

Università degli Studi di Pavia
Facoltà di Psicologia
Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento

Dottorato di Ricerca in Psicologia
XXIX Ciclo

**“Promuovere la Sensibilità e la Disciplina Sensibile nella
genitorialità adottiva.
Uno studio su sensibilità credenze e problematiche
comportamentali”.**

Dottoranda

Dott.ssa Laura Lamonaca Rigobello

Tutor

Prof.ssa Lavinia Barone

Coordinatore del Dottorato

Prof. ssa Gabriella Bottini

Anno Accademico 2016/2017

A mio figlio

Mattia

Indice

PARTE I : I PRESUPPOSTI TEORICI

INTRODUZIONE

| | |
|--|----|
| 1.1 Un breve sguardo alla teoria dell'attaccamento | 8 |
| 1.2 Attaccamento e sensibilità materna | 13 |
| 1.3 Il costrutto della disponibilità emotiva | 19 |
| 1.4 Le scale della disponibilità emotiva | 20 |
| 1.5 Lo strumento: Emotional Availability Scales (EAS) | 21 |
| 1.6 Attaccamento e adozione | 24 |
| 1.7 Sostenere la genitorialità nella famiglia adottiva e promuovere la sensibilità | 26 |
| 1.8 Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting – Sensitive Discipline (VIPP-SD): un programma d'intervento a sostegno della genitorialità positiva | 28 |
| 1.9 VIPP-SD: il protocollo d'intervento in sintesi | 30 |

PARTE II: LA RICERCA

| | |
|--|----|
| 2.1 Introduzione | 33 |
| 2.2 Primo studio: <i>Credenze sulla sensibilità e comportamento sensibile: Quale rapporto? Uno studio preliminare sulle madri adottive</i> | 37 |
| 2.3 Obiettivi e Ipotesi | 41 |
| 2.4 Metodo | 42 |
| 2.4.1 Partecipanti | 42 |
| 2.4.2 Procedura | 43 |
| 2.4.3 Analisi statistiche | 44 |
| 2.4.4 Misure | 44 |
| 2.5 Risultati | 46 |
| 2.6 Discussione, limiti e direzioni future | 51 |

| | |
|---|----|
| 2.7 Secondo studio: <i>Sensibilità materna e problematiche comportamentali. Uno studio pilota sulla competenza materna delle madri adottive e sulle problematiche comportamentali di bambini in adozione.</i> | 54 |
| 2.8 Obiettivi e Ipotesi | 58 |
| 2.9 Metodo | 59 |
| 2.9.1 Partecipanti | 59 |
| 2.9.2 Procedura | 60 |
| 2.9.3 Programma d'intervento (VIPP-SD/A) | 61 |
| 2.9.4 Analisi Statistiche | 62 |
| 2.9.5 Misure | 62 |
| 2.10 Risultati | 63 |
| 2.10.1 Ipotesi 1 | 63 |
| 2.10.2 Ipotesi 2 | 66 |
| 2.10.3 Ipotesi 3 | 69 |
| 2.11 Discussione, limiti e direzioni future | 71 |
| Conclusioni | 75 |
| Appendice A | 77 |
| Appendice B | 79 |
| Appendice C | 82 |
| Bibliografia | 84 |
| Ringraziamenti | |

PARTE I: PRESUPPOSTI TEORICI

Introduzione

Il progetto di dottorato nasce da un forte interesse che da anni nutro per la teoria dell'attaccamento e verso il lavoro clinico con le famiglie. Da psicoterapeuta dell'età evolutiva mi sono avvicinata alla ricerca convinta che tra ricerca e clinica debba esserci scambio e dialogo, il quale permette un importante arricchimento reciproco e una maggiore specializzazione e professionalizzazione di interventi efficaci. Il mio percorso e il mio interesse per l'attaccamento e la genitorialità nascono sia dagli studi durante gli anni dell'università sia dal recente passato di educatrice (dieci anni nei servizi per la prima infanzia). Sono molto grata di aver avuto la possibilità di lavorare nei servizi a stretto contatto con i bambini e le famiglie: questo è stato quotidianamente un punto privilegiato di osservazione sul campo dove ho potuto coniugare, quanto avevo studiato e stavo studiando con le concrete esigenze dei piccoli. L'incontro giornaliero con i bambini nel pieno del loro sviluppo, gli aspetti educativi, la gestione delle regole, lo scambio con i genitori mi ha appassionato sempre di più e spinto alla formazione, all'aggiornamento continuo per rendere il mio lavoro educativo migliore e per arricchire la mia esperienza da psicoterapeuta nell'incontro con la genitorialità di fronte ad una richiesta di aiuto. Uno scambio reciproco costante che penso mi abbiano aiutato a essere un'educatrice preparata e sensibile e al tempo stesso una psicoterapeuta attenta e disponibile a sostenere i genitori nel loro ruolo educativo. Lavorare con i bambini è un'esperienza preziosa, un allenamento al non giudizio, alla sensibilità, all'umiltà, alla creatività e all'immaginazione. Ingredienti fondamentali per sintonizzarsi con loro e per sostenerli nella crescita. Ingredienti che tento di condividere quando incontro nel mio studio le famiglie. Questo progetto di ricerca ha sollecitato il mio desiderio di crescere professionalmente e umanamente. Entrare nella forma mentis del ricercatore è stata una bella sfida e una bella fatica, e sento che molto rimane da imparare. Incontrare le famiglie adottive mi ha permesso di approfondire un aspetto della genitorialità che non conoscevo ed ha arricchito la mia esperienza professionale.

Nella mia tesi la prima parte è dedicata ai presupposti teorici: in essa riprendo la teoria dell'attaccamento, il costrutto della disponibilità emotiva, e l'intervento del Video feedback Intervention to Promote Positive Parenting – Sensitive Discipline (VIPP-SD). La seconda parte si focalizza sul progetto di ricerca che ho articolato in due studi: il primo

esamina le credenze riguardanti sensibilità e comportamento sensibile (“Credenze sulla sensibilità e comportamento sensibile: Quale rapporto? Uno studio preliminare sulle madri adottive”); il secondo analizza la competenza materna e le problematiche comportamentali (Sensibilità materna e problematiche comportamentali. Uno studio pilota sulla competenza materna delle madri adottive e sulle problematiche comportamentali di bambini in adozione).

1.1 Un breve sguardo alla teoria dell’attaccamento

La teoria dell’attaccamento pone l’accento sulle seguenti caratteristiche (Bowlby, 1979):

- Specificità. Il comportamento d’attaccamento è diretto verso pochi individui, di solito in un preciso ordine di preferenza.
- Durata. Un attaccamento persiste, non viene abbandonato nel corso della vita, anche se durante l’adolescenza le prime relazioni d’attaccamento possono diventare complementari ad altre relazioni d’attaccamento.
- Ruolo delle emozioni. Molte delle emozioni più intense si manifestano durante la formazione, il mantenimento, la distruzione e il rinnovarsi di relazioni d’attaccamento. La formazione di un legame è descritta come l’innamoramento, il mantenimento di un legame come l’amare qualcuno, la perdita di un partner come il soffrire per qualcuno.
- Ontogenesi. Il comportamento d’attaccamento per una figura preferita si sviluppa, generalmente, durante i primi nove mesi di vita. Il comportamento d’attaccamento resta facilmente attivabile fino alla fine del terzo anno di vita del bambino; più esperienze d’interazione avrà con una persona, tanto più questa diventerà la sua principale figura d’attaccamento.
- Apprendimento. Imparare a distinguere le persone familiari dagli estranei è un processo chiave nello sviluppo dell’attaccamento. Inoltre, un attaccamento può svilupparsi malgrado ripetute punizioni da parte della figura d’attaccamento.
- Organizzazione. Dalla fine del primo anno di vita intervengono sistemi comportamentali organizzati a livello cibernetico e comprendenti modelli rappresentativi dell’ambiente e del sé. Tali sistemi vengono attivati da determinate condizioni quali: l’estraneità, la fame, la fatica e ogni causa di spavento. Possono

anche essere inibiti da altre condizioni: contatto visivo con la figura materna e serena interazione con essa.

- Funzione biologica. Il comportamento d'attaccamento si verifica in quasi tutte le specie di mammiferi, e in alcune specie persiste per tutta la vita adulta. La funzione più probabile del comportamento d'attaccamento è la protezione, particolarmente per i predatori. Il perdurare della vicinanza di un animale immaturo a un adulto preferito è la regola che indica come tale comportamento abbia un valore di sopravvivenza.

La teoria dell'attaccamento (Bowlby,1988) sottolinea quanto sia importante fornire al bambino, nel corso della prima infanzia, un sentimento di sicurezza e fiducia nei confronti del genitore che rappresenterà una base sicura a cui poter fare riferimento per affrontare i compiti di sviluppo e di crescita. Una precoce relazione di sicurezza nel legame di attaccamento con il proprio caregiver ha un ruolo fondamentale nel promuovere un migliore sviluppo socio emotivo nell'infanzia e nell'adolescenza. Gli schemi emozionali e comportamentali dell'attaccamento, pur essendo frutto della selezione naturale e quindi pre-programmati, sono anche delle risposte che vengono prodotte grazie a processi di elaborazione delle informazioni che provengono dall'ambiente esterno, organizzate secondo un processo omeostatico. La vicinanza con la madre e l'esplorazione dell'ambiente sono i due poli di questo sistema d'equilibrio: quando il bambino si trova davanti ad un pericolo, il sistema si attiva e mette in atto quei comportamenti che assicurano la vicinanza della madre. Il concetto d'attaccamento differisce da quello di dipendenza, perché essa non implica una relazione carica d'emotività nei confronti di individui chiaramente preferiti, non implica un legame duraturo e non le è mai stata attribuita una valida funzione biologica. Dire di un bambino che è attaccato a qualcuno, vuol dire che è fortemente portato a cercare la prossimità e il contatto specialmente in alcune situazioni specifiche. Il comportamento d'attaccamento si riferisce a una delle varie forme d'attaccamento che la persona mette in atto per mantenere la prossimità che desidera con lo scopo di raggiungere e mantenere la vicinanza con un altro individuo preferito, considerato in genere più forte o esperto. I particolari schemi del comportamento d'attaccamento variano secondo le esperienze che si sono vissute con le prime figure importanti della propria vita. L'attaccamento costituisce un sistema motivazionale del comportamento che orienta il bambino a ricercare e mantenere, nelle situazioni di pericolo,

la vicinanza fisica con la figura di riferimento allo scopo di ottenere protezione. L'insieme e la qualità degli scambi interattivi tra il bambino e la figura di attaccamento costituiscono la base per la costruzione di questo legame che si struttura nel corso del primo anno di vita. Alla fine del primo anno di vita, il bambino ha costruito il proprio legame di attaccamento con un adulto, il quale diventa la sua figura di attaccamento. Questo significa che i comportamenti di attaccamento del bambino sono diretti a una particolare figura di riferimento e che sono sempre più pianificati verso mete e obiettivi specifici. L'organizzazione dei comportamenti di attaccamento del bambino è sempre più regolata dalle risposte della figura di attaccamento; la qualità del legame tra il bambino e la sua figura di riferimento dipende da molti fattori ma, soprattutto, dalla qualità delle interazioni fra i due connessa con la ricerca di protezione da parte del bambino e le modalità con cui l'adulto fornisce protezione. Possiamo affermare che i bambini nascono con una spinta biologica e innata per l'interazione sociale e con una propensione ad attivare una classe di comportamenti diretti a ricercare e mantenere la prossimità con una figura di accudimento, il caregiver.

Il repertorio iniziale dei comportamenti di attaccamento non è sufficiente da solo per la sopravvivenza ma ha bisogno della disponibilità di un adulto sintonizzato con i comportamenti del bambino in un ambiente organizzato e organizzante del prendersi cura (Bowlby 1969,1982). Nel corso del primo anno di vita il bambino organizza sempre di più comunicazioni e comportamenti al servizio della formazione dell'attaccamento e dell'esplorazione all'interno delle interazioni con il caregiver e l'accudimento quotidiano (Sroufe & Waters, 1977). Alla fine del primo anno emergono differenze individuali nella qualità del legame di attaccamento questo vuol dire che diverse diadi adulto-bambino differiscono tra loro per la qualità del legame di attaccamento che il bambino ha costruito nei confronti dell'adulto; pertanto l'attaccamento non solo si struttura ma possiede anche una caratteristica di qualità.

Il processo di codifica della Strange Situation Procedure conduce all'individuazione di una serie di categorie di attaccamento che definiscono le differenze individuali nella qualità del legame costruito dal bambino con la sua figura di riferimento; questa procedura di laboratorio valuta le reazioni del bambino alle separazioni e alle riunioni con il caregiver (Mary Ainsworth et al., 1978). Nella *strange situation* i bambini si trovano ad affrontare situazioni caratterizzate da tre elementi stressanti: un ambiente sconosciuto, l'interazione

con un estraneo e due brevi separazioni dal caregiver. Questa situazione crea nei bambini un livello di stress che li porta ad attivare il sistema d'attaccamento e, secondo le reazioni che il bambino manifesterà al momento di ricongiungimento con il genitore o il suo caregiver, si possono identificare tre pattern d'attaccamento:

- Sicuro (B): i bambini protestano nel momento della separazione, cercano attivamente il contatto con il genitore nel momento della riunione, esprimono apertamente il loro stress e disagio e tornano rapidamente a esplorare l'ambiente,
- Insicuro Evitante (A): i bambini non sembrano stressati alla separazione, ignorano o evitano il genitore nel momento della riunione, restano assorbiti dalle attività di esplorazione e gioco,
- Insicuro Ambivalente (C): i bambini protestano alla separazione, manifestano comportamenti di forte ricerca della vicinanza e del contatto misti a comportamenti di resistenza del contatto, sono resistenti a sedarsi, sembrano inconsolabili e incapaci di tornare a giocare e a esplorare l'ambiente dopo il ricongiungimento con il genitore.

Alcuni bambini manifestano una momentanea interruzione della loro strategia di reazione allo stress attraverso comportamenti di “congelamento”, immobilità, alternando comportamenti incoerenti e contraddittori; questi comportamenti vengono classificati come disorganizzati (D) (Main & Solomon, 1990).

In generale l'attaccamento organizzato indica la presenza di un modello coerente secondo cui i comportamenti e le strategie del bambino sono diretti a mantenere la vicinanza del caregiver in particolare quando ha bisogno di conforto o in situazioni di disagio o paura (Carlson, 1998). L'attaccamento disorganizzato si caratterizza per la presenza nel bambino di comportamenti disorientati o conflittuali verso il caregiver (tentativi contraddittori di avvicinamento/evitamento o comportamenti inusuali come il freezing), ciò è correlato ad un atteggiamento dell'adulto spaventato/spaventante, “*frightened/frightening*”, (Main & Hesse, 1990).

Main e Solomon (1990) hanno ritenuto che questi comportamenti contraddittori o fuori contesto fossero indicativi del fatto che il bambino è incapace di organizzare una strategia coerente verso la figura d'attaccamento, quando sperimenta un bisogno di conforto. Mentre Ainsworth aveva distinto modelli di attaccamento caratterizzati da

un'organizzazione del comportamento e da una strategia di relazione madre-bambino univoca successivamente Main aveva osservato che i bambini classificati nella categoria D mancavano di un orientamento strategico e di una coerenza con lo scopo del comportamento d'attaccamento, tanto da determinare un collasso strategico. La recente documentazione sulle risposte dell'organismo allo stress va a sostegno di questa visione dell'attaccamento disorganizzato come strategia inefficace di coping. Si è scoperto, infatti, che la manifestazione di comportamenti disorganizzati nei bambini è accompagnata da un marcato aumento dei livelli di cortisolo seguita a stress delimitati nel tempo. Nei modelli animali, la secrezione di cortisolo è correlata con l'incapacità dell'animale di confrontarsi efficacemente con l'agente di stress. I bambini con una classificazione d'attaccamento disorganizzato evidenziavano, in risposta a brevi separazioni, livelli di cortisolo significativamente più elevati di quelli dei bambini sicuri. In altre parole, i bambini disorganizzati non sapendo utilizzare strategie di attaccamento organizzate sperimentano una disregolazione fisiologica e comportamentale (Lyons-Ruth, Bronfman, Atwood, 1999). Con queste premesse possiamo affermare che la qualità e l'organizzazione dell'attaccamento nella prima infanzia rimane un importante mediatore nello sviluppo socio-emotivo (Lamb, Thompson, Gardner, Charnov & Estes, 1984; Rutter, 1995).

Le strategie comportamentali ed emozionali associate ai modelli di attaccamento insicuro costituiscono un contesto di minor adattamento per lo sviluppo infantile sebbene vi siano scarse correlazioni tra attaccamento insicuro ed esiti psicopatologici in età prescolare e scolare, eccezion fatta per i campioni ad alto rischio psicosociale. La condizione di rischio psicosociale, quale l'estrema povertà, il genitore singolo, il contesto familiare disgregato, la depressione materna, contribuiscono sia a creare fattori predisponenti per lo sviluppo di un attaccamento insicuro, sia a funzionare come ulteriori fattori di rischio (Lyons-Ruth et al., 1990). Gli studi di Lyons-Ruth riportano dati significativi in cui la depressione materna, associata a un attaccamento insicuro-disorganizzato, predisporrebbe a comportamenti ostili e disturbi esternalizzanti in età scolare mentre la stessa, se associata a un attaccamento insicuro-evitante, predisporrebbe a sintomatologie internalizzanti. In particolare bambini, classificati con un pattern disorganizzato tramite procedure osservative, come la Strange Situation, presentano problemi esternalizzanti ed in misura minore problemi internalizzanti (Fearon et al., 2010; Groh, Roisman, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012). Rispetto a questo dato le problematiche

comportamentali di tipo esternalizzante sono state trovate in associazione principalmente all'attaccamento disorganizzato (Goldwyn et al., 2000). In generale molti studi concordano nel considerare che un attaccamento sicuro rappresenterebbe un importante fattore protettivo per lo sviluppo. Da un punto di vista teorico le strategie di attaccamento insicuro predispongono a disturbi esternalizzanti e internalizzanti, ma le ricerche in merito non indicano esiti specifici associati a particolari tipi di insicurezza. È dunque possibile ritenere che l'attaccamento insicuro rappresenti un fattore importante, ma aspecifico per l'aumento del rischio di numerose forme di psicopatologia in campioni in cui siano presenti altri fattori di rischio. I singoli pattern sono perciò mediatori e modulatori nello sviluppo della psicopatologia.

1.2 Attaccamento e sensibilità materna

Il caregiver ha un ruolo fondamentale nel favorire il coinvolgimento del neonato nello scambio comunicativo, identificandosi empaticamente con i suoi stati d'animo e le sue motivazioni e offrendogli modalità comunicative adattate con variazioni ritmiche e prosodiche (Stern, 1985, 1998), quali il ritmo fondamentale del movimento che si ripete, brevi esplosioni espressive, ripetizioni di gruppi di movimenti ritmici, modulazione dell'intensità dell'espressione, che hanno anche il ruolo di "amplificazione" delle emozioni e dell'esperienza vissuta dal lattante. Le variazioni ritmiche e prosodiche costituiscono canali privilegiati di trasmissione delle emozioni, ed è proprio il passaggio di espressioni emotive dalla madre al neonato e dal neonato alla madre che definisce uno "stretto contatto mentale" tra i partner (Trevarthen, 1993). Al contrario, i disturbi emotivi di uno dei due partner, ad esempio la depressione materna, possono bloccare la possibilità di successo dell'esperienza intersoggettiva, con possibili conseguenze negative sulla crescita psicologica del bambino (Tronick, 1989). Nel corso del primo anno di vita si sviluppa fra madre e bambino un sistema di comunicazione affettiva, in cui si intrecciano segnali posturali, gestuali, tattili, mimici e vocali. Il modo in cui il neonato è tenuto in braccio (holding) e manipolato (handling), lo sguardo reciproco tra i due partner, l'intensità e la durata del pianto del bambino, i suoi segnali vocali e mimici, la struttura temporale e ritmica degli scambi comunicativi consentono al caregiver sensibile di creare modelli interattivi reciproci e contingenti con il proprio figlio. Il concetto di "sensibilità" materna è stato elaborato da Mary Ainsworth (1979): un comportamento di cura sensibile consiste nella capacità della madre di percepire i segnali del bambino, di comprenderli e di

rispondervi in modo adeguato. L'intento comunicativo dei segnali del bambino è stato studiato in molte ricerche (Butterworth 1998, Franco e Butterworth 1990,1996): la risposta della madre a questi segnali fa sì che il bambino si senta compreso e favorisce nella diade una interazione armonica. Il ruolo causale della sensibilità dei genitori nella formazione di un legame d'attaccamento è testimoniato dalla ricerca, con diverse meta analisi che lo documentano (DeWolff e Van IJzendoorn 1997). La risposta materna per essere definita di "responsività sensibile" deve essere rapida, entro un tempo di frustrazione che sia sopportabile per il bambino; nei confronti del neonato è necessaria una particolare sensibilità, per non oltrepassare quelle che sono le sue possibilità di attesa, altrimenti la frustrazione può esaurire le sue possibilità di autoregolazione. La "sensibilità" materna si esprime nella capacità di riconoscere i segnali comunicativi e nella "disponibilità emotiva" (Emde, 1980) ad avere un ruolo complementare a quello del bambino, adattandosi alla progressiva organizzazione dei suoi ritmi, biologici ed emozionali e considerando il suo comportamento come intenzionalmente comunicativo (Fonagy et al., 2002). La sensibilità è considerata un antecedente cruciale della sicurezza. Spesso viene definita come una generica disponibilità, intenzionale e cosciente, del caregiver, al contrario "sensibilità" in senso scientifico corrisponde a ben più precise modalità e caratteristiche, automatiche e inconscie, con cui un caregiver "capisce" ciò che succede in un bimbo e adeguatamente vi risponde. Focalizzando l'attenzione sui bisogni di sicurezza emotiva e affettiva, la teoria dell'attaccamento ha operazionalizzato in modo puntuale e dettagliato le capacità del caregiver di cogliere e rispondere ai segnali di richiesta del bambino in termini di sensibilità e responsività. Questi costrutti sono centrali nell'osservazione e nella valutazione della qualità del legame di accudimento o cura espresso dal caregiver verso il figlio. La "bontà" delle cure materne può pertanto essere espressa con tale sensibilità e si manifesta attraverso una adeguata regolazione emotiva della relazione, che a sua volta consente una qualità di apprendimenti che saranno tanto più efficaci 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 bambino e la sua mamma e permette al neonato di apprendere e strutturarsi, attraverso processi adeguati di regolazione emotiva. Genitori molto sensibili hanno la capacità di percepire anche minimi segnali del bambino, altri sono in grado di percepirne solo i più evidenti. In generale un genitore con una buona competenza percettiva dei segnali del bambino mostra anche una buona capacità di interpretarli correttamente. La possibilità di

condividere empaticamente e di sintonizzarsi con l'affetto dell'altro riveste un valore centrale nei processi di riconoscimento e regolazione emotiva. Il risultato di questi processi di elaborazione interni al caregiver lo portano a offrire delle risposte al bambino e definiscono la sua capacità di essere sensibilmente responsivo. Gli indicatori della responsività sono: la prontezza della risposta, la appropriatezza, l'intensità e la completezza. La responsività sensibile implica che la madre sappia reagire ai segnali del bambino offrendo stimoli opportuni, senza iper-stimolare o sotto-stimolare il bambino. La responsività sensibile della persona che si prende cura del bambino è caratterizzata dalle qualità relazionali e di funzione regolativa che si manifestano nella reciproca attività comunicativa madre-bambino e costituisce un fondamento essenziale per la qualità di attaccamento che il neonato sta sviluppando. Una madre responsiva sembra quindi incoraggiare il bambino a sviluppare un pattern di attaccamento sicuro nei suoi confronti, in quanto il bambino impara che i suoi bisogni sono riconosciuti e accolti e che i suoi comportamenti hanno un valore comunicativo. In funzione di maggiori o minori competenze espresse dalla madre in termini di sensibilità e responsività sul piano interattivo si potranno osservare livelli corrispondenti di sintonia interattiva (Field, 1985; Stern, 1985; 1998; Siegel, 2001), che riflettono la corrispondenza tra gli stati psicobiologici del genitore e quelli del bambino. Lo scambio nelle diade è fisiologicamente caratterizzato da fasi di buona coordinazione affettiva e fasi di stati mal coordinati; fallimenti interattivi e ritorno a stati sincroni, nei quali giocano un ruolo significativo i processi di riparazione attiva che corrispondono a processi di regolazione emotiva (Tronick, 1989, Tronick et al., 1979). L'interazione bambino-caregiver è un'esperienza relazionale e possono indubbiamente crearsi momenti di "mismatch" della diade, ovvero dissincronie durante le quali un ritmo condiviso può essere perso da entrambi; ad essi fanno seguito tentativi di riparare e di recuperare il ritmo interattivo perduto. Le riparazioni efficaci creano nella coppia la fiducia di poter riuscire a fronteggiare i momenti di crisi e ritrovare la condivisione affettiva (Beebe, Stern, 1977). Beebe e Lachman (1994) descrivono l'interazione madre-bambino come una continua oscillazione fra stati di mantenimento, perdita e ripristino della coordinazione interattiva. Una coordinazione maggiore non significa necessariamente migliore; molte ricerche convergono piuttosto nel definire le interazioni ottimali come quelle caratterizzate dalla "flessibilità fra autoregolazione" e coordinazione interattiva e da livelli intermedi di coordinazione interattiva; risposte estreme (troppo basse o troppo alte) sia della madre sia del bambino sono risultate

associate a interazioni disfunzionali e a uno sviluppo disturbato della relazione (Jaffe et al., 2001; Beebe, Lachman, 2002). Il concetto di “rottura interattiva” si riferisce a fenomeni diversi per gravità: si passa così dal “mismatch” al “disjunction” (scacco interattivo), fino alla rottura vera e propria a cui non sempre segue una riparazione, cioè un’efficace trasformazione degli affetti negativi in positivi (Tronick, 1989). Quando il bambino sperimenta una mancata sintonizzazione esprime uno stato affettivo secondario (per esempio, un incremento dell’attività, un comportamento inibito o un ritiro dalla relazione). La capacità del genitore di riconoscere tale risposta e di empatizzare con essa è un ulteriore elemento che contraddistingue la sensibilità, di conseguenza la comunicazione affettiva torna ad essere coordinata ed il bambino sperimenta un sentimento di sicurezza e fiducia nella possibilità di mantenere la relazione e di recuperare futuri momenti di non sintonizzazione (Tronick, 1982,1989). Questo inevitabilmente ha un impatto sulla costruzione del legame d’attaccamento e, come accennato in precedenza, le cure adeguate che provengono da un caregiver sensibile contribuiscono alla costituzione di un modello di attaccamento definito “sicuro”, in cui i due livelli della responsività, soddisfare i bisogni del bambino e farlo nei tempi adeguati, se operano in maniera integrata, consentono al bambino di ripristinare il senso di sicurezza quando si trova in situazioni di pericolo. Un bambino con una madre sensibile che risponde adeguatamente ai segnali che lui le invia, manifesta in genere uno stato affettivo positivo nell’interazione con lei, anche se può piangere o protestare nelle brevi separazioni, mentre, dopo separazioni più prolungate, si lascia facilmente confortare, e riprende a svolgere le sue consuete attività. Nel caso di attaccamento insicuro, invece, le due modalità producono un conflitto, il bambino non sperimenta un senso di sicurezza in quanto non gli viene data una risposta adeguata: le cure non sono appropriate all’espressione emozionale dei bisogni.

