



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRENTO
Dipartimento di Scienze della Cognizione
e della Formazione

Dottorato in Scienze della Cognizione e della Formazione

Ciclo XXII

Tesi di Dottorato

**L'INTERVENTO DI SUPPORTO ALL'INTERAZIONE
GENITORE BAMBINO NELLE CONDIZIONI
DI SVILUPPO ATIPICO**

Supervisore: Prof.ssa Paola Venuti

Coordinatore: Prof. Nicolao Bonini

Dottoranda: Floriana La Femina

Anno Accademico 2008-2009

*A mio figlio
che mi ha insegnato
la gioia e le difficoltà
di essere madre*

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: LA RELAZIONE GENITORE BAMBINO E LE IMPLICAZIONI SULLO SVILUPPO MENTALE	3
1.1 L'intersoggettività	4
1.2 La disponibilità emotiva diadica	12
1.3 Lo sviluppo mentale del bambino	15
CAPITOLO 2: LE ALTERAZIONI DELLA RELAZIONE GENITORE- BAMBINO	19
2.1 I Disturbi dello Spettro Autistico (DSA)	20
2.2 La relazione genitore bambino con DSA	23
2.3 Il Ritardo Mentale (RM)	24
2.4 La relazione genitore bambino con RM	25
CAPITOLO 3: I TRATTAMENTI NELLO SVILUPPO ATIPICO	29
3.1 Gli interventi focalizzati sul comportamento	29
3.2 Gli interventi focalizzati sullo sviluppo	34
3.3 Gli interventi focalizzati sulla relazione	38
CAPITOLO 4: L'INTERVENTO DI SUPPORTO EMOTIVO E ATTIVAZIONE DELL'INTERSOGGETTIVITÀ NELLE DIADI GENITORE BAMBINO	50
4.1 Il Background teorico	50
4.2 Ricerche sulle alterazioni dell'intersoggettività nello sviluppo atipico	51
4.3 Prime applicazioni del metodo SEAI	54
4.4 Il modello SEAI applicato alle diadi genitore bambino	55
4.5 Scopo e obiettivi del metodo SEAI	55
4.6 Setting e frequenza	58
4.7 Modalità di intervento nel lavoro sull'interazione	61
4.8 Fasi dell'intervento	66

CAPITOLO 5: LA RICERCA	69
5.1 Scopo dello studio	69
5.2 Obiettivi	70
5.3 Partecipanti	70
5.4 Disegno di ricerca	73
5.5 Setting	74
5.6 Procedura	74
5.7 Strumenti	75
5.8 Analisi dei dati	80
CAPITOLO 6: EFFETTI DEL TRATTAMENTO SUL GENITORE	82
6.1 Risultati disponibilità emotiva su singoli casi	83
6.2 Risultati comportamenti di condivisione sincronica su singoli casi	87
6.3 Risultati su singoli casi del cambiamento delle rappresentazioni del genitore: descrizione del bambino, maturità difensiva, funzionamento riflessivo e stress parentale	91
6.4 Il cambiamento del comportamento interattivo: confronto tra soggetti	101
6.5 Il cambiamento delle rappresentazioni: un confronto tra soggetti	103
6.6 Discussione	105
CAPITOLO 7: GLI EFFETTI DEL TRATTAMENTO SULL'INTERAZIONE GENITORE-BAMBINO	108
7.1 Risultati disponibilità emotiva nelle singole diadi	109
7.2 Risultati sincronia nelle singole diadi	113
7.3 Il cambiamento dell'interazione un confronto tra le diadi	117
7.4 Discussione	119
CAPITOLO 8: GLI EFFETTI DEL TRATTAMENTO SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO	121
8.1 Gli effetti del trattamento sulle capacità di autoregolazione	121
8.2 I cambiamenti nell'autoregolazione: un confronto tra soggetti	128
8.3 Effetti del trattamento sulla reciprocità	130
8.4 I cambiamenti nel livello di reciprocità: un confronto tra soggetti	135

8.5 Effetti del trattamento sull'intenzionalità	137
8.6 Effetti del trattamento sull'intenzionalità: un confronto tra soggetti	139
8.7 Discussione	140
CAPITOLO 9: EFFETTI DEL TRATTAMENTO	141
9.1 Effetti generali sulle capacità interattive del genitore	142
9.2 Effetti generali sulle rappresentazioni del genitore	145
9.3 Effetti generali sull'interazione genitore bambino	147
9.4 Effetti generali sullo sviluppo del bambino	149
9.5 Discussione	151
CAPITOLO 10: CONCLUSIONI	154
BIBLIOGRAFIA	161
APPENDICE N. 1: GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE	180
APPENDICE N. 2: RISULTATI	197
RINGRAZIAMENTI	206

INTRODUZIONE

Scrivere un'introduzione di un lavoro l'ho sempre trovata un'esperienza importante perché rappresenta il momento in cui ci si ferma a riflettere su quale siano le reali motivazioni che ci hanno spinto ad investire gran parte del nostro tempo e delle nostre energie in un progetto. Quando mi sono posta questo interrogativo tante risposte si sono affollate nella mia mente tra cui il lavorare in un Laboratorio che si occupa da anni di ricerca e intervento con bambini con sviluppo atipico (ed in particolare con i Disturbi dello Spettro Autistico), il condividere con il gruppo di clinici e di ricercatori coordinati dalla prof.ssa Venuti il quesito su quale sia la forma di intervento più adeguata per i bambini con gravi disturbi dello sviluppo nei primi anni di vita e su come si potevano aiutare le famiglie nel gestire le difficoltà connesse al prendersi cura di un bambino con un quadro evolutivo così alterato. La letteratura internazionale oramai abbonda di ricerche condotte sui parent training dimostrandone l'efficacia e i potenti effetti sullo sviluppo del bambino, e questo sicuramente ha spinto il gruppo di lavoro a includere all'interno dei trattamenti offerti una modalità di intervento che coinvolgesse direttamente il genitore. Oltre alla curiosità, ciò che ci ha spinti a sperimentare gli effetti di questa tecnica era la constatazione ormai sempre più forte che i progressi fatti dai bambini con Disturbo dello Spettro Autistico nei trattamenti individuali erano difficilmente generalizzabili al contesto familiare nonostante i genitori fossero supportati su un piano emotivo. La sensazione che avevamo nel trattare questi genitori era che nonostante avessero *compreso* molte cose sul proprio figlio rimaneva una sorta di incapacità a *capire* cosa fare con loro ma soprattutto come fare, e questo al di là dei suggerimenti forniti.

Così quando la professoressa Venuti, durante un viaggio per un congresso organizzato dall'Associazione di Salute Mentale Infantile, mi ha proposto di iniziare un trattamento congiunto con un bambino con diagnosi di DSA di due anni e mezzo ho accettato senza remore. Ora a distanza di 3 anni mi chiedo cosa è che mi ha spinto realmente a passare ore in una stanza con un bambino che camminava in maniera stereotipata sul davanzale di una finestra, con lo sguardo fisso nel vuoto e un viso inespressivo mentre un genitore provava senza successo a farsi guardare negli occhi o farlo giocare con una palla. È improvvisamente mi è venuto in mente un episodio che mi è capitato circa 10 anni fa quando ero studentessa presso la Facoltà di Psicologia e ignara dell'esistenza delle terapie congiunte. Ero al mare a festeggiare con i miei amici la giornata del lunedì di

pasquetta, quando sento dei cuccioli di cane lamentarsi. Dietro ad un cespuglio c'erano tre cagnolini di pochi giorni che si lamentavano dalla fame. Quando mi sono avvicinata loro con del latte la madre ha iniziato ad abbaiare con molta furia evitando che io mi avvicinassi. La mia reazione fu di altrettanta rabbia perché pensavo “*ma che razza di madre è che non mi lascia dar da mangiare ai suoi cuccioli che ne hanno così tanto bisogno?*” e così mentre stavo per allontanarmi l'ho guardata bene e lei era ancora più malnutrita dei suoi cuccioli. A questo punto le ho dato il latte che avevo preso e quando ha finito di berlo l'ho accarezzata, si è sdraiata a miei piedi e si è lasciata coccolare. Dopo un po' i suoi cuccioli si sono avvicinati e quel punto lei ha lasciato che io li prendessi in braccio. Anche se in questa situazione l'oggetto della mia osservazione non era la relazione madre bambino, la convinzione che non si possa lavorare con un *piccolo* eliminando il genitore mi si è impressa profondamente.

Nonostante la mia intuizione, sono passati diversi anni prima che iniziassi realmente a lavorare con la diade genitore bambino in maniera congiunta. Sono dovute accadere tante cose nella mia vita sia privata che professionale prima che sentissi fortemente il desiderio di cimentarmi in un trattamento che è molto diverso dal lavorare con il bambino o con il genitore individualmente. In questo senso questo lavoro di ricerca costituisce il punto di arrivo rispetto alla manualizzazione di una nuova tecnica di intervento e contemporaneamente il punto di inizio di un nuovo percorso formativo che mi spinge ad esplorare i diversi modi di lavorare con la diade genitore bambino anche nei casi diversi dalla disabilità.

La tesi è strutturata nel modo seguente. I primi due capitoli costituiscono una ricognizione critica della letteratura sulle caratteristiche della relazione genitore bambino e sulle sue alterazioni nei Disturbi dello Spettro Autistico e nel Ritardo Mentale. Il terzo capitolo offre una rassegna sulle tecniche di intervento più utilizzate nei disturbi dello sviluppo. Il quarto capitolo descrive in dettaglio il modello di Supporto Emotivo e Attivazione dell'Intersoggettività applicato alle diade genitore bambino elaborato e manualizzato presso il Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale dell'Università di Trento. Nel capitolo 5 è descritta la ricerca sugli esiti del trattamento. Seguono i capitoli 6, 7, 8 e 9 rispettivamente dedicati ai risultati degli effetti del trattamento sul genitore, sull'interazione genitore bambino, sullo sviluppo emotivo del bambino e gli effetti generici del modello SEAI. Infine, la conclusione dell'intero lavoro.

CAPITOLO I

LA RELAZIONE GENITORE BAMBINO E LE IMPLICAZIONI SULLO SVILUPPO MENTALE

A partire dagli anni settanta nell'ambito della ricerca sullo sviluppo precoce si è assistito ad un interesse sempre maggiore su come si realizza il processo di condivisione dell'esperienza soggettiva tra il bambino e l'adulto che si prende cura di lui, le modalità con cui la relazione viene regolata da entrambi i partner e gli effetti della qualità di questi scambi sullo sviluppo mentale del bambino. Le teorie che hanno indagato in maniera specifica questi aspetti e che costituiscono i modelli teorici di riferimento per il presente studio sono: la teoria dell'attaccamento, l'intersoggettività e il modello evolutivo strutturale. La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969; 1973; 1980) nasce all'interno della matrice teorica psicoanalitica da cui se ne allontana gradualmente sottolineando la presenza di una motivazione primaria al legame con il genitore indipendente dal soddisfacimento pulsionale e il ruolo principale dell'esperienza interattiva reale sulla costruzione della sua personalità. Senza entrare nel merito della descrizione di questo modello teorico, ci preme solo evidenziare come dalle prime intuizioni e teorizzazioni di Bowlby sulla natura del legame che unisce il bambino alla madre si è giunti ad una serie di studi che hanno ampliato il concetto di motivazione sociale del bambino e hanno indagato il ruolo di altre figure significative sul suo sviluppo, quali il padre, i nonni, i pari e le educatrici (Venuti, 2007). A partire da questo ampliamento teorico si inizia a concepire la relazione genitore bambino non solo come base per lo sviluppo affettivo del bambino ma anche come la cornice all'interno della quale si realizza lo sviluppo delle strutture cognitive. Nasce così il modello intersoggettivo che vede studiosi con una diversa formazione professionale (Stern, Tronick, Papousek, Bornstein, Trevathen, Emde, Greenspan) coinvolti in un continuo processo di analisi degli aspetti salienti dell'interazione precoce genitore bambino e le conseguenze psicopatologiche connesse alle sue alterazioni. Di seguito saranno descritti i principi teorici del modello intersoggettivo, uno dei costrutti teorici più recenti della teoria dell'attaccamento, ossia la disponibilità emotiva diadica, e il recente modello evolutivo dello sviluppo mentale infantile proposto da Greenspan, che costituiscono il background teorico del presente studio.

1.1. L'intersoggettività

Il termine intersoggettività è stato introdotto da Trevarthen nel 1979 per indicare l'esperienza di condivisione dell'attività mentale con un altro essere umano che si realizza all'interno di scambi comunicativi interpersonali (Trevarthen, 1979, 1993; 1998; Venuti, 2007). Mentre gli studi psicoanalitici hanno sottolineato principalmente il ruolo della madre nella creazione di questo stato di condivisione (Bion, 1962; Winnicott, 1967) l'*infant research*¹ dimostra il ruolo attivo svolto dal bambino nella sua attivazione e regolazione (Meltzoff & Moore, 1977; 1992; Stern, 1985; 2005; Trevarthen, 1999).

Diversi studi hanno evidenziato come già a partire dai due mesi di età il neonato manifesta forme primitive di intersoggettività che si realizzano attraverso una partecipazione contingente di stati affettivi mediati dalla percezione delle espressioni emotive che l'adulto gli rivolge (Lavelli, 2007).

Nei suoi primi studi sull'intersoggettività Trevarthen parte dall'assunto teorico che gli esseri umani nascono con una motivazione e predisposizione innata ad entrare in contatto con le emozioni espresse dagli altri e a condividere con loro le proprie esperienze soggettive (Trevarthen, 1998; 2003; 2005). Osservazioni micranalitiche delle interazioni spontanee faccia a faccia tra madre e bambino nel secondo mese di vita mettono in risalto la capacità del neonato di reagire in maniera contingente alle vocalizzazioni ed espressioni facciali materne che a sua volta interpreta correttamente lo stato emotivo del bambino tenendolo coinvolto in uno scambio reciproco. Tra i due partner si realizza uno scambio diadico basato sull'alternanza di turno che avviene in maniera ritmica dando origine a delle vere proprie comunicazioni (Trevarthen, 1979; Trevarthen, Kokkinaki, & Fiammenghi, 1999). Questo tipo di condivisione, che avviene a livello prelinguistico e prerappresentazionale, costituisce l'*intersoggettività primaria*, che si riferisce alla coordinazione tra i due partner attraverso un processo di "rispecchiamento empatico" (Trevarthen, 2001; 2005). Il rispecchiamento empatico, rappresentato da un agganciamento reciproco tra i comportamenti della madre e quelli del bambino, si realizza attraverso modalità sensoriali e motorie crossmodali di cui gli aspetti salienti sono il ritmo, la prosodia e le loro variazioni. Il continuo aggiustamento e adattamento di questi elementi costruito reciprocamente è la dimostrazione della

¹ Nota 1: L'Infant Research è un'area della psicologia che negli ultimi trenta anni si è occupata dello studio dello sviluppo del bambino tramite l'osservazione diretta del comportamento in situazioni strutturate o libere. I contributi provenienti da quest'area di ricerca hanno attualmente modificato la concezione dello sviluppo del bambino e dell'interazione precoce con le sue figure di accudimento.

presenza di un contatto mentale tra la madre e il bambino (Stern, 1985). Secondo l'autore la presenza di questa area di condivisione è il fondamento dello sviluppo mentale dell'individuo (Trevarthen & Aitken, 2001).

Le esperienze di intersoggettività primaria sono in larga parte influenzate da fattori di tipo neurologico. Ciò è dimostrato dal fatto che una delle evidenze più note delle prime forme di intersoggettività è rappresentata dai fenomeni dell'imitazione diretta e differita presente nei neonati già dai primi minuti dopo la nascita (Kugiumutzakis, 1998; Meltzoff & Moore, 1977). L'imitazione neonatale e la capacità di *provocare* alcuni comportamenti facciali materni (Nagy & Molnar, 1994) sono la dimostrazione che il bambino possiede precocemente una rappresentazione cerebrale delle espressioni e delle azioni intenzionali proprie e dell'altro. Secondo Meltzoff (Meltzoff & Moore, 1998) non è il fenomeno dell'imitazione ad avere rilevanza in sé ma l'esperienza soggettiva che il neonato vive durante l'imitazione che ha un significato profondo per il suo sviluppo perché segna la sua prima connessione con l'altro percepito al contempo come uguale e diverso da sé. Il processo di "accoppiamento" (matching) che il neonato fa tra ciò che vede sul viso dell'adulto e ciò che sente nella sua faccia mentre cerca di riprodurre quel comportamento fa sì che egli sia capace di entrare in comunicazione con l'altro attraverso canali sensoriali diversi e di costruirsi una rappresentazione sovramodale dell'interazione.

Un altro aspetto saliente dell'intersoggettività sono i processi di co-regolazione che si realizzano all'interno dello scambio diadico, ossia dei processi di continuo aggiustamento e adattamento reciproco che si realizzano tra i due partner. Rispetto a questo punto Fogel (1995) ritiene che i processi di co-regolazione pongono le basi per la creazione di sequenze di azioni condivise che tendono a mantenersi stabili nel tempo e a rappresentare dei pattern specifici di interazione (Fogel, 2001). Diversi studi (Lavelli & Fogel, 2005) condotto su diadi madre bambino nei primi tre mesi di vita coinvolte in interazioni faccia a faccia dimostrano la presenza di una sequenzialità tra i sorrisi e le vocalizzazioni del bambino e i comportamenti materni. In particolare ai comportamenti del bambino seguono quelli di rispecchiamento e amplificazione della madre che a loro volta sono seguiti dai sorrisi e vocalizzazioni del bambino. Questi studi sottolineano la presenza di una bidirezionalità dello scambio intersoggettivo e ancora una volta che l'esperienza soggettiva sperimentata dai partner ed in particolare dal bambino è legata agli affetti prima ancora che ai pensieri e alle intenzioni.

La stessa posizione è condivisa da Tronick (1998; 2005) il quale ritiene che l'intersoggettività si sviluppa attraverso un processo di mutua regolazione degli stati affettivi. La condivisione degli affetti nella comunicazione madre bambino rappresenta per l'autore un fattore determinante per lo sviluppo del bambino perché consente non solo un sentimento di connessione con l'altro ma anche un ampliamento degli stati di coscienza di maggiore durata e complessità. Sebbene gli stati di coscienza sono individuali e dotati di capacità autorganizzativa questi sono amplificati nei processi regolati diadicamente (Lavelli, 2007). Studi sperimentali dimostrano che il bambino ha una motivazione a mantenere gli stati diadici e che la loro interruzione provoca effetti intensi sul suo comportamento (Tronick, 2005). Ciò è dimostrato nel noto paradigma dello *still face* in cui al bambino viene fatta vedere su uno schermo il volto della madre che improvvisamente diviene inespressivo. La visione di questa immagine attiva nel bambino tentativi attivi di ricoinvolgere la madre il cui fallimento provoca l'evitamento dello sguardo dal volto materno, la perdita del controllo posturale e il ritiro in comportamenti autoconsolatori (ad esempio il succhiarsi la mano).

Un'altra autrice che si è occupata dei processi di co-regolazione presenti nello scambio diadico è Beatrice Beebe. L'autrice si è molto interessata alle forme di intersoggettività che si costruiscono nei primi sei mesi di vita, in quanto essi costituiscono la base di una conoscenza affettiva ed interattiva di tipo procedurale che agisce al di fuori della consapevolezza, mantenendosi stabile nel tempo e svolgendo un ruolo di guida nelle interazioni sociali. La Beebe considera l'intersoggettività come un processo dinamico che emerge dall'integrazione tra i fenomeni di regolazione interattiva e di autoregolazione (Beebe, Knoblauch, Rustin, & Sorter, 2005), processi profondamente connessi tra loro (Sander, 1987). La capacità di autoregolazione di un individuo, ossia la capacità di modulare e controllare le proprie reazioni emozionali, influenza il flusso dell'interazione e ne è a sua volta influenzato. Una sana capacità di autoregolazione nasce nel momento in cui nell'interazione c'è un adeguato alternarsi di momenti di impegno, ossia di reciprocità, e di disimpegno, ossia di "spazio vuoto", in cui l'altro (ed in particolare modo il bambino) può sperimentare le proprie motivazioni (Sander, 1987). In entrambe le situazioni di impegno e disimpegno il bambino sente il proprio senso di intenzionalità in quanto comprende l'impatto che il suo comportamento ha sull'altro prevedendone la risposta. Come sottolinea l'autrice, l'intersoggettività non si verifica solo nelle situazioni in cui c'è un *matching* tra affetti positivi o quando il bambino viene portato dalla madre da uno stato affettivo negativo ad un calmo, ma

anche nelle situazioni in cui la madre e il bambino sperimentano stati emotivi spiacevoli come nel caso delle madri depresse o quando le madri reagiscono in maniera contingente ma non adeguata agli stati emotivi del bambino (Beebe & Stern, 1977; Beebe, 2000). Si tratta di forme di intersoggettività distorta e patologica. Inoltre, in uno studio condotto su interazioni facciali tra madri e bambini di 4 mesi (Jaffe et al., 2001) si è messo in luce che un livello medio di contingenza negli scambi vocali predice un attaccamento sicuro nel bambino, un livello alto di contingenza predice un attaccamento ambivalente mentre un livello basso un attaccamento evitante. Diversamente, le situazioni in cui la madre interviene intrusivamente sulle capacità di autoregolazione del bambino o quando non reagisce allo stato di forte disagio del bambino predicono la presenza di un attaccamento disorganizzato (Beebe et al., 2005). Questi dati mettono in evidenza come la qualità dell'intersoggettività espressa nel livello di contingenza tra i comportamenti madre bambino risulta essere un predittore dello sviluppo mentale del bambino ed in maniera particolare del suo pattern di attaccamento.

1.1.1 Lo sviluppo dell'intersoggettività²

Le continue riorganizzazioni del sistema nervoso fanno sì che le forme di intersoggettività diventino sempre più complesse con lo sviluppo ed in modo particolare nei primi due anni di vita.

Come accennato precedentemente, diverse ricerche dimostrano che già alla nascita i neonati mostrano delle preferenze per gli stimoli umani, preferenze che danno origine ad alcuni comportamenti dinamici, quali ad esempio l'imitazione, che favoriscono l'adattamento del bambino agli altri esseri umani.

Con il passaggio al secondo mese di vita il neonato manifesta un nuovo livello di organizzazione comportamentale regolato dall'interazione con l'altro. È in questa fase che si parla di intersoggettività primaria (Trevarthen, 1979). Analisi dettagliate della comunicazione confermano l'impressione di una coordinazione tra i due partner e rivelano regolarità presenti nella sequenza temporale delle interazioni. Il bambino generalmente guarda attentamente il partner e risponde con gorgheggi e vocalizzi producendo movimenti delle labbra e della lingua di tipo "prelinguistico" sincronizzandosi con l'espressione di una vasta gamma di emozioni e con i movimenti delle mani. La madre tende a rivolgersi verbalmente al bambino in modo ripetuto con voce rilassata e modulata, sottolineando le azioni e le risposte del bambino con sorrisi e

² Parti di questi paragrafi sono stati pubblicati su Venuti P. (2007). "Percorsi Evolutivi. Forme tipiche e atipiche". Carocci.

vocalizzazioni, sintonizzandosi o completando quello che il bambino ha fatto tramite una mimica facciale enfaticata (Papousek & Papousek, 1989; Stern, 1985; Trevarthen, 1977). Questi scambi possono essere definiti “protoconversazioni” in quanto i comportamenti utilizzati sia dall’adulto che dal bambino per interagire presentano molte delle caratteristiche dinamiche e fisionomiche della componente paralinguistica (ossia gli aspetti di tono, volume e ritmo) della conversazione adulta. Sebbene questi scambi siano presenti anche nei primi due mesi di vita è a partire da questa età che il bambino, in modo sempre più intenzionale, compie azioni dirette all’altra persona tra cui vocalizzazioni e movimenti delle braccia con lo sguardo diretto al viso altrui (Cohn & Tronick, 1989). Se l’adulto non risponde il bambino tende ad aumentare l’intensità delle normali espressioni protoconversazionali. Inoltre se l’adulto guarda altrove o l’interazione diminuisce il bambino è in grado di richiamare l’altro con vocalizzazioni acute o con espressioni di piacere. Il ruolo attivo del bambino negli scambi interattivi è infatti evidenziato anche da alcuni comportamenti messi in atto per evitare l’interazione. Evitare l’attenzione altrui è uno dei modi più precoci che il bambino ha per regolare le proprie interazioni con gli altri e rappresenta una ulteriore prova a favore della reciprocità dell’interazione. (Trevarthen, 1993; Stern, 1974).

Un altro contesto in cui si evidenzia la partecipazione attiva del bambino nel fornire risposte e regolare le interazioni con i suoi partner è il gioco. Verso i 4 mesi il bambino è sempre più interessato e coinvolto in giochi interpersonali basati sulle aspettative reciproche e agli oggetti che però non sono ancora condivisibili con l’adulto. I bambini rispondono con entusiasmo ai giochi ritmici e ripetuti che hanno un andamento regolare che comprende cambiamenti prevedibili e una forte tensione emotiva. Nell’ultimo trimestre del primo anno in particolare la partecipazione dei bambini ai giochi diviene molto più attiva. Assistiamo ad un ulteriore aumento del numero e della complessità dei giochi interpersonali, il bambino diviene esperto nel giocare con le intenzioni e le aspettative dell’altro e incomincia a prenderlo in giro (es. offre un oggetto e poi lo tira indietro).

Verso la fine del primo anno di vita e l’inizio del secondo (Butterworth & Jarrett, 1991; Corkum & Moore, 1998; Scaife & Bruner, 1975), le strutture interattive diadiche (madre-bambino) lasciano il posto a quelle triadiche (madre-bambino-oggetto) fondamentali per la co-costruzione di significati condivisi. Verso i 9 mesi il bambino diviene capace di condividere con l’altro l’attenzione sull’oggetto seguendo la sua linea dello sguardo. Successivamente, tra i 9 e i 10 mesi, il bambino diventa capace di

alternare l'attenzione tra l'oggetto di interesse e l'altro attraverso gesti comunicativi (indicare) e l'imitazione funzionale di oggetti al fine di condividere l'attenzione sull'oggetto con il partner.

La capacità di condividere l'attenzione sull'oggetto e di influenzare gli stati mentali altrui al fine di raggiungere questo obiettivo segna l'ingresso nella fase di *intersoggettività secondaria* (Trevarthen, 2005, Trevarthen & Aitken, 2001). Prima di allora, come abbiamo visto, i bambini prendono parte a scambi interattivi esclusivamente duali all'interno dei quali la loro attenzione sembra essere confinata al processo di interazione in sé e per sé (Stern, 1985; Trevarthen, 1993; Trevarthen & Hubley, 1978; Tronick, 1982). Anche quando, sempre più spesso con il passare del tempo, distolgono la loro attenzione dalle interazioni faccia-a-faccia e si focalizzano intenzionalmente su un oggetto dell'ambiente, non mostrano alcun intento di condividere tale interesse. Il passaggio alla fase dell'intersoggettività secondaria è testimoniato da due importanti fenomeni, l'*emotional referencing* e la *joint attention* (attenzione condivisa). L'*emotional referencing* fa riferimento all'utilizzo da parte del bambino della reazione emotiva dell'adulto come indicazione e commento sulla valenza di un oggetto o persona nell'ambiente. Di fronte alla comparsa di un estraneo o di un evento inaspettato, il bambino sposta lo sguardo verso il caregiver e regola la propria reazione emotiva in base a quella mostrata dall'adulto.

L'*attenzione condivisa* può essere definita come una forma di attenzione coordinata e condivisa tra due persone su uno stesso oggetto che ha luogo in un contesto sociale (Adamson & McArthur, 1995). Generalmente si fa riferimento a due distinte modalità attraverso le quali un bambino può condividere la propria attenzione con l'adulto (Jones & Carr, 2004). Egli infatti può *rispondere* all'orientamento dell'attenzione mostrato dall'adulto oppure *iniziare* una condivisione cercando di dirigere l'attenzione altrui sul proprio oggetto di interesse (Venuti, 2007). I comportamenti sottesi a queste due modalità emergono in momenti diversi dello sviluppo (Mundy, 1995). Verso il nono mese di vita, i bambini iniziano a *rispondere* in modo coerente agli altrui tentativi di condivisione dell'attenzione (Butterworth, 1995; Tomasello, 1995). Infatti quasi tutti i bambini di quell'età, in interazione faccia-a-faccia con l'adulto, se quest'ultimo volta il volto e lo sguardo verso un oggetto, si girano a loro volta e guardano verso l'oggetto (Butterworth & Jarret, 1991; Scafe & Bruner, 1975). Successivamente, tra il dodicesimo ed il quattordicesimo mese, il bambino, dopo aver guardato l'oggetto si volge verso l'adulto e questa alternanza dello sguardo serve ad accertarsi che entrambi stiano

focalizzando la loro attenzione sullo stesso oggetto (Tomasello, 1995). Gradualmente, alternare lo sguardo tra l'oggetto ed un'altra persona assume una funzione "proto dichiarativa" ossia diviene una modalità attraverso la quale il bambino cerca di dirigere attivamente l'attenzione dell'altra persona verso un oggetto, comunicando intenzionalmente il proprio interesse (Bates, Camaioni, & Volterra, 1975; Tomasello, 1995). Sempre in questa fase emergono il gesto dell'indicare e quello del mostrare che costituiscono forme di inizio dell'attenzione condivisa basate su una comunicazione non verbale. Presto però il bambino inizia ad accompagnare questi comportamenti non verbali con semplici vocalizzi sempre al fine di attirare l'attenzione dell'altra persona e dirigerla verso un oggetto di proprio interesse. Normalmente, la conseguenza di ciò è che il bambino e l'adulto iniziano un'interazione triadica centrata su un oggetto inizialmente al centro dell'interesse del bambino e che, almeno dalla parte dell'adulto, è scandita da semplici verbalizzazioni relative allo stesso oggetto (Bruner & Sherwood, 1983; Jones & Carr, 2004; Leung & Rheingold, 1987). Questo scambio intersoggettivo si ripete continuamente durante l'interazione tra caregiver e bambino facilitando così l'acquisizione del linguaggio.

In sintesi, l'attenzione condivisa inizialmente si manifesta solo attraverso il gioco triangolare di sguardi e giunge pian piano ad includere gesti, come l'indicare, e parole fino a trasformarsi in un flusso continuo in cui è possibile coinvolgersi in modo coordinato su una stessa esperienza complessa, condividendo sensazioni, emozioni ed idee. Anche in fasi successive dello sviluppo questa abilità di condivisione è indispensabile per l'acquisizione di conoscenze e competenze più complesse nonché per il realizzarsi dell'empatia. Il processo di intersoggettività secondaria si espande durante tutto il secondo anno di vita fino a raggiungere non solo la condivisione delle intenzioni ma anche quella dei significati, di cui un indicatore è il linguaggio.

In conclusione, l'intersoggettività è un costrutto teorico che fa riferimento alla natura diadica dell'interazione in cui entrambi i partner si influenzano reciprocamente. La reciprocità viene garantita dalle capacità interattive del bambino (imitazione, contatto oculare, vocalizzi, rispetto dei turni, intenzionalità) e dalla capacità dell'adulto di cogliere e comprendere la natura dei suoi bisogni e stati affettivi, di sintonizzarsi con questi, amplificandoli e traducendoli attraverso altri canali sensoriali. Inoltre, l'intersoggettività è un processo che va continuamente negoziato attraverso continui adattamenti di mutua regolazione e co-costruzione che tengono conto del livello di autoregolazione di entrambi i partner.

1.1.2 L'intersoggettività nella diade padre bambino

Come è possibile notare da quanto esposto finora, gli studi che hanno indagato gli effetti dell'interazione sullo sviluppo mentale del bambino si sono focalizzati principalmente sulla figura materna.

A partire dagli settanta comunque sono state indagate le caratteristiche dello stile paterno e i suoi effetti sul bambino. Gli studi sui modelli di interazione padre-bambino e madre-bambino, studiati in differenti culture, mostrano sia delle differenze che delle somiglianze (Venuti, 2007). Parke et al. (1972; 1976; 1981) riportano che nelle nursery sia i padri che le madri sono interessati nell'interazione con il neonato, hanno la stessa sensibilità nel rispondere alle richieste del piccolo rispondendo ai suoi richiami con comportamenti sociali o di nutrizione. Inoltre, quando i padri hanno la possibilità di toccare i loro piccoli appena nati lo fanno nella stessa sequenza in cui lo fa la madre (Rodholm & Larsson, 1979). Uno studio condotto con bambini prematuri metteva in luce che nei casi in cui i padri venivano coinvolti immediatamente alla nascita del bimbo e visitavano il bambino nella nursery, si dimostrano anche in seguito competenti e molto tattili nei confronti del loro bambino. Quando invece il padre non è coinvolto precocemente, dal momento del parto ai primi momenti dopo la nascita e non può vedere frequentemente il figlio nella nursery, è più probabile che non attivi comportamenti di contatto tattile precoce con il bambino e che sviluppi una certa paura e riluttanza nel toccare un bambino piccolo.

Frodi et al. (1978) in uno studio in cui era studiata la risposta elettrofisiologica di padri e madri ad alcuni segnali emessi da bambini a loro estranei hanno riscontrato tra i due non c'erano differenze significative.

I lavori di Lamb, Yogman, Frodi, Schaffer sembrano aver evidenziato che nel contesto americano il padre sembra essere un partner di gioco del bambino più della madre ed il gioco del padre tende ad essere più stimolante, vigoroso. Il padre sa però valutare se tale comportamento può essere appropriato o eventualmente danneggiare il bambino, infatti i padri di bambini prematuri, in sessioni d'osservazione di interazione faccia-a faccia, generalmente giocano poco e con giochi più brevi e meno stimolanti di quelli dei bambini nati a termine; generalmente fanno, come le madri, giochi tattili assumendo un modello d'interazione più protettivo e materno.

Nei giochi condotti nei primi 6 mesi Yogman (1981) ha notato che i padri iniziano giochi tattili di movimento delle gambe ed eccitanti, le madri al contrario iniziano giochi di contatto visivo e tentano di giocare più da lontano mantenendo contatto visivo

(Yogman, 1981). Attività simili sono state riscontrate a 8 mesi. Stern suggerisce che lo scopo di ciò è di facilitare un ottimale livello di arousal in vista di una più pressante attenzione ai segnali sociali.

Questi dati sono confermati da altre ricerche come ad esempio quella di Clarke-Stewart (1980), il quale ha trovato che i padri danno più orientamenti verbali e rinforzi e che sono più capaci delle madri nell'iniziare un gioco col bambino. In situazioni in cui è richiesto ai genitori di iniziare attività di gioco con i loro bambini le madri tendono ad iniziare attività di tipo intellettuale, i padri piacevoli attività socio-fisiche.

In conclusione, nonostante esistano delle differenze qualitative nello stile interattivo materno e paterno le caratteristiche salienti dei processi intersoggettivi sono molto simili, e anche nel caso degli scambi padre bambino viene ribadito la natura diadica dell'interazione. Quest'ultima associata al suo effetto sullo sviluppo del bambino aprono la strada ad un altro costrutto teorico che è rappresentato dalla disponibilità emotiva.

1.2 La disponibilità emotiva diadica

Il costrutto della disponibilità emotiva trova la sua origine nei primi studi sull'attaccamento (Bowlby, 1969; 1980; Ainsworth et al., 1978) e dagli studi successivi condotti da Trevarthen e Aitken (1997; 2001) sullo sviluppo dell'intersoggettività, da Stern (1985; 1998) sui pattern della sintonia affettiva, da Tronick (1982; 2003) sulla comunicazione empatica e da Emde (1980) sulla disponibilità emotiva tra madre e bambino. Studi che hanno enfatizzato il ruolo di cornice della relazione madre-bambino, in cui a partire dall'esperienza di scambi interattivi sintonici, attivati e regolati per mezzo delle emozioni, il bambino sviluppa progressivamente le sue funzioni psichiche autonome e l'immagine di sé (Venuti, 2007).

Questa prospettiva sull'interazione madre bambino è ben rappresentata dal concetto di *disponibilità emotiva diadica*, formulato da Emde e reso operativo dai suoi collaboratori (Biringen, Robinson, & Emde, 1998; Emde, 1980). Il termine disponibilità emotiva si riferisce alla ricettività emotiva ed alla sintonia affettiva di un individuo nei confronti dei bisogni e delle mete altrui. La natura diadica del concetto rispecchia chiaramente l'accettazione del punto di vista empirico riguardante la natura bidirezionale della relazione madre-bambino ed il ruolo attivo del bambino nella sua regolazione. Infatti non è solo la madre a poter essere più o meno emotivamente disponibile nei confronti del bambino ma anche il bambino a mostrare, una personale tendenza ad essere più o

meno emotivamente responsivo e coinvolgente nei confronti della madre. Come abbiamo già sottolineato anche il bambino molto piccolo è in grado di rispondere in modo appropriato alle espressioni emotive della madre ma non tutti i bambini ne sono capaci allo stesso modo ed inoltre alcuni comportamenti della madre facilitano o inibiscono questa capacità (Meltzoff & Gopnick, 1993; Trevarthen, 1999). La natura diadica del concetto implica anche che per comprendere il grado di disponibilità emotiva della madre sia indispensabile mettere in relazione il suo comportamento con quello antecedente o conseguente del bambino. Pertanto la sensibilità della madre è veramente tale solo in rapporto all'effettivo stato del bambino.

Un ulteriore elemento centrale del concetto di disponibilità emotiva è la considerazione delle emozioni come "barometri" della qualità della relazione. Ciò riflette la posizione prevalente tra gli studiosi dello sviluppo sociale precoce del bambino secondo cui le emozioni regolano gli scambi interattivi madre-bambino che a loro volta determinano l'acquisizione progressiva dell'organizzazione della personalità (Tronick, 1998). Come è stato messo in luce da questi autori, il bambino molto precocemente è in grado di esprimere diverse emozioni (Tronick, 1982) ed il genitore sensibile tenta di sintonizzarsi con esse attraverso la condivisione e l'imitazione, se si tratta di emozioni positive, ed attraverso un comportamento empatico volto a indurre calma e rassicurazione, nel caso di emozioni negative (Haft & Slade, 1989; Stern, 1985). L'associazione del proprio stato emotivo interno a quello simile espresso nella madre consente al bambino di cominciare a formarsi un'immagine interna di sé e dell'altro. La madre emotivamente disponibile dunque accoglie e risponde in modo appropriato ai segnali emotivi del bambino mostrando un affetto positivo in modo spontaneo e non forzato. Lo scambio interattivo emotivamente disponibile sarà quindi scandito prevalentemente da emozioni positive, espresse con il volto, i gesti e la voce, ma dovrà modularsi di fronte ad eventuali segnali emotivi negativi espressi dal bambino. Inoltre i segnali emotivi del bambino dovranno essere utilizzati dalla madre stessa come indici per la regolazione del suo comportamento. Giungiamo così ad un'altra caratteristica chiave del concetto di disponibilità emotiva, ossia la variabilità delle emozioni che la madre accoglie e l'importanza della capacità di negoziazione del conflitto. Se infatti il genitore è predisposto a focalizzarsi su scambi interattivi emotivamente positivi, è anche vero che il bambino esprime tutta una gamma di segnali connotati negativamente che non corrispondono necessariamente ad angoscia o allarme, ma piuttosto ad una modulazione diversificata degli stati affettivi interni. Il modo in cui la madre risponde a

queste emozioni, restituendole in modo empatico, aiuta il bambino a regolarsi e a costruire un'immagine interna in cui le esperienze negative sono integrate con quelle positive (Haft & Slade, 1989; Stern, 1985). La madre emotivamente disponibile inoltre è in grado di tollerare e risolvere i momenti di conflitto. Già durante le prime protoconversazioni possono esserci dei momenti di "incomprensione" in cui si verifica una desincronizzazione nel ritmo degli scambi perché un membro non riesce a rispondere in maniera adeguata all'altro (Tronick, 1989). La disponibilità emotiva della madre le permette di ricucire questi strappi e riprendere un ritmo efficacemente piacevole negli scambi, *senza* reagire con l'evitamento o con insofferenza e *ostilità*.

In sintesi, i principali elementi che costituiscono la disponibilità emotiva materna sono la sensibilità, la capacità di strutturare l'ambiente, l'assenza di intrusività ed ostilità, e quella del bambino, ossia la sua capacità di rispondere con un affetto adeguato alle proposte della madre e di coinvolgerla nelle proprie attività.

Queste diverse dimensioni, descritte in dettaglio, sono alla base delle *Emotional Availability Scales* (E.A.S; Biringen, Robinson, & Emde, 1998), un nuovo strumento osservativo di valutazione della relazione madre-bambino usato nel presente studio e descritto successivamente.

Studi condotti attraverso l'uso di questo strumento hanno messo in luce il legame tra la disponibilità emotiva diadica con il modello interno di attaccamento della madre e il tipo di attaccamento del bambino. Inoltre è stato messo in luce l'effetto positivo della disponibilità emotiva diadica su diversi aspetti dello sviluppo del bambino che vanno dalla regolazione del ritmo sonno-veglia all'acquisizione di abilità di gioco sofisticate (Pressman, Pipp-Siegel, Yoshinaga-Itano, & Deas, 1999; Sagi, Tirosh, Ziv, Guttman, & Lavie, 1998; Venuti, de Falco, Giusti, & Bornstein, 2008). Dunque la disponibilità emotiva diadica aiuta a spiegare in modo operativo le caratteristiche della relazione madre-bambino che conducono ad un legame relazionale sicuro e ad una rappresentazione interna di sé come efficace e della madre come disponibile.

1.2.1 La disponibilità emotiva nella diade padre bambino

Gli studi che hanno indagato la qualità dell'interazione genitore bambino mettono in evidenza come i padri siano rispetto alle madri meno sensibili e responsivi verso i segnali comunicativi del bambino (Nakamura, Stewart, & Tatarka, 2000), e come le madri abbiano rispetto ai partner una maggiore capacità di strutturazione dell'ambiente

in cui si realizza l'esplorazione del proprio bambino (Biringen et al., 1998; Brody, 1985; Halpern, 1992; Haviland & Malatesta, 1981). In letteratura sono presenti solo due studi che hanno indagato la disponibilità emotiva dei padri mediante le EAS.

Il primo studio è stato condotto da Lovas (2005) su 113 famiglie con bambini con sviluppo tipico di età compresa tra i 19 e i 24 mesi mediante le EAS. Lo studio metteva in evidenza come le madri siano rispetto ai padri molto più sensibili verso il proprio bambino, più abili nel strutturare il contesto esplorativo e meno intrusive. Allo stesso modo i figli sembrano essere più responsivi e coinvolgimenti con le madri che con i padri. Nessuna differenza è stata invece rilevata rispetto al livello di ostilità del genitore. All'interno del gruppo dei padri era presente un sottogruppo con un livello di sensibilità più elevato che comunque non raggiungeva il livelli mostrati dalle madri con un alta sensibilità. Come le madri anche i padri mostravano lo stesso pattern interattivo rispetto al genere dei figli caratterizzato da maggiore sensibilità, strutturazione e non intrusività con le figlie femmine rispetto ai figli maschi. L'autore pertanto raccomanda fortemente in ambito clinico la possibilità di un training sulla sensibilità per i padri data l'importanza del suo ruolo nello sviluppo del bambino.

Diversamente uno studio condotto su una popolazione psichiatrica di 68 bambini con età inferiore ai 3 anni non metteva in evidenza alcuna differenza significativa tra madre e padre nelle diverse scale e nel livello globale di disponibilità emotiva, misurate mediante le EAS (Wiefel et al., 2005).

1.3 Lo sviluppo mentale del bambino

Gli studi finora descritti sostengono che lo sviluppo mentale nasce all'interno di una cornice relazionale la cui componente principale sono le emozioni. Esistono diversi modi per concepire e descrivere lo sviluppo del bambino. In questo studio il modello a cui facciamo riferimento è quello elaborato da Greenspan e Wieder (1998) che rappresenta una delle teorie più avanzate nell'ambito della psicologia dello sviluppo, perché integra ed elabora modelli di sviluppo di tipo cognitivo, affettivo e relazionale in una prospettiva legata all'ambito delle neuroscienze.

Secondo gli autori lo sviluppo dell'individuo è il frutto delle prime interazioni che si stabiliscono tra il bambino e il suo caregiver, di cui l'elemento cruciale è rappresentato dagli affetti. L'autore ribadisce che il bambino appena nato pur mostrando una profonda capacità di adattamento all'ambiente in cui vive è molto sensibile a particolari tipi di esperienze legate allo stadio evolutivo specifico del bambino. Oltre ad avere bisogno di

esperienze legate alla specifica fase di sviluppo il bambino ha bisogno di esperienze che tengano conto delle sue differenze individuali (Brazelton & Greenspan, 2001) dal momento che ogni individuo procede nel suo percorso evolutivo con un proprio ritmo. Seppure con modalità e ritmi diversi tutti devono arrivare alla stessa meta ossia: la capacità di pensare in modo creativo ed agire con flessibilità.

Secondo Greenspan lo sviluppo procede attraverso sei livelli evolutivi preparano il bambino a tradurre i dati raccolti dai sensi e dalle sensazioni interiori in immagini capaci di rappresentarli a se stesso e agli altri. Il raggiungimento degli obiettivi previsti in ciascuno di questi stadi forma l'architettura mentale che a sua volta getta le basi del pensiero simbolico conscio ed inconscio (Greenspan, 1997).

I sei livelli della mente o stadi evolutivi sono associati al raggiungimento di una nuova organizzazione evolutiva connessa all'emergere di una funzione psicologica specifica. Sebbene l'autore fornisca delle indicazioni temporali per ogni stadio, non le definisce in maniera categorica, dal momento che ciò che conta nell'analisi dello sviluppo non è tanto la definizione dei periodi precisi in cui emergono tali funzioni ma la loro sequenza. In un certo senso anche i bambini con gravi deficit fisiologici, ad esempio gli stessi soggetti con autismo, se supportati in maniera adeguata possono riuscire a non restare fermi in uno stadio ma progredire (Greenspan, 1995). La progressività dello stadio in un certo senso è uguale in tutti i bambini anche in quelli con patologie gravi, quello che cambia invece è il ritmo e la velocità con cui i bambini transitano attraverso i vari stadi. I percorsi attraverso cui si transita attraverso i vari livelli sono molteplici.

Primo livello evolutivo. Il primo livello evolutivo è caratterizzato dalla capacità di regolare le sensazioni. L'autoregolazione consiste nella capacità di regolare il proprio stato mentale interpretando correttamente le diverse informazioni sensoriali, provenienti sia dal mondo esterno sia da quello interno (informazioni visive, uditive, cenestesiche, tattili, viscerali, ecc.), a cui il bambino è esposto. Essa si manifesta nella capacità di mantenere uno stato di veglia calma, di allerta, di attenzione e interesse per il mondo e nella capacità di organizzare il proprio comportamento. Il processo di autoregolazione può essere ostacolato da diversi tipi di deficit: ipo - iper reattività sensoriali (mono o multisensoriali), difficoltà di elaborazione sensoriale (uditivo-verbale, spaziale), difficoltà di elaborazione affettivo-sensoriale e da ipo - ipertonie muscolari.

Secondo livello evolutivo. In questa fase il bambino che è capace di regolarsi può costruire relazioni intime con il care-giver basate sulla condivisione di affetti. Più che un vero e proprio scambio si tratta di interazioni sincroniche che poggiano sulla

reciprocità affettiva, in cui la madre agisce intenzionalmente sul bambino mentre quest'ultimo vi risponde con interesse e piacere. In questi primi due livelli lo scambio tra madre e bambino è caratterizzato da quella che viene definita intersoggettività primaria. Ossia uno scambio tra madre e bambino, capace di provocare piacere, sintonizzazione, eccitazione che avviene senza la mediazione di oggetti ma principalmente attraverso la modulazione della voce i movimenti del volto e delle mani.

Terzo livello evolutivo. Lo sviluppo della capacità di collegare l'emozione ad un'azione insieme alla maturazione delle capacità di controllo motorio forniscono al bambino la possibilità di esprimere intenzionalmente i propri desideri con azioni finalizzate: gesti, posture, movimenti del capo, delle braccia ed espressioni facciali. Ciò implica che il bambino non solo sia capace di comprendere e rispondere ai segnali emotivi dell'altro ma anche di iniziare la comunicazione ad esempio guardando ed indicando l'oggetto desiderato che è fuori dalla sua portata in modo che la madre glielo prenda. In questa fase si assiste all'apertura della diade al mondo esterno: comincia quella fase definita di intersoggettività secondaria. In questa fase lo scambio è mediato dall'oggetto, la madre attira l'attenzione del bambino su di sé e poi lo conduce verso un oggetto esterno. E' un modo per mediare e metterlo in relazione con il mondo.

Quarto livello evolutivo. A questo punto può esistere una relazione sé-oggetto integrata e differenziata anche a livello concettuale. Se lo sviluppo è stato normale le funzioni dell'Io possono avere globali e complesse interazioni sia sul piano fisico che a livello concettuale. Grazie soprattutto alla gestualità ed alla più fine motricità il bambino riesce ad arricchire quelle parti del sé formatesi negli stadi precedenti. Lo sviluppo ulteriore del sistema nervoso, permette ora di poter utilizzare il meccanismo dell'imitazione. Ciò è possibile in virtù del fatto che il cervello non percepisce più soltanto i frammenti, ma è in grado di poter lavorare su intere unità comportamentali.

In questa fase i singoli comportamenti intenzionali vengono organizzati in schemi comportamentali più ampi e originali che spesso sono il frutto di un'intensa attività imitativa che ci consente anche di inferire la crescente capacità del bambino di comprendere le funzioni dei diversi oggetti.

Da un punto di vista emotivo il bambino ha acquisito una sorta di vocabolario affettivo con cui interpreta i segnali emotivi valutando la natura dei propri comportamenti e della situazione (approvazione-disapprovazione, sicurezza verso pericolo, accettazione-rifiuto) inoltre egli padroneggia diversi tipi di sentimenti: la rabbia, la curiosità, l'intimità, piacere ed eccitazione inoltre.

Quinto livello mentale. Il bambino comincia ora a fare i conti non solo con il comportamento, ma con le idee e le immagini, acquisisce in questa fase il linguaggio. Il bambino che precedentemente aveva iniziato una comunicazione preverbale che dava piacere, ora inizia a provare piacere anche per i pensieri o le immagini che scaturiscono da tale comunicazione. Compito dell'adulto è incoraggiare il bambino a tradurre in parole e quindi in immagini i suoi obiettivi concreti. Se l'adulto è più capace nell'incoraggiare questa traslazione dal piano concreto al piano delle idee, e proverà anch'esso piacere nella comunicazione favorirà maggiormente lo sviluppo dell'interazione simbolica del bambino.

Sesto livello evolutivo. Il principale risultato a cui arrivano gli stadi precedenti, e si esplica in tutta la sua interezza in questo ultimo livello di sviluppo mentale, è la capacità di gettare ponti e capire le relazioni tra le azioni presenti e il futuro. Ciò permette di riuscire a controllare meglio gli impulsi, e di conseguenza a gestire in maniera adeguata la vita sociale. E' possibile ora fare progetti, e soprattutto impegnarsi per obiettivi sia concreti che astratti. La capacità di collegare affetti e idee matura, si trasforma e diventa capacità di prendere le distanze dalle proprie emozioni riuscendo così a rifletterci sopra, ad esempio il bambino non solo è capace di dire che è arrabbiato ma anche il motivo per cui è arrabbiato. Secondo gli autori questi livelli non sempre riescono ad essere superati in maniera adeguata, se ciò non avviene si possono manifestare differenti forme di patologie. Il superamento dei vari stadi è mediato dalla individualità fisiologica del bambino, e a sua volta media ed influenza la formazione della personalità, in questa ottica diviene necessario qualora vi siano deficit fisiologici attuare strategie alternative per far sì che il bambino nonostante i deficit possa progredire nello sviluppo.

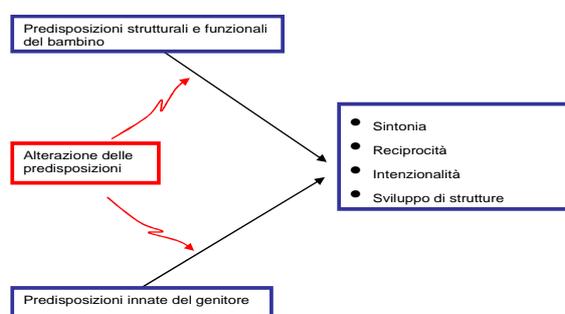
CAPITOLO II

LE ALTERAZIONI DELLA RELAZIONE GENITORE-BAMBINO

Un punto fondamentale che emerge dagli studi sulla relazione madre-bambino, è che le esperienze relazionali avute nei primi anni di vita influenzano in maniera determinante i processi mentali durante tutto il corso della vita (Venuti, 2007). Predisposizioni strutturali, funzionali e temperamentali del bambino interagiscono con le predisposizioni dell'adulto a fare il genitore e a condividere empaticamente e sintonicamente gli stati mentali del bambino. Da questo gioco di scambi interattivi e di comunicazione hanno origine la reciprocità relazionale e l'intenzionalità del bambino, elementi necessari per l'attivazione delle strutture metnali più evolute tra cui la comunicazione gestuale e verbale. È in questo gioco interattivo che si sviluppano le strutture e le funzioni cerebrali sulla base del modo in cui le esperienze, in particolare quelle legate alle relazioni interpersonali, influenzano i programmi di maturazione geneticamente determinati del sistema nervoso. La relazione fa dunque da cornice allo sviluppo mentale (comunicativo, cognitivo) e cerebrale e ciò che attiva e regola la relazione sono le interazioni affettive. Se si verificano delle alterazioni o alle predisposizioni del bambino o a quelle del genitore lo scambio interattivo può subire notevoli modificazioni che porteranno ad alterazioni nella relazione e nell'attivazione della reciprocità, della intenzionalità e quindi nelle acquisizioni mentali e cerebrali ad esse connesse (vedi figura 1). Ciò appare in maniera evidente nelle situazioni di sviluppo atipico, di cui le forme più frequenti sono i disturbi dello spettro autistico (DSA) e il ritardo mentale (RM), che saranno descritte nei prossimi paragrafi.

Figura 1

Interconnessioni tra predisposizioni del bambino e del genitore



Tratto da Venuti (2007). Percorsi evolutivi. Forme tipiche e atipiche.

2.1 I Disturbi dello Spettro Autistico (DSA)³

I disturbi dello spettro autistico (DSA) raccolgono un insieme di quadri patologici caratterizzati da una generale difficoltà nello stabilire relazioni intersoggettive causati da alterazioni neurologiche nello sviluppo cerebrale. Alterazioni che durante il percorso di sviluppo determinano molteplici disfunzioni nell'elaborazione delle informazioni, nella regolazione delle funzioni di base, nell'integrazione dei comportamenti, nella vita relazionale ed emotiva (Trevarthen, 1998; Venuti 2003, Gotham, Risi, Pickles, & Lord, 2007). Le aree che risultano maggiormente compromesse sono:

- 1- Area sociale ed interattiva: che si esprime nelle difficoltà di interazione sociale e mancanza di reciprocità emotiva;
- 2- Area comunicativa: che si esprime attraverso le difficoltà di comunicazione e immaginazione;
- 3- Area comportamentale: che si manifesta attraverso un repertorio ristretto e ripetitivo di attività.

Molteplici sono le cause che possono determinare queste anomalie: in alcuni casi esse sono dovute a fattori genetici, danni cerebrali presenti durante la gravidanza, il parto o il periodo pre-natale e in alcuni casi sono causate da problemi specifici associati a particolari condizioni cliniche.

I vari risultati della ricerca condotta negli ultimi decenni (Peeters & Gillberg, 1999) hanno evidenziato che possono essere presenti differenti forme di disfunzione cerebrale che danno come risultato lo sviluppo di un DSA. Studi condotti mediante la risonanza magnetica funzionale hanno evidenziato che le aree cerebrali più colpite sono:

1. il tronco cerebrale e il sistema limbico, in cui hanno sede vari sistemi automatici che presiedono alla regolazione dei ritmi, della memoria, della capacità nel coordinare l'interazione sociale e affettiva (Adolphs, Sears, & Piven, 2001; Bauman & Kemper, 1985; 1988; Raymond, Bauman, & Kemper, 1996);
2. il cervelletto, le cui alterazioni si esprimono in difficoltà nella coordinazione dei movimenti motori, deficit di interazione sociale e appiattimento affettivo (Bauman & Kemper, 1995; Courchesne et al., 1994; Schmahmann & Sherman 1998);
3. i lobi frontali e prefrontali, associati alle funzioni esecutive, alle capacità legate alla teoria della mente e all'attenzione visiva (Minshew, Luna, & Sweeney, 1999). Nei soggetti con autismo, le alterazione dei lobi frontali potrebbero essere

² Questo paragrafo è in fase di stampa su Venuti, P. *“Bisogni educativi speciali: aspetti clinici ed intervento educativo”*. Trento: Erickson.

responsabili di alcuni sintomi tipici quali il distacco sociale e l'incapacità di generalizzare (Luna et al., 2002; Ozonoff, Pennington, & Rogers 1991; Rapin, 1999;), di comprendere storie (Happé et al., 1996), di ricercare visivamente figure nascoste (Ring et al., 1999), di processare stimoli sociali (Mountz, Tolbert, Lill, Katholi, & Liu, 1995).

Le differenti basi biologiche che possono causare queste patologie giustificano sempre di più la presenza di diverse forme di autismo che si pongono lungo un continuum che va da forme più lievi di compromissione come nella Sindrome di Asperger a quelle più gravi rappresentate dall'autismo (Ballerini, Barale, Gallese, & Ucelli, 2006).

