA DIADICA

Per controllare l'assegnazione casuale al gruppo e per stabilire la somiglianza iniziale dei gruppi di intervento e di controllo, è stato applicato il t-Test per campioni indipendenti in modo da valutare il livello di responsività dei bambini prima dell'intervento. Sono emerse differenze significative tra i gruppi di intervento e di controllo nelle scale della EAS relative alla responsività del bambino al T1 $t(49) = 3.570, p = .001$ (tab. 1).

Tabella 1 – t-Test Responsività al T1 per gruppo (n=51)

	Gruppi di controllo (n=19)		Gruppo di intervento (n=32)		t(49)	p	d Cohen
	Media	Deviazione std.	Media	Deviazione std.			
T1 - Responsività bambino	24.42	3.37	20.12	5.22	3.57	.001	-.978

Essendo emersa tale disomogeneità tra il gruppo di controllo e il gruppo di intervento rispetto al livello di responsività del bambino non è stato possibile eseguire un'ANOVA per misure ripetute e si è proceduto pertanto con l'analisi della covarianza (ANCOVA) a misure ripetute con fattore Gruppo (Controllo, Intervento) e Covariata Responsività del bambino a inizio del trattamento (T1). Prima di procedere sono state verificate le due assunzioni di base che questo tipo di analisi richiede (Barbaranelli, 2006, p.165):

- la relazione lineare tra variabile dipendente e covariata;

- l'interazione non significativa tra fattore e covariata.

In questo caso vengono rispettate entrambe le assunzioni e si è proseguita l'analisi dell'ANCOVA. Dalle analisi emerge un effetto principale del Gruppo sulla Responsività del bambino al T2, tenendo sotto controllo il livello di Responsività del bambino a inizio del trattamento ($M = 21.73$) $F(1,48) = 8.160$, $p = .006$, $\eta^2 = .116$. I confronti post-hoc, eseguiti con correzione Bonferroni del livello di significatività, hanno mostrato che, con l'inserimento della covariata (Responsività del bambino a inizio del trattamento), chi partecipa al gruppo di intervento ($M=24.09$) ha ottenuto in media un punteggio significativamente più elevato nella responsività del bambino al T2 rispetto a chi è stato arruolato nel gruppo di controllo ($M=20.12$) (tab.2).

Tabella 2 - Statistiche descrittive Responsività bambino per Gruppo e per Tempo

Responsività bambino	Gruppo					
	controllo (n=19)		intervento (n=32)		Totale (N=51)	
	Media	Deviazione standard	Media	Deviazione standard	Media	Deviazione standard
T1	24.42	(3.37)	20.12	(5.22)	21.73	(5.04)
T2	23.00	(5.49)	24.09	(3.69)	23.69	(4.42)

Per quanto riguarda invece la sensibilità materna, è stato eseguito un *t*-Test per campioni indipendenti al T1 tra i due gruppi (controllo vs intervento) e non vi sono differenze statisticamente significative (tab. 3), quindi si può procedere con l'analisi delle varianze (ANOVA) a misure ripetute.

Tabella 3 - t-Test Sensibilità materna al T1 per gruppo (n=51)

	Gruppi di controllo (n=19)		Gruppo di intervento (n=32)		t(49)	p	d Cohen
	Media	Deviazione std.	Media	Deviazione std.			
T1 - Sensibilità materna	23.47	3.24	22.09	4.00	1.27	.209	-.379

È stata eseguita un'analisi della varianza fattoriale mista 2x2 (variabile between Gruppo [Controllo, Intervento] x variabile within Tempo [T1, T2]). L'effetto dell'interazione Tempo x Gruppo è risultato significativo $F(1,49) = 16.014, p < .001, \eta^2_{\text{parziale}} = .246$, mentre gli effetti principali del Tempo e del Gruppo non sono risultati significativi, rispettivamente $F(1,49) = 2.296, p = .136, \eta^2_{\text{parziale}} = .045$ e $F(1,49) = 1.394, p = .243, \eta^2_{\text{parziale}} = .028$. I confronti post-hoc, eseguiti con correzione Bonferroni del livello di significatività per esaminare le ragioni dell'effetto di interazione, hanno mostrato come nel gruppo di controllo non vi siano differenze fra le medie del T1 ($M = 23.47, SD = 3.24$) e T2 ($M = 21.97, SD = 4.87$), mentre nel gruppo di intervento la media al T2 ($M = 25.42, SD = 2.60$) della sensibilità risulta più alta che al T1 ($M = 22.09, SD = 4.00$). Inoltre emerge una differenza significativa tra i due gruppi al T2 e non al T1. Nello specifico al T2 il gruppo di intervento ($M = 25.42, SD = 2.60$) ha una media statisticamente più elevata rispetto al gruppo di controllo ($M = 21.97, SD = 4.87$) (tab. 4).

Tabella 4 - Statistiche descrittive Sensibilità materna per Gruppo e per Tempo

Sensibilità materna	Gruppo					
	controllo (n=19)		intervento (n=32)		Totale (N=51)	
	Media	Deviazione standard	Media	Deviazione standard	Media	Deviazione standard
T1	23.47	(3.24)	22.09	(4.00)	22.61	(3.76)
T2	21.97	(4.87)	25.42	(2.60)	24.14	(3.94)

SOCIEVOLEZZA INDISCRIMINATA

Per controllare l'assegnazione casuale al gruppo e per stabilire la somiglianza iniziale dei gruppi di intervento e di controllo, è stato applicato il t-Test per campioni indipendenti in modo da valutare il livello di socievolezza indiscriminata dei bambini prima dell'intervento. Dall'analisi non sono emerse differenze statisticamente

significative (tab. 5) quindi si è potuto procedere con l'analisi della varianza (ANOVA) a misure ripetute.