Nel caso di attaccamento insicuro - ambivalente la risposta è discontinua, le cure possono essere adeguate ma non giungono sempre nei modi e nei tempi necessari alla soddisfazione dei bisogni; la madre può essere accessibile ma incoerente nelle sue responsabilità, o poco rispondente alle richieste di vicinanza e contatto. Se questo atteggiamento persiste, il comportamento insicuro-ambivalente del bambino può intensificarsi, mescolandosi a rabbia. Quando la madre risponde, il bambino può comportarsi in modo ambivalente e presentare difficoltà a calmarsi, con un disagio maggiore per ogni minima separazione. Nel caso di attaccamento insicuro-evitante, le cure materne non giungono adeguate ai bisogni e neppure nei tempi necessari al bimbo: la madre è inaccessibile, non responsiva o

responsiva in modo inappropriato. Se lo stress è limitato, i bambini si comportano in modo abbastanza simile ai bimbi ansiosi-ambivalenti, ma, se la separazione è prolungata con uno stress elevato, mentre nel momento della separazione mostrano poca difficoltà, essi al ritorno della madre la evitano, invece di ricercarne la vicinanza; inoltre alcuni manifestano un misto di evitamento e ricerca di prossimità al momento della riunione con lei. L'evitamento viene considerato una modalità difensiva, come il distacco che i bambini piccoli manifestano a seguito di prolungate separazioni dalle madri. Queste madri si rivelano spesso come rifiutanti, arrabbiate in modo esplicito o mascherato, spesso con una avversione al contatto corporeo, soprattutto quando il bambino mostra una richiesta maggiore di vicinanza: il bambino è sottoposto a un grave conflitto tutte le volte che ha maggiori esigenze della vicinanza della madre, perché teme di ricevere un rifiuto da lei. In questi casi il bambino tende a sviluppare delle strategie alternative, come quelle di distanziamento e inibizione dell'espressione emotiva, per ridurre l'indisponibilità della figura di attaccamento ed aumentare il senso di sicurezza. La strategia evitante può diventare col tempo un meccanismo anticipatorio, che sposta l'attenzione del bambino dagli stimoli in grado di attivare l'attaccamento verso gli oggetti inanimati: è questo l'unico modo, di fronte all'incapacità del genitore di essere adeguatamente responsivo, per mantenere un'organizzazione flessibile del comportamento e una vicinanza accettabile con il caregiver (Main, Weston, 1982). Diventa centrale il tema delle rappresentazioni di attaccamento (Main, 1995), di come le storie di accudimento sono state interiorizzate dal genitore; queste guidano i processi di cura e le capacità del genitore di leggere i segnali del bambino, influenzando il modo in cui sensibilità e affettività si esprimono nella relazione diadica. Per un'adeguata "comunicazione intrapsichica", la capacità di riconoscere le proprie emozioni è un fattore determinante nella trasmissione delle prime modalità relazionali e di attaccamento tra genitore e figlio (Bowlby, 1988). Tale capacità appare profondamente influenzata dal tipo di "accessibilità" emotiva che il genitore ha potuto sperimentare nei confronti delle proprie figure di attaccamento, nel corso della sua storia infantile. L'impossibilità di accedere alla madre e alla sua disponibilità emotiva può, invece, contribuire ad attivare nel bambino comportamenti di tipo difensivo che si esprimono primariamente a livello interazionale, come già segnalava Spitz (1965), osservando che i primi meccanismi di difesa del bambino hanno origine nell'ambito della sua relazione con la madre. I pattern di attaccamento sono considerati come specifici stili di comunicazione e regolazione emotiva (Cassidy, 1994) che il bambino costruisce in

relazione alle figure di attaccamento, adattandosi al grado di disponibilità emotiva dimostrata da loro. L'attaccamento sicuro corrisponde alla capacità del bambino di comunicare apertamente ogni emozione, positiva e negativa, a un caregiver percepito come emotivamente disponibile; i pattern di attaccamento insicuro sono considerati delle strategie difensive adottate dal bambino nei confronti della inaccessibilità emotiva della madre; l'attaccamento insicuro evitante comporta una rilevante riduzione dell'espressione delle emozioni, positive e negative, che il bambino rivolge al genitore e che si struttura per prevenire ulteriori rifiuti da parte di un caregiver sperimentato come non responsivo, mentre l'attaccamento insicuro-ambivalente enfatizza nel bambino l'espressione di emozioni soprattutto di segno negativo, finalizzate a mobilitare l'attenzione del caregiver emotivamente indisponibile.

Un discorso più complesso riguarda un'altra modalità di attaccamento inadeguato, quello disorganizzato (Main, Solomon, 1986), dovuto a cure inadeguate: nel bambino sono presenti comportamenti contraddittori, stereotipie, movimenti asimmetrici, congelamento o immobilità nella riunione col caregiver. In questi casi l'espressione comportamentale, assolutamente priva di uno scopo osservabile, di una motivazione intenzionale o della possibilità di realizzare un comportamento finalizzato, rappresenta una rottura delle strategie organizzate per affrontare lo stress e regolare lo stato emotivo (Main, Hesse, 1992). Le conseguenze a lungo termine di una rottura della strategia di regolazione affettiva, come quella presente nell'attaccamento disorganizzato, sembrano portare ad una difficile gestione dello stress e delle emozioni negative, attestate anche dalla presenza perdurante di elevati livelli di cortisolo nella saliva e dall'aumento della frequenza dei battiti cardiaci, ben oltre il tempo di esposizione allo stress (Van IJzendoorn, Schuengel, Bakermans-Kranenburg, 1999).

È possibile concludere che la qualità dello stato mentale del genitore riguardo la propria storia d'attaccamento ha un'influenza sulla sua capacità di esplorare e rappresentarsi la mente del proprio figlio e ha una ricaduta sul legame che si instaura nella loro diade.

1.3 Il costrutto della disponibilità emotiva

La disponibilità emotiva riguarda la capacità di condividere in maniera reciproca le proprie emozioni all'interno di una relazione funzionale e mutuamente appagante; il costrutto si rifà in parte ai concetti avanzati dalla teoria dell'attaccamento, ma presenta anche notevoli differenze rispetto a questi. Innanzitutto la sollecitazione di un momento di stress non è necessaria e centrale per valutare il costrutto come avviene invece nella valutazione dell'attaccamento (es. *strange situation*), inoltre si attua una piena valorizzazione del ruolo del bambino nella definizione della disponibilità del genitore ed inoltre sono considerati altri fattori come la strutturazione, la non-intrusività, la non-ostilità che vedremo in dettaglio in seguito. La disponibilità emotiva è un indice fondamentale di un precoce adattamento socio-emozionale. Essa può essere definita come un costrutto relazionale che si riferisce alla qualità degli scambi emozionali tra i genitori ed i loro figli, in particolare essa si focalizza, sia sulla accessibilità reciproca tra i genitori ed i loro figli, sia sulla capacità -sempre reciproca- di leggere e rispondere appropriatamente alla comunicazione (Biringen & Robinson, 1991; Saunders et al., 2015). Essendo un costrutto di natura diadica, implica diversi aspetti del comportamento del genitore (sensibilità, capacità di strutturare l'ambiente, assenza di intrusività e ostilità) che la capacità del bambino di rispondere alle proposte del genitore e di coinvolgerlo nelle sue attività. La disponibilità emotiva rappresenta una cornice teorica che integra la teoria dell'attaccamento (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978) con la prospettiva di Emde (1980) sul ruolo delle emozioni nell'interazione. Pur avendo una forte componente psicodinamica, questo costrutto condivide con l'approccio interattivo-cognitivista l'attenzione alla comprensione e all'espressione delle emozioni quali "barometri" del funzionamento della diade (Biringen, 2000). Il ruolo fondamentale della disponibilità emotiva nello scambio tra madre e bambino è stato evidenziato in molti lavori riguardanti lo sviluppo infantile a partire dagli anni '70, anche se ha assunto nomi e definizioni non sempre sovrapponibili.

Mahler (1975) ha usato il concetto di disponibilità emotiva per descrivere la "presenza supportiva materna" in una situazione d'esplorazione da parte del bambino, un supporto finalizzato a garantire "l'esercizio dell'autonomia". Secondo la sua teoria, il silenzioso supporto della madre segnala il suo incoraggiamento e la sua accettazione dell'esplorazione e permette al bambino di ritornare da lei per "rifornirsi affettivamente".

La madre fornisce una sorta di “impalcatura” che incoraggia il figlio ad espandere i confini della sua zona esplorativa, cosicché i nuovi schemi cognitivi, le nuove modalità interattive con il mondo e le nuove abilità motorie si possano integrare nel repertorio già posseduto dal bambino. Nell’ambito della teoria dell’attaccamento si articola il concetto di “sensibilità materna” (Ainsworth, Bell e Stayton, 1974) definita come la capacità e la volontà della madre di percepire le comunicazioni del bambino riflesse nel comportamento, nell’espressione emotiva e nella vocalizzazione, di vederle e interpretarle dal punto di vista del bambino, rispondendovi adeguatamente secondo i suoi bisogni. Anche Emde (1980) ha descritto la disponibilità emotiva come la presenza materna di supporto dei comportamenti esplorativi del bambino, ma ha anche integrato questo concetto con quello di accettazione da parte della madre di tutto l’ampio spettro emozionale del figlio. Le madri emotivamente disponibili accettano sia gli affetti positivi sia quelli negativi, permettendo al bambino di esprimerli in differenti situazioni e con modalità diverse (Emde, 1980). Lo scambio interattivo, basato sulla condivisione di esperienze affettive positive e negative fatte dal bambino grazie alla disponibilità emotiva fornita dalla madre, in modo continuativo, nel corso delle prime fasi di allevamento, appaiono fondamentali per la costruzione di quello che Emde (1983) chiama “nucleo affettivo del Sé” (*affective core*) (Riva Crugnola, 1983). Il costrutto è molto più ampio del concetto di sensibilità, che vi è compresa, perché allarga il suo focus sulla qualità emozionale degli scambi tra genitore e bambino, includendo il clima emotivo della loro relazione. In sintesi possiamo definire la disponibilità emotiva un concetto di natura diadica in cui è fondamentale l’apporto sia del bambino che del genitore, dove vengono valutate più dimensioni per ciascuno che definiscono la qualità del legame.

1.4 Le scale della Disponibilità Emotiva

Recentemente sono state sviluppate le scale di disponibilità emotiva (Emotional Availability Scales EAS), elaborate da Biringen, Robinson ed Emde (1990, 1998).

La versione più recente è la quarta edizione (Biringen 2008) che rispetto all’edizione precedente (Biringen, Barone, 2007) introduce alcuni elementi di novità quali la suddivisione in sei scale principali con relative sette sottoscale e la presenza del clinical screener. La misura della disponibilità emotiva con le scale EAS include, infatti, la sensibilità materna, ma estende il concetto anche ad altre dimensioni emotive della relazione parentale. Include, infatti, l’ostilità dell’adulto, coperta magari da sarcasmo o

espressa in maniera diretta, la strutturazione dell'ambiente e la capacità di non intrusività nelle attività del bambino. Sono, inoltre, valutate due dimensioni, relative al bambino, ossia la responsività e la capacità di coinvolgere il genitore. Le scale EAS misurano, quindi, il coinvolgimento e la reciproca interazione della diade per cogliere gli aspetti di natura transizionale della relazione (Sameroff e Fiese, 2000). Numerose ricerche che hanno utilizzato l'EAS hanno evidenziato che fattori della disponibilità emotiva – sia genitoriali sia del figlio – sono correlati con la qualità dell'attaccamento (Easterbrooks e Biringen, 2000), con altri aspetti della relazione genitore/figlio (Biringen, 2000; Pipp-Siegel e Biringen, 1998) e con la rappresentazione materna di genitore (Biringen, Matheny, Bretherton, Renouf e Sherman, 2000). Questi studi suggeriscono, quindi, che la disponibilità emotiva possa essere utilizzata come un parametro globale per descrivere e valutare la qualità generale della relazione affettiva genitore/figlio. Questi presupposti lasciano, inoltre, intravedere un futuro utilizzo della valutazione della disponibilità emotiva in ambito clinico, proprio perché le scale vogliono misurare la qualità di una relazione piuttosto che i tratti comportamentali di un individuo (Easterbrooks e Biringen, 2005). Le ricerche sulla validità del costrutto hanno utilizzato come parametro di riferimento diversi strumenti sviluppati nella teoria dell'attaccamento. Il motivo di ciò nasce dal fatto che il costrutto teorico della disponibilità emotiva – come precedentemente detto – è stato formulato proprio dal terreno di ricerca della teoria dell'attaccamento.

1.5 Lo strumento: Emotional Availability Scales, EAS

Strumento elettivo per la valutazione della disponibilità emotiva diadica sono le Emotional Availability Scales, (EAS; Biringen, Robinson, Emde, 1998), costruite al fine di valutare attraverso l'osservazione le interazioni caregiver-bambino. Le EAS sono composte da sei scale relative a quattro dimensioni della disponibilità emotiva del genitore (Sensitivity, Structuring, Non-intrusiveness, Non-hostility) e a due dimensioni che valutano aspetti della disponibilità emotiva del bambino (Biringen 2008).

Vediamo nel dettaglio le scale riferite al genitore:

- 1) **Sensitivity** (scala della sensibilità): questa scala comprende emozioni e comportamenti che il genitore utilizza per creare e mantenere una connessione emotiva sana e autentica con il proprio bambino.

Un genitore viene codificato come sensibile quando è in sintonia con il suo bambino. La sintonia è la capacità di comprendere cognitivamente ed

emotivamente i singoli dettagli della comunicazione del bambino, cioè di saper leggere i segnali, siano essi verbali o non verbali. Un genitore sensibile ha, inoltre, un buon *timing* di interazione, ovvero sa quando e come interagire e soprattutto rispetta i tempi del bambino. La sensibilità del genitore si evidenzia anche nella sua flessibilità, intesa nella capacità di negoziare il conflitto e gli stati di tensione, rimanendo autorevole e senza perdere la calma. Un genitore sensibile è prevalentemente positivo dal punto di vista dell'affetto, in termini sia di espressione facciale che vocale, piuttosto che annoiato, scontento, o verbalmente severo. Un'altra caratteristica della scala della sensibilità è la congruenza dei canali verbali e non verbali dell'espressione emotiva. Sono fattori importanti nella valutazione della sensibilità genitoriale la chiarezza delle percezioni e un'appropriata risposta genitoriale. Se un bambino inizia a mostrare noia durante un gioco con il genitore è importante per il genitore riconoscere tali segnali e rispondere adeguatamente alla situazione.

Infine un fattore cruciale della sensibilità materna è il modo in cui il genitore riconosce e accetta l'intera gamma delle tonalità affettive del figlio: l'accettazione dell'emotività dell'altro è, infatti, fondamentale. Un indicatore importante per distinguere se il genitore abbia un'attitudine volta all'accoglienza o al rigetto è il modo in cui si rivolge al bambino.

- 2) **Structuring** (scala della strutturazione): questa valuta il grado di adeguatezza della strutturazione dell'ambiente o della situazione in cui si svolge l'interazione della diade, mantenendo un atteggiamento proattivo nel dare limiti e regole. Per strutturazione si intende la capacità del genitore di mediare tra l'ambiente e il bambino per facilitarne l'esplorazione. La comprensibilità ed il *timing* della strutturazione sono alcuni degli aspetti primari di questa scala. Un genitore in grado di strutturare oltre ad essere una valida guida facilita e permette al bambino di autoregolarsi in autonomia senza risultare né troppo "strutturante" né troppo "passivo".
- 3) **Non-intrusiveness** (scale della non intrusività): è la capacità di lasciarsi guidare dal bambino senza limitare i suoi tentativi di esplorazione e la sua autonomia, cioè essere disponibile senza invadere l'autonomia del bambino. Sono considerate intrusioni i diversi modi di limitare l'autonomia del bambino, sia durante il suo gioco sia durante le attività esplorative. Con i comportamenti intrusivi l'adulto

interferisce con ciò che il bambino sta facendo oppure l'aiuta troppo in ciò che egli potrebbe effettivamente fare da solo, essere troppo direttivi, anticipare i segnali comunicativi del bambino, sovra stimolare, assumere atteggiamenti che potrebbero inibire l'autonomia individuale. Dunque questa scala essenzialmente misura quanto il genitore blocca l'esplorazione del bambino esercitando il controllo durante l'interazione. Per valutare il grado di intrusività del genitore si osservano le reazioni del bambino. Non è detto che un genitore troppo attivo sia per forza intrusivo se il bambino risponde partecipando.

- 4) **Non-hostility** (scala della non ostilità): capacità di non esprimere rifiuto nei confronti del bambino né attraverso ostilità nascosta né attraverso aggressività manifesta. L'ostilità nascosta si rivela sotto forma di impazienza, scontentezza, noia, e atteggiamenti simili, siano essi rivolti direttamente o anche indirettamente al bambino. L'aperta ostilità si manifesta sotto forma di ovvia negatività chiaramente diretta verso il bambino. La capacità di relazionarsi in maniera non ostile sembrerebbe essere un fattore cruciale della disponibilità emotiva verso il bambino.

Le scale riferite al bambino sono la **responsiveness** e l'**involvement**.

- 1) **Responsiveness** (responsività): questa scala valuta il desiderio e la propensione emotiva del bambino ad interagire con il genitore in seguito ad un esplicito invito e il livello affettivo generale del bambino. La scala è considerata la più importante per la valutazione della disponibilità emotiva del bambino nei confronti del genitore. Pertanto, per la codifica di questa scala, è necessario che l'osservatore aspetti che ci sia un invito del genitore all'interazione per osservare l'esistenza e tempestività della risposta e la sua qualità affettiva che è l'elemento più importante, la scala è complementare alla scala della sensibilità materna nell'analisi del comportamento del bambino. Sia la scala della sensibilità materna sia questa della ricettività verso il genitore hanno a che fare con la connessione emotiva della diade. Esistono almeno due stili di risposta non ottimale: il primo è quando un bambino non risponde al genitore o è scostante; il secondo si presenta quando un bambino – che non è necessariamente scostante – è affettivamente negativo (per esempio si lagna, si lamenta, insulta, piange, è ansioso o è in uno stato di paura intensa) con il genitore. Il tratto di fondo che consente di comprendere la qualità di questa caratteristica nell'interazione è la presenza di connessione emotiva nella diade.

2) **Involvement** (coinvolgimento): la scala riguarda la capacità del bambino di coinvolgere il genitore durante il gioco. Le iniziative e i coinvolgimenti del bambino devono essere equilibrati rispetto alla sua età e alla sua necessaria autonomia nel gioco. Il bambino che ha una capacità ottimale di coinvolgimento del genitore renderà il genitore spettatore del suo gioco e lo coinvolgerà come partecipante o anche come una persona di sostegno nella sua attività. Coinvolge il genitore facendogli domande, narrandogli la trama di una storia o mostrandogli i materiali del gioco. Un bambino con una scarsa capacità di coinvolgimento mostra, invece, comportamenti evitanti o parzialmente evitanti, segnalati dalla postura e dalla scarsità di qualsiasi tipo di iniziativa sociale. La scala del coinvolgimento del genitore da parte del bambino è in un certo qual modo complementare alla scala della strutturazione materna, nel senso che entrambe queste scale hanno a che fare con la regolazione del controllo all'interno della diade.

1.6 Attaccamento e adozione

L'adozione è ormai divenuta, per la sua diffusione, un vero e proprio fenomeno sociale; interessa, infatti, un numero consistente di famiglie italiane e un fenomeno crescente a causa anche del calo del numero di figli naturali rilevato negli ultimi decenni nel nostro paese.

Nonostante si sia registrata una leggera flessione, secondo l'ultima rilevazione statistica, nel 2012 le coppie adottive in Italia sono state 2.469. La ripartizione territoriale delle coppie che hanno richiesto l'autorizzazione all'ingresso in Italia di minori stranieri, dal 16 novembre 2000 al 31 dicembre 2012, mostra che è la Lombardia la regione con il maggior numero di coppie adottanti, 6.296, seguita dal Veneto con 3.286 coppie e dal Lazio con 2.906; vengono poi la Toscana con 2.901 coppie, l'Emilia-Romagna con 2.339 coppie e la Campania, prima regione meridionale, con 2.047 coppie adottanti¹(CAI 2013). I dati provenienti dal Centro nazionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza rilevano, infatti, un numero sempre maggiore di coppie che fanno ricorso a questo istituto per vedere realizzato il proprio progetto di genitorialità.

¹ Rapporto della Commissione sui fascicoli dal 01/01/2012 al 31/12/2012 "Dati e prospettive nelle Adozioni Internazionali". Presidenza del Consiglio dei Ministri. Commissione per le Adozioni Internazionali.

Il report dell'anno 2013 descrive il fenomeno delle adozioni internazionali in Italia, nel 2013 sono stati autorizzati all'ingresso in Italia 2.825 minori stranieri, a fronte dei 3.106 dell'anno precedente, con un decremento del 9%, a loro volta le coppie adottive che hanno portato a termine un'adozione nel 2013 sono state 2.291 rispetto alle 2.469 del 2012 con un decremento del 7,2%. I dati mettono in rilievo il consolidamento di alcune tendenze che si erano già manifestate negli ultimi quattro anni e cioè: aumento dell'età media dei genitori adottivi, incremento del peso delle adozioni delle regioni meridionali sul totale delle adozioni, alto livello di istruzione delle coppie adottive, incremento delle adozioni di bambini provenienti da Paesi africani. L'Italia si conferma come primo paese di accoglienza in Europa per numero di minori adottati e secondo paese al mondo dopo gli Stati Uniti (<http://www.commissioneadozioni.it/it/notizie/2016/dati-adozioni.aspx>, 30/05/2016). Questi dati fanno riflettere sull'importanza di promuovere non solo percorsi di accompagnamento all'atto adottivo, ma anche percorsi di supporto nel post adozione. Crescere un figlio adottivo non è un compito facile e spesso serve non solo un supporto dell'ambiente sociale e familiare, ma anche un aiuto professionale. I genitori sono molto seguiti, valutati e consigliati nelle fasi iniziali e pre-adottive e spesso hanno meno sostegno nelle fasi successive. L'adozione si connota come vero e proprio "percorso", con l'esigenza di individuare strumenti finalizzati a "formare alla genitorialità e alla relazione adottiva", secondo un'ottica di *empowerment* che permetta la maturazione di processi di autoformazione e di sviluppo, tanto del sé individuale quanto del sistema familiare. Diventa importante non solo valutare se la coppia possieda capacità educative, competenze genitoriali, requisiti e attitudini alla cura, ma anche formare e sostenere la famiglia adottiva, attraverso interventi integrati nella fase successiva all'adozione. In questo modo si favorisce la costruzione delle relazioni di attaccamento, l'attivazione della funzione mentale di riflessione e il pensiero sulle criticità. L'adozione può rappresentare un importante fattore di protezione poiché promuove lo sviluppo del minore che spesso arriva con esperienze traumatiche e cariche di sofferenza dovute alle condizioni di nascita e di vita nei primi mesi o anni precedenti l'adozione, senza trascurare alcune dinamiche della condizione adottiva in sé (Barone, Lionetti, 2012). Inoltre può colmare il senso di perdita dell'abbandono o i traumi di un'infanzia problematica purché i genitori adottivi guardino al bambino non come a una loro conquista, un'acquisizione che soddisfa la necessità di avere un ruolo parentale, ma anche in particolar modo, come a un individuo che ha esigenze psicologiche e di crescita specifiche.

In Italia, negli ultimi anni, si sono rilevati due evidenti cambiamenti delle caratteristiche dell'adozione dal punto di vista sociale. In primo luogo, si è verificata una drastica diminuzione delle adozioni di bambini nati sul territorio nazionale (AN, adozioni nazionali) e in parallelo un forte aumento delle adozioni internazionali (AI), ovvero di bambini provenienti da paesi stranieri, che rappresentano all'incirca il 75% di tutti i bambini adottati (CAI, 2010). In secondo luogo, all'interno del panorama delle AI, è aumentata l'età dei bambini al momento del collocamento, per cui attualmente i bambini vengono adottati prevalentemente in età compresa tra 3 e 8 anni. Nella prospettiva teorica dell'attaccamento, queste trasformazioni indicano che sono sempre più rare le adozioni di bambini *early-placed* – cioè collocati entro i primi 6-8 mesi di vita, che costruiscono il primo legame di attaccamento direttamente con i genitori adottivi – che sembrano avere esiti evolutivi abbastanza sovrapponibili a quelli dei figli naturali sul piano cognitivo, comportamentale, relazionale, affettivo e su quello delle classificazioni dell'attaccamento (Van IJzendoorn, Juffer, 2006). D'altra parte, stanno diventando sempre più frequenti le adozioni di bambini *late-placed* – ossia i minori adottati dopo i 12 mesi di età, che hanno subito almeno una rottura relazionale rispetto alla figura di attaccamento originaria, se non anche grave trascuratezza, abuso e maltrattamento, oppure che hanno sperimentato l'assenza completa di figure affettive stabili nel periodo di formazione dei legami di attaccamento (Van IJzendoorn, Juffer, 2006). Questi casi aprono uno scenario più complesso che mette in evidenza sia ulteriori difficoltà, sia potenzialità di recupero (van den Dries, Juffer, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 2009).

1.7 Sostenere la genitorialità nella famiglia adottiva e promuovere la sensibilità

La ricerca documenta come i bambini dopo l'adozione recuperino in salute e sviluppo cognitivo e socio emotivo (Juffer, Van IJzendoorn 2007). Come sostiene Bowlby (1969; 1973) la costruzione di un legame d'attaccamento sicuro è favorita dal contributo dei genitori e non dipende esclusivamente da fattori genetici o dalle caratteristiche temperamentali del bambino. Molti studi confermano il ruolo cruciale della sensibilità materna sulla qualità del legame. Tra gli interventi basati sull'attaccamento troviamo il Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP) dell'Università di Leida. L'intervento si è rivelato efficace nel promuovere la sensibilità materna e l'attaccamento madre-bambino in famiglie alla prima esperienza di adozione (Juffer, Hoksbergen et al. 1997). Esso si basa sulla registrazione di situazioni di vita quotidiana in

cui madre e bambino interagiscono, per esempio in momenti di gioco, di cura, come il bagnetto o la pappa, frammenti del contesto domestico. Successivamente le riprese, selezionate e commentate da chi si occuperà dell'intervento, verranno utilizzate per il lavoro con il genitore offrendo la possibilità di focalizzarsi sui segnali e sulle espressioni del bambino al fine di aumentare la capacità osservativa e di sintonizzazione affettiva del genitore. Tutto ciò permette di rinforzare positivamente i comportamenti sensibili che emergono. Una "variante" di questo intervento è il VIPP-SD (Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting to Sensitive Discipline): come accennato in precedenza, un precoce legame parentale insicuro o disorganizzato può essere un fattore di rischio per l'insorgenza di comportamenti problematici esternalizzanti e la precoce manifestazione di questi potrebbe a sua volta aumentare il rischio di comportamenti antisociali successivamente o in adolescenza (Campbell, 1995, 2002). Nella prima infanzia, soprattutto intorno ai 2 anni, spesso si manifestano comportamenti oppositivi, disobbedienza, scatti d'ira e di rabbia. I bambini, a quest'età, sono in grado di camminare senza aiuto e hanno acquisito capacità linguistiche. Comprendono molto bene quello che i genitori dicono e incominciano a prendere parte attiva al dialogo.

Quando violano i limiti imposti il loro comportamento ha una duplice finalità:

- soddisfare i propri bisogni,
- imparare a conoscere i genitori ed i limiti, vogliono capire cosa loro è gradito, cosa no, cosa approvano e cosa rifiutano, cosa accettano e cosa non tollerano.

I bambini attraversano una fase di oppositività spesso erroneamente definita dei "capricci" e i genitori si sentono costretti a dire no molto più spesso di quanto vorrebbero. Ciò è il risultato della combinazione di due fattori:

- l'accresciuta autonomia,
- il necessario feedback del loro agire.

Dai 2 anni i bambini diventano sempre più autonomi e meno dipendenti dai genitori, sanno muoversi liberamente, comunicano meglio e hanno un forte impulso esplorativo e vogliono fare da soli. Hanno due importanti esigenze: il bisogno di autonomia alla conquista di un loro spazio e per la costruzione di una relazione nuova con il genitore e il bisogno di un feedback al loro costante processo di esplorazione e collaudo della realtà, compresi i confini e i valori individuali posti dai genitori. Solitamente l'oppositività diminuisce verso i 4 – 5 anni a meno che non si verificano altre condizioni (come attaccamento disorganizzato, risposte insensibili e non adeguate, situazioni legate all'esperienza

adottiva) che provochino il perdurare nel tempo e l'insorgere successivo di problemi della condotta. Individuare precocemente nelle famiglie adottive il rischio che questo accada e fornire loro un supporto aiuta a prevenire il manifestarsi di condotte comportamentali problematiche.