Il Disturbo Autistico, descritto per la prima volta da Kanner nel 1943, è la forma più grave delle alterazioni dello sviluppo neurologico nella prima infanzia. Attualmente, utilizzando un criterio di inclusione restrittivo, si stima che la sua incidenza è di 24,8:10000 (Baird et al., 2006).

La presenza di un disturbo dello spettro autistico ha notevoli ripercussioni sullo sviluppo della persona e sul suo modo di relazionarsi agli altri e al mondo esterno, che si manifestano in diversi ambiti dello sviluppo:

- 1- intersoggettività**- come dimostrato da diversi studi osservativi nei bambini con DSA fin dalle prime fasi di sviluppo sono carenti gli scambi basati sulla comunicazione emotiva tipici dell'intersoggettività primaria. Le difficoltà sensoriali possono alterare la presenza di quei giochi di scambio vocale, visivo e tattile dei primi mesi di vita. Nell'intersoggettività secondaria si genera una profonda alterazione per la mancanza di indicazione e della capacità di leggere le espressioni emotive sul volto dell'adulto, con conseguenti carenze nella "Teoria della Mente" (Baron-Cohen, 1995; Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Surian, 2002). Deriva da ciò che le fasi di sviluppo maggiormente compromesse sono quelle della intersoggettività secondaria e la fase successiva caratterizzata dal gioco simbolico che risultano profondamente correlate alle abilità di attenzione condivisa. Avviene quindi che potenzialità mentali proprie del soggetto non vengono attivate in quanto manca l'incontro e lo scambio reciproco con un adulto. I deficit nell'intersoggettività sono alla base anche delle difficoltà che i bambini con DSA hanno nell'imitazione, così come nelle relazioni sociali. Sembra che la presenza di un deficit nell'intersoggettività sia responsabile dell'incapacità a formarsi un'immagine interna dell'altro come partner nelle interazioni reciproche, e con cui sperimentare la condivisione di attenzione su un

oggetto, scambiare sentimenti circa le azioni, gli oggetti, gli eventi e cooperare in compiti.

- 2- interazione:** le difficoltà nell'intersoggettività e nello sviluppo comunicativo conducono ad avere notevoli difficoltà e carenze nello scambio interattivo come manifestato dalla mancanza di intenzionalità e di reciprocità, componenti essenziali per lo sviluppo delle interazioni. Le difficoltà principali si hanno nella difficile responsività e nel coinvolgimento attivo dell'adulto. Le madri pur essendo capaci di adattare il loro linguaggio alle capacità del bambino e di adattare il loro gioco a quello del bambino (Venuti, Mazzeschi, Rossi, & Soperchi, 1997), appaiono spesso "asincroniche" nella relazione probabilmente (Shapiro, Frosch, & Arnold, 1987) perché sono incapaci di adattare i "dialoghi" e di "mantenere l'attenzione" con il loro bambino, che non è prevedibile e che non risponde nel modo con cui sono predisposte per rispondere. La sollecitazione, la stimolazione, il richiamare l'attenzione - modalità tipiche della relazione adulto-bambino – nel bambino con DSA non attivano le risposte attese e probabilmente determinano in lui ancora maggiore confusione e senso di frustrazione per l'incapacità di comprendere o di rispondere.
- 3- cognizione:** in molti casi la presenza di un DSA è associata ad un ritardo mentale, ma - anche nei casi di autismo con quoziente intellettivo nella norma – si osservano alcune modalità di pensiero differenti in modo specifico. Problemi di attenzione, di integrazione percettiva inficiano le capacità di interpretazione del mondo e di se stessi.

La precocità del malfunzionamento cerebrale impedisce l'attivazione di quelle predisposizioni strutturali e funzionali proprie di ogni bambino con sviluppo tipico, predisposizioni che permettono un'integrazione rapida tra risorse ambientali, relazionali e patrimonio genetico. Non venendo attivate queste interazioni si compromette in maniera sostanziale la capacità di adattamento del bambino.

2.2 La relazione genitore bambino con DSA

Il deficit nella sfera delle interazioni sociali rappresenta non solo un criterio diagnostico dell'autismo (DSM-IV TR, APA, 2000) ma anche uno degli aspetti più drammaticamente evidenti di questa patologia. Secondo alcuni studi recenti anomalie in alcune forme precoci di interazione sociale sono già presenti nel primo anno di vita (Osterling & Dawson, 1994; 2000) mentre tradizionalmente il deficit si fa risalire alla fine del secondo anno di vita. Quale che sia l'evoluzione del deficit, è indubbio che siano i genitori i primi a sperimentarne le conseguenze, nonché coloro che fronteggiano più a lungo le difficoltà connesse all'interagire con un bambino poco responsivo e socialmente chiuso (Venuti, 2007). Nonostante ciò, sono poche le ricerche in letteratura che attualmente si focalizzano sulle caratteristiche della relazione madre-bambino con DSA (Doussard-Roosevelt, Joe, Bazhenova, & Porges, 2003; Dolev, Oppenheim, Koren-Karie, & Yirmiya, 2009).

Pur non essendo numerosi, gli studi sull'interazione madre-bambino con DSA hanno messo in luce alcune caratteristiche distintive generalmente riscontrate in bambini di età prescolare. Come le madri di bambini con altri disturbi dello sviluppo, le madri di bambini con DSA sembrano avere una tendenza ad un maggiore controllo e ad una maggiore direttività, mostrando in particolare più tentativi di agganciare l'attenzione del bambino soprattutto attraverso approcci di tipo fisico (Kasari, Sigman, Mundy, & Yirmiya, 1988; Lemanek, Stone, & Fishel, 1993). Inoltre, altri studi hanno messo in luce come i bambini con DSA mostrino una maggiore responsività verso approcci materni basati sulla fisicità e sull'uso non verbale di oggetti (Doussard-Roosevelt et al., 2003). In uno studio esplorativo condotto sui filmati familiari realizzati nei primi 18 mesi di vita di 5 soggetti successivamente diagnosticati come autistici, confrontati con altrettanti bambini con sviluppo tipico, non sono emerse differenze significative nel livello della disponibilità emotiva dei genitori misurato attraverso le *Emotional Availability Scales*. Già da queste prime fasi dello sviluppo inizia ad essere evidente però una minore tendenza del bambino a coinvolgere il genitore iniziando scambi comunicativi.

In un altro studio, è stato messo in evidenza come comportamenti materni sintonizzati rispetto al focus dell'attenzione del bambino autistico diano luogo a lungo termine ad un maggiore sviluppo del linguaggio (Siller & Sigman, 2002).

Si può ipotizzare che le modalità interattive dei genitori di bambini con DSA variano nel corso dello sviluppo. Nei primi mesi di vita, quando i segnali della patologia non

sono ancora palesi, i genitori mettono in atto dei comportamenti di cura “tipici”, che sono il semplice risultato delle predisposizioni innate, degli apprendimenti culturali e della loro personalità. È solo in un secondo momento, quando iniziano ad essere evidenti le risposte atipiche dei loro figli che il loro atteggiamento viene a modificarsi nel tentativo di adattarsi ma anche in risposta alla frustrazione. Sfortunatamente non ci sono molti studi che hanno verificato tale andamento evolutivo, anche perché naturalmente non è possibile monitorare in modo programmatico le fasi precoci di sviluppo dei bambini che sono diagnosticati come autistici a partire dai 2 o, più spesso, 3 anni.

2.3 Il Ritardo Mentale (RM)⁴

Il *Ritardo Mentale* è una condizione patologica la cui caratteristica principale è l'insufficienza nello sviluppo intellettuale che si manifesta in una varietà di quadri clinici legati ad un'ampia gamma di possibili fattori causali: genetici, prenatali, perinatali, postnatali e psicosociali (Venuti, in press).

L'incidenza di questo disturbo non è facilmente determinabile i dati del DSM-IV TR e quelli di Baroff (1996) concordano su una stima, dell'1% nella popolazione generale. Inoltre le statistiche più recenti mettono in luce che, nel nostro paese, i soggetti con ritardo mentale rappresentano circa il 2-3% della popolazione totale (Buono & Di Nuovo, 2004). Inoltre, è necessario aver presente che il 30-40% dei casi di ritardo mentale non ha una precisa definizione eziologia.

L'*American Association of Mental Deficiency* - AAMD (Fredericks & Larry Williams, 1998) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, definiscono il ritardo mentale oltre che come deficit intellettuale, come una inadeguatezza del funzionamento adattivo, ovvero un'incapacità del soggetto a corrispondere agli standard propri della sua età o della sua cultura in aree specifiche quali l'autonomia, la responsabilità sociale, la comunicazione, le attività della vita quotidiana, l'indipendenza personale e l'autosufficienza (WHO, 2001).

Il manuale diagnostico DSM-IV TR (APA, 2000) definisce il Ritardo Mentale come “*un funzionamento intellettuale generale significativamente al di sotto della media (Criterio A) che è accompagnato da significative limitazioni nel funzionamento adattivo in almeno due delle seguenti aree delle capacità di prestazione: comunicazione, cura della persona, vita in famiglia, capacità sociali/interpersonali, uso delle risorse della*

⁴ Questo paragrafo è in fase di stampa su Venuti, P. “*Bisogni educativi speciali: aspetti clinici ed intervento educativo*”. Trento: Erickson.

comunità, autodeterminazione, capacità di funzionamento scolastico, lavoro, tempo libero, salute, e sicurezza (Criterio B). L'esordio deve avvenire prima dei 18 anni (Criterio C). Il Ritardo Mentale ha molte diverse etiologie e può essere visto come la via finale comune di vari processi patologici che agiscono sul funzionamento del sistema nervoso centrale”.

Esistono diversi sottotipi di ritardo mentale, che rappresentano livelli progressivi di gravità del disturbo definito dal quoziente d'intelligenza. In base al quoziente di intelligenza è possibile distinguere quattro principali categorie: il ritardo lieve, medio, grave e gravissimo, che esprimono il diverso grado di disorganizzazione delle funzioni cognitive e il modo in cui essi si riflettono sullo sviluppo globale dell'individuo.

Le caratteristiche tipiche del funzionamento mentale dei soggetti con ritardo mentale sono: in primo luogo la *concretezza* e la *rigidità* del pensiero, difficoltà di pianificazione delle attività, deficit nelle capacità di creatività ed immaginazione, un'*esperienza percettiva*, che appare caratterizzata da lentezza e imprecisione e sincretismo; *memoria* limitata, in modo particolare quella a breve termine. Per quanto riguarda le *abilità linguistiche* sono compromesse in diversi modi a seconda dei soggetti e del livello di ritardo mentale che questi presentano: possono essere compromesse sia la comprensione che l'espressione verbale, si può riscontrare povertà lessicale, semplicità e/o scorrettezza nella struttura sintattica, difficoltà a livello pragmatico, difficoltà a livello fonologico e articolatorio. Sono spesso rintracciabili in bambini con ritardo mentale deficit dell'attenzione, in particolare negli aspetti di attenzione sostenuta e selettiva.

2.4 La relazione genitore bambino con RM⁵

Per i bambini con ritardo mentale, così come per gli altri bambini, lo sviluppo è notevolmente influenzato dalla qualità dell'interazione con il genitore (Brinker, Seifer, & Sameroff, 1994; Greenspan, 1997). Infatti esso dipende fortemente, oltre che dai limiti imposti dalla patologia, dal tipo di interazione che i genitori riescono ad instaurare con il loro bambino, interazione necessaria per fornire l'incoraggiamento e la stimolazione adeguata a fronteggiare i limiti imposti dalla patologia (Pino, 2000).

La maggior parte degli studi si è focalizzata su alcuni aspetti circoscritti delle modalità interattive caratteristiche delle madri di bambini con ritardo mentale, con particolare

⁵ Parte di questo paragrafo è stato pubblicato in de Falco, S., Cimino, M., La Femina, F., & Venuti, P. (2008). Qualità della relazione affettiva madre-bambino e abilità ludiche in bambini con sindrome di Down. *Infanzia e adolescenza: psicodinamica e psicopatologia*, 7(3), 124-137.

riferimento all'atteggiamento fortemente direttivo che è stato concordemente riscontrato in queste madri (Beeghly, Weiss-Perry, & Cicchetti, 1989; Cielinski, Vaughn, Seifer, & Contreras, 1995). A questo proposito, l'origine, il significato e la funzione di tale atteggiamento direttivo sono stati spesso al centro di un dibattito interpretativo che ha dato luogo sostanzialmente ad una visione dicotomica (Marfo, 1990; Marfo, Cynthia, Dedrick, & Barbour, 1998; Roach, Stevenson, Barratt, Miller, & Leavitt, 1998). Secondo alcuni autori, il riscontro delle effettive difficoltà mostrate dal bambino indurrebbero la madre a considerare quello didattico l'approccio più appropriato all'interazione dando luogo così ad uno stile direttivo che, qualora non esasperato, si tradurrebbe in un atteggiamento efficace ed adattivo (Cieliesky et al., 1995; Crawley & Spiker, 1983; Marfo, 1990). Secondo altri autori, il vissuto di disillusione e preoccupazione connesso alla nascita di un figlio "disabile", insieme con le effettive difficoltà ad interagire con un bambino con caratteristiche deficitarie, sarebbero alla base di un atteggiamento direttivo connotato da aspetti negativi quali intrusività e, in definitiva, scarsa sensibilità (Berger & Cunningham, 1983).

Tale dibattito, se si evita il rischio di un'adesione semplicistica e riduttiva ad una sola delle due interpretazioni contrapposte, mette in luce la natura complessa dell'interazione madre-bambino con ritardo mentale e la necessità di un approccio a tale argomento quanto più globale e completo è possibile che tenga conto dei contributi di entrambi i membri della diade alla qualità globale della relazione affettiva.

Per una madre, crescere un figlio con ritardo mentale è una sfida (Hodapp, 2002) sia a causa dei problemi di salute spesso associati al ritardo mentale, sia per la difficoltà ad accettare pienamente un figlio che si comporta diversamente dagli altri bambini, mostrando sempre più aree di ritardo rispetto agli altri. Generalmente, la madre reagisce con un forte, se non eccessivo, coinvolgimento nelle cure del figlio, a cui si accompagna un profondo senso di frustrazione e preoccupazione. Queste reazioni emotive influenzano le modalità di rapportarsi al figlio dando luogo, come si è detto, ad atteggiamenti controllanti e talvolta intrusivi che, se eccessivi, non giovano allo sviluppo del bambino.

Mentre l'interazione madre bambino è stata ampiamente investigata solo recentemente i ricercatori hanno iniziato a porre attenzione al ruolo del padre nelle disabilità (Glidden, Billings, & Jobe, 2006; Olsson & Hwang, 2001; Shin et al., 2006). Quello che emerge da questi studi è che i padri dei bambini con Sindrome di Down (SD) percepiscono i propri figli meno compromessi nel livello di adattamento ambientale e con tratti di

personalità migliori mentale (Hodapp, 2007; Ricci & Hodapp, 2003; Senese, La Femina, Buro, Saladino, & Di Lucia, 2008; Stoneman, 2007), percepiscono la loro relazione con il figlio più armoniosa (Hornby, 1996) rispetto ai padri di bambini con altre forme di ritardo.

Come nello sviluppo tipico, diversi aspetti del coinvolgimento paterno nelle pratiche di cura dei propri figli sono associati positivamente allo sviluppo sociale, cognitivo ed adattivo del bambino (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth, & Lamb, 2000; Tamis-LeMonda & Cabrera, 2002). In modo più specifico, appare che il ruolo paterno più significativo del padre nello sviluppo del bambino sia mediato dalle attività di gioco (Caneva & Venuti, 1998; Hewlett, 1992).

I risultati di uno studio condotto su 19 bambini con SD mediante l'osservazione dei comportamenti di gioco, hanno messo in evidenza come in generale il bambino mostri un incremento delle attività di gioco esplorativo e simbolico passando da una sessione di gioco solitario a quella di congiunto sia con la madre e con il padre. La cosa che sembra essere più interessante è che nonostante le madri e i padri non differiscano fra loro nel numero di attività simboliche mostrate nell'interazione con il proprio figlio, i bambini con SD mostrino un incremento significativamente superiore nel livello di simbolizzazione nelle sessioni congiunte con il padre rispetto a quelle con la madre (de Falco, Esposito, Venuti, & Bornstein, 2008). Secondo gli autori, ciò si verifica perché i padri più delle madri mostrano un livello di sintonia maggiore durante il gioco associando i propri comportamenti simbolici all'attività su cui è focalizzato il bambino. I risultati di questo studio mostrano come i padri più delle madri promuovono un progressivo ampliamento delle capacità cognitive nonostante le compromissioni funzionali causate dalla sindrome.

Infine, per quanto riguarda il livello di disponibilità emotiva, uno studio recente (de Falco, Venuti, Esposito, & Bornstein, 2009) condotto su 22 bambini con SD ha messo in evidenza l'assenza di differenze significative tra madre e padre sia nel punteggio globale che nelle singole scale genitoriali (sensibilità, strutturazione, ostilità, intrusività) delle Emotional Availability Scales (EAS: Biringen et al., 1998). Allo stesso modo non emergeva alcuna differenza nel modo in cui i bambini erano responsivi o coinvolgenti nei confronti delle loro madri e padri.

Dato il grande impatto che la relazione ha sullo sviluppo del bambino, la presa in carico in ambito terapeutico della diade genitore-bambino è spesso auspicabile per bambini con ritardo mentale, poiché fornisce al genitore un supporto per la comprensione della

condizione del figlio sia in termini di difficoltà che di punti di forza e facilita l'instaurarsi di modalità comunicative più efficaci.

Molto spesso infatti i bambini con ritardo mentale non sono primariamente compromessi nella sfera dell'interazione sociale ma possono comunque apparire carenti nella responsività alle proposte della madre, semplicemente a causa delle difficoltà intellettive o attentive. Comprendere questi limiti consente alla madre di calibrare il suo comportamento in base alle competenze del bambino, sintonizzandosi ad esso e rendendo la relazione con il bambino un contesto di coinvolgimento affettivo positivo in cui possa sperimentare in sicurezza i livelli più alti delle proprie potenzialità.

CAPITOLO III

I TRATTAMENTI NELLO SVILUPPO ATIPICO

Come già anticipato nel secondo capitolo, i DSA e il RM sono le condizioni di sviluppo atipico più frequenti. Diversamente da altre sindromi questi disturbi hanno un'etiologia ed una manifestazione fenotipica molto eterogenea. Le aree compromesse dalle alterazioni neurobiologiche sono varie e spesso si differenziano anche all'interno dello stesso quadro clinico. Proprio a causa di tale eterogeneità sono nati diversi modelli di trattamento che si contraddistinguono non solo per i principi teorici a cui fanno riferimento ma anche rispetto all'area su cui è focalizzato l'intervento.

Scopo di questo capitolo è la descrizione di alcuni dei principali modelli di intervento applicati nei DSA e nel RM. I trattamenti saranno suddivisi rispetto al loro focus e trattati nel seguente ordine: interventi centrati sul comportamento, interventi evolutivi e interventi centrati sulla relazione.

3.1 Gli interventi focalizzati sul comportamento

3.1.1 L'Applied Behavior Analysis

L'Applied Behavior Analysis (ABA) è una tecnica di intervento comportamentale messa a punto da Lovaas nel 1987 per il trattamento degli autistici e sottoposta ad una serie di adattamenti negli anni successivi dai suoi collaboratori (Lovaas, Calouri, & Jada, 1989; Maurice, Green, & Luce, 1996). Secondo gli autori nelle forme gravi di sviluppo atipico viene alterata profondamente la capacità di apprendimento. Obiettivo del trattamento pertanto è aiutare il bambino ad apprendere autonomamente dall'interazione ambientale mediante una serie di facilitazioni (Cottini, 2004).

Il metodo ABA poggia sui seguenti principi:

1. la necessità di attivare gli interventi nei contesti di vita del bambino (scuola e casa) formando genitori e insegnanti affinché siano capaci di applicare loro stessi l'intervento;
2. la necessità di intervenire precocemente (prima dei 5 anni) e in maniera intensiva (30 ore settimanali);
3. la necessità di modificare i comportamenti *alterati*, mediante l'applicazione dei principi dell'analisi dei comportamenti;

4. la promozione di abilità funzionali necessarie per migliorare il livello di adattamento ambientale partendo dalla motivazione del bambino.

Come per gli altri approcci l'intervento ABA inizia con un approfondimento del funzionamento del bambino che include la valutazione qualitativa delle sue abilità e difficoltà, la valutazione quantitativa dei problemi comportamentali e la valutazione funzionale delle motivazioni sottostanti i comportamenti profondamente disturbati (comportamenti problema).

L'analisi delle aree di forza e di debolezza del bambino viene effettuata mediante l'applicazione di checklist che indagano sia il livello più globale delle singole abilità sia quelle più specifiche attraverso la loro scomposizione in unità singole ordinate per difficoltà crescente. Successivamente sono valutati parametri quantitativi di tali funzioni ossia intensità, frequenza e durata dei comportamenti da incrementare o eliminare. Infine, attraverso il profilo funzionale sono indagate le situazioni che precedono i comportamenti target, che si suppongono esserne la causa, e le sue conseguenze.

Come già accennato lo scopo dell'intervento è favorire l'apprendimento di abilità fondamentali quali l'autonomia personale, la capacità di comunicare e di interare in relazione con gli altri. Per raggiungere questi obiettivi sono utilizzate le tecniche descritte di seguito.

Le tecniche più utilizzate sono il *prompting* e il *fading* ossia il fornire aiuto per poi attenuarlo gradualmente. Gli aiuti forniti sono in genere suggerimenti verbali, gestuali o una vera e propria guida fisica. Una volta che il bambino ha appreso un comportamento occorre che diventi capace di eseguirlo in autonomia e pertanto il numero di aiuti viene gradualmente ridotto.

Il *modeling* invece è una tecnica che favorisce l'apprendimento mediante l'imitazione del comportamento eseguito da una persona che funge da modello.

La tecnica dello *shaping* consiste nel ampliare il repertorio comportamentale del bambino mediante una serie di rinforzi che aiutano il bambino nel modificare gradualmente il proprio comportamento per raggiungerne uno più complesso. Il *chaining* consente l'apprendimento di sequenze comportamentali mediante un sistema di rinforzi applicati solo nel momento in cui le singole azioni sono eseguite nell'ordine giusto.

Infine, la tecnica fondamentale su cui poggia l'intero intervento affiancando anche le tecniche appena descritte è il *rinforzo*. Il rinforzo è una forma di apprendimento che poggia sul principio secondo cui la presentazione immediata e costante di un evento

positivo seguente la produzione di un comportamento aumenta la probabilità del suo mantenimento. In altre parole, la persona tenderebbe a produrre il comportamento target al fine di ottenere l'evento o oggetto usato come rinforzatore. Esistono diverse forme di rinforzo (materiali, sociali, sensoriali, simbolici e informativi) e diverse modalità di elargizione (a rapporto fisso, rapporto variabile, intervallo fisso o intervallo variabile) che sono scelti dall'operatore rispetto al livello di funzionamento del soggetto e allo stadio della terapia (Skinner & Fester, 1957).

Diversamente per favorire l'estinzione dei comportamenti inadeguati ed in modo particolare quelli autolesionistici sono usate strategie non aversive, quali il rinforzo dei comportamenti alternativi o incompatibili con quelli problematici; e strategie aversive come la restrizione fisica e la sospensione del comportamento problema mediante l'isolamento della persona in un'altra stanza.

Tra i diversi trattamenti applicati nello sviluppo atipico sicuramente il metodo ABA presenta il maggior numero di studi che hanno indagato la sua efficacia.

Il primo studio è stato condotto da Lovaas nel 1987 su un gruppo di 19 bambini di età prescolare con una diagnosi di autismo. I bambini sono stati sottoposti ad un trattamento individualizzato intensivo di 40 ore settimanali condotto nei loro contesti di vita (scuola e casa) per due anni. Lo studio metteva in evidenza che rispetto ai gruppi controllo i bambini sottoposti ad intervento presentavano un incremento medio di 30 punti al quoziente di intelligenza, un miglioramento significativo nelle abilità sociali e nel livello di adattamento all'ambiente.

Inoltre, uno studio sul follow-up di questi bambini visti in età adolescenziale mostrava che tali risultati tendevano a mantenersi stabili nel tempo anche in assenza di altri interventi educativi speciali (McEachin, Smith, & Lovaas, 1993).

I risultati sugli effetti del metodo ABA sul livello di adattamento e di intelligenza nei bambini con autismo sono stati replicati in altri studi (Cohen, Amerine-Dickens, & Smith, 2006; Sallows & Graupner, 2005).

Studi recenti dimostrano che un programma ABA altamente focalizzato ha degli effetti superiori sul miglioramento dei comportamenti adattivi rispetto all'applicazione di un approccio educativo che cerca di integrare modelli di trattamento diversi (Eikeseth, Smith, Jahr, & Eldevik, 2002; Howard, Sparkman, Cohen, Green, & Stanislaw, 2005).

Nonostante diversi studi ne abbiano sottolineato l'efficacia il metodo ABA è oggetto di molte critiche. Da un punto di vista metodologico gli studi su descritti sono stati condotti su campioni di ridotta ampiezza e l'assegnazione ai gruppi sperimentale e di

controllo non è stata realizzata con modalità randomizzate (Gresham & MacMillan, 1997; Kazdin, 1993). Da un punto di vista clinico e qualitativo viene messa in discussione l'uso dei metodi fortemente aversivi tra cui la punizione, la natura automatica e poco spontanea nell'uso delle abilità acquisite.

3.1.2 Il programma TEACCH

Il programma TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Handicapped Children) è un metodo di trattamento educativo applicato su bambini con autismo e deficit di comunicazione, ideato da Schopler negli anni settanta e applicato per la prima volta presso l'Università del Nord Carolina.

Scopo generale del programma TEACCH è sviluppare al massimo grado le autonomie attraverso la modifica dell'ambiente in funzione delle esigenze e delle caratteristiche individuali e il potenziamento delle abilità di comunicazione e interazione sociale del bambino (Schopler, Reichler, & Lansing, 1980; Cottini, 2002).

I principi di fondo su cui poggia il programma sono:

1. progettare un intervento educativo basato sui punti di forza e sulle abilità emergenti dei bambini con disabilità nell'ambito della comunicazione verbale;
2. coinvolgere la famiglia nel ruolo di partner educativi attraverso la partecipazione a dei parent training;
3. costituire un'equipe integrata che riesca ad avere un'immagine e un progetto globale sul bambino.

Come per gli altri interventi il programma TEACCH inizia con una fase di assessment sistematico e strutturato in cui sono rilevate le aree di forza dei bambini piuttosto che i punti di debolezza. Oltre alle scale di intelligenza Wechsler e alla scheda osservativa *Communication Autistic Rating Scale* (CARS; Schopler, Reichler, & Renner, 1988), viene applicato il Psycho Educational Profile (PEP), uno strumento di valutazione che indaga mediante prove standardizzate sette abilità funzionali di base (imitazione, percezione, attività fino e grosso motoria, integrazione oculo-manuale, abilità cognitive e verbali). L'applicazione di questi strumenti consente la costruzione di un profilo funzionale che mette in evidenza le aree di forza su cui poggiare l'intervento, le abilità emergenti su cui sono focalizzate le attività riabilitative.

L'intervento parte dalla convinzione che alcuni dei nuclei centrali dei disturbi dello spettro autistico sono la difficoltà nell'anticipare gli eventi e la tendenza ad attivare comportamenti ripetitivi (Cottini, 2002). Da qui la necessità di una strutturazione

dell'ambiente e delle attività alle esigenze del bambino. I principi dell'apprendimento strutturato sono essenzialmente quattro:

1. organizzazione dell'ambiente fisico;
2. schemi visivi;
3. sistemi di lavoro;
4. organizzazione dei compiti e del materiale.

In pratica, gli ambienti in cui si svolgono le attività educative sono delimitati e divisi rispetto alle attività da svolgere in modo che il bambino sappia con certezza che in quello spazio dovrà eseguire un compito preciso (Peeters, 1994; Schopler, Mesibov, & Hearsey, 1995). Inoltre, per facilitare la focalizzazione sul compito, arginando le difficoltà di attenzione del bambino, negli spazi sono presenti solo i materiali legati al compito collocati in scaffali ampi.

Ogni spazio ha una serie di schemi visivi che descrivono le attività che il bambino svolgerà in quella stanza. Si tratta di immagini, oggetti o scritte che guidano il bambino nella comprensione dell'ambiente facendo leva sulle sue abilità integre di analisi visuo-spaziale arginando le difficoltà di comprensione e comunicazione verbale. L'uso degli schemi visivi sono un valido supporto alle difficoltà di orientamento temporale dei bambini con gravi disordini dello sviluppo in quanto riducono i problemi connessi alla memoria e all'attenzione, riducono le difficoltà di organizzazione e pianificazione, compensano le difficoltà nel linguaggio recettivo, favoriscono l'autonomia.

Rispetto ad ogni attività al bambino sono forniti dei sistemi di lavoro che lo guidano la sua esecuzione. Il compito è contenuto in una scatola su cui è raffigurata l'immagine che descrive l'attività. Le scatole sono disposte su uno scaffale secondo un ordine spaziale predefinito che va da sinistra verso destra, a sinistra sono collocate le cose da fare e a destra le attività già svolte.

Infine, l'educatore fornisce una serie di linee guida su come eseguire il compito, la sua natura e come si verifica il suo completamento attraverso una serie di immagini.

In conclusione, il metodo TEACCH cerca di utilizzare le modalità di funzionamento stereotipate e ripetitive dei bambini con DSA in senso evolutivo per aiutarli a rispondere alle richieste dell'ambiente e favorire il loro adattamento.

Da un punto di vista tecnico le strategie di intervento utilizzate sono le stesse che guidano il metodo ABA e pertanto fanno riferimento ai principi della teoria cognitivo-comportamentale (Cottini, 1993).

In letteratura sono presenti diversi studi che dimostrano l'efficacia del modello TEACCH. Ad esempio, Panerai, Ferrante, Zingale (2002) hanno valutato gli effetti del metodo TEACCH confrontando due gruppi di otto soggetti con diagnosi di autismo associato a ritardo mentale appaiati per sesso, età mentale e cronologica. Un gruppo è stato sottoposto al modello TEACCH mentre l'altro ha seguito il percorso standard di integrazione scolastica con insegnante di sostegno. Al termine dell'anno scolastico il gruppo sottoposto al metodo TEACCH mostrava un incremento significativamente maggiore ai punteggi ottenuti al Psycho-Educational Profile-Revised (PEP – R) e alle Vineland Adaptive Behaviour Scale. Diversamente, Ozonoff e Cathcart (1998) hanno valutato l'efficacia del metodo TEACCH applicato nell'ambito domiciliare. In questo studio i genitori erano stati *addestrati* a lavorare su alcune abilità cognitive ed adattive di base con i loro bambini autistici. Lo studio includeva due gruppi di 11 soggetti con diagnosi di autismo, uno sottoposto all'intervento domiciliare e uno senza trattamento. I soggetti sono stati appaiati per età cronologica, gravità dell'autismo e in base ai risultati ottenuti alla valutazione pre trattamento mediante il PEP – R. La valutazione post trattamento, eseguita dopo un intervallo di 4 mesi, metteva in evidenza un miglioramento significativo del gruppo sottoposto a trattamento mediante il metodo TEACCH dei punteggi globale del PEP – R e dei punteggi ottenuti nelle aree delle imitazione, abilità fine motorie, grosso motorie, ragionamento non verbale. Risultati simili sono stati ottenuti da Van Bourgondien, Reichle e Schopler (2003) che hanno valutato l'efficacia del di un programma residenziale basato sul modello TEACCH applicato su soggetti adulti con autismo. I risultati indicavano un miglioramento nelle aree della comunicazione, indipendenza, socializzazione rispetto ad un gruppo di controllo non sottoposto al programma.

3.2 Gli interventi focalizzati sullo sviluppo

3.2.1 Il Modello Denver

Il Modello Denver (DM) è un approccio evolutivo che tiene conto dell'importanza della relazione e degli affetti positivi per la promozione dello sviluppo del bambino (Ozonoff & Cathcart, 1998; Rogers, 1998; Rogers, Hall, Osaki, Reaven, & Herbison, 2000). Il modello è stato sviluppato principalmente per i bambini con disturbo dello spettro autistico di età prescolare dai 3 ai 5 anni ma è applicabile anche ad altre forme di disabilità. Negli ultimi anni gli autori hanno esteso il modello anche ai bambini dai 14

mesi fino ai 3 anni. Il trattamento per questa fascia di età è conosciuto come Early Start Denver Model (ESDM; Rogers & Dawson, 2007).

Il DM parte dall'assunto teorico che tutti i bambini inclusi quelli con DSA apprendono in ogni momento di veglia e molto più facilmente nelle situazioni di coinvolgimento sociale reciproco.

Pertanto fulcro dell'intervento è la famiglia e obiettivo principale del trattamento è la promozione nel bambino delle capacità di partecipazione alla relazione sociale. Dal momento che i disturbi pervasivi dello sviluppo presentano compromissioni significative in differenti aree evolutive, gli autori ritengono che il raggiungimento di tale obiettivo è realizzabile solo attraverso l'applicazione di tecniche diverse. Pertanto propongono un modello interdisciplinare che ai propri principi integra quelli del Pivotal Responsive Teaching (PRT) e dell'Applied Behavioural Analysis (ABA). I principi dei tre modelli sono riportati in maniera schematica nella tabella 1.

Gli autori concepiscono i disturbi dello spettro autistico principalmente come disordini della sfera sociale ed intersoggettiva pertanto scopo principale del trattamento è consentire al bambino la possibilità di accedere a relazioni coordinate e reciproche sviluppando quelle abilità sociali di base che risultano deficitarie a causa degli effetti dell'autismo, quali ad esempio l'imitazione, il gioco simbolico e la comunicazione sociale.

Obiettivi specifici del DM e dell'ESDM sono la promozione delle seguenti abilità: orientamento sociale, condivisione e sincronia affettiva, imitazione, attenzione congiunta, linguaggio, gioco simbolico e funzionale.

Il trattamento è intensivo e modificato sistematicamente in base ai cambiamenti evolutivi del bambino. Complessivamente il bambino riceve almeno 20 ore di trattamento settimanale che si realizza in tre contesti: familiare, scolastico e terapeutico con un lavoro individuale

Nei primi anni di vita l'intervento è applicato nell'ambiente domestico dove il genitore osserva un esperto applicare le strategie di insegnamento durante le routine del bambino (colazione, gioco, pranzo, igiene e addormentamento) per poi utilizzarle autonomamente in maniera sistematica.

Per i bambini che hanno compiuto tre anni una parte cruciale del trattamento si realizza nel contesto scolastico (Rogers, 2000). Questo intervento risulta essenziale al fine di garantire la possibilità di apprendere in maniera naturale dai pari le modalità interattive e di generalizzare gli apprendimenti acquisiti in ambito familiare e riabilitativo.

L'intervento è multidisciplinare e coinvolge educatori specializzati nella prima infanzia, psicologi dello sviluppo, logopedisti, terapisti occupazionali e i genitori che hanno appreso il metodo.

Da un punto di vista tecnico il modello Denver prevede la presenza di un curriculum specifico altamente individualizzato e una serie di tecniche di insegnamento finalizzate al raggiungimento di obiettivi evolutivi specifici all'interno di una cornice relazionale (Rogers et al., 2006). Dopo la valutazione multidisciplinare il coordinatore del progetto riabilitativo prepara il curriculum con gli obiettivi da raggiungere in 12 settimane di intervento. Gli obiettivi preposti e le tecniche utilizzate per raggiungerli con il trattamento sono empiricamente basati sulle conoscenze dello sviluppo precoce del bambino, della comunicazione e dell'analisi comportamentale.

Il curriculum include sei aree dello sviluppo: comunicazione (linguaggio recettivo ed espressivo), interazione sociale (attenzione congiunta), gioco, abilità fine e grosso motorie, sviluppo cognitivo, autonomie personali e partecipazione alle routine familiari. Ogni obiettivo è operazionalizzato attraverso la definizione dei comportamenti specifici che sottendono le abilità di base su cui si intende lavorare, la cui presenza viene annotata facendo riferimento ai dati osservativi o a quanto riferito dal genitore e dall'educatore. Ogni obiettivo è suddiviso in 4-6 fasi, la prima rappresenta la baseline, l'ultimo il raggiungimento dell'obiettivo, mentre le fasi centrali costituiscono l'applicazione delle tecniche di insegnamento.

Il raggiungimento dell'obiettivo target avviene in un contesto relazionale, pertanto si prevede che entrambi i partner (genitore o educatore o riabilitatore e il bambino) siano coinvolti nelle attività alternando il turno e agendo in parallelo, partendo dal comportamento spontaneo del bambino con lo scopo di espanderlo. Il lavoro si svolge in un contesto naturale ed è concentrato su più obiettivi, per ognuno dei quali sono definite il set di attività finalizzate al loro raggiungimento. Ogni attività ha una durata breve (2-4 minuti). Per il raggiungimento e il mantenimento del comportamento target l'adulto affianca sempre al rinforzo sociale altri tipi di rinforzo (naturale, alimentare, gioco sociale, giocattolo).

Il primo studio sull'efficacia del modello Denver è del 1989 (Rogers & Lewis), in questo lavoro gli autori hanno sottoposto 31 bambini con diagnosi di DSA ad un trattamento di 22 ore settimanali applicato nel contesto scolastico. I bambini avevano un'età media di 44 mesi, un QI non verbale medio di 67,7, un QI verbale medio di 34, un punteggio medio di gravità di autismo, misurato mediante le scale CARS, di 35,2 e

un livello socioeconomico di 31,7. Al termine del trattamento il 53-73% dei bambini aveva raddoppiato l'età di sviluppo linguistico, sviluppo motorio e di autonomie personali. Si rilevava inoltre un incremento significativo del gioco simbolico, della comunicazione sociale, dell'affetto positivo, delle risposte al genitore, una riduzione dell'affetto negativo e del punteggio alle scale CARS (punteggio medio: 28,9). Questi dati sono stati replicati in altri studi condotti su bambini con DPD NAS con età compresa tra i 3 e i 5 anni (Rogers & Di Lalla, 1991; Rogers, Herbison, & Lewis, 1986; Rogers, Lewis, & Reis, 1987).

Nello studio del 2006 (Rogers et al.) sono stati messi a confronto il modulo comunicativo del DM con un'altra tecnica di intervento di riabilitazione dei muscoli facciali coinvolti nella produzione verbale (PROMPT; Chumpelik, 1984) al fine di valutare gli effetti dei trattamenti sullo sviluppo del linguaggio. Dieci bambini con diagnosi di DSA sono stati assegnati casualmente ai due trattamenti che includeva una seduta settimanale di lavoro individuale per un periodo di 12 settimane. I bambini avevano un'età compresa tra i 20 e i 65 mesi, un Quoziente di Sviluppo compreso tra 38 e 94, un'età verbale compresa tra i 18 e i 31 mesi. I genitori dei bambini sottoposti al modello Denver partecipavano alle sedute e veniva chiesto loro di applicare le stesse strategie a casa per 45 minuti al giorno. I genitori dei bambini sottoposti al modello PROMPT guardavano le sedute dietro lo specchio e non veniva data loro alcuna consegna. In ogni seduta venivano misurate le frequenze delle produzioni verbali dei bambini. Al termine dei trattamenti 8 bambini su dieci (4 del gruppo DM e 4 del gruppo PROMPT) avevano acquisito almeno 5 parole nuove, che si riducevano al follow up dopo 3 mesi senza intervento. In tutti i bambini si era rilevato una riduzione dei punteggi dell'ADOS nelle aree del comportamento sociale e della comunicazione. Rispetto ai due bambini che non avevano manifestato un miglioramento uno dei due aveva un autismo molto severo associato ad un grave ritardo mentale (QS: 34) l'altro era il più piccolo del campione (20 mesi) e al momento dello studio presentava importanti problemi di regolazione emotiva.

Nel 2008 Vismara e Rogers riportano gli effetti del ESDM su un caso singolo di un bambino di 9 mesi con un profilo funzionale compatibile con i criteri diagnostici dell'autismo. Il bambino è stato seguito fino all'età di 22 mesi quando la diagnosi è stata confermata. Nello studio sono state analizzate 12 sessioni consecutive di 1 ora e mezza ciascuna. Il genitore doveva imparare 15 tecniche correlate alle abilità di attenzione, modulazione degli affetti, gestione dei comportamenti indesiderati,

coinvolgimento diadico del bambino, responsività, sensibilità, appropriatezza del linguaggio, capacità di offrire una scelta al bambino e di coinvolgere il bambino in una situazione non strutturata. Al termine del trattamento il padre aveva ottenuto un incremento del 95% delle sue abilità. Nel bambino si sono riscontrati un incremento delle produzioni vocali (da 1 a 14), dei comportamenti vocali imitativi (da 1 a 8), dell'attenzione sociale (da un punteggio medio di 2.3 a 4.3) e dei comportamenti di iniziativa sociale (da un punteggio medio di 2.7 a 4) misurate mediante il Child Behaviour Rating Scale di Mahoney.

Tabella 1
Principi alla base dell'intervento secondo il Modello Denver

DENVER MODEL	PIVOTAL RESPONSIVE TEACHING	APPLIED BEHAVIOURAL ANALYSIS
Comunicazione in tutte le attività	Alternanza di turno	Attenzione
Coinvolgimento diadico	Fornire una scelta	Formato ABC (antecedente, comportamento, conseguenza)
Promozione della spontaneità e dell'imitazione del bambino	Mantenimento alternato all'acquisizione	Numero di ripetizioni
Modulazione dell'affetto e dell'arousal	Rinforzo dei tentativi imprecisi	Gestione dei comportamenti problema
Combinazione degli obiettivi	Programmare attività intrinsecamente rinforzanti	
Usare un linguaggio poco più complesso di quello compreso dal bambino (+ 1 parola)		

3.3 Gli interventi focalizzati sulla relazione

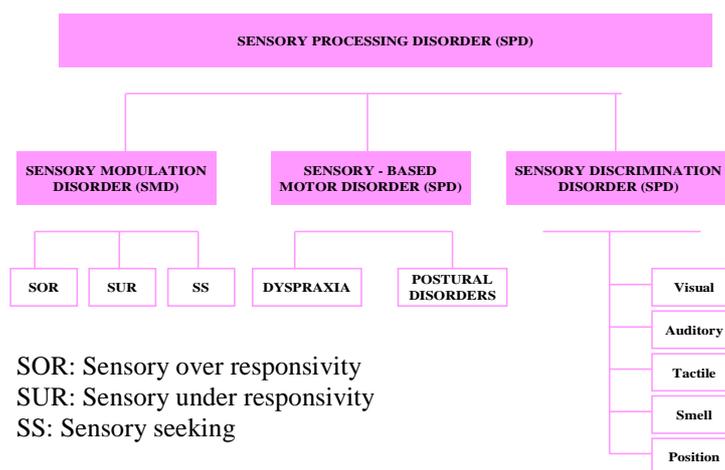
3.3.1 Il Floor Time e il modello DIR

Il modello DIR di Greenspan e Wieder, di cui il Floor-Time è una delle componenti, è un approccio evolutivo globale basato sulla relazione che tiene conto delle differenze individuali di ogni bambino e della sua famiglia che ha come scopo generale la promozione dello sviluppo del bambino. Il modello è stato pensato per il trattamento dei gravi disordini dello sviluppo quali i disturbi dello spettro autistico, i disturbi della comunicazione e della relazione, i disturbi del linguaggio, disturbi della regolazione, disordini genetici (Sindrome di Down, X fragile) e forme gravi del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività. Il modello DIR si pone come un approccio originale e innovativo non solo rispetto al trattamento dei gravi disturbi dello sviluppo ma soprattutto nella concettualizzazione dello sviluppo emotivo e cognitivo del bambino. Partendo dall'osservazione clinica e dai risultati delle recenti ricerche nel campo della *developmental psychopathology* (Cicchetti & Cohen, 2006) gli autori hanno evidenziato tre principi di fondo che regolano lo sviluppo del bambino.

In primo luogo, l'intelligenza e tutte le funzioni che la compongono sono il risultato delle esperienze relazionali ripetute che il bambino fa con le persone che si prendono cura di lui (Greenspan, 1997). L'aspetto centrale delle relazioni sono le emozioni che fungono da carburante per l'acquisizione e il consolidamento di diverse abilità cognitive, emotive, sociali ed adattive. Una relazione per offrire il supporto allo sviluppo deve avere alcune caratteristiche: offrire intimità, calore, sicurezza, regolazione, favorire l'uso e lo scambio delle idee in maniera significativa e comunicativa, porre sfide da superare. In secondo luogo, i bambini presentano molti modi per organizzare e modulare le esperienze a cui sono esposti e ciò dipende dall'organizzazione neurofisiologica che regola gli apparati sensoriali (Miller, Anzalone, Cemek, Lane, Osten, 2007). L'osservazione clinica mette in evidenza la presenza di quadri sensoriali diversi con difficoltà di discriminazione in uno o più canali sensoriali (visivo, uditivo, tattile, olfattivo, cinestetico) e differenti modalità nella modulazione sensoriale. Rispetto a quest'ultima area, da un lato troviamo bambini ipersensibili a stimoli anche di bassa intensità e dall'altro abbiamo bambini iposensibili che non mostrano alcuna reazione a stimoli di intensità media. Anche le modalità di reazione agli stimoli varia da bambino a bambino, alcuni di essi per proteggersi dagli stimoli dolorosi mettono in atto comportamenti di evitamento e chiusura (comportamento di *under responsivity*), altri cercano in maniera spasmodica diverse fonti di stimolazioni (*sensory seeking*) e altri ancora che inizialmente cercano in maniera intensa stimoli forti ma successivamente ne sono sopraffatti (nella figura 1 sono schematizzati i diversi tipi di disordini di elaborazione sensoriale). In tutti questi casi quando il sistema emotivo è sovraccarico si attivano comportamenti autolesivi, perseveranti, compulsivi, ossessivi e/o controllanti che esprimono il tentativo del bambino di ripristinare uno stato di autoregolazione, tentativo che ha come effetto l'essere tagliato fuori dalla relazione con il mondo esterno. Altre differenze individuali sono a carico del sistema motorio con riferimento alle capacità di programmazione motoria e ai deficit posturali. Infine, le diverse funzioni e abilità si sviluppano in maniera interdipendente e dinamica e pertanto la valutazione del bambino non dovrebbe avvenire considerando le singole linee evolutive (motorie, linguistiche, sociali) ma piuttosto il modo in cui queste componenti funzionano come un tutto (Greenspan & Weider, 2007) alla luce di un modello di sviluppo che spieghi come il bambino organizza l'esperienza. Rispetto a questo ultimo punto Greenspan ha elaborato un modello evolutivo per lo sviluppo emotivo e sociale del bambino che costituiscono il

cuore del modello DIR nonché uno degli assi dell'attuale manuale diagnostico usato nella prima infanzia (Zero to Three, 2005). Il modello evolutivo delinea la successione di 6 stadi in cui il bambino acquisisce una nuova abilità emotiva di base che gli consentono di organizzare l'esperienza in maniera diversa e più complessa (il modello è stato descritto in maniera dettagliata nel primo capitolo).

Figura 1
Classificazione dei disordini sensoriali tratto da Miller et al. (2007)



L'acronimo DIR sta per *developmental* (D) *individual difference* (I) e *relationship based* (R) ed indicano i tre punti cardine dell'approccio. *Developmental* sta per evolutivo e significa che scopo del modello è favorire la progressione dello sviluppo del bambino lungo i sei livelli delineati, *individual difference* significa che bisogna tenere conto delle diverse modalità con cui il bambino elabora le informazioni e *relationship based* che il modello implica un lavoro molto intenso sulla costruzione di relazioni più adatte a sostenere lo sviluppo del bambino. Il modello DIR include diverse componenti tra cui gli interventi biomedici, riabilitativi (terapia occupazionale, logopedia, psicomotricità, fisioterapia), supporto alla famiglia, il metodo floor-time da attivare a casa e a scuola (il modello può essere applicato anche ai contesti riabilitativi).

Lo scopo del modello DIR è aiutare i bambini con disturbi dello sviluppo a stabilire con gli adulti e i coetanei rapporti affettuosi e profondi, comunicazioni significative e capacità di pensiero astratto ed emotivo (Greenspan & Weider, 2007).

Come si può intuire da quanto detto fin'ora la prima fase del trattamento è la costruzione di un intervento altamente individualizzato che si realizza mediante una valutazione del bambino che non tiene conto dei sintomi ma piuttosto delle aree di funzionamento del bambino e del modo in cui egli organizza l'esperienza nonché delle relazioni familiari. In particolare viene valutato il livello di sviluppo funzionale ed emotivo raggiunto dal bambino (attenzione calma, reciprocità, comunicazione

intenzionale, interazioni complesse, uso creativo delle idee, costruzione di collegamenti tra le idee), il profilo funzionale (modulazione e discriminazione sensoriale, capacità prassiche, livello di arousal e attenzione, regolazione dei ritmi biologici, comunicazione, intelligenza), l'interazione genitore bambino, modalità di caregiving, aspettative culturali, supporto sociale. La costruzione del profilo funzionale è la parte più importante del processo di assessment in quanto fornisce indicazioni fondamentali per la strutturazione dell'ambiente in cui si realizzerà l'intervento (Kalmanson, 2008).

Il fulcro dell'intervento con il bambino (fatto in maniera diretta dal clinico che si occupa di lui o dalle altre figure significative) è il *floor-time* letteralmente tempo passato sul pavimento con il bambino. Il floor-time è una modalità di lavoro con il bambino che prevede uno scambio relazionale intenso con una modalità uno ad uno. Scopo del floor-time è creare le interazioni educative emotivamente significative per il bambino che lo incoraggino ad acquisire le abilità evolutive di base che a causa dei suoi deficit funzionali non sono state raggiunte. Il floor-time consiste in periodi di 20-30 minuti di gioco, ripetuti per 6 - 10 volte al giorno, in cui l'adulto si pone al livello del bambino cercando di creare scambi interattivi piacevoli e basati sulla reciprocità. I principi di base del floor-time sono:

1. *mobilizzazione dell'affetto e delle emozioni del bambino*: creando un ambiente stimolante e motivante, non interrompendo situazioni di gioco piacevoli, favorendo qualsiasi attività che lo diverta e creando situazioni nuove che sorprendano il bambino rompendo la ripetitività;
2. *promozione dell'intenzionalità del bambino*: seguendo l'interesse del bambino qualsiasi esso sia (anche se ha la forma di un comportamento stereotipato), trattando ogni suo comportamento come significativo e intenzionale, facilitando l'attuazione delle sue intenzioni che a causa dei deficit di programmazione motoria non può fare in maniera autonoma; incoraggiando l'iniziativa e la spontaneità; dando al bambino problemi da risolvere;
3. *favorire lo scambio interattivo*: creando situazioni di condivisione dell'attenzione e di reciprocità, aprendo e chiudendo i circoli di comunicazione, espandendo ed ampliando il gioco del bambino.

Gli obiettivi principali del floor time sono quattro che integrano o coincidono con i sei livelli di sviluppo della mente proposti da Greenspan.

1. *Incoraggiare l'attenzione e l'intimità*: il primo passo è aiutare il bambino a sviluppare un'attenzione calma che lo aiuti a mostrare interesse verso l'ambiente

ed in modo particolare verso la persona che sta interagendo con lui. È importante lavorare sul mantenimento dell'attenzione condivisa e sul coinvolgimento perché è all'interno di questi scambi che il bambino fa le esperienze di cui ha bisogno per crescere.

2. *Promuovere la comunicazione a due vie*: compito dell'adulto è facilitare la costruzione di un *dialogo* ossia di una comunicazione emotiva significativa anche non verbale partendo dalle espressioni facciali del bambino e dai suoi gesti. Lo scopo è aiutare il bambino ad usare il suo corpo per comunicare desideri, bisogni ed intenzioni.
3. *Incoraggiare l'espressione e l'uso di sentimenti e di idee*: compito dell'adulto è favorire la capacità del bambino di esprimere i suoi bisogni attraverso il gioco simbolico e il linguaggio. Occorre dare spazio al gioco del far finta per poi guidare il bambino verso una rappresentazione verbale che lo aiuta maggiormente nella regolazione emotiva.
4. *Promuovere il pensiero logico*: lo scopo del lavoro è aiutare il bambino a fare dei collegamenti logici tra le sue azioni, idee ed emozioni.

Oltre ai contesti riabilitativi, il floor time viene in genere applicato dal genitore nel contesto familiare (dalle 2 alle 5 ore al giorno) o a scuola dalle insegnanti (durante quasi tutta la giornata scolastica) sotto la guida *supervisione* di una persona abilitata all'esercizio di tale tecnica. Ai genitori sono dati diversi suggerimenti pratici come ad esempio di ritagliarsi 20-30 minuti per giocare con il bambino in maniera rilassata e senza altre distrazioni, cercare di cogliere, verbalizzare e sintonizzarsi sul tono di umore del bambino, fare attenzione ai propri sentimenti in particolare quelli di irritazione o rabbia che ostacolano la relazione, controllare il tono di voce, seguire sempre la guida del bambino imponendo una sola regola quella di evitare di farsi del male.

Sebbene il floor-time è un intervento basato sulla relazione e l'affetto si differenzia dalle terapie di gioco o dalla psicoterapia. In questo modello infatti il clinico agisce in maniera molto attiva sul bambino affinché il bambino sia ingaggiato in un'interazione che mobilita l'emergere delle sue capacità mentali. Ciò è supportato dalla tesi che le interazioni affettive possono promuovere la crescita emotiva e cognitiva (Greenspan, 1979; 1981; Klein, Weider, & Greenspan, 1987). Secondo gli autori infatti il cuore dei disturbi dello spettro autistico risiede nei deficit neurofisiologici di modulazione sensoriale e motoria che determinano in maniera secondaria i problemi di relazione.

Scopo dell'intervento è pertanto aggirare gli ostacoli dei deficit sensoriali e offrire al bambino le interazioni di cui necessita per progredire lungo il suo percorso evolutivo.

In uno studio del 1997 Greenspan e Weider hanno preso in esame 200 casi di bambini con diagnosi di disturbo della spettro autistico (75% Autismo e 25% Disturbo Pervasivo dello Sviluppo non altrimenti specificato), effettuata secondo i criteri del DSM – IV, quando i bambini avevano un'età cronologica compresa tra i 22 e i 48 mesi. I bambini avevano ottenuto alla Childhood Autism Rating Scale (CARS; Schopler et al., 1988) punteggi che soddisfacevano i criteri di autismo con diversi livelli di gravità (punteggio compreso tra 30 e 52). Scopo del lavoro era individuare i profili di sviluppo dei bambini e valutare gli effetti del cambiamento dopo due o più anni di intervento mediante il metodo DIR e la tecnica del floor – time applicato a casa, a scuola e nei contesti riabilitativi. I dati rilevati al momento della valutazione mettono in evidenza la presenza di un'eterogeneità nelle manifestazioni del disturbo autistico che confermano la necessità di un assessment globale che consenta la costruzione di un profilo funzionale altamente individualizzato. I bambini che partecipavano a questo studio presentavano diversi livelli di abilità di relazione emotiva e capacità simboliche (linguaggio e gioco di finzione), in tutti erano presenti comportamenti di auto stimolazione, perseverazione, di evitamento della relazione e difficoltà nel linguaggio recettivo. Rispetto alle capacità di modulazione sensoriale il 39% dei bambini erano iporetattivi, il 19% iperattivi e il 36% presentava un quadro misto. Rispetto alle capacità di discriminazione sensoriale il 100% aveva deficit di discriminazione uditiva e deficit di programmazione motoria.

Al termine del trattamento sui video dell'ultima seduta di tutti i bambini è stata applicata la Scala di Assessment Funzionale Emotiva (FEAS; Greenspan & DeGangi, 1997; Greenspan, DeGangi, & Weider, 2001). Lo studio metteva in evidenza che il 58% dei bambini era diventato capace di stabilire relazioni intime con i genitori, mostravano piacere nelle interazioni, avevano acquisito la capacità di comunicare ad un livello preverbale e verbale in maniera spontanea e di pensare in maniera astratta. Il 25% mostrava un miglioramento lieve e il 17% manteneva difficoltà significative nello sviluppo e nella relazione. Successivamente sono stati confrontati 20 bambini del gruppo che aveva ottenuto maggiori cambiamenti con 16 bambini con sviluppo tipico, appaiato per età e livello socio economico, mediante l'uso della FEAS e delle Vineland. I dati hanno messo in evidenza l'assenza di differenze significative tra i due gruppi rispetto al funzionamento emotivo, cognitivo e sociale. In uno studio recente (Weider & Greenspan, 2005) sono stati pubblicati i dati relativi al follow up di questi 20 ragazzi.

Rispetto ai sei i livelli di sviluppo emotivo, alla Functional Emotional Developmental Level i genitori attribuiscono ai ragazzi punteggi prossimi al livello massimo in tutti i livelli. Inoltre al Cognitive Behavioral Check List (CBCL; Achenbach, 1991) il 94% dei soggetti mostravano punteggi nella norma nelle aree delle competenze sociali, e l'88% nelle aree delle attività extrascolastiche e scolastiche. Nelle scale sindromiche del CBCL il 12% aveva punteggi clinici alla scala dell'ansia, il 6% alla scala della depressione, il 12% depressione alla scala dei problemi sociali, il 18% alla scala dei disturbi del pensiero e il 6% dei problemi di attenzione. Mentre permanevano significative difficoltà nella pianificazione motoria (100%) e nella modulazione sensoriale in particolare nel profilo iporeattivo (99%).

Gli autori sottolineano che uno dei fattori che determina gli esiti del trattamento è il livello di compromissione precedente all'intervento. Infatti, i bambini del gruppo che non mostravano segni di miglioramento erano quelli che al momento della valutazione iniziale avevano una percentuale di livello di gravità della sintomatologia più alta (il 70% punteggio alla CARS superiore a 40) a differenza del gruppo che ottiene un miglioramento significativo (il 20%).