Tabella 5 - t-Test Socievolezza indiscriminata al T1 per gruppo (n=51)

	Gruppi di controllo (n=19)		Gruppo di intervento (n=32)		t(49)	p	d Cohen
	Media	Deviazione std.	Media	Deviazione std.			
T1 - Socievolezza indiscriminata	1.53	1.172	2.16	1.462	-1.596	.117	-.475

È stata eseguita un'analisi della varianza fattoriale mista 2x2 (variabile between Gruppo [Controllo, Intervento] x variabile within Tempo [T1, T2]) allo scopo di indagare gli effetti del VIPP-SD/FC-A sulla socievolezza indiscriminata. Dalle analisi effettuate sembra che l'intervento non abbia un effetto su tale comportamento messo in atto dal bambino in quanto non emerge un effetto significativo dell'interazione Tempo x Gruppo ($F(1,49) = 2.865, p = .097, \eta^2_{parziale} = .055$) nè un effetto principale del Gruppo ($F(1,49) = 1.466, p = .232, \eta^2_{parziale} = .029$). Non si rileva dunque una differenza significativa tra il livello di socievolezza indiscriminata dei bambini appartenenti al gruppo di controllo e quello dei bambini appartenenti al gruppo di intervento dal pre al post intervento. È risultato significativo solo l'effetto principale del tempo ($F(1,49) = 25.159, p < .001, \eta^2_{parziale} = .339$) indipendentemente quindi dal gruppo di appartenenza. I confronti post-hoc eseguiti per esaminare le ragioni dell'effetto principale, eseguiti con correzione Bonferroni del livello di significatività, hanno mostrato come la socievolezza indiscriminata nel campione totale è più elevata nella prima rilevazione ($M = 1.92$) rispetto alla seconda ($M = 1.06$) (tab. 6).

Tabella 6 - Statistiche descrittive Socievolezza indiscriminata per Gruppo e per Tempo

Socievolezza indiscriminata	Gruppo					
	controllo (n=19)		intervento (n=32)		Totale (N=51)	
	Media	Deviazion e standard	Media	Deviazione standard	Media	Deviazione standard
T1	1.53	(1.17)	2.16	(1.46)	1.92	(1.38)
T2	1.00	(0.88)	1.09	(0.96)	1.06	(0.93)

FATTORI DI MODERAZIONE

A seguire saranno presentati i risultati ottenuti rispetto all'indagine sull'eventuale effetto di moderazione dovuto a specifiche caratteristiche del bambino - in particolare ipersensibilità (operazionalizzata come temperamento reattivo e personalità altamente sensibile), età al collocamento, genere e paese di provenienza - in grado di amplificare o meno gli effetti che il VIPP-SD/FC-A ha avuto sul bambino relativamente al livello di responsività.

All'ANCOVA dello studio sulla sintonizzazione emotiva diadica (vedi pag. 54) sono state inserite separatamente le variabili genere, Paese di provenienza, età e ipersensibilità del bambino come variabili moderatrici.

Nel modello Gruppo*Genere del bambino non si hanno effetti significativi dell'interazione ($F(1,46) = 3.140, p = .083, \eta^2_{parziale} = .064$) (tab.12).

Tabella 7 - Statistiche descrittive ANCOVA (Gruppo x Genere) per Responsività del bambino

Responsività del bambino	Gruppo											
	Controllo (n=19)				Intervento (n=32)				Totale (n=51)			
	Maschio (n=9)		Femmina (n=10)		Maschio (n=22)		Femmina (n=10)		Maschio (n=31)		Femmina (n=20)	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
T2	21.44	(7.11)	24.40	(3.27)	23.82	(3.77)	24.70	(3.62)	23.13	(4.97)	24.55	(3.36)

La covariata presente nel modello verrà valutata sul valore: Responsività del bambino a T1 = 21,73

Rispetto al paese di provenienza si è scelto di suddividere il gruppo in bambini proveniente dall'Est Europa e bambini provenienti da altri paesi poichè secondo i dati presenti in letteratura la qualità delle cure offerta dagli istituti dell'Est Europa sembra essere particolarmente carente rispetto ad altri paesi (Smyke et al., 2007; Lionetti, Pastore & Barone, 2015a).

Inserendo la variabile Paese di provenienza come variabile moderatrice nel modello Gruppo*Paese di provenienza non si hanno effetti significativi dell'interazione ($F(1,46) = 2.588, p = .115, \eta^2_{parziale} = .053$) (tab.13).

Tabella 8- Statistiche descrittive ANCOVA (Gruppo x Paese di provenienza) per Responsività del bambino

	Gruppo											
	Controllo (n=19)				Intervento (n=32)				Totale (n=51)			
	Altri Paesi (n=16)		Est Europa (n=3)		Altri Paesi (n=19)		Est Europa (n=13)		Altri Paesi (n=35)		Est Europa (n=16)	
Responsività del bambino	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
T2	23,69	(5,02)	19,33	(7,64)	24,95	(2,97)	22,85	(4,38)	24,37	(4,02)	22,19	(5,01)

La covariata presente nel modello verrà valutata sul valore: Responsività del bambino a T1 = 21,73

Per quanto riguarda il fattore età è stata considerata l'età del bambino al momento della prima valutazione (avvenuta entro un anno dal collocamento). Il gruppo di bambini è stato suddiviso in bambini con età inferiore ai 36 mesi e bambini con età superiore ai 36 mesi, poichè i primi 3 anni di vita sono considerati particolarmente rilevanti per i profondi cambiamenti a livello cognitivo (Lionetti, Pastore & Barone, 2015a) e si ipotizza possa sussistere una differenza in questo senso tra i due gruppi. Inserendo la variabile Età del bambino alla prima valutazione come variabile moderatrice nel modello Gruppo*Età del bambino non si hanno effetti significativi dell'interazione ($F(1,46) = 0.418, p = .521, \eta^2_{parziale} = .009$) (tab.14).