1.8 Video feedback Intervention to promote Positive Parenting – Sensitive Discipline (VIPP-SD): un programma d'intervento a sostegno della genitorialità positiva.

Negli ultimi decenni sono stati sviluppati e perfezionati programmi d'intervento finalizzati ad accompagnare i genitori nel compito di far crescere i propri figli, con un'attenzione particolare a sostenere i comportamenti genitoriali che possono avere un'influenza sullo sviluppo socio-emotivo dei figli. In particolare i bisogni dei bambini a rischio o dei genitori con problemi (Bronfenbrenner, 1974) hanno spinto i ricercatori a creare programmi d'intervento specifici capaci di soddisfare tale esigenza. Sin dalla pubblicazione di una delle rassegne più complete sull'efficacia degli interventi precoci sullo sviluppo cognitivo (Bronfenbrenner, 1974), diverse rassegne narrative e meta-analisi di interventi precoci hanno documentato l'efficacia degli interventi finalizzati a stimolare alcuni atteggiamenti e comportamenti dei caregiver nella cura dei piccoli, oltre che lo sviluppo socio-emotivo dei bambini (Beckwith, 2000; Benasich, Brokks-Gunn e Clewell, 1992; Bradley, 1993; Egeland et al., 2000; Heinicke, Beckwith e Thompson, 1998; Lagerberg, 2000; Lojkasek, Cohen e Muir, 1994; McLeod e Nelson, 2000; Van IJzendoorn, Juffer e Duyvesteyn, 1995). Molti interventi hanno come fine il potenziamento della sensibilità materna e della responsività con l'obiettivo di promuovere lo sviluppo sociale ed emotivo dei bambini consolidando la sicurezza dell'attaccamento. Questi interventi hanno le loro basi nella teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1982; Ainsworth et al., 1978). Il Video feedback, sviluppato da Juffer (1993), è un programma d'intervento basato sulla teoria dell'attaccamento. L'intervento si è rivelato efficace nel promuovere la sensibilità materna e l'attaccamento madre-bambino in famiglie adottive (Juffer, Hoksbergen et al., 1997). Successivamente il metodo è stato ulteriormente modificato nell'attuale versione dell'intervento con video-feedback finalizzato a promuovere il comportamento sensibile del genitore (VIPP). Il programma rientra negli interventi evidence based, ovvero interventi scientificamente testati rispetto l'efficacia ed è un intervento manualizzato (Bakermans-Kranenburg et al., 1998; Juffer, Van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg, 1997). Nel programma, madre e bambino vengono video ripresi a

casa loro, in situazioni di vita quotidiana, ad esempio mentre giocano, mentre fanno un pasto o merenda. L'intervener (colui che segue il programma, il ricercatore o il clinico) dopo avere visionato le riprese tra un incontro e l'altro, prepara i commenti al filmato che saranno discussi di volta in volta con il caregiver che partecipa all'intervento. Questo modo di procedere offre l'opportunità di focalizzarsi sui segnali e sulle espressioni del bambino che emergono nel filmato, stimolando nel caregiver una maggiore capacità di osservare i comportamenti del bambino e di essere empatico nei suoi confronti. Contemporaneamente ciò rinforza i comportamenti sensibili della madre e ha una ricaduta sulle modalità relazionali della diade. I temi centrali del programma sono:

- la ricerca di contatto del bambino e il suo comportamento esplorativo (attaccamento vs esplorazione),
- la percezione accurata dei segnali e delle espressioni del bambino, l'importanza di rispondere in modo adeguato e pronto ai segnali del bambino (sensibilità e responsività),
- la condivisione delle emozioni e la sintonia affettiva,
- l'attenzione ai momenti in cui il genitore mette in atto comportamenti adeguati ed efficaci rinforzando le abilità di coping.

Esistono diverse versioni del VIPP e, tra i protocolli, la versione SD (sensitive discipline) è quella che ha un duplice focus, uno sugli aspetti affettivi e uno su quelli educativi, con particolare attenzione alla disciplina e al dare regole, tema molto conosciuto dai genitori e con il quale iniziano a cimentarsi proprio nel corso della prima infanzia. Questa versione è orientata alla promozione della sensibilità genitoriale e della disciplina sensibile (Juffer, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, 2008), la sua efficacia è provata da diversi studi controllati (Juffer, Steele, 2014).

Mi soffermo a presentare la versione SD utilizzata in questa ricerca. Il protocollo prevede un lavoro in sinergia con il genitore (solitamente il caregiver principale, per la maggior parte dei casi le madri), riconosciuto come l'esperto del proprio bambino, che viene invitato gradualmente ad entrare in modo sempre più attivo nel percorso. Il presupposto è la fiducia nelle buone intenzioni del genitore unita alla stima delle risorse e potenzialità su cui lavorare durante il programma. Sostenere i momenti positivi e rinforzare le risorse aumenta la probabilità che si ripetano e che perdurino nella relazione madre e bambino. Questo intervento è adatto sia a famiglie biologiche che affidatarie o adottive e applicabile in ambienti socioeconomici e culturali diversi (Negrao et al., 2014).

Il VIPP-SD aggiunge al focus sull'importanza delle relazioni di attaccamento e sui comportamenti di esplorazione vs attaccamento, un focus sulla disciplina sensibile. Nel corso dell'infanzia, in particolare nei primi 2-3 anni del bambino, aumenta il comportamento di esplorazione, grazie anche all'acquisizione di nuove abilità come la deambulazione e più agile coordinamento motorio. Parallelamente aumentano le situazioni in cui il bambino, spinto dalla curiosità e da nuovi stimoli, si espone all'ambiente con il desiderio di toccare, manipolare e conoscere ciò che lo circonda. Questa spinta è assolutamente sana e funzionale alla crescita, ma induce il genitore a cimentarsi con i primi no e le prime regole. In questi incontri tra genitore e bambino spesso è difficile mantenere l'equilibrio tra riconoscimento dei bisogni del bambino e gestione delle regole. Questo equilibrio è fondamentale per garantire al bambino la possibilità di fare scoperte, conoscere, apprendere dagli stimoli e dall'ambiente oltre che dalle esperienze, ma, se non viene ben gestito nella relazione diadica, il rischio è che si possano creare le condizioni per comportamenti oppositivi con un aumento della conflittualità e della tensione nella gestione delle regole. La disciplina sensibile pone particolare attenzione al dare regole in modo sensibile, ovvero riconoscendo i bisogni di attaccamento, esplorazione e allo stesso tempo di contenimento e gestione dei limiti. Le strategie disciplinari coercitive messe in atto dal genitore non sono efficaci, anzi portano ad un aumento di comportamenti problematici nel bambino (Patterson, 1982). La disciplina sensibile si ispira ad alcuni elementi della teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, Walters, 1963) e al ruolo del rinforzo come elemento cruciale per il ripetersi o estinguersi di un comportamento. Questi presupposti hanno contribuito a sviluppare le linee guida del protocollo d'intervento del VIPP-SD per lavorare insieme ai genitori sulla disciplina.

1.9 VIPP-SD: il protocollo d'intervento in sintesi

L'intervento si articola in 7 visite domiciliari di circa un' ora e mezza. La prima visita è solo di videoregistrazione, poi seguiranno 4 visite con cadenza quindicinale e 2 visite successive con cadenza mensile. Ogni visita si sviluppa in due fasi:

- la videoregistrazione di momenti d'interazione della diade che siano prototipici e utili al lavoro successivo (giocare insieme, mettere in ordine, gioco da solo...),
- la condivisione e il commento dei filmati. L'intervener, che avrà già lavorato ai filmati tra una visita e la successiva, metterà in pausa ogni 30/40 secondi circa per

commentare insieme al genitore il comportamento del bambino e quanto accade nel filmato. I commenti si focalizzano su alcuni aspetti specifici e seguono specifiche linee guida del manuale per poter affrontare i temi previsti dal programma.

I temi che vengono affrontati nel programma e le tecniche di disciplina sensibile che vengono rinforzate (se già il genitore le utilizza) o condivise e suggerite al genitore sono chiaramente sintetizzate nella seguente tabella (tabella 1):

| Schema di sintesi dell'intervento VIPP-SD | | |
|---|---|--|
| Visite domiciliari | Sensibilità | Disciplina sensibile |
| Visita domiciliare 1 | Solo registrazione | |
| Visita domiciliare 2 | Attaccamento ed esplorazione; speaking for the child e messaggi sullo sviluppo | Distrazione, spiegazione e comprensione empatica |
| Visita domiciliare 3 | Attaccamento ed esplorazione; speaking for the child e messaggi sullo sviluppo | Posporre, rinforzo positivo |
| Visita domiciliare 4 | Importanza del rispondere ai segnali del bambino; catene sensibili e messaggi correttivi; rinforzi positivi | Time out sensibile |
| Visita domiciliare 5 | Importanza del rispondere ai segnali del bambino e del condividere le emozioni; catene sensibili e messaggi correttivi; rinforzi positivi | Spiegazione, comprensione empatica, importanza di assumere la prospettiva altrui |
| Visite domiciliari 6 e 7 | Rinforzo e ripresa dei temi già trattati | |

Tabella 1: Lionetti F., Barone L., Juffer F., Bakermans-Kranenburg M., Van IJzendoorn M. (2015), "Il protocollo VIPP-SD: tra sensibilità e disciplina sensibile" in Lambruschi F. e Lionetti F., in "La genitorialità. Strumenti di valutazione e interventi di sostegno". Carrocci editore.

Il genitore viene accompagnato in un percorso di conoscenza e di "empowerment" della sensibilità e delle strategie potenzialmente più efficaci, per sostenerlo nelle competenze positive che a volte già possiede, con la finalità di incentivare i comportamenti positivi e disincentivare i comportamenti problematici del bambino.

PARTE II: LA RICERCA

2.1 Introduzione

Negli ultimi anni sono stati avviati numerosi programmi di intervento finalizzati a sostenere i genitori nel compito di crescere i propri figli con l'intento di influenzare in senso positivo il loro sviluppo. La presente ricerca si inserisce all'interno di un progetto più ampio che ha lo scopo di indagare l'efficacia dell'intervento VIPP-SD nel sostenere i comportamenti genitoriali capaci di incidere positivamente sullo sviluppo socio-emotivo dei bambini nelle famiglie adottive. Il disegno di ricerca è longitudinale ed è stata prevista l'osservazione ripetuta nel tempo (tre tempi, pre-test, post-test e follow-up), nelle stesse famiglie che hanno partecipato, al fine di evidenziare gli aspetti costanti e i cambiamenti. Volendo non solo approfondire l'efficacia dell'intervento, per cui sarebbero state sufficienti anche due sole valutazioni (pre e post), ma anche rilevare un cambiamento negli atteggiamenti della madre e del bambino sono state predisposte più rilevazioni (prima rilevazione H0, seconda a 6 mesi e terza a un anno), in un arco temporale totale di un anno. Il principale vantaggio della rilevazione è la possibilità di studiare il cambiamento intraindividuale ottenendo informazioni sui cambiamenti di ciascuna madre e ciascun bambino nella frequenza ed intensità di alcuni comportamenti.

Vedremo successivamente nel dettaglio dei singoli studi come siano monitorati la sensibilità materna e i comportamenti problematici del bambino. L'osservazione si è svolta in ambiente naturale presso l'abitazione delle famiglie, questo ha permesso di raccogliere informazioni sulle manifestazioni comportamentali di madre e bambino nei contesti di vita quotidiana, pur mantenendo una chiara strutturazione necessaria ai fini della ricerca.

Le osservazioni sono state videoregistrate, il che ha consentito di codificare i comportamenti osservati in un secondo momento, successivo alla registrazione, e ha dato a diversi osservatori la possibilità di accedere al materiale per confrontarsi sulle valutazioni effettuate e raggiungere un buon accordo sulle codifiche. Nonostante la telecamera possa condizionare o alterare la naturalezza del comportamento dell'individuo osservato (effetto Hawthorne) è stato possibile non inficiare i dati organizzando con cura il setting e mettendo in atto alcuni correttivi. Per quanto riguarda i soggetti è stato lasciato un tempo di ambientamento e familiarizzazione con la videoripresa ed è stata proposta una situazione interessante, cioè interazioni di gioco madre-bambino, che richiede tanta attenzione e coinvolge i soggetti al punto di far dimenticare loro di essere osservati. Per quanto riguarda invece l'osservatore si è cercato di ridurre al minimo l'influenza della sua presenza

collocandolo in disparte e evitando qualsiasi sua interferenza durante l'attività di osservazione.

Il disegno di ricerca sperimentale che è stato sviluppato è un trial clinico randomizzato (RCT): si è scelto questo strumento perché permette di valutare l'efficacia del programma evidence based del VIPP-SD. La popolazione di studio, ovvero le famiglie adottive, sono state assegnate in modo randomizzato a due gruppi a confronto (chi ha ricevuto l'intervento, gruppo sperimentale, e chi no, gruppo di controllo). Il vantaggio della randomizzazione è che permette di attribuire al solo trattamento l'eventuale differenza dell'esito tra i gruppi.

La ricerca parte da alcune premesse teoriche fondamentali e dai dati raccolti in ricerche precedenti, ovvero: i figli adottivi che riescono a strutturare un attaccamento sicuro sono in percentuale maggiore rispetto a quelli che, a partire dalla stessa condizione di istituzionalizzazione, non sono stati collocati in adozione. Questo dato è confermato dalla studio di Van IJzendoorn e Juffer (2006) nel quale risulta che i bambini adottati hanno un attaccamento sicuro significativamente inferiore rispetto alla popolazione non adottata, ma in percentuale doppia a quella dei bambini in istituto (tabella 2).

Tabella 2

| Stile di attaccamento | Non adottati | Adottati | Istituzionalizzati |
|--------------------------------|---------------------|-----------------|---------------------------|
| Sicuro | 62 | 45 | 23 |
| Insicuro evitante | 15 | 13 | 3 |
| Insicuro ambivalente | 9 | 10 | 4 |
| Insicuro disorganizzato | 15 | 33 | 70 |

fonte: M.H.Van IJzendoorn e F.Juffer (2006). In "La Famiglia adottiva. Come accompagnarla e come sostenerla" di Marco Chistolini, 2010. Franco Angeli.

Risultati che indicano un recupero importante nella relazione d'attaccamento, anche se non completo, sono presentati in studi più recenti (van den Dries et al, 2009; Barone e Lionetti, 2012). Inoltre la meta analisi di Lionetti, Pastore e Barone (2015) ha evidenziato che i bambini in istituto sono a rischio di attaccamento insicuro e disorganizzato anche se, all'arrivo in famiglia, recuperano. Tenendo fermo che questo recupero è solo parziale, perché restano alti livelli di insicurezza e disorganizzazione, e che i genitori spesso

faticano nella gestione delle dinamiche emotive relazionali con bambini, i cui modelli operativi interni si sono sviluppati in contesti a rischio (Dozier & Rutter 2008; Lionetti et al. 2015), risulta fondamentale supportare la genitorialità con il fine di favorire il più possibile il recupero e sostenere lo sviluppo di una relazione d'attaccamento sicura attraverso la sensibilità materna, fattore cruciale e antecedente della sicurezza.

A partire da quanto esposto nasce l'idea dello studio evidence based per testare l'efficacia di un intervento per sostenere la diade adottiva. Questo studio si inserisce in un progetto più ampio, il Pavia Adoption Study (Barone et al., 2013), che ha come macro obiettivo lo studio dei fattori di rischio e protezione dall'istituzionalizzazione all'adozione. Lo studio è articolato in tre fasi e ciascuna fase ha obiettivi di ricerca e studio specifici:

- **studio 1** (2011-2013): il focus era la valutazione dei fattori di protezione e di rischio nell'istituzionalizzazione. In linea con la letteratura internazionale i risultati hanno mostrato una prevalenza significativa di socievolezza indiscriminata e disorganizzazione dell'attaccamento nei bambini istituzionalizzati (Barone, Dellagiulia e Lionetti, 2015).
- **studio 2** (2009-2012): il focus era l'individuazione di fattori di protezione e rischio nell'adozione. Lo studio ha evidenziato come, a seguito dell'inserimento in famiglia, ciò che favorisce l'instaurarsi di una relazione 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 nei genitori e di problemi socio-emotivi nei bambini (Lionetti, Pastore e Barone, 2015).
- **studio 3** (2013-2016): l'obiettivo è la valutazione degli effetti dell'intervento di sostegno della genitorialità positiva (VIPP-SD) in due Regioni italiane (Lombardia e Lazio). Nello specifico si tratta di testare l'efficacia dell'intervento di sostegno della genitorialità positiva VIPP-SD/A nel promuovere la disponibilità emotiva della mamma e la competenza del bambino nell'interazione, in un campione di diadi adottive. Attraverso lo studio è stata controllata l'efficacia dell'intervento, testandolo per la prima volta su bambini fino ai 6 anni di età. Le competenze di disponibilità emotiva delle madri adottive cambiano se sostenute da un intervento mirato a potenziare le loro risorse socio-emotive nello scambio con i bambini. I bambini ne beneficiano in maniera indiretta diventando più capaci e abili nello

scambio socio-emotivo con le loro madri (Barone et al., 2016, XXVIII Congresso Nazionale, Sezione di Psicologia dello sviluppo e dell'educazione, Vicenza).

Lo studio è stato approvato dal comitato etico del dipartimento di Science del Sistema nervoso e del comportamento dell'Università degli Studi di Pavia. Il mio progetto di ricerca si inserisce nella terza fase ovvero nello studio tre e si articola in due sotto-studi con l'obiettivo di valutare se:

- **Primo studio: Credenze sulla sensibilità e comportamento sensibile: Quale rapporto? Uno studio preliminare sulle madri adottive.** C'è concordanza tra conoscenze e comportamento?, ovvero studiare il rapporto tra il livello rappresentazionale e comportamento. Avere conoscenze sulla sensibilità e sulla disciplina sensibile è sufficiente per tradursi in comportamenti sensibili? Le credenze sull'essere genitori sensibili guidano il comportamento nella pratica?

- **Secondo studio: Sensibilità materna e problematiche comportamentali. Uno studio pilota sulla competenza materna delle madri adottive e sulle problematiche comportamentali di bambini in adozione.** Come si presentano i bambini poco dopo il collocamento in famiglia per quanto riguarda le problematiche comportamentali? Esistono differenze per età, genere e provenienza? Madri competenti hanno figli competenti? Che relazione troviamo tra i profili di madri/ bambini competenti con i profili della CBCL? L'intervento del video feedback ha un effetto sul comportamento del bambino?

2.2 Primo Studio: Credenze sulla sensibilità e comportamento sensibile: Quale rapporto? Uno studio preliminare sulle madri adottive.

Le credenze sono definite come l'atteggiamento di chi riconosce per vera una proposizione o una nozione, possono essere vere o false, non si basano su ragionamenti logici e non richiedono dimostrazioni rigorose (Lorenzini, Sassaroli, 2000). Le credenze sono quelle forme di pensiero che sviluppiamo nel corso della nostra vita e alle quali siamo legati. Esse sono il risultato di esperienze vissute, di apprendimenti dai genitori, di eventi che ci hanno segnato in profondità. Costituiscono la struttura fondamentale del sistema cognitivo e danno ragione sia del sistema motivazionale (gli scopi) sia del sistema predittivo (le previsioni). Dall'interazione di questi due sistemi si genera il comportamento che tende a perseguire gli scopi tenendo conto delle previsioni. Per esempio se il genitore crede che il bambino debba imparare che se non lo ascolta, si arrabbierà, lo scopo sarà ottenere di essere ascoltato e la previsione sarà quella di arrabbiarsi ogni volta che non si verrà ascoltati. Le credenze sulla genitorialità si riferiscono a contenuti cognitivi su come si dovrebbe educare e crescere i figli, spesso vengono definite "parenting attitudes" ovvero atteggiamenti genitoriali. Queste credenze comprendono pensieri ed opinioni e a loro volta modellano ed influenzano il comportamento del genitore: questo è osservabile nei pattern d'interazione genitore-bambino (Coplan et al., 2002; Kiang et al., 2004; Siegel et al., 2002). Nella letteratura sulla prima infanzia ampio spazio è dedicato alla sensibilità materna, intesa come la capacità di adattare il proprio comportamento in risposta ai segnali e ai bisogni del bambino, come l'elemento fondamentale della interazione madre figlio bambino che predice un positivo sviluppo del bambino (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Bernier et al., 2010; Eisenberg et al., 2001; Mesman et al., 2012). Alcuni studi mettono in evidenza il fatto che le credenze sul genitore sensibile condivise da gruppi di madri provenienti da un diverso background etnico (Emmen, Malda, Mesman, Ekmekci & Van IJzendoorn, 2012). Questo potrebbe significare che la relazione tra credenze e comportamento dell'essere un genitore sensibile può differire a seconda dell'etnia di appartenenza. In questo studio non ci soffermeremo sulle differenze etniche e culturali, visto che non è negli obiettivi e non è previsto, nel campione di riferimento, l'appartenenza ad un background etnico differente, è interessante, però, notare che la sensibilità è un costrutto cruciale e transculturale. Tutti i genitori, seppur inconsapevolmente, hanno un sistema di credenze riguardo all'essere "buoni" genitori e riguardo all'educare i propri

figli. Lo studio di Mesman e Van IJzendoorn condotto su 751 madri di 26 culture diverse provenienti da 15 paesi, conferma che c'è un forte accordo transculturale tra l'ideale di madre "buona" e la figura di madre sensibile presentata dalla teoria dell'attaccamento (Mesman et al., 2015). Possiamo osservare che le credenze sono inevitabilmente legate ai rispettivi modelli operativi interni e alle rappresentazioni che ogni madre ha in eredità dalla propria esperienza e dal proprio vissuto nella sua storia d'attaccamento. Diversi studi dimostrano che le rappresentazioni materne si associano alla disponibilità emotiva e di riflesso alla relazione genitore- bambino anche nel contesto della pratica educativa e disciplinare (Negrao et al., 2015). Le rappresentazioni dell'attaccamento dipendono da come ciascun individuo ha interiorizzato le informazioni sulla relazione con il proprio caregiver e sulle esperienze fatte nel corso del proprio sviluppo (Bretherton & Munholland, 1999); funzionano da filtro ed influenzano le aspettative che abbiamo su noi stessi e gli altri (Bretherton & Munholland, 1999; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). Gli studi pertanto confermano che rappresentazioni di un attaccamento sicuro predicono comportamenti genitoriali maggiormente sensibili e emotivamente supportivi (Coppola, Vaughn, Cassidy & Costantini, 2006; Pederson, Gleason, Moran, & Bento, 1998).

Nel corso della prima infanzia la disciplina e la normatività sono aspetti fondamentali nelle interazioni quotidiane di genitore-bambino (Edwards & Liu, 2002; Kochanska, Murray, & Harlan, 2000). Inoltre, la non-sensibilità genitoriale e le pratiche disciplinari disadattive sono collegate e condividono meccanismi cognitivi associati all'interpretazione del comportamento del bambino (Joosen, Mesman, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2012), ma le rappresentazioni di attaccamento dei genitori sono state raramente studiate in relazione alle pratiche disciplinari educative. Inoltre nei gruppi con svantaggio socioeconomico si trovano marcate differenze individuali nel gestire la disciplina. Chi vive in situazioni di disagio, al limite dello stress, in dinamiche familiari disfunzionali è maggiormente a rischio di esiti negativi nello sviluppo dei bambini (Conger & Donnellan, 2007). I genitori che vivono in povertà sono più esposti al rischio di mettere in atto pratiche educative problematiche. Il livello socioeconomico va sempre considerato quando si studia l'etnia o la genitorialità. Un basso livello socioeconomico (SES) è associato con livelli elevati di stress: il SES può essere un mediatore nella relazione tra le credenze sulla sensibilità e la genitorialità sensibile, perché è molto più difficile tradurre credenze positive in comportamenti positivi in circostanze stressanti e disagiate (Ekmekci et al., 2016). Da un lato le credenze sulla sensibilità fanno parte delle conoscenze implicite,

dall'altro lo sviluppo dei modelli operativi interni – basati sulle proprie esperienze infantili – influenzano le qualità genitoriali, compresa la sensibilità che, come abbiamo visto, è un aspetto cruciale e predittivo della qualità della relazione d'attaccamento con il proprio bambino. La sensibilità è un costrutto ponte tra le rappresentazioni e le credenze e la qualità della relazione d'attaccamento genitore-bambino; è, infatti, la capacità di percepire, leggere, interpretare correttamente i segnali del bambino e di rispondervi tempestivamente e in modo appropriato (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). La risposta sensibile si riferisce alla capacità del caregiver di “mettersi nei panni” del bambino, pensare in modo flessibile a ciò che il bambino può pensare e sentire, e farlo percepire al bambino. Questa capacità riflessiva concerne anche i sentimenti e i pensieri del caregiver, che è in grado di comunicare al bambino. In questo modo il bambino impara a pensare ai propri sentimenti e pensieri e a quelli degli altri, ed è aiutato a riflettere, a organizzare e a gestire i propri sentimenti e comportamenti. La disponibilità emotiva ha le sue radici nella teoria dell'attaccamento e si riferisce alla capacità della diade di condividere una connessione emotiva e di stare in una sana e appagante relazione (Biringen & Easterbrooks, 2012).