Il floor-time inoltre mostra di avere effetti molto più positivi sullo sviluppo emotivo globale del bambino rispetto ad altri tipi di intervento di tipo riabilitativo e comportamentale (Wieder & Greenspan, 2005). In questo studio gli autori hanno confrontato 53 bambini con diagnosi di DSA con un'età compresa tra i 4 e i 10 anni sottoposti a trattamenti diversi dal floor-time con un gruppo di bambini appaiati rispetto alle caratteristiche misurate dalla FEAS. I dati mettono in evidenza che i due gruppi differiscono rispetto alla percentuale di miglioramento, rispettivamente i bambini sottoposti al floor-time hanno una percentuale di evoluzione positiva pari al 58% rispetto al 2% dei bambini sottoposti ad altri interventi. Mentre la presenza di difficoltà significative è del 17% nei bambini sottoposti al floor-time e del 58% dei bambini sottoposti ad altri interventi.

3.3.2 Il Responsive Teaching

Il Responsive Teaching (RT) di Mahoney e MacDonald è una tecnica di intervento che si inserisce all'interno degli approcci evolutivi focalizzati sulla relazione, applicati al trattamento dei bambini con bisogni speciali ed in modo particolare nei casi di ritardo mentale e di disturbi pervasivi dello sviluppo. In maniera più specifica il RT è un trattamento curricolare manualizzato che include una serie di strategie e informazioni

teoriche finalizzate all'aumento della responsività nelle cure parentali su cui vengono istruiti i genitori (Mahoney & MacDonald 2004; Mahoney & Perales, 2005). Questo approccio pone le sue radici nei risultati degli ultimi 30 anni di ricerca della psicologia dello sviluppo che sottolineano la presenza di un'associazione positiva tra la capacità delle madri di rispondere in maniera responsiva ai segnali del bambino e il suo sviluppo cognitivo, linguistico ed emotivo (Beckwith & Cohen, 1989; Bornstein, Tamis Le Monda, & Haynes, 1999; Kochanska, Forman, & Coy, 1999). Mahoney & Perales (2003) dimostrano che, anche nello sviluppo atipico, il livello di responsività del genitore è il migliore predittore della precocità con cui si acquisiscono alcune funzioni cognitive, quali ad esempio il linguaggio e il livello generale di intelligenza espresso in QI, e della presenza di problemi comportamentali o di salute mentale. I risultati sono confermati anche dallo studio di Siller e Sigman (2002) in cui si evidenzia che le madri dei bambini con Disturbo dello Spettro Autistico che hanno una maggiore capacità responsiva hanno figli con livelli di funzionamento comunicativo più elevato a 1, 10 e 12 anni di età.

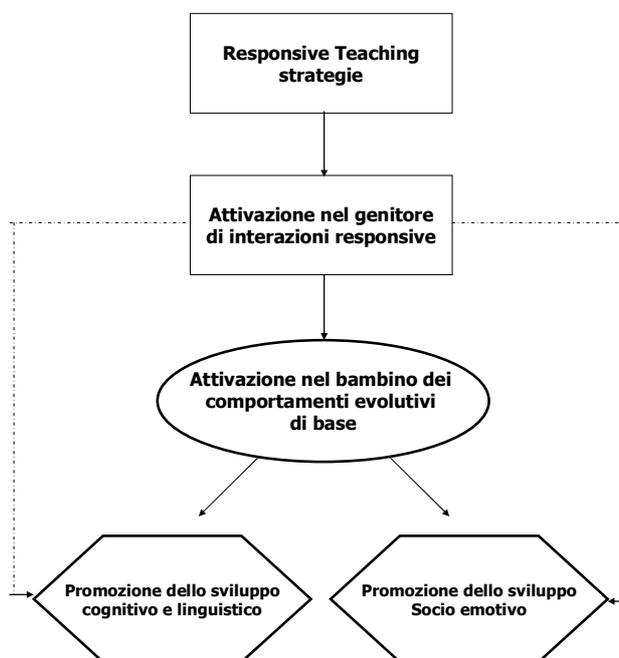
Il RT è pertanto un trattamento rivolto principalmente ai genitori e ha come finalità la promozione di una maggiore responsività nelle loro cure parentali. Il rationale che c'è dietro questo modello di trattamento è che interazioni responsive guidano lo sviluppo del bambino promuovendo comportamenti evolutivi di base (pivotal behavior) quali l'attenzione, l'interesse, l'attenzione condivisa, la condivisione, l'iniziativa e non l'acquisizione di abilità discrete (Kim & Mahoney, 2004; Mahoney, 2008; Mahoney & Perales, 2005). La scelta di intervenire direttamente con i genitori nasce dalle considerazioni che i bambini hanno un costante potenziale di apprendimento e che sono molto più sensibili e responsivi ai genitori rispetto a qualsiasi altro adulto. Pertanto i genitori hanno l'opportunità di promuovere il loro sviluppo durante tutte le attività quotidiane.

Gli autori concepiscono la *responsiveness* del genitore come un costrutto costituito da cinque componenti ognuna con delle specifiche dimensioni: *reciprocità* (reciprocity) che fa riferimento alla capacità di coinvolgere il bambino e di condividere le diverse routine, *contingenza* (contingency) che fa riferimento alla capacità del genitore di cogliere in maniera sensibile i segnali del bambino e di rispondervi costantemente e tempestivamente in maniera intenzionale, *controllo* (control) che si riferisce alla capacità del genitore di strutturare l'ambiente e l'attenzione del bambino offrendo delle facilitazioni, *affetto* (affect) che esprime il livello di coinvolgimento emotivo del

genitore, la capacità di provare piacere, mostrare accettazione e calore verso il proprio bambino, *adattamento* (match) che si riferisce alla capacità del genitore di associare il proprio interesse, stile interattivo e richiesta adeguata al livello evolutivo mostrato dal bambino. Nella tabella 2 sono rappresentate in maniera schematica le componenti e le dimensioni delle responsiveness.

Il RT si basa su un modello teorico (*logic model*) empiricamente derivato dalla sua applicazione su popolazioni di bambini con sviluppo atipico (Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, Sindrome di Down, Paralisi Cerebrali, Ritardo Mentale). Il modello asserisce che le strategie di interazione responsive attivate dal genitore hanno un effetto significativo sullo sviluppo del bambino, tale effetto non è diretto ma mediato dall'impatto che le strategie hanno sull'attivazione dei comportamenti pivotal del bambino (Mahoney & Perales, 2005). Il modello è rappresentato graficamente nella figura 2. In altre parole il RT promuove lo sviluppo di tre domini evolutivi (cognitivo, comunicativo e socio-emotivo) attraverso l'incremento dei singoli pivotal behavior che li compongono. I domini evolutivi e i pivotal behavior che li sottendono sono elencati nella tabella 3.

Figura 1
Il modello teorico del Responsive Teaching.



Tratto da Mahoney & Perales (2005). *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(2), 77-85

Tabella 2
Le componenti della responsivenss secondo il Responsive Teaching

Componenti	Reciprocity	Contingency	Control	Affect	Match
Dimensioni	Engagement	Awareness	Moderate	Animation	Developmental
	Balance	Timing	direction	Enjoyment	Interest
	Joint activity	Intent	Facilitation	Warmth	Behavioral
	routines	Frequency		Acceptance	style

Tabella 3
Domini evolutivi e pivotal behavior su cui agisce il Responsive Teaching

Cognizione	Comunicazione	Funzionamento sociale ed emotivo
Gioco sociale	Attività congiunta	Fiducia
Iniziativa	Attenzione condivisa	Empatia
Esplorazione	Vocalizzazione	Cooperazione
Problem solving	Intenzionalità	Autoregolazione
Capacità pratiche	Conversazione	Sentimento di competenza
		Sentimento di controllo

Il RT si pone come un intervento di tipo curriculare altamente operazionalizzato che prevede per ogni dimensione una serie di strategie finalizzate ad aiutare il genitore nel pensare, controllare e modificare il modo in cui interagisce con il proprio bambino quotidianamente. Il modello prevede complessivamente 66 tipi di strategie diverse.

A titolo di esempio di seguito sono descritte le strategie della dimensione *enjoyment* (componente affetto). Per favorire nel genitore la capacità di fare tenere coinvolto il bambino in uno scambio piacevole gli viene chiesto di:

- Agire come un compagno giocoso mantenendo il contatto oculare e lo scambio faccia a faccia;
- Fare tutto ciò che possa divertirlo;
- Trasformare le attività routinarie in giochi;
- Ripetere le attività che fanno divertire il bambino.

L'intervento parte da una valutazione delle abilità possedute dal bambino rispetto alle quali sono selezionate le istruzioni didattiche da fornire al genitore con le attività che si ritiene abbiano un effetto positivo sull'acquisizione dei pivotal behaviour e di conseguenza sulle capacità di adattamento (Koegel, Koegel, Harrower, & Carter, 1999).

La prima fase di valutazione ha come scopo la costruzione del profilo funzionale del bambino che si realizza mediante test standardizzati e strumenti osservativi, in particolare test di livello, osservazione del gioco, del temperamento e dei comportamenti atipici.

Una volta costruito il profilo si suggeriscono al genitore una serie di stimolazioni e di attività da fare con il bambino che risultano adeguate alla sua età, il contesto più adeguato per svolgerle, l'intensità da raggiungere e le modalità con cui porre un'attività come ad esempio, fare vedere come si usano degli oggetti (modeling), modificare alcuni comportamenti del bambino in modo da renderli più appropriati al contesto (shaping), fornirgli dei suggerimenti, elicitare l'imitazione, ripetere un'attività e usare il rinforzo positivo e negativo. L'attività suggerita viene sospesa quando il bambino ha raggiunto il criterio rispetto ad una performance e usa tale abilità in maniera generalizzata. Il cambiamento del bambino circa il livello di sviluppo e di adattamento raggiunto viene valutato mediante l'analisi dei punteggi standardizzati (quozienti, percentili, età di sviluppo) nei diversi test.

In uno studio condotto da Kaiser, Hemmeter, Ostrosky, Fischer, Yoder & Keefer (1996) è stato messo in evidenza che le strategie utilizzate nel RT hanno un effetto significativo nella promozione del linguaggio del bambino. In particolare, i bambini mostravano una maggiore iniziativa nell'uso del linguaggio, un aumento dell'età linguistica (produzione verbale) e del vocabolario. Gli studi di Mahoney, Kim e Lin (2007) e di Mahoney e MacDonald (2007) condotti su bambini con autismo e ritardo mentale mettono in evidenza che ciò che determina il cambiamento nel bambino è l'aumento del livello di responsiveness del genitore. Genitori che al termine del trattamento avevano livelli più elevati di responsiveness (superiori al 50%) avevano bambini con un livello di coinvolgimento più elevato e con un incremento maggiore nell'uso delle diverse abilità di base (autonomie nella vita quotidiana, socializzazione, adattamento, linguaggio recettivo, comunicazione, gioco funzionale e simbolico, linguaggio espressivo) pari al 46%. Diversamente madri con un aumento moderato nella responsiveness (17%) avevano bambini con un incremento delle abilità di base del 24%, infine madri che non mostravano nessun miglioramento avevano bambini con un incremento solo del 4% nei pivotal behavior.

Nello studio condotto da Mahoney & Perales (2005) su 50 bambini con sviluppo atipico (di cui 20 con Autismo e 30 con altre disabilità, tra cui Sindrome di Down, Paralisi Cerebrale e Ritardo del Linguaggio) con un'età media di 26 mesi sottoposti ad un anno di RT con sessioni settimanali si è messo in evidenza che i bambini avevano un incremento percentuale del 167% nel linguaggio espressivo, del 138% in quello recettivo, del 60% nello sviluppo cognitivo, del 28% nelle competenze sociali e del 21% nelle capacità di autoregolazione.

I dati di questi studi confermano non solo l'efficacia dell'intervento nel trattamento precoce dei bambini con diversi disturbi dello sviluppo ma anche il ruolo preponderante della relazione ed in modo più specifico del livello di responsività del genitore.

CAPITOLO IV

L'INTERVENTO DI SUPPORTO EMOTIVO E ATTIVAZIONE DELL'INTERSOGGETTIVITÀ NELLE DIADI GENITORE BAMBINO

Scopo di questo capitolo è quello di fornire una prima operazionalizzazione dell'intervento di supporto emotivo e attivazione dell'intersoggettività (SEAI) applicato con le diadi genitore bambino. Intervento che da qualche anno è applicato presso il Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale (ODF Lab) nel trattamento dei bambini con disturbo dello spettro autistico e altre forme di alterazioni globali dello sviluppo quali ad esempio il ritardo mentale e altri disordini genetici (Venuti, 2003).

Di seguito sarà prima descritto il background teorico del trattamento SEAI, rappresentato dalla teoria dell'intersoggettività e dal costrutto teorico della disponibilità emotiva, facendo riferimento a studi recenti sulle loro implicazioni nei disordini dello sviluppo. Successivamente saranno presentate le prime applicazioni del metodo SEAI ed infine saranno descritte le caratteristiche tecniche del trattamento genitore bambino.

4.1 Il background teorico: intersoggettività e disponibilità emotiva nelle diadi con sviluppo atipico

Il modello SEAI si muove in linea con i risultati delle recenti ricerche della developmental psychopathology e dell'infant research che propongono una visione dello sviluppo infantile basata sui seguenti elementi chiave: 1) il riconoscimento del ruolo attivo del bambino nella relazione sin dalle fasi più precoci dello sviluppo; 2) la considerazione della relazione da un punto di vista diadico anziché unidirezionale; 3) il riconoscimento del ruolo delle emozioni sullo sviluppo emotivo e cognitivo del bambino sia nello sviluppo tipico che atipico.

Questa prospettiva sullo sviluppo è ben rappresentata dai costrutti teorici dell'intersoggettività e della disponibilità emotiva descritti nel primo capitolo. Questi modelli dimostrano come fin dai primi mesi di vita il bambino e l'adulto vivano l'esperienza di condivisione dell'attività mentale (Trevarthen, 1979; 1993; 1998; Venuti, 2007) basata soprattutto sulle emozioni. L'esperienza intersoggettiva è determinata dall'incontro tra alcuni aspetti del genitore e alcune predisposizioni strutturali del bambino (Meltzoff & Moore, 1977; 1992; Stern, 1985; 2005; Trevarthen, 1999) che sono sottoposti ad un'influenza reciproca.

Da un lato il genitore, mostrando un'alta sensibilità nel cogliere le emozioni del figlio, capacità di sintonizzarsi con esse, di strutturare l'ambiente ingaggia il bambino in comunicazioni interpersonali basate sulla condivisione degli affetti, dall'altro lato il bambino nasce con una struttura neurobiologica e psicologica che lo rende predisposto a partecipare a questi scambi non solo rispondendo ai comportamenti materni ma assumendo un ruolo attivo innescando delle risposte nel genitore che risultano in sintonia con il suo stato mentale attraverso comportamenti di imitazione, contatto oculare, vocalizzazione, capacità di rispettare i turni e di agire intenzionalmente (Biringen et al., 1998; Emde, 1980; Stern, 1985; Tronick, 1982; 2003).

Quello che emerge da anni di studi condotti mediante le osservazioni microanalitiche delle interazioni madre bambino è che la relazione genitore bambino si realizza attraverso una partecipazione di stati affettivi che sono continuamente negoziati e che la qualità dei primi scambi emotivi gioca un ruolo cruciale nello sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino.

4.2 Ricerche sulle alterazioni dell'intersoggettività nello sviluppo atipico

Negli ultimi anni il Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale ha condotto diverse ricerche sullo sviluppo precoce dei bambini con sviluppo atipico che hanno messo in evidenza quanto la presenza di alterazioni persistenti nello sviluppo del bambino modifichi in maniera significativa la natura e le modalità dello scambio interattivo tra il bambino e il suo genitore (Venuti, 2007).

Studi osservativi e sperimentali sul pianto e sul gioco mettono in evidenza le precoci alterazioni della sfera interattiva nelle situazioni di sviluppo atipico (Esposito & Venuti, 2008; Venuti, de Falco, Giusti, & Bornstein, 2008; Venuti et al., 2008a; Venuti & Esposito, 2007; 2008).

Uno studio sul pianto condotto su 30 soggetti con sviluppo tipico (ST), disturbo dello spettro autistico (DSA) e disabilità intellettiva (DI) osservati a 5 e 18 mesi ha sottolineato la presenza di anomalie nella sua morfologia. In particolare, si è rilevato che le frequenze fondamentali del pianto (ossia le frequenze di base del suono che vengono percepite come i "picchi" del pianto) diversamente da quanto accade nelle situazioni di sviluppo tipico, nei bambini con DI e DSA non decrescono nel passaggio dal primo al secondo anno di vita. Inoltre, l'analisi degli episodi di pianto registrati in situazioni di vita familiare dimostrano come il pianto dei bambini con DSA, diversamente dallo ST e dalle situazioni di DI, si caratterizza per la presenza maggiore

di grida e lamenti e un numero minore di pause (Esposito, de Falco, & Venuti, 2008; Venuti, Giusti, La Femina, Esposito, & Domini, 2002). La presenza di tali alterazioni determina un pianto che risulta più stressante (Venuti, Esposito, & Giusti, 2004) e poco comprensibile al caregiver (Venuti & Esposito 2007) spingendolo ad attivare riposte diverse di consolazione da quelle usualmente utilizzate dai genitori di bambini con ST. Uno studio osservativo condotto su filmati familiari di diadi genitore bambino con ST, DI e DSA sulle modalità di risposta del genitore al pianto del proprio figlio ha messo in evidenza la presenza di differenti modalità di riposta nei genitori di bambini con DSA (Venuti & Esposito, 2008). In particolare, quest'ultime tendono a rispondere attivamente al pianto dei loro bambini e ad utilizzare prevalentemente la voce piuttosto che il contatto fisico (Esposito & Venuti, 2008).

Altri studi hanno analizzato le differenze nella sincronia dello scambio interattivo nelle diadi genitori bambino in situazioni di gioco congiunto in un setting strutturato (Venuti et al., 2008b). Uno studio osservativo condotto su 45 diadi con ST, DSA e Sindrome di Down (SD) ha messo in evidenza l'assenza di differenze significative nei comportamenti materni di condivisione o di inizio dello scambio interattivo nei tre gruppi e differenze significative nei comportamenti di condivisione dei bambini. In particolare, diversamente dai bambini con ST e con SD i bambini con DSA mostrano una minore attività di condivisione e di inizio dello scambio e una maggiore durata dei comportamenti di gioco solitario.

Questi risultati sono confermati da un altro studio che ha indagato la disponibilità emotiva nelle diadi genitori bambini (Venuti et al., 2008a). Confrontando tre situazioni di gioco tra madri con bambini con Disturbo dello Spettro Autistico, madri con bambini con Sindrome di Down e madri con bambini con Sviluppo Tipico non emergono differenze significative nelle scale che misurano il comportamento materno (sensibilità, strutturazione dell'ambiente, non ostilità e intrusività) mentre si rilevano differenze significative nei bambini con DSA nelle capacità di rispondere alle richieste della madre e di coinvolgerla attivamente nello scambio interattivo.

Nonostante le difficoltà mostrate dai bambini con sviluppo atipico nel partecipare al processo di regolazione interattiva alcuni studi mettono in evidenza il ruolo fondamentale della qualità dello scambio affettivo sullo sviluppo cognitivo del bambino (Venuti et al., 2008b).

Uno studio condotto su 28 diadi madre bambino con Sindrome di Down ha messo in evidenza come il livello di sensibilità materna abbia un effetto positivo sul grado di

complessità di gioco del bambino. In particolare, madri con alti livelli di sensibilità hanno bambini che nelle sedute congiunte di gioco mostrano frequenze proporzionali di gioco simbolico maggiori rispetto alle situazioni di gioco solitario (de Falco, Cimmino, La Femina, & Venuti, 2008).

I risultati ottenuti da questi studi sono in linea con quelli della letteratura internazionale sulla relazione genitore bambino. Alcuni studi mettono in luce, ad esempio, come nei bambini con ritardo mentale il basso funzionamento cognitivo e una minore responsività alle proposte dell'altro indurrebbero la madre ad utilizzare un approccio educativo di tipo didattico (Beeghly et al., 1989; Cielinski et al., 1995) dando luogo così ad uno stile direttivo che in alcuni casi è connotato da aspetti negativi quali intrusività e scarsa sensibilità (Hodapp, 2002) che a loro volta hanno un impatto negativo sul livello di sofisticazione del gioco.

Gli effetti più significativi sulla relazione genitore bambino si registra nei soggetti con disturbo dello spettro autistico (DSA) il cui nucleo principale è una profonda alterazione nella comprensione ed espressione emotiva, nella comunicazione e nella condivisione intenzionale con l'altro dei propri interessi e attività (DSM IV-TR).

I pochi studi presenti in letteratura sull'interazione madre-bambino con DSA evidenziano come i bambini con autismo mostrano un minor numero di comportamenti di condivisione rispetto ai bambini con ST. Di fronte alle richieste delle madri tendono a rispondere meno e a spostare la loro attenzione in altre direzioni (Doussard-Rossevelt et al., 2003). Alcuni autori evidenziano (Kasari et al., 1988) come i genitori di bambini autistici, rispetto sia ai genitori di bambini con sviluppo tipico sia a genitori di bambini con ritardo mentale, mostrino comportamenti di controllo e più tentativi di natura fisica per agganciare l'attenzione (Lemanek et al., 1993).

In questa sindrome si ipotizza pertanto che il deficit neurologico di base produca un disfunzionamento a livello interattivo che a sua volta ha una ricaduta negativa sullo sviluppo cognitivo, già più o meno compromesso a causa della patologia (Dawson, Hill, Spencer, Galpert, & Waston, 1990; Trevarthen, 1998; Venuti, 2003).

In conclusione, da questi studi è possibile mettere in luce tre aspetti salienti dell'interazione genitore bambino con sviluppo atipico.

1. Nelle condizioni di sviluppo atipico i genitori si trovano a dover fronteggiare le difficoltà connesse all'interagire con un bambino attraverso una modalità di funzionamento per la quale non sono predisposti riducendo la possibilità di offrire il normale supporto emotivo per lo sviluppo cognitivo del bambino;

2. La presenza di modalità comunicative e relazionali atipiche presenti in modo particolare nei bambini con DSA rendono difficile nel genitore la possibilità di comprendere lo stato mentale del bambino attivando modalità di risposta che sono inadeguate rispetto alla possibilità di fornire una regolazione emotiva ed interattiva;
3. Le madri dei bambini con DSA e con DI giocano e si relazionano al proprio figlio nello stesso modo in cui lo fanno le madri dei bambini con sviluppo tipico ma diversamente da queste non hanno un effetto significativo sul bambino e questo in modo particolare nei bambini con DSA.

In altre parole, i genitori di bambini con SA mostrano di possedere adeguate abilità di *intuitive parenting* ma dal momento che i loro bambini hanno un funzionamento alterato delle strutture neurobiologiche sono necessari modi diversi di stimolarli che vadano in sintonia con le loro modalità di adattamento all'ambiente. Da ciò nasce la necessità di attivare un percorso che aiuti i genitori nel trovare nuovi modi di entrare in interazione con loro cercando di mantenere sempre alto il livello di attivazione e condivisione affettiva.

4.3 Prime applicazioni del metodo SEAI

La realizzazione del metodo SEAI nasce dalla convinzione che il trattamento dei gravi disturbi dello sviluppo ed in particolare quelli dello spettro autistico necessita di un intervento integrato e attivo che vada a stimolare attraverso il gioco e le aree di interesse del bambino gli aspetti di base del funzionamento emotivo ossia l'intenzionalità e la reciprocità (Venuti, 2001). Scopo primario del trattamento è la creazione di un'area intersoggettiva all'interno della quale il bambino possa sperimentare e attivare i processi comunicativi e relazionali fortemente compromessi a causa di deficit funzionali attraverso la funzione di attivazione emotiva e strutturazione dell'ambiente svolta dal terapeuta.

Le prime applicazioni del modello SEAI sono state realizzate nei setting riabilitativi della musicoterapia e della terapia occupazionale che prevedono un lavoro individuale con il bambino con frequenza settimanale o bisettimanale.

Uno studio condotto presso l'ODF Lab ha confermato gli effetti positivi del trattamento SEAI su alcuni aspetti dello sviluppo emotivo e dell'intersoggettività (de Falco, 2006; Venuti, Cainelli, & Esposito, 2006). Lo studio è stato condotto su 9 bambini con sviluppo atipico (6 con diagnosi di autismo, 2 con sindrome di Angelman e 1 con

sindrome di Smith-Megenis) con un'età cronologica compresa tra i 7 e i 13 anni sottoposti ad un anno di musicoterapia. I risultati hanno messo in evidenza la presenza di un incremento significativo della durata media dei comportamenti di coinvolgimento coordinato, che da una media di 417, 85 secondi nella fase pre trattamento sono passati ad una media di 759,94 secondi nella fase post trattamento (T: -3.43, p : <0.01). Tale incremento si mantiene costante nel sottogruppo dei bambini con diagnosi di autismo (de Falco, Cainelli, Esposito, Bornstein, Venuti , 2008; de Falco & Venuti, 2006).

4.4 Il modello SEAI applicato alle diadi genitore bambino

Da tre anni si è iniziato ad applicare i principi del modello SEAI al trattamento della diade genitore bambino. La scelta di lavorare in maniera congiunta con il genitore e il bambino nasce da esigenze teoriche e cliniche.

Le motivazioni teoriche che ci hanno spinto ad intervenire sulla diade genitore bambino provengono dai risultati recenti della *developmental psychopathology*, quali: la considerazione che la relazione con il genitore ha un impatto significativo sullo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino anche nelle situazioni di sviluppo atipico; il fatto che spesso la presenza di un disturbo dello sviluppo altera profondamente la qualità delle cure parentali ampliando le insicurezze del genitore e il livello di stress; i risultati delle ricerche sui trattamenti evolutivi che coinvolgono in maniera diretta i genitori (Responsive Teaching, Denver Model e Floor Time, descritti nel secondo capitolo) mostrano evidenze significative sul progredire dello sviluppo del bambino, sulla riduzione dei sintomi e sulla generalizzazione degli apprendimenti.

Da un punto di vista clinico, inoltre, i genitori di bambini con sviluppo atipico presentano loro stessi un forte bisogno di essere seguiti e aiutati non solo nell'elaborazione della diagnosi e nella comprensione dei disturbi del loro bambino ma in modo particolare nella costruzione di modalità relazionali funzionali e piacevoli.

4.5 Scopo e obiettivi del metodo SEAI

Scopo del metodo SEAI è la promozione di un livello di intersoggettività nella diade che sia capace di fornire al bambino il tipo di esperienza relazionale di cui ha bisogno al fine di raggiungere le tappe di sviluppo nonostante i deficit neurobiologici che sottendono la patologia. L'intervento pertanto si propone non tanto la riduzione dei sintomi del bambino o la promozione di comportamenti più adeguati ma consentire ai

bambini con sviluppo atipico la possibilità di stabilire rapporti empatici con il genitore e acquisire le abilità primarie di comunicazione significativa.

Gli obiettivi che si intendono raggiungere sono molteplici, alcuni sono più globali e legati all'interazione, altri più specifici legati al cambiamento del genitore e del bambino.

4.5.1 Obiettivi legati all'interazione

Il focus principale dell'intervento è l'interazione genitore bambino ed in particolare la promozione di un'interazione sincronica e responsiva che funga da *cornice* per lo sviluppo del bambino. Ciò implica un lavoro di individuazione dei pattern interattivi disfunzionali e di una adeguata comprensione al fine di una loro sostituzione con modalità interattive più adeguate ed efficaci. La realizzazione di un miglioramento della qualità della relazione implica un supporto costante al genitore per aiutarlo ad acquisire la capacità di mantenere un giusto equilibrio tra l'esplorazione del bambino e la condivisione di attività, rispettando i tempi e le modalità del bambino che nello sviluppo atipico seguono percorsi evolutivi diversi che si discostano da quanto il genitore è predisposto ad attendersi. Obiettivi dell'intervento sono:

1. aumentare il livello globale di *disponibilità emotiva* della diade, ossia migliorare il grado di accessibilità reciproca attraverso una maggiore capacità di leggere e rispondere adeguatamente ai segnali emotivi del partner. Come definito in precedenza la disponibilità è un processo diadico costruito reciprocamente che vede coinvolte una serie di capacità del genitore e del bambino che sono descritte in dettaglio nelle sezioni relative al genitore e al bambino;
2. aumentare il livello di *sincronia* negli scambi che si verificano nei momenti di gioco congiunto. La sincronia rappresenta quell'aspetto dell'intersoggettività che fa riferimento alla capacità da parte dei membri della coppia di negoziare la relazione, modificando i propri comportamenti al fine di mantenere l'adeguamento e il rispetto dei tempi dell'altro. Le interazioni sono definite sincroniche nel momento in cui al comportamento di uno dei due partner che esprime un chiaro stato mentale (affetto, intenzione) segue un comportamento contingente che esprime un livello di condivisione e partecipazione da parte dell'altro. Diversamente dalla disponibilità emotiva che fa riferimento ad una misura globale e qualitativa dell'interazione, la sincronia è legata a

comportamenti concreti osservati in momenti di condivisione di cui una componente essenziale è la loro durata.

4.5.2 Obiettivi legati al genitore

Sebbene l'intersoggettività sia un processo diadico e il bambino giochi fin dai primi mesi di vita un ruolo attivo nella costruzione dell'interazione con l'altro, è il genitore che ha il compito di monitorare costantemente il livello di autoregolazione del bambino e di regolazione interattiva alternando in maniera sintonica le richieste di coinvolgimento con momenti di disimpegno. La capacità di svolgere in maniera adeguata questo ruolo dipende da numerose variabili, quali il contesto culturale, il supporto sociale, le proprie esperienze infantili, il livello di stress genitoriale e le predisposizioni biologiche. La situazione è resa più complessa nelle condizioni di sviluppo atipico in cui i genitori si trovano a dover fronteggiare le difficoltà connesse all'interagire con un bambino con una modalità di funzionamento verso cui non sono predisposti riducendo la possibilità di offrire il normale supporto emotivo per lo sviluppo cognitivo del bambino.

In questo senso gli obiettivi che si intendono raggiungere con il genitore sono:

1. l'aumento della sensibilità con cui coglie e risponde ai segnali del bambino;
2. l'aumento della capacità di strutturazione dell'ambiente in modo da renderlo fruibile al bambino;
3. la riduzione dei comportamenti che ostacolano i processi di esplorazione e autoregolazione;
4. la riduzione degli affetti negativi quali noia, delusione, ostilità;
5. l'aumento della capacità di riflettere sui comportamenti del proprio bambino, cogliendo gli stati mentali che si celano dietro le anomalie e bizzarrie di alcune sue manifestazioni;
6. la costruzione di una rappresentazione del proprio bambino più aderente alle sue reali difficoltà e abilità;
7. la costruzione di un'immagine di sé come genitore più competente;

4.5.3 Obiettivi legati al bambino

Secondo il nostro punto di vista il cambiamento del genitore nelle diverse aree sopra descritte dovrebbe aiutare il bambino a progredire nel suo sviluppo, acquisendo una maggiore intenzionalità comunicativa, mostrando un minore uso dei comportamenti

difensivi, una maggiore espressione emotiva e capacità di condivisione. Come sottolineato in precedenza la concezione dello sviluppo a cui facciamo riferimento è quella condivisa dal gruppo di lavoro 0-3 rappresentato in primo luogo da Greenspan. Secondo questo modello, lo sviluppo non è concepito come l'acquisizione di abilità specifiche ma l'emergere di funzioni globali che consentono un modo nuovo di entrare in relazione con il mondo ed elaborare le esperienze.

In termini più descrittivi il trattamento SEAI tenta di raggiungere con il bambino i seguenti obiettivi:

1. migliorare la capacità di autoregolazione: intesa come la capacità di mantenere uno stato di attenzione calma che consente al bambino di prestare attenzione a ciò che lo circonda senza essere sopraffatto da sensazioni spiacevoli. L'autoregolazione è espressa da una riduzione delle manifestazioni di ansia quali i comportamenti ripetitivi e ossessivi, i comportamenti di chiusura, l'iperattività, crisi di rabbia, e da una maggiore capacità di attenzione verso gli oggetti e le persone;
2. migliorare il livello di reciprocità: secondo il nostro punto di vista nelle situazioni in cui il bambino è calmo e vive interazioni in cui l'adulto segue i suoi interessi, ampliandoli leggermente, il bambino riesce a manifestare una maggiore capacità di condivisione, di risposta alle proposte dell'adulto basate sul piacere della relazione;
3. stimolare l'emergere dell'intenzionalità: l'intenzionalità è sicuramente la funzione di base più saliente nello sviluppo comunicativo, sociale e cognitivo, in quanto riflette non solo la capacità del bambino di mettere alla prova le proprie abilità motorie, percettive e di programmazione che ampliano il livello di autonomia personale ma anche la possibilità di sperimentare la propria influenza sull'altro al fine di condividere attività talvolta funzionali ma anche affettive.

4.6 Setting, durata e frequenza

Il trattamento viene effettuato presso il Centro per i Disturbi dello Spettro Autistico (presso il Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale dell'Università degli Studi di Trento). L'intervento si realizza attraverso due percorsi: uno specifico sull'interazione genitore bambino e uno di supporto alla genitorialità mediante colloqui clinici.

4.6.1 L'intervento sull'interazione

Il percorso centrato sull'interazione genitore-bambino prevede una seduta settimanale di terapia congiunta della durata di un'ora per un periodo di sei mesi.

La stanza dove viene effettuato il trattamento è molto ampia e contiene una scrivania, due poltroncine, tre sedie, due armadi dove sono riposti i giochi, un tappeto con tavolino e due piccole sedie, uno specchio unidirezionale e due telecamere (vedi figura 1 ad termine del capitolo). I giochi introdotti variano a seconda del livello di sviluppo del bambino e del suo profilo sensoriale.

Il *setting* non è strutturato, non vengono fornite richieste specifiche al genitore su cosa fare con il bambino ma si lascia che l'interazione si sviluppi in maniera libera in situazioni di gioco. Nella prima fase del trattamento il ruolo del terapeuta è molto attivo. In accordo con il genitore nelle prime sedute è lui ad iniziare l'interazione con il bambino al fine di comprendere quali sono gli oggetti che maggiormente attirano la sua attenzione, le modalità sensoriali alle quali è più sensibile e che consentono la possibilità di una condivisione, il livello di complessità del gioco che riesce a mantenere, i tempi che gli sono necessari per accettare una proposta e rispondervi, la durata massima di un'attività che riesce a reggere prima che lo stato di piacere si trasformi improvvisamente in uno stato emotivo negativo che determina una disregolazione del comportamento. Una volta che il terapeuta riesce a creare delle situazioni di condivisione gioiosa coinvolge il genitore facendolo partecipare allo scambio. In questi casi il terapeuta interviene attivamente ogni volta che l'interazione diventa poco sincronica o conflittuale attraverso una serie di tecniche che saranno illustrate nel paragrafo seguente. Come per gli altri tipi di intervento sulla relazione genitore bambino (Baradon et al., 2005; Lieberman & Zeanah, 2002) il primo aspetto cui prestare attenzione è proprio la relazione ed in particolare il tono affettivo che c'è tra i due. Pertanto il terapeuta è molto attento ai comportamenti con cui il bambino esplora l'ambiente, cerca di attivare la relazione con il genitore e come quest'ultimo risponde ai suoi segnali di attaccamento o di autonomia. Ancora il terapeuta è concentrato sulle modalità con cui il bambino reagisce agli stati emotivi del genitore. In genere, di fronte all'emergere di affetti ostili o di paura del genitore il bambino attiva comportamenti difensivi primitivi che costituiscono un rischio per il suo sviluppo, quali ad esempio il ritiro dalla relazione, la dissociazione o comportamenti disorganizzati. Il ruolo del terapeuta è quello di cogliere quello che sta accadendo e fornire un nome ai sentimenti

che si stanno provando che aiuti il genitore a riattivare uno scambio interattivo più sintonico.

4.6.2 L'intervento di supporto alla genitorialità

L'intervento di supporto alla genitorialità ha come scopo il cambiamento delle rappresentazioni del genitore relative al bambino e al modo in cui si prende cura di lui dal momento che sono proprio queste rappresentazioni che guidano il genitore nel comprendere e rispondere ai segnali del bambino.

Ci preme sottolineare che in questo intervento il termine rappresentazione viene usato per indicare l'insieme delle attribuzioni positive e negative che il genitore fa sul suo bambino, le sue abilità, difficoltà, comportamenti e temperamento e su se stesso come genitore, le difficoltà che incontra nel gestire alcuni aspetti dell'accudimento, le risorse che possiede e il modo in cui affronta le conseguenze della diagnosi. In altre parole facciamo riferimento ad un concetto di rappresentazione basato su elementi coscienti e sulle conoscenze che il genitore costruisce gradualmente nel corso della relazione con il proprio bambino. Infatti, come dimostrato da Stern negli scambi interattivi la rappresentazione materna che guida l'interazione non è sempre legata alla riattivazione delle sue esperienze passate ma all'immagine che ha delle proprie capacità genitoriali e al modo in cui la madre vive il proprio bambino e il suo comportamento in quel momento specifico (Stern, 2004). In questo tipo di trattamento pertanto non sono toccati in maniera intenzionale gli elementi inconsci che guidano il comportamento del genitore, ossia i *fantasmi* delle proprie esperienze passate che si riattualizzano nella relazione con il proprio figlio. Nel caso in cui è il genitore ad introdurre collegamenti tra le esperienze passate e presenti queste diventano oggetto del colloquio clinico.

L'intervento si realizza in contemporanea con quello sull'interazione e prevede una seduta ogni tre settimane della durata di un'ora e mezza per un periodo di almeno sei mesi con entrambi i genitori. L'intervento è condotto da uno psicoterapeuta affiancato dallo psicologo responsabile del trattamento genitore bambino. Le sedute si tengono nella stessa stanza dove si svolge il trattamento sull'interazione con l'introduzione di un proiettore. Infatti, con il consenso informato dei genitori, tutte le sedute di gioco sono videoregistrate mediante un sistema di videocamere a circuito chiuso. L'uso della *videoregistrazione* è una parte fondamentale dell'intervento in quanto consente la possibilità al clinico di rivedere le situazioni diadiche disfunzionali e funzionali, di comprendere la loro natura formulando continuamente ipotesi sul funzionamento del

bambino e della coppia genitore bambino. Mediante l'analisi dei video vengono riviste le sequenze interattive che mostrano un livello di intersoggettività positivo così come le interazioni caratterizzate da forme di intersoggettività negativa. L'analisi congiunta dei video consente al genitore di leggere meglio i segnali comunicativi del figlio, le modalità interattive che riescono a tenerlo più ingaggiato ma anche la possibilità di vedersi in maniera più competente scoprendo le proprie risorse. La visione delle interazioni disfunzionali (in particolare quelli in cui è presente una forte intrusività del genitore seguita dalla crisi di rabbia o evitamento del bambino) è un momento doloroso per il genitore ed è proprio per questo che è importante condividerlo con un terapeuta che lo aiuti a capire cosa lo spinge ad attivare quel comportamento con il bambino, a comprendere l'impatto che ha sullo stato emotivo del proprio figlio e a trovare strategie alternative per gestire la crisi. In questo intervento sono offerte al genitore molte indicazioni concrete su cosa si può fare e alcuni suggerimenti per facilitare le acquisizioni di alcune tappe evolutive (ad esempio il controllo sfinterico, l'addormentamento o l'inserimento alla scuola).

4.7 Modalità di intervento nel lavoro sull'interazione

Per favorire l'aumento degli stati di intersoggettività basata sul coinvolgimento emotivo positivo il terapeuta utilizza diverse strategie che sono suddivise rispetto al focus dell'intervento: il bambino, il genitore e la diade, e saranno descritte seguendo questo ordine.

4.7.1 Modalità di intervento rivolte al bambino

Come detto in precedenza, nelle prime fasi di intervento il terapeuta agisce direttamente sul bambino per capire a quale livello vada regolato lo scambio interattivo e con quale modalità sensoriale.

Il primo aspetto di cui si occupa il terapeuta è la *strutturazione dell'ambiente* al fine di favorire l'esplorazione del bambino. In genere il terapeuta consente al bambino la possibilità di utilizzare tutti gli oggetti e gli spazi del contesto terapeutico. In questo senso *non sono posti dei limiti forti* al bambino ma lo si supporta nelle sue attività che sono trattate come intenzionali già dalle prime sedute. Quindi se il bambino vuole uscire dalla stanza viene accompagnato nelle altre aree in cui è possibile accedere (sala d'attesa e bagno). Ogni luogo è idoneo per fare terapia a condizione che il bambino sia in uno stato di calma. Molti scambi interattivi con i bambini con DSA avvengono nei

posti più inusuali piuttosto che sul pavimento o al tavolo, come ad esempio il bordo di una finestra, in un angolo difficile da raggiungere tra il tavolo e la parete, in un armadio, dietro il distributore automatico, ecc.

Altra modalità di intervento sul bambino è il *contenimento* quando è in uno stato di forte disagio. Una caratteristica dei bambini con disturbo dello sviluppo è la scarsa capacità di regolazione degli affetti. I bambini non solo non sono capaci di tollerare delle frustrazioni e di mantenere tempi di attenzione lunghi ma spesso scivolano da uno stato di piacere ad uno di iperattivazione in momenti molto brevi. In questi casi il terapeuta cerca di cogliere in anticipo le esperienze e i livelli di intensità che il bambino fa fatica a reggere e per *garantire lo stato di calma* alterna un ritmo della voce lento per calmarlo ad uno enfatico per attivarlo o distoglierlo da uno stato di ritiro, aumenta la distanza fisica per evitare che si innervosisca e si chiuda o passa ad un gioco di contatto fisico intimo quando ha bisogno di essere contenuto. Rispetto a questo ultimo punto, spesso durante le sedute si verificano degli episodi di forte rabbia (*tantum*) in cui il bambino piange disperato, perde il controllo posturale, si butta a terra e in molti casi diventa aggressivo verso se stesso o l'altro. In queste situazioni il terapeuta usa un contenimento fisico importante per impedire al bambino di farsi del male e farlo sentire al sicuro.

Per costruire uno scambio intersoggettivo con il bambino il terapeuta usa molto l'*imitazione* di tutti i suoi comportamenti vocali, espressivi, motori o l'uso funzionale degli oggetti. Come abbiamo visto l'imitazione è il fondamento dell'intersoggettività ed è anche una delle funzioni di base più compromesse nei DSA ed in particolare nell'autismo. L'imitazione del bambino da parte del terapeuta consente la formazione di un'intersoggettività primaria che è negoziata quasi completamente dal terapeuta. Scopo del terapeuta non è spingere il bambino ad imitare ma piuttosto che sperimenti la sensazione di essere con un altro che si pone al suo livello attivando una serie di comportamenti sociali basilari quali il contatto oculare.

Altro aspetto saliente del lavoro è il *gioco* con il bambino. Dopo un'attenta analisi del livello di funzionamento del bambino il terapeuta seleziona i giochi più adatti al suo livello di sviluppo e al suo profilo funzionale, facendo attenzione a quali sono le aree di ipersensibilità e quelle meno alterate in maniera da scegliere gli oggetti che meno disturbano il suo livello di regolazione. Il gioco può in molti casi essere svolto anche in assenza di un oggetto qualora il bambino sia capace di stabilire un contatto vis a vis o fisico. La scelta del gioco è vincolata dal focus dell'attenzione del bambino. In genere, quando il terapeuta ha individuato l'oggetto di interesse glielo porge per vedere che uso

ne fa. Nel caso in cui il bambino sembra interessato e mostra una condivisione dell'attenzione sull'oggetto, il terapeuta cercherà di mantenere il bambino ingaggiato quanto più tempo è possibile, inizialmente imitando qualsiasi cosa faccia il bambino e un po' alla volta introducendo degli elementi di differenziazione quali un ritmo diverso, l'amplificazione di un comportamento, l'accompagnamento di una produzione vocale, la scomparsa dell'oggetto, la creazione di aspettative. Quando il bambino è capace di stabilire un contatto prolungato allora si lavora affinché diventi capace di alternare il turno con il suo partner. Le aree del gioco e della condivisione sono quelle più alterate nei DSA e nei gravi ritardi mentali pertanto l'unica possibilità di accesso mostrata sono i comportamenti stereotipati e gli interessi ristretti che diventano i primi spazi di condivisione.

Ultima tecnica è il *rispecchiamento* degli stati emotivi e delle intenzioni del bambino. Il terapeuta considera sempre ogni comportamento del bambino come intenzionale e dotato di un significato affettivo. Questo viene esplicitato verbalmente dal terapeuta in maniera che il bambino viva l'esperienza di essere capito dall'altro e contemporaneamente che il genitore inizi ad attribuire un significato ad alcuni comportamenti del figlio che spesso appaiono bizzarri, eccessivi e inadeguati. In altre parole la funzione riflessiva del terapeuta sostiene e amplia quella del genitore e sostituisce quella del bambino.

4.7.2 Modalità di intervento rivolte genitore

Uno dei principi che regola il modello SEAI applicato alla diade genitore bambino è l'assenza di richieste specifiche rivolte al genitore, cosa che si trova spesso nei programmi di parent training. Questa scelta è spiegata dal convinzione che l'intento dell'intervento non è *addestrare* il genitore ad assumere una serie di strategie e modalità di accudimento ma piuttosto quello di ampliare all'interno delle risorse che egli possiede le capacità di sintonizzazione affettiva che sono state in parte inattivate dalle alterazioni interattive caratteristiche di alcune sindrome ed in particolare nei DSA.

In questo senso una delle funzioni principali del terapeuta è quello di *mostrare* al genitore attraverso la propria interazione con il bambino quelle che sono le modalità che hanno successo o fallimento. Osservare questi aspetti dall'esterno ha a nostro avviso un importante potere terapeutico perchè aiuta il genitore a guardare il figlio con un atteggiamento più neutrale in quanto non coinvolto direttamente nell'interazione e quindi sottratto all'esperienza emotiva dell'essere rifiutato o attaccato. Ancora, il vedere

il bambino coinvolto in scambi positivi che elicitano l'attivazione di alcune funzioni sociali quali ad esempio il contatto oculare o il sorriso, offre al genitore un'immagine diversa delle modalità di funzionamento del bambino, modalità che possono essere assunte come modello. Anche con il genitore quindi la prima tecnica utilizzata è *l'imitazione* nel senso che egli imita gli schemi interattivi utilizzati del terapeuta anche se inizialmente ciò avviene senza una sua personalizzazione ma solo per sperimentare egli stesso gli effetti positivi dello scambio con il bambino precedentemente osservati. Successivamente, grazie alle esperienze ripetute di successo interattivo in diversi contesti con il bambino, il genitore diviene capace di attivare gli aspetti strutturali dello scambio (sincronia, reciprocità) senza dovere aderire in maniera completa al modello osservato introducendo delle varianti ai giochi precedentemente presentati o attività completamente nuove. Chiaramente questo livello riesce ad essere raggiunto solo dai genitori che hanno una maggiore flessibilità e creatività emotiva.

Quando il terapeuta ha aperto un canale comunicativo con il bambino che sembra essere piacevole questi lo coinvolge attivamente nello scambio *chiedendogli esplicitamente di intervenire* oppure assumendo la posizione del bambino che chiede l'intervento del genitore con frasi del tipo *“Luca si sta divertendo tanto con la palla, forse vuole lanciarla anche alla mamma”*. Quindi da uno scambio che coinvolge solo due persone si passa ad uno che ne vede coinvolte tre persone anche se non vi è una reale relazione triangolare. Il bambino agisce a turno con il genitore o con il terapeuta a seconda delle sue intenzioni. Compito del terapeuta è facilitare quanto più possibile l'interazione del bambino con il suo genitore, quindi farà attenzione a togliersi dallo scambio per lasciare il posto al genitore osservando l'interazione da lontano e intervenendo solo in situazioni di conflitto.

In questi casi il terapeuta interviene *verbalizzando la difficoltà* nel gestire alcuni comportamenti del bambino accompagnando anche la descrizione dello stato emotivo, fornendo modalità di risoluzione del conflitto o nuove modalità di approccio al bambino che favoriscono il suo coinvolgimento nell'attività di gioco.

4.7.3 Tecniche di intervento nel lavoro sulle rappresentazioni

Il lavoro diretto sulle rappresentazioni del genitore avviene durante gli incontri fatti in assenza del bambino. Come detto in precedenza ogni tre settimane uno psicoterapeuta, il terapeuta che si occupa dell'intervento sull'interazione ed entrambi i genitori si

incontrano per discutere su alcuni temi legati allo sviluppo del bambino e alla genitorialità e per rivedere insieme alcuni pezzi videoregistrati delle sedute.

L'incontro è diviso in due fasi: una iniziale che segue le modalità classiche del colloquio ed una più strutturata che prevede l'analisi dei video.

Durante la fase del colloquio si lascia che entrambi i genitori parlino liberamente di quello che è accaduto durante le settimane precedenti. Il terapeuta interviene per condividere ed elaborare gli affetti dolorosi e per supportare gli affetti positivi quando il genitore racconta episodi piacevoli connessi alla relazione con il figlio.

Una delle modalità utilizzate nel lavoro con il genitore è offrire una sorta di *guida parentale*. Dal momento che i bambini a cui è rivolto il trattamento hanno diagnosi gravi, presentano spesso sintomi che sono difficili da capire (ad esempio le stereotipie o i rituali) e mostrano una disarmonia nello sviluppo per cui alcune competenze precoci non sono acquisite (quali ad esempio l'indicare) mentre altre più evolute (quali ad esempio l'andare in bagno da solo) sono già ben consolidate il terapeuta *spiega* al genitore gli aspetti tecnici della diagnosi e dello sviluppo offrendo informazioni che lo aiutano a costruire una nuova immagine delle traiettoria evolutiva che seguirà il proprio figlio dal momento che questa sarà completamente diversa da quella seguita nello sviluppo tipico.

Infine, il terapeuta dà diversi suggerimenti concreti su come favorire e gestire alcuni aspetti dello sviluppo del bambino. Si tratta di *fornire consigli* di tipo educativo quando ci si rende conto che il bambino è pronto a fare un salto evolutivo (ad esempio togliere il pannolino o passare a giochi più complessi) e il genitore non è ancora in grado di rendersene conto. In questi casi si preferisce non aspettare che il genitori cambino le proprie rappresentazioni prima di modificare le modalità interattive e parentali dal momento che le esigenze evolutive del bambino si manifestano in alcune fasi *sensibili* in cui è più recettivo al cambiamento.

Le difficoltà nel gestire aspetti quotidiani nella cura di un bambino con difficoltà di sviluppo, l'impossibilità di riuscire a prevedere come evolverà la situazione, quando saranno raggiunte le tappe di sviluppo attiva nel genitore sentimenti di sofferenza, delusione, rabbia e colpa.

La *condivisione delle emozioni* vissute dal genitore associate ad un atteggiamento empatico e non giudicante risulta fondamentale affinché un genitore riesca ad elaborare e *riflettere sui propri stati emotivi*.

Questa capacità, risulta uno degli aspetti salienti del trattamento dal momento che la funzione riflessiva costituisce uno dei fattori maggiormente associati alla costruzione del legame di attaccamento con il proprio bambino (Fonagy et al., 1995) e ad una rappresentazione di sé come genitore e del proprio bambino adeguata (Slade, 2005; Slade, Stone, & Radoslovich, 1985).

Durante la visione dei filmati si passa ad una forma di colloquio diversa in quanto la rappresentazione del genitore perde la sua natura completamente astratta e si arricchisce del dato concreto offerta dal video. In altre parole l'immagine del funzionamento del proprio bambino e di se stessi come genitori è supportato dall'analisi di quello che realmente accade nell'interazione e pertanto non è suscettibile a quelle forme di distorsioni che si realizzano nella narrazione a causa dell'azione dei meccanismi di difesa.

Il terapeuta che segue l'intervento ha precedentemente selezionato spezzoni di pochi minuti di interazione che sono prima visti e poi commentati. Lo psicoterapeuta che conduce il colloquio *guida il genitore nell'osservazione* degli effetti che il proprio comportamento ha sul bambino (ad esempio: avere aspettato più tempo ha fatto sì che il bambino abbia risposto ad una richiesta, o che un tono della voce troppo acuto attiva comportamenti di ritiro come il tapparsi le orecchie). Gli eventi sono di durata così breve che in genere non ci si presta attenzione durante il flusso dell'interazione e solo in questi contesti è possibile valutare la loro presenza.

Nelle situazioni più disfunzionanti spesso il genitore viene *guidato nell'esplorazione degli stati mentali* che lo hanno spinto a comportarsi in quella maniera, si chiede al genitore come si è sentito in quel momento e di immaginare cosa possa provare il proprio bambino. Questi interventi sono finalizzati ad incrementare l'uso della funzione riflessiva del genitore.

4.8 Fasi dell'intervento

L'intervento SEAI applicato alle diadi genitore bambino ha una durata breve (sei mesi) e pertanto si pone come una terapia focale. Sebbene il setting sia molto libero e poco strutturato, il raggiungimento degli obiettivi su descritti si realizzano in tre fasi che si mantengono standard in tutti i soggetti.

Fase 1: la valutazione funzionale

In un certo senso l'intervento in senso lato inizia nel momento in cui il bambino arriva alla consultazione su richiesta dei genitori o su invio dei Servizi Territoriali. La fase

iniziale è pertanto rappresentata dalla valutazione che ha come scopo la formulazione della diagnosi e l'elaborazione del profilo funzionale del bambino, ossia della descrizione e analisi delle aree di forza e di debolezza nello sviluppo. Tutte le sedute di valutazione sono utili per la raccolta dei dati che fungono da baseline per la valutazione degli effetti del trattamento. La valutazione prevede un colloquio anamnestico in cui si raccoglie la storia medica del bambino e le tappe dello sviluppo. Già in questa fase si iniziano a raccogliere informazioni sulle rappresentazioni del genitore circa il bambino e sulle sue capacità genitoriali. Dopo questo incontro seguono 4 o 5 sedute di valutazione del bambino, del genitore e della loro interazione. Il bambino viene sottoposto alla somministrazione di test standardizzati che consentono la diagnosi nosografica e la comprensione del profilo di sviluppo. Una seduta apposita viene dedicata all'analisi dell'interazione genitore bambino in cui viene chiesto al genitore di giocare 20 minuti con il proprio bambino con un set di giochi standard. Il genitore viene sottoposto ad una serie di questionari che consentono un maggiore approfondimento del bambino e di alcuni aspetti relativi alla genitorialità. Se il genitore accetta di sottoporsi al trattamento viene fatto un incontro preliminare in cui si spiega al genitore le caratteristiche dell'intervento: la durata, le frequenze delle sedute, le modalità di intervento, gli scopi e il ruolo del terapeuta, che viene presentato per la prima volta in questo incontro. Il trattamento vero e proprio è diviso in due fasi (fase 2 e fase 3)

Fase 2: la costruzione delle interazioni

Nella prima fase del trattamento, come ribadito in precedenza, il terapeuta ha un ruolo molto attivo ed interviene per tempi molto più lunghi rispetto al genitore. Scopi di questa fase sono arrivare ad una conoscenza più specifica possibile delle modalità di funzionamento interattivo del bambino e garantire lo stato di autoregolazione.

In questa fase il terapeuta gioca con il bambino, seleziona i giochi più adatti al suo livello di sviluppo e cerca di cogliere tutte le sue aree di interesse. Durante queste attività il terapeuta verbalizza sempre gli stati mentali del bambino ad esempio descrivendo cosa gli interessa e si esplicita che sarà quella l'area su cui si darà inizio allo scambio. Il genitore segue su un doppio livello (concreto e rappresentazionale) le modalità con cui si cerca di costruire l'intersoggettività ed inizia a sviluppare una forma di pensiero riflessivo sul funzionamento del proprio bambino inizialmente svolta solo dal terapeuta. Attraverso l'interazione diretta con il bambino in presenza del genitore il terapeuta mostra quelle che sono le modalità che hanno successo o fallimento, gli affetti e le intenzioni del bambino, il significato di alcune sue manifestazioni. Quando il

terapeuta ha aperto un canale comunicativo con il bambino che sembra essere piacevole coinvolge il genitore attivamente nello scambio iniziando una sorta di gioco parallelo tra le due diadi: genitore bambino e terapeuta bambino.

Fase 3: il consolidamento delle interazioni

In questa fase la diade genitore bambino ha già consolidato una serie di pattern intersoggettivi positivi e scopo dell'intervento è favorirne il loro consolidamento e ampliamento.

Come precedentemente detto, compito del terapeuta è facilitare quanto più possibile l'interazione del bambino con il suo genitore. In questa fase egli tenderà quindi a togliersi dallo scambio per lasciare il posto al genitore osservando l'interazione da lontano e intervenendo solo in situazioni di conflitto.

Il conflitto è l'elemento centrale di questa fase, nel senso che compito del terapeuta è aiutare il genitore a gestire gli affetti negativi che possono insorgere nella regolazione interattiva. In questo senso il terapeuta interviene verbalizzando cosa prova il bambino e quanto sia difficile coinvolgerlo e fornendo modalità di risoluzione del conflitto o nuove modalità di approccio al bambino che favoriscono il suo coinvolgimento nell'attività di gioco.

Un altro aspetto importante di questa fase è la preparazione alla conclusione del rapporto terapeutico. Nel momento in cui il genitore ha acquisito la capacità di coinvolgere il proprio bambino indipendentemente dalla presenza del terapeuta il trattamento può concludersi. Questo viene discusso con i genitori mostrando loro anche tutti i dati relativi ai miglioramenti del bambino e ai loro cambiamenti. Spesso in questa sede si decide quale ulteriore percorso far seguire al bambino.