Tabella 9 - Statistiche descrittive ANCOVA (Gruppo x Età del bambino) per Responsività del bambino

Responsività del bambino	Gruppo											
	Controllo (n=19)				Intervento (n=32)				Totale (n=51)			
	≤ 36 mesi (n=6)		> 36 mesi (n=13)		≤ 36 mesi (n=10)		> 36 mesi (n=22)		≤ 36 mesi (n=16)		> 36 mesi (n=35)	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
T2	24.00	(3.69)	22.54	(6.23)	24.20	(3.16)	24.05	(3.98)	24.12	(3.24)	23.49	(4.90)

La covariata presente nel modello verrà valutata sul valore: Responsività del bambino a T1 = 21,73

Infine come detto in precedenza, il costrutto di ipersensibilità del bambino è stato operazionalizzato come temperamento reattivo (Belsky e Pluess, 2009a) e personalità altamente sensibile (Aron & Aron, 1997). Relativamente al temperamento reattivo è stato utilizzato come cut off il punteggio ottenuto all'interno della dimensione Affettività Negativa dei questionari ECBQ e CBQ costruito sulla base della media più una deviazione standard¹¹. Dunque i punteggi inferiori a 4.53 sono stati considerati rappresentativi di una bassa reattività temperamentale (bassa AN), viceversa i punteggi al di sopra di 4.54 sono stati considerati rappresentativi di un'alta reattività temperamentale (alta AN). Inserendo la variabile Affettività Negativa (AN) (bassa vs alta) nel modello Gruppo* Affettività Negativa non si hanno effetti significativi dell'interazione ($F(1,46) = 0.512, p = .478, \eta^2_{\text{parziale}} < .011$) (tab. 15).

Tabella 15 -Statistiche descrittive ANCOVA (Gruppo x Affettività negativa AN) per Responsività del bambino

Responsività del bambino	Gruppo											
	Controllo (n=19)				Intervento (n=32)				Totale (n=51)			
	Bassa AN (n=15)		Alta AN (n=4)		Bassa AN (n=27)		Alta AN (n=5)		Bassa AN (n=42)		Alta AN (n=9)	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
T2	22.73	(5.90)	24.00	(4.08)	23.96	(3.59)	24.80	(4.60)	23.52	(4.52)	24.44	(4.13)

La covariata presente nel modello verrà valutata sul valore: Responsività del bambino a T1 = 21,73

¹¹ cfr. Putnam, Gartstein e Rothbart 2006; trad. it. autorizzata a cura di Montiroso, Cozzi, Menesini e Calussi, 2012 e Rothbart, Ahadi, Hershey & Fisher, 2001; trad. it. autorizzata a cura di Matricardi e Cicognetti, 2007

Inoltre sono state considerate personalità altamente sensibili quelle dei bambini i cui genitori avevano fornito più del 50% di risposte affermative al questionario HSC, per cui sono stati considerati punteggi bassi quelli inferiori a 4 (basso PAS) e alti quelli uguali o superiori a 5 (alto PAS)¹². Inserendo la variabile Personalità Altamente Sensibile (PAS) (bassa vs alta) come variabile moderatrice nel modello Gruppo*Personalità Altamente Sensibile (Aron, 2002) non si hanno effetti significativi dell'interazione ($F(1,46) = 0.030, p = .863, \eta^2_{\text{parziale}} = .001$) (tab.16).

Tabella 16 - Statistiche descrittive ANCOVA (Gruppo x Personalità altamente sensibile CAS) per Responsività del bambino

	Gruppo											
	Controllo (n=19)				Intervento (n=32)				Totale (n=51)			
	Basso PAS (n=8)		Alto PAS (n=11)		Basso PAS (n=16)		Alto PAS (n=16)		Basso PAS (n=24)		Alto PAS (n=27)	
Responsività del bambino	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
T2	22.38	(5.63)	23.45	(5.61)	23.63	(4.05)	24.56	(3.37)	23.21	(4.55)	24.11	(4.35)

La covariata presente nel modello verrà valutata sul valore: Responsività del bambino a T1 = 21,73

¹² cfr. Aron, 2002; trad. it. autorizzata a cura di Barone, Dellagiulia, Lionetti, 2013

DISCUSSIONI

Le analisi effettuate hanno permesso di trarre alcune conclusioni innanzitutto relativamente all'efficacia del protocollo VIPP-SD/FC-A nell'incrementare la qualità della relazione diadica madre-bambino. Nello specifico i risultati descritti hanno evidenziato che le madri che hanno partecipato all'intervento hanno migliorato la loro capacità di cogliere i segnali del bambino e rispondervi in maniera adeguata e contingente. Allo stesso modo è stato evidenziato un effetto significativo anche sulla responsività del bambino, ovvero la sua capacità di rispondere ai comportamenti della madre e manifestare una qualità positiva dell'affetto durante l'interazione. Questo da una parte conferma quanto già emerso in letteratura relativamente alla rigosità scientifica dell'intervento VIPP-SD, considerato efficace nel promuovere la relazione socio-emotiva diadica (van Zeijl et al., 2006). D'altra parte ci permette di estendere la sua efficacia alla fascia di età 3-6 anni e al contesto adottivo italiano, su cui tale intervento non era ancora stato testato. Le scale EAS si sono dimostrate un ottimo strumento per studiare la relazione diadica madre-bambino in quanto permettono di codificare separatamente le dimensioni riguardanti la madre e quelle relative al bambino. Questa possibilità si è rivelata ancora più utile nel contesto adottivo in cui, venendo a mancare il legame biologico, è possibile che le caratteristiche della madre e quelle del bambino non corrispondano o vadano in direzioni diverse. In questo caso è stato dimostrato come il VIPP-SD/FC-A sia stato efficace nell'incrementare non solo le competenze materne ma anche quelle del bambino. Questi risultati confermano dunque il VIPP-SD/FC-A come intervento *evidence-based*, ossia un intervento che, con buone probabilità, darà garanzie di efficacia a seguito della sua applicazione, definendo requisiti di applicazione e ambiti in cui possiamo attenderci esso si riveli utile dando buoni risultati. I risultati ottenuti appaiono rilevanti sia per il valore clinico, sia sul piano della ricerca scientifica. Essi, infatti, mettendo in luce, come il VIPP-SD consenta un miglioramento significativo