Il costrutto della disponibilità emotiva comprende oltre alla sensibilità la non intrusività, la strutturazione e la non ostilità. In letteratura diverse ricerche documentano il forte legame tra disponibilità emotiva ed attaccamento: bassi livelli di sensibilità, non intrusività e non ostilità sono legati all'insicurezza e alla disorganizzazione (Easterbrooks, Biesecker, & Lyons-Ruth, 2000; Swanson, Beckwith & Horward, 2000; Ziv et al., 2000). Ci sono molte evidenze sulla trasmissione intergenerazionale (DeWolff & Van IJzendoorn, 1997; Van IJzendoorn, 1995 for meta-analysis; Tarabulsky et al., 2005). Gli studi indicano che madri con rappresentazioni di attaccamento sicuro hanno interazioni più sensibili con il proprio bambino, sono più supportive, più accessibili e disponibili emotivamente (Aviezer, Sagi, Joels & Ziv, 1999; Biringen et al., 2000; Cassibba, Van IJzendoorn & Coppola, 2012; Crowell & Feldman, 1988; Pederson et al., 1998). Meno numerose sono le analisi dei pattern insicuri in relazione alla genitorialità, ma esse indicano che le madri preoccupate si coinvolgono in uno stile confuso e controllante con una modalità arrabbiata e intrusiva, mentre le madri dismissing adottano uno stile direttivo e controllante e sono meno sensibili rispetto alle madri autonome o preoccupate (Adam, Gunnar & Tanaka, 2004; Crowell & Fedelman, 1988; Pederson et al., 1998). In contrasto con una serie di studi sulla relazione tra le rappresentazioni dell'attaccamento e la sensibilità genitoriale e il supporto emotivo, non sembrano esserci studi numerosi sulla relazione con altre dimensioni e aspetti della

genitorialità come le pratiche disciplinari. Nonostante quest'ultime siano una dimensione cruciale nella prima infanzia. Vi è infatti un comune accordo rispetto al fatto che l'infanzia sia un periodo impegnativo per i genitori perché i bambini crescono e aumenta il loro bisogno di autonomia e indipendenza ma non sono ancora pienamente in grado di controllare i propri impulsi e la propria regolazione emotiva (Edwards & Liu, 2002). Questi due aspetti dello sviluppo, regolare gli impulsi e le emozioni, sottolineano l'importanza di due comportamenti genitoriali apparentemente in contrasto: essere supportivi e responsivi in modo sensibile e dare limiti e regole per aiutare il bambino adottivo nell'autoregolazione (Edwards & Liu, 2002; Maccoby & Martin, 1983; Smith, 2010). Diventa fondamentale portare l'attenzione anche sulle credenze che i genitori hanno nello svolgere i loro "compiti" educativi e disciplinari perché queste hanno inevitabilmente un riflesso nel comportamento. La ricerca fa una distinzione tra disciplina positiva e coercitiva. La prima è caratterizzata da un atteggiamento supportivo e da strategie che promuovono l'autonomia (Nelsen, Erwin & Duffy, 2007) la seconda da atteggiamenti e comportamenti da parte del genitore che mirano ad ottenere l'obbedienza con la forza o un controllo negativo (Patterson, 1982). Tra le strategie coercitive è importante distinguere tra un rigido controllo comportamentale e un controllo psicologico. Quest'ultimo è una forma di controllo intrusivo e negativo che limita l'autonomia del bambino (Barber, 1996; Barber & Harmon, 2002) mentre il controllo comportamentale implica l'uso di aggressioni fisiche, punizioni corporali o di forza, ed ha un forte impatto fisico sul bambino. Ci sono evidenze rispetto al fatto che bassi livelli di sensibilità materna a tre mesi del bambino predicono livelli di rigidità nel secondo anno di vita, mediati da bassi livelli di sensibilità materna anche a 6 mesi (Joosen et al., 2012). Una ragione che ha spinto la ricerca a studiare le rappresentazioni dell'attaccamento in relazione alla disciplina, e che potrebbe spingere ad approfondire anche le credenze sulla sensibilità e la disciplina e la loro relazione con il dare regole nella pratica sta nel fatto che, a differenza di attività della routine o momenti di gioco (situazioni non sempre stressanti), i contesti in cui esercitare la disciplina possono esplicitare i conflitti tra genitore e bambino. Le rappresentazioni materne di esperienze infantili cariche emotivamente possono influenzare l'interpretazione e le azioni dirette al bambino, non solo in situazioni in cui si attiva l'attaccamento ma anche in situazioni di stress come gli incontri disciplinari (Hill, Fonagy, Safier & Sargent, 2003). Questo diventa particolarmente rilevante nella prima infanzia quando la spinta verso l'autonomia da parte del bambino si incontra con la pressione da parte dei genitori verso l'obbedienza e il

comportamento desiderabile o atteso (Edwards & Liu, 2002). In aggiunta, il dover compiacere a richieste indesiderate da parte del bambino o la frustrazione del genitore nel vedere il proprio bambino manifestare comportamenti oppositivi, diventano situazioni potenzialmente stressanti. Dato che l'aumento di livelli di stress può evidenziare le differenze di funzionamento tra individui con rappresentazioni sicure da quelle di individui con rappresentazioni insicure (Adam et al., 2004), i comportamenti disciplinari dei genitori possono essere a loro volta influenzati dalle rappresentazioni sull'attaccamento. È abbastanza intuitivo comprendere che avere una credenza è avere una rappresentazione mentale codificata nel nostro cervello, per cui se un genitore crede che se un bambino disobbedisce dargli una punizione è l'unica cosa che funziona, oppure se crede che quando il bambino piange questo è segno di lamento o capriccio ed ignorarlo è il modo per non viziarlo e farlo smettere tenderà a comportarsi di conseguenza. Dobbiamo però non trascurare che ci sono altre variabili che possono influenzare la relazione tra credenze e comportamento anche perché la genitorialità si esprime in un ambiente e nel contesto in cui vive (Belsky, 1984; Bronfenbrenner & Cornell, 1986). Ci sono anche diversi fattori di rischio e di vulnerabilità che possono esporre allo stress cronico (Rutter, 1979; Sameroff, 2000). Nel modello family-stress (Conger & Donnellan, 2007) descrive chiaramente come le pressioni economiche associate a bassi redditi familiari portano stress parentale che a sua volta minaccia la qualità della genitorialità e lo sviluppo del bambino: lo svantaggio economico porta tensioni nella genitorialità (Evans, 2004; Sameroff, 2000). Per questo motivo nello studio abbiamo preso in considerazione anche il livello socioeconomico familiare per poter valutare possibili fattori di rischio. Non ci aspettiamo di trovare livelli socioeconomici bassi poiché sappiamo che uno degli aspetti valutati dalle commissioni nella fase di richiesta di adozione di un minore è proprio lo status economico della famiglia che possa garantire di provvedere alla crescita del minore stesso.

2.3 Obiettivi e Ipotesi

Alla luce dei pochi studi presenti in letteratura sulle credenze, sulla sensibilità, sulla disciplina e sul loro ruolo nell'influenzare il comportamento, l'intento è di valutare se davvero avere certe credenze "garantisce" un certo tipo di comportamento. La novità rispetto agli studi precedenti sta nell'esplorare la relazione tra conoscenze sulla sensibilità (misurate con un questionario self report, paragrafo metodo) e la sensibilità osservata

(scale dell'EAS) nelle madri adottive. Lo scopo è mettere a fuoco quali aspetti non vanno trascurati quando si progetta un intervento che può avere finalità preventive (come per esempio incrementare la sensibilità per favorire una relazione sicura e sostenere la genitorialità positiva per ridurre l'impatto dei fattori di rischio in bambini adottati). L'obiettivo di questo studio è:

- 1A) verificare, in fase preliminare, la struttura e l'affidabilità dello strumento utilizzato per valutare le credenze sulla sensibilità, le conoscenze e le attitudini genitoriali, KAQ (Knowledge and Attitude Questionnaire)²
- 1B) osservare se c'è concordanza tra le conoscenze sulla sensibilità della madre e il comportamento sensibile osservato. Avere conoscenze sulla sensibilità è sufficiente per poi tradursi in un comportamento sensibile?
- 1C) osservare se possono esserci dei fattori ulteriori in grado di avere un effetto. Per esempio l'età del genitore o il livello socioeconomico?

Ipotesi. In questo studio mi aspetto di trovare una concordanza tra credenze e comportamento: se il soggetto ha conoscenze sulla sensibilità si comporterà di conseguenza.

2.4 Metodo

2.4.1 Partecipanti

Lo studio è stato condotto da un team dell'Università degli studi di Pavia e da un team dell'Università Pontificia Salesiana di Roma, sotto il coordinamento della prof.ssa Lavinia Barone. Il campione è costituito da 66 famiglie adottive della regione Lombardia e della regione Lazio. Esse sono state reclutate tramite i Servizi territoriali ed una collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali (Pavia, Lodi, Milano, Monza-Brianza), il Tribunale Minorenni di Milano (ufficio adozioni), le Associazioni e il Policlinico Gemelli di Roma. I criteri di inclusione riguardano principalmente le adozioni nazionali ed internazionali con

² *Knowledge and Attitude Questionnaire* © Bakermans-Kranenburg et al., University of Leiden, 2013(bakermans@fsw.leidenuniv.nl). Traduzione italiana autorizzata a cura di Lavinia Barone, Francesca Lionetti e Antonio Dellagiulia, Università degli Studi di Pavia, 2013(lavinia.barone@unipv.it).

bambini di età compresa tra i 12 mesi e i 6 anni, inseriti in famiglia da non meno di 4 mesi e non più di 1 anno. Sono stati esclusi casi di ritardo mentale del bambino.

La tabella 3 delinea l'anagrafica del campione:

Tabella 3 - Caratteristiche socio-demografiche del campione (n=66)

| | | Gruppo | | | | Totale (N=66) | |
|---------------------------------|---------------------|------------------|-------|-------------------|-------|---------------|-------|
| | | controllo (n=27) | | intervento (n=39) | | n | % |
| | | n | % | n | % | | |
| SES BAMBINO | Medio-basso (20-29) | 1 | 3.7 | - | - | 1 | 1.5 |
| | Medio (30-39) | 3 | 11.1 | 5 | 12.8 | 8 | 12.1 |
| | Medio-alto (40-54) | 23 | 85.2 | 34 | 87.2 | 57 | 86.4 |
| Genere del bambino | Maschio | 13 | 48.1 | 25 | 64.1 | 38 | 57.6 |
| | Femmina | 14 | 51.9 | 14 | 35.9 | 28 | 42.4 |
| Paese di origine | Altri Paesi | 24 | 88.9 | 26 | 66.7 | 50 | 75.8 |
| | Est Europa | 3 | 11.1 | 13 | 33.3 | 16 | 24.2 |
| Presenza di fratelli adottati | No | 21 | 84.0 | 27 | 73.0 | 48 | 77.4 |
| | 1 | 4 | 16.0 | 9 | 24.3 | 13 | 21.0 |
| | 2 | 0 | 0.0 | 1 | 2.7 | 1 | 1.6 |
| | no | 22 | 88.0 | 35 | 89.7 | 57 | 89.1 |
| Fratelli biologici | 1 | 2 | 8.0 | 4 | 10.3 | 6 | 9.4 |
| | 2 | 1 | 4.0 | - | - | 1 | 1.6 |
| | | M | DS | M | DS | M | DS |
| Età bambino all'adozione (mesi) | | 30.97 | 18.11 | 34.99 | 16.60 | 33.35 | 17.21 |
| Mesi trascorsi in famiglia | | 11.51 | 5.72 | 9.12 | 3.83 | 10.10 | 4.80 |
| Età madre | | 42,25 | 4,03 | 43,49 | 3,75 | 42.98 | 3.88 |
| Anni Matrimonio /convivenza | | 10.93 | 3.45 | 11.97 | 4.01 | 11.55 | 3.80 |

2.4.2 Procedura. Le famiglie sono state assegnate in modo randomizzato al gruppo intervento (n = 39) e al gruppo di controllo (n = 27). In una prima fase è stato fissato un incontro di presentazione del progetto di ricerca dove abbiamo raccolto il consenso informato. Successivamente sia tutte le famiglie hanno partecipato ad un incontro (pre-test) in cui sono state fatte delle osservazioni di interazione di gioco madre-bambino videoregistrate e consegnati una batteria di test ad entrambi i genitori da compilare separatamente. Dopo il pre-test le famiglie assegnate al gruppo intervento hanno partecipato al programma del VIPP-SD che è consistito in 6 visite domiciliari, mentre le famiglie assegnate al gruppo di controllo hanno ricevuto parallelamente 6 telefonate riguardanti alcuni temi tipici dello sviluppo del bambino. Circa sei mesi dopo il pre-test sono state incontrate di nuovo tutte le famiglie, anche quelle del gruppo di controllo, per completare il post-test, durante l'incontro sono state ripresentate le medesime procedure (videoregistrazione) e assessment (questionari). Lo stesso è stato previsto a sei mesi dal post-test per concludere con il follow-up. In totale le famiglie sono state seguite per un

anno. Le codifiche delle scale EAS sono state fatte dopo la formazione e il training con Biringen.

2.4.3 Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state effettuate mediante il pacchetto statistico IBM-SPSS *Statistics for Windows* versione 20. Sono state eseguite le seguenti analisi: l'analisi di correlazioni utilizzando il coefficiente di Pearson per misurare la concordanza delle variabili. Inoltre è stata condotta l'analisi dell'affidabilità, mediante il coefficiente di Cronbach, e l'analisi fattoriale confermativa (AFC) per il questionario *Knowledge and Attitude Questionnaire* (KAQ).

Per l'AFC è stato utilizzato il pacchetto lavaan di R, prendendo in considerazione i seguenti indici di fit: Non-Normed Fit Index (NNFI, Bentler & Bonett, 1980); Comparative Fit Index (CFI, Bentler, 1990) e Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA, Steiger & Lind, 1980). Valori di NNFI e CFI superiori a .90 e di RMSEA inferiori a .08 e .05 sono stati valutati indici di fit accettabili e ottimali (Marsh et al., 2004). Inoltre un rapporto tra indice del χ^2/gl e gradi di libertà del modello (χ^2/gl) inferiore a 3 è stato generalmente considerato un modello accettabile (Bollen, 1989). Per testare l'effetto di moderazione della SES e dell'età della madre, considerando l'effetto di interazione della variabile indipendente (conoscenze disciplina/sensibilità) sulla variabile dipendente (comportamento sensibile osservato/strutturazione/non intrusività), è stato utilizzato il modello 2 della macro PROCESS (Hayes, 2012). Quando si analizzano gli effetti di moderazione, le variabili potrebbero essere centrate per contrastare i problemi di multicollinearità.

2.4.4 Misure

SES Socioeconomic Status Index. Per calcolare il livello socioeconomico delle famiglie è stato usato un indice sintetico. L'indice di Hollingshead (1975) è quello maggiormente utilizzato nella ricerca psicologica (come risulta dagli articoli comparsi su *Child Development* e su *Developmental Psychology* negli anni '70) come pure nella ricerca clinica. Questo indice, rielaborazione di un precedente *Index of Social Position* (Hollingshead, 1957), si basa sostanzialmente su due variabili: il livello educativo/culturale e il lavoro svolto. Il SES del bambino è stato calcolato sulla media del SES dei genitori.

Conoscenze e attitudini genitoriali sulla sensibilità e disciplina. Per valutare le conoscenze e le attitudini genitoriali riguardo alla sensibilità e alla disciplina è stato usato il questionario *Knowledge and Attitude Questionnaire* (KAQ, Bakermans-Kranenburg et al., 2003) tradotto ma non ancora validato (traduzione italiana autorizzata a cura di Lavinia Barone et al., 2013). Il questionario è costituito da 18 item che il genitore deve compilare, indicando su una scala Likert 1-5, il suo grado di accordo, dove 1 significa per nulla d'accordo e 5 assolutamente d'accordo. Altre due sotto scale, ciascuna di 9 item, misurano rispettivamente le attitudini e le conoscenze sulla sensibilità (es. proibire al proprio bambino di fare qualcosa va fatto mantenendo la calma) e sulla disciplina (es. quando un bambino continua a disobbedire dargli una punizione è l'unica soluzione). Il punteggio totale viene calcolato sommando gli item.

Sensibilità materna. La sensibilità materna è stata misurata in situazioni di gioco, madre – bambino, non strutturato (videoregistrati) della durata 15 minuti con dei giochi portati dal ricercatore. Durante questi momenti mamma e bambino erano liberi di giocare con ciò che desideravano e l'unica istruzione era di agire come erano abituati fare. Le interazioni madre – bambino sono state codificate con le scale dell'EAS (Emotionally Availability Scales, 4th edition, Biringen, 2008). Le scale sono 4 per il genitore (Sensibilità, Strutturazione, Non intrusività, Non ostilità) e due per il bambino (Responsività e Coinvolgimento), si veda il paragrafo “*Lo strumento: Emotional Availability Scales, EAS*” a pag. 21. Ciascuna scala ha un punteggio 1-7 ed costituita da sette sottoscale, le prime due sottoscale hanno un punteggio 1-7, le altre 5 un punteggio 1-3. Alti punteggi (es.6,7) indicano alti livelli di sensibilità bassi punteggi bassa sensibilità. Il punteggio totale delle scale si calcola sommando i punteggi di ciascuna scala. La scala della sensibilità si riferisce all'appropriatezza della risposta ai segnali del bambino in combinazione con un'affettività positiva. Questa scala è costituita dalle seguenti sotto scale: *affetto, chiarezza di percezione dei bisogni e appropriatezza delle risposte, consapevolezza del tempo, flessibilità, creatività nelle interazioni, accettazione, quantità di interazione, risoluzione dei conflitti*. La strutturazione si riferisce alla capacità dell'adulto di strutturare le attività seguendo le indicazioni del bambino e ponendo dei limiti (regole) appropriati. Le sotto scale della strutturazione sono: *offerta suggerimenti, successo dei tentativi, quantità di structuring, porre limiti, rimanere fermi di fronte alle pressioni del bambino, structuring verbale e non verbale, ruoli adulto/bambino*. La non intrusività si riferisce alla capacità

dell'adulto di non interferire con l'attività che il bambino sta svolgendo. Le sottoscale sono: seguire le indicazioni del bambino, interruzioni brusche nelle interazioni, comandi, quantità di comunicazione verbale, suggerimenti "didattici", interferenze fisiche/verbali, il bambino segnala che l'adulto è intrusivo. Questa ultima sottoscala (il bambino segnala che l'adulto è intrusivo, *the adult is made to feel or seem intrusive*) non è stata considerata perché si riferisce al comportamento del bambino più che al comportamento del genitore.

2.5 Risultati

Rispetto al primo punto è stata condotta l'analisi fattoriale confermativa per il questionario delle conoscenze e delle attitudini genitoriali (KAQ) segnala che il modello a due fattori rispetta il costrutto disciplina e il costrutto sensibilità, rispetto al modello ad un unico fattore (tabella 4).

Tabella 4 – Analisi fattoriale confermativa per KAQ (n=66)

| | χ^2 | gl | χ^2/gl | CFI | NNFI | RMSEA |
|-------------|----------|-----|-------------|-------|-------|-------|
| Due fattori | 127.954 | 134 | 0.95 | 1.000 | 1.045 | 0.001 |
| Un fattore | 149.985 | 135 | 1.11 | 0.903 | 0.827 | 0.041 |

In seguito si è proceduto ad analizzare l'affidabilità dello strumento, mediante il coefficiente dell'alfa di Cronbach, che ha confermato l'attendibilità delle scale (scala della disciplina = .60; scala della sensibilità = .62).

Tabella 5 – Analisi affidabilità Scale KAQ Sensibilità (n=66)

| Sensibilità | | | | | | |
|-------------------|-------|----------|---|--|---------------------------------------|--|
| | M | DS | Media scala se viene eliminato l'elemento | Varianza scala se viene eliminato l'elemento | Correlazione elemento-totale corretta | Alfa di Cronbach se viene eliminato l'elemento |
| KA 1 | 4.13 | 0.83 | 33.54 | 15.19 | 0.32 | 0.59 |
| KA 10* | 4.04 | 1.08 | 33.63 | 14.75 | 0.25 | 0.61 |
| KA 11* | 4.06 | 1.04 | 33.61 | 14.79 | 0.26 | 0.61 |
| KA 12 | 3.45 | 1.21 | 34.22 | 14.81 | 0.18 | 0.64 |
| KA 13 | 4.64 | 0.57 | 33.03 | 15.36 | 0.51 | 0.57 |
| KA 14 | 3.94 | 0.98 | 33.73 | 14.62 | 0.31 | 0.59 |
| KA 15 | 4.85 | 0.36 | 32.82 | 16.88 | 0.32 | 0.61 |
| KA 17 | 4.19 | 1.16 | 33.48 | 13.44 | 0.37 | 0.57 |
| KA 18 | 4.36 | 0.93 | 33.31 | 13.85 | 0.46 | 0.55 |
| Statistiche scala | | | | | | |
| | M | Varianza | DS. | N. di elementi | Alfa di Cronbach | |
| | 35.11 | 17.95 | 5.25 | 9 | .62 | |

Note: *item rigirato

Tabella 6 – Analisi affidabilità Scala KAQ Disciplina (n=66)

| | Disciplina | | | | | |
|-------------------|------------|----------|---|--|---------------------------------------|--|
| | M | DS | Media scala se viene eliminato l'elemento | Varianza scala se viene eliminato l'elemento | Correlazione elemento-totale corretta | Alfa di Cronbach se viene eliminato l'elemento |
| KA 2* | 4.27 | 0.83 | 28.11 | 20.31 | 0.44 | 0.54 |
| KA 3* | 3.36 | 0.99 | 29.02 | 22.78 | 0.06 | 0.62 |
| KA 4 | 4.05 | 1.28 | 28.33 | 21.92 | 0.06 | 0.63 |
| KA 5* | 2.88 | 1.21 | 29.50 | 19.67 | 0.30 | 0.57 |
| KA 6* | 3.85 | 1.06 | 28.53 | 19.27 | 0.42 | 0.53 |
| KA 7* | 3.50 | 1.28 | 28.88 | 17.89 | 0.44 | 0.52 |
| KA 8* | 4.41 | 0.88 | 27.97 | 20.40 | 0.40 | 0.55 |
| KA 9* | 3.32 | 1.20 | 29.06 | 19.63 | 0.30 | 0.56 |
| KA 16* | 2.74 | 1.28 | 29.64 | 19.62 | 0.27 | 0.58 |
| Statistiche scala | | | | | | |
| | M | Varianza | DS | N. di elementi | | Alfa di Cronbach |
| | 32.86 | 24.30 | 5.37 | 9 | | .60 |

Note: *item rigirato

Per quanto riguarda il secondo punto, ovvero valutare se tra conoscenze, credenze e comportamento ci fosse un'eventuale relazione, è stato calcolato con metodo parametrico l'indice di correlazione di Pearson. Sono state considerate le scale *sensibilità*, *strutturazione* e *non intrusività* dell'EAS, la sensibilità osservata ci da indicazioni circa il comportamento sensibile nell'interazione madre-bambino; in particolare la *strutturazione* e la *non intrusività* danno indicazioni sulla sensibilità e considerano la capacità del genitore di strutturare dando limiti e regole e di non interferire nelle attività del bambino; ciascuna sottoscala è stata osservata in relazione alle due scale del KAQ, sensibilità e disciplina. Non è stata trovata nessuna correlazione significativa. Si seguito si riportano le statistiche descrittive delle singole scale (tabella 7) la correlazione tra tutte le scale e sotto scale (tabella 8).

Tabella 7 - Statistiche descrittive credenze sensibilità e disciplina e sensibilità, strutturazione e non intrusività materna al pre-test T1 (n=66)

| | M | DS |
|----------------------------|-------|------|
| KAQ disciplina | 32.86 | 5.37 |
| KAQ sensibilità | 35.11 | 5.25 |
| EAS sensibilità totale | 23.23 | 3.70 |
| EAS sens. direct score | 5.13 | 1.01 |
| EAS strutturazione totale | 23.58 | 3.54 |
| EAS strutt. direct score | 5.20 | 1.07 |
| EAS non intrusività totale | 22.80 | 4.14 |
| EAS non intr. direct score | 5.30 | 1.01 |

Tabella 8 – Correlazioni tra le singole scale EAS e dimensioni KAQ al T1

| Variabili EAS | KAQ disciplina | KAQ sensibilità |
|--|-----------------------|------------------------|
| SEN. Affect | .14 | -.07 |
| SEN. Clarity of perception | .04 | -.10 |
| SEN. Awareness of timing | -.03 | -.03 |
| SEN. Flexibility | .14 | -.06 |
| SEN. Acceptance | .05 | -.11 |
| SEN. Amount of interaction | .00 | -.08 |
| SEN. Conflict situations | -.05 | .05 |
| SEN. TOTAL score | .07 | -.06 |
| SEN. DIRECT score | .06 | -.06 |
| STR. Guidance and suggestions | .03 | -.03 |
| STR. Success of attempts | .04 | -.04 |
| STR. Amount of structure | -.06 | -.01 |
| STR. Limit setting | -.14 | -.10 |
| STR. Remaining firm | .09 | -.05 |
| STR. Verbal vs non verbal structuring | .18 | -.09 |
| STR. Peer vs adult role | -.07 | .05 |
| STR. TOTAL score | .03 | -.03 |
| STR. DIRECT score | .01 | -.04 |
| NINT. Follows child's lead | .10 | -.03 |
| NINT. Non-interruptive ports of entry | .00 | -.01 |
| NINT. Commands | .19 | -.07 |
| NINT. Adult talking | -.04 | -.12 |
| NINT. Didactic teaching | -.13 | -.10 |
| NINT. Physical vs verbal interferences | .00 | -.03 |
| NINT. Adult feel or seem intrusive | .07 | .01 |
| NINT. total | .05 | -.05 |
| NIN. DIRECT | .05 | -.03 |

Note: *p < .05; **p < .001.

Come si evince dalla tabella 5 non c'è alcuna correlazione significativa tra le scale, cioè non c'è associazione tra credenze e comportamento, ovvero che avere conoscenze sulla sensibilità o sulla disciplina non significa necessariamente che esse si traducano nel comportamento sensibile messo in pratica. I risultati confermano i dati della letteratura: in uno studio recente su madri appartenenti a diverse etnie (un gruppo di madri olandesi a confronto con un gruppo di madri appartenenti alla minoranza etnica turca), residente in Olanda, non è stata riscontrata nessuna correlazione significativa tra credenze e comportamenti osservati come sensibili (Ekmecki et al., 2016.). Inoltre non è stata trovata nessuna significatività rispetto credenze/comportamento tra i due gruppi e questo ha annullato l'ipotesi di un effetto moderazione dell'etnia.

Rispetto ad effetti di altri fattori nel nostro studio abbiamo preso in considerazione lo stato socioeconomico e l'età della madre.

Per verificare la terza sub-ipotesi del primo studio è stato usato il modello 2 della macro PROCESS di Hayes (2012). La moderazione delle variabili SES e età della madre è stata valutata sull'interazione dell'EAS (sensibilità/strutturazione/intrusività, variabile indipendente) su KA (disciplina/sensibilità, variabile dipendente). Si nota un'interazione

nel modello in cui KA Disciplina ha effetto sul Comportamento sensibile moderato da SES e Età della madre $F(5, 60) = 5.15; p = .001; R^2 = .184$.

Solo l'interazione KA disciplina*SES è statisticamente significativa $b = -.558, t(60) = -2.957, p = .004$; cioè SES funziona da moderatore della Conoscenza della Disciplina sul comportamento sensibile. Le due interazioni (SES e età della madre) prese assieme comunque spiegano il 9.6% della varianza sul comportamento sensibile (EAS) $F(2, 60) = 5.047, p = .009$. L'interazione per SES spiega da sola l'8.4% della varianza $F(1, 60) = 8.746, p = .004$.

Nello specifico si nota come le madri che hanno un'età nella media o al di sopra della media e il SES al di sotto della media abbiano un aumento significativo del comportamento sensibile avendo più conoscenza della disciplina, rispettivamente, $b = .249, 95\% \text{ CI } [.059, .439]$ e $b = .280, 95\% \text{ CI } [.047, .512]$. In sintesi entrambi i fattori (SES ed età) in interazione hanno un effetto sulla sensibilità con la disciplina come predittore.