Figura 1
Stanza dell'intervento genitore bambino
presso il Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale



CAPITOLO V

LA RICERCA

5.1 Scopo dello studio

Scopo generale dello studio è la verifica degli effetti dell'intervento genitore bambino con sviluppo atipico (SA) secondo il modello SEAI, il cui obiettivo è la promozione di una modalità interattiva maggiormente sincronica e responsiva calibrata sulle capacità evolutive del bambino.

L'ipotesi di base è che nelle situazioni di sviluppo atipico le predisposizioni parentali del genitore, pur non differenziandosi dalle situazioni di normalità, risultano non essere adeguate nel coinvolgimento del bambino nella relazione impedendo in questo modo l'attivazione di alcuni processi evolutivi di base necessari allo sviluppo mentale del bambino. In questo senso quello che intendiamo indagare è se a seguito del trattamento SEAI i genitori acquisiscano delle modalità parentali che risultino adeguate al livello di funzionamento del bambino, se queste modalità contribuiscono ad un miglioramento della qualità dell'interazione e ad un miglioramento delle competenze emotive del bambino.

5.2 Obiettivi

Gli obiettivi dello studio sono legati alla verifica dell'effetto che il trattamento ha sulle capacità interattive del genitore, sulle sue rappresentazioni, sull'interazione genitore bambino ed infine sullo sviluppo del bambino.

1. In particolare, gli obiettivi legati al cambiamento interattivo del genitore sono: aumentare il livello di sensibilità emotiva e di strutturazione dell'ambiente di gioco, ridurre i livelli di intrusività e di ostilità verso il bambino (nei casi in cui sia presente) e aumentare i tempi di condivisione dell'attività del bambino anche quando questi è impegnato in attività di gioco solitario.
2. Gli obiettivi legati all'interazione sono: aumentare il livello globale di *disponibilità emotiva* della diade, ossia migliorare il grado di accessibilità reciproca attraverso una maggiore capacità di leggere e rispondere adeguatamente ai segnali emotivi del partner; aumentare il livello di *sincronia* negli scambi che si verificano nei momenti di gioco congiunto, ossia un incremento della capacità da parte dei membri della coppia di negoziare la

relazione, modificando i propri comportamenti al fine di mantenere l'adeguamento e il rispetto dei tempi dell'altro.

3. Gli obiettivi legati al cambiamento delle rappresentazioni del genitore sono: la riduzione del livello di stress parentale percepito, la riduzione delle attribuzioni negative con cui si descrivono le manifestazioni del proprio bambino associate ad un aumento di quelle positive; il cambiamento dei meccanismi difensivi che emergono dai colloqui psicologici, l'aumento di episodi narrativi che esprimono una maggiore capacità riflessiva rispetto al comportamento del bambino, proprio e a quanto accade nell'interazione tra loro.
4. Infine, gli obiettivi legati al cambiamento del bambino sono: migliorare la capacità di autoregolazione intesa come la capacità di mantenere uno stato di attenzione calma che consente al bambino di prestare attenzione a ciò che lo circonda senza essere sopraffatto da sensazioni spiacevoli; migliorare il grado di reciprocità interattiva espresso da una maggiore capacità di condivisione e di risposta alle proposte dell'adulto; stimolare l'emergere dell'intenzionalità intesa come capacità di programmare azioni motorie e comunicative finalizzate al raggiungimento di uno scopo.

5.3 Partecipanti

Allo studio hanno partecipato quattro diadi genitore bambino con sviluppo atipico. Due bambini hanno una diagnosi di Disturbo Pervasivo dello Sviluppo (PDD), uno di Ritardo Mentale. Le diagnosi sono effettuate secondo i criteri diagnostici della Classificazione 0-3 Rivista (Zero to Three, 2005) e del DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Uno dei bambini con PDD ha ricevuto due trattamenti uno con il padre e uno con la madre.

I partecipanti sono stati reclutati presso il Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale dell'Università di Trento dove è stata effettuata la diagnosi e l'intervento genitore bambino.

Qui di seguito saranno descritti sinteticamente i bambini e i genitori partecipanti allo studio, le loro caratteristiche sono mostrate nelle tabelle 1 e 2.

Bambini

Caso 1: DSA basso funzionamento cognitivo⁶ (DSA LF, Low Functioning), 31 mesi, con un età mentale equivalente di 13 mesi e mezzo misurate mediante le Griffiths Developmental Mental Scale (GDMS, Griffiths, 1996). La sua età verbale, valutata mediante la scale del linguaggio delle GDMS, è di 10 mesi. Il suo punteggio all'algoritmo diagnostico dell' Autism Diagnostic Observation Schedule (A.D.O.S.; Lord, Rutter, Di Lavore, Risi, 1998) è di 16 che supera il cut off per la diagnosi di autismo. Il punteggio di comportamento adattivo misurato mediante le Vineland Adaptive Behaviour Scales II (Sparrow, Balla & Cicchetti, 2003) è di 59 che corrisponde ad un livello di adattamento basso.

Caso 2: Ritardo mentale (RM), 34 mesi, con un età mentale equivalente di 11 mesi e mezzo misurate mediante le Griffiths Developmental Mental Scale (GDMS, Griffiths, 1996). La sua età verbale, valutata mediante la scale del linguaggio delle GDMS, è di 7 mesi. Il suo punteggio all'algoritmo diagnostico dell' Autism Diagnostic Observation Schedule (A.D.O.S.; Lord, Rutter, DiLavore, Risi, 1998) è di 5 che lo colloca al di fuori dello spettro autistico. Il punteggio di comportamento adattivo misurato mediante le Vineland Adaptive Behaviour Scales II (Sparrow, Balla & Cicchetti, 2003) è di 57 che corrisponde ad un livello di adattamento basso.

Caso 3: DSA alto funzionamento (DSA HF, High Functioning), 54 mesi, con un età mentale equivalente di 40,8 mesi (QS: 75,5) misurate mediante le Griffiths Developmental Mental Scale (GDMS, Griffiths, 1996). La sua età verbale, valutata mediante la scale del linguaggio delle GDMS, è di 21,6 mesi. Il suo punteggio all'algoritmo diagnostico dell' Autism Diagnostic Observation Schedule (A.D.O.S.; Lord, Rutter, DiLavore, Risi, 1998) è di 15 che supera il cut off per la diagnosi di autismo. Il punteggio di comportamento adattivo misurato mediante le Vineland Adaptive Behaviour Scales II (Sparrow, Balla & Cicchetti, 2003) è di 65 che corrisponde ad un livello basso.

⁶ In questo lavoro per indicare il basso e alto funzionamento cognitivo dei bambini con DSA faremo riferimento alle sigle riportate in letteratura, rispettivamente LF (Low Functioning) e HF (High Functioning).

Genitori

Genitore 1: la mamma del bambino DSA LF, 36 anni, ha un livello socioeconomico medio alto (punteggio SES 42) misurato mediante il Social Economic Status (SES, Hollingshead, 1975), con un livello educativo di 4 e livello occupazionale di 0.

Il Parental Style Questionnaire (QSP; Bornstein, Tamis-LeMonda, 1989; Venuti, Senese, 2007) mette in evidenza la presenza di uno stile genitoriale di tipo sociale.

Il livello di stress generale connesso alla essere genitore del bambino in questione, misurato mediante il Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin, 1997), è di 95 che si colloca al 90° percentile (-1,5 dev.st.) rispetto ai dati normativi raccolti sui genitori di bambini da 1 mese a 3 anni e 11mesi.

Genitore 2: Il papà del bambino con DSA LF, 38 anni, ha un livello socioeconomico medio alto (punteggio SES 42) misurato mediante il Social Economic Status (SES, Hollingshead, 1975) 5, con un livello educativo di 4 e livello occupazionale di 8.

Il Parental Style Questionnaire (QSP; Bornstein, Tamis-LeMonda, 1989; Venuti, Senese, 2007) mette in evidenza la presenza di uno stile genitoriale di tipo sociale.

Il livello di stress generale connesso alla essere genitore del bambino in questione, misurato mediante il Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin, 1997), è di 106 che si colloca al 100° percentile (-3,4 dev.st.) rispetto ai dati normativi raccolti sui genitori di bambini da 1 mese a 3 anni e 11mesi.

Genitore 3: mamma del bambino con RM, 37 anni, ha un livello socioeconomico medio alto (punteggio SES: 47,5) misurato mediante il Social Economic Status (SES, Hollingshead, 1975), con un livello educativo di 6 e livello occupazionale di 8.

Il Parental Style Questionnaire (QSP; Bornstein, Tamis-LeMonda, 1989; Venuti, Senese, 2007) mette in evidenza la presenza di uno stile genitoriale di tipo limitante.

Il livello di stress generale connesso alla essere genitore del bambino in questione, misurato mediante il Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin, 1997), è di 68 che si colloca al 50° percentile (-0,1 dev.st.) rispetto ai dati normativi raccolti sui genitori di bambini da 1 mese a 3 anni e 11mesi.

Genitore 4: mamma del bambino con DSA HF, 38 anni, ha un livello socioeconomico medio alto (punteggio SES: 53) misurato mediante il Social Economic Status (SES, Hollingshead, 1975), con un livello educativo di 6 e livello occupazionale di 7.

Il Parental Style Questionnaire (QSP; Bornstein, Tamis-LeMonda, 1989; Venuti, Senese, 2007) mette in evidenza la presenza di uno stile genitoriale di tipo limitante.

Il livello di stress generale connesso alla essere genitore del bambino in questione, misurato mediante il Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin, 1997), è di 68 che si colloca al 35° percentile (0,38 dev.st.) rispetto ai dati normativi raccolti sui genitori di bambini con un età compresa tra i 3 anni e i 5 anni e 11 mesi.

Tabella 1:
Caratteristiche dei partecipanti allo studio (bambini)

	Diagnosi	Età cronologica	Età mentale (GDMS)	Età verbale (GDMS)	Quoziente Adattivo (Vineland II)	Punteggio ADOS*
Caso 1	Autismo	31 mesi	13,5 mesi	10 mesi	59	16
Caso 2	Ritardo mentale	34 mesi	11,5 mesi	7 mesi	57	5
Caso 3	Autismo	54 mesi	39,8 mesi	22 mesi	65	15

* I punteggi dell'algoritmo dell'ADOS (modulo 1) per l'inquadramento diagnostico dei DPS sono: cut-off per l'autismo = 12; cut-off per lo spettro autistico = 7

Tabella 2:
Caratteristiche dei partecipanti allo studio (genitori)

	ETA'	Livello socioeconomico (SES)	Stile genitoriale (PSQ)	Livello di stress (PSI)*
Mamma DSA LF	36	42 medio alto	Sociale	95 alto
Papà DSA LF	38	42 medio alto	Sociale	106 alto
Mamma RM	37	47,5 medio alto	Limitante	68 medio
Mamma DSA HF	38	53 alto	Limitante	68 medio

* I punteggi del SES corrispondono ai seguenti livelli: 1-19.5 basso; 20 - 29.5 medio-basso; 30 - 39.5 medio; 40 - 54.5 medio-alto; da 55 – alto.

** Per la fascia di età 1 mese -2 anni e 11 mesi al PSI –SF: la media è 69,27; la dev. St. 16.91; per la fascia di età

5.4 Disegno di ricerca

La ricerca è stata condotta mediante il disegno *single case* che risulta essere ampiamente utilizzato negli studi sugli esiti e sul processo del trattamento in quanto consente la possibilità di verificare se e per quali soggetti un determinato tipo di trattamento risulta efficace (Antonucci, 2007; Fonagy & Moran 1993). Diversamente dai disegni sperimentali effettuati su campioni clinici, nei disegni *single case*, il focus

della ricerca è posto su un unico soggetto su cui vengono effettuate diverse osservazioni nel tempo mediante misure operazionalizzate (Lingiardi, 2006; Kazdin, 1981). L'uso dei disegni single case pertanto risultano essenziali negli studi relativi all'applicazione di nuovi metodi di trattamento o di nuovi principi (Davison & Lazarus, 1994) pur mantenendo una serie di limiti metodologici relativi in maniera particolare alla generalizzazione e all'interpretazione dei risultati essendo basati su un unico soggetto e mancando il confronto con gruppi di controllo (Roth & Fonagy, 2004). Bisogna tuttavia aggiungere che la replica dello studio su altri soggetti fornisce di per sé una misura di validità esterna (Kazdin, 1994).

5.5 Setting

La ricerca è stata condotta presso il Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale dell'Università di Trento. Le sessioni di assessment, baseline e trattamento genitore bambino sono state effettuate nelle stanze del Laboratorio. La stanza in cui è stato effettuato l'assessment contiene due scrivanie, tre poltroncine, quattro sedie, un armadio con dei giochi corrispondenti ai bisogni dei bambini al di sotto dei 5 anni, uno specchio unidirezionale e un sistema di due videocamere a circuito chiuso. Le riprese erano seguite dal tecnico del laboratorio al fine di avere quanto più possibile il focus centrato sull'interazione genitore bambino.

Il set di giochi per la fase di assessment era rappresentato dal materiale standard fornito dagli strumenti psicometrici, nella fase di baseline il set di giochi era costituito dal materiale utilizzato per la valutazione dei livelli di sofisticazione del gioco (Bornstein, & O' Reilly, 1993), nella fase di trattamento i giochi includevano palle morbide di diverse grandezze, bottiglie che producono diversi suoni, libri di diversa grandezza, cubi per costruire torri, costruzioni morbide, torri con anelli ad incastro, pop up, la ruota della fattoria, una copertina.

5.6 Procedura

Tutti i soggetti sono stati sottoposti alla seguente procedura:

1. fase A - osservazione pre-trattamento: questa fase prevedeva una seduta preliminare con i genitori in cui sono state raccolte le informazioni anamnestiche e le prime rappresentazioni sul bambino e sulle loro difficoltà nel prendersene cura; un numero di 5 sedute con frequenza settimanale in cui è stato effettuato un assessment delle diverse funzioni di base del bambino e degli aspetti dell'

interazione genitore-bambino. Le prime due sedute non erano strutturate e non prevedevano la somministrazione di reattivi in maniera da consentire al bambino e al genitore di familiarizzare con la stanza e con lo psicologo che ha eseguito la valutazione. Nelle successive tre sedute sono state somministrate le scale di sviluppo Griffith Developmental Mental Scale (GDMS) e l'Autism Diagnostic Observational Scale (ADOS) per la valutazione dei Disturbi dello Spettro Autistico (DSA).

2. fase B – trattamento: il trattamento prevedeva due interventi: uno sull'interazione genitore-bambino con frequenza settimanale per un periodo di sei mesi per un totale di 24 sedute in cui lo scopo era aiutare il genitore a ingaggiare il bambino in scambi sincronici adatti al suo livello di sviluppo e profilo sensoriale; e un intervento sulle rappresentazioni del genitore con frequenza mensile per un periodo di sei mesi per un totale di 6 sedute. Ogni trattamento è stato diviso in due fasi temporali, i primi tre mesi (T1) e i successivi tre mesi (T2). Per tutte le misure pre e post trattamento sono stati utilizzati i valori ottenuti al termine di T2.
3. fase C – follow up: questa fase prevedeva un numero di 2 sedute con frequenza settimanale in cui è stata effettuata una nuova valutazione delle funzioni e dei comportamenti indagati nella fase di osservazione pre-trattamento.

5.7 Strumenti

Nel presente studio saranno utilizzati diversi strumenti standardizzati e codici osservativi che consentono la valutazione dell'interazione madre-bambino, degli aspetti più salienti relativi alla genitorialità e di alcune aree dello sviluppo del bambino. I dati ottenuti dall'uso di questi strumenti costituiscono le variabili dipendenti dello studio. Le descrizioni dettagliate dei singoli strumenti sono riportate in appendice.

5.7.1 Gli strumenti per l'assessment

- Per la valutazione dell'intelligenza del bambino sono state utilizzate le Griffiths Developmental Mental Scale (GDMS, Griffiths, 1996). Le scale Griffiths misurano aspetti dello sviluppo significativi per l'intelligenza in bambini dalla nascita agli otto anni, permettendo di differenziare i bambini con ST da quelli con SA. Le GDMS forniscono una misura dell'età mentale generale e un'età di sviluppo in ciascuna delle sei aree di funzionamento: Locomozione, Personale e

sociale, Ascolto e comunicazione, Coordinazione occhio mano, Performance, Ragionamento pratico.

- Per la misurazione di alcune abilità rilevanti per la diagnosi dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo mediante una serie di attività standardizzate è stato utilizzato l'Autism Diagnostic Observation Schedule (A.D.O.S.; Lord, Rutter, DiLavore, Risi, 1998). In particolare, attraverso una serie di attività e situazioni finalizzate all'attivazione di un contesto interattivo si cerca di misurare cinque aree di funzionamento principali: Comunicazione e linguaggio; Interazione sociale reciproca; Immaginazione; Comportamenti stereotipati ed interessi ristretti; Altri comportamenti anomali. Sulla base di alcuni specifici punteggi, derivati dalle aree della Comunicazione e linguaggio e dell'interazione sociale reciproca, è possibile calcolare un algoritmo diagnostico che consente di valutare se il soggetto esaminato risulta diagnosticabile come autistico, affetto da un disturbo dello spettro autistico o fuori dello spettro.
- Mediante le Vineland Adaptive Behaviour Scales II (Sparrow, Balla & Cicchetti, 2003) è stato valutato il comportamento adattivo del bambino. Attraverso un'intervista semistrutturata fatta ad uno dei genitori sono raccolte informazioni basilari sul funzionamento del bambino nelle seguenti aree: comunicazione (ricezione, espressione e scrittura); abilità quotidiane (personale, domestico e comunità) e per la socializzazione (relazioni interpersonali, gioco e tempo libero, regole sociali); abilità motorie (grossolane e fini). Ogni singola scala pertanto fornisce il livello di sviluppo raggiunto dal bambino.
- Le Emotional Availability Scale (EAS; Biringen, Robinson, Emde, 1998) sono state utilizzate per la valutazione del livello di disponibilità emotiva della coppia basata sul grado di accessibilità reciproca e sulla capacità di leggere e rispondere adeguatamente ai segnali emotivi del partner (Ainsworth et al. 1978, Emde, 1989). Lo strumento comprende quattro scale relative al genitore e due relative al bambino. Del genitore si valutano la sensibilità con cui coglie e risponde ai segnali del bambino (*sensitivity*), la capacità di strutturazione dell'ambiente in modo da renderlo fruibile al bambino (*structuring*), la non intrusività (*non intrusiveness*) e non ostilità (*non hostility*) con cui comunica ed interagisce. Le scale relative al bambino valutano il livello di risposta del bambino alle proposte della madre (*responsiveness*) e la capacità di coinvolgerla nelle attività da lui proposte (*involving*).

- Per la valutazione degli stili parentali è stato utilizzato il Parental Style Questionnaire (QSP; Bornstein, Tamis-LeMonda, 1989; Venuti, Senese, 2007), un questionario self-report somministrato al genitore che classifica il tipo di stile educativo come *sociale, didattico o limitante*. Il questionario prevede 46 item che descrivono diverse qualità e comportamenti riferiti a situazioni di interazione con il bambino. Lo strumento prende in considerazione due ambiti fondamentali dell'interazione genitori-figli: i comportamenti messi in atto nella realtà (stile reale; Forma A) e come vorrebbero che fosse idealmente il proprio comportamento (stile ideale; Forma B).
- Per una misura del livello di stress connesso alla funzione parentale è stato utilizzato il Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin, 1997). Il PSI-SF è un questionario self report che misura lo stress associato alla relazione genitore-bambino, le interazioni disfunzionali tra il genitore e il bambino e le difficoltà associate con il temperamento del bambino. Il questionario consta di 36-item suddivisi in tre sub-scale che misurano: lo stress genitoriale, l'interazione disfunzionale genitore-bambino e il temperamento difficile del bambino.

5.7.2 Strumenti per la valutazione dell'intervento

- La Scala di Valutazione delle Funzioni di Base (Venuti, Coco, Marcone, 2001; Venuti, Marcone, 2001; Venuti, Marcone, 2003; Venuti, 2003; Venuti, Cainelli, Esposito, 2004) che consente una visione quanto più comprensiva delle funzioni acquisite dal bambino nonché di quelle ancora in fase d'acquisizione. La scala è composta da quattordici aree funzionali, ognuna delle quali con un numero di item compreso tra cinque e quattordici: sensorialità, percezione, attenzione, emozione, motricità, associazione, intenzione, imitazione, contatto, interazione, comunicazione e linguaggio, istinto, regolazione, autonomia. Le aree funzionali sono raggruppate in quattro macro-aree: funzionamento cerebrale, processi psicologici di base, capacità di essere con gli altri e funzioni istintive ed emozionali. Le osservazioni relative alle singole funzioni indagate sono state condotte ripetutamente ad intervalli di un mese.
- Il Codice del Joint Engagement (Adamson, & Bakeman, 2004) per la valutazione del livello di attenzione condivisa del bambino. Il codice prevede una codifica continua del comportamento del bambino in sei categorie

mutuamente escludentisi che individuano possibili “stati” di coinvolgimento del bambino con le persone o gli oggetti dell’ambiente caratterizzati da una durata di almeno 3 secondi. Le categorie previste dal codice sono: non coinvolgimento, guardare l’attività dell’altro; coinvolgimento sulla persona; coinvolgimento sull’oggetto da solo, attenzione condivisa passivamente, coinvolgimento attivo e coordinato dell’attenzione tra un oggetto e l’altra persona. Le osservazioni relative ai comportamenti di engagement del bambino sono state raccolte in ogni seduta.

- Il Codice di Valutazione della Sincronia Madre-Bambino (Venuti, Coco, 2001). Il codice osservativo misura uno dei costrutti centrali nello studio dell’interazione madre bambino ossia la sincronia che fa riferimento alla capacità da parte dei membri della coppia di negoziare la relazione, modificando i comportamenti al fine di mantenere l’adeguamento e il rispetto dei tempi dell’altro. Il codice viene applicato alle registrazioni delle sedute di gioco che coinvolgono la madre e il bambino considerando il momento di *inizio* dell’interazione effettuato da un membro della coppia rispetto ad un gioco, la *risposta* del partner a seguito della proposta e la fase centrale dell’interazione, in cui si può avere una situazione di condivisione o si possono avere interruzione dell’attività condivisa. Il codice prevede categorie mutuamente escludentisi di cui sei riguardano il comportamento materno (madre propone; condivide; dirige; limita; non in interazione, altro) e sei quello del bambino (bambino propone; condivide; gioca da solo; non accetta; niente, altro). Le osservazioni relative ai comportamenti di sincronia della madre e del bambino sono state misurate su diverse sedute selezionate casualmente nelle tre fasi osservate.
- La Defense Mechanisms Rating Scale (DMRS, Perry, 1990), una scala che prende in esame 27 meccanismi di difesa⁷ selezionati sul riscontro in letteratura di singole definizioni teoriche chiare e di una dimostrata attendibilità (Perry & Cooper, 1989). Le difese sono classificate su 7 livelli organizzati gerarchicamente dal più basso (livello uno) al più alto (livello sette). La DMRS fornisce informazioni sia qualitative accertando la presenza o l’assenza di una difesa sia quantitative fornendo informazioni sulla frequenza con cui una difesa viene utilizzata. Infine, per ogni colloquio la DMRS fornisce un indice globale del funzionamento difensivo (Overall Defensive Functioning index, ODF) che

⁷ Per difesa si intende l’insieme dei processi messi in atto in maniera consapevole o inconscia per proteggersi dal dolore e dai pericoli interni e o esterni.

costituisce un indicatore oggettivo del livello di funzionamento del soggetto. La scala sarà applicata a tutti i colloqui clinici. Il sistema di codifica dei meccanismi di difesa sarà applicato sul trascritto di ogni colloquio.

- La scala del funzionamento riflessivo genitoriale (Slade et al. 2005) è una scala che valuta la capacità dell'adulto di riuscire a pensare al proprio bambino, a se stesso come genitore e alla propria relazione con il figlio in termini di stati mentali. Tale abilità risulta essere correlata a molti aspetti dello sviluppo del bambino ed in particolare al pattern di attaccamento (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon & Target, 1995; Slade e coll., 2005). La funzione riflessiva viene indagata attraverso un'intervista semistrutturata che indaga le rappresentazioni genitoriali: il Parental Development Interviewn (PDI, Slade, Aber, Berger, Bresgi & Kaplan, 2005) costituita da 30 domande aperte che indagano l'immagine che il genitore ha del proprio bambino, la relazione che ha con lui, gli aspetti affettivi relativi all'essere genitore, la storia familiare, gli aspetti legati alla separazioni dal figlio, l'impatto che il figlio ha avuto sulla vita del genitore. Le risposte sono analizzate tenendo conto di 4 aspetti generali del funzionamento riflessivo: la consapevolezza circa la natura degli stati mentali, lo sforzo esplicito di comprendere gli stati mentali che sottendono i comportamenti, il riconoscimento degli aspetti evolutivi degli stati mentali e la capacità di riconoscere la diversità degli stati mentali della persona a cui si riferiscono le proprie esperienze. Ogni aspetto include diverse sottocategorie che consentono di valutare il livello di funzionamento riflessivo raggiunto dal genitore misurato con una scala che va da -1 che indica l'assenza di un funzionamento riflessivo associato a negatività e un disturbo del pensiero a 9 che indica un alto funzionamento riflessivo. La codifica si applica solo su 15 domande del PDI e per ognuna si attribuisce un punteggio della scala. È inoltre possibile calcolare un indice generale del funzionamento riflessivo tenendo conto della modalità riflessiva generale utilizzata dal genitore durante tutta l'intervista.
- Analisi qualitativa del colloquio: per avere una misura dell'immagine mentale che il genitore ha del proprio bambino è stato costruito ad hoc una griglia di analisi sulle descrizioni fornite durante i colloqui clinici. La griglia prevede 4 categorie che includono le descrizioni del comportamento, il temperamento, le

abilità e gli affetti mostrati. Per ogni categoria viene indicata la polarità emotiva che assume per il genitore (positiva o negativa).

5.8 Analisi dei dati

Al fine di valutare l'attendibilità delle misure raccolte mediante il: Codice di valutazione della sincronia madre-bambino, Codice per la valutazione della rappresentazione del bambino, Scala di Valutazione delle Funzioni di Base, Codice del Joint Engagement, sul 30% delle osservazioni, mediante il test k di Cohen (Cohen, 1960), sarà calcolato l'accordo tra 2 osservatori indipendenti precedentemente addestrati all'uso di questi strumenti. Gli osservatori erano all'oscuro degli scopi specifici dello studio (i risultati sono riportati nella tabella n. 4). Diversamente, per l'Emotional Availability Scale, Autism Diagnostic Observation Schedule, Defence Mechanism Rating Scale, Parental Reflective Functioning Scale l'attendibilità è stata controllata mediante il training specifico per l'uso dello strumento effettuato dalle persone che hanno condotto le codifiche. Anche in questo caso gli osservatori erano all'oscuro degli scopi specifici dello studio. Come si è soliti fare negli studi con casi singoli, sui dati raccolti saranno applicate le statistiche descrittive (frequenza, valore minimo, massimo, media e deviazione standard) e sarà calcolato l'incremento percentuale durante le sessioni. I dati saranno rappresentati graficamente in modo tale che sia possibile tramite l'analisi visiva identificare i cambiamenti nell'andamento nelle fasi di pre trattamento, trattamento e post trattamento (Baer, 1977). I risultati relativi ai cambiamenti del genitore, dell'interazione e del bambino sono riportati nei capitoli successivi, rispettivamente capitolo 6, 7 e 8, in cui sono specificati gli indici considerati come variabili dipendenti e il tipo di descrittiva applicata. Al fine di avere una misura globale degli esiti del trattamento sugli aspetti comportamentali e rappresentazionali del genitore, sulla qualità dello scambio interattivo e sulle misure di sviluppo del bambino rilevati su tutti i soggetti, indipendentemente dalla specificità di ogni singolo caso, è stato calcolato il Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991) che analizza il livello di significatività clinica del cambiamento misurato. Infine, sulle stesse variabili è stata condotta un MANOVA a due o tre livelli (pre e post trattamento; pre, T1 e T2). Come livello di significatività è stato considerato il livello punteggio dell'eta quadro parziale che offre una misura quantitativa della grandezza dell'effetto principale o interazione delle variabili misurate.

Tabella 3
Misure utilizzate nelle diverse fasi dello studio

Aree indagate	PRE-POST TRATTAMENTO	MISURE RIPETUTE
Interazione	EAS	Codice di valutazione della sincronia madre-bambino
Rappresentazioni del genitore	- PSQ	- DMRS
	- PSI – SF	- Codice per la valutazione della rappresentazione del bambino (analisi del colloquio) - Parental Reflective Functioning Scale
Sviluppo del bambino	- GDMS	- SVFB
	- ADOS	- Codice del Joint Engagement
	- VABS II	

Tabella 4
Accordo interosservatori per i diversi codici osservativi

STRUMENTI	Kappa
Codice di valutazione della sincronia madre-bambino	0,73
Scala di Valutazione delle Funzioni di Base	0,78
Codice del Joint Engagement	0,75
Codice per la valutazione della rappresentazione del bambino	0,8

CAPITOLO VI

GLI EFFETTI DEL TRATTAMENTO SUL GENITORE

Come già riferito nei capitoli 4 e 5 scopo del trattamento SEAI è promuovere nel genitore la capacità di stabilire con il proprio bambino scambi interattivi sincronici basati sulla condivisione degli affetti. Quello che si intende verificare pertanto è se con il trattamento migliorano gli aspetti della funzione genitoriale che risultano essere maggiormente associati ad un'interazione positiva.

A tal fine sono state considerate diverse misure, alcune relative al comportamento interattivo misurato durante le sessioni di gioco congiunto e altre relative alle rappresentazioni che il genitore ha del proprio bambino misurate durante i colloqui clinici.

Come misura del cambiamento interattivo sono stati considerati i valori ottenuti alle scale del genitore dell'EAS (Sensitivity, Structuring, Non Hostility e Non Intrusiveness) nelle fasi di pre trattamento, post trattamento e follow up; e le durate relative dei comportamenti di condivisione del genitore misurate attraverso il codice della sincronia rilevate nella fase di pre trattamento, prima fase di trattamento (T1), seconda fase di trattamento (T2) e di follow up (a un anno dalla fine del trattamento).

Come misura del cambiamento delle rappresentazioni sono stati utilizzati quattro indici, la *descrizione* del bambino in termini positivi e negativi misurata mediante una griglia per l'analisi qualitativa del colloquio costruita ad hoc per il presente studio applicata ai colloqui tenuti nelle fasi di pre trattamento, T1 e T2; *l'indice globale difensivo* che esprime la maturità complessiva dello stile difensivo del genitore misurato mediante la DMRS nelle fasi di pre e post trattamento; il grado di *funzionamento riflessivo* parentale che esprime la capacità con cui il genitore descrive il proprio bambino e la relazione con lui in termini di stati mentali piuttosto che come sequenze comportamentali, tale misura è stata ottenuta mediante l'applicazione della scala del funzionamento riflessivo del Parental Developmental Interview sui colloqui della fase di pre e post trattamento; ed infine il *grado di stress* legato all'esperienza di essere genitore di quello specifico bambino rilevato mediante un questionario auto somministrato (Parenting Stress Index, forma breve) nelle fasi di pre e post trattamento.

6.1 Risultati disponibilità emotiva su singoli casi

Genitore 1: madre del bambino con DSA a basso funzionamento cognitivo

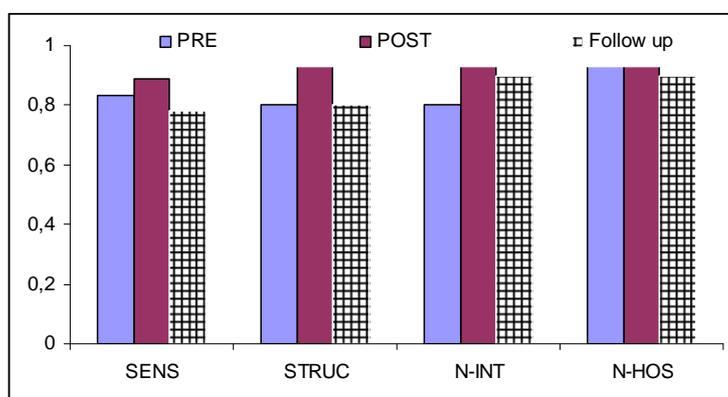
Come si può notare dalla tabella 1 e dal grafico1 questa madre ha un buon livello di disponibilità emotiva già a partire dalla fase di pre trattamento. Nonostante ciò nella fase post trattamento si rileva la presenza di un miglioramento in tutte le scale. In particolare, il livello di sensibilità (*Sensitivity*) aumenta del 6.67% passando da un valore di 7.5 ad 8, la capacità di strutturazione dell'ambiente esplorativo (*Structuring*) e il livello di non intrusività (*Non Intrusiveness*) aumentano entrambe del 25% passando da un valore di 4 ad uno di 5 mentre le espressioni di aggressività e ostilità restano assenti (punteggio 5). Ad un anno dal termine del trattamento i valori regrediscono, in particolare la sensitivity e lo structuring tornano ai livelli iniziali mentre nella non hostility e la non intrusiveness i valori pur regredendo si mantengono superiori ai livelli iniziali.

Tabella n.1
Descrittive punteggi disponibilità emotiva

	SEN	SEN %	STRU C	STRUC %	N-INT	N-INT%	N-HOS	N-HOS%
PRE	7,5	0,83	4	0,8	4	0,8	5	1
POST	8	0,89	5	1	5	1	5	1
Follow up	7	0,78	4	0,8	4,5	0,9	4,5	0,9
Incr% pre post	6,67	6,67	25	25	25	25	0	0

Legenda: SENS: sensibilità, SENS%= rapporto tra il punteggio di sensitivity ottenuto e il punteggio massimo; STRUCT: Structuring, Struct%= %= rapporto tra il punteggio di structuring ottenuto e il punteggio massimo ; N-INT: non intrusiveness; N-INT%= %= rapporto tra il punteggio di non intrusiveness ottenuto e il punteggio massimo; N-HOST: Non Hostility, N-HOST%= rapporto tra il punteggio di non intrusiveness ottenuto e il punteggio massimo.

Grafico 1



Genitore 2: padre del bambino con DSA a basso funzionamento cognitivo

Come si può notare dalla tabella e dal grafico 2 questo genitore ha un livello di disponibilità emotiva iniziale nella norma. Al termine del trattamento si rileva comunque la presenza di un miglioramento delle diverse scale. In particolare il livello di sensibilità (*Sensitivity*) aumenta del 8.33% passando da un valore di 6 ad un punteggio di 6.5, la capacità di strutturazione dell'ambiente esplorativo (*Structuring*) aumenta del 16.67%, il livello di non intrusività (*Non Intrusiveness*) del 40% e le espressioni di aggressività e ostilità si riducono di un punto mostrando un miglioramento del 25%.

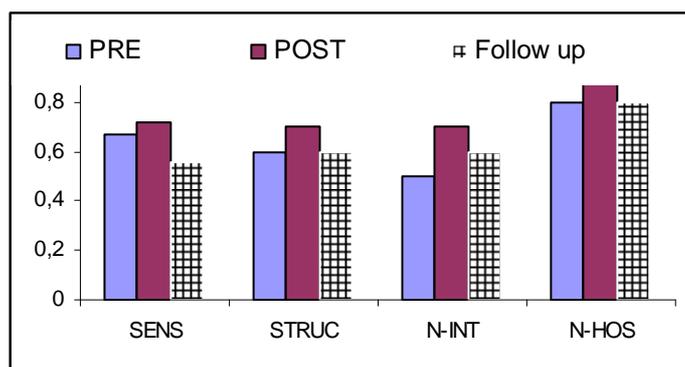
Ad un anno dal termine del trattamento alcuni valori regrediscono, in particolare la sensitivity da un punteggio di 6,5 ottenuto nella fase di post trattamento raggiunge un livello 5 che risulta essere inferiore al livello basale, lo structuring e la non hostility tornano ai livelli iniziali mentre nella non intrusiveness i valori pur regredendo di mezzo punto si mantengono superiori ai livelli iniziali.

Tabella n.2

Descrittive punteggi disponibilità emotiva

	SEN	SEN %	STRU C	STRUC %	N-INT	N-INT%	N-HOS	N-HOS%
PRE	6	0,67	3	0,6	2,5	0,5	4	0,8
POST	6,5	0,72	3,5	0,7	3,5	0,7	5	1
Follow up	5	0,56	3	0,6	3	0,6	4	0,8
Incr% pre post	8,33	8,33	16,67	16,67	40	40	25	25

Grafico 2



Genitore 3: madre del bambino con ritardo mentale

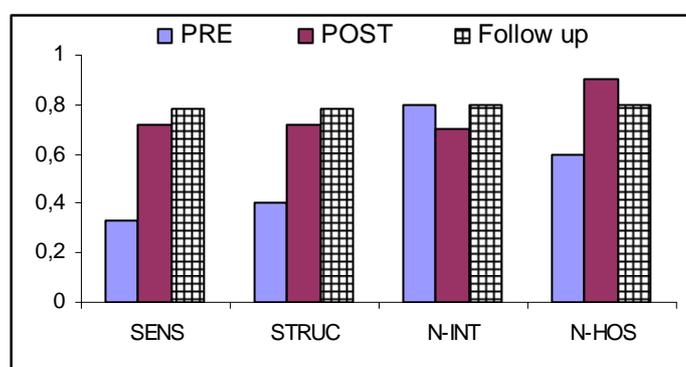
Come si può notare dalla tabella e dal grafico n. 3 prima dell'inizio del trattamento la madre presenta difficoltà clinicamente significative nella sfera della disponibilità emotiva diadica. In particolare i valori della sensibilità e dello structuring sono al di sotto dei valori medi. Al termine del trattamento si rileva la presenza di importanti cambiamenti. La scala che ottiene un maggiore incremento è quella della sensibilità materna (Sensitivity) che aumenta del 116,67% passando da un valore di 3 che indica la presenza di un'alterazione marcata nella funzione materna ad un punteggio di 6.5 che si colloca nella norma, lo stesso avviene per la capacità di strutturazione dell'ambiente esplorativo (*Structuring*) che aumenta del 180,56% passando da un punteggio patologico di 2 ad uno normale di 4, le espressioni di aggressività e ostilità si riducono del 50% mentre il livello di non intrusività (*Non Intrusiveness*) peggiora del 12,5% mostrando la presenza di una lieve difficoltà nella madre di riuscire a guidare l'esplorazione del bambino tenendo conto dei ritmi e degli interessi del figlio. Ad un anno dal termine del trattamento si rileva la presenza di un ulteriore miglioramento nei valori misurati. Le scale che mostrano un'ulteriore incremento sono quella della sensibilità che da un punteggio di 6,5 arrivano ad un valore di 7 e la non intrusiveness da un valore di 3,5 arriva ad uno di 4.

Tabella n.3

Descrittive punteggi disponibilità emotiva

	SEN	SEN %	STRU C	STRUC %	N-INT	N-INT%	N-HOS	N-HOS%
PRE	3	0,33	2	0,4	4	0,8	3	0,6
POST	6,5	0,72	4	0,72	3,5	0,7	4,5	0,9
Follow up	7	0,78	4	0,78	4	0,8	4	0,8
Incr% pre post	116,7	100	80,56	80,56	-12,5	-12,5	50	50

Grafico 3



Genitore 4: madre del bambino con DSA ad alto funzionamento

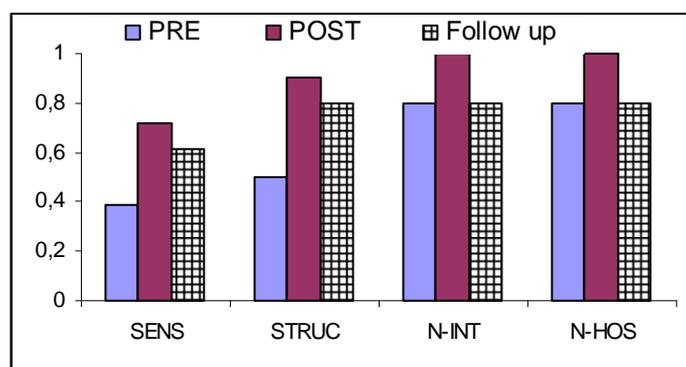
Come si può notare dalla tabella e dal grafico n. 4 prima dell'inizio del trattamento la madre presenta difficoltà clinicamente significative nella sfera della disponibilità emotiva diadica, in particolare i valori della sensibilità e dello structuring sono al di sotto dei valori medi. Al termine del trattamento si rileva la presenza di cambiamenti in tutte le scale. La scala che ottiene un maggiore incremento è quella della sensibilità materna (*Sensitivity*) che aumenta del 85,71% passando da un valore di 3,5 che indica la presenza di un'alterazione marcata nella funzione materna ad un punteggio di 6,5 che si colloca nella norma, lo stesso avviene per la capacità di strutturazione dell'ambiente esplorativo (*Structuring*) che aumenta dell'80% passando da un punteggio di 2,5 ad uno normale di 4,5, le espressioni di aggressività e ostilità così come il livello di non intrusività (*Non Intrusiveness*) si riducono del 25%. Ad un anno dal trattamento si registra una riduzione dei valori osservati sebbene non si ritorni alla situazione iniziale. In particolare, durante la fase di follow up si registra una riduzione di un punto alla scala della sensitivity, della non intrusiveness e della non hostility i cui valori ottenuti sono rispettivamente 5,5, 4 e 4. Mentre nella scala dello structuring si registra una regressione di mezzo punto (da un punteggio di 4,5 ottenuto nella fase di post trattamento ad un punteggio di 4).

Tabella n.4

Descrittive punteggi disponibilità emotiva

	SEN	SEN %	STRU C	STRUC %	N-INT	N-INT%	N-HOS	N-HOS%
PRE	3,5	0,39	2,5	0,5	4	0,8	4	0,8
POST	6,5	0,72	4,5	0,9	5	1	5	1
Follow up	5,5	0,61	4	0,8	4	0,8	4	0,8
Incr% pre post	85,71	85,71	80	80	25	25	25	25

Grafico 4



6.2 Risultati comportamenti di condivisione sincronica su singoli casi

Genitore 1: madre con bambino DSA a basso funzionamento cognitivo

Come si potrà notare dalla tabella n. 10 durante le sedute osservate non si rileva particolare variazione nel tempo della frequenza dei comportamenti di condivisione del genitore, diversamente è la loro durata che sembra subire maggiori cambiamenti. Si rileva inoltre la presenza di una discreta variabilità tra una seduta e l'altra ad eccezione della fase di follow up. Raggruppando le osservazione nelle 4 fasi studiate si può notare come la media delle durate relative dei comportamenti di condivisione del genitore aumentano in maniera progressiva dalla fase di pre trattamento a quella di T1 e T2 passando rispettivamente da una media di ,14 ad una di ,26 ed infine di ,4 (vedi tabella n. 11 e grafico n. 4). Rispetto al funzionamento registrato nella fase di pre trattamento si rileva un incremento delle durate dei comportamenti di condivisione del 196,3%. Questo aspetto interattivo parentale resta costante anche nel follow up in cui rispetto alla fase finale del trattamento si registra un ulteriore incremento del 3,8%.

Tabella n. 10

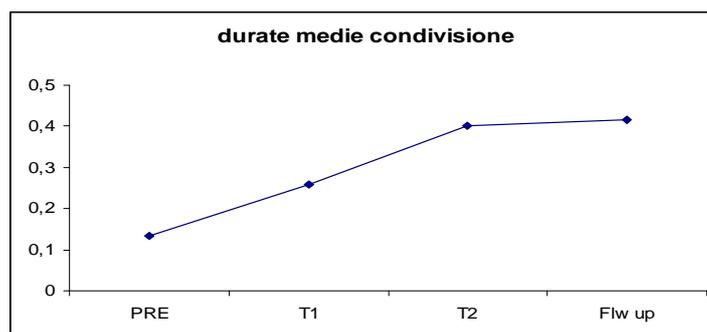
time	Fasi	FR assol	FR relat	DU assol	DU rel	Media Du	Min DU	Max DU
1	PRE	59	0,23	631	0,26	10,69	1	40
2	PRE	3	0,03	24	0,01	8	5	10
3	T1	25	0,22	813	0,34	32,52	5	107
4	T2	22	0,22	423	0,18	19,23	2	183
5	T3	25	0,19	1056	0,35	42,24	2	322
6	T4	17	0,18	1125	0,45	66,18	5	513
7	Flw Up 1	22	0,27	457	0,42	20,77	5	101
8	Flw Up 2	22	0,27	471	0,41	21,41	3	47

Tabella n. 11

Media frequenze e durate nelle tre fasi

Fasi	FR assol	FR relat	DU assol	DU rel	Increment.%
PRE	31	0,13	327,5	0,145	
T1	23,5	0,22	618	0,26	92,6
T2	21	0,19	1090,5	0,4	196,3
Flw Up	22	0,27	464	0,415	3,8

Grafico n. 5



Genitore 2: padre del bambino con DSA a basso funzionamento cognitivo

Come si potrà notare dalla tabella n. 12 la durata dei comportamenti di condivisione sembra subire un decremento durante la fase iniziale di trattamento per poi migliorare successivamente mantenendosi costanti anche con la fine del trattamento. Raggruppando le osservazioni nelle 4 fasi studiate si può notare lo stesso effetto la media delle durate relative dei comportamenti di condivisione del genitore diminuiscono del 42,22% con il passaggio alla fase di T1 passando da una media di ,22 ad una di ,13. Rispetto al funzionamento registrato nella fase di pre trattamento, nella fase T2 si rileva un incremento delle durate dei comportamenti di condivisione del 17,77% (vedi tabella n. 11 e grafico n. 4). Questo aspetto interattivo parentale continua a migliorare nel tempo mostrando nel follow up un ulteriore incremento del 24,52% rispetto ai valori misurati nella fase di T2.

Tabella n. 12

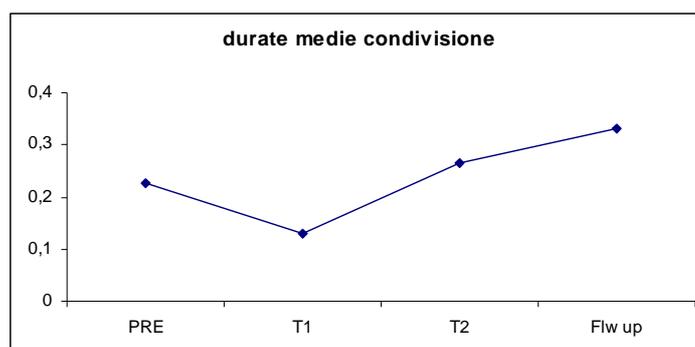
time	Fasi	FR assol	FR relat	DU assol	DU rel	Media Du	Min DU	Max DU
1	PRE	32	0,2	448	0,24	14	1	104
2	PRE	35	0,17	514	0,21	14,69	2	51
3	T1	26	0,13	323	0,12	12,42	2	50
4	T2	31	0,16	343	0,14	11,06	2	52
5	T3	38	0,2	704	0,25	18,53	1	97
6	T4	49	0,2	818	0,28	16,69	1	82
7	Flw Up 1	26	0,27	460	0,38	17,69	4	79
8	Flw Up 2	24	0,27	339	0,28	18	5	70

Tabella n. 13

Media frequenze e durate nelle tre fasi

Fasi	FR assol	FR relat	DU assol	DU rel	Incres. %
PRE	33,5	0,19	481	0,225	
T1	28,5	0,15	333	0,13	-42,22
T2	43,5	0,2	761	0,27	17,77
Flw Up	25	0,27	399,5	0,33	24,5283

Grafico n. 6



Genitore 3: madre del bambino con RM

Come si potrà notare dalla tabella n. 14, ad eccezione della fase di follow up, durante le sedute osservate non si rileva particolare variazione nel tempo della frequenza dei comportamenti di condivisione del genitore, diversamente è la loro durata che sembra subire maggiori cambiamenti. Si rileva inoltre la presenza di una discreta variabilità tra le sedute di baseline che si elimina con l'inizio del trattamento. Raggruppando le osservazioni nelle 4 fasi studiate si può notare come la media delle durate relative dei comportamenti di condivisione del genitore aumentano in maniera progressiva dalla fase di pre trattamento a quella di T1 e T2 passando rispettivamente da una media di ,305 ad una di ,44 ed infine di ,455 (vedi tabella n. 15 e grafico n. 6). Rispetto al funzionamento registrato nella fase di pre trattamento si rileva un incremento delle durate dei comportamenti di condivisione del 49,18%. Questo aspetto interattivo parentale resta costante anche nel follow up in cui rispetto alla fase finale del trattamento si registra un lieve decremento dell'1%.

Tabella n. 14

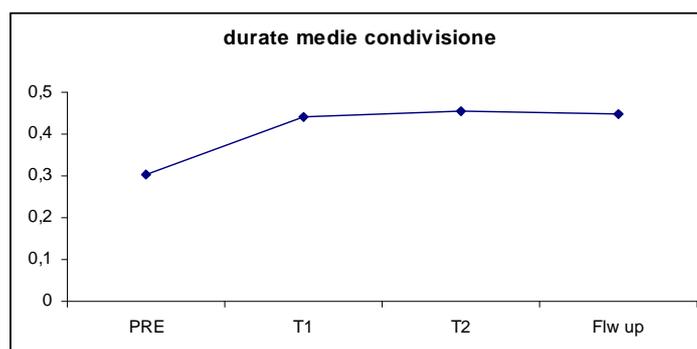
time	Fasi	FR assol	FR relat	DU assol	DU rel	Media Du	Min DU	Max DU
1	PRE	22	0,27	730	0,3	33,18	4	235
2	PRE	11	0,14	740	0,31	67,27	11	184
3	T1	15	0,21	1027	0,43	68,47	4	237
4	T2	14	0,15	1117	0,45	79,79	4	173
5	T3	18	0,21	1094	0,46	60,78	7	253
6	T4	12	0,16	1089	0,45	90,75	7	379
7	Flw Up 1	17	0,29	579	0,46	34,06	6	174
8	Flw Up 2	23	0,29	524	0,44	22,78	5	69

Tabella n. 15

Media frequenze e durate nelle tre fasi

Fasi	FR assol	FR relat	DU assol	DU rel	Increment.%
PRE	16,5	0,205	735	0,305	
T1	14,5	0,18	1072	0,44	44,26
T2	15	0,185	1091,5	0,455	49,18
Flw Up	20	0,29	551,5	0,45	-1

Grafico n. 5



Genitore 4: madre del bambino con DSA ad alto funzionamento

Come si potrà notare dalla tabella n. 14, anche in questo caso è la durata dei comportamenti di condivisione del genitore a subire maggiori cambiamenti. Si rileva inoltre la presenza di una discreta variabilità nelle sedute di baseline e nei primi tre mesi di intervento che si elimina con l'inizio del trattamento. Raggruppando le osservazioni nelle 4 fasi studiate si può notare come la media delle durate relative dei comportamenti di condivisione del genitore aumentano in maniera progressiva dalla fase di pre trattamento a quella di T1 e T2 passando rispettivamente da una media di ,26 ad una di ,295 ed infine di ,365 (vedi tabella n. 17 e grafico n. 6). Rispetto al funzionamento registrato nella fase di pre trattamento al termine del trattamento si rileva un incremento delle durate dei comportamenti di condivisione del 40,88%. Questo aspetto interattivo resta più o meno stabile nel follow up mostrando solo un lieve decremento del 4,11%.

Tabella n. 16

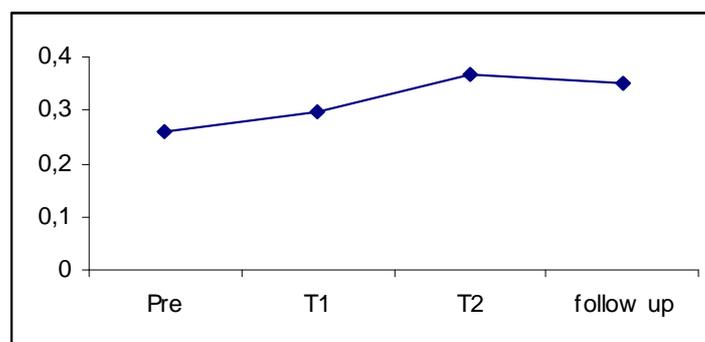
Time	Fasi	FR assol	FR relat	DU assol	DU rel	Media Du	Min DU	Max DU
1	PRE	13	0,16	521	0,33	40,08	4	168
2	PRE	23	0,17	466	0,19	20,26	3	71
3	T1	25	0,21	855	0,36	34,2	5	171
4	T2	26	0,19	541	0,23	20,81	4	59
5	T3	22	0,23	842	0,35	38,27	8	216
6	T4	24	0,21	913	0,38	38,04	4	157
7	Follow up	18	0,22	543	0,35	33,2	5	134

Tabella n. 17

Media frequenze e durate nelle tre fasi

Fasi	FR assol	FR relat	DU assol	DU rel	Increment.%
PRE	18	0,165	493,5	0,26	
T1	25,5	0,2	698	0,295	13,46
T2	23	0,22	877,5	0,365	40,38
Follow up	18	0,22	543	0,35	-4,11

Grafico n. 6



6.3 Risultati su singoli casi del cambiamento delle rappresentazioni del genitore: descrizione del bambino, maturità difensiva, funzionamento riflessivo e stress parentale

Genitore 1: madre del bambino con DSA a basso funzionamento cognitivo

Come si può notare dalle tabelle n. 18 e n. 19 la madre durante la fase di pre trattamento tende a fare una descrizione del proprio bambino positiva. Nel tempo il numero di descrizioni positive aumenta lievemente presentando delle variazioni tra le sedute. È possibile avere una visione più chiara dell'andamento di questo aspetto rappresentazionale considerando le medie delle frequenze relative delle descrizioni positive e negative nelle diverse fasi. Come si può notare dalla tabella 19 dalla fase di pre trattamento alla prima fase di trattamento c'è un miglioramento delle descrizioni positive del bambino e una riduzione di quelle negative che si mantiene stabile durante la seconda fase di intervento (media descrizioni positive PRE= ,66; T1= ,79; T2=,79). Nella fase di follow up si rileva la presenza di una riduzione delle descrizioni positive e un aumento di quelle negative, rispettivamente ,56 e , 44.

Per quanto riguarda il livello di maturità difensiva come si può notare dalla tabella n. 20 dalla fase iniziale di pre trattamento a quella finale di trattamento c'è un aumento della frequenza di meccanismi di difesa che indica l'inizio di un lavoro psicologico sugli aspetti emotivi legati alla situazione evolutiva del proprio bambino. All'aumento quantitativo corrisponde anche un aumento della maturità difensiva che da un valore medio di 4 (che indica la presenza di difese narcisistiche) si sposta su un livello di 5, 4 (che indica la presenza di difese di tipo nevrotico). Da un'analisi qualitativa si nota come nella fase iniziale c'è un uso di difese di livello 3 (negazione) e 5 (rimozione), mentre nella fase finale di trattamento c'è un uso prevalente di difese mature (livello 7) quali autosservazione e anticipazione delle situazioni dolorose, seguite dai meccanismi di livello 4 (svalutazione) e di negazione (livello 3).

Per quanto riguarda il funzionamento riflessivo si può osservare dalla tabella n. 21 come dalla fase di pre trattamento la madre passi da un livello di funzionamento riflessivo di 4, che indica un lieve accenno alla descrizione del bambino e della loro relazione in termini di stati mentali, ad un livello di 7 che indica la presenza di un buona capacità di riflettere. Nella fase di post trattamento sebbene sia ancora presente una tendenza a descrivere il proprio e altrui funzionamento in maniera più semplice (livello da 3 a 4) è

presente anche una maggiore capacità di riferire più di due categorie riflessive (livello 7 e 8).

Infine, per quanto riguarda il livello di stress percepito dal genitore come si può osservare dalla tabella n. 22 dalla fase di pre e post trattamento si registra una diminuzione dei punteggi che da un valore complessivo di 95 raggiungono un valore di 76, mostrando un decremento del 20%. Analizzando l'andamento nei tre fattori che costituiscono lo strumento si nota come i fattori Distress Genitoriale (DG) e Interazione Stressante Disfunzionale (ISD) sono quelli che rilevano un maggiore decremento, rispettivamente del 33,3% e 24,2%. Mentre i punteggi al fattore Bambino Difficile (BD) restano praticamente simili con un decremento del 3,1%.