sia della sensibilità materna, sia della responsività del bambino, depongono prove a favore del potenziale preventivo di questa tipologia di interventi - brevi, mirati e basati sui video - da confermare attraverso studi longitudinali a lungo termine. D'altra parte, la mancanza di risultati significativi sia rispetto alla riduzione della socievolezza indiscriminata, sia rispetto all'effetto dei fattori di moderazione scelti - genere, età al collocamento, paese di provenienza e temperamento - apre nuovi quesiti scientifici di tipo metodologico e teorico (es. si otterrebbero gli stessi risultati se la socievolezza indiscriminata fosse misurata attraverso prove osservative?). Un'altra importante considerazione va fatta in merito al comportamento di socievolezza indiscriminata, ovvero la tendenza che spesso i bambini post-istituzionalizzati manifestano a cercare conforto o interazione sociale con persone relativamente estranee. La letteratura in passato ha considerato tale comportamento come fortemente legato allo stile di attaccamento sviluppato con il caregiver principale (O'Connor et al., 2000) e nello stesso DSM IV troviamo infatti tale comportamento come uno dei sottotipi del Disturbo reattivo dell'attaccamento (APA, 2000). Tuttavia gli studi hanno dimostrato come la socievolezza indiscriminata possa persistere anche in seguito al collocamento in famiglia dei bambini post-istituzionalizzati pertanto alcuni autori hanno iniziato a sostenere che tale comportamento sia indipendente dal pattern d'attaccamento e che rappresenti piuttosto un comportamento disadattivo che i bambini sono costretti a sviluppare in istituto a seguito della mancanza di figure di riferimento stabili (Chisholm, 1998; Zeanah, Smyke, & Dumitrescu, 2002; Zeanah & Gleason, 2010). A partire dai tali risultati il DSM 5 (APA, 2013) ha infatti scorporato la socievolezza indiscriminata dai disturbi dell'attaccamento, considerandola un disturbo a sè che è stato definito Disturbo da Impegno Sociale Disinibito. Poichè il VIPP-SD/FC-A ha tra i focus principali anche quello di lavorare insieme al genitore sul comportamento di socievolezza indiscriminata che i bambini adottati spesso mettono in atto, si

ipotizzava la possibilità di ridurre tale comportamento in concomitanza alla promozione della qualità socio-emotiva diadica. In realtà, come abbiamo visto, i risultati emersi non vanno in questa direzione e sottolineano l'importanza di indagare in maniera più precisa tale costrutto considerandolo come un aspetto indipendente dallo stile di attaccamento che il bambino sviluppa nei confronti del genitore adottivo. Relativamente all'indagine sui fattori di moderazione possiamo dire che i risultati ottenuti sull'ipersensibilità dei bambini sono in linea con la letteratura (van Zeijl et al., 2006) ma sarebbe opportuno approfondire tale indagine sia aumentando la numerosità campionaria sia indagando anche altre dimensioni ritenute importanti nella prospettiva della differente suscettibilità come il comportamento inibito (Kagan, Reznick, & Gibbons, 1989), timoroso (Kochanska, 1995) o la reattività emotiva (Belsky, 2005; Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer & van IJzendoorn, 2006).

CONCLUSIONE

L'intervento di video-feedback VIPP-SD rappresenta uno degli esempi più solidi e affermati del "prendersi cura" (Rotondo, 2010) della genitorialità e nello specifico di quell'insieme di interventi noti come evidence based, ossia interventi testati a livello di ricerca che hanno mostrato prove ripetute di efficacia, e che hanno contribuito al diffondersi di buone prassi che coniugano ricerca e clinica nel supporto alla famiglia (Barone, 2010, 2015; Cassoni, 2014). In particolare l'intervento VIPP-SD, breve, manualizzato, ma con attenzione anche alla componente individuale, rappresenta oggi il solo intervento che nell'ambito della teoria dell'attaccamento sia stato testato seguendo le linee guida note come *Standards of Evidence*, ossia le indicazioni affinché una procedura di supporto e intervento possa essere definita di comprovata efficacia (Flay et al., 2005). Queste condizioni, rispettate dal protocollo VIPP-SD sono: verifica dell'efficacia nell'ambito di studi randomizzati (ossia in cui i soggetti siano assegnati in modo casuale a gruppo di intervento e gruppo di controllo); verifica della stabilità degli effetti in almeno due tempi a conclusione dello stesso; verifica dell'efficacia con studi condotti da laboratori indipendenti da quelli in cui è stato testato; definizione delle popolazioni destinatarie dell'intervento e dei domini dello sviluppo che è in grado di promuovere (per una rassegna si veda inoltre Barone e Lionetti, 2013; Lambruschi e Lionetti, 2015). Questo testimonia come clinica e ricerca dialogano più di quanto non abbiano fatto solo pochi anni fa e, come già prassi in altre discipline come la medicina, anche in psicologia si sta diffondendo la cultura del testare un programma prima di implementarlo su vasta scala (Barone, Lo Coco, Menesini, 2014; Juffer, Steele, 2014).

Il protocollo è efficace se applicato seguendo le linee guida raccomandate e se condotto solo a seguito del processo di formazione e supervisione. Se con efficacia intendiamo la garanzia di ottenere determinati risultati con buona probabilità, è importante tuttavia contestualizzare a quale dimensione dello sviluppo ci riferiamo