Grafico 1 – Rappresentazione della moderazione dell'effetto della disciplina sul comportamento sensibile per SES e Età madre

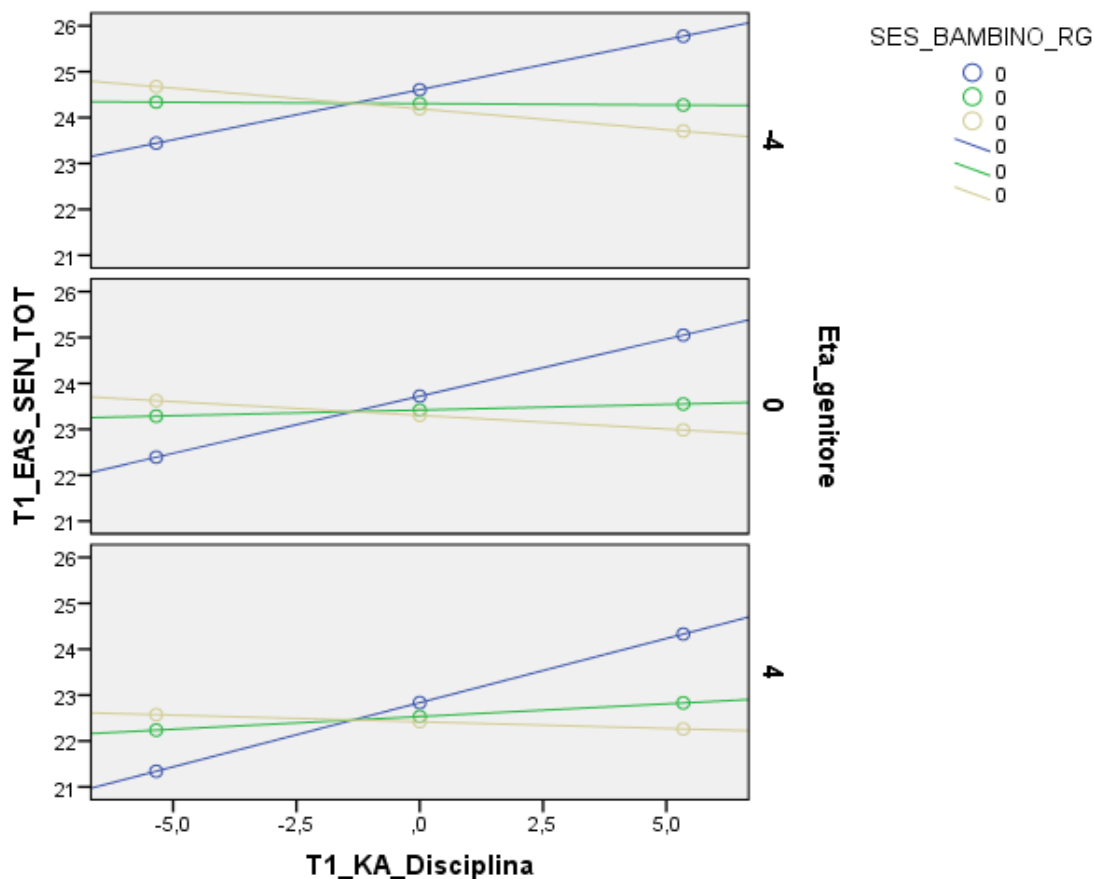


Tabella 9 – Moderazione dell'effetto della disciplina sul comportamento sensibile per SES e Età madre

Outcome: EAS Sensibilità

Model Summary

| R | R-sq | MSE | F | df1 | df2 | p |
|------|------|--------|-------|-------|--------|------|
| .429 | .184 | 12.130 | 5.148 | 5.000 | 60.000 | .001 |

Model

| | Coeff. | SE | t | p | LLCI | ULCI |
|---------------------------|--------|------|--------|------|--------|--------|
| constant | 23.419 | .440 | 53.224 | .000 | 22.539 | 24.299 |
| SES bambino | -.755 | .927 | -.815 | .418 | -2.608 | 1.098 |
| KA Disciplina | .025 | .085 | .292 | .772 | -.145 | .194 |
| KA Disciplina*SES bambino | -.558 | .189 | -2.957 | .004 | -.936 | -.181 |
| Età madre | -.228 | .122 | -1.869 | .067 | -.472 | .016 |
| KA Disciplina*Età madre | .008 | .024 | .329 | .743 | -.040 | .056 |

R-square increase due to interaction(s):

| | R2-chng | F | df1 | df2 | p |
|---|---------|-------|-------|--------|------|
| KA Disciplina*SES bambino | .084 | 8.746 | 1.000 | 60.000 | .004 |
| KA Disciplina*Età madre | .002 | .108 | 1.000 | 60.000 | .743 |
| KA Disciplina*SES bambino & KA Disciplina*Età madre | .096 | 5.047 | 2.000 | 60.000 | .009 |

NOTE: le medie delle seguenti variabili erano centrate prima di essere analizzate: SES bambino; KA Disciplina; Età madre

2.6 Discussione, limiti e direzioni future

Le conoscenze dei partecipanti alla ricerca riguardo la sensibilità e la disciplina non sono correlate al comportamento sensibile, osservato tramite le videoregistrazioni e le scale della disponibilità emotiva. Precedenti studi hanno messo in evidenza una relazione piuttosto modesta tra attitudini e comportamento genitoriale (Daggett, O'Brien, Zanolli, & Peyton, 2000; Kiang et al., 2004; Kochanska, Kuczynski, & Radke-Yarrow, 1989), e in particolare uno studio sulla sensibilità ha evidenziato una assenza di relazione tra attitudini e comportamento (Van Zeijl et al., 2006). Anche in questo studio non è stata trovata una correlazione. Lo stesso dato è riportato da uno studio recente tra credenze e comportamento su un campione costituito da madri olandesi e da madri appartenenti alla minoranza turca residente nei Paesi Bassi (Ekmecki et al., 2016). Possiamo concludere che le credenze di una madre riguardo al crescere in modo sensibile il proprio bambino non si traducano necessariamente in un comportamento altrettanto sensibile. Probabilmente la mancata correlazione si spiega col fatto che la sensibilità è un aspetto della genitorialità non consapevolmente messo in atto. Le basi neurali della sensibilità genitoriale sono il riflesso di un'interazione complessa tra attivazione della memoria, autoregolazione, riconoscimento delle emozioni altrui ed empatia (Musser, Kaiser-Laurent & Ablow, 2012) per cui che nel caregiver sono in gioco risposte automatiche radicate nella propria esperienza di bambino (Van IJzendoorn, 1995). È, perciò, intuibile, che diversi aspetti della sensibilità sono collegati maggiormente a comportamenti spontanei più che a comportamenti pianificati ed organizzati, come per esempio rispondere al sorriso con un sorriso, o imitare le vocalizzazioni del bambino (Braungart-Rieker, Garwood, Powers & Wang, 2001). Inoltre la sensibilità è difficile da auto-monitorare, perché l'automonitoraggio richiederebbe il riconoscimento di risposte appropriate e Voorthuis e colleghi (2013) non hanno trovato una relazione tra la qualità di cura auto-riferita e sensibilità osservata. Mentre un genitore sensibile dovrebbe essere consapevole quando fornisce risposte non ottimali ai bisogni del bambino, un genitore non sensibile è inconsapevole della non appropriatezza della risposta, potenzialmente causata dalla mancata sintonia tra le proprie credenze e il proprio comportamento. Pertanto, quando si tratta di genitori sensibili, è possibile che solo un genitore sensibile abbia la capacità di tradurre accuratamente credenze sulla sensibilità in comportamenti sensibili. L'assenza di una correlazione tra credenze e comportamento potrebbe essere legata all'influenza delle

rappresentazioni dell'attaccamento dei genitori stessi. Queste rappresentazioni riguardano le loro relazioni con le rispettive figure genitoriali. Gli individui con rappresentazioni di un attaccamento evitante mostrano una mancanza di ricordi nella memoria episodica della loro infanzia, un atteggiamento derogante, una certa difficoltà nel rievocare esperienze ed emozioni legate all'attaccamento, con resoconti non realistici o idealizzati non coerenti con l'esperienza (Pianta, England & Adam, 1996). I genitori dismissing tendono ad avere una visione ingigantita delle loro abilità genitoriali (Pianta et al., 1996) e questo può causare una discrepanza tra le credenze e il comportamento. Una valutazione delle rappresentazioni, delle credenze e del comportamento nella genitorialità porterebbe ad un quadro più completo e chiaro. Probabilmente si deve supporre che il setting per l'osservazione abbia influito: le registrazioni, infatti, riguardavano 15 minuti di interazione di gioco madre e bambino e non sempre questo ha offerto la possibilità di osservare le risposte delle madri a situazioni di stress o di disagio dei bambini, mentre proprio quelle risposte sono un aspetto importante della sensibilità materna. Per quanto riguarda l'effetto di moderatori abbiamo trovato che l'età della madre e il SES del bambino moderano sulla sensibilità, ma solo in interazione, non singolarmente. Ovvero solo nel caso di SES basso ed età media (o sopra la media) in interazione si può osservare un effetto di moderazione sulla sensibilità. Quindi la relazione tra atteggiamento e comportamento (sensibile) può variare in base alla disponibilità o accessibilità dell'atteggiamento, cioè in base alle condizioni dettate dai due moderatori in interazione (età e SES). In diversi studi si è visto che un SES basso influisce sulla sensibilità, perché un reddito basso può essere un fattore di stress, ma il campione di cui si occupa questa ricerca non comprende casi simili, proprio perché le famiglie adottive vengono selezionate dai servizi anche sulla base del reddito affinché possano provvedere al mantenimento e alla crescita del minore.

Questo studio è interessante perché per la prima volta il focus è sulla sensibilità e sulla relazione tra credenze e comportamento nelle madri adottive e fa riflettere sull'importanza di non trascurare, nell'ottica di un intervento, le credenze e le conoscenze genitoriali poiché esse possono avere un ruolo fondamentale nel comportamento. Generalmente, ciò che pensiamo e proviamo influenza il nostro modo di agire. In realtà, però, questo legame tra atteggiamenti e comportamento non è semplice e lineare. Anziché chiederci se gli atteggiamenti sono buoni predittori del comportamento, dobbiamo analizzare in quali casi esiste un'alta correlazione tra i due e che cosa modifica il valore di tale correlazione.

Tra i limiti di questo studio c'è sicuramente lo strumento usato per misurare le attitudini e le conoscenze genitoriali, lo strumento non è validato e sarebbe stato utile affiancare un altro strumento che potesse dare una misura delle credenze sulla sensibilità e sulla disciplina sensibile. Inoltre sarebbe stato interessante valutare la disciplina sensibile nell'osservazione di interazioni madre e bambino sulla gestione di regole come nei video previsti dall'intervento del VIPP-SD ("mettere via" o il "non si tocca").

Per concludere, non è stata trovata una relazione tra credenze e comportamento, mentre altri studi hanno evidenziato una significativa relazione tra credenze e comportamento in altri aspetti della genitorialità. Questa divergenza potrebbe essere legata al fatto che la sensibilità è un costrutto poco concreto e difficilmente accessibile consapevolmente, tanto da potersi tradurre in comportamento misurabile. Alla luce dell'importanza di questo costrutto gli interventi come il VIPP-SD sono interventi d'elezione per promuovere ed aumentare la sensibilità materna. Nell'aiutare i genitori bisogna condurre un'attenta osservazione per scoprire i livelli di sensibilità reali dei genitori stessi, in modo che il divario tra credenze e comportamenti possa essere colmato da un intervento. Una direzione futura dello studio potrebbe prevedere un'analisi più dettagliata delle credenze su sensibilità e disciplina sensibile e predisporre un programma in cui si possa integrare un lavoro sia sulle credenze che sul comportamento.

Aggiungo una piccola digressione clinica. Nell'attività clinica spesso si devono affrontare le credenze disfunzionali dei pazienti che guidano in maniera altrettanto disfunzionale il comportamento, oppure al cosiddetto "*paradosso nevrotico*" che si presenta quando alcuni pazienti, pur sapendo razionalmente quale sia la strada da percorrere per un maggior benessere psicologico e pur avendo esplorato in terapia le diverse alternative fino a comprendere pienamente le ragioni che consigliano una determinata condotta, ripetono gli stessi circoli viziosi (Mancini e Gangemi, 2004). Per spiegare il comportamento di un soggetto si deve focalizzare l'attenzione sul suo sistema di assunzioni, credenze e scopi; inoltre i comportamenti, le emozioni, e le modalità di pensiero patologici sono differenti da quelli normali solo per quantità e non per qualità. Per ambedue valgono sempre gli stessi principi di spiegazione. Dato che il mantenimento o meno di uno scopo, la sua attivazione o disattivazione, sono dipendenti dalle credenze, si deduce che per spiegare la resistenza al cambiamento è necessario considerare le credenze che sostengono la persistenza di questi atteggiamenti paradossali. Questo è un punto di partenza per comprendere come anche nella normalità le credenze possano influenzare o meno il comportamento.

2.7 Secondo studio: Sensibilità materna e problematiche comportamentali. Uno studio pilota sulla competenza materna delle madri adottive e sulle problematiche comportamentali di bambini in adozione.

Fattori di rischio nel pre-adozione. I problemi comportamentali dopo l'adozione sono stati collegati ad una storia preadottiva negativa, sia alla storia prenatale sia alle esperienze che il bambino ha fatto dalla nascita al suo arrivo in famiglia (Groza & Ryan, 2002); essi sono inoltre connessi ai problemi psicopatologici e ai disturbi mentali dei genitori biologici. Il meccanismo responsabile di questo legame può essere rintracciato nella trasmissione genetica, nelle condizioni avverse durante lo sviluppo prenatale dovute alla psicopatologia materna, nell'esposizione a relazioni, cure, comportamenti mal adattivi dei genitori e a fattori di stress legati alla salute mentale dei genitori (Connell & Goodman, 2002). Per i bambini provenienti dall'Europa-centro-orientale si aggiungono ai già citati fattori di rischio: l'istituzionalizzazione e le precoci esperienze di neglect e abuso (Landgren et al., 2006; Miller et al., 2009). Le esperienze precoci nella vita prenatale potenzialmente hanno un effetto durevole sulla salute mentale (Sullivan et al., 2006). Complicazioni perinatali, come basso peso alla nascita, nascita pre-termine e assenza di cure genitoriali, sono frequenti nei bambini adottati dai paesi (CEE Miller et al., 2009). La maggior parte dei bambini provenienti dall'Europa-centro-orientale ha alle spalle una storia di istituzionalizzazione: l'85% ha trascorso almeno 4 mesi in istituto (Gunnar et al., 2007). In medi ci rimangono 26 mesi (Landgren et al., 2006). L'istituzionalizzazione precoce è associata con i problemi comportamentali dopo l'adozione (Gunnar et al., 2007; Johnson, Browne & Hamilton-Giachritsis, 2006, Rutter et al., 2007). Tra gli altri fattori di rischio per lo sviluppo di problematiche comportamentali troviamo le esperienze traumatiche, l'abuso, il neglect (Groza & Ryan, 2002). A seguito di abuso o neglect, precedenti all'adozione, il livello di problemi psichiatrici in età adulta cresce significativamente, specie in caso di grave maltrattamento (Van der Vegt, Van der Ende, Ferdinand, Verhulst & Tiemeier, 2009). Anche un'età avanzata di adozione è correlata a problemi comportamentali (Hawk & McCall, 2011; Kreppner et al., 2007). In ogni caso, non tutti gli studi hanno trovato questa associazione (Groza, Ryan & Cash, 2003; Juffer & Van IJzendoorn, 2005; Miller et al., 2009). Lo studio dei potenziali fattori di rischio e un approfondimento sul funzionamento di questi bambini dopo l'adozione, è fondamentale per aumentare la

comprensione degli effetti che circostanze precoci avverse hanno sullo sviluppo ed è necessario per migliorare gli interventi di assistenza alla famiglia adottiva.

La precoce istituzionalizzazione ha un impatto durevole per alcuni bambini anche dopo la loro collocazione in una famiglia che fornisce cure e amore. In particolare i bambini postistituzionalizzati (postinstitutionalized,PI) sono maggiormente a rischio di problematiche emotive e comportamentali. Le condizioni pre-adozione, in particolare l'istituzionalizzazione e l'età del bambino all'adozione, hanno un'influenza sul rischio di sviluppare difficoltà emotivo-relazionali, ritardi o problematiche comportamentali (Hawk & McCall, 2010; Kadlec & Cermak, 2002). Gli esiti sullo sviluppo socio-emotivo nei bambini in adozione internazionale e PI hanno una implicazione nella comprensione dei processi fondamentali per cui le precoci esperienze influenzano lo sviluppo socio-emotivo di entrambi e li rendono una popolazione a rischio. Seguendo il percorso adottivo e il collocamento in famiglia dei bambini PI si osserva un netto miglioramento in tutti i domini di funzionamento fisico, cognitivo e socio-emotivo (Van IJzendoorn & Juffer, 2006). Ciò nonostante per molti bambini permangono delle difficoltà in alcune aree. Sebbene i problemi internalizzanti ed esternalizzanti siano comuni nei bambini cresciuti in situazioni psico-sociali, avverse questi non sono di particolare rilievo tra i bambini PI (Juffer & Van IJzendoorn, 2005). I bambini in adozione internazionale spesso hanno avuto esperienze di cure mediche prenatali e perinatali inadeguate, di separazione dalla figura materna, deprivazione psicologica di assistenza sanitaria insufficiente, neglect, abusi, malnutrizione negli orfanotrofi o di povertà prima del loro collocamento in istituto. Esperienze precoci di separazione e privazione possono seriamente danneggiare il funzionamento del bambino nella sua infanzia e nel suo sviluppo futuro. La deprivazione psicologica negli orfanotrofi può provocare disadattamento nei bambini (O'Connor, Rutter et al., 2000; Verhulst, Althaus, Verluis-den Bieman, 1990; Vorria et al., 2003). In aggiunta, dopo il collocamento adottivo, i bambini devono far fronte alla perdita della loro cultura e alla "nascita" di una nuova famiglia (Brodzinski, 1990). Al contrario delle adozioni nazionali, che avvengono all'interno dello stesso paese e della stessa cultura, le adozioni internazionali portano i bambini a dover integrare la propria identità nella nuova cultura (Tizard, 1996). L'adozione offre la possibilità di un miglioramento sul piano medico, fisico, educativo e psicologico e si trasforma in un'opportunità per i bambini istituzionalizzati (Palacios, Sanchez, 1996; Van IJzendoorn, Juffer, Klein, 2005).

La ricerca ha documentato un significativo recupero fisico e cognitivo dopo l'adozione (Van IJzendoorn, Juffer, Klein, 2005; Rutter, 1998), in parte legato al fatto che alcuni bambini sono stati selezionati per l'adozione perché sembravano più abili o con migliori competenze sociali. Ciò nonostante diversi studi hanno evidenziato che i bambini adottati sono stati sovra rappresentati nelle popolazioni cliniche con frequenti problemi di esternalizzazione (Wierzbicki, 1993). Alcuni studi hanno trovato più problemi di salute mentale nei bambini in adozione internazionale rispetto ai non adottati, in particolare nei maschi (Verhulst, Althaus, Verluis-den Bieman, 1990; Stams, Juffer, Rispens, Hoksbergen, 2000), in adolescenza (Verhulst, Althaus, Verluis-den Bieman, 1990; Hjern, Lindblad, Vinnerljung, 2002; Bimmel, Juffer, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 2003) e nei bambini collocati in famiglia dopo l'infanzia (Cermak, Daunhauer, 1997; Fisher, Ames et al., 1997). Però la maggioranza degli adottati ha un buon funzionamento (Verhulst, Althaus, Verluis-den Bieman, 1990; Rutter, 1998; Cederblad, Hoeoek, Irhammar, Mercke, 1999). In una dozzina di studi che hanno usato la Child Behaviour Checklist (CBCL), con bambini in adozione internazionale, hanno registrato punteggi più alti rispetto ai non adottati nella scala dell'esternalizzazione. I problemi di internalizzazione si sono riscontrati con maggior frequenza nei bambini più piccoli (2-3 anni) (Hawk & McCall, 2010). I bambini provenienti dall'Europa Centro Orientale (CEE) hanno un rischio più elevato di sviluppare problematiche comportamentali (Landgren, Svensson, Stromland & Andersson Gronlund, 2010; Miller et al., 2009; Rijk et al., 2010; Rutter et al., 2007; Zeanah et al., 2009). A confronto con bambini provenienti da altri paesi, questi bambini hanno maggiori probabilità di sviluppare sintomi esternalizzanti, ansioso-depressivi, problemi di attenzione e sociali (Gunnar, Van Dulmen & The International Adoption Project Team, 2007). Landgren et al. (2010) hanno messo in evidenza che il 90% dei bambini in adozione internazionale, cinque anni dopo l'adozione, manifestano problemi comportamentali, decadimento cognitivo o problemi neurologici. Per esempio, in un gruppo di bambini provenienti dalla Romania, dopo un periodo di deprivazione significativa in istituto, è stato trovato che il 38% di essi si collocava nel range clinico della CBCL/4-18 (Rijk et al., 2010). Il 16% dei bambini adottati dall'Unione Sovietica, in particolare la Russia, rispetto al campione normativo (14%), si colloca nel range di confine e in quello clinico nella CBCL/6-18 (Merz, 2011). In questo gruppo si sono riscontrati problemi comportamentali maggiori per i bambini adottati dopo il diciottesimo mese di età (Merz & McCall, 2010). Sappiamo anche che i problemi esternalizzanti sono associati a precoci pattern disadattivi

d'interazioni genitore – bambino (Burke, Loeber & Birmaher, 2002; Hinshaw, 2002). Problemi di esternalizzazione nell'età prescolare sono predittivi di diversi problemi nella fanciullezza (Campbell & Ewing, 1990; Mesman & Koot, 2001) e mostrano stabilità solo a breve termine (Van Zeijl et al., 2006). Ci sono poche conoscenze circa il ruolo dei genitori sull'origine di comportamenti esternalizzanti in giovane età o sulle possibilità di prevenzione nei primissimi anni di vita, e questo rende necessario indagare l'influenza della genitorialità sulla prima infanzia (Van Zeijl et al., 2006). Questo ha spinto la ricerca a focalizzare l'attenzione sulle interazioni genitore-bambino, ispirandosi alla teoria dell'attaccamento e alla teoria della coercizione con l'obiettivo di mettere in luce l'importanza dei legami d'attaccamento e dell'equilibrio tra esplorazione e ricerca di prossimità; l'importanza, inoltre, di una gestione sensibile delle regole e dei primi incontri disciplinari tra genitore e bambino (Lionetti, Chiesa e Barone, 2015). La teoria dell'attaccamento si focalizza sulla qualità delle prime cure genitoriali, in termini di sensibilità e responsività, come aspetti significativi che contribuiscono ai processi di socializzazione e regolazione motiva nel primo anno di vita (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1969). Un attaccamento sicuro è un fattore di protezione e predice esiti positivi dopo l'infanzia (Fagot, 1997; Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005), mentre l'insicurezza predice uno sviluppo non ottimale (Greenberg, 1999). Diversi studi longitudinali hanno evidenziato che l'insicurezza e la mancanza di calore nella prima infanzia sono associate a problemi esternalizzanti nella fanciullezza e nell'adolescenza (Belsky, Woodworth & Crnic, 1996; Greenberg, Speltz, DeKlyen, & Endriga, 1991; Olson, Bates, Sandy & Lanthier, 2000). Si è indagato sul meccanismo che determina l'associazione tra cure parentali precoci e lo sviluppo di problemi di esternalizzazione (DeKlyen & Speltz, 2001; Greenberg, 1999), con diversi risultati: la formazione di aspettative sociali negative, la mancanza di motivazione ad interiorizzare le regole, la scarsa capacità di autoregolazione e la ricerca di attenzione negativa da parte del bambino. Nonostante le loro differenze, la teoria dell'attaccamento e la teoria di coercizione mostrano un forte accordo per quanto riguarda la precoce concettualizzazione delle interazioni genitore-bambino. Entrambe sottolineano l'importanza di interazioni non ostili e la contingenza nel processo di socializzazione, e privilegiano l'adeguatezza delle risposte dei genitori ai comportamenti dei bambini (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974; Patterson, 1982; Rothbaum & Weisz, 1994). I bambini hanno rapidi progressi nello sviluppo cognitivo e nel linguaggio, che sono il motore delle competenze, e che, in combinazione

con un crescente bisogno di autonomia e indipendenza, costituiscono la base del caratteristico comportamento di sfida spesso dirompente dei bambini in età prescolare (Campbell, 2002). In uno studio (Van Zeijl et al., 2006), si è visto che i problemi di esternalizzazione iniziano ad emergere intorno al primo anno di età e sono piuttosto stabili per i primi anni di vita (vedi anche Alink et al., 2006). Sebbene nella maggior parte dei bambini i comportamenti di esternalizzazione declinino dall'entrata a scuola in poi (Achenbach & Rescorla, 2000), non tutti i bambini riescono a superare le loro difficoltà comportamentali. A questa naturale fase dello sviluppo per i bambini adottati si aggiungono i fattori di rischio descritti in precedenza. Senza un intervento, i problemi di esternalizzazione precoce possono trasformarsi in problemi clinici gravi e diventare una preoccupazione permanente (Kendziora, 2004). Per questo motivo la sensibilità e la responsività sono ampiamente affrontate nella teoria dell'attaccamento, e l'importanza delle strategie di disciplina efficaci vengono esplicitamente discusse nella teoria della coercizione. Pertanto, la combinazione della cornice teorica dell'attaccamento e della teoria della coercizione è la guida di un approccio ottimale allo sviluppo del bambino ed è alla base dell'intervento VIPP-SD. Considerando questi dati della letteratura lo studio qui presentato cerca se ci sia un rapporto tra la sensibilità materna e le problematiche comportamentali dei bambini in adozione.

2.8 Obiettivi e Ipotesi

In linea con i presupposti teorici sopra esposti, l'obiettivo di questo studio è di fare una analisi descrittiva dei bambini adottati all'assessment (T1), e a pochi mesi (entro il primo anno) del loro arrivo in famiglia e confrontare i dati per verificare se ci sono differenze per età, genere e paese di provenienza rispetto all'internalizzazione e l'esternalizzazione. Allo stesso tempo si vuole osservare se c'è un nesso tra la competenza materna, la competenza del bambino e internalizzazione ed esternalizzazione. Si esplora la relazione tra i problemi emotivo comportamentali e l'interazione madre-madre con l'intento di valutare quali aspetti non vanno trascurati quando si progetta un intervento che può avere finalità preventive (come per esempio incrementare la sensibilità per favorire una relazione sicura e sostenere la genitorialità positiva per ridurre le problematiche comportamentali in bambini adottati). Infine si testa l'efficacia dell'intervento VIPP-SD sulla riduzione delle problematiche emotivo-comportamentali.

Ipotesi.

Considerando la letteratura esistente sul tema si intende verificare:

- 1) l'influenza dell'età, del genere, della provenienza sui problemi comportamentali. In particolare all'aumentare dell'età maggiore possibilità di espressione di problematiche; se i maschi presentano maggiori problemi esternalizzanti rispetto alle femmine; se i bambini provenienti dall'Est Europa presentano maggiori problemi rispetto ai bambini provenienti da altri paesi (T1);
- 2) la relazione tra competenza materna, competenza dei bambini e problemi emotivo-comportamentali? Rispetto alla competenza materna o del bambino mi aspetterei una diminuzione delle problematiche comportamentali (confronto tra T1 e T2);
- 3) l'efficacia dell'intervento. Si dovrebbe poter trovare una differenza dopo l'intervento (T2) nei due gruppi per quanto riguarda i problemi emotivo – comportamentali.

2.9 Metodo

2.9.1 Partecipanti

Lo studio è stato condotto da un team dell'Università degli studi di Pavia e da un team dell'Università Pontificia Salesiana di Roma, sotto il coordinamento della prof.ssa Lavinia Barone. Il campione è costituito da 68 famiglie adottive della regione Lombardia e della regione Lazio. Esse sono state reclutate tramite i Servizi territoriali ed una collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali (Pavia, Lodi, Milano, Monza-Brianza), il Tribunale dei Minori di Milano (ufficio adozioni), le Associazioni e il Policlinico Gemelli di Roma. I criteri di inclusione riguardano principalmente le adozioni nazionali ed internazionali con bambini di età compresa tra i 12 mesi e i 6 anni, inseriti in famiglia da non meno di 4 mesi e non più di 1 anno. Il campione di partenza è di 68 soggetti, per lo studio della prima ipotesi, per lo studio della seconda ipotesi i soggetti sono n=64 a T1 e n=52 a T2, (la riduzione è dovuta alla mancanza di alcuni dati o non ancora rilevati, nel caso dell'osservazione delle scale EAS, o incompleti nei questionari della CBCL).

Tabella 10 - Caratteristiche socio-demografiche del campione (n=68)

| | | Gruppo | | | | Totale (N=68) | |
|---------------------------------|-------------|---------------------|-------|----------------------|-------|------------------|-------|
| | | controllo (n=29) | | intervento (n=39) | | n | % |
| | | n | % | n | % | | |
| Genere del bambino | Maschio | 15 | 51.7 | 25 | 64.1 | 40 | 58.8 |
| | Femmina | 14 | 48.3 | 14 | 35.9 | 28 | 41.2 |
| Paese di origine | Altri Paesi | 26 | 89.7 | 26 | 66.7 | 50 | 76.5 |
| | Est Europa | 3 | 10.3 | 13 | 33.3 | 16 | 23.5 |
| Presenza di fratelli adottati | No | 23 | 85.2 | 27 | 73.0 | 50 | 78.1 |
| | 1 | 4 | 14.8 | 9 | 24.3 | 13 | 20.3 |
| Fratelli biologici | 2 | 0 | 0.0 | 1 | 2.7 | 1 | 1.6 |
| | no | 24 | 88.9 | 35 | 89.7 | 59 | 89.4 |
| | 1 | 2 | 7.4 | 4 | 10.3 | 6 | 9.1 |
| | 2 | 1 | 4.0 | - | - | 1 | 1.6 |
| | | M | DS | M | DS | M | DS |
| Età bambino all'adozione (mesi) | | 31.78 | 18.72 | 34.99 | 16.60 | 33.62 | 17.47 |
| Mesi trascorsi in famiglia | | 11.18 | 5.67 | 9.12 | 3.83 | 10.00 | 4.78 |
| Età madre | | 42.33 | 3.91 | 43.49 | 3.75 | 43.00 | 3.83 |
| Anni Matrimonio /convivenza | | 10.90 | 3.33 | 11.97 | 4.01 | 11.51 | 3.75 |

2.9.2 Procedura

Poiché si tratta di uno studio randomizzato controllato, le famiglie sono state assegnate in modo randomizzato al gruppo intervento (n = 39) e al gruppo di controllo (n = 29).

In una prima fase è stato fissato un incontro di presentazione del progetto di ricerca dove abbiamo raccolto il consenso informato. Successivamente tutte le famiglie hanno partecipato ad un incontro (pre-test) in cui sono state fatte delle osservazioni di interazione di gioco madre-bambino videoregistrate ed è stata consegnata una batteria di test ad entrambi i genitori da compilare separatamente.