Tabella n. 18

Frequenze relative descrizioni bambino

Sedute	Bambino positivo Freq Ass	Bambino negativo Freq Ass	Bambino positivo Freq Rel	Bambino negativo Freq Rel	Totale descrizioni bambino
Pre 1	12	8	0,6	0,4	20
Pre 2	10	4	0,71	0,29	14
T 1	23	9	0,72	0,28	32
T 2	12	2	0,86	0,14	14
T 3	7	3	0,7	0,3	10
T 4	20	3	0,87	0,13	23
Follow up 1	5	3	0,63	0,38	8
Follow up 2	3	3	0,5	0,5	6

Tabella n. 19

Media frequenze nelle tre fasi

FASI	Bambino positivo Freq Ass	Bambino negativo Freq Ass	Bambino positivo F Freq Rel	Bambino negativo Freq Rel	Totale descrizioni bambino
PRE	11	6	0,66	0,34	17
T1	17,5	5,5	0,79	0,21	23
T2	13,5	3	0,79	0,21	16,5
Follow up	4	3	0,56	0,44	7
Incr%					
Pre - T2	22,73	-50	19,85	-37,23	-2,94

Tabella n. 20

Analisi dei meccanismi di difesa

FASI	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5	Livello 6	Livello 7	N difese	Indice di maturità
PRE (N=2)	0	0	1	0	1	0	0	2	4
POST (N=2)	0	0	1	3	0	0	4	8	5,5

Tabella n. 21

Analisi del funzionamento riflessivo parentale

Livelli FR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	N episodi	Livello FR
PRE (N=2)			1	1	1					3	4
POST (N=2)			2	2	1		1	1		7	7

Tabella n. 22

Livelli di Stress

FASI	Distress genitoriale	Interazione Stressante Disfunzionale	Bambino difficile	Punteggio stress totale
PRE	30	33	32	95
POST	20	25	31	76
Decremento percentuale	-33,3	-24,2	-3,1	-20

Genitore 2: padre del bambino con DSA a basso funzionamento cognitivo

Come si può notare dalle tabelle n. 23 e n. 24 durante la fase di pre trattamento la descrizione del proprio bambino si alterna tra il negativo e il positivo dimostrando la presenza di una variabilità iniziale. Nel tempo il numero di descrizioni positive tende ad essere sempre maggiore ad eccezione di una seduta nella fase finale del trattamento. Considerando le medie delle frequenze relative delle descrizioni positive e negative nelle diverse fasi si può osservare che dalla fase di pre trattamento alla prima fase di trattamento c'è un miglioramento delle descrizioni positive del bambino e una riduzione di quelle negative che si mantiene stabile durante la seconda fase di intervento (media descrizioni positive PRE= ,57; T1= ,73; T2=,79). Nella fase di follow up si rileva la presenza di un ulteriore aumento delle descrizioni positive e decremento di quelle negative, che ottengono un valore medio rispettivamente di ,84 e ,16.

Per quanto riguarda il livello di maturità difensiva come si può notare dalla tabella n. 25 dalla fase iniziale di pre trattamento a quella finale di trattamento la frequenza di meccanismi di difesa risulta costante, ciò indica come fin dall'inizio il padre abbia una maggiore sofferenza psicologica rispetto alla situazione evolutiva del proprio bambino. Al termine del trattamento si rileva la presenza di aumento della maturità difensiva che fa un valore medio di 4,45 (che indica la presenza di difese narcisistiche) si sposta su un livello di 5, 8 (che indica la presenza di difese di tipo nevrotico). Da un'analisi qualitativa si nota come nella fase iniziale c'è un uso di difese di livelli diversi (dal livello 3 che esprimono una negazione della sofferenza al 6 che esprime un tentativo di

risolvere il conflitto con meccanismi di tipo ossessivo che tendono ad escludere la componente emotiva del problema), mentre nella fase finale di trattamento c'è un uso prevalente di difese mature (livello 7) quali autosservazione, autoaffermazione e anticipazione, seguite dai meccanismi di livello 6 che restano una modalità di funzionamento tipica di questo genitore.

Per quanto riguarda il funzionamento riflessivo si può osservare dalla tabella n. 26 come dalla fase di pre trattamento il padre passi da un livello di funzionamento riflessivo di 3 che indica una scarsa descrizione del bambino e della loro relazione in termini di stati mentali ad un livello di 5 che indica la presenza di una capacità di riflettere media. Nella fase di post trattamento sebbene sia ancora presente una tendenza a descrivere il proprio e altrui funzionamento in maniera più semplice (livello 3) è emersa una capacità più evoluta di descrivere gli aspetti psicologici che si celano dietro il comportamento, infatti in un episodio specifico è capace di riferire più di due categorie riflessive (livello 8).

Infine, per quanto riguarda il livello di stress percepito dal genitore come si può osservare dalla tabella n. 27 dalla fase di pre e post trattamento si registra una diminuzione dei punteggi che da un valore complessivo di 106 raggiungono un valore di 75, mostrando un decremento del 29,25%. Analizzando l'andamento nei tre fattori che costituiscono lo strumento si nota una riduzione in ognuno di esse, in particolare il fattore Distress Genitoriale (DG) mostra un decremento del 39,3%, quello di Interazione Stressante Disfunzionale (ISD) del 25,7% ed infine per il fattore Bambino Difficile (BD) si rileva un decremento del 29,25%.

Tabella n. 23

Sedute	Bambino positivo Freq Ass	Bambino negativo Freq Ass	Bambino positivo F Freq Rel	Bambino negativo Freq Rel	Totale descrizioni bambino
Pre 1	7	2	0,78	0,22	9
Pre 2	4	7	0,36	0,64	11
T 1	12	4	0,75	0,25	16
T 2	23	9	0,72	0,28	32
T 3	12	0	1	0	12
T 4	7	5	0,58	0,42	12
Follow up 1	15	2	0,88	0,12	17
Follow up 2	34	9	0,79	0,21	43

Tabella n. 24**Media frequenze nelle tre fasi**

FASI	Bambino positivo Freq Ass	Bambino negativo Freq Ass	Bambino positivo F Freq Rel	Bambino negativo Freq Rel	Totale descrizioni bambino
PRE	5,5	4,5	0,57	0,43	10
T1	17,5	6,5	0,73	0,27	24
T2	9,5	2,5	0,79	0,21	12
Follow up	24,5	5,5	0,84	0,16	30
Incr%					
Pre - T2	22,73	-50	19,85	-37,23	-2,94

Tabella n. 25**Analisi dei meccanismi di difesa**

FASI	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5	Livello 6	Livello 7	N difese	Indice di maturità
PRE (N=2)	0	0	2	5	1	3	0	11	4,45
POST (N=2)	0	0	1	1	1	3	4	10	5,8

Tabella n. 26**Analisi del funzionamento riflessivo parentale**

Livelli FR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	N episodi	Livello FR
PRE (N=2)			1	1						2	3
POST (N=2)			3					1		2	5

Tabella n. 27**Livelli di Stress**

FASI	Distress genitoriale	Interazione Stressante Disfunzionale	Bambino difficile	Punteggio stress totale
PRE	28	35	43	106
POST	17	26	32	75
Decremento percentuale	-39,3	-25,7	-26,6	-29,25

Genitore 3: madre del bambino con Ritardo mentale

Come si può notare dalle tabelle n. 28 e n. 29 durante la fase di pre trattamento la descrizione del proprio bambino è prevalentemente negativa, nella seconda seduta di baseline infatti non c'è alcuna descrizione positiva del figlio dimostrando la presenza di un'immagine parziale del bambino che contempla solo gli aspetti svalutati. La situazione cambia con l'inizio del trattamento sulle rappresentazioni come dimostrato dall'aumento del numero di descrizioni positive che resta alto anche nella fase di follow up. Considerando le medie delle frequenze relative delle descrizioni positive e negative nelle diverse fasi si può osservare che dalla fase di pre trattamento alla prima fase di trattamento c'è un miglioramento delle descrizioni positive del bambino e una riduzione di quelle negative che si mantiene stabile durante la seconda fase di intervento e nel follow up (media descrizioni positive PRE= ,17; T1= ,88; T2=,89; follow up= ,8).

Per quanto riguarda il livello di maturità difensiva come si può notare dalla tabella n. 30 dalla fase iniziale di pre trattamento a quella finale di trattamento la frequenza di meccanismi di difesa risulta costante (N=19), ciò indica come fin dall'inizio ci sia un certo grado di sofferenza psicologica. Nonostante sia presente la stessa frequenza di difese le due situazioni sono notevolmente diverse. Nella situazione iniziale la madre ha un funzionamento psicologico poco evoluto, sono presenti molte difese di basso livello (livello 1 con presenza di lamentele ipocondriache; e livello 3 che esprimono la negazione del problema), tra le difese più evolute (livello 5) sono presenti la dissociazione e la rimozione. Al termine del trattamento si rileva la presenza di aumento della maturità difensiva globale che da un valore medio di 3,74 (che indica la presenza di difese di negazione) si sposta su un livello di 4,84 (che indica la presenza di difese di tipo narcisistico che si spostano verso quelle nevrotiche). Da un'analisi qualitativa si nota come nella fase finale di trattamento scompaiono le difese di livello 1 (ipocondria), permane un uso prevalente di difese di livello 3 (negazione) che restano una modalità di funzionamento tipica di questo genitore ma il repertorio difensivo si è ampliato includendo forme più evolute di gestire la sofferenza espresso dall'aumento delle difese di livello 6 (isolamento affettivo e intellettualizzazione) e dalla comparsa di difese mature (livello 7) quali autosservazione, umorismo e anticipazione.

Per quanto riguarda il funzionamento riflessivo si può osservare dalla tabella n. 31 come dalla fase di pre trattamento la madre passi da un livello di funzionamento riflessivo di 3 che indica una scarsa descrizione del bambino e della loro relazione in termini di stati mentali ad un livello di 6 che indica la presenza di un capacità di riflettere leggermente

superiore a quella ordinaria. Nella fase di post trattamento sebbene sia ancora presente una tendenza a descrivere il proprio e altrui funzionamento in maniera più semplice (livello 4) emerge una capacità più evoluta di descrivere gli aspetti psicologici che si celano dietro il comportamento, infatti sono presenti quattro episodi narrativi con un livello riflessivo di 5 e due episodi in cui la madre fa uso di due categorie riflessive (livello 7).

Infine, per quanto riguarda il livello di stress percepito dal genitore come si può osservare dalla tabella n. 32 dalla fase di pre e post trattamento si registra una lieve diminuzione dei punteggi che da un valore complessivo di 68 raggiungono un valore di 62, mostrando un decremento dell'8,82%. Analizzando l'andamento nei tre fattori che costituiscono lo strumento si nota un riduzione maggiore dello stress nel fattore Bambino Difficile (BD) in cui si rileva un decremento del 25%, seguito dal fattore Interazione Stressante Disfunzionale (ISD) che diminuisce del 10% mentre si riscontra un aumento dello stress nel fattore Distress Genitoriale (DG) del 11,53%.

Tabella n. 28

Frequenze descrizioni bambino

Sedute	Bambino positivo Freq Ass	Bambino negativo Freq Ass	Bambino positivo F Freq Rel	Bambino negativo Freq Rel	Totale descrizioni bambino
Pre 1	4	8	0,33	0,67	12
Pre 2	0	2	0	1	2
T 1	16	5	0,76	0,24	21
T 2	7	0	1	0	7
T 3	16	2	0,89	0,11	18
T 4	15	2	0,88	0,12	17
Follow up	12	3	0,8	0,2	15

Tabella n. 29

Media frequenze nelle tre fasi

FASI	Bambino positivo Freq Ass	Bambino negativo Freq Ass	Bambino positivo F Freq Rel	Bambino negativo Freq Rel	Totale descrizioni bambino
PRE	2	5	0,17	0,83	7
T1	11,5	2,5	0,88	0,12	14
T2	15,5	2	0,89	0,11	17,5
Follow up	12	3	0,8	0,2	15
Incr%					
Pre – T2	675	-60	431,37	-86,27	150

Tabella n. 30
Analisi dei meccanismi di difesa

FASI	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5	Livello 6	Livello 7	N difese	Indice di maturità
PRE (N=2)	2	0	7	3	6	1	0	19	3,74
POST (N=2)	0	0	7	1	2	6	3	19	4,84

Tabella n. 31
Analisi del funzionamento riflessivo parentale

Livelli FR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	N episodi	Livello FR
PRE (N=2)	0	0	4	4	0	0	0	0	0	8	3
POST (N=2)	0	0	0	2	4	0	2	0	0	8	6

Tabella n. 32
Livelli di stress

FASI	Distress genitoriale	Interazione Stressante Disfunzionale	Bambino difficile	Punteggio stress totale
PRE	26	10	32	68
POST	29	9	24	62
Decremento percentuale	+11,53	-10	-25	-8,82

Genitore 4: madre del bambino con DSA ad alto funzionamento cognitivo

Come si può notare dalle tabelle n. 33 e n. 34 durante la fase di pre trattamento la descrizione del proprio bambino è caratterizzata sia da descrizioni positive che negative i cui valori si mantengono stabili nelle due sedute. Con l'inizio del trattamento sulle rappresentazioni si registra un aumento del numero di descrizioni positive che resta alto fino alla penultima seduta analizzata, mentre decresce con nell'ultima seduta quando nel bambino peggiorano i problemi del comportamento alimentare. Considerando le medie delle frequenze relative delle descrizioni positive e negative nelle diverse fasi si può osservare che dalla fase di pre trattamento alla prima fase di trattamento c'è un miglioramento delle descrizioni positive del bambino e una riduzione di quelle negative ma tale effetto si perde nella seconda fase di intervento (media descrizioni positive PRE= ,52; T1= ,84; T2=,59). In questo soggetto non ci sono dati di follow up.

Per quanto riguarda il livello di maturità difensiva come si può notare dalla tabella n. 35 dalla fase iniziale di pre trattamento a quella finale di trattamento la frequenza di meccanismi di difesa si riduce (da n=20 a n=11). Nella situazione iniziale la madre ha un funzionamento psicologico abbastanza evoluto, sono presenti sia difese di livello

basso (livello 3 che esprimono la negazione del problema) che difese di livello ossessivo (livello 6: isolamento affettivo e intellettualizzazione), che costituisce il suo stile difensivo prevalente. Al termine del trattamento si rileva la presenza di aumento della maturità difensiva globale che da un valore medio di 4,5 si sposta su un livello di 5,27. Da un'analisi qualitativa si nota come nella fase finale di trattamento le difese di livello 3 si riducono così come quelle di livello 6 mentre emergono forme più evolute di gestire la sofferenza espresso dall'aumento delle difese di livello 7 quali autosservazione e anticipazione.

Per quanto riguarda il funzionamento riflessivo si può osservare dalla tabella n. 36 come dalla fase di pre trattamento la madre passi da un livello di funzionamento riflessivo di 4 che indica una descrizione del bambino e della loro relazione in termini di stati mentali quasi ordinario ad un livello di 7 che indica la presenza di un capacità di riflettere marcata. Nella fase di post trattamento scompare la tendenza a descrivere il proprio e altrui funzionamento in maniera più semplice (livello 3 e 4) mentre si afferma una modalità più complessa con valori che vanno dal 5 al 7, inoltre in due episodi la madre raggiunge un livello di riflessione eccellente (livello 9) in cui la madre fa uso di più di quattro categorie riflessive.

Infine, per quanto riguarda il livello di stress percepito dal genitore come si può osservare dalla tabella n. 37 dalla fase di pre e post trattamento si registra una lieve diminuzione dei punteggi che da un valore complessivo di 68 raggiungono un valore di 60, mostrando un decremento dell'11,76%. Analizzando l'andamento nei tre fattori che costituiscono lo strumento si nota un riduzione maggiore dello stress nel fattore Distress Genitoriale (DG) che diminuisce del 19%, seguito dal fattore Bambino Difficile (BD) in cui si rileva un decremento del 15%, mentre non si riscontra alcuna variazione nel fattore Interazione Stressante Disfunzionale (ISD) che resta stabile.

Tabella n. 33

Frequenze descrizioni bambino

Sedute	Bambino positivo Freq Ass	Bambino negativo Freq Ass	Bambino F positivo Freq Rel	Bambino negativo Freq Rel	Totale descrizioni bambino
Pre 1	52	45	0,54	0,46	97
Pre 2	50	50	0,5	0,5	100
T 1	50	14	0,78	0,22	64
T 2	29	3	0,91	0,09	32
T 3	51	19	0,73	0,27	70
T 4	17	21	0,45	0,55	39

Tabella n. 34

FASI	Bambino positivo Freq Ass	Bambino negativo Freq Ass	Bambino positivo F Freq Rel	Bambino negativo Freq Rel	Totale descrizioni bambino
PRE	51	47,5	0,52	0,48	98,5
T1	39,5	8,5	0,84	0,16	48
T2	34	20	0,59	0,41	54,5
Follow up					
Incr% pre- T2	-33,33	-57,89	13,89	-14,93	-44,67

Tabella n. 35

Analisi dei meccanismi di difesa

FASI	Livell o 1	Livell o 2	Livell o 3	Livell o 4	Livell o 5	Livell o 6	Livello 7	N Difese	Indice di maturità
PRE (N=2)	0	0	7	1	1	11	0	20	4,5
POST (N=2)	0	0	3	1	0	4	3	11	5,27

Tabella n. 36

Analisi del funzionamento riflessivo parentale

Livelli FR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	N episodi	Livello FR
PRE (N=2)			6	4	5					18	4
POST (N=2)					2	2	4		2	9	7

Tabella n. 37

Livelli di stress

FASI	di stress genitoriale	Interazione Stressante Disfunzionale	Bambino difficile	Punteggio stress totale
PRE	21	21	26	68
POST	17	21	22	60
Decremento percentuale	-19	0	-15	-11,76

6.4 Il cambiamento del comportamento interattivo: un confronto tra soggetti

Dall'analisi dei singoli casi si è rilevato un miglioramento degli aspetti interattivi in tutti i genitori sebbene in misura e in aree diverse del comportamento parentale.

Come si potrà osservare dal grafico n. 7 nella fase di pre trattamento le mamme dei bambini con RM e DSA HF presentano dei livelli di disponibilità emotiva molto bassi, rispettivamente 0,5 e 0,58. Gli aspetti genitoriali che risultano maggiormente compromessi sono quelli della sensibilità nel cogliere gli aspetti emotivi del bambino (sensitivity) e nello strutturare l'ambiente in maniera che questo possa essere fruibile da parte del bambino (structuring), che costituiscono le scale in cui c'è una maggiore variabilità tra soggetti. Mentre nessun genitore ottiene punteggi patologici nelle aree dell'ostilità e dell'intrusività dimostrando l'assenza di gravi perturbazioni nella relazione. Al termine del trattamento tutti i genitori raggiungono un livello di disponibilità emotiva adeguato mostrando un incremento che oscilla dal 12,2% nel caso 1 (mamma del bambino con DSA LF) al 54,17% nel caso 3 (mamma del bambino con RM). Come si potrà notare dal grafico 7 sono proprio i genitori che hanno maggiori difficoltà nella fase iniziale del trattamento (caso 3 e 4) a mostrare un maggiore incremento (rispettivamente del 54,17 e 50%). È interessante notare che le difficoltà iniziali non sembrano essere collegate al funzionamento cognitivo, età del bambino e al tipo di patologia. Altro aspetto interessante da rilevare è che i casi 1 e 2 nonostante abbiano un punteggio già alto nella fase di trattamento continuano ad ampliare il loro repertorio parentale. Infine, durante il follow up si verifica una differenza dei percorsi tra i genitori dei bambini con DSA e il genitore del bimbo con RM. In particolare, i genitori del bambino con DSA LF e DSA HF tornano ai livelli di funzionamento misurati nella fase di pre trattamento, perdendo le abilità acquisite durante il trattamento, mentre la mamma del bambino con RM non solo mantiene i livelli raggiunti con il trattamento ma continua a mostrare un miglioramento nella sfera della disponibilità emotiva. Si ipotizza pertanto un effetto della sindrome sulla funzione genitoriale. Se consideriamo la scala della sensitivity che offre una misura più significativa della disponibilità emotiva del genitore notiamo che nei genitori dei bambini con DSA questa decresce rispetto alla fase finale di trattamento e nel caso del papà del bambino con LF (caso 2) raggiunge dei valori inferiori a quelli basali (da un punteggio di 0,72 passa ad un livello di 0,56).

Per quanto riguarda la durata dei tempi in cui un genitore è impegnato a condividere un'attività di gioco con il proprio bambino si rileva una maggiore omogeneità tra i

soggetti. Nei primi casi 1 e 3 con l'inizio del trattamento si verifica una riduzione dei tempi di condivisione che aumentano, superando il livello basale, nella fase di T2. La tendenza ad aumentare il livello di condivisione si mantiene alta anche dopo un anno di intervento (vedi grafico n. 9).

Grafico 7
Disponibilità emotiva del genitore

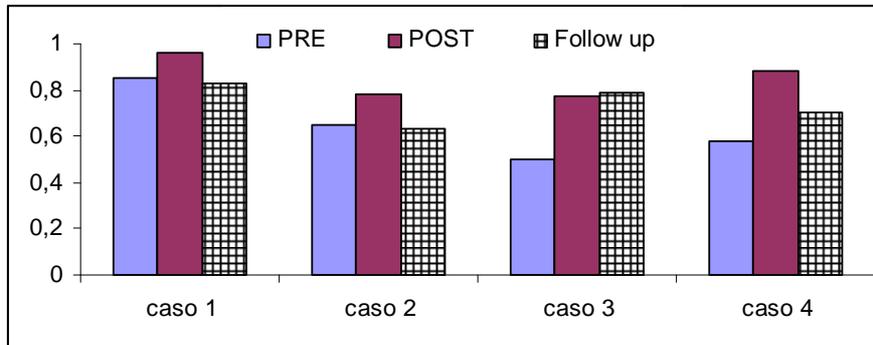


Grafico 8
Sensibilità emotiva del genitore

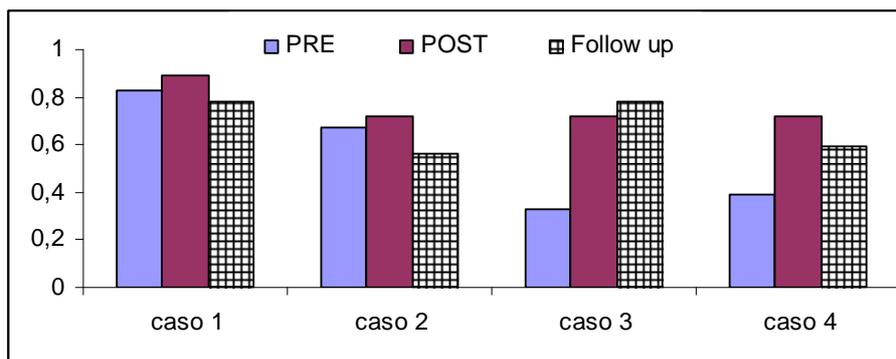
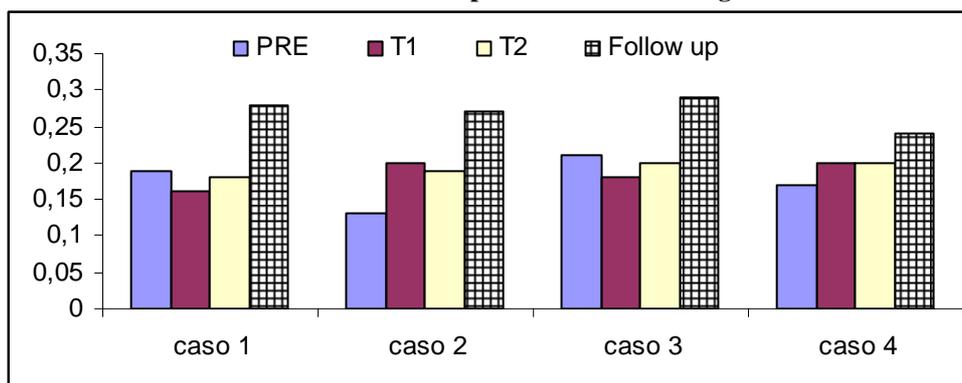


Grafico 9
Media durate relative tempi di condivisione del genitore



6.5 Il cambiamento delle rappresentazioni: un confronto tra soggetti

Come accennato nei capitoli precedenti la funzione genitoriale oltre ad avere una componente propriamente comportamentale che si esprime nell'interazione diretta con il bambino possiede una componente rappresentazionale che pur essendo in qualche modo associata ad essa non necessariamente si esprime nell'interazione. Nel nostro studio abbiamo considerato quattro aspetti rappresentazionali: lo stress, le descrizioni del bambino, il funzionamento difensivo e riflessivo. Come per le altre variabili anche in questo caso i genitori si differenziano tra loro non solo rispetto ai livelli iniziali ma anche nel grado di miglioramento misurato nella fase post trattamento.

Come si può notare dalla tabella n. 38 nella fase di pre trattamento è il papà del bambino con DSA LF ad avere i punteggi più alti di stress seguito dalla mamma dello stesso bambino. In questi soggetti il trattamento sembra avere un impatto maggiore sulla riduzione del livello di stress percepito. Analizzando i punteggi relativi ai singoli fattori che compongono lo strumento si nota che rispetto agli altri genitori il papà del bambino con DSA LF si differenzia soprattutto per i punteggi ottenuti nell'area bambino difficile (punteggio tot: 43). Nella fase post trattamento il valore in questo fattore si riduce considerevolmente (-25%) raggiungendo quelli della moglie. In entrambi comunque il valore al fattore bambino difficile risulta più elevato rispetto agli altri genitori.

Per quanto riguarda l'immagine che i genitori hanno del proprio bambino si rileva che il genitore che ha una rappresentazione fortemente svalutante del figlio è la mamma del bambino con RM. In questo caso le frequenze relative delle descrizioni positive sono decisamente inferiori rispetto a quelle negative (rispettivamente 0,17 verso 0,73). Questo dato assume una certa rilevanza clinica se consideriamo che è lo stesso genitore ad avere i punteggi più bassi rispetto al livello di maturità difensiva e di funzionamento riflessivo. Gli altri genitori hanno un'immagine del figlio più equilibrata e integrata del figlio, riuscendo ad intravedere sia aspetti negativi che positivi del suo funzionamento.

Nonostante le differenze iniziali in tutti i genitori si realizza un miglioramento nell'immagine del proprio bambino che oscilla tra il 14,5% rilevato nel caso 2 al 409,09% nel caso 3. Con il trattamento il genitore del bambino con RM modifica radicalmente l'immagine del proprio bambino riuscendo a valorizzare gli aspetti positivi e le sue abilità. Il valore ottenuto è uguale a quello della mamma con DSA HF. Diversamente i genitori del bambino con DSA LF mostrano un incremento minore (caso 1: 28,07; caso 2: 14,50) in quanto partono da un punteggio basale meno compromesso.

Rispetto i meccanismi di difesa misurati durante i colloqui clinici si rileva una situazione molto simile nei soggetti osservati. Nella fase di pre trattamento i punteggi si collocano tra un valore medio di 3,7 (caso 3) e il 4,5 (caso 4), è lecito pertanto affermare che tutti i soggetti hanno un livello di maturità delle difese medio (il valore massimo è 7) caratterizzato da una prevalenze di difese di tipo *narcisistico* (svalutazione, idealizzazione e onnipotenza) che assieme alla negazione costituiscono le difese più frequentemente ritrovate nella fase iniziale di accettazione della diagnosi. Al termine del trattamento si rileva un cambiamento nella qualità delle difese utilizzate che si collocano tra il valore di 4,84 e 5,8 (valori medio e medio alto). I punteggi riferiscono la presenza di difese più mature (principalmente spostamento e formazione reattiva) e di tipo ossessivo (principalmente isolamento degli affetti e intellettualizzazione). Il soggetto che sembra acquisire un livello difensivo più maturo è il papà del bambino con DSA LF seguito dalla mamma dello stesso bambino e dalla mamma del bambino con DSA HF. Resta ad un livello inferiore la mamma del bambino con RM come nella fase di pre trattamento. Nonostante queste lievi differenze interindividuali tutti i soggetti nella fase di post trattamento iniziano a fare un uso di difese di tipo maturo (livello 7) quali autosservazione, autoaffermazione, anticipazione ed umorismo che nella fase di pre trattamento erano completamente assenti.

Infine, per quanto riguarda il funzionamento riflessivo la situazione iniziale è caratterizzata dalla presenza di un livello basso, con due genitori con un punteggio di 3 (caso 2 e 3) che indica la descrizione di alcuni stati mentali senza che questi siano collegati tra loro e due genitori con un punteggio di 4 che indica una funzione riflessiva non ancora chiaramente definita (caso 1 e 4). Al termine del trattamento tutti ottengono un miglioramento ed in modo particolare la mamma del bambino con RM che ottiene un incremento del 100% passando da un livello 3 ad un livello 6 (tra il livello medio e marcato). Se consideriamo il punteggio ottenuto, troviamo che sono le mamme dei bambini con DSA (caso 1 e 2) a raggiungere una capacità di riflettere lo stato mentale del bambino più complessa.

Tabella n. 38
Punteggi Pre e Post trattamento scale rappresentazionali

	FASI	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
STRESS PARENTALE	PRE	95	106	68	68
	POST	76	75	62	60
	Decr. %	-20	-29	-9	-12
DESCRIZIONI POSITIVE	PRE	0,57	0,655	0,165	0,53
	POST	0,73	0,75	0,84	0,84
	INCR. %	28,07	14,50	409,09	58,49
FUNZIONAMENTO DIFENSIVO	PRE	4	4,45	3,7	4,5
	POST	5,38	5,8	4,84	5,27
	INCR. %	34,38	30,34	29,41	18,43
Funzionamento riflessivo	PRE	4	3	3	4
	POST	7	5	6	7
	INCR. %	75	66,67	100	75

Grafico 10

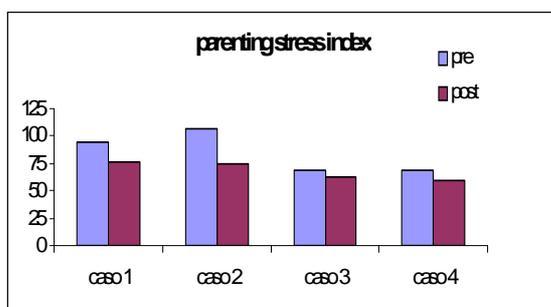


Grafico 11

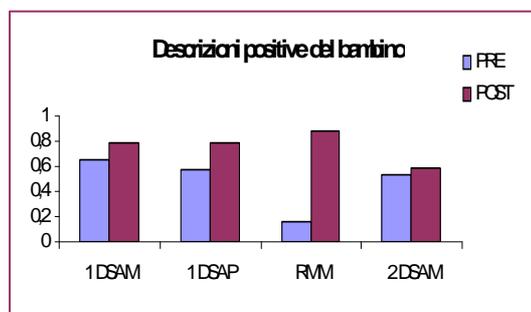


Grafico 12

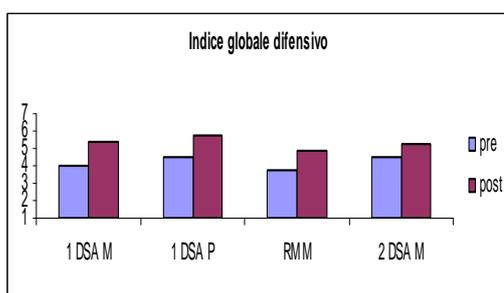
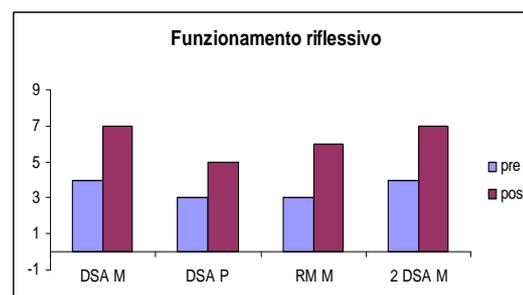


Grafico 13



6.6 Discussione

In tutte le variabili considerate i genitori si differenziano tra loro non solo rispetto ai livelli iniziali ma anche nel grado di miglioramento misurato nella fase post trattamento. Negli aspetti più propriamente interattivi i genitori che hanno un livello di disponibilità emotiva iniziale più elevato sono i genitori dei bambini con DSA a basso funzionamento cognitivo (DSA LF) mentre le mamme del bambino con RM e DSA ad

alto funzionamento cognitivo (DSA HF) hanno un livello basale che coincide con dei valori patologici. Al termine del trattamento sono proprio queste due madri ad ottenere gli incrementi maggiori (rispettivamente 57 e 50%) e ciò supporta l'importanza di attivare un percorso terapeutico centrato sulla relazione genitore bambino. Il fatto che al termine del trattamento anche i genitori con livelli alti di disponibilità emotiva, ed in modo particolare di sensibilità nel cogliere i segnali emotivi del bambino, dimostra la significatività dell'impatto del modello SEAI sugli aspetti più propriamente emozionali della relazione. I dati più interessanti sono quelli che provengono dal follow up. Infatti ad un anno dalla fine del trattamento la madre del bambino con RM non solo mantiene i livelli di disponibilità raggiunti ma continua ad ampliare le sue capacità. Diversamente, i genitori dei bambini con DSA regrediscono ai livelli basali e nel caso del padre del bambino a basso funzionamento (LF) si verifica un peggioramento del livello iniziale. Questo dato indica da un lato che la natura della sindrome autistica ha un impatto notevole sulla funzione genitoriale che trascende le qualità del genitore nelle modalità di cura parentale, l'età del bambino e il suo grado di funzionamento. Se consideriamo i tempi di condivisione messi in atto dal genitore vediamo che questi sono più o meno costanti dalla fase pre a quella di post trattamento e tendono ad aumentare anche ad un anno dalla sua fine. Se consideriamo in maniera congiunta i risultati ottenuti dai due strumenti è possibile ipotizzare che i genitori abbiano interiorizzato l'importanza di condividere con lui le attività di gioco ma non riescono ad adeguare il proprio comportamento al nuovo livello di funzionamento del bambino, pertanto insistono nel condividere le attività senza ottenere gli effetti desiderati. In questo senso è lecito supporre che le profonde alterazioni della sfera interattiva del bambino con DSA rendono al genitore difficile il compito di comprendere lo stato mentale del bambino e in base a questo stabilire una relazione sintonica basata sulla condivisione. Questo dato sottolinea ancora di più la necessità della presa in carico della relazione genitore bambino con DSA. Rispetto alle variabili della rappresentazione genitoriale troviamo che i punteggi di stress maggiori rilevati nella fase di pre trattamento sono presenti nei genitori del bambino con DSA LF, in questo senso sembra che la gravità del quadro clinico abbia un effetto sullo stress genitoriale. Al termine del trattamento tutti i genitori percepiscono un livello di stress minore, il decremento maggiore lo riscontriamo nei genitori che avevano i punteggi iniziali più alti, anche se i valori ottenuti nella fase post trattamento sono comunque più alti rispetto agli altri genitori.

Negli aspetti del funzionamento riflessivo e nella descrizione positiva del bambino, il genitore che ottiene il maggiore cambiamento è la mamma del bambino con RM. La situazione iniziale di questo genitore dimostra la presenza di una grande fragilità psicologica (anche l'indice di maturità difensiva è il più basso nella fase pre trattamento e il livello di disponibilità emotiva iniziale si collocava al di sotto della norma). Al termine del trattamento questo genitore ha un'immagine più armonica del figlio e una maggiore capacità di cogliere i suoi stati mentali. Sembra che in questo caso la possibilità di condividere con un terapeuta le proprie difficoltà e apprendere con un lui un modo diverso di rapportarsi e di vedere il figlio l'abbiano aiutata a costruire una nuova immagine del figlio e di se come genitore, che l'hanno guidata anche dopo il trattamento nello scambio con il figlio. Inoltre riteniamo che data la stabilità della traiettoria evolutiva dei soggetti con RM risulta essere più facile applicare i principi e le abilità acquisite durante il trattamento diversamente dai casi di DSA in cui la traiettoria di sviluppo è disarmonica e soggetta a delle variazioni importanti nei primi 5 anni di vita. I genitori dei bambini con DSA hanno inizialmente un livello di funzionamento più adeguato nelle tre scale rappresentazionali indagate (descrizione positiva del bambino, maturità delle difese e funzionamento riflessivo), ad eccezione del punteggio riflessivo del papà. Entrando nel dettaglio, al termine del trattamento la mamma del bambino con DSA HF ha un'immagine più positiva del figlio rispetto ai genitori del bambino a basso funzionamento e questo è sicuramente legato al livello di sviluppo del bambino e al grado di alterazione presentato. Durante le sedute di gioco infatti nella diade con bambino HF è possibile svolgere diversi tipi di attività con gradi di complessità variegati. Diversamente, nel lavoro con il bambino LF la maggior parte degli sforzi sono legati a fare acquisire un livello di attenzione calma che possa garantire la condivisione dell'oggetto o dell'attività. Altre differenze tra i soggetti le riscontriamo nel funzionamento riflessivo. Entrambe le mamme mostrano gli stessi punteggi nelle fasi di pre e post trattamento, passando da un livello quasi medio (punteggio 4) ad un livello alto (punteggio 7). Il padre invece mostra ancora delle difficoltà a rappresentarsi in maniera altamente riflessiva il funzionamento del proprio bambino mostrando un cambiamento più lieve (da un punteggio di 3 ad uno di 5). In questo genitore è molto forte la spinta a far progredire il bambino in termini funzionali e adattivi, questo si traduce in comportamenti più intrusivi che sottendono una difficoltà nel comprendere e condividere gli stati mentali del figlio.

CAPITOLO VII

Effetti del trattamento sull'interazione genitore bambino

Una volta verificato il cambiamento del genitore nei diversi ambiti della sua funzione parentale ci premeva indagare se questi fossero associati ad un cambiamento nello scambio interattivo. Quello che intendiamo valutare è se con l'inizio del trattamento si rileva un miglioramento della qualità della relazione genitore bambino.

A tal fine sono stati considerati come misura dell'interazione genitore bambino l'indice globale di disponibilità emotiva diadica ottenuto mediante le EAS e le durate relative dei comportamenti di condivisione genitore bambino misurate attraverso il codice della sincronia.

L'indice globale della disponibilità emotiva diadica (IG- DED) è rappresentato dalla somma relativa di tutte le scale (IG- DED = somma dei punteggi ottenuti alle scale genitoriali + somma dei punteggi ottenuti alle scale del bambino / punteggio totale massimo) misurate nella fase di pre trattamento, post trattamento e di follow up.

Le durate relative dei livelli di condivisione genitore bambino sono stati calcolati mediante le analisi sequenziali (lag 10) condotte sulle categorie genitore condivide e bambino condivide (GC & BC), considerando come *given* il comportamento del genitore e come *target* quello del bambino⁸. A tal fine sono state analizzate otto sessioni interattive, ciascuna di 20 minuti, due sessioni sono state estratte casualmente dalla fase di baseline, 2 dalla prima fase di intervento (T1: primi tre mesi), 2 dalla seconda fase di trattamento (T2: ultimi tre mesi), infine sono state analizzate due sedute di follow up effettuate un anno dopo la fine del trattamento.

Per ogni indice saranno presentate prima le analisi descrittive e gli incrementi percentuali ottenuti da ogni singola diade al fine di indagare i cambiamenti specifici presenti in ogni caso studiato. Successivamente sarà effettuato un confronto tra i soggetti.

⁸ Le analisi sequenziali sono una tecnica statistica che consente di cogliere il flusso dello scambio interattivo calcolando i tempi e le frequenze dei comportamenti che danno inizio (*given*) e fine (*target*) allo scambio. In questo studio si è misurato per quanto tempo il bambino ha mostrato comportamenti di condivisione dopo che il genitore ha a sua volta messo in atto un comportamento di condivisione. Il tempo di latenza che abbiamo stabilito tra la produzione del comportamento materno e quello del bambino è di 10 secondi (lag 10). Le analisi sono state effettuate mediante il programma GSQ beta di Quera.

7.1 Risultati disponibilità emotiva nelle singole diadi

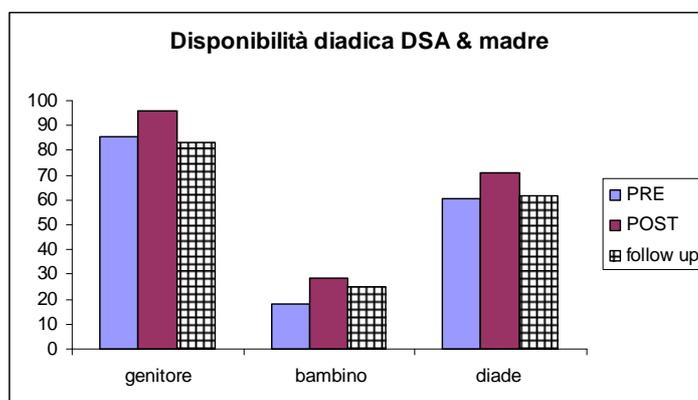
Diade 1 (DSA LF & madre)

Come si può notare dalla tabella 1 e dal grafico1 questa diade è caratterizzata da un genitore che già in partenza ha un livello di disponibilità alto a differenza del bambino che presenta un livello di disponibilità al di sotto della norma. Al termine del trattamento sia il genitore che il bambino ottengono un miglioramento, in particolare il genitore mostra un incremento del 12,19% passando da un punteggio percentuale totale di 85,42 ad uno di 95,83, il bambino mostra un incremento del 60% passando da punteggio percentuale totale di 17,86 ad uno di 28,58. Complessivamente la diade passa da un punteggio globale di disponibilità emotiva di 60,53 ad uno di 71,05 mostrando un incremento percentuale del 17,39%. I valori ottenuti al follow-up dimostrano un peggioramento della disponibilità diadica rispetto alla fine del trattamento. Il valore di disponibilità emotiva diadica misurato da 71,05 scende a 61,84 che risulta molto simile a quello iniziale. Come si può notare il peggioramento è in larga parte determinato dal funzionamento del genitore che ritorna ad un livello leggermente inferiore a quello iniziale mentre il bambino pur mostrando una regressione nel livello di funzionamento mantiene un livello superiore a quello misurato nella fase di pre trattamento.

Tabella 1

	TOTALE GENITORE	TOTALE GENIT. %	TOTALE BAMBINO	TOTALE BAMB. %	TOTALE DIADE	TOTALE DIADE %
PRE	20,5	85,42	2,5	17,86	23	60,53
POST	23	95,83	4	28,58	27	71,05
follow up	20	83,33	3,5	25	23,5	61,84
Incremento %						
PRE-POST	12,19	12,19	60	60	17,39	17,39

Grafico 1



Diade 2 (DSA LF & padre)

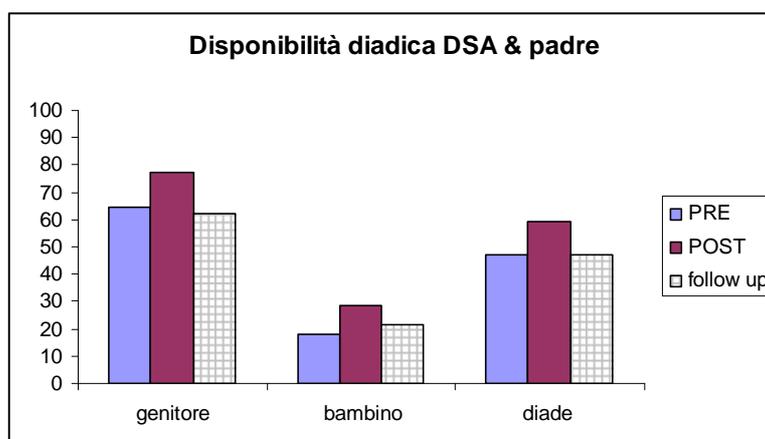
Come si può notare dalla tabella e dal grafico 2 questa diade parte da punteggio diadico totale di 47,37 che si colloca al di sotto della media. Il valore è determinato da punteggi bassi sia da parte del genitore che del bambino. Al termine del trattamento è il bambino ad ottenere un miglioramento sostanziale (incremento percentuale dalla fase di pre e post trattamento del 60%) passando da punteggio percentuale totale di 17,86 ad uno di 28,57. Diversamente, il genitore mostra un incremento del 19,35% passando da un punteggio percentuale totale di 64,58 ad uno di 77,08. Complessivamente al termine del trattamento la diade mostra un incremento percentuale del 25%.

I valori ottenuti al follow-up dimostrano come la disponibilità emotiva ritorna al valore iniziale di 47,37. Come si può notare il peggioramento è determinato sia dal bambino che dal genitore, quest'ultimo sembra però avere un peso maggiore. Il padre non solo non mantiene i risultati ottenuti alla fase di post trattamento ma mostra una maggiore difficoltà rispetto alla situazione iniziale.

Tabella 2

	TOTALE GENITORE	TOTALE GENITORE %	TOTALE BAMBINO	TOTALE BAMBINO %	TOTALE DIADE	TOTALE DIADE %
PRE	15,5	64,58	2,5	17,86	18	47,37
POST	18,5	77,08	4	28,57	22,5	59,21
follow up	15	62,5	3	21,43	18	47,37
Incremento % PRE-POST	19,35	19,35	60	60	25	25

Grafico 2



Diade 3 (RM & madre)

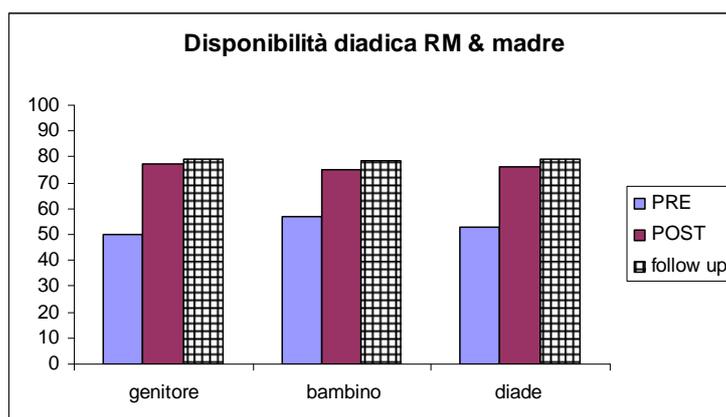
Come si può notare dalla tabella e dal grafico 3 questa diade parte da punteggio diadico totale di 52,63 che si colloca al di sotto della media. Il valore è determinato da punteggi bassi sia da parte del genitore che del bambino. Al termine del trattamento è il genitore ad ottenere un miglioramento maggiore (incremento percentuale dalla fase di pre e post trattamento del 54,17%) passando da un punteggio percentuale totale di 50 ad uno di 77,08. Diversamente, il bambino mostra un incremento del 31,25% passando da un punteggio percentuale totale di 57,14 ad uno di 75. Complessivamente al termine del trattamento la diade mostra un incremento percentuale del 45%.

I valori ottenuti al follow-up dimostrano come il livello di disponibilità viene mantenuto anche dopo un anno dalla fine del trattamento, mostrando anche un lieve miglioramento passando da un valore diadico globale di 76,32 ad uno di 78,95. Come si può notare il miglioramento è determinato sia dal funzionamento del genitore che del bambino.

Tabella 3

	TOTALE GENITORE	TOTALE GENITORE %	TOTALE BAMBINO	TOTALE BAMBINO %	TOTALE DIADE	TOTALE DIADE %
PRE	12	50	8	57,14	20	52,63
POST	18,5	77,08	10,5	75	29	76,32
follow up	19	79,17	11	78,57	30	78,95
Incremento %						
PRE-POST	54,17	54,17	31,25	31,25	45	45

Grafico 3



Diade 4 (DSA HF & madre)

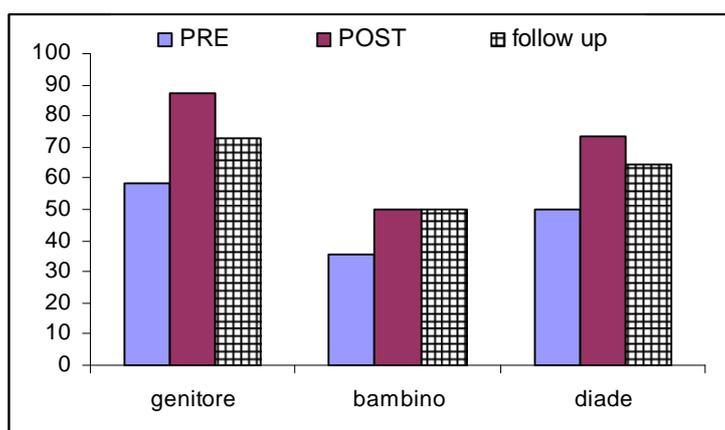
Come si può notare dalla tabella e dal grafico 4 questa diade parte da punteggio diadico totale di 50 che si colloca nella al di sotto della media. Anche in questo caso il punteggio diadico è determinato da valori bassi sia da parte del genitore che del bambino. Al termine del trattamento sia la madre che il bambino ottengono un miglioramento clinicamente significativo, rispettivamente del 50 e 40%. La madre passa da un valore iniziale di 58,33 ad uno di 87,5. Diversamente, il bambino da un punteggio percentuale totale di 35,71 passa ad uno di 50. Complessivamente al termine del trattamento la diade mostra un incremento percentuale del 47,37%.

Ad un anno dal trattamento si verifica una riduzione del livello disponibilità emotiva diadica che da un valore post trattamento di 73,68 arriva ad uno di 64,47. Come si può osservare sia dal grafico che dalla tabella in basso il decremento è legato in modo esclusivo al funzionamento genitoriale che pur mantenendo dei valori superiori a quelli della fase pre trattamento si riducono rispetto a quelli ottenuti al termini del trattamento.

Tabella 4

	TOTALE GENITORE	TOTALE GENITORE %	TOTALE BAMBINO	TOTALE BAMBINO %	TOTALE DIADE	TOTALE DIADE %
PRE	14	58,33	5	35,71	19	50
POST	21	87,5	7	50	28	73,68
follow up	17,5	72,92	7	50	24,4	64,47
Incremento % PRE-POST	50	50	40	40	47,37	47,37

Grafico 4



7.2 Risultati sincronia nelle singole diadi

Diade 1 (DSA LF & madre)

Come si può notare dalla tabella e dal grafico n. 6 le due sedute di baseline mostrano una discreta variabilità dei tempi di condivisione. Con l'inizio del trattamento si rileva una maggiore stabilizzazione dei valori misurati e un ampliamento progressivo dei tempi in cui il bambino segue il comportamento di condivisione materno. Rispetto alla seduta di pre trattamento nell'ultima seduta si registra un miglioramento nella durata relativa delle co-coorrenze dei comportamenti reciproci di condivisione del 20%. Tale miglioramento si perde con la fine del trattamento come dimostrato dai valori ottenuti durante le valutazioni di follow up in cui la diade condivide rispettivamente lo 0,1 e 0,3 per cento del tempo. Se consideriamo i tempi medi di condivisione nelle tre fasi (vedi grafico n. 7) si nota la presenza di un incremento decisivo dalla fase di pre trattamento (media durata relativa = ,35) a quella di trattamento (media durate relative T1= ,6) che si mantiene costante anche nei tre mesi finali (media durate relative T2= ,65) per poi regredire a dei livelli inferiori a quelli iniziali durante il follow up (media durate relative = ,2). Come si può notare dal grafico n. 7 rispetto alla baseline si rileva un aumento percentuale progressivo dei tempi di condivisione del 71,43 % in T1 e dell'85,71% in T2. Rispetto alla fase finale del trattamento si rileva un decremento del 69,23%.

Tabella 6

	PRE1	PRE2	T1	T2	T3	T4	Follow up 1	Follow up 2
Dur. Rel.	0,5	0,2	0,5	0,7	0,7	0,6	0,1	0,3
Incr %		-60	0	40	40	20	-83,33	-50

Grafico 6

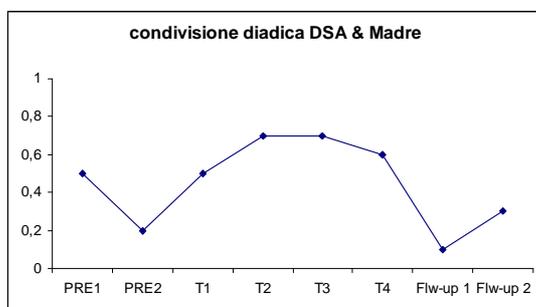
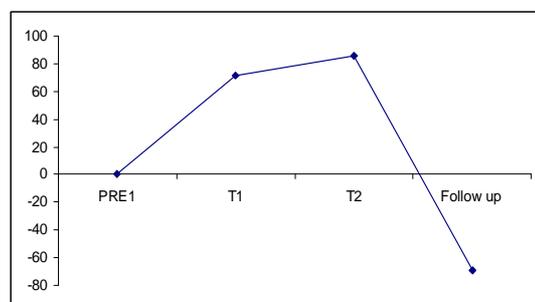


Grafico 7



Diade 2: DSA LF & padre

Come si potrà notare dalla tabella n. 7 e dal grafico n. 8 le due sedute di baseline evidenziano una stabilità dei tempi di condivisione. Con l'inizio del trattamento si rilevano lievi variazioni dei valori misurati. Anche se non si verifica un ampliamento decisivo dei tempi di condivisione reciproca ad eccezione dell'ultima seduta analizzata in cui rispetto alla seduta di pre trattamento si registra un miglioramento del 25%. Tale miglioramento si perde con la fine del trattamento come dimostrato dai valori ottenuti durante le valutazioni di follow up in cui la diade ritorna ad i valori di condivisione misurati nella baseline. L'assenza di cambiamenti si rileva in maniera ancora più decisiva se consideriamo i tempi medi di condivisione nelle tre fasi (vedi tabella n.9) dove si nota la presenza di un andamento costante dalla fase di pre trattamento a quella finale (T2) in cui il valore medio è sempre .4.

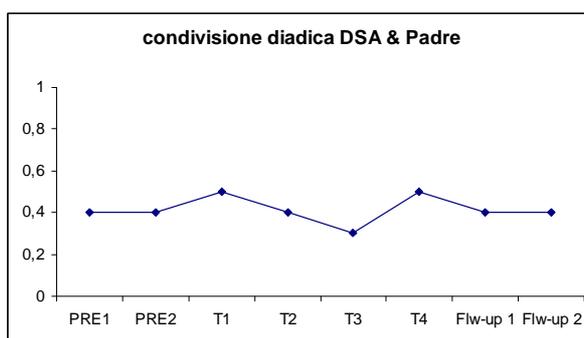
Tabella 7

	PRE1	PRE2	T1	T2	T3	T4	Follow up 1	Follow up 2
Dur. Rel.	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4
Incr %	0	0	25	0	-25	25	-20	-20

Tabella n 8

	PRE1	T1	T2	Follow up
Media Dur Rel	,4	,45	,4	,4
Incremento percentuale	0	12,5	0	0

Grafico 8



Diade 3: RM con madre

Come si può notare dalla tabella n 9 e dal grafico n. 10 le due sedute di baseline mostrano una discreta variabilità dei tempi di condivisione. Con l'inizio del trattamento si rileva da prima un decremento dei tempi di condivisione che aumentano nuovamente nella seconda fase di trattamento raggiungendo dei valori significativamente superiori a quelli mostrati dalla baseline. Rispetto alla seduta di pre trattamento nell'ultima seduta si registra un miglioramento nella durata relativa delle co-coorrenze dei comportamenti reciproci di condivisione del 100%. Tale miglioramento tende ad aumentare anche in assenza del trattamento come dimostrato dai valori ottenuti durante le valutazioni di follow up in cui la diade condivide rispettivamente lo 0,8 e 0,6 per cento del tempo.

Se consideriamo i tempi medi di condivisione nelle tre fasi si nota la presenza di un decremento decisivo dalla fase di pre trattamento (media durata relativa = ,4) a quella di trattamento (media durate relative T1= ,3) seguita da un incremento sostanziale nei tre mesi finali (media durate relative T2= ,6) e aumentare ancora durante il follow up (media durate relative = ,7). Come si può notare dal grafico n. 11 rispetto alla baseline nella seconda fase di trattamento si rileva un aumento percentuale del 50 % dei tempi di condivisione e rispetto alla fase finale del trattamento si rileva un ulteriore aumento del 16,67%.

Tabella n 9

	PRE1	PRE2	T1	T2	T3	T4	Follow up 1	Follow up 2
Dur. Rel.	0,3	0,5	0,3	0,3	0,6	0,6	0,8	0,6
Incr %	0	66,67	0	0	100	100	33,33	0

Grafico n. 10

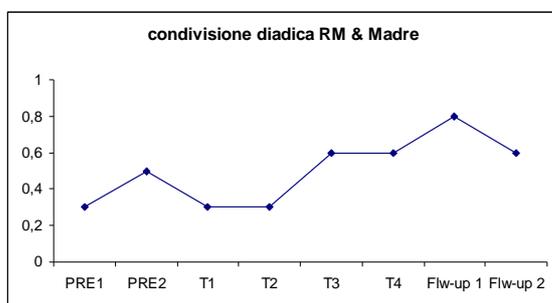
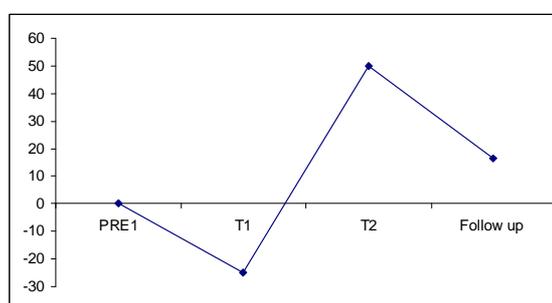


Grafico n. 11



Diade 4: DSA HF & madre

Come si può notare dalla tabella n 10 e dal grafico n. 12 le due sedute di baseline mostrano una discreta variabilità dei tempi di condivisione. Con l'inizio del trattamento la diade si rileva una riduzione della variabilità ma nessun aumento dei tempi di condivisione. È partire dalla seconda fase di trattamento che i valori aumentano significativamente rispetto a quelli mostrati dalla baseline. Dalla seduta di pre trattamento all'ultima seduta si registra infatti un miglioramento nella durata relativa delle co-coorrenze dei comportamenti reciproci di condivisione del 500%.

Se consideriamo i tempi medi di condivisione nelle tre fasi (vedi tabella n.7) si nota la presenza di un aumento del 50% dalla fase di pre trattamento (media durata relativa = ,2) a quella di trattamento (media durate relative T1= ,3) seguita da un incremento sostanziale nei tre mesi finali (media durate relative T2= ,6) in cui si ottiene un aumento del 200% (vedi grafico n13). Nel follow up si registra una riduzione dei tempi di condivisione rispetto ai valori ottenuti in T2 (media durate relative follow up= ,29) che però risultano superiori a quelli basali.