per non avere indebite attese. Nel caso del protocollo VIPP-SD/FC-A queste riguardano la promozione della relazione socio-emotiva diadica, della sensibilità genitoriale e della disciplina sensibile, in contesti di prevenzione sul lungo termine degli esiti disadattivi che possono innescarsi in situazioni a rischio. Le risorse del programma e i suoi punti di forza, che ne legittimano l'uso nella clinica privata, nei servizi materno-infantili, e in tutti i contesti in cui il focus di attenzione sia la genitorialità, possono essere riassunti nella sua durata – relativamente breve nel tempo (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Juffer, 2003) – e nell'uso del video-feedback, entrambi elementi essenziali quando il target sia la qualità della relazione di attaccamento genitore-bambino, verso un giocare e ritrovarsi nel piacere della relazione diadica, base sicura del bambino per esplorare il mondo e rifugio quando fatica, tristezza e delusione si fanno sentire per ritrovare quindi una rinnovata spinta all'esplorazione e alla crescita, in sicurezza. In questo modo, il protocollo di intervento basato sul video-feedback VIPP-SD/FC-a ha dimostrato la possibilità di potenziare a breve termine la capacità genitoriale di insight rispetto ai propri sentimenti e comportamenti, a specchio con quelli del bambino, promuovendo nel bambino uno sviluppo ottimale. Tramite la creazione di una relazione significativa tra operatore e famiglie e sollecitando il coinvolgimento attivo dei genitori, che diventano "esperti", si permette loro di diventare modelli a se stessi (Juffer, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, 2005). Il successo sperimentale di questi interventi brevi e focalizzati, ha fatto sì che essi in Olanda si siano tradotti in prassi psicosociali di supporto a disposizione delle famiglie adottive. Il proseguimento della ricerca in questi termini permetterebbe di raggiungere lo stesso obiettivo anche in Italia.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aron, E. (2002). *The highly sensitive child: Helping our children thrive when the world overwhelms them*. New York: Broadway Books. Trad. it. autorizzata a cura di Barone, Dellagiulia, Lionetti, 2013.
- Aron, E., Aron, A. & Jagiellowicz, J. (2012). Sensory processing sensitivity: a review in the light of the evolution of biological responsivity. *Personality and Social Psychology Review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology*, 16(3), 262 - 282.
- Aron, E.N., Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (2), 345-368.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Steele, H., Zeanah, C. H., Muhamedrahimov, R. J., Vorria, P., DobrovaKrol, N. A., Steele, M., van IJzendoorn, M. H., Juffer, F. & Gunnar, M. R. (2011). Attachment and emotional development in institutional care: Characteristics and catch-up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76 (4), 62-91.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195–215.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. (2011). Differential susceptibility to rearing environment depending on dopamine-related genes: New evidence and a meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 23, 39-52.
- Barbaranelli C., (2006). *Analisi dei dati con SPSS. II. Le analisi multivariate*. Roma: LED.
- Barone L. & Lionetti F. (2013). Gli interventi evidence-based a sostegno della genitorialità: il contributo della teoria dell'attaccamento, in Lambruschi F., Muratori P., (a cura di) (p. 239-257), *Psicopatologia e Psicoterapia dei Disturbi della Condotta*. Roma: Carocci.
- Barone L. (2010). La teoria dell'attaccamento: argomenti a favore di un dialogo interdisciplinare. *Giornale Italiano di Psicologia*, 28, 777-82 .
- Barone L., (2015). La teoria dell'attaccamento oggi. Campi di applicazione e utilità per la professione di psicologo, in Moderato P., Rovetto F., (a cura di), *Psicologo verso la professione*, McGraw Hill.
- Barone, L. & Bacchini, D. (2009). *Le emozioni nello sviluppo relazionale e morale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Barone, L., Dellagiulia, A., & Lionetti, F. (2015). When the Primary Caregiver is Missing: Investigating Proximal and Distal Variables Involved in Institutionalised Children's Adjustment. *Child Abuse Review*.

- Barone, L., Lionetti, F. (2012). Attachment and social competence: A study using MCAST in low-risk Italian preschoolers. *Attachment & Human Development*, 14 (4), 391-403.
- Barone, L., Lionetti, F., Dellagiulia, A., Alagna, C. e Rigobello, L.. Attachment-based interventions within and beyond the family: effectiveness of VIPP-SD in three European countries. Simposio per International Attachment Conference, New York, 2015.
- Barone, L., Lionetti, F., Dellagiulia, A., Alagna, C. e Rigobello, L. (2016). Pavia Adoption study: studio sull'efficacia di un intervento evidence based basato sull'attaccamento. Simposio per AIP - Sezione di Psicologia dello sviluppo e dell'educazione.
- Bates, J.E. (1989). Concepts and measures of temperament, in Kohnstamm, G.A., Bates, J.E., Rothbart, M.K. (Eds.) *Temperament in childhood*, Chichester, Wiley.
- Belsky, J. (1997). Theory testing, effect-size evaluation, and differential susceptibility to rearing influence: The case of mothering and attachment. *Child Development*, 68, 598-600.
- Belsky, J. (2005). The developmental and evolutionary psychology of intergenerational transmission of attachment. In C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, S. B. Hrdy, M. E. Lamb, S. W. Porges, & N. Sacher (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis* (pp. 169–198). Cambridge, MA: MIT Press.
- 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.
- Belsky, J., Pluess, M. (2009a). Beyond diathesis-stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135 (6), 885-908.
- Belsky, J., Pluess, M. (2009b). The nature (and nurture?) of plasticity in early human development. *Perspectives on Psychological Science*, 4 (4), 345-351.
- Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From external regulation to self regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81(1), 326–339
- Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81, 326-339.
- Biringen, Z. (2008). *The Emotional Availability (EA) Scales*, 4th edition. Unpublished coding manual.
- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (2000). Appendix B: The emotional availability scales (an abridged infancy/early childhood version). *Attachment & human development*, 2(2), pp.256-270.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. I: L'attaccamento alla madre: Seconda edizione riveduta e ampliata*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. II: La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 2000.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3: Loss*. New York: Basic Books. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. III: La perdita della madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 2000.
- Boyce, W.T., Chesney, M., Alkon, A., Tschann, J. M., Adams, S., Chesterman, B., Cohen, F., Kaiser, P., Folkman, S., Wara, D. (1995). Psychobiologic reactivity to stress and childhood respiratory illnesses: Results of two prospective studies. *Psychosomatic Medicine*, 57, 411-422.
- Boyce, W.T., Ellis, B.J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17 (2), 271-301.
- Brennan, L. M. & Shaw, D. S. (2013). Revisiting data related to the age of onset and developmental course of female conduct problems. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16 (1), 35-58.
- Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognitive development. In R. Wozniak e K. Fischer (Eds.), *Scientific environments* (pp. 3-44). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bruce, J, Tarullo, AR, Gunnar, MR. (2009). Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 21, 157-171.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E, Taylor, A, Craig, I.W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT, *Science*, 301 (5631), 386-389.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (a cura di) (2008). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press Inc.. Trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.
- Cassidy, J. Woodhouse, S.S., Sherman, L.J., Stupica, B., Lejuez, C.W. (2011). Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Development and Psychopathology*, 23, 131-148.
- Cassidy, J.(2008). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 3–22). New York: Guilford Press.
- Cassoni E., (a cura di) (2014). La famiglia tra clinica e ricerca. *Quaderni di Psicologia Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 61-62.
- Chhangur, R., Weeland, J., Overbeek, G., Matthys, W.C.H.J., Orobio de Castro, B. (2012). ORCHIDS: An observational randomized controlled trial on childhood differential susceptibility. *BMC Public Health*, 12, 917.
- Chisholm K. (1998). A three-year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092–1106.
- Chisholm, K. (1998) A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092 -1106.

- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092-1106.
- Chisholm, K., Carter, M. C., Ames, E. W., & Morison, S. J. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7, 283–294.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. & Lynch, M. (1997). Child maltreatment as an illustration of the effects of war on development. In D. Cicchetti and S. L. Toth (Eds.) *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 8: Developmental Perspectives on Trauma: Theory, Research, and Intervention* (pp. 227-262). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Coleman, P. K. (2013). Reactive attachment disorder in the context of the family: A review and call for further research. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 8(3), 205-216.
- Contreras, J. M., & Kerns, K. A. (2000). Emotion regulation processes: Explaining links between parent-child attachment and peer relationships. In K. A. Kerns, J. M. Contreras, & A. M. Neal-Barnett (Eds.), *Family and peers: Linking two social worlds* (pp. 1–25). Westport, CT: Praeger.
- Coohy, C. & Braun, N. (1997). Toward an integrated framework for understanding child physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21(11), 1081-1094.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22 (1), 87-108.
- De Schipper, J. C., Oosterman, M., Schuengel, C. (2012). Temperament, disordered attachment, and parental sensitivity in foster care: differential findings on attachment security for shy children, *Attachment and Human Development*, 14 (4), 349-365.
- DeKlyen, M., & Greenberg, M. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 637–665). New York: Guilford Press.
- Dobrova-Krol, N. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2010). The importance of quality of care: effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51 (12), 1368-1376.
- Dobrova-Krol, N. A., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Cyr, C., Juffer, F. (2008). Physical growth delays and stress dysregulation in stunted and non-stunted Ukrainian institution-reared children. *Infant Behavior and Development*, 31, 539–553.
- Dodge, K. A., Rutter, M. (2009). *Gene X Environment Interaction in Developmental Psychopathology*, New York: Guilford Press.
- Dodge, K. A., Rutter, M. (2009). *Gene X Environment Interaction in Developmental Psychopathology*. New York: Guilford Press.

- Dozier, M. & Rutter, M. (2008). Attachment issues in foster care and adoption. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical application* (pp. 698-717). New York: Guilford Press. Trad it. Difficoltà per i bambini affidati e adottati nel formare le relazioni di attaccamento. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (2nd ed) (pp. 805-826). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.
- Dozier, M., Chase Stovall, K. & Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J., Shaver P. (eds) *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical application* (pp. 497-519). New York: Guilford.
- Easterbrooks, A. E. & Biringen, Z. (2000). Mapping the terrain of emotional availability and attachment, *Attachment and Human Development*, 2, 129-135.
- Easterbrooks, A.E. & Biringen, Z. (2005). The Emotional Availability Scales: Methodological refinements of the construct and clinical implications related to gender and at-risk interactions. *Infant Mental Health Journal*, 291-294.
- Easterbrooks, M. A., Biesecker, G., & Lyons-Ruth, K. (2000). Infancy predictors of emotional availability in middle childhood: The roles of attachment security and maternal depressive symptomatology. *Attachment and Human Development*, 2, 170–187.
- Easterbrooks, M. A., Bureau, J.F., & Lyons-Ruth, K. (2012). Developmental correlates and predictors of emotional availability in mother-child interaction: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Development and Psychopathology*, 24, 65-78.
- Ellis, B. J., Boyce, W. T., Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J. e van IJzendoorn, M. H. (2011). Differential susceptibility to the environment: an evolutionary--neurodevelopmental theory. *Development and Psychopathology*, 23 (1), 7-28.
- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268 (17), 2420-2425.
- Fava Vizziello, G. & Simonelli, A. (2004). *Adozione e cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fearon, P.R.M. & Belsky J. (2011). Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary school years. *Journal of child psychology and psychiatry*, 52, 782-91.
- Feldman, R., & Masalha, S. (2010). Parent-child and triadic antecedents of children's social competence: Cultural specificity, shared process. *Developmental Psychology*, 46(2), 455–467.
- Feldman, R., & Masalha, S. (2010). Parent-child and triadic antecedents of children's social competence: Cultural specificity, shared process. *Developmental Psychology*, 46, 455–467.
- Flay B.R., Biglan A., Boruch R.F., Castro F.G., Gottfredson D., Kellam, S. G., Moscicki, E. L., Schinke, S., Valentine, J. C. & Ji P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3), pp. 151-75

- Gardner, F., Connell, A., Trentacosta, C. J., Shaw, D. S., Dishion, T. J. & Wilson, M.N. (2009). Moderators of outcome in a brief family-centered intervention for preventing early problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (3), 543–553.
- Gleason M.M., Fox N.A., Drury S., Smyke A.T., Egger H.L., Nelson C.A., Gregas M.G. & Zeanah CH. (2011). The validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 216–231.
- Gleason, M.M., Fox, N.A., Drury, S., Smyke, A., Egger, H.L., Nelson, C.A. & Zeanah, C.H. (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(3),216–231.
- Goottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N. & Zajt, K. M. (2015). Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation. *Prevention Science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 16 (7), 893-926.
- Green, J. & Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 835-846.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R.(2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children’s internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591–610.
- Hoksbergen, R., Rijk, K., Van Dijkum, C. & Ter Laak, J. (2004). Adoption of romanian children in The Netherlands: behavior problems and parenting burden of upbringing for adoptive parents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(3), 175-80.
- Homberg, J.R., Lesch, K.P. (2011). Looking on the bright side of serotonin transporter gene variation. *Biological Psychiatry*, 69, 513-519.
- Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263-74.
- Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H. (2014). Attachment-based interventions: Sensitive parenting is the key to positive parent-child relationships, in Holmes P., Farnfield S. (Eds.) (p. 83-103), *The Routledge Handbook of Attachment: Implications and Interventions*. London: Routledge
- Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H., (a cura di), *Promoting positive parenting: An attachmentbased intervention*, Routledge, Londra 2012.