Dopo il pre-test le famiglie del gruppo intervento hanno partecipato al programma del VIPP-SD che ha previsto 6 visite domiciliari, mentre le famiglie del gruppo di controllo hanno ricevuto parallelamente 6 telefonate riguardanti alcuni temi tipici dello sviluppo del bambino. Circa sei mesi dopo il pre-test si è svolto un incontro con tutte le famiglie (anche quelle del gruppo di controllo) per completare il post-test con le medesime procedure (videoregistrazione) e assessment (questionari). Lo stesso incontro è stato previsto a sei mesi dal post-test per concludere con il follow-up. In totale le famiglie sono state seguite per un anno.

Rispetto alle codifiche per le scale EAS i codificatori sono stati formati con un training per l'abilitazione tenuto da Biringen, mentre per il protocollo VIPP-SD sono stati certificati sull'idoneità ed il metodo e hanno conseguito l'abilitazione come vipp-intervener.

2.9.3 Programma d'intervento (VIPP-SD/A)

Gruppo sperimentale. Le madri del gruppo sperimentale hanno partecipato al programma del Video-feedback, un intervento volto a promuovere la genitorialità positiva e la disciplina sensibile (Juffer et al., 2008), presentato nella sezione “I presupposti teorici” (par.1.9 pag. 30). L'intervento ha previsto 6 visite domiciliari con alcune modifiche per la versione dedicata all'adozione (focus sul contatto visivo e fisico tra genitore e bambino). Per ogni visita, il protocollo definisce temi, suggerimenti ed esercizi per la madre e il bambino; tuttavia, il profilo iniziale interazione madre-bambino permette di adattare l'intervento per ogni diade specifica, entro i confini del protocollo. Il programma si divide in tre fasi:

- 1) prime due sessioni (visita 1 e 2): l'obiettivo è costruire una alleanza con la madre e l'attenzione è rivolta al comportamento del bambino, con particolare enfasi sulle interazioni positive della diade;
- 2) sessioni centrali (visita 3 e 4): si lavora attivamente per rinforzare e migliorare il comportamento materno mostrando al genitore le strategie che già mette in atto ed evidenziando in quali altre situazioni può metterle in gioco;
- 3) sessioni finali (visita 5 e 6): l'obiettivo è rinforzare i messaggi e i comportamenti appresi nelle sessioni precedenti per aumentare l'efficacia del programma.

Ogni sessione prevede una fase di registrazione dell'interazione madre-bambino e una fase di feedback sulle registrazioni delle visite precedenti. Il feedback viene preparato dall'intervener che seleziona specifici momenti del filmato e che si focalizza sui temi di ciascuna sessione. L'intervener rinforza le interazioni positive tra madre e bambino e le strategie efficaci del genitore in una piacevole atmosfera.

Le prime quattro visite si svolgono con cadenza bisettimanale e hanno contenuti specifici:

- 1) la differenza tra attaccamento ed esplorazione, in combinazione con alcune strategie disciplinari;
- 2) la verbalizzazione dei segnali e del comportamento del bambino (speaking for the child), come allenamento a riconoscere e tradurre in parola i segnali del bambino, sempre in combinazione con strategie disciplinari;
- 3) le catene sensibili (“chain of sensitivity”) per descrivere le interazioni sensibili: segnale del bambino – riconoscimento del segnale da parte della madre, sua interpretazione e risposta – reazione del bambino, in aggiunta ad altre strategie disciplinari;
- 4) l'importanza di condividere le emozioni, dell'empatia e della comprensione del bambino con attenzione alla disciplina sensibile.

Le ultime due sessioni sono a distanza di un mese l'una dall'altra. I padri vengono invitati a partecipare nell'ultima visita, per condividere quanto fatto e condividere le abilità acquisite durante gli incontri. Alla fine dell'intervento ciascuna madre riceve un libro con giochi/filastrocche/canzoni da condividere con il proprio bambino e tutti i filmati fatti nelle visite precedenti. Il programma è stato condotto da intervener certificati e laureati in psicologia.

Gruppo di controllo. Parallelamente all'intervento le madri del gruppo di controllo hanno ricevuto 6 telefonate. Ogni telefonata riguardava un topic sullo sviluppo del bambino (linguaggio, gioco, sonno, alimentazione, relazioni, ecc.). Le telefonate duravano circa una decina di minuti, erano condotte sempre dallo stesso intervener e non venivano dati né suggerimenti né indicazioni. Nel caso le madri chiedessero esplicitamente un aiuto l'indicazione era di rivolgersi ai professionisti (pediatra, psicologi, assistenti sociali, associazioni) che li avevano seguiti nei servizi.

2.9.4 Analisi Statistiche

Le analisi statistiche sono state effettuate mediante il pacchetto statistico IBM-SPSS *Statistics for Windows* versione 20. Sono state eseguite le seguenti analisi: l'analisi di correlazioni utilizzando il coefficiente di Pearson per misurare la concordanza delle variabili; l'analisi t-Test per campioni indipendenti (età, genere, provenienza del bambino e gruppo di studio) nella CBCL; l'analisi della varianza fattoriale ANOVA mista 2x2 (Gruppo [Controllo, Intervento, between] x Tempo Responsività [tempo 1, tempo 2, within]) per valutare gli effetti dell'intervento (VIPP-SD) sulla CBCL.

2.9.5 Misure

Sensibilità materna e interazione madre-bambino. Per la presentazione si rimanda al primo studio paragrafo 2.4.4. pag.45. Si aggiunge che per quanto riguarda le quattro scale della madre e le due del bambino sono stati presi in considerazione due punteggi di sintesi "mamma competente", punteggio calcolato con la media delle quattro scale del genitore, e "bambino competente", punteggio calcolato con la media delle due scale del bambino (Negrao et al., 2014).

Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5), (Achenbach & Rescorla, 2000). I questionari Child Behavior CheckList (CBCL) fanno parte del “Sistema di valutazione su base empirica” di T. Achenbach (ASEBA). Fanno parte delle scale di valutazione del comportamento infantile più diffuse e utilizzate a livello internazionale in ambito sia clinico sia di ricerca. Ideata e validata presso l'Università del Vermont dal prof. T.M. Achenbach 214, la scala si propone la valutazione dei comportamenti e delle emozioni dei bambini in varie aree del funzionamento e dell’adattamento. La Child Behavior Checklist (CBCL) è uno dei questionari più utilizzati per la valutazione delle competenze e dei problemi emotivi e comportamentali dei bambini e degli adolescenti. Il questionario, compilato dai genitori, è disponibile in due versioni a seconda della fascia d’età del bambino, per il nostro studio è stata utilizzata la versione prescolare 1 ½ -5 anni. È costituito da 100 domande che indagano specifici comportamenti del bambino. Al genitore/caregiver, viene chiesto di valutare la frequenza di ogni comportamento, secondo una scala a tre valori: 0= non vero, 1= qualche volta vero, 2= molto/spesso vero. Il profilo che emerge dal questionario è costituito da una Scala Totale, una scala dei problemi Internalizzanti, una dei problemi Esternalizzanti, 7 scale sindromiche (Reattività Emotiva, Ansia/Depressione, Lamentele Somatiche, Ritiro, Problemi di Attenzione e Comportamento Aggressivo) e 5 scale DSM-orientate (Disturbi affettivi, Disturbi d’ansia, Disturbi pervasivi dello sviluppo, Disturbo da deficit di attenzione e iperattività, Disturbo oppositivo provocatorio). Per le diverse scale, sono forniti cut-off che permettono di codificare i comportamenti come normali, borderline o nella fascia clinica.

2.10 Risultati

2.10.1 Ipotesi 1. Per quanto riguarda la prima sub-ipotesi sono stati raccolti dati descrittivi dei bambini all’assessment. In seguito è stata fatta una correlazione tra i mesi all’assessment (età del bambino) e le tre scale globali della CBCL: internalizzazione (che comprende le prime 4 scale empiriche: reattività emotiva, ansia/depressione, lamentele somatiche, ritiro) esternalizzazione (che comprende le ultime due scale empiriche: problemi di attenzione e comportamento aggressivo) e la scala totale dei problemi. È stata trovata una correlazione positiva tra età del bambino e “CBCL Internalizzazione”, $r(68) = .251, p = .039$

Tabella 11 – Correlazioni tra età bambino all’assessment (T1) e scale CBCL (n=68)

| | | CBCL Internalizzazione | CBCL Esternalizzazione | CBCL Totale |
|----------------------|----------|---------------------------|---------------------------|----------------|
| Mesi assessment a T1 | <i>r</i> | .251 | -.009 | .110 |
| | <i>p</i> | .039 | .942 | .373 |

Questo dato è interessante perché mostra che all’aumentare dell’età aumentano i problemi emotivi-comportamentali nella scala dell’internalizzazione il che è in linea con la letteratura. Se l’età è maggiore significa che i bambini hanno trascorso più tempo in istituto o altrove prima del loro collocamento in famiglia e questo li ha esposti per un tempo prolungato ad esperienze negative. Se consideriamo, inoltre, l’età media del nostro campione totale (n=68, mesi all’adozione: M=33.62) e il tempo medio trascorso in famiglia (M=10 mesi), troviamo conferma di un altro dato della letteratura secondo il quale i problemi internalizzanti si manifestano con maggior frequenza nei bambini più piccoli all’assessment, 2-3 anni di età (Hawk & McCall).

Non sono state trovate differenze in nessuna analisi del t test per età, genere e paese di provenienza (tabella 12, 13, 14).

Tabella 12 - Scale CBCL a T1 differenze per età (n=68)

| | 18-36 mesi (n=27) | | 3-6 anni (n=41) | | t (66) | p | d Cohen |
|-------------------|-------------------|--------|-----------------|--------|--------|------|---------|
| | M | DS | M | DS | | | |
| CBCL | | | | | | | |
| Internalizzazione | 9.19 | 7.432 | 11.71 | 7.257 | -1.389 | .170 | 0.343 |
| Esternalizzazione | 13.96 | 5.177 | 13.93 | 6.373 | .025 | .980 | -0.006 |
| Scala Totale | 38.48 | 17.179 | 40.56 | 17.717 | -.479 | .633 | 0.119 |

L’analisi delle singole sotto scale delle CBCL evidenzia che l’unica differenza significativa si trova nella scala del Ritiro (“Withdrawn”, la quarta scala empirica della scala globale Internalizzazione, vedi Appendice A): i bambini più grandi hanno punteggi più elevati rispetto ai bambini 0-36 mesi. Anche questo dato è confermato dalla letteratura. L’età influisce significativamente sui punteggi delle scale empiriche ansia/depressione e ritiro, nelle quali i bambini più grandi ottengono punteggi più elevati, e in quelli della scala problemi del sonno, nella quale sono i più piccoli ad avere punteggi più elevati (Frigerio et al., 2006).

Tabella 13 - Scale CBCL a T1 differenze per genere (n=68)

| | Femmine (n=28) | | Maschi (n=40) | | t (66) | p | d Cohen |
|-------------------|----------------|--------|---------------|--------|--------|------|----------|
| | M | DS | M | DS | | | |
| CBCL | | | | | | | |
| Internalizzazione | 8.86 | 5.469 | 12.00 | 8.283 | -1.756 | .084 | 0.447793 |
| Esternalizzazione | 14.00 | 4.823 | 13.90 | 6.590 | .068 | .946 | -0.01732 |
| Scala Totale | 38.14 | 13.137 | 40.85 | 19.948 | -.628 | .532 | 0.160287 |

Dalle analisi preliminari non è emersa nessuna differenza significativa tra maschi ($M=40.85$, $DS=19.948$) e femmine ($M=38.14$, $DS=13.137$) per la scala totale dei problemi, $t(68)=-.628$, $p=.532$. Questo dato, apparentemente, è in contrasto con la letteratura (Verhulst, Althaus, Verluisi den Bieman, 1990; Groh, Roisman, Van IJzendoorn, Bakerman-Kranenburg, Fearon, 2012). Mentre è in linea con la meta analisi dei problemi comportamentali dei bambini in adozione internazionale in carico ai servizi di salute mentale di Juffer e Van IJzendoorn (2005) in cui i maschi adottati non presentavano maggiori problemi rispetto alle femmine in adozione internazionale. Anche nello studio di Knuiman et al., (2014) sui fattori di rischio nella preadozione a riguardo dei problemi emotivo-comportamentali nei bambini adottati polacchi non risultavano differenze per il genere nella scala problemi totali della CBCL.

Tabella 14 - Scale CBCL a T1 differenze per Paese di provenienza (n=68)

| | Altri paesi (n=52) | | Est Europa (n=16) | | t (66) | p | d Cohen |
|-------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|--------|------|----------|
| | M | DS | M | DS | | | |
| CBCL | | | | | | | |
| Internalizzazione | 10.06 | 7.258 | 12.81 | 7.600 | -1.313 | .194 | 0.370708 |
| Esternalizzazione | 13.81 | 5.941 | 14.38 | 5.875 | -.335 | .739 | 0.096021 |
| Scala Totale | 38.67 | 17.160 | 43.19 | 18.317 | -.906 | .368 | 0.254368 |

Anche per il paese di provenienza non sono state trovate differenze, mentre l'ipotesi di lavoro era di trovare più gravi problematiche nei bambini provenienti dall'Europa Centro Orientale. Dalla letteratura sappiamo che i bambini adottati provenienti dall'Europa Centro Orientale (CEE) corrono un rischio più elevato di sviluppare problemi emotivo-comportamentali (Landgren, Svensson, Stromland & Andersson Gronlund, 2010; Miller et al., 2009; Rijk et al., 2010; Rutter et al., 2007; Zeanah et al., 2009). Osservando la distribuzione del nostro campione, dobbiamo tenere conto del fatto che la percentuale di bambini provenienti dai paesi CEE (n=16, 23,5%) è piccola rispetto a quella dei bambini

provenienti da altri paesi (n=52, 76,5%), per cui lo sbilanciamento è forte rispetto alla distribuzione.

Per un approfondimento delle singole sotto scale, statistiche di gruppo e test per campioni indipendenti per età, genere e paese di provenienza si rimanda alla Appendice B.

2.10.2 Ipotesi 2.

A causa di dati mancanti, per incompletezza o mancata rilevazione, la seconda e terza sub-ipotesi hanno un campione differente rispetto alla prima. Il campione al pre-test è di n=64 soggetti mentre al post-test è di n=52. La variabile madre competente è stata calcolata facendo la media delle scale del genitore e la variabile bambino competente è stato calcolato facendo la media delle scale del bambino (Negrao et al., 2014; Barone et al., 2016). Per la lettura dei dati è stato utilizzato l'*effect size*. Gli indici di *effect size* (ES) servono per evidenziare la grandezza di un effetto pratico, oppure la misura dell'associazione tra due variabili, attraverso delle stime. In questa definizione l'accento è sulla parola "stime", poiché esse vanno interpretate nelle situazioni specifiche, come per gli altri risultati ottenuti attraverso le statistiche. Non essendo influenzate dall'ampiezza del campione, a differenza del *p-value*, le stime forniscono delle misurazioni attendibili del fenomeno studiato. Dopotutto il *p* e gli indici di ES rispondono a quesiti molto diversi: il primo, infatti, comunica soltanto se un fenomeno è presente o meno, i secondi, invece quantificano la misura del fenomeno. Nella scelta di queste convenzioni uno degli autori maggiormente considerato è Cohen (1992b), che propone una serie di valori generalmente indicativi di un effetto di piccole, medie o grandi dimensioni. Lo schema contiene i valori suggeriti per due degli indici più noti, la *d* di Cohen e la *r* di Pearson.

Valori convenzionali per l'interpretazione degli indici di ES (riadattata da Cohen, 1992b):

| | Effetto piccolo | Effetto medio | Effetto grande |
|----------|-----------------|---------------|----------------|
| <i>d</i> | .20 | .50 | .80 |
| <i>r</i> | .10 | .30 | .50 |

Sappiamo che la *r* di Pearson è una misura di associazione lineare e indica la forza del legame esistente, indipendentemente dalla significatività statistica. In altri termini *r* è di per sé un indice di *effect size* (Cohen, 1998), pertanto possiamo valutare la grandezza dell'effetto (Pastore, 2014).

Tenendo conto di queste premesse possiamo osservare i dati seguenti leggendo la r non come p value, ma come *effect size*.

Tabella 15 – Correlazioni tra profili EAS madre/bambino competente (Negrao et al., 2014) e scale CBCL sul campione totale (controllo e intervento) a T1 e T2

| Pretest T1 n = 64 | | |
|--------------------|------------------|--------------------|
| | Madre competente | Bambino competente |
| | r | r |
| Internalizzazione | .099 | .057 |
| Esternalizzazione | -.106 | -.198 |
| Scala Totale | -.001 | -.083 |
| Posttest T2 n = 52 | | |
| | Madre competente | Bambino competente |
| | r | r |
| Internalizzazione | -.077 | -.250 |
| Esternalizzazione | .016 | -.182 |
| Scala Totale | -.045 | -.215 |

La correlazione di $-.25$ e $-.18$ tra Problemi Comportamentali e EAS bambino competente al post-test ci dice che c'è un effetto medio (valori di $.18$, $.25$ sono buoni per le scienze sociali; Groh, Roisman, Van IJzendoorn, Bakerman-Kranenburg, Fearon, 2012) e bambini emotivamente più competenti hanno meno problematiche comportamentali.

Il fatto che questa associazione ci sia al post-test e non al pre-test è molto rilevante. Questo dato indica che al pre-test, poiché i bambini sono in famiglia da breve tempo, non troviamo nulla di particolare rispetto alla associazione tra le due variabili. Forse quanto osserviamo alla EAS è un misto tra modelli operativi interni attuali e modelli pregressi. Oppure che al post-test diventa più forte il ruolo della relazione di attaccamento attuale. Questo conferma il fatto che l'attaccamento è protettivo, oltre che nella popolazione normativa, anche in quella atipica come la popolazione adottiva. Mentre l'esternalizzazione sembra rimanere stabile (T1 $r = -.19$, T2 $r = -.18$), l'internalizzazione diminuisce (T1 $r = .057$, T2 $r = -.25$) al post-test. Di seguito (tabella 16) si riportano le correlazioni tra gruppi (controllo e intervento) al pre e al post-test. Analizzando tutte le scale si conferma quanto è stato osservato per il gruppo totale, ma si segnala che le uniche scale che presentano una correlazione negativa significativa ed un effetto medio/alto sono: il ritiro ($r = -.363$, $p = .045$) i problemi d'attenzione ($r = -.388$, $p = .031$) nel gruppo intervento al T2. All'aumentare della competenza materna diminuiscono i comportamenti di ritiro (scala internalizzazione) del bambino e all'aumentare della competenza del bambino i suoi problemi di attenzione diminuiscono (scala dell'esternalizzazione).

Il fatto che questa correlazione significativa con un *effect size* medio/alto sia presente nel gruppo intervento al T2 è rilevante, perché dimostra che c'è una forte associazione tra queste variabili, manca un legame di causalità, ma alcuni fattori stanno giocando un ruolo fondamentale: il legame d'attaccamento, l'aumento/miglioramento della sensibilità materna o l'intervento. Inoltre solo al post-test del gruppo d'intervento troviamo una forte associazione tra la variabile bambino competente, sempre in termini di effect size, in tutte le scale globali della CBCL (Internal. da T1 $p = .065$ a T2 $p = -.25$; Esternal. da T1 $p = -.07$ a T2 $p = -.27$; Tot. da T1 $p = -.00$ a T2 $p = -.22$). Maggior competenza sviluppa il bambino, minori sono le manifestazioni di problemi emotivi – comportamentali. Questo miglioramento della competenza del bambino è un beneficio indiretto di una maggior competenza materna. Le competenze di disponibilità emotiva delle madri adottive cambiano se supportate da un intervento mirato a potenziare le loro risorse socio-emotive nello scambio con i bambini e i bambini ne beneficiano in maniera indiretta diventando più capaci e abili nello scambio socio-emotivo con le loro madri (Barone et al., 2016).

Tabella 16 – Correlazioni scale CBCL e profilo madre/bambino competente per gruppi a T1 e T2.

| | Gruppo di Controllo | | | |
|--------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|
| | T1 n=26 | | T2 n=21 | |
| | EAS Bambino Competente | EAS Madre Competente | EAS bambino Competente | EAS Madre Competente |
| Reattività Emotiva | .159 | .062 | -.389 | -.059 |
| Ansia/Depressione | .032 | -.052 | -.305 | -.156 |
| Lamentele | | | | |
| Somatiche | -.037 | .072 | -.078 | .048 |
| Ritiro | .173 | .095 | -.173 | -.034 |
| Problemi Sonno | -.273 | -.198 | .033 | -.126 |
| Problemi | | | | |
| Attenzione | -.257 | -.172 | -.016 | .146 |
| Comportamento | | | | |
| Aggressivo | -.320 | -.065 | -.224 | -.018 |
| Altri problemi | -.015 | .033 | -.340 | -.154 |
| Internalizzazione | .110 | .049 | -.273 | -.057 |
| Esternalizzazione | -.325 | -.099 | -.156 | .045 |
| Totale | -.092 | -.021 | -.258 | -.054 |
| | Gruppo Intervento | | | |
| | T1 n=38 | | T2 n=31 | |
| | EAS Bambino Competente | EAS Madre Competente | EAS Bambino Competente | EAS Madre Competente |
| Reattività Emotiva | .019 | .091 | -.091 | .197 |
| Ansia/Depressione | -.017 | .075 | .032 | .232 |
| Lamentele | | | | |
| Somatiche | .096 | .113 | -.253 | -.305 |
| Ritiro | .193 | .234 | -.323 | -.363* |
| Problemi Sonno | .051 | .066 | .026 | -.119 |
| Problemi | | | | |
| Attenzione | -.045 | .009 | -.388* | -.277 |
| Comportamento | | | | |
| Aggressivo | -.071 | -.108 | -.157 | -.084 |
| Altri problemi | -.067 | -.022 | -.085 | -.083 |
| Internalizzazione | .065 | .136 | -.254 | -.150 |
| Esternalizzazione | -.071 | -.083 | -.275 | -.178 |
| Totale | -.003 | .040 | -.229 | -.165 |

Note: *p < .05; **p < .001

In Appendice C vengono riportate nel dettaglio le correlazioni scale CBCL e profilo madre/bambino competente per gruppi a T1 e T2.

2.10.3 Ipotesi 3.

La terza sub ipotesi indaga l'efficacia dell'intervento rispetto alle problematiche comportamentali. Supponendo che al pre-test (T1) il gruppo di controllo e quello sperimentale non differiscano, si dovrebbe poter trovare una differenza dopo l'intervento (T2) nei due gruppi per quanto riguarda i problemi emotivo – comportamentali. Nonostante i punteggi in partenza delle scale CBCL fossero bassi si è voluto osservare se l'intervento potesse in qualche modo influire sulla riduzione delle problematiche. Sappiamo che il VIPP-SD è un intervento di provata efficacia nel promuovere la sensibilità materna. Se una madre è sensibile e competente, interagirà con il suo bambino in modo

sensibile; l'interazione diadica, infatti, può aumentare la cooperazione e diminuire la conflittualità. Un bambino che si sente compreso, che percepisce una sintonizzazione emotiva, che si sente sostenuto acquisirà maggior competenza che faciliterà il suo sviluppo socio-emotivo, il quale gli eviterà o ridurrà l'espressione di problemi emotivo comportamentali. Proprio perché è un intervento nato per promuovere e sostenere la sensibilità materna mi aspetto di non trovare un cambiamento diretto sulle problematiche comportamentali a breve/medio termine.

Per controllare l'assegnazione casuale al gruppo e per stabilire la somiglianza iniziale dei gruppi di intervento e di controllo, abbiamo applicato il t-Test per campioni indipendenti per le variabili del CBCL a tempo 1. Non sono emerse differenze significative tra i gruppi di intervento e di controllo in tutte le scale della CBCL a tempo 1 (tabella 17).

Tabella 17 - t Test delle scale CBCL per gruppo (controllo vs intervento) a T1 (n=68)

| | Controllo n=29 | | Intervento n=39 | | t (66) | p | d Cohen |
|-------------------|----------------|--------|-----------------|--------|--------|------|---------|
| | M | DS | M | DS | | | |
| Internalizzazione | 9.83 | 6.398 | 11.36 | 8.048 | -0.845 | .401 | 0.211 |
| Esternalizzazione | 12.83 | 5.332 | 14.77 | 6.205 | -1.353 | .181 | 0.336 |
| Scala totale | 35.59 | 15.219 | 42.82 | 18.456 | -1.72 | .090 | 0.428 |

Poiché non emergono differenze nelle scale CBCL a Tempo 1 possiamo procedere ad analizzare l'efficacia dell'intervento con l'ANOVA per misure ripetute (variabile *between* Gruppo; variabile *within* Tempo). È stata eseguita un'analisi della varianza fattoriale ANOVA mista 2x2 (Gruppo [Controllo, Intervento, between] x Tempo Responsività [tempo 1, tempo 2, within]) per valutare gli effetti dell'intervento (VIPP-SD) sulla CBCL (v. tabella 18).

Tabella 18 - ANOVA per misure ripetute (variabile *between* Gruppo; variabile *within* Tempo).

| | Gruppo | | | | | |
|------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|------------------------|------------------|------------------------|
| | controllo (n=21) | | intervento (n=31) | | Totale (N=52) | |
| | Media | Deviazione standard | Media | Deviazione standard | Media | Deviazione standard |
| | <i>Tempo 1</i> | | | | | |
| CBCL Internalizzazione | 10.85 | (7.04) | 11.16 | (7.41) | 11.04 | (7.20) |
| CBCL Esternalizzazione | 12.45 | (5.50) | 13.61 | (6.23) | 13.16 | (5.92) |
| CBCL Totale | 37.05 | (16.70) | 40.55 | (17.50) | 39.18 | (17.11) |
| | <i>Tempo 2</i> | | | | | |
| CBCL Internalizzazione | 11.65 | (8.66) | 12.,16 | (8.76) | 11.96 | (8.64) |
| CBCL Esternalizzazione | 11.95 | (8.49) | 14.87 | (8.39) | 13.73 | (8.47) |
| CBCL Totale | 34.80 | (20.12) | 40.23 | (21.47) | 38.10 | (20.92) |

L'effetto di interazione tra Gruppo x Tempo non è significativo per nessuna delle scale della CBCL: CBCL Internalizzata, $F(1,49) = .008$, $p = .930$, $\eta^2_{\text{parziale}} < .001$; CBCL Esternalizzata, $F(1,49) = .982$, $p = .327$, $\eta^2_{\text{parziale}} = .020$; CBCL Totale, $F(1,49) = .200$, $p = .565$, $\eta^2_{\text{parziale}} = .004$.

2.11 Discussione, limiti e direzioni future

A partire dai primi lavori di Bowlby sull'attaccamento e sulla separazione, in letteratura si è dato ampio spazio a riflessioni sull'attaccamento insicuro perchè può essere un fattore di rischio e giocare un ruolo importante nello sviluppo di problematiche o di sintomi psicopatologici (Bowlby, 1944;. Lewis et al, 1984; Lyons Ruth et al., 1993; Renken et al., 1989; Van IJzendoorn, 1997).