Tabella n 10

	PRE1	PRE2	T1	T2	T3	T4	Follow up 1	Follow up 2
Dur. Rel.	0,1	0,3	0,3	0,3	0,6	0,6	0,28	0,3
Incr %	0	200	200	200	500	500	180	200

Grafico n. 12
Condivisione diadica DSA HF
con madre

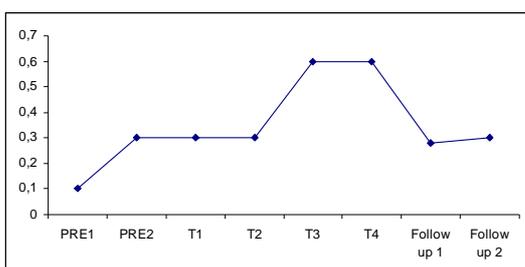
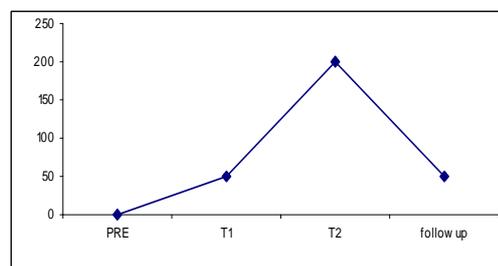


Grafico n. 13
Incremento percentuale
condivisione sincronica



7.3 Il cambiamento dell'interazione un confronto tra le diadi

Da quanto esposto finora è possibile rilevare che tutte le diadi al termine del trattamento mostrano un miglioramento del livello di disponibilità emotiva. Osservando la tabella n. 10 e il grafico n. 14 si può notare come nella fase di pre trattamento le diadi abbiano dei livelli di funzionamento diverso. Ad eccezione della diade 1 (bambino DSA LF con madre) che mostra un livello di 60,53 le altre diadi hanno dei valori bassi (diade 2: 47,37; diade 3: 52,63; diade 4: 50) che indicano una difficoltà nella sfera relazionale. Nelle prime due diadi (genitori del bambino DSA LF) è il bambino ad avere un peso maggiore sul livello globale di disponibilità diadica. Il suo basso livello di responsabilità e di capacità di coinvolgimento interferiscono in maniera significativa con lo strutturarsi di scambi interattivi basati sull'accessibilità emotiva reciproca. È anche vero che il livello di sensibilità del genitore ha un peso importante su come questa accessibilità possa essere garantita nonostante i deficit funzionali del bambino, dal momento che la madre del bambino in esame ha dei punteggi più alti nelle scale genitoriali. Un pattern simile lo ritroviamo nella diade 4 (DSA HF e madre) la dove il basso livello di coinvolgimento del bambino sembra avere un peso determinante sulla disponibilità diadica. Anche se in questo caso anche il genitore ha dei livelli bassi. Nella diade 3 (bambino con RM e mamma) abbiamo una situazione completamente diversa, in questo caso è il funzionamento materno a mostrare una maggiore alterazione. In altre parole sembra che il grado di funzionamento emotivo del bambino incida fino ad un certo punto sul livello di disponibilità (ed in modo particolare sulla sensibilità) del genitore. Al termine del trattamento i punteggi di disponibilità diadica aumentano oscillando tra un valore minimo di 59,21 ed uno massimo di 76. Nella diade in cui si raggiungono livelli più elevati il punteggio ottenuto è legato al contributo di entrambi i partner che mostrano nelle loro scale dei punteggi maggiori rispetto alla fase di pre trattamento. Lo stesso pattern lo ritroviamo nella diade 4 in cui il miglioramento del bambino si associa a quello materno. Nelle prime due diadi abbiamo una situazione diversa in quanto il bambino migliora poco dimostrando l'aspetto strutturale dei deficit sociali manifestati. Nel follow up ritroviamo che ad un anno dalla fine del trattamento la diade costituita dal ritardo mentale e madre è quella che mantiene i risultati ottenuti mostrando un'ulteriore incremento. Diversamente nei casi in cui è presente un bambino con DSA si verifica una regressione rispetto alla fase finale. Il grado di funzionamento del bambino sembra avere un peso specifico in quanto nei casi in cui c'è un bambino a basso funzionamento

le diadi ritornano ai valori basali di disponibilità mentre nella diade con bambino ad alto funzionamento pur regredendo si mantengono dei valori superiori a quelli iniziali.

Se consideriamo i dati ottenuti mediante l'analisi sequenziale dei comportamenti sincronici ritroviamo un pattern simile a quello della disponibilità emotiva. Nella fase di pre trattamento è la diade 4 ad avere i punteggi più bassi mentre negli altri casi i punteggi sono simili tra loro (da 0,35 a 0,4). Nella fase T2 tutte le diadi ad eccezione di quella costituita dal bambino con DSA LF e il papà aumentano i tempi di condivisione dimostrando come i genitori abbiano "imparato" a focalizzarsi sul livello di interesse del bambino ed in questo modo a coinvolgerlo più attivamente. Il papà della diade 2 invece ha mostrato un maggiore difficoltà nel raggiungere questo obiettivo mantenendo sempre lo stesso livello basale.

Con il follow up la diade con il bambino con RM è l'unica ad ampliare i tempi di condivisione mentre le altre diadi (1 e 2) perdono i livelli raggiunti. Nella prima diade si riscontra un deterioramento di questa abilità che raggiunge livelli inferiori a quelli misurati nella fase di pre trattamento mentre nella diade 4 pur regredendo si mantengono livelli superiori a quelli basali.

Tabella n 10

		TOT_G%	TOT_C%	tot_diade%
Diade 1	PRE	85,42	17,86	60,53
	POST	95,83	28,57	71,05
	follow up	83,33	25	61,84
Diade 2	PRE	64,58	17,86	47,37
	POST	77,08	28,57	59,21
	follow up	62,5	21,43	47,37
Diade 3	PRE	50	57,14	52,63
	POST	77,08	75	76,32
	follow up	79,17	78,57	78,95
Diade 4	PRE	58,33	35,71	50
	POST	87,5	50	73,68
	follow up	72,92	50	64,47

Tabella n 11

	PRE	T1	T2	Follow up
Diade 1	0,35	0,6	0,65	0,2
Diade 2	0,4	0,45	0,4	0,4
Diade 3	0,4	0,3	0,6	0,7
Diade 4	0,2	0,3	0,6	0,29

Grafico 14

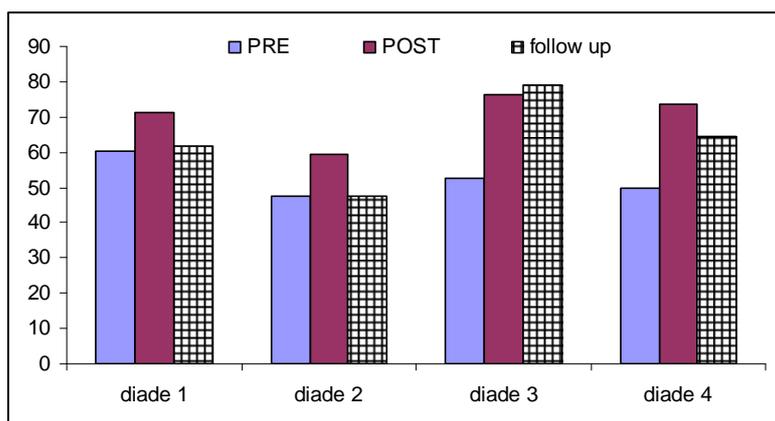
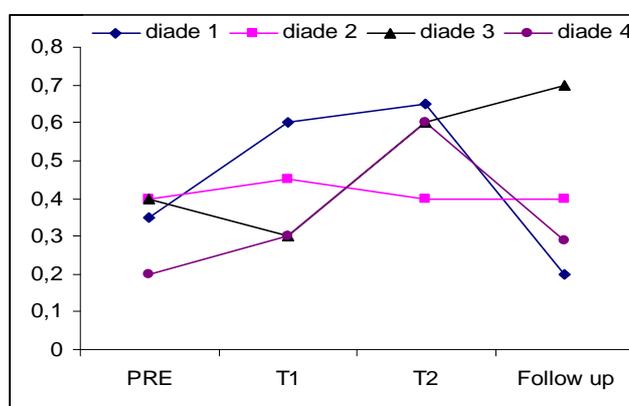


Grafico 15



7.4 Discussione

Il modello SEAI sembra avere contribuito ad un incremento della qualità dello scambio interattivo diadico. La diade che ha mostrato maggiori effetti in questo ambito è quella costituita dal bambino con RM e sua madre i cui livelli di disponibilità emotiva aumentano del 45% nella fase di post trattamento e subiscono un'ulteriore incremento anche nella fase di follow up. In questo caso sembra che la madre abbia interiorizzato le modalità parentali che consentono un adeguato accesso emotivo alla relazione e data l'assenza di deficit nella sfera intersoggettiva del proprio bambino, ha potuto sperimentare gli effetti positivi di tale cambiamento. Con il trattamento la diade ha acquisito una nuova modalità di funzionamento che tende a mantenersi positiva e a raggiungere livelli più elevati.

Nei DSA invece la situazione è diversa. In primo luogo riscontriamo un livello basale di disponibilità che varia tra le diadi (più alta nelle diadi con DSA LF, più bassa in quella con DSA HF). Questo ci lascia supporre che la disponibilità emotiva è un fattore legato in modo principale al funzionamento genitoriale dal momento che non risulta essere alterato dalla gravità dei sintomi e del funzionamento cognitivo. Con il trattamento le

tre diadi migliorano. I punteggi ottenuti in fase di post trattamento sono alti e molto simili per le diadi costituite dalle mamme (sottolineando il grande cambiamento della diade con DSA HF) mentre la diade con il papà raggiunge dei valori più bassi. Ma l'aspetto più interessante è che tutte le diadi con bambino con DSA in fase di follow up mostrano una regressione dei punteggi. Le diadi con DSA LF ritornano ai livelli basali mentre la diade con DSA HF regredisce ad un livello maggiore rispetto a quello iniziale (i cui valori erano patologici). In altre parole, sembra che nei casi DSA il trattamento perda il suo effetto, i genitori se non supportati perdono la capacità di adeguare e modulare il proprio comportamento parentale all'atipicità dei comportamenti del proprio bambino. I deficit dell'intersoggettività e le alterazioni sensoriali del bambino con DSA impediscono al genitore di comprendere lo stato mentale del figlio e di adeguarvi il proprio comportamento. Ciò suggerisce la necessità di mantenere nel tempo il trattamento della relazione genitore bambino con DSA per evitare che si riattivano comportamenti poco sensibili e intrusivi che rafforzano le difese di chiusura ed esitamento sociale del bambino.

CAPITOLO VIII

Effetti del trattamento sullo sviluppo del bambino

Come già ampiamente descritto nel capitolo 1, in questo lavoro di ricerca lo sviluppo del bambino è stato considerato facendo riferimento al modello evolutivo strutturale proposto da Greenspan (1997) e condiviso dal sistema diagnostico internazionale di salute mentale infantile per i bambini da 0 a 3 anni (Zero to Three rivista, 2005). Secondo questo modello nelle prime tre fasi di sviluppo sono caratterizzate dall'acquisizione delle capacità di autoregolazione, reciprocità ed intenzionalità, capacità che risultano alterate nelle situazioni di sviluppo atipico ed in particolare nei DSA. Quello che intendiamo verificare è se a seguito di un cambiamento delle modalità interattive del genitore si realizzi nel bambino un miglioramento nei tre livelli evolutivi indagati.

Per verificare il cambiamento del bambino nei processi di autoregolazione, reciprocità e intenzionalità sono stati considerati i valori ottenuti mediante diversi strumenti osservativi (Autism Diagnostic Observational Sscale, Scala di Valutazione delle Funzioni di Base, Codice del Joint Engagement, Codice della Sincronia).

Per ogni indice saranno presentate le analisi descrittive e gli incrementi percentuali ottenuti da ogni singolo bambino al fine di indagare i cambiamenti specifici presenti in ogni caso studiato. Successivamente sarà effettuato un confronto tra i diversi bambini al fine di cogliere similarità e differenze nel processo di cambiamento.

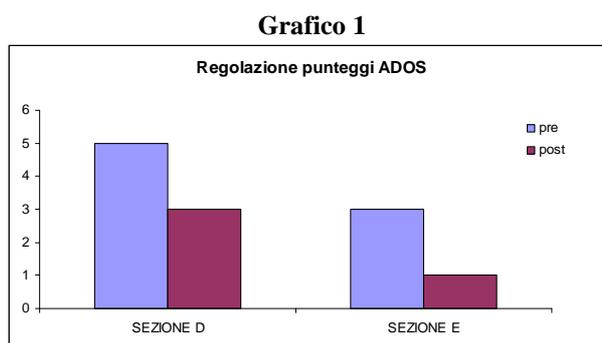
8.1 Gli effetti del trattamento sulle capacità di autoregolazione

Per valutare gli effetti del trattamento sulle capacità di *autoregolazione* del bambino sono stati calcolati gli incrementi medi e percentuali: dei punteggi ottenuti alle sezioni "Comportamenti stereotipati ed interessi ristretti" (sezione D) e degli "Altri comportamenti anomali" (sezione E) dell'ADOS; dell'indice globale di regolazione (IG-Reg) della Scala di Valutazione delle Funzioni di Base (SVFB), rappresentato dalla media dei punteggi ottenuti nelle sottoscale Sensazione e Percezione (SP), Attenzione e Associazione (AA), Istinto (IS) e Regolazione (REG); delle misure di durata e frequenza relativa dell'indice globale dell'attenzione (IG-Att) del bambino ottenuto mediante il codice del Joint Engagement, rappresentato dalla somma delle durate relative delle singole categorie del codice (on looking, person, object, passive joint engagement, active joint engagement).

Caso 1: DSA a basso funzionamento cognitivo

Analisi descrittive delle misure ottenute all'ADOS

Come si può vedere dal grafico n.1 dalla fase di pre trattamento a quella di post trattamento si registra un decremento in entrambe le sezioni dell'ADOS. In particolare, nella sezione *comportamenti stereotipati ed interessi ristretti* si rileva una riduzione del 40% sul totale degli item inclusi in questa area. Osservando la tabella n. 1 riportata in appendice (n. 3) si può inoltre osservare che il miglioramento è determinato dalla scomparsa degli interessi sensoriali insoliti (post trattamento: 0) che nella fase di pre trattamento avevano ottenuto il punteggio massimo (pre trattamento: 2), mentre restano inalterati i livelli degli altri item (manierismi = livello 1; interessi ripetitivi e comportamenti stereotipati = livello 2; comportamenti auto aggressivi = livello 0). Per quanto riguarda la sezione *altri comportamenti anomali* (iperattività, negativismo e ansia) si registra un decremento del 100% sul totale degli item che costituiscono la scala, passando da un punteggio complessivo di 3 nella fase di pre trattamento ad un punteggio di 0 nella fase post trattamento.



Analisi descrittive delle sottoscale della Scala di Valutazione delle Funzioni di Base

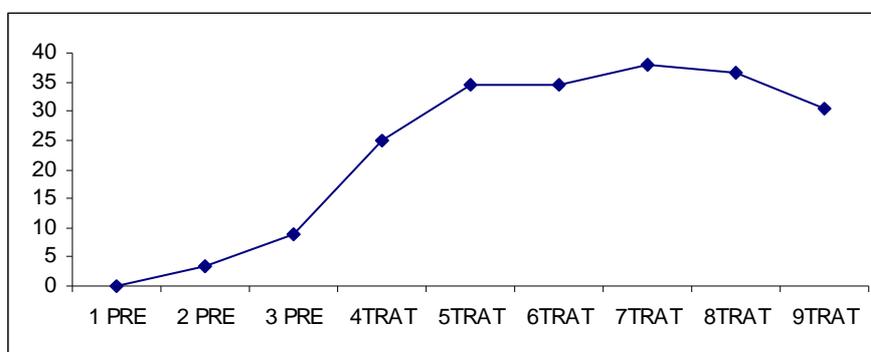
Nella tabella n. 1 sono riportate le medie dei punteggi ottenuti alle scale della SVFB nelle tre fasi temporali: pre trattamento (PRE), i primi tre mesi di trattamento (T1) e i successivi tre mesi di intervento (T2). Come è possibile notare rispetto alla fase iniziale il bambino mostra un miglioramento nella scala dell'Istinto (IS) del 14%, dell'Attenzione e Associazione (AA) del 60%, della Regolazione (REG) del 52% ed infine della scala Sensazione e Percezione (SP) dell'8%. Complessivamente l'indice globale di regolazione è migliorato del 26,3% passando da un valore medio iniziale di 3,4 ad uno di 4,3.

Tabella n. 1
Punteggi medi nelle tre fasi del trattamento SVFB

FASI SEAI	SP	IS	AS	REG	REG-IG
PRE	3,8	4,3	2,5	2,5	3,4
TRATT 1	4,1	4,9	4	3,6	4,1
TRATT 2	4,1	4,9	4	3,8	4,3
INCR. %	8%	14%	60%	52%	26,5%

Legenda: SP: Sensazione e Percezione, IS: Istinto, AA: Attenzione e Associazione, REG: Regolazione; IG-REG: indice generale Regolazione.

Grafico 2
Incremento percentuale Indice Generale di regolazione SVFB



Analisi descrittive dei livelli di attenzione misurato nel Codice del Joint Engagement

Nelle tabelle n. 3 e n. 4 poste in appendice sono riportate le descrittive delle frequenze e le durate relative delle categorie attenzione focalizzata e non focalizzata. Come si può notare dal grafico n. 3 dalla fase di pre trattamento alla fase finale di trattamento si registra un incremento delle durate medie dei tempi in cui il bambino si mostra attento che da un valore di 0,5 raggiunge un valore di 0,7 mostrando un incremento percentuale del 31,5 %. Parallelamente la media delle durate relative dei comportamenti di non attenzione si riduce del 35,61% passando da un valore di 0,46 ad uno di 0,29 (vedi grafico n. 4). Sebbene in misura minore, si rileva un miglioramento anche nelle frequenze relative dei comportamenti di attenzione che da un valore medio 0,63 passano ad un valore di medio di 0,7 aumentando del 11% mentre si riducono del 19,35% le frequenze relative dei comportamenti di non attenzione. Complessivamente con il trattamento si rileva la presenza di un ampliamento dei tempi di attenzione sostenuta del bambino, che riesce a rimanere ingaggiato più tempo su un'attività anche se non necessariamente condivisa.

Grafico n. 3
Incremento medio durate tempi
attenzione e non attenzione

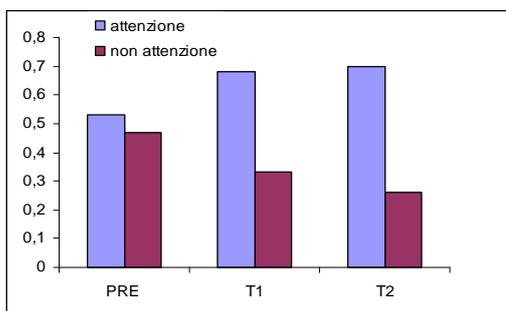
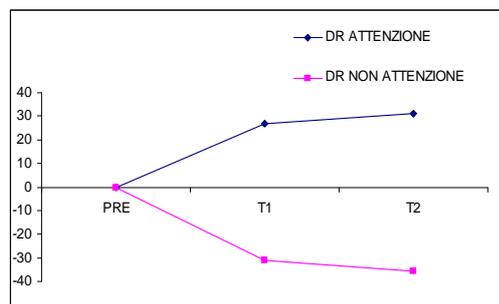


Grafico n. 4
Incremento percentuale durate tempi
attenzione e non attenzione



Caso 2: bambino con Ritardo Mentale

Analisi descrittive delle misure ottenute all'ADOS

In questo caso dalla fase di pre trattamento a quella di post trattamento non si registrano cambiamenti per entrambe le sezioni dell'ADOS che restano ad un livello 0. L'assenza di cambiamenti ottenuti mediante questo strumento sono dovuti senza dubbio al fatto che il soggetto in questione ha una diagnosi non compatibile con lo spettro autistico e pertanto gli item utilizzati non rappresentano in maniera precisa il suo livello regolazione che è sul versante ipoattivo.

Analisi descrittive delle sottoscale della Scala di Valutazione delle Funzioni di Base

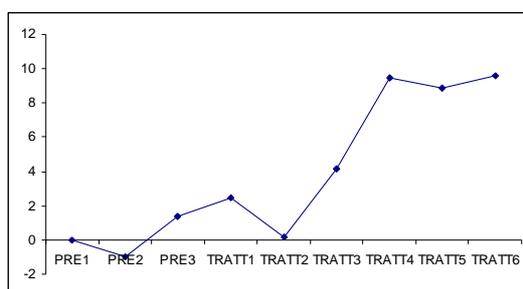
Nella tabella n. 2 sono riportate le medie dei punteggi ottenuti alle scale della SVFB nelle tre fasi temporali. Come è possibile notare rispetto alla fase iniziale fase di pre trattamento alle fase finale di trattamento si realizza un miglioramento in tutte le singole scale anche se di modesta entità, in quanto i valori iniziali sono già vicini a quanto atteso per la sua età cronologica. In particolare, nella scala dell'Istinto si rileva un incremento del 17,9%, in quella della Regolazione (REG) c'è un incremento del 9,7%, nella scala Sensazione e Percezione (SP) del 6,4% ed infine nella scala dell'Attenzione e Associazione (AA) del 4,8%. Complessivamente l'indice globale di regolazione è migliorato del 9,3% passando da un valore medio iniziale di osservazione di 4,3 ad uno di 4,7. I dati ottenuti alla SVFB sembrano confermare quelli dell'ADOS delineando un profilo funzionale caratterizzato da un livello temperamentale calmo e regolato.

Tabella 2
Medie scale regolazione nelle tre fasi del trattamento

FASI SEAI	SP	IS	AS	REG	REG-IG
PRE	4,7	3,8	4,8	4,1	4,3
TRATT 1	4,9	3,8	4,8	4,3	4,4
TRATT 2	5	4,4	5	4,5	4,7
INCR%	6,4	17,9	4,8	9,7	9,3

Legenda: SP: Sensazione e Percezione, IS: Istinto, AA: Attenzione e Associazione, REG: Regolazione; IG-REG: indice generale Regolazione.

Grafico 5
Incremento percentuale dell'indice globale di regolazione



Analisi descrittive dei livelli di attenzione misurato del Codice del Joint Engagement

Nelle tabelle n. 6 e n. 7 poste in appendice sono riportate le medie delle frequenze e durate relative delle categorie attenzione focalizzata e non focalizzata. Dalla fase di pre trattamento alla fase finale di trattamento si registra una lieve riduzione delle durate medie dei tempi in cui il bambino si mostra attento che da un valore di 0,85 passano ad un valore di 0,84 mostrando un decremento percentuale del 1,47%. Parallelamente la media delle durata relativa dei comportamenti di non attenzione aumenta del 9% passando da un valore di 0,15 ad uno di 0,16. Lo stesso avviene per le frequenze dei comportamenti di attenzione che si riducono del 6,6% mentre le frequenze relative dei comportamenti di non attenzione aumentano del 31,9%.

Grafico n. 5
Incremento medio durate attenzione e non attenzione

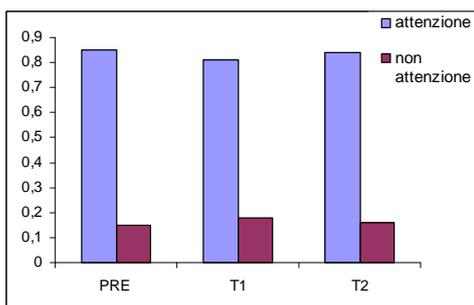
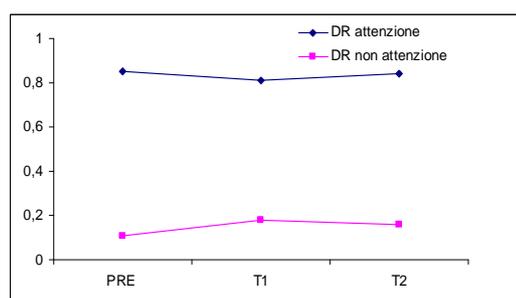


Grafico n. 6
Incremento percentuale durate tempi di attenzione e non attenzione

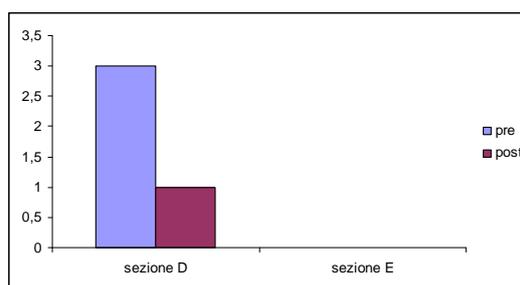


Caso 3: DSA ad alto funzionamento cognitivo

Analisi descrittive delle misure ottenute all'ADOS

Come si può vedere dal grafico n. 7 dalla fase di pre trattamento a quella di post trattamento si registra un decremento nella sezione *comportamenti stereotipati ed interessi ristretti* del 66%. In particolare scompaiono gli interessi sensoriali insoliti e i manierismi che da un valore di 1 ottenuto nella fase di pre trattamento raggiunge un punteggio di 0 nella fase post trattamento, mentre permangono ad un livello 1 gli interessi ristretti.

Grafico n. 7



Analisi descrittive delle sottoscale della Scala di Valutazione delle Funzioni di Base

Nella tabella n. 3 sono riportate le medie dei punteggi ottenuti alle scale della SVFB nelle tre fasi temporali. Come è possibile notare rispetto dalla fase pre trattamento alle fase finale di trattamento si realizza un miglioramento in tutte le singole scale ad eccezione di quella dell'Istinto in cui il bambino ottiene il punteggio atteso rispetto alla sua età cronologica. Il cambiamento maggiore lo ritroviamo nella sottoscale dell'Attenzione e Associazione (AA) in cui si rileva un incremento del 41,8%, seguito dalla scala della Sensazione e Percezione (SP) con un incremento del 24,14 ed infine dalla scala della Regolazione (REG) dove si registra un incremento del 17,51%. Complessivamente l'indice globale di regolazione è migliorato del 18,76% passando da un valore medio iniziale di 3,9 ad uno di 4,63.

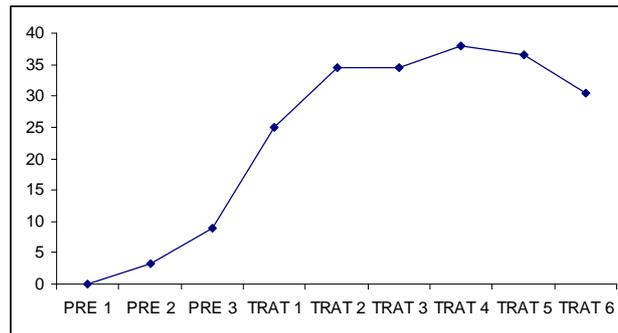
Tabella 3

Medie scale regolazione nelle tre fasi del trattamento

FASI SEAI	SP	IS	AS	REG	REG-IG
PRE	3,70	5	3,19	3,71	3,9
TRATT 1	4,62	5	3,67	3,96	4,3
TRATT 2	4,67	5	4,5	4,36	4,63
INCR%	26,14	0	41,07	17,51	18,76

Grafico 8

Incremento percentuale dell'indice globale di regolazione



Analisi descrittive dei livelli di attenzione misurate con il codice del Joint Engagement

Nelle tabelle n. 10 e n. 11 poste in appendice sono riportate le medie delle frequenze e durate relative delle categorie attenzione focalizzata e non focalizzata. Dalla fase di pre trattamento alle fase finale di trattamento si registra un lieve aumento delle durate medie dei tempi in cui il bambino si mostra attento che da un valore di 0,71 passano ad un valore di 0,78 mostrando un aumento percentuale del 10,25%. Parallelamente la media delle durate relative dei comportamenti di non attenzione diminuisce del 29% passando da un valore di 0,31 ad uno di 0,29 mentre le frequenze dei comportamenti di attenzione aumentano dell'11% passando da un valore di 0,69 ad uno di 0,77.

Grafico n. 9

Incremento medio durate attenzione e non attenzione

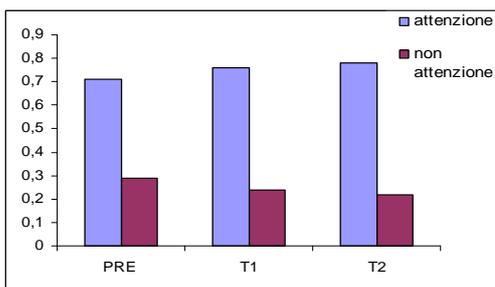
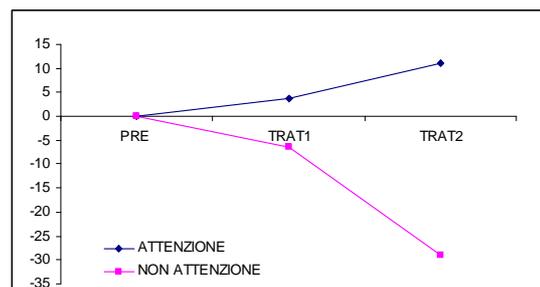


Grafico n. 10

Incremento percentuale durate tempi di attenzione e non attenzione



8.2 I cambiamenti nell'autoregolazione: un confronto tra soggetti.

Da quanto detto finora risulta chiaro come in tutti i casi analizzati si sia verificato un cambiamento nei processi di autoregolazione sebbene la grandezza e la natura di tale effetto varia considerevolmente da bambino a bambino.

Se consideriamo i punteggi complessivi ottenuti alle sezioni D e E dell'ADOS si potrà notare come solo i due bambini con autismo presentano chiare alterazioni nella sfera dell'autoregolazione. Nella fase finale di trattamento si osserva che tra i due soggetti con DSA è il bambino con basso funzionamento cognitivo (LF) che evidenzia una riduzione maggiore dei sintomi di disregolazione emotiva (vedi grafico n. 11). Ciò non sembra essere legata alla gravità dell'autismo, dal momento che hanno lo stesso punteggio all'algoritmo diagnostico, ma piuttosto alla presenza di alterazioni sensoriali e percettive e ad una maggiore incapacità ad usare meccanismi difensivi più maturi per gestire l'ansia.

La SVFB offre un quadro del cambiamento più completo dal momento che analizza aspetti diversi della capacità di autoregolazione (attenzione e livello di attivazione fisiologica). Osservando il grafico n. 12 si può notare come siano i bambini con DSA a mostrare un maggiore miglioramento. Ciò dipende dal fatto che nella fase di pre trattamento il bambino con RM presenta un livello di autoregolazione più alto rispetto agli altri due bambini. Nella fase T2 il bambino con RM, pur migliorando, non mostra importanti variazioni rispetto al livello iniziale diversamente dai bambini con DSA che aumentano significativamente il livello di autoregolazione avvicinandosi al valore massimo della scala. Anche in questo caso è il bambino con DSA LF a mostrare un incremento maggiore delle abilità indagate nonostante il punteggio medio finale sia inferiore a quello degli altri due bambini.

Anche il codice del Joint Engagement, che offre una misura quantitativa delle capacità di attenzione del bambino, mette in evidenza lo stesso andamento. Il bambino con RM non mostra cambiamenti durante il trattamento dal momento che la media dei tempi di attenzione rilevati nella fase di pre trattamento sono già alti. Diversamente sono i bambini con DSA a mostrare un incremento delle durate di attenzione sia sociale che non sociale. E anche in questo caso è il bambino con DSA LF che mostra un maggiore cambiamento (vedi grafico n. 13).

Grafico n. 11
Punteggi ADOS pre e post

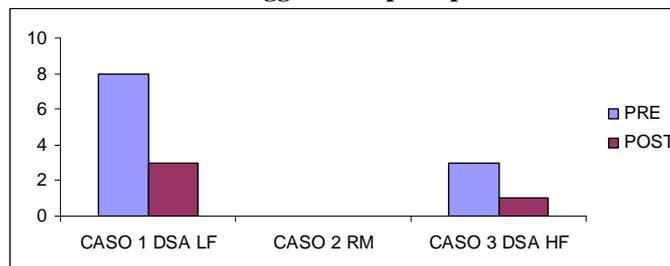


Grafico n. 12
Incremento percentuale indice generale di regolazione (SVFB)

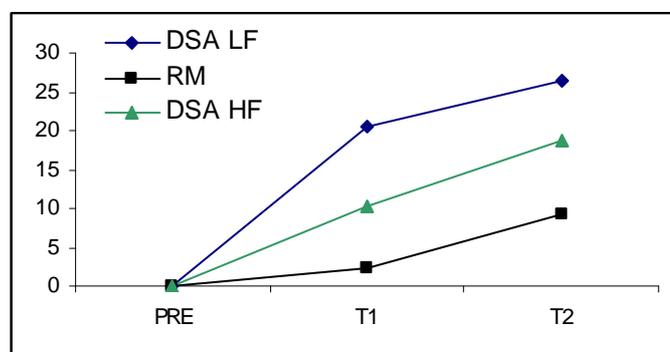
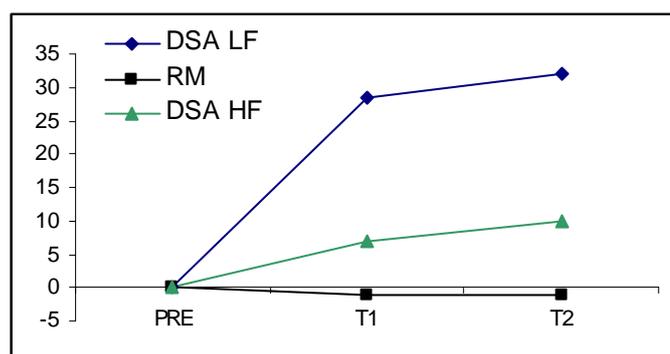


Grafico n. 13
Incremento percentuale durate relative tempi di attenzione
Codice del Joint Engagment



8.3 Effetti del trattamento sulla reciprocità

Per valutare gli effetti del trattamento sul livello di *reciprocità* del bambino sono stati calcolati gli andamenti medi e gli incrementi percentuali: dell'indice globale di reciprocità (IG-Rec) della SVFB rappresentato dalla media dei punteggi ottenuti nelle sottoscale Imitazione (Im), Interazione (IN) ed Emozione (Em) e delle misure di durata e frequenza relativa delle categorie di coinvolgimento coordinato passivo, coinvolgimento coordinato attivo e coinvolgimento coordinato totale del bambino ottenuto mediante il codice del Joint Engagement.

Caso 1: DSA a basso funzionamento cognitivo

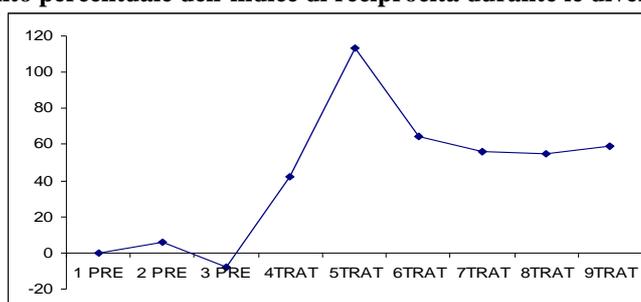
Analisi descrittive dei punteggi ottenuti alla Scala di Valutazione delle Funzioni di Base

Nella tabella n. 4 sono riportate le medie dei punteggi ottenuti alle scale della SVFB nelle tre fasi temporali analizzate. Come è possibile notare dalla fase pre trattamento alla fase finale di trattamento si realizza un miglioramento nella dell'Interazione (INTER) in cui si rileva un incremento del 96,15% seguito dalla scala della Emozione (EM) con un incremento del 54,55. Diversamente non si verifica alcun cambiamento significativo nella scala dell'Imitazione (IM) dimostrando la persistenza di un deficit strutturale specifico. Complessivamente l'indice globale di reciprocità è migliorato del 57,76% passando da un valore medio iniziale di 1,46 ad uno di 2,54 seguito nella fase finale di trattamento da un punteggi di 2,29.

Tabella n. 4
Medie scale regolazione nelle tre fasi del trattamento

FASI SEAI	EM	IM	INTER	IG – REC
PRE	1,45	1,17	1,73	1,46
T 1	2,47	1,83	3,33	2,54
T 2	2,27	1,22	3,4	2,29
INCR%	54,55	4,76	96,15	57,76

Grafico n. 14
Incremento percentuale dell'indice di reciprocità durante le diverse sessioni



Analisi descrittive del coinvolgimento coordinato misurato dal codice del Joint Engagement

Come si potrà notare dalle tabelle 13, 14 e 15 poste in appendice, durante il trattamento si verifica un incremento progressivo delle durate e frequenze relative dei comportamenti di coinvolgimento sia passivo che attivo. Al termine dell'intervento il bambino mostra un ampliamento dei tempi di condivisione che dal valore iniziale di 0,07 raggiunge un valore medio di 0,33. Dal grafico n. 9 si può osservare che il cambiamento maggiore si realizza nella sfera del coinvolgimento passivo che da un valore medio di 0,06 passa ad un valore 0,12, dimostrando come nel tempo il bambino diviene capace sempre più di partecipare ad uno scambio sociale condividendo l'attenzione sullo stesso focus del genitore o terapeuta. Resta comunque presente una difficoltà nell'agire contemporaneamente all'altro.

Grafico n. 15
Incremento medio durate coinvolgimento coordinato

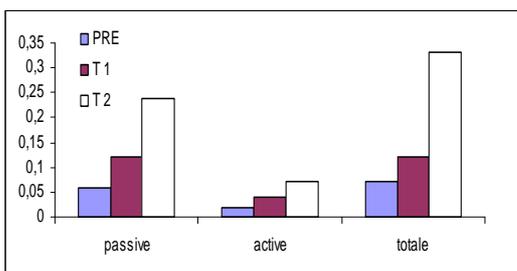
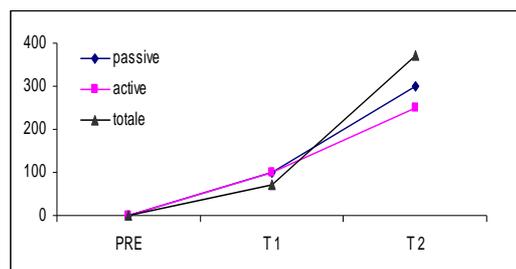


Grafico n. 16
Incremento percentuale durate coinvolgimento coordinato



CASO 2: Bambino con ritardo mentale

Analisi descrittive dei punteggi ottenuti alla SVFB

Come è possibile notare dalla tabella n. 5 nella fase pre trattamento l'area che sembra più compromessa è quella dell'imitazione seguita da quella dell'emozione, i punteggi medi dell'interazione non risultano inadeguati come in genere si riscontra nel RM. Al termine del trattamento si realizza un incremento del 52,8% nella scala dell'Imitazione (IM), seguito dalla scala della Emozione (EM) con un incremento del 37,41%. La scala dell'Interazione (INTER) resta a livelli alti con un incremento del 5,26%. Complessivamente l'indice globale di reciprocità è migliorato del 24,4% passando da un valore medio iniziale di 2,64 ad uno di 3,15 seguito nella fase finale di trattamento da un punteggio di 3,28.

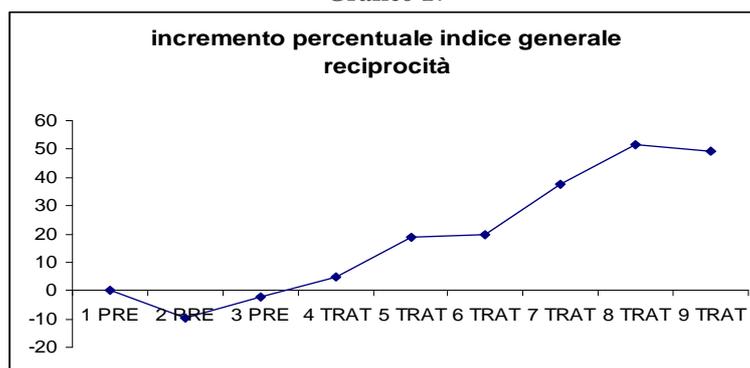
Tabella n. 5

Medie scale reciprocità nelle tre fasi del trattamento

FASI SEAI	EM	IM	INTER	IG – REC
PRE	2,86	1,25	3,8	2,64
TRATT 1	3,53	1,91	4	3,15
TRATT 2	3,93	1,91	4	3,28
INCR%	37,41	52,8	5,26	24,4

Legenda: EM: Emozione, IM: Imitazione, INTER: Interazione; IG-REC: Indice Generale Reciprocità

Grafico 17



Analisi descrittive del coinvolgimento coordinato misurato dal codice del Joint Engagement

Come si potrà notare dalle tabelle 17, 18 e 19 poste in appendice, durante il trattamento si verifica un incremento progressivo delle durate e frequenze relative dei comportamenti di coinvolgimento. Al termine dell'intervento il bambino mostra un ampliamento dei tempi totali di condivisione del 89,58%, passando da un valore iniziale di 0,18 ad un valore medio di 0,34. Dal grafico n. 18 si può osservare che il cambiamento maggiore si realizza nella sfera del coinvolgimento passivo che da un valore medio di 0,14 raggiunge un valore 0,21 dopo una regressione registrata nella fase T1.

Grafico n. 18
Incremento medio durate coinvolgimento coordinato

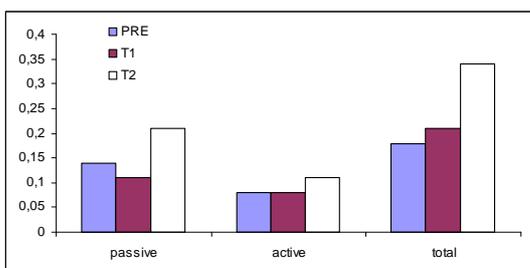
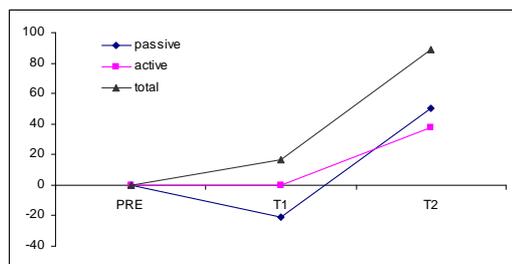


Grafico n. 19
Incremento percentuale durate coinvolgimento coordinato



Caso 3: DSA ad alto funzionamento

Analisi descrittive dei punteggi ottenuti alla SVFB

Come è possibile notare dalla tabella n. 6 nella fase pre trattamento le aree che risultano più compromesse sono quelle dell'emozione e dell'imitazione. La sfera dell'interazione sebbene sia migliore rispetto alle altre due scale ha comunque dei punteggi bassi (media = 2,13). Al termine del trattamento si realizza un incremento in tutte le aree, in particolare nella scala dell'Imitazione (IM) con un incremento del 195,14%, seguito dalla scala della Emozione (EM) con un incremento del 157,14% ed infine nella scala dell'Interazione (INTER) con un incremento del 68,75%. Complessivamente l'indice globale di reciprocità è migliorato del 124,85% passando da un valore medio iniziale di 1,49 ad uno di 2,32 seguito nella fase finale di trattamento da un punteggio di 3,35.

Tabella n. 6

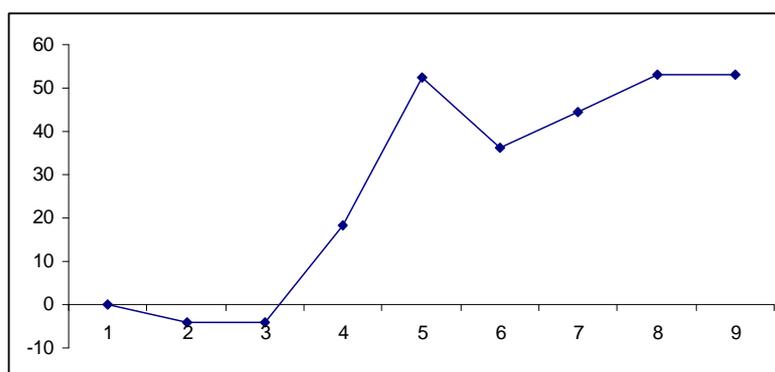
Medie scale reciprocità nelle tre fasi del trattamento

FASI SEAI	EM	IM	INTER	IG – REC
PRE	1,17	1,17	2,13	1,49
TRATT 1	2,33	2,08	2,53	2,32
TRATT 2	3	3,44	3,6	3,35
INCR%	157,14	195,14	68,75	124,85

Legenda: EM: Emozione, IM: Imitazione, INTER: Interazione; IG-REC: Indice Generale Reciprocità

Grafico 20

Incremento percentuale indice generale di reciprocità (SVFB)



Analisi descrittive del coinvolgimento coordinato

Come si potrà notare dalle tabelle 21, 22 e 23 poste in appendice, durante il trattamento si verifica un incremento progressivo delle durate e frequenze relative dei comportamenti di coinvolgimento. Al termine dell'intervento il bambino mostra un ampliamento dei tempi totali di condivisione del 207,53%, passando da un valore iniziale di 0,16 ad un valore medio di 0,5. Dai grafici n. 21 e 22 si può osservare che il cambiamento maggiore si realizza nella sfera del coinvolgimento attivo che da un valore medio di 0,05 raggiunge un valore 0,2 mostrando incremento del 342,11%.

Grafico n. 21
Incremento medio durate coinvolgimento coordinato

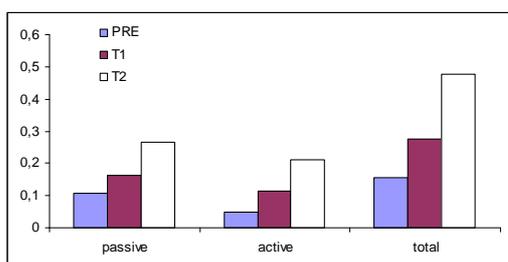
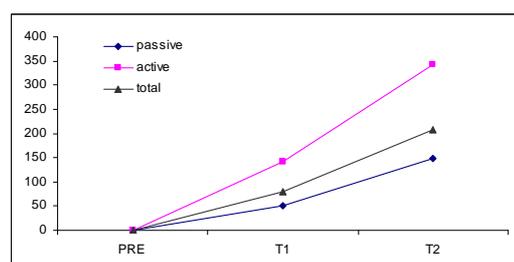


Grafico n. 22
Incremento percentuale durate coinvolgimento coordinato



8.4 I cambiamenti nel livello di reciprocità: un confronto tra soggetti

La valutazione della capacità del bambino di partecipare in maniera reciproca allo scambio interattivo con l'adulto ha messo in evidenza un miglioramento in tutti e tre i bambini sebbene i profili evolutivi iniziali siano differenti. In generale, il bambino con RM durante la fase di pre trattamento mostra un livello funzionale più elevato rispetto ai bambini con DSA con un indice globale di reciprocità e tempi di coinvolgimento coordinato più alti.

I risultati ottenuti alla SVFB mettono in evidenza un miglioramento in tutti e tre i bambini con un incremento che oscilla tra il 49 ed il 59%. Come si può notare dal grafico n. 23 con l'inizio del trattamento (T1) si rileva un incremento dell'indice di reciprocità che aumenta progressivamente durante la seconda fase di trattamento (T2). Al termine del trattamento è il bambino con DSA HF ad ottenere un incremento maggiore, ciò sembra essere legato al fatto che il bambino progredisce in maniera armonica in tutte e tre le aree che costituiscono la reciprocità (imitazione, emozione ed interazione) diversamente dal bambino con DSA LF che mostra segni evidenti di una marcata compromissione nella sfera imitativa e nell'espressione delle emozioni.

Anche nelle misure di coinvolgimento coordinato ritroviamo lo stesso pattern con punteggi basali superiori nel bambino con RM e inferiori nei bambini con DSA. Il bambino HF ha un livello di coinvolgimento maggiore rispetto a quello mostrato dal bambino LF. Al termine del trattamento è il bambino con DSA HF a raggiungere livelli più alti nella durata media dei tempi di coinvolgimento congiunto ma considerando il livello basale è il bambino con DSA LF a mostrare un miglioramento più elevato. Analizzando gli andamenti del coinvolgimento passivo e attivo notiamo la presenza di una differenza tra i tre soggetti. Il bambino con RM mostra lo stesso cambiamento nelle due abilità, i bambini con DSA hanno invece un trend diverso tra loro. Il bambino con DSA HF mostra un incremento soprattutto nel livello di coinvolgimento coordinato attivo mentre il bambino LF un incremento superiore nel coinvolgimento passivo.

Grafico 23
Incremento percentuale indice globale reciprocità (SVFR)

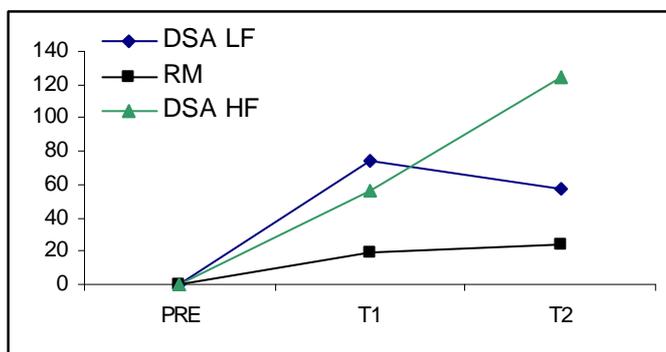
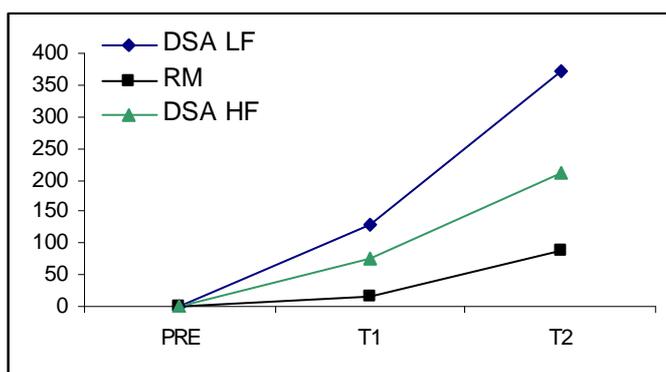


Grafico 24
Incremento percentuale durate relative coinvolgimento



8.5 Effetti del trattamento sull'intenzionalità

Per valutare gli effetti del trattamento sul livello di *intenzionalità* del bambino sono stati calcolati gli andamenti medi e gli incrementi percentuali della sottoscala Intenzionalità della SVFB e delle misure di durata relativa della categoria Bambino Propone del codice di sincronia.

Caso 1: DSA a basso funzionamento cognitivo

Analisi descrittive dei punteggi ottenuti alla SVFB e al Codice della sincronia

Come è possibile notare dalla tabella n. 7 nella fase pre trattamento i valori dei comportamenti intenzionali sono clinicamente bassi. Nella SVFB il bambino ha un punteggio basale di 1,39 che indica l'assenza di comportamenti intenzionali diretti ad uno scopo funzionale, allo stesso modo le frequenze relative dei comportamenti di proposta sociale rilevati mediante il codice della sincronia hanno un valore medio molto basso di 0,01. Al termine del trattamento (T2) pur mantenendo dei valori inferiori rispetto a quanto atteso per l'età cronologica si realizza un aumento dei comportamenti intenzionali sia funzionali (SVFB, punteggio medio T2 = 2,43) che sociali (Codice della sincronia, media delle frequenze relative T2= 0,03) che rispettivamente mostrano un incremento del 75,19 e del 200%. Lo sviluppo in quest'area sembra essere più difficoltoso rispetto alle altre aree indagate.

Tabella n. 7

Medie scale reciprocità nelle tre fasi del trattamento

FASI SEAI	Intenzionalità funzionale (SVFB)	Intenzionalità sociale (Sincronia)
PRE	1,39	0,01
TRATT 1	2,56	0,02
TRATT 2	2,43	0,03
INCR%	75,19	200

Caso 2: bambino con Ritardo Mentale

Analisi descrittive dei punteggi ottenuti alla SVFB e al Codice della sincronia

Come è possibile notare dalla tabella n. 8 nella fase pre trattamento i valori dei comportamenti intenzionali sono clinicamente bassi. Nella SVFB il bambino ha un punteggio basale di 2,24 che indica la scarsa frequenza dei comportamenti intenzionali diretti ad uno scopo funzionale, allo stesso modo le frequenze relative dei

comportamenti di proposta sociale rilevati mediante il codice della sincronia hanno un valore medio molto basso di 0,01. Al termine del trattamento (T2) i comportamenti intenzionali funzionali aumentano del 55,31% passando ad un livello medio di 3,48 che esprime una presenza di comportamenti intenzionali abbastanza frequenti. Per quanto riguarda l'intenzionalità sociale nella fase T2 la media delle frequenze relative raggiunge un valore di 0,02 con un incremento del 100%.

Tabella n. 8

Medie scale reciprocità nelle tre fasi del trattamento

FASI SEAI	Intenzionalità funzionale (SVFB)	Intenzionalità sociale (Sincronia)
PRE	2,24	0,01
TRATT 1	2,52	0,01
TRATT 2	3,48	0,02
INCR%	55,31	100

Caso 3: DSA ad alto funzionamento cognitivo

Analisi descrittive dei punteggi ottenuti alla SVFB e al codice della sincronia

Come è possibile notare dalla tabella n. 9 nella fase pre trattamento i valori dei comportamenti intenzionali sono clinicamente bassi. Nella SVFB il bambino ha un punteggio basale di 2,05 che indica la scarsa frequenza dei comportamenti intenzionali diretti ad uno scopo funzionale. Una compromissione maggiore la troviamo nella sfera dell'intenzionalità sociale misurata mediante il codice della sincronia dove si rileva una frequenza relativa media di proposte sociali pari a 0,01. Al termine del trattamento (T2) i comportamenti intenzionali funzionali aumentano del 94,63% passando ad un livello medio di 3,99 che esprime una presenza di comportamenti intenzionali abbastanza frequente. Per quanto riguarda l'intenzionalità sociale non si rileva alcun cambiamento.

Tabella n. 9

Medie scale reciprocità nelle tre fasi del trattamento

FASI SEAI	Intenzionalità funzionale (SVFB)	Intenzionalità sociale (Sincronia)
PRE	2,05	0
TRATT 1	2,76	0
TRATT 2	3,99	0
INCR%	94,63	0

8.6 I cambiamenti nel livello di intenzionalità: un confronto tra soggetti.

Come si può notare dai grafici n. 25 e 26 l'intenzionalità sia sociale che funzionale risulta essere la funzione più compromessa nei soggetti oggetti dello studio. Al momento della valutazione iniziale tutti i bambini hanno dei valori clinicamente significativi. Rispetto all'intenzionalità funzionale è il bambino con DSA LF ad avere il punteggio più basso, seguito dal bambino con ritardo mentale e dal bambino con DSA HF. Il punteggio più alto nel bambino DSA HF potrebbe essere legato all'età cronologica e mentale che è maggiore rispetto agli altri due bambini. Al termine del trattamento è lo stesso bambino a raggiungere un livello funzionale più elevato (punteggio medio T2 = 3,99) e adeguato da un punto di vista evolutivo, mentre gli altri due bambini restano su punteggi evolutivamente inferiori ed in ritardo rispetto all'età cronologica. Valutando gli incrementi percentuali si può osservare che sono proprio i soggetti con DSA LF e HF ad avere un maggiore beneficio del trattamento mostrando rispettivamente un incremento del 75,19% e del 94,63%, in questi casi si potrebbe supporre che la possibilità di agire in maniera intenzionale è legata alle strategie messe in atto dall'ambiente per favorire l'espressione degli interessi del bambino.

Diversamente la sfera dell'intenzionalità sociale resta deficitaria e nessun cambiamento significativo risulta emergere nella capacità del bambino di iniziare lo scambio interattivo.

Grafico n. 25
Incremento percentuale
intenzionalità funzionale

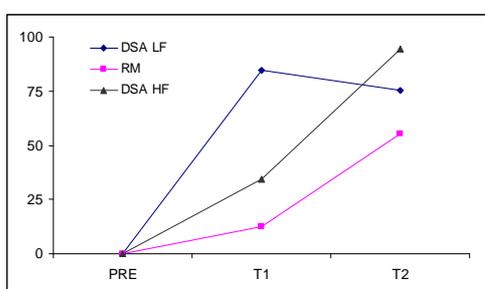
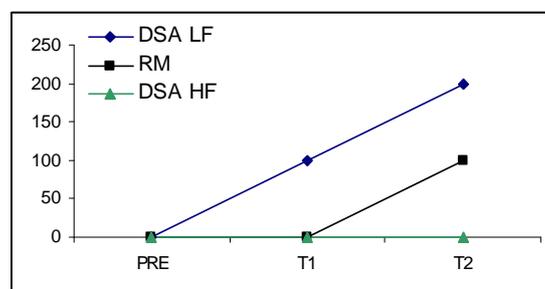


Grafico n. 26
Incremento percentuale
intenzionalità sociale



8.7 Discussione

Come già accennato all'inizio del capitolo, non ci aspettavamo grandi variazioni nel livello di funzionamento del bambino data la breve durata dell'intervento e la natura neurobiologica dei deficit manifestati. Nonostante ciò si è rilevata la presenza di alcuni cambiamenti nelle aree dell'autoregolazione, reciprocità e intenzionalità.