- Juffer, F. (1993). *Verbonden door adoptie. Een experimenteel onderzoek naar hechting en competentie in gezinnen met een adoptiebaby*. Amersfoort, the Netherlands: Achademische Uitgeverij.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J. & Van IJzendoorn, M.H. (Eds.) (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York/London: Taylor and Francis Group.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Gibbons, J. (1989). Inhibited and uninhibited types of children. *Child Development*, 60, 838–845.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20, 266–274.
- Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child Development*, 66, 597–615.
- Kochanska, G., Aksan, N., Joy, M.E. (2007). Children's fearfulness as a moderator of parenting in early socialization: Two longitudinal studies. *Developmental Psychology*, 43, 222- 237.
- Kochanska, G., Kim, S. (2012). Child temperament moderates effects of parent-child mutuality on self-regulation: A relationship-based path for emotionally negative infants. *Child Development*, 83,1275-1289.
- Kogan N, Carter AS (1996), Mother-infant reengagement following the still-face: The role of maternal emotional availability in infant affect regulation. *Infant Behavior and Development*, 19, 359-370
- Lambermon M.W., van IJzendoorn, M.H., Influencing mother-infant interaction through videotaped or written instruction: Evaluation of a parent education program. *Early Childhood Research Quarterly*, 4, 1989, pp. 449-58
- Lambruschi, F. & Lionetti, F. (2015). Genitorialità: tra valutazione, sostegno e buone prassi, in Lambruschi L., Lionetti F., (a cura di), *Strumenti di valutazione e interventi di sostegno alla genitorialità*, Roma: Carocci.
- Lambruschi, L. & Muratori, P. (2013). *Psicopatologia e psicoterapia dei disturbi della condotta*. Roma: Carocci Editore.
- Lionetti F. Pastore M., Barone L. (2013). Attachment in institutionalized children: A review and meta-analytic study. *Child Abuse and Neglect. The International Journal*. 42, 135-145.
- Lionetti F. Pastore M., Barone L. (2015a). Attachment in institutionalized children: A review and meta-analytic study. *Child Abuse and Neglect. The International Journal*. 42, 135-145.
- Lionetti F., Pastore M., Barone L. (2015b). Parenting Stress: The Roles of Attachment States of Mind and Parenting Alliance in the Context of Adoption. *Parenting*, 15 (2), 75-91.
- Lionetti, F. (2014). What promotes secure attachment in early adoption? The protective roles of infants' temperament and adoptive parents' attachment. *Attachment & Human Development*, 16, , 573-89.

- Lionetti, F. e Barone, L.. Social-emotional competences, cognitive development, attention and behavioral problems: A study with late-adopted preschoolers. 16th European Conference on Development Psychology, Lausanne, 2013.
- Lionetti, F., Pluess, M. e Barone, L. (2014). Vulnerabilità, resilienza o differente permeabilità? Un confronto tra modelli per lo studio dell'interazione individuo-ambiente. *Psicologia clinica dello sviluppo*, XXVIII, 2, 163-182.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: An illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21, 232–252.
- Liotti, G. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lyons-Ruth K. & Jacobvitz C. (1999). Attachment Disorganization: Unresolved Loss, Relational Violence, and Lapses in Behavioral and Attentional Strategies. In Cassidy J. & Shaver P.R. (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical application* (pp. 89-111). New York: Guilford Press. Trad it. La disorganizzazione dell'attaccamento: Fattori genetici, contesti genitoriali e trasformazioni evolutive dall'infanzia all'età adulta. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (2nd ed) (pp. 768-804). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29 (1), 63-86.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853-884.
- Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2012). Unequal in opportunity, equal in process: Parental sensitivity promotes positive child development in ethnic minority families. *Child Development Perspectives*, 6(3), 239–250.
- Mesman, J., Van IJzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2012). Unequal in opportunity, equal in process: Parental sensitivity promotes positive child development in ethnic minority families. *Child Development Perspectives*, 6, 239-250.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). Adult attachment and affect regulation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (2nd ed., pp. 503–531). New York: Guilford Press.
- Minnis H, Marwick H, Arthur J, McLaughlin A. (2006). Reactive attachment disorder-- A theoretical model beyond attachment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 336-342.
- Monroe, S.M., Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110 (3), 406-425.

- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.) (2005). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: APA Books
- O'Connor TG, Rutter M. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39, 703–712.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfeld, N. S., Carlson, E. & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: A longitudinal study of dissociative symptomatology in a non-clinical sample. *Development and Psychopathology*, 4, 855-879.
- Patterson G.R.(1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Pluess, M., & Boniwell, I. (2012). High sensitive personality moderates responsivity to positive effects of a school-based resilience-promoting intervention. Manuscript in preparation.
- Pluess, M., Boniwell, I., Hefferon, K., & Tunariu, A. (2012). Evaluation of a school-based resilience-promoting intervention in a high-risk population in England: A controlled mixed methods trial. Manuscript in preparation.
- Pressman LJ, Pipp-Siegel S, Yoshinaga-Itano C, Deas A (1999), Maternal sensitivity predicts language gain in preschool children who are deaf and hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4, 294-304.
- Putnam, S. P., Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2006). Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: The Early Childhood Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development*, 29, 386–401. Trad. it. autorizzata a cura di Montirosso, Cozzi, Menesini e Calussi, 2012.
- Ramchandani, P.G., van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. (2011). Differential susceptibility to fathers' care and involvement: The moderating effect of infant reactivity. *Family Science*, 1 (2), 93-101.
- Robinson JL, Little C, Biringen Z (1993), Emotional communication in mother-toddler relationships: Evidence for early gender differentiation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 39, 496-517.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at 3–7 years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*, 72, 1394–1408. Trad. it. autorizzata a cura di Matricardi e Cicognetti, 2007.
- Rotondo A. (2010). Curare e prendersi cura. *Quaderni di Psicologia Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 53.
- Rutter M, Colvert E, Kreppner J, & Sonuga-Barke, E. J. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and nondeprived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 17–30.