La ricerca che ha testato questa associazione è impressionante nella sua ampiezza. Tuttavia, nonostante una vasta mole di dati raccolti nella ricerca, una chiara visione empirica per questa ipotesi non è stata raggiunta. Risultati apparentemente contraddittori, i diversi progetti di studio, le diverse misure utilizzate e le diverse dimensioni dei campioni hanno creato una mole di dati che è difficile da integrare in modo coerente nelle rassegne narrative. Ma un punto rimane centrale e fermo, i robusti risultati ottenuti negli ultimi anni di ricerca confermano che l'attaccamento gioca un ruolo significativo nello sviluppo di problemi comportamentali dei bambini della popolazione normativa così come per gruppi clinici (Fearon et al., 2010). Come abbiamo visto in precedenza, la sensibilità materna è un

fattore cruciale e predittore della sicurezza dell'attaccamento. Belsky e Fearon (2002) dalle analisi dei dati del *National Institute of Child Health and Human Development* (NICHD) su bambini in età 1-3 anni hanno suggerito che gli effetti dell'attaccamento tenderebbero a persistere soprattutto quando c'è la continuità nella qualità delle cure materne. Questo aspetto diventa ancora più centrale nel caso della popolazione adottiva. Diversi studi hanno direttamente considerato la possibilità che alcune caratteristiche genitoriali siano determinanti comuni sia dell'insicurezza d'attaccamento sia dei comportamenti di esternalizzazione. Pertanto, resta da valutare l'incidenza in cui i processi dell'attaccamento di per sé possono fattivamente contribuire in modo specifico e causale alle problematiche emotive-comportamentali dei bambini, sia in modo indipendente della genitorialità sia come mediatore causale dei suoi effetti. Certamente favorire e promuovere la sensibilità nella genitorialità adottiva è un importante passo per facilitare il miglior sviluppo socio emotivo del bambino e prevenire e ridurre la comparsa di problematiche emotivo comportamentali. In questo studio si è verificato che ad una maggiore competenza del bambino, che è espressione indiretta di una maggiore competenza materna, le problematiche internalizzanti diminuiscono. Si deve in verità aggiungere che abbiamo rilevato una scarsa rappresentazione nel nostro campione di problematiche esternalizzanti. Si può pensare che si tratti di una possibile "luna di miele" che accompagna i primi mesi di collocamento in famiglia, poiché in questo primo anno, dopo una fase di ambientazione e adattamento nel nucleo familiare, si avvia il consolidamento del nuovo legame d'attaccamento con le figure genitoriali adottive. Il bambino deve rivedere i propri modelli operativi interni e nel nuovo legame si costruisce nuove rappresentazioni di sé, dell'altro e della sua relazione/interazione con l'altro. Questo richiede ovviamente del tempo e spesso i bambini impegnati in questi processi, non esprimono subito aspetti problematici. Forse si potrebbe ipotizzare che sia un meccanismo di protezione per evitare un'altra esperienza di abbandono, ma di questo non ci sono prove empiriche.

Secondo la letteratura, i sintomi esternalizzanti e le problematiche emotive comportamentali emergono più frequentemente nei bambini adottati tardivamente con esiti peggiori in età scolare e adolescenza (Merz & McCall, 2010). Tra i bambini adottati abbiamo visto che il tempo trascorso in un istituto è una variabile che ha un impatto negativo sull'insorgenza di esternalizzazione e internalizzazione dei problemi. I minori provenienti dall'Europa dell'Est mostrano maggiori problemi di attenzione, abilità adattive minori e le relazioni interpersonali più povere rispetto agli altri minori. In questo studio in

accordo con la letteratura si registra che l'internalizzazione aumenta con l'età, mentre in contrasto con i dati disponibili non ci sono differenze rispetto al genere e al paese di provenienza. Si osservano delle associazioni tra competenza del bambino e problemi internalizzanti, ma non possiamo affermare che ci sia un nesso di causalità. Naturalmente, le ipotesi causali devono essere verificate con studi longitudinali su un campione più ampio e possono essere valutate da studi d'intervento (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Mesman, Alink, e Juffer, 2008), si dovrebbe studiare l'eventuale incidenza di aspetti critici per determinare il ruolo di attaccamento/della sensibilità verso i problemi di comportamento dei bambini, così come quella dei mediatori causali e moderatori dei suoi effetti. In questo studio l'intervento non è risultato efficace per la riduzione di problematiche emotivo-comportamentali, ma ciò si spiega col fatto che i punteggi della CBCL erano bassi già in partenza. Questo può dipendere da diversi motivi: in primis il numero limitato del campione del campione e il fatto che al post-test non erano disponibili i dati di tutti i soggetti con l'effetto di uno sbilanciamento; in secondo luogo il campione considerato non presentava problematiche di rilievo. È doveroso segnalare che all'assessment i bambini erano in famiglia da pochi mesi (il tempo medio trascorso in famiglia del nostro campione era di 10 mesi) e che la loro età media era intorno ai 33 mesi. Sarebbe interessante rivalutare la situazione al follow-up per verificare se nel medio/lungo termine (dopo l'entrata nel sistema scolastico) emergano aspetti di problematicità o meno. Nelle statistiche descrittive una percentuale minima di soggetti (bambini) rientrava nel cut off clinico della CBCL (totale dei soggetti: $n = 64$, il 14,1% rientrava nel cut off clinico, il 10,9% nel cut off border ed il 75% nel cut off norma). Sarebbe altresì interessante monitorare a lungo termine che cosa succeda al gruppo di bambini che rientravano nel cut off clinico o border per poter promuovere interventi di prevenzione o d'intervento a seconda dei casi. Inoltre dovremmo tenere conto che i genitori subiscono una procedura di screening per valutare la loro potenziale idoneità per la genitorialità adottiva e ricevono una preparazione per questo (percorsi pre-adozione offerti da servizi pubblici e associazioni) ciò potrebbe tradursi nel fatto che ci sia stata una buona selezione per l'idoneità e che essi siano arrivati motivati ad affrontare l'esperienza di cura. Dobbiamo sicuramente tenere conto di una serie di limitii di questo studio. L'osservazione dei sintomi di internalizzazione è più complicata rispetto ai sintomi di esternalizzazione che vengono espressi e risultano più evidenti (es. comportamenti aggressivi, oppositività, conflittualità accesa ecc.). La compilazione self report da parte del genitore potrebbe risentire dei bias

cognitivi del genitore stesso. Per ovviare a questo problema sarebbe utile in futuro affiancare ad uno strumento self report un'osservazione o un'indagine clinica rispetto alle problematiche e al comportamento, oppure uno strumento che rilevi le stesse variabili da parte delle insegnanti per avere un quadro più completo. Inoltre la compilazione della CBCL diretta da un intervistatore garantisce un maggior coinvolgimento dei genitori dei bambini. Nel programma, invece la batteria di questionari veniva compilata da entrambi i genitori autonomamente nelle due settimane successive all'incontro: questo non garantisce una vera affidabilità nelle modalità e nei tempi di somministrazione. Infine non si deve sottovalutare il rischio che i risultati siano influenzati da una sotto rappresentazione dei casi più gravi. Le madri potrebbero non intercettare correttamente sintomi di internalizzazione o esternalizzazione e potrebbero confonderli con manifestazioni legate al tipo di relazione di attaccamento che hanno sviluppato con il loro bambino (Meins, Fernyhough, Fradley, e Tuckey, 2001). Rimane una alternativa spiegazione metodologica che la validità dei report può variare per i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti per la natura più evidente, esplicita e osservabile di quest'ultimi. Il VIPP-SD è un programma evidence-based riconosciuto per la sua efficacia nelle famiglie a rischio o con bambini a rischio, come appunto la popolazione adottiva, (Juffer et al., 2014).

Diversi studi hanno confermato la sua efficacia nel migliorare l'atteggiamento materno attraverso la sensibilità e la disciplina sensibile e questo risulta a sua volta efficace per ridurre comportamenti iperattivi (Mesman et al., 2006). Sarebbe interessante indagare longitudinalmente come la sensibilità e l'intervento VIPP-SD/A possano sostenere le famiglie adottive e ridurre la possibilità che si manifestino problematiche comportamentali. La ricerca futura (con un campione più numeroso) potrebbe chiarire se il programma è efficace nel migliorare le interazioni madre – bambino nella diade adottiva in bambini adottati a rischio di problemi emotivo – comportamentali. Lo studio di questa popolazione e l'individuazione precoce di situazioni di rischio è fondamentale per lo sviluppo e la promozione di interventi di prevenzione efficaci che, a loro volta, potrebbero ridurre la necessità di accesso ai servizi in età scolare o adolescenziale.

Inoltre sarebbe interessante rendere più partecipe la figura paterna e confrontare i report di entrambi i genitori che hanno sicuramente un punto di vista diverso sul proprio bambino adottivo. Possiamo sicuramente concludere che le famiglie adottive necessitano di un'assistenza professionale nel post adozione, momento in cui i servizi diradano gli incontri. Anche tutte le famiglie che hanno partecipato alla ricerca hanno esplicitamente

espresso, specialmente nel caso di bambini adottati con esperienze traumatiche di maltrattamento o di abuso il bisogno di continuare a ricevere adeguato sostegno per favorire lo sviluppo socio-emotivo del bambino.

Conclusioni

Uno degli assunti di base del video-feedback VIPP, che guida l'inizio di ogni intervento, è che ogni genitore fa del suo meglio sulla base di ciò che a sua volta ha vissuto nelle proprie relazioni familiari. Ogni genitore ha delle potenzialità e delle risorse, e su queste occorre lavorare. Centrali nell'intervento sono il rinforzo positivo di quanto di buono c'è nella relazione, il focus sulla condivisione empatica delle emozioni, il valore del contatto positivo. Le sfide educative e disciplinari che i genitori devono affrontare nei primi cinque anni di vita del bambino in rapido sviluppo fisico, cognitivo e comportamentale sono grandi. Il VIPP-SD si propone appunto di supportare la famiglia e la genitorialità positiva per favorire il miglior sviluppo socio emotivo del bambino e per rinforzare nei genitori le loro competenze e risorse. Poiché esso si colloca nel panorama degli interventi evidence-based, è sostenuto da buone prove di efficacia. Questa efficacia mira ad una specifica dimensione dello sviluppo: soprattutto nella promozione della relazione madre-bambino, della sensibilità materna e della disciplina sensibile. Il VIPP aumenta la possibilità che si sviluppi un attaccamento sicuro e che il bambino acquisisca buone competenze, con il vantaggio di ridurre la probabilità che insorgano problematiche emotivo-comportamentali. Il programma è anche un intervento di prevenzione rispetto ad esiti disadattivi che possono manifestarsi in situazioni di rischio, per esempio per le minoranze etniche emigrate, o a causa di uno status socioeconomico svantaggiato, o in casi di abbandono o trascuratezza. Ovviamente, a seconda del caso, l'intervento può essere integrato con ulteriori percorsi dove il rischio è maggiore o c'è una situazione clinica conclamata. Qui entra in gioco il dialogo tra ricerca e clinica, e proprio grazie alla ricerca che ha fornito negli anni prove di efficacia rispetto al programma, si può integrare nella clinica valutando ciascun caso e progettando tempi, modalità e sviluppi. Nell'incontro con le famiglie che fanno una richiesta di aiuto rispetto alla genitorialità potrebbe essere una risorsa in più nel percorso clinico. Le risorse del programma e i punti di forza, che ne legittimano l'uso nella clinica privata, nei servizi materno-infantili, e in tutti i contesti, in cui il focus sia la genitorialità, consistono nella durata relativamente breve (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, del resto non si deve ridurre l'utilità del ritrovarsi nel piacere della relazione diadica, base sicura del bambino per esplorare il mondo e per ricevere un valido sostegno emotivo al fine di ritrovare, quindi, una rinnovata spinta all'esplorazione e alla crescita, in sicurezza (Lionetti, Barone, Juffer, Bakerman-Kranenburg, Van IJzendoorn, 2015). Dagli studi condotti in questo progetto di ricerca si è consolidata sempre di più una riflessione che mi accompagna dall'inizio del mio training sul VIPP, il desiderio di integrare il programma con un attento lavoro sulle credenze e sui comportamenti del genitore al fine di rafforzare nel medio/lungo termine i benefici dell'intervento. Personalmente rimane la curiosità e l'intenzione di studiare e approfondire come implementare il programma ed integrarlo nella pratica clinica.

APPENDICE A

Statistiche di gruppo

| | Eta_g_1_assessment T1_Mesi_assessment raggruppato | N | Media | Deviazione std. | Errore std. Media |
|--------------------------------|---|----|-------|--------------------|-------------------------|
| T1_c_CBCL_Emotionally_Reactive | 1 <= 36,00 | 27 | 2,78 | 2,694 | 0,518 |
| | 2 36,01+ | 41 | 3,41 | 2,48 | 0,387 |
| T1_c_CBCL_Anxious_Depressed | 1 <= 36,00 | 27 | 2,67 | 2,689 | 0,518 |
| | 2 36,01+ | 41 | 3,44 | 2,388 | 0,373 |
| T1_c_CBCL_Somatic_Complaints | 1 <= 36,00 | 27 | 1,96 | 1,971 | 0,379 |
| | 2 36,01+ | 41 | 2,07 | 1,836 | 0,287 |
| T1_c_CBCL_Withdrawn | 1 <= 36,00 | 27 | 1,78 | 1,45 | 0,279 |
| | 2 36,01+ | 41 | 2,78 | 2,031 | 0,317 |
| T1_c_CBCL_Sleep_problems | 1 <= 36,00 | 27 | 3,89 | 3,055 | 0,588 |
| | 2 36,01+ | 41 | 3,37 | 2,861 | 0,447 |
| T1_c_CBCL_Attention_problems | 1 <= 36,00 | 27 | 3,89 | 1,948 | 0,375 |
| | 2 36,01+ | 41 | 3,44 | 1,911 | 0,298 |
| T1_c_CBCL_Aggressive_behavior | 1 <= 36,00 | 27 | 10,07 | 3,931 | 0,757 |
| | 2 36,01+ | 41 | 10,49 | 5,114 | 0,799 |
| T1_c_CBCL_Other_problems | 1 <= 36,00 | 27 | 11,44 | 5,184 | 0,998 |
| | 2 36,01+ | 41 | 11,56 | 5,325 | 0,832 |

Test per campioni indipendenti

| | | Test di Levene di uguaglianza delle varianze | | Test t di uguaglianza delle medie | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|--|-------|-----------------------------------|--------|---------------|----------------------|----------------------------|---|-----------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-code) | Differenza fra medie | Differenza errore standard | Intervallo di confidenza per la differenza al 95% | |
| | | | | | | | | | Inferiore | Superiore |
| T1_c_CBCL_Emotionally_Reactive | Assumi varianze uguali | 0,023 | 0,879 | -1,001 | 66 | 0,32 | -0,637 | 0,636 | -1,907 | 0,633 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -0,984 | 52,489 | 0,33 | -0,637 | 0,647 | -1,935 | 0,661 |
| T1_c_CBCL_Anxious_Depressed | Assumi varianze uguali | 0,657 | 0,421 | -1,241 | 66 | 0,219 | -0,772 | 0,622 | -2,015 | 0,47 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -1,211 | 51,066 | 0,232 | -0,772 | 0,638 | -2,053 | 0,508 |
| T1_c_CBCL_Somatic_Complaints | Assumi varianze uguali | 0,126 | 0,724 | -0,235 | 66 | 0,815 | -0,11 | 0,468 | -1,045 | 0,825 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -0,232 | 52,963 | 0,818 | -0,11 | 0,475 | -1,064 | 0,843 |
| T1_c_CBCL_Withdrawn | Assumi varianze uguali | 1,088 | 0,301 | -2,217 | 66 | 0,03 | -1,003 | 0,452 | -1,906 | -0,1 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -2,373 | 65,508 | 0,021 | -1,003 | 0,422 | -1,846 | -0,159 |
| T1_c_CBCL_Sleep_problems | Assumi varianze uguali | 0,222 | 0,639 | 0,718 | 66 | 0,475 | 0,523 | 0,728 | -0,931 | 1,977 |
| | Non assumere varianze uguali | | | 0,708 | 53,181 | 0,482 | 0,523 | 0,738 | -0,958 | 2,004 |
| T1_c_CBCL_Attention_problems | Assumi varianze uguali | 0,131 | 0,719 | 0,943 | 66 | 0,349 | 0,45 | 0,477 | -0,503 | 1,403 |
| | Non assumere varianze uguali | | | 0,939 | 55,033 | 0,352 | 0,45 | 0,479 | -0,51 | 1,41 |
| T1_c_CBCL_Aggressive_behavior | Assumi varianze uguali | 1,012 | 0,318 | -0,356 | 66 | 0,723 | -0,414 | 1,161 | -2,732 | 1,904 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -0,376 | 64,319 | 0,708 | -0,414 | 1,1 | -2,611 | 1,784 |
| T1_c_CBCL_Other_problems | Assumi varianze uguali | 0,386 | 0,537 | -0,089 | 66 | 0,929 | -0,117 | 1,306 | -2,724 | 2,491 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -0,09 | 56,845 | 0,929 | -0,117 | 1,299 | -2,717 | 2,484 |

APPENDICE B

Test t per età

Statistiche di gruppo

| | T1_Mesi_assessment | N | Media | Deviazione std. | Errore std. Media |
|--------------------|--------------------|----|-------|-----------------|-------------------|
| T1_c_CBCL_INTERNAL | <= 36,00 | 27 | 9,19 | 7,432 | 1,430 |
| | 36,01+ | 41 | 11,71 | 7,257 | 1,133 |
| T1_c_CBCL_EXTERNAL | <= 36,00 | 27 | 13,96 | 5,177 | ,996 |
| | 36,01+ | 41 | 13,93 | 6,373 | ,995 |
| T1_c_CBCL_TOT | <= 36,00 | 27 | 38,48 | 17,179 | 3,306 |
| | 36,01+ | 41 | 40,56 | 17,717 | 2,767 |

Test per campioni indipendenti

| | | Test di Levene di uguaglianza delle varianze | | Test t di uguaglianza delle medie | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|--|------|-----------------------------------|--------|---------------|----------------------|----------------------------|---|-----------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-code) | Differenza fra medie | Differenza errore standard | Intervallo di confidenza per la differenza al 95% | |
| | | | | | | | | | Inferiore | Superiore |
| T1_c_CBCL_INTERNAL | Assumi varianze uguali | ,003 | ,957 | -1,389 | 66 | ,170 | -2,522 | 1,816 | -6,147 | 1,103 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -1,382 | 54,846 | ,173 | -2,522 | 1,825 | -6,179 | 1,135 |
| T1_c_CBCL_EXTERNAL | Assumi varianze uguali | ,413 | ,522 | ,025 | 66 | ,980 | ,036 | 1,470 | -2,899 | 2,971 |
| | Non assumere varianze uguali | | | ,026 | 63,002 | ,980 | ,036 | 1,408 | -2,778 | 2,851 |
| T1_c_CBCL_TOT | Assumi varianze uguali | ,132 | ,717 | -,479 | 66 | ,633 | -2,079 | 4,339 | -10,743 | 6,584 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -,482 | 57,002 | ,631 | -2,079 | 4,311 | -10,712 | 6,553 |

Test t per genere bambino

Statistiche di gruppo

| | Genere del bambino | N | Media | Deviazione std. | Errore std. Media |
|--------------------|--------------------|----|-------|-----------------|-------------------|
| T1_c_CBCL_INTERNAL | Femmina | 28 | 8,86 | 5,469 | 1,033 |
| | Maschio | 40 | 12,00 | 8,283 | 1,310 |
| T1_c_CBCL_EXTERNAL | Femmina | 28 | 14,00 | 4,823 | ,911 |
| | Maschio | 40 | 13,90 | 6,590 | 1,042 |
| T1_c_CBCL_TOT | Femmina | 28 | 38,14 | 13,137 | 2,483 |
| | Maschio | 40 | 40,85 | 19,948 | 3,154 |

Test per campioni indipendenti

| | Test di Levene di uguaglianza delle varianze | Test t di uguaglianza delle medie | | | | | | | | |
|--------------------|--|-----------------------------------|------|--------|--------|---------------|----------------------|------------------------------|---|-----------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-code) | Differenza fra medie | Differenza a errore standard | Intervallo di confidenza per la differenza al 95% | |
| | | | | | | | | | Inferiore | Superiore |
| T1_c_CBCL_INTERNAL | Assumi varianze uguali | 2,393 | ,127 | -1,756 | 66 | ,084 | -3,143 | 1,790 | -6,717 | ,431 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -1,884 | 65,825 | ,064 | -3,143 | 1,668 | -6,474 | ,188 |
| T1_c_CBCL_EXTERNAL | Assumi varianze uguali | 1,396 | ,242 | ,068 | 66 | ,946 | ,100 | 1,461 | -2,818 | 3,018 |
| | Non assumere varianze uguali | | | ,072 | 65,838 | ,943 | ,100 | 1,384 | -2,664 | 2,864 |
| T1_c_CBCL_TOT | Assumi varianze uguali | 3,455 | ,068 | -,628 | 66 | ,532 | -2,707 | 4,308 | - | 5,895 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -,674 | 65,808 | ,502 | -2,707 | 4,014 | 11,309 | 10,722 |

Test t per Paese di provenienza

Statistiche di gruppo

| | Paese origine est-non est | N | Media | Deviazione std. | Errore std. Media |
|--------------------|---------------------------|----|-------|-----------------|-------------------|
| T1_c_CBCL_INTERNAL | Altri Paesi | 52 | 10,06 | 7,258 | 1,007 |
| | Est Europa | 16 | 12,81 | 7,600 | 1,900 |
| T1_c_CBCL_EXTERNAL | Altri Paesi | 52 | 13,81 | 5,941 | ,824 |
| | Est Europa | 16 | 14,38 | 5,875 | 1,469 |
| T1_c_CBCL_TOT | Altri Paesi | 52 | 38,67 | 17,160 | 2,380 |
| | Est Europa | 16 | 43,19 | 18,317 | 4,579 |

Test per campioni indipendenti

| | | Test di Levene di uguaglianza delle varianze | | Test t di uguaglianza delle medie | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|--|------|-----------------------------------|--------|---------------|----------------------|----------------------------|---|-----------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-code) | Differenza fra medie | Differenza errore standard | Intervallo di confidenza per la differenza al 95% | |
| | | | | | | | | | Inferiore | Superiore |
| T1_c_CBCL_INTERNAL | Assumi varianze uguali | ,149 | ,701 | -1,313 | 66 | ,194 | -2,755 | 2,098 | -6,943 | 1,433 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -1,281 | 24,043 | ,212 | -2,755 | 2,150 | -7,192 | 1,683 |
| T1_c_CBCL_EXTERNAL | Assumi varianze uguali | ,196 | ,660 | -,335 | 66 | ,739 | -,567 | 1,694 | -3,950 | 2,815 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -,337 | 25,191 | ,739 | -,567 | 1,684 | -4,034 | 2,900 |
| T1_c_CBCL_TOT | Assumi varianze uguali | ,177 | ,675 | -,906 | 66 | ,368 | -4,514 | 4,983 | -14,463 | 5,434 |
| | Non assumere varianze uguali | | | -,875 | 23,688 | ,390 | -4,514 | 5,161 | -15,173 | 6,144 |

APPENDICE C

Gruppo totale

Correlazioni

| | | Emotionally Reactive | Anxious/Depressed | Somatic Complaints | Withdrawn | Sleep problems | Attention problems | Aggressive behavior | Other problems | INTERNAL | EXTERNAL | TOTAL PROB |
|------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| EAS_Child_Negro | Correlazione di Pearson Sign. (a due code) N | -,090 ,335 116 | -,065 ,488 116 | -,041 ,663 116 | -,028 ,763 116 | -,060 ,521 116 | -,134 ,151 116 | -,175 ,061 116 | -,164 ,078 116 | -,071 ,446 116 | -,178 ,056 116 | -,149 ,111 116 |
| EAS_Mother_Negro | Correlazione di Pearson Sign. (a due code) N | ,041 ,659 116 | ,021 ,822 116 | ,009 ,922 116 | -,016 ,862 116 | -,058 ,535 116 | ,003 ,973 116 | -,048 ,607 116 | -,046 ,627 116 | ,015 ,871 116 | -,034 ,719 116 | -,027 ,776 116 |

*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

**. La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

Gruppo totale a T1 e T2

Correlazioni

| Timing | | Emotionally Reactive | Anxious/Depressed | Somatic Complaints | Withdrawn | Sleep problems | Attention problems | Aggressive behavior | Other problems | INTERNAL | EXTERNAL | TOTAL PROB | |
|--------|------------------|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1 | EAS_Child_Negro | Correlazione di Pearson Sign. (a due code) N | ,029 ,820 64 | -,009 ,944 64 | ,037 ,771 64 | ,164 ,195 64 | -,045 ,727 64 | -,160 ,208 64 | -,186 ,140 64 | -,119 ,347 64 | ,057 ,656 64 | -,198 ,116 64 | -,083 ,515 64 |
| | EAS_Mother_Negro | Correlazione di Pearson Sign. (a due code) N | ,071 ,577 64 | ,033 ,795 64 | ,091 ,475 64 | ,163 ,197 64 | -,005 ,969 64 | -,067 ,599 64 | -,107 ,398 64 | -,028 ,827 64 | ,099 ,436 64 | -,106 ,403 64 | -,001 ,991 64 |
| | EAS_Child_Negro | Correlazione di Pearson Sign. (a due code) N | -,205 ,145 52 | -,122 ,389 52 | -,151 ,286 52 | -,235 ,094 52 | ,031 ,829 52 | -,173 ,221 52 | -,163 ,249 52 | -,171 ,225 52 | -,250 ,073 52 | -,182 ,196 52 | -,215 ,126 52 |
| 2 | EAS_Mother_Negro | Correlazione di Pearson Sign. (a due code) N | ,038 ,791 52 | ,016 ,912 52 | -,067 ,637 52 | -,141 ,320 52 | -,091 ,521 52 | ,029 ,840 52 | ,007 ,963 52 | -,042 ,767 52 | -,077 ,588 52 | ,016 ,908 52 | -,045 ,751 52 |

*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

**. La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

Gruppo controllo a T1 e T2

Correlazioni

| Timing | | | Emotio nally Reacti ve | Anxio us/De presse d | Som atic Com plain ts | Withd rawn | Slee p probl ems | Atten tion probl ems | Aggre ssive behav ior | Other proble ms | INTE RNA L | EXT ERN AL | TOT PRO B |
|--------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------|------------------|-----------------|
| 1 | EAS_ Child_ Negrao | Correlazione di Pearson | ,159 | ,032 | - ,037 | ,173 | -,273 | -,257 | -,320 | -,015 | ,110 | -,325 | -,092 |
| | | Sign. (a due code) | ,439 | ,877 | ,858 | ,398 | ,177 | ,205 | ,111 | ,941 | ,594 | ,105 | ,655 |
| | | N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| | EAS_ Mother _Negra o | Correlazione di Pearson | ,062 | -,052 | ,072 | ,095 | -,198 | -,172 | -,065 | ,033 | ,049 | -,099 | -,021 |
| | | Sign. (a due code) | ,765 | ,802 | ,726 | ,646 | ,333 | ,400 | ,753 | ,874 | ,812 | ,631 | ,917 |
| | | N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| 2 | EAS_ Child_ Negrao | Correlazione di Pearson | -,389 | -,305 | - ,078 | -,173 | ,033 | -,016 | -,224 | -,340 | -,273 | -,156 | -,258 |
| | | Sign. (a due code) | ,082 | ,179 | ,738 | ,453 | ,887 | ,945 | ,330 | ,132 | ,231 | ,501 | ,258 |
| | | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | EAS_ Mother _Negra o | Correlazione di Pearson | -,059 | -,156 | ,048 | -,034 | -,126 | ,146 | -,018 | -,154 | -,057 | ,045 | -,054 |
| | | Sign. (a due code) | ,799 | ,498 | ,835 | ,882 | ,587 | ,527 | ,939 | ,505 | ,806 | ,847 | ,817 |
| | | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |

** . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

* . La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Gruppo intervento a T1 e T2

Correlazioni

| Timing | | | Emotio nally Reactiv e | Anxio us/De presse d | Som atic Com plain ts | Withd rawn | Slee p probl ems | Atten tion probl ems | Aggre ssive behavi or | Other proble ms | INTE RNA L | EXTE RNA L | TOT PRO B |
|--------|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------|------------------|-----------------|
| 1 | EAS_C hild_Ne grao | Correlazione di Pearson | ,019 | -,017 | ,096 | ,193 | ,051 | -,045 | -,071 | -,067 | ,065 | -,071 | -,003 |
| | | Sign. (a due code) | ,909 | ,918 | ,564 | ,246 | ,762 | ,791 | ,673 | ,692 | ,699 | ,671 | ,985 |
| | | N | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 |
| | EAS_M other_N egrao | Correlazione di Pearson | ,091 | ,075 | ,113 | ,234 | ,066 | ,009 | -,108 | -,022 | ,136 | -,083 | ,040 |
| | | Sign. (a due code) | ,586 | ,653 | ,501 | ,157 | ,695 | ,958 | ,521 | ,897 | ,414 | ,620 | ,814 |
| | | N | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 |
| 2 | EAS_C hild_Ne grao | Correlazione di Pearson | -,091 | ,032 | -,253 | -,323 | ,026 | -,388* | -,157 | -,085 | -,254 | -,275 | -,229 |
| | | Sign. (a due code) | ,627 | ,863 | ,169 | ,077 | ,891 | ,031 | ,399 | ,648 | ,169 | ,134 | ,216 |
| | | N | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 |
| | EAS_M other_N egrao | Correlazione di Pearson | ,197 | ,232 | -,305 | -,363* | -,119 | -,277 | -,084 | -,083 | -,150 | -,178 | -,165 |
| | | Sign. (a due code) | ,288 | ,210 | ,096 | ,045 | ,524 | ,131 | ,652 | ,657 | ,419 | ,339 | ,375 |
| | | N | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 | 31 |

* . La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

Bibliografia

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). Manual for the ASEBA preschool forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Adam EK, Gunnar MR, Tanaka A. (2004). Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: mediator and moderator models. *Child Development*. 75(1):110-22.
- Ainsworth M. D. S. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction. Lrf. S. Rosenblatt, R. A. Hinde, C. Beer, & M. Busnel (Eds.), *Advances in the study of behavior* (Vol. 9). New York: Academic Press,.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. (1974). Infant-mother attachment and social development. In M. P. Richards (Ed.), *The introduction of the child into a social world* (pp. 99-135). London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. S.; Blehar, M. C.; Waters, E.; & Wall, S. (1978). *The strange situation: observing pat-terns of attachment*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Alink, L. R. A., Mesman, J., Van Zeijl, J., Stolk, M. N., Juffer, F., Koot, H. M., et al. (2006). The early childhood aggression curve: Development of physical aggression in 10- to 50-month-old children. *Child Development*, 77, 954 –966.
- Aviezer O., Sagi A, Joels T, Ziv Y. (1999). Emotional availability and attachment representations in kibbutz infants and their mothers. *Development and Psychopathology*.;35(3):811-21.
- Barone L., Lionetti F. (2011a). Attaccamento in età prescolare e comprensione delle emozioni: una ricerca nell'ambito della adozione. In I. Grazzani Gavazzi, C. Riva Crugnola (a cura di), *Lo sviluppo della competenza emotiva dall'infanzia all'adolescenza. Percorsi tipici e atipici e strumenti di valutazione*. Unicopli, Milano, pp. 137-150.
- Barone L., Lionetti F. (2011b), Attachment and Emotional Understanding: A Study on Late-adopted Pre-schoolers and Their Parents. *Child: Care, Health and Development*, pp. 1-7.
- Barone L., Lionetti F. (2012). Attachment and social competence: A study using MCAST with Italian low-risk preschoolers: *Attachment and Human Development* , 14, 4, 391-403.