- Rutter M, Colvert E, Kreppner J, Beckett C, Castle J, Groothues C, Sonuga-Barke EJS. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 48:17–30. [PubMed: 17244267]
- Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barke E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50, 529–543.
- Rutter, M. (2012). Gene-environment interdependence. *European Journal of Developmental Psychology*, 9 (4), 391-412.
- Sagi A, Tirosh E, Ziv Y, Guttman S, Lavie P (1998), Attachment and sleep patterns in the first year of life. Paper presented at the International Conference on Infant Studies, Atlanta.
- Schoenmaker C., Juffer F., Van IJzendoorn M.H., Linting M., Van der Voort A. & Bakermans-Kranenburg M.J. (2015), From maternal sensitivity in infancy to adult attachment representations: A longitudinal adoption study with secure base scripts, *Attachment & Human Development* 17(3): 241-256.
- Schoenmaker, C., Juffer, F., van IJzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg M. J. (2014). Does Family Matter? The Well-Being of Children Growing Up in Institutions, Foster Care and Adoption. In A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes & J. E. Korbin (Eds.) *Handbook of Child Well-Being* (pp. 2197-2228). Dordrecht : Springer.
- Shemmings, D. (2011). Attachment in children and young people (Frontline briefing), Dartington: Research in Practice.
- Slagt, M., Dubas, J. S., Dekovic, M. & van Aken, M. A. (2016). Differences in sensitivity to parenting depending on child temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 142 (10), 1068-1110.
- Smyke, A.T., Koga, S.F., Johnson, D.E., Fox, N.A., Marshall, P.J., Nelson, C.A., Zeanah, C.Z, & the BEIP Core Group. (2007). The caregiving context in institution reared and family reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 210-218.
- Sonuga-Barke, E. J., Schlotz, W., Rutter, M.(2010). Physical growth and maturation following early severe institutional deprivation: do they mediate specific psychopathological effects? *Monographs of the Society for the Research in Child Development*, 75(1),143-66.
- Swanson, K., Beckwith, L., & Howard, J. (2000). Intrusive caregiving and quality of attachment in drug-exposed toddlers and their primary caregivers. *Attachment and Human Development*, 2, 130–148.
- Thomas, A. e Chess, S. (1977). *Temperament and Development*, New York, Brunner Mazel.
- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (2nd ed., pp. 348–365). New York: Guilford Press.
- Tizard, B. (1977). *Adoption: A second chance*. Open Books; London, UK.

- Vadilonga, F. (a cura di) (2010). *Curare l'adozione: Modelli di sostegno e presa in carico della crisi adottiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Van Aken, C., Junger, M., Verhoeven, M., van Aken, M.A.G., Deković, M. (2007). The interactive effects of temperament and maternal parenting on toddlers' externalizing behaviours. *Infant and Child Development*, 16 (5), 553-572
- Van den Dries, F., Juffer, F., van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31, 410-421.
- Van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2005). Sensibilità materna e temperamento infantile nella formazione del legame di attaccamento. In R. Cassibba & M. van IJzendoorn (Eds.) *L'intervento clinico basato sull'attaccamento: Promuovere la relazione genitore-bambino* (pp. 13-38). Bologna: Il Mulino.
- Van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 47 (12), 1228-1245.
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Of the way we are: On temperament, attachment, and the transmission gap: A rejoinder to Fox. *Psychological Bulletin*, 117, 411-415.
- Van IJzendoorn, M. H., Luijk, M., Juffer, F. (2008). IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly-Journal of Developmental Psychology*, 54, 341-366.
- Van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J., Gunnar, M. R., Vorria, P., McCall, R. B., LeMare, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Dobrova-Krol N.A. & Juffer, F. (2011). Children in Institutional Care: Delayed Development and Resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76 (4), 8-30.
- Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Juffer, F. (2007). Plasticity of growth in height, weight and head circumference: Meta-analytic evidence of massive catch-up after international adoption. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 334-343.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., Koot, H. M. & Alink, L. R. A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1-to 3-year old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 994-1005.
- Velderman, M. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H. (2006). Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Mental Health*, 27 (5), 466-493.

- Verhage, M. L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R. M., Oosterman, M., Cassibba, R., Bakermans-Kranenburg M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2016). Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological Bulletin*, 142 (4), 337-366.
- Ward, H. & Brown, R. (2013). Decision-Making within a Child's Timeframe: A Response. *Family Law*, 43, 1181-1186.
- Westen, D., & Bradley, R. (2005). Empirically supported complexity: Rethinking evidencebased practice in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 266–271.
- Woods, D. W., Kanter, J. W., Anchisi, R. & Stefanini, S. (2016). *Disturbi psicologici e terapia cognitivo-comportamentale. Modelli e interventi clinici di terza generazione*. Milano: Franco Angeli Edizioni.
- Zavattini, G. C., Boselli, C., Luzzatto, L., Pace, C. S., Santona, A. & Vismara, L. (2003). La genitorialità adottiva: lo spazio di vita e lo stile di attaccamento nella coppia. *Infanzia e Adolescenza*, 2 (3), 125-136.
- Zeanah CH, Gunnar MR, McCall RB, Kreppner JM, Fox NA. Sensitive periods. In: McCall RB, van IJzendoorn MH, Juffer F, Groark CJ, Groza VK, editors. Children without permanent parents: Research, practice, and policy. 4. Vol. 76. 2011. pp. 147–162. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial No 301.
- Zeanah CH, Smyke AT, Dumitrescu A. (2002). Disturbances of attachment in young children: II. Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 983–989.
- Zeanah, C. H. & Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29 (3), 219-233.
- Zeanah, C.H., & Fox, N.A. (2004). Temperament and attachment disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 32-41.
- Zeanah, CH.; Gleason, MM. (2010). *Reactive attachment disorder: A review for DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Zimmerman L, McDonald L (1995), Emotional availability in infants' relationships with multiple caregivers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 147-152.
- Ziv, U., Aviezer, O., Sagi, A., & Koren-Karie, N. (2000). Emotional availability in the mother–child dyad as related to the quality of infant–mother attachment relationship. *Attachment and Human Development*, 2, 149–169.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington: American Psychological Association.