- Barone L., Lionetti F., Alagna C., Dellagiulia A., Rigobello L., Promoting Emotional Availability in mothers of late adopted children: A randomized controlled trial using the VIPP-SD, Presentazione al congress 7th International Attachment Conference, 6-8 agosto 2015, New York Supportare la genitorialità 75 76.
- Barone L., Lionetti F., Gli interventi evidence-based a sostegno della genitorialità: il contributo della teoria dell'attaccamento, (2013). in Lambruschi F., Muratori P., (a cura di), *Psicopatologia e Psicoterapia dei Disturbi della Condotta*, pp. 239-57, Carocci, Roma.
- Barone L., Lo Coco A., Menesini E., Promoting Children's Development: Evidence Based Interventions in Family and School Context, AIP International Winter School, Firenze, 20-22 novembre 2014.
- Barone, L. & Biringen, Z. (2007). Le scale per la valutazione della disponibilità emotionale (Emotional Availability Scales-EAS). In L. Barone, *Emozioni e sviluppo. Percorsi tipici e atipici*. Rome: Carocci.
- Barone, L. & Lionetti, F. (2012) Attachment and social competence: A study using MCAST with Italian low-risk preschoolers. *Attachment and Human Development*, 14 (4), pp 391-403.
- 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*, doi: 10.1002/car.2365.
- Barone, L., Lionetti F., Dellagiulia A., Alagna C., Rigobello L., (2016). Pavia Adoption Study: studio sull'efficacia di un intervento evidence based basato sull'attaccamento. XXVIII Congresso Nazionale Sezione di Psicologia dello sviluppo e dell'educazione Vicenza.
- Barone, L., Lionetti, F., Dellagiulia, A., Alagna, C. & Rigobello, L. (2015). Attachment-based interventions within and beyond the family: Effectiveness of VIPP-SD in three European countries. *7th International Attachment Conference*, New York.
- Beckwith, L. (2000). Prevention science and prevention programs. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 439–456). New York: Guilford Press.
- Beebe, B. B., & Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165.
- Beebe, B., & Stern, D. N. (1977). Comportamenti di impegno e disimpegno e prime relazioni oggettuali. In D. N. Stern (Ed.), *Le interazioni madre-bambino* (pp. 97-117). Milano: Raffaello Cortina.

- Beeghly, M. (2012). A developmental psychopathology perspective on emotional availability research: Current trends and challenges. *Development and Psychopathology*, 24(1), 107–111.
- Belsky J., Woodworth, S., Crnic K. (1996). Trouble in the Second Year: Three Questions about Family Interaction. *Child Development*, Volume 67, Issue 2, Pages 556–578.
- Benasich, A. A., Brooks-Gunn, J., & Clewell, B. C. (1992). How do mothers benefit from early intervention programs? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 13, 363–376.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulletin*, 88(3), 588.
- 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, Matheny A, Bretherton I, Renouf A, Sherman M. (2000). Maternal representation of the self as parent: Connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attachment & Human Development*.;2:218–232.
- Biringen, Z. (2000). Emotional availability: Conceptualisation and research findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 104–114.
- Biringen, Z. (2008). The EA Professionals and Parent Curricula. Available at <http://www.emotionalavailability.com>. And The Emotional Availability Scales, 4th ed.
- Biringen, Z., & Easterbrooks, M. A. (2012). The integration of emotional availability into a developmental psychopathology framework: Reflections on the Special Section and future directions. *Development and Psychopathology*, 24(1), 137–142.
- Biringen, Z., Altenhofen, S., Aberle, J., Baker, M., Brosal, A., Bennett, S., Swaim, R. (2012). Emotional availability, attachment, and intervention in center-based child care for infants and toddlers. *Development and Psychopathology*, 24(1), 23–34.
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34(2), 114–167.
- Biringen, Z.; Robinson, J.A. (1991). Emotional availability in mother-child interactions: A reconceptualization for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 61(2), 258–271.

- Bollen, K. A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods & Research*, 17(3), 303-316.
- Bornstein, M. H., Suwalsky, J. T. D., & Breakstone, D. a. (2012). Emotional relationships between mothers and infants: Knowns, unknowns, and unknown unknowns. *Development and Psychopathology*, 24(1), 113–123.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. I. Attachment. London: Hogarth Press. Trad. it. Attaccamento e perdita. I. L'attaccamento alla madre. Torino: Boringhieri, 1972.
- Bowlby, J. (1979). The Making and Breaking of Affectional Bonds. London: Tavistock. Trad. it. Costruzione e rottura dei legami affettivi. Milano: Raffaello Cortina, 1986.
- Bowlby, J. (1982): Costruzione e rottura dei legami affettivi, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bowlby, J. (1988). A Secure Base. London: Routledge. Trad. it. Una base sicura. Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Bradley, R. H. (1993). Children's home environments, health, behavior, and intervention efforts: A review using the HOME inventory as a marker measure. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 119, 439–490.
- Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child Development*, 72, 252–270.
- Bretherton I., Munholland K. A., (1999). Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited In J. Cassidy and P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment Theory and Research*. New York: Guilford Press.
- Brodzinsky, D.M. (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. In The psychology of adoption. D.M. Brodzinsky and M. Schechter, eds. New York: Oxford University Press.
- Bronfenbrenner, U. Experimental human ecology: A reorientation to 'theory and research on socialization. *Paper presented as an invited address at the meeting of the American Psychological Association*, New Orleans, August 1974.
- Burke JD1, Loeber R, Birmaher B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;41(11):1275-93.
- Butterworth G., (1998). Origins of joint visual attention in infancy. *Monographs of the society for research in child development*. Volume 63, Issue 4. Pages 144–166.
- Campbell, S.B. (1995), Behaviour problems in preschool children: A review of recent research, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 36, no. 1, pp. 115–19.

- Carlson EA. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation *Child Development*. 69(4):1107-28.
- Cassidy J., (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationship. Monographs of the society for research in child development. Volume 59, Issue 2-3. Pages 228–249
- Cederblad M, Høeoeck B, Irhammar M, Mercke AM. (1999). Mental health in international adoptees as teenagers and young adults: an epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*.;40:1239-1248.
- Cermak SA, Daunhauer LA. (1997). Sensory processing in the postinstitutionalized child. *Am J Occup Ther*. 51:500-507.
- Ciciolla, L., Crnic, K., Flamini, L., Morrison, D., & Logsdon, M. C. (2011). Emotional availability of mothers to children across the developmental period. In *Maternal Sensitivity: A Scientific Foundation for Practice* (pp. 71–94). Nova Science Publishers, Inc.
- Cohen, J. (1992a). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1(3), 98-101.
- Cohen, J. (1992b). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159.
- Conger RD1, Donnellan MB. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annu. Rev. Psychol.*;58:175-99.
- Connell AM, Goodman SH. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. *Psychol. Bull.* 128(5):746-73.
- Coplan, R. J., Hastings, P. D., Lagacé-Séguin, D. G., & Moulton, C. E. (2002). Authoritative and authoritarian mothers' parenting goals, attributions, and emotions across different child-rearing contexts. *Parenting: Science and Practice*, 2, 1–26.
- Coppola, G., Vaughn, B.E., Cassibba, R. Costantini, A. (2006). The attachment script representation procedure in an Italian sample: Associations with Adult Attachment Interview scales and with maternal sensitivity. *Attachment & Human Development*, 8(3), 209-219.
- Crowell, Judith A.; Feldman, S. Shirley (1991). Mothers' working models of attachment relationships and mother and child behavior during separation and reunion. *Developmental Psychology*, Vol 27(4), 597-605.
- Daggett, J., O'Brien, M., Zanolli, K., & Peyton, V. (2000). Parents' attitudes about children: Associations with parental life histories and child-rearing quality. *Journal of Family Psychology*, 14, 187–199.

- De Wolff, M., & Van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A metaanalysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Dozier M., Rutter M. (2008), Challenges to the Development of Attachment Relationships Faced by Young Children in Foster and Adoptive Care. In J. Cassidy, P. R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. Guilford Press, New York (ii ed.), pp. 102-29.
- 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(1), 65–78.
- Easterbrooks, M., 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.
- Eddy, J. M., Leve, L. D., & Fagot, B. I. (2001). Coercive family processes: A replication and extension of Patterson’s coercion model. *Aggressive Behavior*.
- Edwards, C.P., & Liu, W. (2002). Parenting toddlers. In M. L. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, Second edition. Vol. I: Children and Parenting* (pp. 45-72). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Egeland, B., Weinfield, N. S., Bosquet, M., & Cheng, V. K. (2000). Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *Handbook of infant mental health. Vol. 4: Infant mental health in groups at high risk* (pp. 35–89). New York: Wiley.
- Eisenberg, N., Losoya, S., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., Reiser, M., Murphy, B., Padgett, S. J. (2001). Parental socialization of children’s dysregulated expression of emotion and externalizing problems. *Journal of Family Psychology*, 15, 183–205.
- Ekmekci, H.; Malda, M.; Yagmur, S.; Van IJzendoorn, M.H.; Bakermans-Kranenburg, M. J.; Mesman, J. (2016). The discrepancy between sensitivity beliefs and sensitive parenting behaviors of ethnic majority and ethnic minority mothers. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, Vol 48(1), 60-67.
- Emde, R. (1980). Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In P. M. Taylor (Ed.), *Parent-infant relationships*. (pp. 87-115). Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Emde, R. N. (2012). Emotional availability: Critical questions and research horizons. *Development and Psychopathology*, 24(1), 125–129.

- Emmen, R. a. G., Malda, M., Mesman, J., Ekmekci, H., & Van IJzendoorn, M. H. (2012). Sensitive parenting as a cross-cultural ideal: sensitivity beliefs of Dutch, Moroccan, and Turkish mothers in the Netherlands. *Attachment & Human Development*, 14(6),
- Emmen, R. A. G., Malda, M., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Prevoe, M. J. L., & Yeniad, N. (2013). Socioeconomic status and parenting in ethnic minority families: Testing a minority family stress model. *Journal of Family Psychology*, 27, 896–904.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Goldwyn R., Stanley C., Smith V., Green J., (2000). The Manchester Child Attachment Story Task: Relationship with parental AAI, SAT and child behaviour. *Attachment & Human Development* 2(1):71-84
- Greenberg M. T, Speltz M.L., DeKlyen M., Endriga M. C. (1991). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. *Development and psychopathology*, pp. 413-430.
- Groh AM, Roisman GI, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RP. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*.;83:591–610
- Groza V1, Ryan SD. (2002). Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs and international adoptions. *Psychoneuroendocrinology*. 27(1-2):181-97.
- Gunnar, M. R., Van Dulmen, M. H. M., & The International Adoption Project Team. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 19, 129–148.
- Hawk, B. N., & McCall, R. B. (2011). Specific extreme behaviors of postinstitutionalized Russian adoptees. *Developmental Psychology*, 47, 732–738.
- Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]*. Retrieved from <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Heinicke, C. M., Beckwith, L., & Thompson, A. (1988). Early intervention in the family system: A framework and review. *Infant Mental Health Journal*, 9, 111–141.
- Hill J1, Fonagy P, Safier E, Sargent J. (2003). The ecology of attachment in the family. *Fam Process*.42(2):205-21.

- Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. (2002). Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet*. 360:443-448.
- Hollingshead, A.B. (1975). Four factor index of social status. Manoscritto non pubblicato, Yale University, Department of Sociology, New Haven.
- Jaffe J., Beebe B., Feldstein S., Crown CL., Jasnow MD. (2001). Rhythms of dialogue in infancy: coordinated timing in development. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.*; 66(2):i-viii, 1-132.
- Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7, 34 –60.
- Joosen KJ1, Mesman J, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. (2012). Maternal sensitivity to infants in various settings predicts harsh discipline in toddlerhood. *Attach Hum Dev*. 14(2):101-17.
- 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.), *The Routledge Handbook of Attachment: Implications and Interventions*, Routledge, pp. 83-103.
- Juffer F, Hoksbergen RA, Riksen-Walraven JM, Kohnstamm GA. (1997). Early intervention in adoptive families: supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *J. Child Psychol Psychiatry*, 38(8):1039-50.
- Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2501–2515.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2008). Promoting Positive Parenting: An attachment-based intervention. New York: *Francis & Taylor*.
- Kiang, L., Moreno, A. J., & Robinson, J. L. (2004). Maternal preconceptions about parenting predict child temperament, maternal sensitivity, and children's empathy. *Developmental Psychology*, 40, 1081–1092.
- Knuiman S., Rijk C.H. A. M., Hoksbergen R. A. C, and. van Baar A. L. (2014). Pre-adoptive risk factors and behavioural problems in children adopted from Poland. *European Journal Of Developmental Psychology* Vol. 11 , Iss. 6,.
- Knuiman, S., Rijk, C. H. A. M., Hoksbergen, R. A. C., & Van Baar, A. L. (2013). Children without parental care in Poland: Foster care, institutionalization and adoption. *International Social Work*. Advance online publication.

- Kochanska G1, Murray KT, Harlan ET. (2000). Effortful control in early childhood: continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Dev Psychol.* 36(2):220-32.
- Kochanska, G., Kuczynski, L., & Radke-Yarrow, M. (1989). Correspondence between mothers' self-reported and observed child-rearing practices. *Child Development*, 60, 56–63.
- Kreppner, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., ... Sonuga-Barke, E. J. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology*, 43, 931–946.
- Lagerberg, D. (2000). Secondary prevention in child health: Effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables. *Acta Paediatrica Supplements*, 434, 43–52.
- Lamb, M. E., Thompson, R. A., Gardner, W. P., Charnov, E. L., & Estes, D. (1984). Security of infantile attachment as assessed in the "strange situation": Its study and biological interpretation. *The Behavioral and Brain Sciences*, 7, 127-171.
- Landgren, M., Andersson Groönlund, M., Elfstrand, P., Simonsson, J., Svensson, L., & Stroömland, K. (2006). Health before and after adoption from Eastern Europe. *Acta Paediatrica*, 95, 720–725.
- Landgren, M., Svensson, L., Stroömland, K., & Andersson Groönlund, M. (2010). Prenatal alcohol exposure and neurodevelopmental disorders in children adopted from Eastern Europe. *Pediatrics*, 125, 1178–1185.
- Lieberman, A., & Zeanah, C. H. (1999). Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 555-574). New York: Guilford Press.
- Lionetti F., Barone L., Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J., Van IJzendoorn M.H., (2015) Lavorare con il genitore per sostenere il benessere del bambino: il protocollo VIPP-SD tra promozione della sensibilità e della disciplina sensibile, in Lambruschi L., Lionetti F., (a cura di), *Strumenti di valutazione e interventi di sostegno alla genitorialità*, Carocci, Roma.
- Lionetti F., Chiesa C., Barone L., (2015). Supportare la genitorialità. Il protocollo di Video- feedback VIPP-SD tra clinica e ricerca. *Quaderni di psicologia analisi transazionale e scienze umane*. Le origini del legame genitori e figli. n 64/2015.
- Lionetti, F. (2014). What promotes secure attachment in early adoption? The protective roles of infant's temperament and adoptive parents' attachment. *Attachment and Human Development*, 16 (6), 573-589.

- Lionetti, F., Pastore, M. & Barone, L. (2015). Parenting stress: The roles of attachment state of mind and parenting alliance in the context of adoption. *Parenting: Science and Practice*, 15 (2). 75-91
- Lionetti, F., Pastore, M., Barone, L. (2015b): Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis, *Child Abuse and Neglect. The International Journal*, 42, 135–145.
- Lojkasek, M., Cohen, N., & Muir, E. (1994). Where is the infant in infant intervention? A review of the literature on changing troubled mother– infant relationships. *Psychotherapy*, 31, 208–220.
- Lorenzini R., Sassaroli S. (2000). *La mente prigioniera. Strategie di terapia cognitiva.* Raffaello Cortina Editore.
- Lyons-Ruth K, Bronfman E, Atwood G. A (1999). Relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother–infant interaction. In: Solomon J, George C, editors. *Attachment disorganization.* Guilford Press; New York: pp. 33–70.
- Lyons-Ruth K, Connell D, Grunebaum H, Botein S. (1990). Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development.*;61:85–98.
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family LESS IS MORE 213 wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1127–1149.
- Main M., Hesse E., (1990) "Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?" In Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M., *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention.* pp. 161-182. University of Chicago Press, Chicago.
- Main M., Solomon J. (1990), “Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation”. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years. Theory, research and intervention*, University of Chicago Press, Chicago, 121-160.
- Main M., Weston D.R. (1982), “Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations”. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde’s (Eds), *The Place of Attachment in Human Behavior*, Tavistock, London, 31-59.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209), 66-104.
- Mancini, F. e Gangemi, A(2004). Il ragionamento emozionale come fattore di mantenimento della patologia. *Sistemi Intelligenti*, 2, 237-254.

- Marsh, H. W., Hau, K. T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural equation modeling*, 11(3), 320-341.
- Merz, E. C., & McCall, R. B. (2010). Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 459–470.
- Mesman, J. (2015). Is the ideal mother a sensitive mother? Beliefs about early childhood parenting in mothers across the globe. *International Journal of Behavioral Development*. 1-13.
- 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.
- Miller, L., Chan, W., Tirella, L., & Perrin, E. (2009). Outcomes of children adopted from Eastern Europe. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 289 – 298.
- Musser, E. D., Kaiser-Laurent, H., & Ablow, J. C. (2012). The neural correlates of maternal sensitivity: An fMRI study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2, 428–436.
- Negrao M., Pereira M., Soares I., Mesman J., (2014). Enhancing positive parent-child interactions and family functioning in a poverty sample: a randomized control trial, in *Attachment & Human Development*, 16 (4), pp. 315-328.
- Negrão, M., Pereira, M., Soares, I., & Mesman, J. (2015). Maternal attachment representations in relation to emotional availability and discipline behaviour. *European Journal of Developmental Psychology*, 5629(February), 1–17.
- Ongari, B., & Tomasi, F. (2013). Rappresentazioni dell' attaccamento e interazioni tra i bambini adottati e i loro genitori. Indicazioni qualitative da una ricerca-azione.
- Oppenheim, D. (2012). Emotional availability: Research advances and theoretical questions. *Development and Psychopathology*, 24(1), 131–136.
- Pace, S., Zavattini, G. C., & Laghi, F. (2013). Modelli di attaccamento e adozione: uno studio-pilota sui bambini adottati tardivamente e le madri adottive, XXX, 11–24.
- Palacios J Sánchez Y. (1996). Niños adoptados y no adoptados: un estudio comparativo. *Anuario de Psicología*. nV1,63-85 O 1996, Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona.
- Pastore, M. (2014). La significatività della significatività. *Giornale Italiano Di Psicologia*, 41(1), 99–104.

- Patterson G.R., (1982). Coercive family process, Eugene, OR, Castalia.
- Pederson DR, Gleason KE, Moran G, Bento S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Dev Psychol.*;34(5):925-33.
- Pianta, R. C., Egeland, B., & Adam, E. K. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory—2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 273–281.
- Rijk, C. H. A. M., Hoksbergen, R. A. C., & Ter Laak, J. (2010). Development of behavioural problems in children adopted from Romania to the Netherlands, after a period of deprivation. *European Journal of Developmental Psychology*, 7, 233–248.
- Riva Crugnola (a cura di) (1993). Lo sviluppo affettivo del bambino, Milano: Raffaello Cortina.
- Rutter M., (1995). Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect. *The journal of child psychology and psychiatry*. Volume 36, Issue 4, Pages 549–571.
- Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., Sonuga-Barke, E. (2007). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology*, 4, 332–350.
- Saunders H., Kraus A., Barone L., Biringen Z. (2015). Emotional availability: theory, research, and intervention. *Frontiers in Psychology*. 2015; 6: 1069.
- Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment, “mindsight” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 67-94.
- Sigel, I. E., & McGillicuddy-De Lisi, A. V. (2002). Parent beliefs are cognitions: The dynamic belief systems model. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 3. Being and becoming a parent* (2nd ed., pp. 485–501). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Spitz, R. A. (1965). *The First Year of Life. A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations*. New York: International Universities Press, inc.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Stams GJ, Juffer F, Rispens J, Hoksbergen RA. (2000). The development and adjustment of 7-year-old children adopted in infancy. *J Child Psychol Psychiatry*. 41:1025-1037.

- Steiger, J. H., & Lind, J. C. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. In *Annual meeting of the Psychometric Society, Iowa City, IA* (Vol. 758, pp. 424-453).
- Stern D. N., (1999). *Diario di un bambino*. Mondadori
- Stern DN. (1985). *The inter personal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Sullivan, R., Wilson, D. A., Feldon, J., Yee, B. K., Meyer, U., Richter-Levin, G., ... Braun, K. (2006). The international society for developmental psychobiology annual meeting symposium: Impact of early life experiences on brain and behavioral development. *Developmental Psychobiology*, 48, 583 –602.
- Tarabuls G. M, St-Laurent D., Cyr C., Pascuzzo K., Moss E., Bernier, K. Dubois-Comtois A. (2008). Attachment-Based Intervention for Maltreating Families. *American Journal of Orthopsychiatry*. Volume 78, Issue 3. Pages 322–332.
- Trevarthen, C., (1993) The self born in intersubjectivity. In Neuser, U. *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self Knowledge* Cambridge University Press, Cambridge, MA.
- Tronik E. Z., (1989) Emotion and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 2, pp. 112-119. Tr. It. In: Riva Crugnola, C., (1999) *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Cortina, Milano.
- Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1-10.
- Van den Dries L., Juffer F., Van IJzendoorn M. H., Bakermans-Kranenburg M. (2009), Fostering Security? A Meta-analysis of Attachment in Adopted Children. *Children and Youth Services Review*, 31, pp. 410-21.
- Van der Vegt, E. J. M., Van der Ende, J., Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2009). Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: Evidence for long lasting effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 239– 249.
- Van IJzendoorn M.H. (1995), Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta-analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, pp. 387-403.
- Van IJzendoorn M. H., Bakermans-Kranenburg M. J. (1996), Attachment Representations in Mothers, Fathers, Adolescents, and Clinical Groups: A Meta-Analytic Search for Normative Data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, pp. 8-21.
- Van IJzendoorn M.H., Juffer F. (2005), Adoption is a Successful Natural Intervention Enhancing Adopted Children's iq and School Performance. *Current Directions in Psychological Science*, 14, pp. 326-30.

- 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*, 47, 12, pp. 1228-45.
- Van IJzendoorn M.H, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol. Spring*;11(2):225-49.
- Van IJzendoorn, M.H., Juffer, F., & Duyvesteyn, M. G. C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 225– 248.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., . . . Alink, L. R. A. (2006). Attachmentbased 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, 994–1005.
- Verhulst, F. C., Althaus, M., & Versluis-Den Bieman, H. J. M. (1990). Problem behavior in international adoptees: I. An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 94–103.
- Voorthuis, A., Out, D., van der Veen, R., Bhandari, R., Van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). One doll fits all: Validation of the Leiden Infant Simulator Sensitivity Assessment (LISSA). *Attachment & Human Development*, 15, 603–617.
- Vorria P, Papaligoura Z, Dunn J, Van IJzendoorn M.H, Steele H, Kontopoulou A, Sarafidou J. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 44:1208–1220.
- Zeanah CH, Smyke AT, Koga S, Carlson E. (2005). the BEIP Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*. 76:1015–1028.
- Zeanah, C. H., Egger, H. L., Smyke, A. T., Nelson, C. A., Fox, N. A., Marshall, P. J., & Guthrie, D. (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *American Journal of Psychiatry*, 166, 777–785.

Ringraziamenti

Questo dottorato inizia esattamente due mesi dopo la nascita di mio figlio Mattia a cui dedico il mio primo ringraziamento. Grazie dei tuoi sorrisi, del tuo saper annullare la fatica ogni volta che ci abbracciamo, coccoliamo o giochiamo insieme. Grazie della tua spensieratezza, del tuo entusiasmo per le nuove scoperte, della tua vivacità con cui mi coinvolgi quando balliamo ascoltando Jovanotti, grazie a te che sei “*sostanza dei sogni miei*”. Diventare madre mentre si studia l’attaccamento, si diventa VIPP intervener, si lavora con bambini e famiglie, mi ha fatto vivere questa esperienza intensamente e con uno sguardo curioso ma allo stesso tempo attento. Aggiungerei anche che ha promosso e migliorato la mia sensibilità come madre, come terapeuta e come intervener. Ringrazio la mia responsabile, la prof.ssa Lavinia Barone per avermi dato la possibilità di percorrere questa strada. Ringrazio i miei colleghi, per cui nutro una sincera stima, ottimi compagni di lavoro con cui abbiamo creato un team affiatato e di sostegno reciproco, in particolare Francesca Lionetti per la sua “sensibile e gentile” competenza, Cinzia Alagna e Antonio Dellagiulia con cui ho condiviso soddisfazioni e fatiche. Un grazie anche ad Antonio Palummieri. Ringrazio anche tutti i bambini e le famiglie che ho incontrato per avermi accolto nelle loro case e per aver partecipato a questo progetto. Grazie a mio marito Stefano per avermi sopportata e aiutata. Infine un grazie ad una persona fondamentale della mia vita, mia madre, che ha sempre creduto in me sostenendomi nei momenti di difficoltà e standomi vicina nel momento del bisogno. Grazie per essere una madre sensibile ed una nonna speciale, un porto sicuro dove tornare, un esempio, un punto fermo a cui fare riferimento. Grazie anche a me per aver tenuto duro e per non essermi fatta scoraggiare dalla fatica. Infondo come dice qualcuno “... *non c’è scommessa più persa di quella che non giocherò, non c’è montagna più alta di quella che non scalerò...*” ed io questa scommessa me la sono giocata e questa montagna scalata.