Bisogna in primo luogo sottolineare le differenze iniziali dei bambini che hanno partecipato allo studio. Il bambino con RM mostrava un livello di funzionamento emotivo basso ma non particolarmente alterato. Al termine del trattamento si osservano dei lievi incrementi nelle tre aree osservate ed in modo particolare dell'intenzionalità funzionale e sociale. I bambini con DSA invece mostrano durante la fase di pre trattamento un livello di funzionamento maggiormente alterato nelle tre sfere del funzionamento emotivo. Le due componenti dell'autoregolazione, controllo emotivo e capacità di prestare attenzione all'ambiente, sono particolarmente compromesse nel bambino con DSA LF che risulta essere il soggetto che ottiene un maggiore incremento al termine del trattamento sebbene raggiuna dei livelli inferiori a quelli del bambino con DSA HF. Nella sfera della reciprocità emotiva, i bambini con DSA hanno dei punteggi basali molto simili che indicano la presenza di importanti difficoltà nell'espressione emotiva, imitazione, interazione e capacità di partecipare ad un'attività congiunta. Al termine del trattamento è il bambino con HF ad ottenere i punteggi più alti, mostrando un andamento evolutivo più armonico caratterizzato da un incremento in tutte le componenti della reciprocità. Il bambino con DSA LF non migliora nella sfera dell'imitazione e dell'espressione emotiva e i tempi di coinvolgimento restano bassi. In questo caso ci troviamo di fronte a dei deficit strutturali molto profondi su cui necessita l'applicazione di un trattamento intensivo. Anche per quanto riguarda l'intenzionalità il bambino più compromesso è quello con DSA LF. Al termine del trattamento il bimbo con DSA HF raggiunge i valori più alti nella sfera dell'intenzionalità funzionale ottenendo un valore nella norma. Nessuna importante variazione invece si è osservata nella sfera dell'intenzionalità sociale. Quello che ci preme sottolineare è che nonostante la brevità del trattamento e il fatto che non questi non fosse focalizzato direttamente sul bambino ma sul genitore, è stato possibile osservare delle variazioni del funzionamento emotivo del bambino. Ciò implica che la relazione ha un potente effetto sull'espressione delle abilità possedute dal bambino nonostante i deficit neurobiologici che le sottendono. Pertanto un trattamento focalizzato sulla relazione ha la capacità di produrre effetti sullo sviluppo del bambino.

Capitolo IX

Effetti generali del trattamento

Attualmente gli interventi clinici condotti nell'ambito dello sviluppo atipico ed in modo particolare nel trattamento dei DSA includono in maniera sempre più intensiva i genitori ai quali viene affidato il compito di applicare sistematicamente una serie di esercizi finalizzate all'acquisizione nel bambino di abilità evolutive basilari quali l'indicare, il mantenere il contatto oculare, l'alternare il turno, l'imitare. Sebbene molti approcci tentano di inserire queste procedure in contesti ecologici favorendo l'espressione emotiva del bambino e facendo leva sulle sue motivazioni, il programma da seguire è di tipo curriculare, con chiare istruzioni sugli obiettivi da raggiungere, le strategie per ottenerli e le durate delle attività. A nostro avviso questa modalità se da un lato guida in maniera chiara il genitore e consente un monitoraggio e una valutazione oggettiva del raggiungimento degli obiettivi dall'altro leva alla relazione quella componente propriamente affettiva che emerge in maniera spontanea nello scambio interattivo. Diversamente dagli approcci descritti nel capitolo 3 il modello SEAI tenta di modificare la relazione genitore bambino senza dirigere in maniera intenzionale il comportamento parentale. Come detto nel capitolo 4 uno dei principi basilari del modello SEAI è l'apprendimento osservativo non tanto di tecniche specifiche per incrementare la frequenza di comportamenti sociali del bambino ma di modelli relazionali basati sulla comprensione e condivisione degli affetti.

In questo senso, uno degli scopi del lavoro è indagare se il modello di intervento SEAI pur non avendo una struttura curriculare e direttiva riesca a modificare le modalità di parenting rendendole maggiormente sintonizzate rispetto al livello di sviluppo e di funzionamento del bambino.

Dopo avere esposto i cambiamenti ottenuti nei singoli partecipanti, in questo capitolo si intende presentare i risultati generali relativi al modello SEAI.

Prima di procedere con la descrizione occorre sottolineare che nell'ambito terapeutico assume particolare rilevanza la differenza tra significatività statistica e quella clinica. Mentre la significatività statistica si riferisce alla grandezza della differenza di una variabile studiata in due fasi temporali distinte, la significatività clinica valuta quale significato ha questa differenza a livello clinico (Dazzi, 2006).

A tal fine, per valutare la significatività dei cambiamenti abbiamo utilizzato il Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991) e il valore Eta quadro parziale

(η^2_p) calcolato mediante l'applicazione di diverse MANOVE con disegno *between subject* con due (pre e post trattamento) o 3 livelli (Pre, T1 e T2).

Il Reliable Change Index (RCI) è un indice ampiamente utilizzato per la valutazione della significatività clinica del cambiamento in terapia (Jacobson & Truax, 1991; Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984; Jacobson, Roberts, Berns, McGlinchey, 1999; Ferguson, Robinson & Splaine, 2002; Evans, Margison & Barkham, 1998) che considera il numero dei soggetti che passano da un range di valori disfunzionali ad un range più vicino a quello normativo. Questo indice si calcola considerando la differenza tra le medie ottenute nelle fasi di pre e post trattamento e successivamente rapportando questo valore all'errore standard della misura. L'errore standard viene calcolato facendo riferimento all'attendibilità della misura stessa⁹.

9.1 Effetti generali sulle capacità interattive del genitore

Analisi descrittive disponibilità emotiva e comportamenti di condivisione

Le analisi descrittive dei punteggi di disponibilità emotiva diadica ottenuti dai 4 partecipanti nelle fasi di pre e post trattamento sono riassunti nella tabella n. 1. Come si può notare nella fase di post trattamento in tutte le scale c'è un aumento del valore medio misurato e una riduzione della variabilità intra gruppo. Complessivamente il punteggio globale di disponibilità emotiva del genitore (rapporto tra la somma dei punteggi ottenuti e la somma dei punteggi massimo in tutte le scale) passa da un valore medio iniziale di 0,65 ad uno di 0,84.

Per quanto riguarda le durate relative dei comportamenti di condivisione messi in atto dal genitore nei confronti del bambino indipendentemente dal fatto che questi sia sintonizzato o meno con il genitore, c'è un incremento minimo delle medie dei tempi osservati dalla fase di pre trattamento a T1 e T2 i cui valori sono rispettivamente 0,17, 0,18 e 0,19 (vedi tabella n. 2).

⁹ La formula per il calcolo del criterio RCI = $S_{diff} \times (1,96)$; S_{diff} è l'errore standard delle differenze tra le medie

Tabella n. 1
Descrittive scale del genitore dell'EAS

	Tempo	Media	Dev. St	Minimo	Massimo
Sensitività	PRE	5	2,12	3	7,5
	POST	6,88	0,75	6,5	8
Structuring	PRE	2,88	0,85	2	4
	POST	4,25	0,65	3,5	5
Non Intrusiveness	PRE	3,63	0,75	2,5	4
	POST	4,3	0,9	3,5	5
Non Hostility	PRE	4	0,82	3	5
	POST	4,88	0,25	4,5	5
Disponibilità del genitore	PRE	0,65	0,15	0,5	0,85
	POST	0,84	0,09	0,77	0,96

Tabella n. 2
Descrittive durate relative tempi di condivisione

Tempo	Media	Dev. St	Minimo	Massimo
PRE	0,17	0,07	0,03	0,27
T1	0,18	0,03	0,13	0,22
T2	0,19	0,02	0,16	0,23

Reliable Change Index

Il calcolo del Reliable Change Index mostra che non tutti i cambiamenti risultano essere significativi. Nella tabella n. 3 per ogni variabile considerata sono riportate le medie pre trattamento, le medie post trattamento, il criterio RCI calcolato e la significatività delle differenze tra le medie. Come si potrà notare risultano significativi i cambiamenti dei valori ottenuti allo Structuring, Non intrusiveness e al punteggio globale di disponibilità emotiva del genitore. Diversamente i cambiamenti dei valori alle scale della Sensitivity, Non Hostility e dei tempi di condivisione non risultano essere significativi.

Tabella n. 3
Reliable Change Index

MISURA	Media PRE	Media POST	Criterio RCI*	Differenza Medie PRE - POST
Sensitivity	5	6,88	2,36	Ns
Structuring	2,88	4,25	0,816	1,37*
Non Intrusiveness	3,63	4,3	0,720	0,67*
Non Hostility	4	4,88	0,787	Ns
Disponibilità del genitore	15,5	20,25	3,486	4,75*
Condivisione	,17	,19	,106	Ns

Analisi della varianza

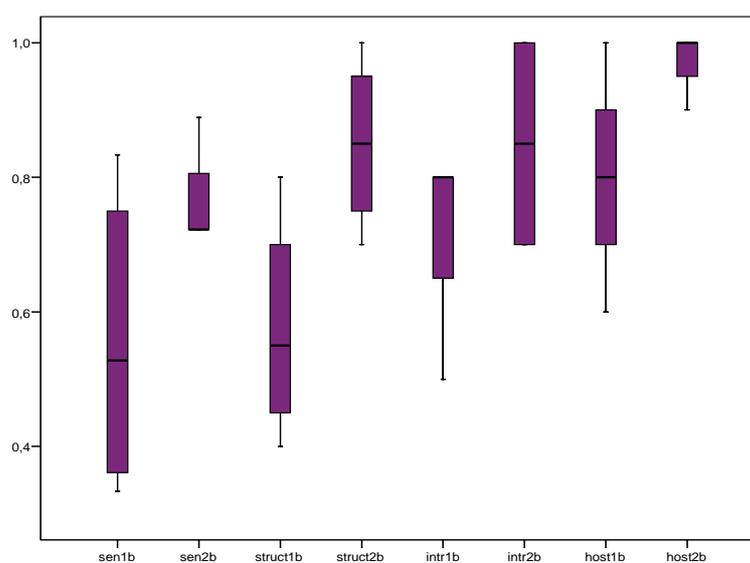
Per valutare i cambiamenti delle scale di disponibilità emotiva e delle durate relative dei comportamenti di condivisione dalla fase di pre e post trattamento sono state effettuate rispettivamente una MANOVA *Within Subjects* 4X2 (scale X tempo) e una a tre livelli (pre trattamento, prima e seconda fase di trattamento).

Come si può notare dalla tabella n. 4, nonostante la presenza di 3 gdl e un F di 5,23, la significatività dell'effetto delle scale EAS nonché del tempo di rilevazione risultano significative (scala, $\alpha = ,023$; tempo, $\alpha = ,018$) e i valori eta mostrano che la grandezza dell'effetto è alta (scala, $\eta^2_p = ,636$; tempo, $\eta^2_p = ,883$). Diversamente i valori ottenuti nei tempi di condivisione risultano non significativi ($\alpha = ,534$; $\eta^2_p = ,189$).

Tabella n. 4
Test degli effetti entro soggetti

		Somma dei quadrati Tipo III	Df	Media dei quadrati	F	Sig.	Eta quadrato parziale
EAS Scala	Assumendo la sfericità	,234	3	,078	5,238	,023	,636
EAS Tempo	Assumendo la sfericità	,307	1	,307	22,721	.018	.883
Condivisione Tempo	Assumendo la sfericità	,002	2	,001	,698	.534	.189

Grafico 1



9.2 Effetti generali sulle rappresentazioni del genitore

Analisi descrittive delle scale rappresentazionali

Le analisi descrittive riportate nella tabella n. 5 mettono in evidenza una riduzione dei valori di stress e un aumento delle descrizioni positive, della maturità difensiva e del livello di funzionamento riflessivo. Un altro aspetto significativo è la riduzione della variabilità interna nelle scale dello stress e della descrizione del bambino.

Tabella n.5
Descrittive scale rappresentazionali

	Tempo	Media	Dev. St	Minimo	Massimo
STRESS	PRE	84,25	19,29	68	106
	POST	68,25	8,24	60	75
DESCRIZIONI POSITIVE	PRE	0,48	0,25	0	0,78
	POST	0,78	0,15	0,58	1
MATURITA' DIFESIVA	PRE	4,16	0,35	3,74	4,45
	POST	5,32	0,39	4,84	5,8
FUNZIONAME NTO RIFLESSIVO	PRE	3,5	0,6	3	4
	POST	6,3	1	5	7

Reliable Change Index

Il calcolo del RCI sugli aspetti legati alla componente rappresentazionale del genitore evidenzia la presenza di un cambiamento significativo in tutte le scale ad eccezione dello stress. In particolare, risultano molto alti i livelli di significatività nei cambiamenti alle scale del funzionamento riflessivo e dell'indice di maturità delle difese.

Tabella n. 6
RCI delle scale rappresentazionali

MISURA	Media PRE	Media POST	Criterio RCI*	Differenza Medie PRE – POST
Descrizioni positive	,48	,78	0,268	,30*
Maturità delle difese	4,16	5,32	0,307	1,16**
Funzionamento riflessivo	3,5	6,3	0,60	2,8**
Parenting Stress Index	84,25	68,25	21,34	Ns

Analisi della varianza

Per valutare i cambiamenti sulle scale rappresentazionali è stata effettuata una MANOVA con disegno *within subjects* a due livelli (pre e post trattamento) sulle variabili: maturità difensiva del genitore, funzionamento riflessivo parentale e livello di stress parentale, e a tre livelli sulla variabile descrizioni positive del bambino (pre trattamento, prima e seconda fase di trattamento). Come si può notare dalla tabella n. 7, nonostante la presenza di pochi gdl, risulta significativo l'effetto della scala dell'indice di maturità difensiva ($\alpha = ,003$; $\eta^2_p = ,964$); dell'indice di funzionamento riflessivo parentale ($\alpha = ,002$; $\eta^2_p = ,976$) e dei valori di stress parentale ($\alpha = ,069$; $\eta^2_p = ,720$), mentre risulta non significativo l'effetto della scala di descrizione positiva del bambino sebbene il valore eta parziale mostra una grandezza dell'effetto ampia ($\alpha = ,56$; $\eta^2_p = ,617$).

Tabella n. 7
Test degli effetti entro soggetti

	Somma dei quadrati Tipo III	Df	Media dei quadrati	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Descrizione positive bambino	,496	2	,248	4,28	0,56	,617
Indice di maturità difensiva	2,697	1	2,697	80,3	0,003	,964
Indice funzionamento riflessivo	15,125	1	15,125	121,00	0,002	,976
Stress parentale	512	1	512	7,719	0,069	,720

Grafico n. 2
Descrizioni positive del bambino nelle tre fasi

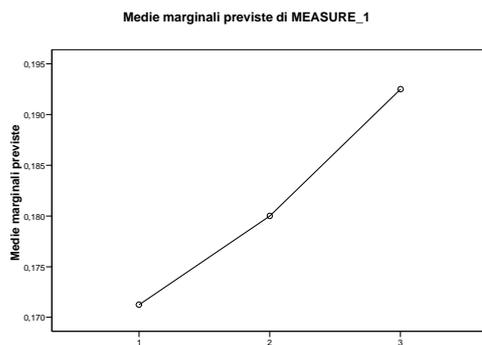


Grafico n. 3
Stress parentale: Pre e Post trattamento

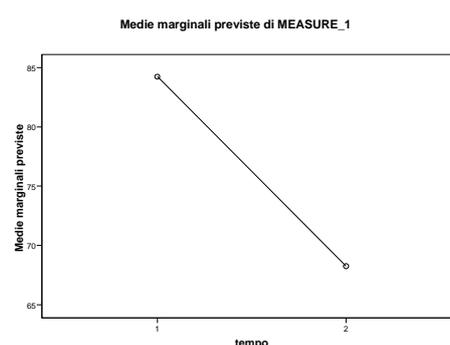


Grafico n. 4
Maturità delle difese Pre e Post trattamento

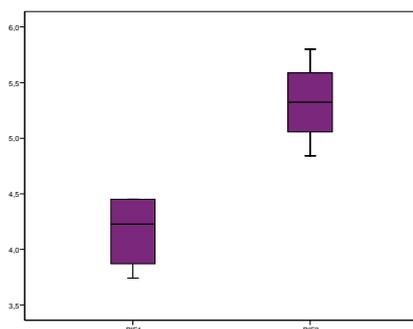
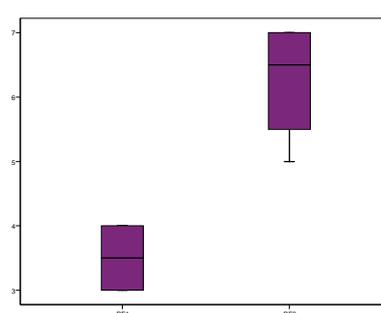


Grafico n. 5
Funzione riflessiva Pre e Post trattamento



9.3 Effetti generali sull'interazione genitore bambino

Analisi descrittive

Le analisi descrittive dei punteggi di disponibilità emotiva diadica ottenuti dai 4 partecipanti nelle fasi di pre e post trattamento sono riassunti nella tabella n. 8. Come si può notare da un valore medio di 20 (Min: 18; Max: 23) rilevato nella fase di pre trattamento si passa ad un valore medio di 26,23 (Min: 22,5; Max: 29).

Le analisi descrittive delle durate relative dei tempi di condivisione diadica ottenute dalle 4 diadi nelle fasi di pre trattamento e nelle T1 e T2 sono riassunti nella tabella n. 9. Come si può notare da un valore medio di 3,23 (Min: 0,1; Max: 0,5) rilevato nella fase di pre trattamento si passa ad un valore medio di 0,55 (Min: 0,3; Max: 0,7).

Tabella n. 8
Descrittive EAS

tempo	Media	Dev. St	Minimo	Massimo
PRE	20.00	2,16	18	23
POST	26.63	2,87	22,5	29

Tabella n. 9
Descrittive Sincronia

Tempo	Media	Dev. St	Minimo	Massimo
PRE	,32	0,13	0,1	0,5
T1	,44	0,16	0,3	0,7
T2	,55	0,12	0,3	0,7

Reliable Change Index

Il calcolo del RCI sugli aspetti interattivi evidenzia la presenza di un cambiamento significativo sia nel livello di disponibilità emotiva che nei comportamenti di condivisione sincronica, la cui differenze tra le medie pre e post trattamento sono rispettivamente di 6,63 e do 0,23.

Tabella n. 10
RCI delle scale dell'interazione

MISURA	Media PRE	Media POST	Criterio RCI*	Differenza Medie PRE – POST
Disponibilità emotiva diadica	20	26,23	2,074	6,63**
Sincronia diadica	0,32	0,55	0.197	0,23*

Analisi delle varianze

Per valutare i cambiamenti della disponibilità emotiva diadica e dei tempi di condivisione sincronica sono state effettuate rispettivamente una MANOVA Within Subjects con due livelli (pre e post trattamento) e una con tre livelli (Pre, T1 e T2). Come si può notare dalla tabella n. 11, nonostante la presenza di 1 gdl la significatività dell'effetto del trattamento sulla disponibilità emotiva diadica e sulla condivisione sincronica risultano significative (Sincronia: $\alpha = ,075$; $\eta^2_p = ,705$; EAS: $\alpha = ,017$; $\eta^2_p = ,886$).

Tabella n. 11
Test degli effetti entro soggetti

		Somma dei quadrati Tipo III	Df	Media dei quadrati	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Tempo EAS	Assumendo la sfericità	87.781	1	87.781	23.215	.017	.886
Tempo Sincronia	Assumendo la sfericità	.200	1	.200	7.167	.075	.705

Grafico 6

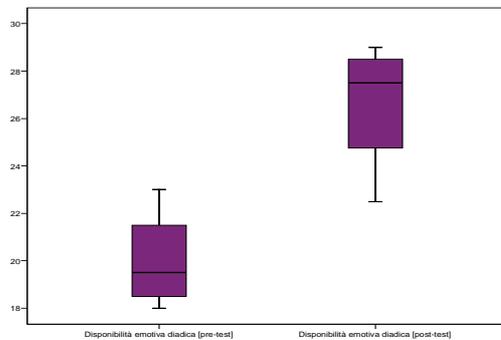
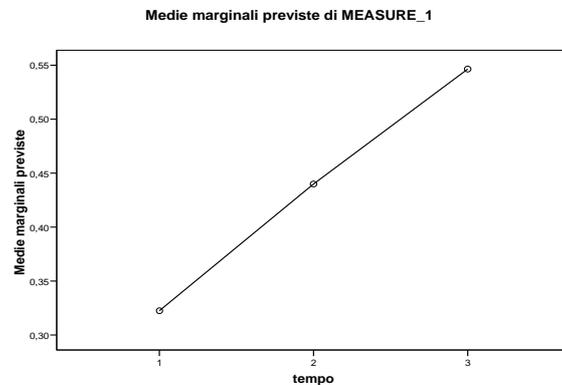


Grafico 7



9.4 Effetti generali del trattamento sullo sviluppo del bambino

Analisi descrittive

Nella tabella n. 12 sono riportate le descrittive delle diverse misure di sviluppo ottenute dai bambini coinvolti nello studio nelle fasi di pre e post trattamento.

Come si può notare nella sfera della regolazione si registra una riduzione dei comportamenti alterati misurati dall'ADOS e dalla SVFB mentre non si registrano grandi variazioni nelle durate relative dei tempi di attenzione misurati dal codice del Joint Engagment.

Nella sfera della reciprocità sociale ritroviamo un lieve aumento delle durate relative dei tempi di condivisione sia passiva che attiva dei bambini con l'adulto che interagisce con loro con una riduzione della variabilità inter individuale. Anche nella SCFB si rileva un aumento della media dell'indice di reciprocità che da un valore di 2 che indica la scarsa presenza di tali comportamenti raggiunge un valore medio di 3,2 che indica la frequenza rara. Infine, per quanto riguarda il terzo livello di sviluppo, ossia l'intenzionalità rileviamo un aumento dei comportamenti funzionali che da un valore medio di 1,9 raggiunge un valore medio di 3 mentre nessuna variazione si rileva nei comportamenti intenzionali di tipo sociale, le cui frequenze relative restano nulle.

Tabella n. 12
Descrittive scale sviluppo emotivo

Funzione	Strumento	Tempo	Media	Dev. St	Minimo	Massimo
REGOLAZIONE	ADOS Solo DSA	PRE	5,5	3,54	3	8
		POST	2	1,41	1	3
	REGOLAZIONE SVFB	PRE	3,9	0,4	3,6	4,1
		POST	4,5	0,2	4,1	4,8
	ATTENZIONE Joint Engagment	PRE	0,7	0,2	0,3	1
		POST	0,8	0,1	0,6	0,96
RECIPROCITÀ	Coinvolgimento condiviso	PRE	0,3	0,23	0	0,7
		POST	0,4	0,13	0	0,64
	Reciprocità SVFB	PRE	2	0,5	1,4	2,8
		POST	3,2	0,8	2,3	4,2
INTENZIONALITA'	Intenzionalità funzionale SVFB	PRE	1,9	0,4	1,16	2,28
		POST	3,3	0,8	1,8	4,3
	Intenzionalità sociale (Sincronia)	PRE	0	0	0	0
		POST	0	0	0	0

Reliable Change Index

Il calcolo del RCI sugli aspetti legati evolutivi del bambino evidenzia la presenza di un cambiamento significativo in alcune scale della regolazione e dell'intenzionalità. In particolare si riducono in maniera significativa i valori ottenuti all'ADOS dai due soggetti con DSA e valori medi dell'indice di regolazione misurato mediante la SVFB. Non si evidenziano cambiamenti significativi nelle misure di reciprocità sociale. Infine, risulta significativo il cambiamento dei comportamenti intenzionali funzionali misurati mediante la SVFB.

Tabella n. 13
RCI delle scale rappresentazionali

MISURA	Media PRE	Media POST	Criterio RCI*	Differenza Medie PRE – POST
ADOS (Con RM)	3,67	1,33	3,52	ns
ADOS (ASD)	5,5	2	2,935	3,5*
Joint Engagment	0,7	0,8	0,286	Ns
Regolazione SVFB	3,9	4,5	0,554	0,6*
Coinvolgimento condiviso	0,3	0,4	0,299	ns
Reciprocità SVFB	2	3,2	1,9	ns
Intenzionalità funzionale SVFB	1,9	3,3	0,82	1,4*
Intenzionalità sociale (Sincronia)	0	0	0,015	Ns

Analisi della varianza

Al fine verificare gli effetti generali del trattamento sulle durate relative dell'indice globale di attenzione misurato dal codice del Joint engagement, dell'indice generale di regolazione misurato dalla SVFB, sulle durate relative dei comportamenti di coinvolgimento coordinato totale, sull'indice globale di reciprocità della SVFB è stata applicata un'ANOVA a tre livelli e sui valori della sottoscala Intenzionalità della SVFB (pre trattamento, prima e seconda fase di trattamento) con disegno *within subjects*.

Come si può notare dalla tabella n. 14 risultano significativi i valori dell'indice di regolazione, di reciprocità e intenzionalità misurati dalla SVFB (indice regolazione SVFB: $\alpha = ,024$; $\eta^2_p = ,847$; indice di reciprocità SVFB: $\alpha = ,019$; $\eta^2_p = ,864$; indice di intenzionalità SVFB: $\alpha = ,002$; $\eta^2_p = ,950$). Le durate relative dei tempi di

coinvolgimento condiviso misurate dal codice del Joint Engagement pur non essendo significative hanno un valore eta che mostra una certa grandezza dell'effetto ($\alpha = ,303$; $\eta^2_p = ,450$). Nessuna differenza si rileva nelle durate relative dei tempi di attenzione.

Tabella n. 14
Test degli effetti entro soggetti

		Somma dei quadrati Tipo III	Df	Media dei quadrati	F	Sig.	Eta quadrato parziale
Durate relative tempi attenzione	Assumendo la sfericità	,006	2	,003	,736	,534	,269
Regolazione SVFB	Assumendo la sfericità	,628	2	,314	11,036	,024*	,847
Durate relative condivisione	Assumendo la sfericità	,046	2	,023	1,635	,303	,450
Reciprocità SVFB	Assumendo la sfericità	1,968	2	,984	12,663	0,19*	,864
Intenzionalità SVFB	Assumendo la sfericità	3,655	2	1,827	38,4	0,002	,950

9.5 Discussione

In questo studio si è indagato la significatività clinica dei cambiamenti osservati dalla fase di pre a quella post trattamento cercando di individuare il significato che tale differenza ha assunto per i soggetti rispetto alle conoscenze che abbiamo circa lo sviluppo interattivo e ai principi che regolano il modello SEAI. A tal fine, abbiamo utilizzato come misure di cambiamento i valori ottenuti al Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991) e il valore Eta quadro parziale calcolato mediante l'applicazione di diverse MANOVE con disegno *between subject* con due (pre e post trattamento) o 3 livelli (Pre, T1 e T2).

L'applicazione di questi indici mette in evidenza che al termine del trattamento sul piano comportamentale i genitori diventano complessivamente più disponibili nell'interazione con il bambino (disponibilità emotiva del genitore: RCI = 4,75; MANOVA, $\alpha = ,023$; $\eta^2_p = ,636$). Sebbene ci sia un miglioramento di tutte le componenti della disponibilità emotiva genitoriale (Sensitivity, Structuring, Non Hostility e Non Intrusiveness) il RCI indica che i cambiamenti clinici significativi si rilevano nella capacità dei genitori di strutturare l'ambiente di gioco e di rispettare i turni dello scambio senza essere intrusivi. Queste due scale offrono una misura di quanto il genitore sia capace di mantenere lo scambio alternando in maniera adeguata i momenti di

reciprocità e di disimpegno in cui il bambino può sperimentare le proprie motivazioni, la propria intenzionalità e, soprattutto nei casi di DSA, la capacità di autoregolarsi dopo essere stato ingaggiato in uno scambio emotivo (Sander, 1987; Beebe et al. 2005, Biringen ed Emde, 1998).

Diversamente, non si sono rilevate differenze significative nei tempi di condivisione. Questo dato associato ai valori positivi nel cambiamento delle disponibilità emotiva indica che i tempi in cui i genitori sono ingaggiati con il proprio bambino in scambi sincronici sono adeguati a quelli che il bambino può tollerare e sono ottenuti mediante modalità più sensibili e quindi sintonizzate rispetto al livello emotivo del bambino.

Rispetto alle rappresentazioni che il genitore ha di sé e del proprio bambino, sia l'RCI che le MANOVE indicano un cambiamento del livello di maturità difensiva e di funzionamento riflessivo (maturità difensiva: RCI: 1,16; MANOVA, $\alpha = ,003$; $\eta^2_p = ,964$; Funzionamento riflessivo: RCI: 2,8; MANOVA, $\alpha = ,002$; $\eta^2_p = ,976$). Riteniamo che l'analisi dei video aiuti il genitore ad entrare profondamente in contatto con i sentimenti positivi e negativi provati nella relazione con il proprio bambino. La condivisione di questi con il terapeuta sia durante la seduta di gioco che i colloqui clinici aiuta il genitore ad elaborarli in maniera più matura attivando meccanismi di anticipazione, autosservazione e umorismo che consentono una maggiore capacità di riflettere sugli stati mentali propri e del bambino. La funzione *mentalizzante* del terapeuta di fronte alle interazioni vissute in diretta o riviste in video supporta la capacità del genitore nell'esplorare gli stati mentali che si celano dietro i comportamenti bizzarri, ipoattivi o di chiusura del proprio bambino, nonché rispetto ai propri comportamenti intrusivi o rinunciatari.

Altro cambiamento clinicamente significativo è l'aumento delle descrizioni positive che i genitori fanno del proprio bambino (RCI: 0,3; MANOVA, $\alpha = ,56$; $\eta^2_p = ,617$) che esprime la formazione di un'immagine del proprio bambino meno svalutata, più coerente rispetto al livello di funzionamento del bambino. Il riconoscimento delle risorse e abilità del figlio consente al genitore la possibilità di fare delle previsioni sul suo sviluppo e di fornirgli quel supporto emotivo di fiducia che spinge il bambino a progredire sulla sua linea di sviluppo. Come ha sottolineato Stern (2007) nei casi di SA dovuta a cause mediche si realizza una difficoltà a strutturare un percorso evolutivo del proprio bambino dovuto all'impossibilità di utilizzare i normali parametri normativi per l'acquisizione delle tappe di sviluppo. In tal senso la tendenza a valorizzare le abilità del proprio figlio aiuta i genitori di bambino con SA ad immaginarsi una traiettoria di

sviluppo costruita rispetto ai tempi e all'atipicità del percorso evolutivo del proprio figlio.

Infine, la presa in carico terapeutica ha anche un effetto sui livelli di stress parentale percepito che sono stati messi in evidenza solo dalla MANOVA ($\alpha = ,69$; $\eta^2_p = ,720$).

I cambiamenti interni al genitore (modalità interattive e rappresentazioni mentali) si verificano in parallelo ad un cambiamento della relazione genitore bambino. Sia il RCI che i valori eta indicano un cambiamento significativo della disponibilità emotiva diadica e dei tempi di condivisione sincronica (Disponibilità emotiva diadica: RCI = 6,63; MANOVA, $\alpha = ,017$; $\eta^2_p = ,886$; sincronia: RCI: 0,23; MANOVA, $\alpha = ,075$; $\eta^2_p = ,705$). Complessivamente il trattamento ha degli effetti sulla qualità degli scambi emotivi che si traducono anche in aumento dei tempi di condivisione congiunta genitore bambino.

Se consideriamo che, come detto in precedenza, i genitori non hanno aumentato in maniera significativa i tempi di condivisione, si può inferire che questi abbiano una acquisito delle modalità che aiutano il bambino a restare ingaggiato in scambi reciproci per più tempo.

Infine, per quanto riguarda gli effetti del trattamento sullo sviluppo emotivo del bambino gli effetti più evidenti li ritroviamo nella sfera della regolazione emotiva e dell'intenzionalità. Il RCI rileva la presenza di cambiamenti significativi nelle scale dell'autoregolazione (misurate dall'ADOS e dalla Scala di Valutazione delle Funzioni di Base) e nella scala dell'intenzionalità funzionale (misurato dalla Scala di Valutazione delle Funzioni di Base, SVFB). I dati sono confermati dalla MANOVA, che evidenzia anche la presenza di valori eta elevati anche nella misura della reciprocità ottenuto dalla SVFB.

Questo risulta coerente con i principi che regolano il modello SEAI, dal momento che il lavoro con i genitori è infatti orientato affinché il bambino sperimenti uno stato di calma e di regolazione e un senso di intenzionalità crescente. D'altro canto le gravi alterazioni dello sviluppo riscontrate in modo particolare dai bambini con DSA e la durata relativamente breve del trattamento analizzato non lasciano presagire ulteriori cambiamenti nelle aree maggiormente compromesse dal bambino. È anche vero che il trattamento ha posto le basi ottimali affinché il bambino possa nel tempo allargare il proprio repertorio sociale e partecipare con maggiore intenzionalità e reciprocità agli scambi sociali.

CAPITOLO X

CONCLUSIONI

In questo studio ci siamo chiesti se nell'ambito di un nuovo modello di trattamento applicato sulle diadi genitore bambino con sviluppo atipico (modello SEAI) i genitori acquisiscano delle modalità parentali che risultino adeguate al livello di sviluppo e profilo funzionale del bambino, se queste modalità contribuiscono ad un miglioramento della qualità dell'interazione e ad un incremento delle competenze emotive del bambino.

Alla base di queste domande di ricerca vi sono diverse considerazioni di natura teorica e clinica. In primo luogo, vi è la constatazione, messa in luce da numerosi studiosi, del ruolo critico svolto dalla qualità della relazione nello sviluppo emotivo, cognitivo e sociale del bambino (Tronick, 1989; 2005; Biringen & Emde, 1998; Beebe et al., 2005; 2000; Greenspan, 1997, Stern, 1985; Rogoff & Gardner, 1984; Pressman, et al., 1999).

Successivamente, vi è la constatazione della presenza di importanti alterazioni nella relazione genitore bambino con sviluppo atipico ed in modo particolare nei bambini con Disturbo dello Spettro Autistico (DSA) e Ritardo Mentale (RM) il cui basso funzionamento cognitivo, la scarsa responsività e intenzionalità sociale attivano nel genitore modalità intrusive, tendenti al controllo fisico e in molti casi ostili (Cielinski, et al, 1995; Beeghly, et al, 1989; Hodapp, 2002; Doussard-Rossevelt, et al, 2003; Kasari, et al, 1988; Lemanek, et al, 1993; Venuti & Esposito, 2008). Studi recenti hanno inoltre dimostrato che anche nei casi in cui i genitori di bambini con DSA e RM attivano le stesse modalità parentali usati dai genitori di bambini con Sviluppo Tipico (ST) non riescono ad ottenere un effetto significativo sul bambino (Venuti, de Falco, Bornstein, 2008; Venuti, de Falco, Esposito, Bentenuto, Villotti & Bornstein, 2008).

La nostra ipotesi a riguardo è che la presenza di un funzionamento alterato delle strutture neurobiologiche nei bambini con sviluppo atipico rendono necessari modi diversi di stimolarli che vadano in sintonia con le loro modalità di adattamento all'ambiente. Da ciò nasce la necessità di attivare un percorso che aiuti i genitori nel trovare nuovi modi di entrare in interazione con loro cercando di mantenere sempre alto il livello di attivazione e condivisione affettiva. A partire dalle suddette premesse, è stato messo a punto un nuovo modello di intervento per il trattamento della relazione genitore bambino la cui operazionalizzazione e prima verifica degli esiti oggetto del presente studio.

Il modello di Supporto Emotivo ed Attivazione dell'Intersoggettività applicato alle coppie genitore bambino (il cui acronimo è SEAI) ha come scopo la promozione di un livello di intersoggettività nella diade che sia capace di fornire al bambino il tipo di esperienza relazionale di cui ha bisogno al fine di raggiungere le tappe di sviluppo nonostante i deficit neurobiologici che sottendono la patologia. L'intervento pertanto si propone non tanto la riduzione dei sintomi del bambino o la promozione di comportamenti più adeguati ma consentire loro la possibilità di stabilire rapporti empatici con il genitore e acquisire le abilità primarie di comunicazione significativa (Venuti, La Femina, de Falco & Esposito, 2009).

Uno dei principi che regola il modello SEAI applicato alla diade genitore bambino è l'assenza di richieste specifiche rivolte al genitore, aspetto che peculiare dei programmi di parent training. Questa scelta è spiegata dalla convinzione che l'intento dell'intervento non è *addrestare* il genitore ad assumere una serie di strategie e modalità di accudimento ma piuttosto quello di ampliare, all'interno delle risorse che egli possiede, le capacità di sintonizzazione affettiva che sono state in parte inattivate dalle alterazioni interattive caratteristiche di alcune patologie. Rifacendoci al costrutto teorico della disponibilità emotiva diadica (Biringen, Robinson & Emde, 1998), il modello SEAI conduce il genitore verso modalità interattive più sensibili, sviluppando una maggiore capacità di cogliere i suoi segnali comunicativi e di rispondervi in maniera empatica, aiutando a trovare nuove modalità di gestione del conflitto, di elaborazione degli affetti negativi (noia, frustrazione, rabbia) e guidandolo verso forme di strutturazione dell'ambiente di gioco basate su un giusto equilibrio tra l'autonomia e coinvolgimento.

In questo senso le funzioni principali del terapeuta sono quella di *mostrare* al genitore, attraverso la propria interazione, le modalità che hanno successo o fallimento nel mantenere coinvolto il bambino e stimolare la produzione di un pensiero riflessivo circa le motivazioni e le emozioni vissute da entrambi i partner che partecipano allo scambio interattivo.

Altro aspetto del modello SEAI è il lavoro sulle rappresentazioni del genitore mediante il colloquio clinico e l'analisi dei video, effettuati in assenza del bambino. Questa doppia modalità ha consentito di lavorare su due aspetti salienti della rappresentazione quella vissuta nel momento presente con il bambino e quella mantenuta nei modelli operativi di caregiving (George & Solomon, 2002). Infatti, come dimostrato da Stern negli scambi interattivi la rappresentazione materna che guida l'interazione non è

sempre legata alla riattivazione delle sue esperienze passate ma all'immagine che ha delle proprie capacità genitoriali, al modo in cui si vive il proprio bambino e il suo comportamento in quel momento specifico (Stern, 2004).

La prima fase del lavoro di ricerca si è focalizzato sulla costruzione del modello SEAI applicato alle diadi genitore bambino, dopo una fase di studio teorico ed applicativo sui diversi approcci alle terapie congiunte. Gli obiettivi, il setting, le fasi e le tecniche dell'intervento sono state operazionalizzate in maniera da rendere replicabile la sua applicazione.

Nella seconda fase, si è proceduto alla valutazione degli esiti del modello SEAI sulle diadi che hanno partecipato allo studio. Quello che abbiamo indagato è se a seguito del trattamento SEAI i genitori abbiano acquisito delle modalità parentali che risultino adeguate al livello di funzionamento del bambino, se queste modalità hanno contribuito ad un miglioramento della qualità dell'interazione e delle competenze emotive del bambino. La valutazione delle abilità indagate è stata effettuata mediante strumenti testistici e osservativi validati su popolazioni con sviluppo tipico e in molti casi standardizzati. Alcune misure sono state applicate su tutte le sedute, altre su alcune sedute selezionate in maniera casuale nelle due fasi di intervento.

Gli esiti del trattamento nelle aree indagate (comportamento interattivo del genitore, rappresentazioni parentali, qualità dell'interazione e sviluppo emotivo del bambino) sono stati analizzati considerando i soggetti sia singolarmente, mediante la metodologia del single case, sia globalmente per valutare gli effetti generali del modello SEAI.

I dati ottenuti hanno messo in evidenza come al termine del trattamento sul piano comportamentale i genitori diventano complessivamente più disponibili nell'interazione con il bambino ed in particolare più capaci di strutturare l'ambiente di gioco rispettando i turni dello scambio senza essere intrusivi. Questa capacità del genitore di mantenere lo scambio alternando in maniera adeguata i momenti di reciprocità e di disimpegno risulta fondamentale per lo sviluppo mentale del bambino in quanto gli consente di sperimentare le proprie motivazioni, la propria intenzionalità e, soprattutto nei casi di DSA, la capacità di autoregolarsi dopo essere stato ingaggiato in uno scambio emotivo (Sander, 1987; Beebe et al. 2005, Biringen ed Emde, 1998).

Anche sul piano delle rappresentazioni i genitori hanno mostrato dei cambiamenti significativi. Riteniamo che l'analisi dei video dei momenti interattivi funzionali e disfunzionali, supportato dal colloquio clinico aiuti il genitore ad entrare profondamente in contatto con i sentimenti positivi e negativi provati nella relazione con il proprio

bambino. La funzione mentalizzante del terapeuta di fronte alle interazioni vissute in diretta o riviste in video supporta la capacità del genitore nell'esplorare gli stati mentali che si celano dietro i comportamenti bizzarri, ipoattivi o di chiusura del proprio bambino, nonché rispetto ai propri comportamenti intrusivi o rinunciatari.

Altro aspetto su cui il trattamento mostra degli effetti significativi è il riconoscimento delle risorse e abilità del figlio, oltre che delle sue difficoltà e dei ritardi evolutivi. Come ha sottolineato Stern (2007) nei casi di sviluppo atipico dovuta a cause mediche si realizza una difficoltà a strutturare un percorso evolutivo del proprio bambino dovuto all'impossibilità di utilizzare i normali parametri normativi per l'acquisizione delle tappe di sviluppo. In tal senso la tendenza a valorizzare le abilità del proprio figlio aiuta i genitori SA ad immaginarsi una traiettoria di sviluppo costruita rispetto ai tempi e all'atipicità del percorso evolutivo del proprio figlio.

Infine, per quanto riguarda gli effetti del trattamento sullo sviluppo emotivo del bambino gli effetti più evidenti li ritroviamo nella sfera della regolazione emotiva e dell'intenzionalità. Questo risulta coerente con i principi che regolano il modello SEAI, dal momento che il lavoro con i genitori è infatti orientato affinché il bambino sperimenti uno stato di calma e di regolazione e un senso di intenzionalità crescente. D'altro canto le gravi alterazioni dello sviluppo riscontrate in modo particolare dai bambini con DSA e la durata relativamente breve del trattamento analizzato non lasciano presagire ulteriori cambiamenti nelle aree maggiormente compromesse dal bambino. È anche vero che il trattamento ha posto le basi ottimali affinché il bambino possa nel tempo allargare il proprio repertorio sociale e partecipare con maggiore intenzionalità e reciprocità agli scambi sociali.

Un risultato interessante messo in luce dallo studio è la differenza riscontrata tra i casi con DSA e quello con RM. La diade che ha mostrato maggiori effetti è quella costituita dal bambino con RM e sua madre i cui livelli di disponibilità emotiva aumentano significativamente nella fase di post trattamento e subiscono un'ulteriore incremento anche nella fase di follow up. In questo caso sembra che la madre abbia interiorizzato le modalità parentali che consentono un adeguato accesso emotivo alla relazione e data l'assenza di deficit nella sfera intersoggettiva del proprio bambino, ha potuto sperimentare gli effetti positivi di tale cambiamento. Con il trattamento la diade ha acquisito una nuova modalità di funzionamento che tende a mantenersi positiva e a raggiungere livelli più elevati.

Nei DSA invece la situazione è diversa. In primo luogo riscontriamo un livello basale di disponibilità che varia tra le diadi (più alta nelle diadi con DSA LF, più bassa in quella con DSA HF). Questo ci lascia supporre che la disponibilità emotiva è un fattore legato in modo principale al funzionamento genitoriale, dal momento che non risulta essere alterato dalla gravità dei sintomi e del funzionamento cognitivo. Con il trattamento le tre diadi migliorano ma in fase di follow up mostrano una regressione dei punteggi. Le diadi con DSA a basso funzionamento ritornano ai livelli basali mentre la diade con DSA ad alto funzionamento regredisce ad un livello maggiore rispetto a quello iniziale (i cui valori erano patologici). In altre parole, sembra che nei casi DSA i genitori, se non supportati, perdono la capacità di adeguare e modulare il proprio comportamento parentale all'atipicità del proprio bambino. I deficit dell'intersoggettività e le alterazioni sensoriali del bambino con DSA impediscono al genitore di comprendere lo stato mentale del figlio e di adeguarvi il proprio comportamento. Ciò suggerisce la necessità di mantenere nel tempo il trattamento della relazione genitore bambino con DSA per evitare che si riattivino comportamenti poco sensibili e intrusivi che rafforzano le difese di chiusura ed esitamento sociale del bambino.

In conclusione, dal punto di vista clinico, riteniamo che il nostro studio ha condotto a risultati innovativi e di interesse applicativo su diversi versanti. In primo luogo, è stato dimostrato che un intervento finalizzato all'attivazione dell'intersoggettività è capace di promuovere nel genitore modalità parentali maggiormente disponibili, basate sulla condivisione emotiva, calibrate al livello di sviluppo e al profilo funzionale del bambino. Tale miglioramento è stato ottenuto con una modalità che non prevede istruzioni predefinite e comportamenti target da raggiungere come si solito si riscontra nei modelli di intervento che includono il lavoro con i genitori (Mahoney 2003; Mahoney & Perales, 2005; Mahoney & MacDonald 2007, Rogers, 1998; Ozonoff & Cathcart, 1998; Rogers, Hall, Osaki, Reaven & Herbison, 2000) ma favorendo l'insorgere di interazioni spontanee ampliando le strategie usate dal genitore per ingaggiare il proprio bambino.

Inoltre, il modello SEAI offre la possibilità di lavorare sui due aspetti delle rappresentazioni parentali, quello che si esprime nell'interazione diretta con il bambino e quella che si riattiva in assenza del bambino come modello operativo interno delle modalità parentali (Stern, 2007; 1998; George & Solom, 2002) mostrando esiti positivi in entrambe.

Infine, i cambiamenti nelle modalità interattive genitoriali sono associati ai cambiamenti nel funzionamento emotivo del bambino supportando l'ipotesi del ruolo della qualità dell'interazione sullo sviluppo mentale (Tronick, 1989; 2005; Biringen & Emde, 1998; Beebe et al., 2005; 2000; Greenspan, 1997, Stern, 1985; Rogoff & Gardner, 1984; Pressman, et al., 1999).

Altro aspetto innovativo è l'applicazione del modello di intervento con il padre. Nell'ambito delle terapie congiunte, infatti, il padre è coinvolto con la madre in quanto coppia parentale (Baradon, 2005; Palacio-Espasa & Knauer, 2007; Pozzi & Tydeman, 2007). In questo caso invece si lavora in maniera specifica sull'interazione padre bambino, dal momento che in letteratura è stato ampiamente sottolineato l'importanza del ruolo del padre nello sviluppo del bambino (Venuti, 2007; Johnson & Gaiter, 1980; Lovaas, 2005) e la necessità di un intervento sulla loro relazione (Wiefel, Wollenweber, Oepen, Lenz, Lehmkuhl, Biringen, 2005).

Infine, lo studio ha messo in luce che il trattamento centrato sull'interazione può essere di durata breve (sei mesi) solo nei casi in cui la patologia del bambino ha un carattere armonico, stabile e in assenza di comorbidità. Diversamente nei DSA risulta necessaria un'estensione della terapia per un periodo di tempo maggiore e questo indipendentemente dal livello di *inadeguatezza* genitoriale o dal grado di compromissione del bambino. La pervasività dei DSA, le alterazioni nella sfera intersoggettiva e l'atipicità delle modalità comunicative altera nel tempo la disponibilità emotiva del genitore nell'interagire con il proprio bambino e questo può avere delle conseguenze negative sullo sviluppo del bambino nonché sul genitore stesso.

Complessivamente, sebbene questi risultati siano di carattere esplorativo, riteniamo che il trattamento di supporto emotivo e attivazione dell'intersoggettività (SEAI) applicato alle diadi abbia mostrato degli esiti positivi.

Consideriamo ora i limiti oggetti di questo studio. In primo luogo, il numero ridotto dei partecipanti allo studio rende problematica la generalizzabilità dei risultati ottenuti ad altre diadi. Si potrebbe avanzare il dubbio che tali risultati non siano da ricondurre al trattamento ma al semplice trascorrere del tempo o a variabili legate al contesto ambientale. Tuttavia il trattamento ha avuto una durata limitata per lasciare presupporre un cambiamento dovuto al tempo ed inoltre con la fine del trattamento, ad eccezione della madre del bambino con RM, alcuni aspetti parentali sono tornati a livelli basali e in un caso al di sotto di questi dimostrando che i cambiamenti sono in larga parte legati al trattamento.

Rimane pur sempre aperto il dubbio che i risultati riscontrati siano attribuibili a fattori esterni al trattamento. Negli studi clinici tuttavia non è sempre possibile garantire totalmente la validità interna della ricerca sia poiché risulta difficile avere un campione di controllo adeguato, decidendo di non sottoporre dei pazienti ad un trattamento che si ritiene valido, sia perché non è sempre consigliabile procedere a sospensioni del trattamento al fine di migliorare il disegno sperimentale. D'altro canto, nel nostro studio i genitori coinvolti non hanno effettuato altri tipi di interventi su di loro durante il periodo in cui si sono sottoposti al modello SEAI,

Gli sviluppi futuri che ci proponiamo di raggiungere riguardano pertanto l'ampliamento del campione ed il confronto con differenti patologie dello sviluppo.

Al di là dei limiti sopraccitati, questa ricerca fornisce un contributo al filone di studi sul trattamento dei disturbi dello sviluppo atipico nei primi anni di vita confermando la possibilità di apportare un miglioramento sia alla qualità dell'interazione genitore bambino sia alle capacità di base dello sviluppo emotivo attraverso un trattamento centrato sull'attivazione dell'intersoggettività e sul supporto emotivo.

BIBLIOGRAFIA

Abidin, R. R., (1997). Parenting stress index - a measure of the parent-child system. In: Zalaquett, C.P., & Wood, R.J., (a cura di). *Evaluating stress: a book of resources*. Scarecrow Press, Lanham, MA (1997), pp. 277-291.

Achenbach, T. M. (1991). *Integrative Guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, V.T.: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Adamson, L. B., Bakeman, R., & Deckner, D., (2004). The Development of Symbol-Infused Joint Engagement. *Child Development*, 75, 1171-1187

Adamson, L. B., & McArthur, D. (1995). Joint attention, affect, and culture. In C. Moore & P. J. Dunham (Eds.), *Joint attention: Its origin and role in development* (pp. 15-28). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Adolphs, R., Sears, L., & Piven, J. (2001). Abnormal processing of social information from faces in autism. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 13, 232-240.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, S., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: a psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Antonucci, G. (2007). Lo studio sperimentale del caso singolo. In Strumenti statistici per la ricerca, la valutazione e la diagnosi in psicologia. Raffaello Cortina Editore.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, D.C.: Author. (Trad. it. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson, 2001).

Baer, D.M. (1977). Perhaps it would be better not to know everything. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 10:167-172.

Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of Disorders of the Autism Spectrum in a Population Cohort of Children in South Thames: The Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368, 210-215.

Ballerini, A., Barale, F., Gallese, V., & Ucelli, S. (2006). *Autismo. L'umanità nascosta*. Torino: Einaudi Editore.

Baradon, T., Broughton, C., Gibbs, I., James, J., Joyce, A., & Woodhead, J. (2005). *The Practice of Psychoanalytic Parent-Infant Psychotherapy*. London: Routledge.

Baroff, G. S. (1996). *Ritardo Mentale. Natura, cause, trattamento*. Bergamo: Juvenilia.

Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, M.A.: Bradford/MIT Press.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21, 37-46.

- Bates, E., Camaioni, L., & Volterra, V. (1975). The acquisition of performatives prior to speech. *Merril Palmer Quarterly*, *21*(3), 205-226.
- Bauman, M. L., & Kemper, T. L. (1985). Histoanatomic observations of the brain in early infantile autism. *Neurology*, *35*, 866-874.
- Bauman, M. L., & Kemper, T. L. (1988). Limbic and cerebellar abnormalities: consistant finding in early infantile autism. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *47*, 369.
- Bauman M. L., & Kemper T. L. (1995). Neuroanatomical observations on the brain in autism. In J. Panksepp (Ed.), *Advances in biological psychiatry*, vol. 1 (pp. 1-26). Greenwich, C.T.: JAI Press.
- Beckwith, L., & Cohen, S. E. (1989). Maternal responsiveness with preterm infants and later competency. *New directions for child development*, *43*, 75-87.
- Beebe, B. (2000). Co-constructing mother-infant distress: The microsynchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter. *Psychoanalytic Inquiry*, *20*(3), 421-440.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., & Sorter, D. (2005). *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. New York: Other Press.
- Beebe, B., & Stern, D. (1977). Engagement-disengagement and early object experiences. In N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 35-55). New York: Plenum Press.
- Beeghly, M., Weiss-Perry, B. W., & Cicchetti, D. (1989). Structural and affective dimensions of play development in young children with DS. *International Journal of Behavioral Development*, *12*, 257-277.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Tavistock.
- Beeghly, M., Weiss-Perry, B. W., & Cicchetti, D. (1989). Structural and affective dimensions of play development in young children with DS. *International Journal of Behavioral Development*, *12*, 257-277.
- Berger, J., & Cunningham, C. C. (1983). Development of early vocal behaviors and interactions in Down's syndrome and nonhandicapped infant-mother pairs. *Developmental Psychology*, *19*, 322-331.
- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (1998). *The Emotional Availability scale* (3rd ed.). Fort Collins: Department of Human Development and Family Study, Colorado State University.
- Bornstein, M. H., & O'Reilly, A. (Eds.). (1993). *New directions for child development: The role of play in the development of thought* (59). San Francisco: Jossey-Bass

Bornstein, M. H., Venuti, P., & Hahn, C.-S. (2002). Motherchild play in Italy: Regional variation, individual stability, and mutual dyadic influence. *Parenting: Science and Practice*, 2, 273-301.

Bornstein, M.H., Tamis-LeMonda, C.S. (1989). Maternal responsiveness and cognitive development in children, in Bornstein M.H. (a cura di), *Maternal Responsiveness: Characteristics and Consequences*, Jossey-Bass, San Francisco, pp. 49-61.

Bornstein, M. H., Tamis-LeMonda, C. S., & Haynes, O. M. (1999). First words in the second year: continuity, stability, and models of concurrent and predictive correspondence in vocabulary and verbal responsiveness across age and context. *Infant Behavior and Development*, 22, 65-85.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Vol. I: *Attachment*. London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*. Vol. II: *Separation, Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. III: Loss, Sadness and Depression*. London: Hogarth Press.

Brazelton, T. B., & Greenspan S. I. (2001). *I bisogni irrinunciabili dei bambini. Ciò che un bambino deve avere per crescere e imparare*. Milano: Raffaello Cortina.

Brinker, R. P., Seifer, R., & Sameroff, A. J. (1994). Relations among maternal stress, cognitive development, and early intervention in middle and low socioeconomic status infants with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 463-480.

Brody, E. M. (1985). Parent care as a normative family stress. *Gerontologist*, 25, 19-29.

Bruner, J., & Sherwood, V. (1983). Thought, language and interaction in infancy. In J. D. Call, E. Galenson & R. L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (pp. 38-55). New York: Basic Books.

Buono, S., & Di Nuovo, S. (2004). *Il ritardo mentale e la sua valutazione*. In R. Vinello, M. Mariotti & M. Serra (a cura di), *Ritardo mentale e autismo. Studi, ricerche e proposte operative*. Bergamo: Edizioni Junior.

Butterworth, G. (1995). Origins of mind in perception and action. In C. Moore & P. Dunham, (Eds.), *Joint attention: its origins and role in development*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Butterworth, G., & Jarrett, N. (1991). What minds have in common is space: spacial mechanisms serving joint visual attention in infancy. *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 55-72.

Cabrera, N. J., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development*, 71, 127-136.

- Caneva, L., & Venuti, P. (1998). Stile materno e stile paterno nel gioco con i figli: uno studio osservativo a tre e tredici mesi. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2(2), 303-326.
- Chumpelik, D. (1984). The PROMPT system of therapy: Theoretical framework and applications for developmental apraxia of speech. *Seminars in Speech and Language*, 5(2), 139-155.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. (2006). *Developmental psychopathology: Theory and method*, vol. I (2nd ed.). New York: Wiley.
- Cielinski, K. L., Vaughn, B. E., Seifer, R., & Contreras, J. (1995). Relations among sustained engagement during play, quality of play, and mother-child interaction in samples of children with DS and normally developing toddlers. *Infant Behavior and Development*, 18, 163-176.
- Clarke-Stewart, K. A. (1980). The father's contribution to children's cognitive and social development in early childhood. In F. A. Pedersen (Ed.), *The father-infant relationship: Observational studies in a family setting* (pp. 1237-1247). New York: Praeger Special Publications.
- Cohen, J. F. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early Intensive Behavioral Treatment: Replication of the UCLA Model in a Community Setting. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(2), 145-155.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 673-691.
- Corkum, V., & Moore, C. (1998). The origins of joint visual attention in infants. *Developmental Psychology*, 34, 28-38.
- Cottini, L. (1993). *Strategie per l'apprendimento dell'handicappato mentale. Aspetti metodologici e tecnici dell'intervento educativo*. Milano: Franco Angeli.
- Cottini, L. (2002). *L' integrazione scolastica del bambino autistico. Aspetti metodologici e didattici*. Roma: Carocci.
- Cottini, L. (2004). *Didattica speciale e integrazione scolastica*. Roma: Carocci.
- Courchesne, E., Townsend, J., Akshoomoff, N. A., Saitoh, O., Yeung-Courchesne, R., Lincoln, A. J., James, H. E., Haas, R. H., Schreibman, L., & Lau, L. (1994). Impairment in shifting attention in autistic and cerebellar patients. *Behavioral Neuroscience*, 108, 848-865.
- Crawley, S. B., & Spiker, D. (1983). Mother-child interaction involving two-years olds with DS: A look at individual differences. *Child Development*, 54, 1312-1323.

Davidson, G., & Lazarus, A., (1994). Clinical innovation and evaluation. *Clinical Psychoanalysis: Science and Practice*, 1, 157-167.

Dawson, G., Hill, D., Spencer, A., Galpert, L., & Watson, L. (1990). Affective exchanges between young autistic children and their mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 335-345.

Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (a cura di). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina. Pp. 123-148.

de Falco, S. (2006). *L'attenzione condivisa nei Disturbi dello Spettro Autistico: valutazione, interazione e trattamento*. Tesi di dottorato. Università degli Studi Di Trento.

de Falco, S., Cainelli, S., Esposito, G., Bornstein, M., & Venuti, P. (2008). *Joint and social attention behaviors in ASD children attending a 'IAES' developmental intervention*. In International meeting for autism research. Atti del convegno: "IMFAR", London, 15th-17th May.

de Falco, S., Cimino, M., La Femina, F., & Venuti, P. (2008). Qualità della relazione affettiva madre-bambino e abilità ludiche in bambini con sindrome di Down. *Infanzia e adolescenza: psicodinamica e psicopatologia*, 7(3), 124-137.

de Falco, S., Esposito, G., Venuti, P., & Bornstein, M. H. (2008). Fathers' play with their Down Syndrome children. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(6), 490-502.

de Falco, S., & Venuti, P. (2006). E' possibile aumentare l'attenzione condivisa in soggetti con disturbo dello spettro autistico? *Giornale Italiano delle Disabilità*, 6(2), 14-27.

de Falco, S., Venuti, P., Esposito, G., & Bornstein, M. (2009). Mother-child and father-child emotional availability in down syndrome families. *Parenting: science and practice*, 9(3-4), 198-215.

Dolev, S., Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Yirmiya N. (2009). Emotional Availability in Mother-Child Interaction: The Case of Children with Autism Spectrum Disorders. *Parenting, Science and Practice*, 9 (3-4), 183-197.

Doussard-Roosevelt, A., Joe, C. M., Bazhenova, O. V., & Porges, S. W. (2003). Mother-child interaction in autistic and nonautistic children: Characteristics of maternal approach behaviours and child social responses. *Development and Psychopathology*, 15, 277-295.

Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive Behavioral Treatment at School for 4- to 7-Year-Old Children with Autism. *Behavior Modification*, 26, 49-68.

Emde, R. N. (1980). Toward a psychoanalytic theory of affect: vol. I. The organizational model and its propositions. In S. Greenspan & G. Pollock (Eds.), *The*

course of life: Psychoanalytic contributions toward understanding personality development. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Esposito, G., de Falco, S., & Venuti, P. (2008). Early communication signals in children with Autistic Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Intellectual Disability Research, 52*(8), 677.

Esposito, G., & Venuti P. (2008). Il pianto come indicatore precoce del disagio. *Infanzia e Adolescenza, 1*, 47-53.

Evans, C., Margison, F. & Barkham, M. (1998) The contribution of reliable and clinically significant change methods to evidence-based mental health. *Evidence Based Mental Health 1*:70-72

Ferguson R.J., Robinson A.B. & Splaine M. (2002) Use of the Reliable Change Index to evaluate clinical significance in SF-36 outcomes. *Quality of Life Research 11*: 509–516, 2002.

Fogel, A. (1995). Relational narratives of the pre-linguistic self. In P. Rochat (Ed.), *The self in early infancy: Theory and research* (pp. 117-139). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Fogel, A. (2001). *Infancy: infant, family, and society*. Belmont, C.A.: Wadsworth.

Fonagy P., Steele M., Steele H., Leigh T., Kennedy R., Mattoon G. & Target M. (1995). The predictive validity of Mary Main's Adult Attachment Interview: A psychoanalytic and developmental perspective on the transgenerational transmission of attachment and borderline states. In: Goldeberg S., Muir R. & Kerr J. (Eds), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1995, pp. 233-278.

Fonagy, P., & Moran, G. S. (1993). Selecting single case research designs for clinicians. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber & J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice* (pp. 62-95). New York: Basic Books.

Fredericks, D. W., & Larry Williams, W. (1998). New Definition of Mental Retardation for the American Association of Mental Retardation, *Journal of Nursing Scholarship, 30*(1), 53-56.

Frodi, A. M., Lamb, M. E., Leavitt, L. A., Donovan, W. L., Jeff, C., & Shery, D. (1978). Fathers' and mothers' responses to the faces and cries of normal and premature infants. *Development Psychology, 14*, 490-498.

George, C., & Solomon, J. (2002). Attaccamento e accudimento: il sistema comportamentale di accudimento. In J. Cassidy, P. R. Shaker (a cura di) *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore (Tr. it. 2002).

Glidden, L. M., Billings, F. J., & Jobe, B. M. (2006). Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 949-692.

Gotham K, Risi S, Pickles A, Lord C. (2007). The Autism Diagnostic Observation Schedule: revised algorithms for improved diagnostic validity. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 37 (4), 613–627

Greenspan, S. I. (1979). Social intelligence in the retarded. In N. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency, psychological theory and research*, 2nd ed. (pp. 483-531). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Greenspan, S. I. (1981). Defining childhood social competence: A proposed working model. In B. K. Keogh (Ed.), *Advances in special education*, vol. 3 (pp. 1-39). Greenwich, C.T. : JAI Press.

Greenspan, S. I. (1995). *The challenging child: Understanding, Raising and Enjoying the five "Difficult" Types of Children*. New York: Addison-Wesley.

Greenspan, S. I. (1997). The Developmental Structuralist Model of Early Personality Development. In S. Greenspan, S. Wieder & J. Osofsky (Eds.), *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 1. New York: John Wiley & Sons.

Greenspan, S. I., & DeGangi, G. A. (1997). *The functional emotional assessment scale. Revised version and reliability studies*. Unpublished study.

Greenspan, S. I., DeGangi, G. A., & Wieder, S. (2001). *The functional emotional assessment scale (FEAS) for infancy and early childhood: Clinical & research applications*. Bethesda, M.D.: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1, 87-141.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1998). *The Child with Special Needs*. New York: Perseus Pub.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2007). *Trattare l'autismo. Il modello Floortime per aiutare il bambino a rompere l'isolamento e a comunicare*. Milano: Raffaello Cortina.

Gresham, F. M., & MacMillan, D. L. (1997). Social competence and affective characteristics of students with mild disabilities. *Review of Educational Research*, 67, 377-415.

Griffiths, R. (1996). *Griffiths Mental Development Scales. Organizzazioni Speciali*. Firenze.

Haft, W. L., & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 10, 157-172.

- Halpern, D. F. (1992). *Sex differences in cognitive abilities* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Happe, F., Ehlers, S., Fletcher, P., Frith, U., Johansson, M., Gillberg, C., Dolan, R., Frackowiak, R., & Frith, C. (1996). 'Theory of mind' in the brain. Evidence from a PET scan study of Asperger syndrome. *Neuroreport*, 8, 197-201.
- Haviland, J., & Malatesta, C. Z. (1981). Fantasies, fallacies and facts: The development of sex differences in non-verbal signals. In C. Mayo & N. Henley (Eds.), *Gender and non-verbal behaviour* (pp. 183-208). New York: Springer-Verlag.
- Hewlett, B. (1992). *Father-Child Relations: Cultural and Biosocial Contexts*. New York: Aldine de Gruyter.
- Hodapp, R. M. (2002). Parenting children with mental retardation. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*, vol. 1: *How children influence parents*, 2nd ed. (pp. 355-381). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Hodapp, R. M. (2007). Families of persons with Down Syndrome: new perspectives, findings, and research and service needs. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 279-287.
- Hollingshead, A. (1975). Four factor index of social status. Unpublished manuscript. New Haven: Yale University Department of Sociology.
- Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A Comparison of Intensive Behavior Analysis and Eclectic Treatments for Young Children with Autism. *Research in Developmental Disabilities*, 26(4), 359-383.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(1): 12-19.
- Jacobson NS, Follette WC, Revenstorf D. Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behav Ther* 1984; 15(4): 336-352.
- Jacobson NS, Roberts LJ, Berns SB, McGlinchey JB. Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67(3): 300-307.
- Jaffe, J., Beebe, B., Felstein, S., Crown, C., & Jasnow, M. D. (2001). *Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing and social development*. Society of Child Development Monographs, Serial No. 265, Vol. 66(2). Oxford: Blackwell.
- Jones, E. A., & Carr, E. G. (2004). Joint attention and autism: Theory and intervention. *Focus on Autism and Developmental Disabilities*, 19, 13-26.

- Kaiser, A. P., Hemmeter, M. L., Ostrosky, M. M., Fischer, R., Yoder, P. J., & Keefer, M. (1996). The effects of teaching parents to use responsive interaction strategies. *Topics in Early Childhood Special Education, 16*, 375-406.
- Kalmanson, B. (2008). *Il trattamento dell'Autismo: secondo il modello DIR: seguire la guida del bambino*. Corso di formazione tenuto presso l'IRCCS della fondazione Stella Maris, Pisa.
- Kasari, C., Sigman, M., Mundy, P., & Yirmiya, N. (1988). Caregiver interactions with autistic children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 45-56.
- Kazdin, A. E. (1993). Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology, 5*, 277-310.
- Kazdin AE (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 19-71). NY: Wiley.
- Kazdin, A.E. (1981) Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(2), 183-192
- Kim, J. M., & Mahoney, G. (2004). Family and parental influences on the development of children with disabilities. *Korean Journal of Clinical Psychology, 23*(2), 281-295.
- Klein, P. S., Wieder, S., & Greenspan, S. I. (1987). *A Theoretical Overview and Empirical Study of Mediated Learning Experience: Prediction of Preschool Performance from Mother-Infant interaction Patterns*. *Infant Mental Health Journal, 8*, 2.
- Kochanska, G., Forman, D. R., & Coy, K. C. (1999). Implications of the motherchild relationship in infancy for socialization in the second year of life. *Infant Behavior and Development, 22*, 249-265.
- Koegel, L. K., Koegel, R. L., Harrower, J. K., & Carter, C. M. (1999). Pivotal response intervention I: Overview of approach. *Journal of the Association for Persons With Severe Handicaps, 24*, 174-185.
- Kugiumutzakis, G. (1998). Neonatal Imitation in the Inter-Subjective Companion Space. In S. Bråten (Ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Ontogeny* (pp. 63-88). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Hodapp, R. M. (2002). Parenting children with mental retardation. In M. H. Borstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (2nd ed.), vol. 1. (pp. 355-382). Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Lavelli, M. (2007). *Intersoggettività: origini e primi sviluppi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lavelli, M., & Fogel, A. (2005). Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: The 2-month transition. *Developmental Psychology, 41*(1), 265-280.

Lieberman, A. F., & Zeanah, C. H. (1999). Contributi della teoria dell'attaccamento alla psicoterapia bambino-genitore e altri interventi sui bambini. In J. Cassidy, P. R. Shaker (a cura di) *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore (Tr. it. 2002).

Lemanek, K. L., Stone, W. L., & Fishel, P. T. (1993). Parent-child interactions in handicapped preschoolers: The relationship between parent behaviors and compliance. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*, 68-77.

Leung, H. L., & Rheingold, H. L. (1987). Development of pointing as a social gesture. *Developmental Psychology, 171*, 215-220.

Lingiardi, V. (2006). La ricerca single case. In Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (a cura di). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina. Pp. 123-148.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., & Risi, S. (1998). Autism Diagnostic Observation Schedule. Los Angeles: Western Psychological Services.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 3-9.

Lovaas, O. I., Calouri, K., & Jada, J. (1989). The nature of behavioral treatment and research with young autistic persons. In C. Gillberg (Ed.). *Diagnosis and treatment of autism* (pp. 285-305). New York: Plenum.

Lovas, G. S. (2005). Gender and patterns of emotional availability in mother-toddler and father-toddler dyads. *Infant Mental Health Journal, 26*, 327-353.

Luna, B., Minshew, N. J., Garver, K. E., Lazar, N. A., Thulborn, K. R., Eddy, W. F., & Sweeney, J. (2002). Neocortical system abnormalities in autism: An fMRI study of spatial working memory. *Neurology, 59*, 834-840.

Mahoney, G. (2008). *Autism and Developmental Delays in Young Children: Responsive Teaching (Spiral-bound)*. Austin, TX: Pro-Ed.

Mahoney, G., Kim, J. M., & Lin, C. S. (2007). The Pivotal Behavior Model of Developmental Learning. *Infants and Young Children, 20(4)*, 311-325.

Mahoney, G., & MacDonald, J. (2004). *Responsive Teaching: Parent Mediated Developmental Intervention*. Cleveland, O.H.: Case Western Reserve University.

Mahoney, G., & MacDonald, J. (2007). *Autism and developmental delays in young children: The Responsive Teaching curriculum for parents and professionals*. Austin, TX: PRO-ED.

Mahoney, G., & Perales, F. (2003). Using relationship-focused intervention to enhance the social-emotional functioning of young children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education, 23*, 74-86.

Mahoney, G., & Perales, F. (2005). The impact of relationship focused intervention on young children with autism spectrum disorders: A comparative study. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics, 26*, 77-85.

Marfo, K. (1990). Maternal directiveness in interactions with mentally handicapped children: An analytical commentary. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 531-549.

Marfo, K., Cynthia, F. D., Dedrick, F., & Barbour, N. (1998). Mother-child interactions and the development of children with mental retardation. In A. B. Burack, R. M. Hodapp & E. F. Zigler, (Eds.), *Handbook of mental retardation and development* (pp. 637-668). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Maurice, C., Green, G., & Luce, S. C. (1996). *Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals*. Austin TX: Pro-Ed.

McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation, 97*(4), 359-372.

Meltzoff, A. N., & Gopnik, A. (1993). The role of imitation in understanding persons and developing theories of mind. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, H. & D. Cohen (Eds.). *Understanding other minds: Perspectives from autism*. Oxford: Oxford University Press.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. H. (1977). Imitation of facial and manual gestures by neonates. *Science, 198*, 75-78.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1992). Early imitation within a functional framework: The importance of person identity, movement, and development. *Infant Behavior and Development, 15*, 479-505.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1998). Infant intersubjectivity: broadening the dialogue to include intention, identity, and imitation. In S. Bråten (Ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny: A Sourcebook* (pp. 47-62). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Miller, L., Anzalone, M., Lane, S., Cermak, S., & Osten, B. (2007). Typology and terminology of sensory integration. *American Journal of Occupational Therapy, 61*(2), 135-140.

Minshew, N. J., Luna, B., & Sweeney, J. A. (1999). Oculomotor evidence for neocortical systems but not cerebellar dysfunction in autism. *Neurology, 52*, 917-922.

Mountz, J. M., Tolbert, L. C., Lill, D.W., Katholi, C. R., & Liu, H. G. (1995). Functional deficits in autistic disorder: characterization by technetium-99m-HMPAO and SPECT. *The Journal of Nuclear Medicine, 36*, 1156-1162.

Mundy, P. (1995). Joint Attention and Social-Emotional Approach Behavior in Children with Autism. *Development and Psychopathology, 7*, 63-82.

- Nagy, E., & Molnar, P. (1994). Homo Imitans or Homo Provocans? *International Journal of Psychophysiology*, 18(2), 128.
- Nakamura, W. M., Stewart, K. B., & Tatarka, M. E. (2000). Assessing Father-Infant Interactions Using the NCAST Teaching Scale: A Pilot Study. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 44-51.
- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 535-543.
- Osterling, J., & Dawson, G. (1994). Early, recognition of children with autism: A study of first birthday home video tapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 247-257.
- Ozonoff, S., & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(1), 25-32.
- Ozonoff, S., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081-1105.
- Palacio-Espasa, F. & Knauer, D. (2007). Brief mother-father-infant psychodynamic psychotherapy: clinical and technical aspects. In: M.E. Pozzi-Monzo & B. Tydemand (Eds), *Innovations in Parent Infant Psychotherapy* (pp. 62-80). Karnac Books.
- Panerai, S., Ferrante, L., & Zingale, M. (2002). Benefits of the TEACCH programme as compared with a non-specific approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(4), 318-327.
- Papousek, M., & Papousek, H. (1989). Forms and functions of vocal matching in interactions between mothers and their precanonical infants. *First Language*, 9, 137-158.
- Parke, R. D. (1972). Some Effects of Punishment on Children's Behaviour. In W. W. Hartup (Ed.), *The Young Child: Reviews of research*, vol. 2. Washington, D.C.: National Association for the Education of Young Children.
- Parke, R. D., & Sawin, D. B., & Douglas, B. (1976). The father's role in infancy: a re-evaluation. *Family Coordinator*, 25(4), 365-371.
- Parke, R. D., & Tinsley, B. R. (1981). The father's role in infancy: Determinants of involvement in caregiving and play. In M. E. Lamb (Ed.), *The Role of the Father in Child Development* (pp. 153-172) . New York: Wiley, 1976.
- Peeters, T., & Gillberg, C. (1999). *Autism: medical and educational aspects*. London: Wurr Publishers.

Perry J. C. (1990). Defense Mechanism Rating Scale. 5th edition. Versione originale pubblicata in Appendice al volume Lingiardi, V., & Madeddu, F. (1944). *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*. Cortina, Milano.

Perry, J.C., Cooper, S. (1989). An empirical study of Defence Mechanisms: clinical interview and life vignettes rating. *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-452.

Pino, O. (2000). The effect of context on mother's interaction style with Down's Syndrome and typically developing children. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 329-346.

Pozzi-Monzo, M.E., & Tydemand B., (2007), *Innovations in Parent Infant Psychotherapy* (pp. 62-80). Karnac Books.

Pressman, L., Pipp-Siegel, S., Yoshinaga-Itano, C., & Deas, A. (1999). Maternal sensitivity predicts language gain in preschool children who are deaf and hard of hearing. *Journal of Deaf Studies Deaf Education*, 4, 294-304.

Rapin, I. (1999). Autism in search of a home in the brain. *Neurology*, 52, 902-904.

Raymond, G. V., Bauman, M. L., & Kemper, T. L. (1996). Hippocampus in autism: a Golgi study. *Acta Neuropathol*, 91, 117-119.

Ricci, L. A., & Hodapp, R. M. (2003). Fathers of children with Down's Syndrome versus other types of intellectual disability: perceptions, stress and involvement. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 273-84.

Ring, H., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Williams, S., Brammer, M., Andrew, C., & Bullmore E. T. (1999). Cerebral correlates of preserved cognitive skills in Autism: A functional MRI study of Embedded Figures Task performance. *Brain*, 122, 1305-1315.

Roach, M. A., Stevenson Barratt, M., Miller, J. F., & Leavitt, L. A. (1998). The structure of mother-child play: Young children with Down Syndrome and typically developing children. *Developmental Psychology*, 34, 77-87.

Rodholm, M., & Larsson, K. (1979). Father-infant interaction at the first contact after delivery. *Early Human Development*, 3, 21-27.

Rogers, S. J. (1998). Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 168-179.

Rogers, S. J. (2000). Interventions that facilitate socialization in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders: Special Issue: Treatments for people with autism and other pervasive developmental disorders: Research perspectives*, 30, 399-409.

Rogers, S. J., & Dawson, G. (2007). *The Early Start Denver model*. New York: Guilford.

Rogers, S. J., & DiLalla, D. L. (1991). A comparative study of the effects of a developmentally based instructional model on young children with autism and young

children with other disorders of behaviour and development. *Topics in Early Childhood Special Education, 11*, 29-47.

Rogers, S. J., Hall, T., Osaki, D., Reaven, J., & Herbison, J. (2000). The Denver model: A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their families. In J.S. Handleman & S. L. Harris (Eds.), *Preschool Education Programs for Children with Autism*, 2nd ed. (pp. 95-133). Austin, TX: Pro-Ed.

Rogers, S. J., Hayden, D., Hepburn, S., Charlifue-Smith, R., Hall, T., & Hayes, A. (2006). Teaching young nonverbal children with autism useful speech: A pilot study of Denver model and PROMPT interventions. *Journal of Autism Developmental Disorders, 36*, 1007-1024.

Rogers, S. J., Herbison, J., Lewis, H., Pantone, J., & Reis, K. (1986). An approach for enhancing the symbolic, communicative, and interpersonal functioning of young children with autism and severe emotional handicaps. *Journal of the Division of Early Childhood, 10*, 135-148.

Rogers, S. J., & Lewis, H. (1989). An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 207-214.

Rogers, S. J., Lewis, H. C., & Reis, K. (1987). An effective procedure for training early special education teams to implement a model program. *Journal of the Division of Early Childhood, 11*, 180-188.

Roth, A. & Fonagy, P. (2004) *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research* (2nd edn). New York: Guilford Press (Venuti, Coco, Marcone, 2001);

Sagi, A., Tirosh, E., Ziv, Y., Guttman, S., & Lavie, P. (1998). *Attachment and sleep patterns in the first two years of life*. Paper presented at the 11th. biennial meeting of the International Conference of Infant Studies. Atlanta, G.A.

Sallows, G., & Graupner, T. (2005). Intensive Behavioral Treatment for Children with Autism: Four Year Outcome and Predictors. *American Journal on Mental Retardation, 110*(6), 417-438.

Sander, L. (1897). La "struttura degli eventi" nella regolazione del sistema neonato-caregiver come background biologico per l'organizzazione della struttura psichica nel bambino. Tr. it in L. Sander (a cura di), *Sistemi viventi. L'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza* (pp. 167-181). Milano: Raffaello Cortina, 2007.

Scaife, M., & Bruner, J. S. (1975). The capacity for joint visual attention in the infant. *Nature, 253*, 265-266.

Schmahmann, J. D., & Sherman J. C. (1998). The cerebellar cognitive affective syndrome. *Brain 128*, 561-579.

- Schopler, E., Mesibov, G. B., & Hearsey, K. (1995). Structured teaching in the TEACCH system. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.), *Learning and cognition in Autism* (pp. 243-267). New York: Plenum.
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Lansing, M. D. (1980). *Individualized Assessment and Treatment for Autistic and developmentally Disabled children*. Baltimore: University Park Press.
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1988). *The Childhood Autistic Rating Scale (CARS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Senese, V. P., La Femina, F., Buro, L., Saladino, G., & Di Lucia, G. (2008). *Effetti dello sviluppo atipico sulla relazione genitori-figli: uno studio preliminare*. Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Dinamico-Clinica, Padova.
- Shapiro, T., Frosch, E., & Arnold, S. (1987). Communicative Interaction between Mothers and Their Autistic Children: Application for a New Instrument and Changes After Treatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 485-490.
- Shin, J., Nhan, N. V., Crittenden, K. S., Hong, H. T. D., Flory, M., & Ladinsky, J. (2006). Parenting stress of mothers and fathers of young children with cognitive delays in Vietnam. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 748-760.
- Siller, M., & Sigman, M. (2002). The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 77-89.
- Skinner, B. F., & Fester, C. B. (1957). *Schedules of reinforcement*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment and Human Development*, 7, 769-282.
- Slade, G., Stone, P. A., & Radoslovich, E. W. (1985). Interlayer structures of the two-layer hydrates of Na- and Ca-vermiculites. *Clays Clay Miner*, 33, 51-61.
- Slade A., Bernbach, E., Grieneberger J., Levy, D.W., Locker, A., (2005). Addendum to Reflective Functioning Scoring Manual for use with Parent Development Interview. Version 2.0. Unpublished manual. New York
- Slade, A., Aber, J.L., Berger, B., Bresgi, I., & Kaplan, M. (2003). The Parent Development Interview – Revised. Unpublished protocol. The City University of New York.
- Sparrow, S.S., Balla, D.A., & Cicchetti, D. (2003). *Vineland Adaptive Behaviour Scale*. Organizzazioni Speciali. Firenze.
- Stern, D. N. (1974). Mother and infant at play: the diadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviors. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The effect of infant on its caregiver*. New York: Wiley.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Book.

Stern, D. N. (1998). *Le interazioni madre-bambino. Nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Raffaello Cortina.

Stern, D. N. (2004). *The First Relationship: Infant and Mother, with a New Introduction*. Cambridge: Harvard University Press.

Stern, D. N. (2007). La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino. Bollati Boringhieri.

Stoneman, Z. (2007). Examining the Down syndrome advantage: mothers and fathers of young children with disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(12), 1006-1017.

Surian, L. (2002). *Autismo. Indagini sullo sviluppo mentale*. Bari: Laterza.

Tamis-LeMonda, C. S., & Cabrera, N. (2002). *Handbook of Father Involvement: Multidisciplinary Perspectives*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.

Tomasello, M. (1995). Joint attention as social cognition. In C. Moore & P. Dunham (Eds.), *Joint attention: Its origins and role in development*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Trevarthen, C. (1977). Descriptive Analyses of Infant Communicative Behaviour. In H. R. Schaffer (Ed.), *Studies in Mother-Infant Interaction*. London: Academic Press.

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before Speech*. Cambridge: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (1993). The functions of emotions in early infant communication and development. In J. Nadel & L. Camaioni (Eds.), *New perspectives in early communicative development* (pp. 48-81). London: Routledge.

Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In S. Bråten (Ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny* (pp. 15-46). Cambridge: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (1999). How Music Heals. In T. Wigram & J. de Backer (Eds.), *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology*, (pp 7-10). London: Jessica Kingsley.

Trevarthen, C. (2001). Intrinsic motives for companionship in understanding: their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Journal*, 22, 95-131.

Trevarthen, C. (2003). Infant psychology is an evolving culture. *Human Development*, 46, 233-346.

- Trevarthen, C. (2005). Action and emotion in development of the human self, its sociability and cultural intelligence: Why infants have feelings like ours. In J. Nadel & D. Muir (Eds.), *Emotional Development* (pp. 61-91). Oxford: Oxford University Press.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 3-48.
- Trevarthen, C., & Hubley, P. (1978). Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In A. Lock (Ed.), *Action, gesture and symbol: The emergence of language* (pp. 183-229). London: Academic Press.
- Trevarthen, C., Kokkinaki, T., & Fiammenghi, G. (1999). What infant imitations can communicate; with mothers, with fathers and with peers. In J. Nadel & G. Butterworth (Eds.), *Imitation in Infancy* (pp. 127-169). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tronick, E. Z. (1982). Affectivity and Sharing. In E. Z. Tronick (Ed.), *Social Interchange in Infancy* (pp.1-8). Baltimore, MD: University Park Press.
- Tronick, E. Z. (1989). Le emozioni e la comunicazione affettiva nel bambino. In C. Riva Crugnola (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner* (pp. 41-62). Milano: Raffaello Cortina, 1999.
- Tronick, E. Z. (1998). Dyadically Expanded State of Consciousness and the Process of Therapeutic Change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290-299.
- Tronick, E. Z. (2003). Infant moods and the chronicity of depressive symptoms: The co-creation of unique ways of being together for good or ill, Paper I, The normal process of development and the formation of moods. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 4, 408-425.
- Tronick, E. Z. (2005). Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness: coherence governed selection and the cocreation of meaning out of messy meaning making. In J. Nadel & D. Muir (Eds.), *Emotional Development* (pp. 293- 315). Oxford University Press.
- Van Bourgondien, M. E., Reichle, N. C., & Schopler, E. (2003). Effects of a model treatment approach on adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 131-140.
- Venuti, P. (in press). *Bisogni educativi speciali: aspetti clinici ed intervento educativo*. Trento: Erickson.
- Venuti P., Esposito G. (2009) Percorsi terapeutici e lavoro di rete per i Disturbi dello Spettro Autistico. Percorsi Editore, Savigliano.
- Venuti, P. (2007). *Percorsi evolutivi. Forme tipiche e atipiche*. Roma: Carocci.
- Venuti, P. (2001). *L' osservazione del comportamento. Ricerca psicologica e pratica clinica*. Roma: Carocci.

- Venuti, P. (2003). *L'autismo. Percorsi d'intervento*. Roma: Carocci.
- Venuti, P., Cainelli, S., & Esposito, G. (2006). Scheda di osservazione funzionale per la valutazione diagnostica e la verifica degli esiti dell'intervento di supporto emotivo-relazionale. *Autismo*, 4(2), 191-202.
- Venuti, P., de Falco, S., Esposito, G., Bentenuto, A., Villotti, P., & Bornstein, M. H. (2008a). *Global affective quality and discrete synchronous behaviours in the interaction of mothers and children with Autism Spectrum Disorders*, 7° Annual International Meeting For Autism Research (IMFAR), May 15-17, London, U.K.
- Venuti, P., de Falco, S., Giusti, Z., & Bornstein, M. (2008b). Play and Emotional Availability in Young Children with Down Syndrome. *Infant Mental Health Journal*, 29(2), 133-152.
- Venuti, P., & Esposito, G. (2007). Come piangono i bambini con disturbo dello spettro autistico? *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 3(2), 325-344.
- Venuti, P., & Esposito G. (2008). Il pianto come indicatore precoce del disagio. *Infanzia e Adolescenza*, 7(1), 47-53.
- Venuti, P., Esposito, G., & Giusti, Z. (2004). A qualitative analysis of crying and vocal distress in children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 4-5.
- Venuti, P., Giusti, Z., La Femina, F., Esposito, G., & Domini, F. (2002). *Cry qualitative analysis in autistic children through home video*, VIII International Workshop "Cry Research", 27-29 Giugno, Padova, Italia.
- Venuti, P., Mazzeschi, C., Rossi, G., & Soperchi, E. (1997) Madre e bambino giocano insieme: valutazione di aspetti cognitivi ed interattivi. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 1(2), 217-237.
- Venuti, P., Cainelli, S., Esposito, G. (2004). A functional observation scale for the assessment of intervention programmes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48.
- Venuti, P., Coco, C. (2001). *Il codice della sincronia madre-bambino*. In Venuti, P. *L'osservazione del comportamento. Ricerca psicologica e pratica clinica*. Roma, Carocci, 2001.
- Venuti, P., Marcone, R. (2001). L'osservazione di soggetti con patologia autistica. In P. Venuti, *L'osservazione del comportamento. Ricerca psicologica e pratica clinica*. Roma, Carocci, 2001, pp. 181-198.
- Venuti, P., Marcone, R. (2003). Una griglia osservativa per la valutazione delle funzioni di base. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, VII, 2, 331-342.
- Venuti, P., Senese, V.P., (2007). Un questionario di autovalutazione degli stili parentali: uno studio su un campione italiano. *Giornale Italiano di Psicologia*, 3, pp. 677-698.
- Vismara, L.A., & Rogers, S.J., (2008). The Early Start Denver Model. *Journal of Early Intervention*, Vol. 31 (1), 91-108

Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2005). Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative, and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental, individual-difference, relationship-based (DIR) approach. *The Journal of Developmental and Learning Disorder*, 9, 1-29.

Wiefel, A., Wollenweber, S., Oepen, G., Lenz, K., Lehmkuhl, U., & Biringen, Z. (2005). Emotional availability in infant psychiatry. *Infant Mental Health Journal*, 26(4), 392-403.

Winnicott, D. W. (1967). Mirror-role of the mother and family in child development. In P. Lomas (Ed.), *The Predicament of the Family: A Psycho-Analytical Symposium* (pp. 26-33). London: Hogarth.

World Health Organization (2001). *Mental and neurological disorders*, «World Health Report», Fact sheet n° 265.

Yogman, M. W. (1981). Games fathers and mothers play with their infants. *Infant Mental Health Journal*, 2, 241-248.

Zero to Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Washington, D.C.: Zero to Three Press.

APPENDICE N. 1

GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Le misure dello sviluppo del bambino

1 Le Griffiths Developmental Mental Scales

Le Griffiths Developmental Mental Scales (GDMS, Griffiths, 1996, 2006) costituiscono assieme alla terza edizione delle Bayley Scales of Infant and Toddler Development (Bayley-III, Bayley, 2006) le scale più ampiamente utilizzate in ambito di clinico e di ricerca, per la valutazione dell'intelligenza. Le GDMS misurano aspetti dello sviluppo significativi per l'intelligenza in bambini dalla nascita agli otto anni. Le GDMS sono costituite da sei scale che indagano diverse aree del funzionamento del bambino: Locomozione, Personale e sociale, Ascolto e comunicazione, Coordinazione occhio mano, Performance, Ragionamento pratico. Le scale in questione forniscono una misura dell'età mentale generale (quoziente di sviluppo) e un'età di sviluppo in ciascuna delle sei aree di funzionamento. I punteggi ottenuti consentono di collocare lo sviluppo del bambino nelle diverse fasce della normalità e di individuare la presenza e il livello di un ritardo mentale, differenziando lo sviluppo tipico da quello atipico.

Inoltre, l'analisi qualitativa della distribuzione dei quozienti e delle età di sviluppo consentono l'individuazione del profilo evolutivo del bambino mediante l'individuazione delle sue aree di forza e di debolezza. Informazioni che risultano indispensabili per la progettazione di un percorso riabilitativo individualizzato (Chakrabarti, Fombonne, 2005; Chilosi, Pecini, Cipriani, Brovedani, Brizzolara, Ferretti, Pfanner, Cioni, 2005; Colleen, Adnams, Piyadasa, Kodituwakku, Hay, Molteno, Viljoen, May, 2009).

L'applicazione delle GDMS su 70 bambini ed adolescenti con diagnosi di autismo ha messo in evidenza la presenza di un profilo cognitivo caratterizzato da picchi nei domini motorio e visuo-spaziale e deficit nelle aree verbali e ragionamento pratico (Sandberg, Nyden, Gillberg, Hjelmquist, 1993; Gillberg & Coleman, 2000). Diversamente nei casi di ritardo mentale si riscontra un profilo cognitivo caratterizzato da bassi punteggi rispetto alla norma ma in assenza di evidenti disarmonie ad eccezioni di alcune sindrome genetiche quali la sindrome di Williams in cui le abilità linguistiche appaiono maggiormente preservate rispetto a quelle visuo-motorie.

2 Autism Diagnostic Observation Schedule (A.D.O.S.)

L'Autism Diagnostic Observation Schedule (Lord, Rutter, DiLavore, Risi, 1998) è attualmente considerato il test con maggiore validità per la diagnosi dei Disturbi dello Spettro Autistico. È uno strumento di osservazione semistrutturata utilizzabile con bambini, adolescenti, e adulti. Prevede la predisposizione di specifiche situazioni standardizzate tali da sollecitare la messa in atto da parte del soggetto di comportamenti di interazione sociale, comunicazione, gioco, ed uso simbolico di materiali. E' un test di tipo criteriale e permette una classificazione in: soggetto con disturbo autistico; con disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato; o senza disturbo generalizzato dello sviluppo. Lo strumento è composto da 4 moduli. Ogni modulo prevede situazioni diverse calibrate sull'età e sul livello di sviluppo dell'individuo ma sempre finalizzate a sollecitare i comportamenti fondamentali per effettuare una diagnosi di disturbo pervasivo dello sviluppo. Molte ricerche in letteratura hanno accertato la capacità discriminante dell'ADOS rispetto a soggetti con diverse tipologie di disturbo pervasivo dello sviluppo (De Bildt, Sytema, Ketelaars, 2003; de Bildt, Sytema, Ketelaars, 2004; Lord et al., 2000). Per ciascun modulo, la somministrazione prevede attività specifiche che vengono poi vengono trasversalmente codificate in base ad una serie di item in riferimento a 5 gruppi principali: Linguaggio e Comunicazione; Interazione sociale reciproca; Immaginazione; Comportamenti stereotipati ed interessi ristretti; Altri comportamenti anomali. In particolare, sulla base dei punteggi ad alcuni item specifici derivati dalle aree della Comunicazione e linguaggio e dell'Interazione sociale reciproca, è possibile calcolare un algoritmo diagnostico che consente di valutare se il soggetto esaminato risulta diagnosticabile come autistico, affetto da un disturbo dello spettro autistico o fuori dello spettro.

3 Le Vineland Adaptive Behaviour Scales II

Le Vineland Adaptive Behaviour Scales II (VABS-II Sparrow, Balla & Cicchetti, 2003) sono uno strumento standardizzato ampiamente utilizzato nell'ambito della disabilità che indaga il comportamento adattivo delle persone dalla nascita ai 21 anni. Il comportamento adattivo è definito rispetto al grado di indipendenza personale e responsabilità sociale che un soggetto riesce a raggiungere rispetto a quanto atteso per la sua età e appartenenza culturale.

Attraverso un'intervista semistrutturata fatta ad uno dei genitori o ad un educatore che ha una conoscenza approfondita del soggetto in esame sono raccolte informazioni

basilari sul funzionamento del bambino in quattro aree: comunicazione, abilità quotidiane, socializzazione e abilità motorie. Ogni macroarea è costituita da diversi sottodomini, per l'area comunicazione: ricezione, espressione e scrittura; per l'area delle abilità quotidiane: autonomia personale, domestica e comunità; per l'area della socializzazione: relazioni interpersonali, gioco e tempo libero, regole sociali; infine per l'area delle abilità motorie: competenze grosso motorie e fino motorie.

Le scale in questione forniscono una misura generale del livello adattivo (quoziente di adattamento), misure standardizzate per le 4 macroaree (quozienti di sviluppo e punteggi ponderati) e per ogni singola abilità viene calcolato un punteggio standard (punteggio ponderato), l'età di sviluppo corrispondente e il livello di adattamento espresso su una scala a 5 livelli (alto, moderatamente alto, adeguato, moderatamente basso e basso). La VAB II inoltre presenta una scala che misura il livello di non adattamento del soggetto. La scala è composta da tre aree una che misura i comportamenti esternalizzanti, una i comportamenti internalizzanti e una che valuta altri comportamenti. Ogni scala è costituita da 12 items per un totale di 36 items. I punteggi ottenuti sono trasformati in punteggi standard che corrispondono a tre livelli di non adattamento: nella norma, elevato e clinicamente significativo rispetto ai soggetti della stessa età.

I punteggi ottenuti consentono di collocare lo sviluppo del bambino nelle diverse fasce della normalità e di individuare la presenza e il livello di un ritardo nello sviluppo.

Evidenze cliniche supportano l'uso delle VABS – II nelle diverse forme di sviluppo atipico quali il ritardo mentale, autismo, ADHD e ritardo del linguaggio (Sparrow, Cicchetti, Balla, 2005; Klin, Saulnier, Sparrow, Cicchetti, Volkmar, Lord, 2006; Miles, Cicchetti, Sparrow, Klin, Volkmar, Coflin, Booker, 2004; Msall, 2007; Balboni, Bianchi, Iglizzi, Tasso, 2007).

4 La Scala di Valutazione delle Funzioni di Base

Nel lavoro con bambini piccoli la conoscenza delle funzioni acquisite e di quelle ancora in fase d'acquisizione è un requisito necessario non solo per la comprensione delle modalità di funzionamento di un bambino ma ai fini di una diagnosi quanto più precoce possibile e per la progettazione di un intervento riabilitativo individualizzato. La Scala di Valutazione delle Funzioni di Base (SVFB, Venuti, Coco, Marcone, 2001; Venuti, Marcone, 2001; Venuti, Marcone, 2003; Venuti, 2003; Venuti, Cainelli, Esposito, 2004, Marcone 2007, Marcone 2008) si muove sulla linea proposta in letteratura già da

Trevarthen (1979, 1990, 1998), Greenspan (1997, 1998), Venuti (1999, 2001, 2003, 2004) e sollecitata dall'O.M.S. (1980, 1998, 1999). La SVFB è uno strumento osservativo che nasce dal lavoro clinico con soggetti con diagnosi di autismo. Le prime applicazioni sono state effettuate con soggetti adulti e successivamente a seguito di diversi adattamenti la scala è stata utilizzata per la strutturazione di una *base line* di un bambino di trentuno mesi, i cui genitori avevano notato l'insorgere di uno sviluppo poco armonico (Venuti, Marcone, 2001). La non invasività dello strumento associata alla grande precisione che offre nella descrizione del funzionamento del bambino fanno della SVFB uno strumento di grande rilevanza nella pratica clinica sia in fase diagnostica sia per la valutazione dell'andamento del trattamento. Ciò ha reso necessario un lavoro di validazione e standardizzazione su un campione di bambini con sviluppo tipico che è attualmente completato (Marcone 2007). A seguito di tale lavoro molti item sono stati eliminati e altri accorpati. Allo stato attuale la scala è composta da undici aree funzionali, ognuna delle quali con un numero di item compreso tra tre e undici. Le scale sono:

1. sensazione e percezione: rispettivamente fanno riferimento alla capacità del bambino di recepire la realtà, di sentire se stesso e il proprio corpo in rapporto allo spazio e agli oggetti circostanti e alla capacità di integrare tra loro diverse sensazioni che provengono dal mondo esterno, di completarle con le tracce di sensazioni precedenti e di dar loro un significato;
2. attenzione e associazione: rispettivamente fanno riferimento al processo mentale di attivazione, orientamento e consapevolezza messo in atto in reazione a uno stimolo e alla capacità basilare di coordinare diverse schemi senso motori.
3. emozione: è intesa come una reazione affettiva intensa con insorgenza acuta e generalmente di breve durata determinata da uno stimolo ambientale. La presenza di un'emozione si manifesta generalmente attraverso una reazione espressiva facciale caratteristica oppure attraverso comportamenti "anomali" quali alterazioni della voce, tic, scappar via, urlare.
4. motricità: è una funzione complessa che si manifesta nel movimento in senso generale, nella postura, nei gesti e nell'insieme delle realizzazioni posturali e gestuali del soggetto. La scala prevede item che descrivono sia la motricità "fine" che "grossa".
5. intenzione: è uno stato mentale che esprime il livello di attività dell'individuo, la sua motivazione cosciente a vivere un'esperienza. L'intenzionalità insieme alla

reciprocità sociale sono i precursori di funzioni cognitive molto più evolute come l'attenzione condivisa e il linguaggio.

6. imitazione: fa riferimento alla capacità del bambino di riprodurre in maniera conscia o inconscia un modello comportamentale. È un processo di apprendimento che prosegue di pari passo allo sviluppo dell'intelligenza. Si passa da una imitazione riflessa, all'imitazione funzionale, all'imitazione differita o indiretta, all'imitazione propriamente detta attuata per scopi di conoscenza e adattamento alla realtà.
7. interazione: si intende l'azione o l'influenza reciproca tra due individui nel corso della quale ciascuno entra in contatto con l'altro ed eventualmente ne subisce delle modificazioni. L'interazione è alla base di ogni relazione affettiva ed è una attività che il bambino mette in atto fin dai primi momenti di vita, attivando delle predisposizioni innate alla relazione con il mondo sociale.
8. comunicazione e linguaggio: in senso molto ampio fa riferimento alla capacità del bambino di scambiare messaggi con gli altri utilizzando diversi canali comunicativi. Il tipo di canale usato (non verbale vs verbale) si modifica con il progredire dell'età del bambino. In questa sede l'attenzione è rivolta a individuare se esiste nel soggetto un'intenzione comunicativa e un referente e se lo stesso ha la possibilità di usare un canale prelinguistico o un canale verbale.
9. istinto: si intende una risposta organizzata, adattata a una determinata situazione ambientale. Il comportamento istintivo sarebbe quindi quello che non viene appreso, che si mantiene costante nel corso di tutta la vita del soggetto e che viene attivato anche senza consapevolezza. In particolare, ci si vuole riferire a quelle modalità comportamentali che il soggetto agisce in maniera non consapevole e che non sempre sono soggette a modificazione attraverso gli apprendimenti.
10. regolazione: ci si riferisce alla capacità di un soggetto di controllare e regolare il proprio comportamento in base alle informazioni che riceve dal proprio interno (es. stimolo della stanchezza) e dal mondo esterno (contesto). La regolazione implica il saper controllare le proprie azioni dando loro regolarità e ritmicità. In questa sede l'uso del termine è riferito anche alla prevedibilità del comportamento di un soggetto e quindi alla possibilità di anticipare le sue azioni in base ai segnali da lui emessi.

11. autonomia: si intende la capacità del bambino di eseguire azioni o schemi che gli permettano di accudire se stesso. Si tratta di un progressivo passaggio da compiti inizialmente svolti dall'adulto a compiti svolti da egli stesso per far fronte alle necessità di cura del proprio corpo.

Le aree funzionali sono raggruppate in quattro macro-aree: funzionamento cerebrale (sensazione e percezione, attenzione e associazione, emozione, motricità), processi psicologici di base (intenzione, imitazione, interazione), capacità di essere con gli altri (interazione, comunicazione e linguaggio) e funzioni istintive ed emozionali (istinto, regolazione, autonomia).

La scala viene compilata dall'osservatore subito dopo la seduta con il bambino o dopo avere visionato il filmato della stessa. L'osservatore attribuisce ad ogni item un punteggio che va da uno a cinque. Il punteggio è un indice del livello della frequenza (assenza, raro, poco frequente, frequente e molto frequente) del comportamento osservato. Il punteggio massimo (5) rappresenta il livello più alto di funzionamento del bambino rispetto a quel comportamento. Pertanto gli item che indicano la presenza di comportamenti non adattivi hanno i punteggi invertiti (il valore 5 indica l'assenza del comportamento target). Le osservazioni relative alle singole funzioni indagate saranno condotte ripetutamente ad intervalli di un mese. La SFB è riportata per iteri nell'Appendice 1.

5. Il Codice del Joint Engagement

L'attenzione condivisa rappresenta un processo interattivo attraverso il quale due persone condividono (più o meno) attivamente la loro attenzione su uno stesso oggetto o evento e sono (più o meno) consapevoli che l'attenzione di entrambi sia effettivamente rivolta verso questo stesso oggetto o evento (de Falco, 2006; Tomasello, 1995). Pertanto con il termine joint engagement si fa riferimento ad un insieme di condotte volte ad ottenere, seguire e condividere l'attenzione con un'altra persona (Leekam, Baron Cohen, Perrett, Milders, Brown, 1997) su uno stesso oggetto od evento che ha luogo in un contesto sociale (Adamson e McArthur, 1995) al fine di dividerne la consapevolezza (Mundy, Sigman, Ungerer, e Sherman, 1986).

Diversi studi condotti su bambini con sviluppo tipico ed atipico suggeriscono che il processo di condivisione dell'attenzione contribuisce in modo essenziale allo sviluppo delle abilità simboliche del bambino (Charman, 1997; Hobson, 1993; Mundy e Crowson, 1997; Werner e Kaplan, 1963), delle abilità linguistiche (Baldwin, 1995;

Bates et al. 1979; Bruner, 1975; Mundy e Crowson, 1997; Harris, Kasari e Sigman, 1996), dei processi generali della cognizione sociale (Baron-Cohen, 1995; Bruner, 1975; Mundy, 1995; Tomasello, 1995), l'imitazione (Roeyers, Van Oost, e Bothuyne, 1998; Whalen, 2001), le funzioni esecutive (Stahl e Pray, 2002) e i processi attentivi di base (Leekam, Lopez e Moore, 2000). Inoltre l'attenzione condivisa è considerata una base per i processi che mediano l'intersoggettività secondaria (Trevarthen, 1998) e la motivazione ad entrare in relazione con il mondo (Mundy, 1995). Esistono diversi strumenti osservativi e procedure sperimentali per la valutazione dell'attenzione condivisa, in questo studio è stato utilizzato il sistema di codifica proposto da Bakeman e Adamson (1984; 2004), applicabile a sessioni di interazione tra il bambino e un adulto o tra il bambino e un suo pari.

La codifica continua del comportamento classifica l'attività del bambino in sei categorie distinte e mutuamente escludentesi, della durata di almeno 3 secondi, che caratterizzano vari stati di coinvolgimento del bambino con le persone (in questo caso un genitore e il terapeuta) o gli oggetti dell'ambiente. Le categorie sono:

- 1) *unengaged*: il bambino sembra non essere coinvolto con nessuna specifica persona, oggetto o attività, ma può guardarsi intorno come per cercare qualcosa da fare;
- 2) *onlooking*: il bambino osserva l'attività svolta da un'altra persona, spesso intenzionalmente, ma senza prendervi parte;
- 3) *person*: il bambino è coinvolto esclusivamente con l'altra persona, come nelle interazioni faccia a faccia o nei giochi fisici;
- 4) *objects*: il bambino è impegnato da solo con uno o più oggetti;
- 5) *passive joint*: il bambino e l'altra persona sono attivamente coinvolti sullo stesso oggetto, ma il bambino mostra scarsa consapevolezza del coinvolgimento e addirittura della presenza dell'altro;
- 6) *coordinated joint*: il bambino è attivamente coinvolto e coordina la sua attenzione tra un oggetto e l'altra persona che è coinvolta con lui.

Nell'utilizzo del sistema di codifica per questo lavoro sono state usate cinque categorie aggiuntive, per classificare l'attività del bambino in situazioni che non rientravano nelle categorie precedentemente descritte. Le categorie aggiuntive sono:

- 1) *not classifiable*: il bambino non è visibile nell'inquadratura della videoregistrazione;
- 2) *therapist onlooking*: il bambino osserva l'attività svolta dal terapeuta, spesso intenzionalmente, ma senza prendervi parte;

- 3) *therapist person*: il bambino è coinvolto esclusivamente con il terapeuta, come nelle interazioni faccia a faccia o nei giochi fisici;
- 4) *therapist passive joint*: il bambino e il terapeuta sono attivamente coinvolti sullo stesso oggetto, ma il bambino mostra scarsa consapevolezza del coinvolgimento e addirittura della presenza dell'altro;
- 5) *therapist coordinated joint*: il bambino è attivamente coinvolto e coordina la sua attenzione tra un oggetto e il terapeuta che è coinvolto con lui.

Inoltre, per migliorare l'attendibilità del sistema di codifica, sono state stipulate delle convenzioni che sono riportate in appendice.

Per la codifica del comportamento è stato usato il programma software Obswin che permette di effettuare una codifica continua della frequenza e della durata dei comportamenti registrando l'inizio e la fine di ogni attività.

Le osservazioni relative ai comportamenti di engagement del bambino sono state misurate ripetutamente in ogni seduta.

Per la valutazione della relazione tra genitore e bambino sono state utilizzate:

6. Le Emotional Availability Scales

Le Emotional Availability Scales (EAS, 4^a ed.; Biringen, Robertson, Emde, 2008) sono un nuovo strumento di valutazione che misurano il livello di disponibilità emotiva della coppia basata sul grado di accessibilità reciproca e sulla capacità di leggere e rispondere adeguatamente ai segnali emotivi del partner (Ainsworth et al. 1978). Quello della disponibilità emotiva è un costrutto diadico elaborato a partire dalla teoria dell'attaccamento e dalle sue successive rielaborazioni che fa riferimento alla qualità affettiva globale della relazione tra caregiver e bambino, puntando sullo scambio reciproco dei segnali emotivi, quale barometro del funzionamento diadico (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Biringen & Robinson, 1991; Emde, 1980). Numerosi studi hanno messo in luce una associazione significativa tra diverse dimensioni discrete della relazione madre-bambino e la disponibilità emotiva, che può pertanto essere considerata un indice globale della qualità affettiva della relazione (Biringen, 2000; Easterbrook & Biringen, 2000, 2005; Robinson, Little, & Biringen, 1993; Pressman, Pipp-Siegel, Yoshinaga-Itano, & Deas, 1999; Zimmerman & McDonald, 1995).

Le EAS hanno operazionalizzato la disponibilità emotiva diadica in 6 scale di cui 4 dimensioni si riferiscono alla disponibilità emotiva del genitore verso il bambino

(Sensitivity, Structuring, Nonintrusiveness e Nonhostility) e 2 dimensioni alla disponibilità emotiva del bambino verso il genitore (Responsiveness e Involvement). Tutte le scale misurano il costrutto che rappresentano su una scala ordinale che va da 1 a 7 laddove 1 rappresenta il livello basso o assente mentre 7 il livello massimo.

1. La scala della **Sensitivity** misura la capacità di porsi in sintonia con il bambino e di rispondere ai suoi segnali emotivi con un affetto positivo adeguato.
2. La scala dello **Structuring** misura la capacità di strutturare la relazione in modo comprensibile per il bambino e di rendere il mondo “fruibile” al bambino in modo da favorirne l’esplorazione.
3. La scala della **Nonintrusiveness** misura la capacità di lasciarsi guidare dal bambino senza limitare i suoi tentativi di esplorazione e la sua autonomia.
4. La scala della **Nonhostility** misura la capacità di non esprimere rifiuto nei confronti del bambino né attraverso ostilità nascosta (insofferenza, noia, ecc.) né attraverso aggressività manifesta.
5. La scala della **Responsiveness** misura la propensione del bambino a rispondere ai comportamenti della madre associata ad una qualità positiva dell’affetto che accompagna l’interazione.
6. La scala dell’**Involving** misura l’abilità del bambino di invitare e coinvolgere il genitore nel gioco. Le iniziative e i coinvolgimenti devono essere equilibrati rispetto alla sua necessaria autonomia nel gioco.

In contrasto con gli approcci che prendono in considerazione i singoli comportamenti separatamente rilevati, l’uso della EAS fornisce un giudizio globale e olistico; l’osservatore usa segnali provenienti dal contesto interattivo nel suo complesso per dedurre l’adeguatezza dei comportamenti all’interno della specifica interazione. La solida base teorica, il training specifico per raggiungere l’affidabilità con gli autori della scala e la completezza del manuale di applicazione rendono le EAS uno strumento valido per la codifica osservativa delle interazioni madre-bambino (Easterbrooks, Biringen, 2005). La validità di costrutto dello strumento è stata ampiamente dimostrata sulla base dell’associazione sia concorrente che predittiva con diverse misure dell’attaccamento (Easterbrooks e Biringen, 2000, 2005).

Per l’applicazione delle EAS nelle situazioni di sviluppo atipico gli autori hanno recentemente fornito delle linee guida per l’utilizzo delle scale con bambini affetti da diverse forme di disabilità, compresi i DSA e la sindrome di Down (Biringen et al., 2005). Tali linee guida sono state prese in considerazione per la codifica delle EAS nel

presente studio. In particolare, gli autori sottolineano come sia possibile ed auspicabile che un genitore sensibile sia in grado di cogliere, almeno parzialmente, i segnali emotivi del figlio anche quando questi sono poco intelligibili.

7. Il Codice di Valutazione della Sincronia Madre-Bambino

Come dimostrato dagli studi condotti all'interno della infant research e della teoria basata sull'intersoggettività, la funzione principale dell'interazione madre-bambino sembrerebbe essere quella di favorire il realizzarsi di un adattamento reciproco tra i due membri della diade (Greenspan, 1997). In questo gioco di scambi basati sull'affetto il ruolo della madre sarebbe principalmente quello di inserirsi in maniera opportuna con i suoi comportamenti nelle attività e nelle pause del bambino cercando di trasformare i suoi comportamenti in uno scambio interattivo, interpersonale e armonico, basato sull'integrazione temporale delle risposte della madre e del bambino (Shaffer, 1977). Lo scambio genitore bambino pertanto è caratterizzato da sequenze interattive sincroniche e asincroniche. Con il termine *sincronia* si fa riferimento ad una fondamentale modalità di comportamento ricorrente tra le madri utile al raggiungimento di una condivisione dell'attenzione con il proprio bambino (Venuti, 2001). In dettaglio, concerne la capacità della madre di negoziare la relazione mettendo in atto dei comportamenti volti al rispetto e all'adeguamento dei tempi del bambino; infatti, seguendo le attività del bambino la madre cerca di sostenerlo nell'attività o di stimolarlo intervenendo nei momenti di pausa. Con il termine *asincronicità*, invece, si fa riferimento ad una situazione in cui sussiste una certa difficoltà a mettere in atto comportamenti adeguati che possano facilitare la mutualità dello scambio tra i membri della diade, venendosi così a creare una situazione interattiva nella quale i due membri della coppia agiscono ciascuno per conto proprio (Venuti, 2001).

L'analisi dettagliata dei comportamenti attivati all'interno degli scambi interattivi dalla madre e dai bambini impegnati in momenti di gioco congiunto ha consentito l'elaborazione di un sistema di codifica capace di misurare questi due costrutti il *codice della sincronia madre bambino*.

Ogni situazione di viene analizzata considerando i momenti principali che descrivono le attività dei due membri della diade, ossia:

- 1) il momento di *inizio* che si riferisce ad un'intenzione espressa da un membro della coppia rispetto ad un gioco e si presenta unicamente dopo un momento di pausa o all'inizio della sessione di gioco;

- 2) la situazione di *risposta* che si riferisce al momento in cui il membro che ha ricevuto la proposta decide o meno di aderire;
- 3) la situazione dell'*azione di gioco* relativa alla fase centrale dell'interazione, in cui si può avere una situazione di condivisione o si possono notare dei cambiamenti nell'interazione da parte di entrambi i componenti della coppia.

Ad ogni momento specifico si identificano diverse categorie con cui si codificano il comportamento della madre e del bambino.

Le categorie che descrivono il comportamento della madre sono:

- *madre propone* (MP): i comportamenti della madre sono propositivi e danno inizio allo scambio interattivo e si possono verificare quando il bambino non è interessato a nessun gioco e la mamma prende un gioco, lo mostra al bambino oppure quando sussiste un momento di pausa nell'attività di gioco dovuti ad eventi esterni, a comportamenti della madre o del bambino o anche di entrambi i membri della coppia;
- *madre condivide* (MC): rientrano in questa categoria i comportamenti materni che favoriscono e mantengono l'interazione durante una situazione di gioco comune con il bambino. La madre e bambino guardano lo stesso oggetto o lo stesso evento (ad esempio la mamma può guardare il bambino che sta giocando con il trenino) oppure la madre utilizza scambi verbali e non verbali affettivamente orientati (ad esempio commenti affettivi, scambi di sguardi o sorrisi, contatto fisico di natura affettiva);
- *madre dirige* (MD): la mamma tende a strutturare e organizzare l'attenzione e l'attività del bambino rispetto al gioco condiviso (ad esempio la mamma interviene mentre il bambino sta giocando con le botti affinché faccia una torre rispettando dei precisi canoni).
- *madre niente* (MN): con questo codice si identificano tutte le situazioni in cui non è possibile identificare il comportamento emesso in quanto la madre è uscita dal campo di osservazione.
- *madre altro* (MA): questa categoria viene utilizzata per codificare tutti i comportamenti materni che non rientrano all'interno delle categorie su descritte.

Relativamente al bambino si possono evidenziare le seguenti categorie:

- *bambino propone* (BP): nel quale rientrano i comportamenti tramite i quali il bambino esprime un'intenzione e può verificarsi attraverso azioni

del bambino orientate ad uno scopo (il bambino guarda un oggetto e si avvicina ad esso e guarda un oggetto e lo porge alla madre) oppure attraverso quei comportamenti che cercano di attirare l'attenzione dell'adulto per raggiungere l'obiettivo desiderato

- *bambino non accetta* (BNA): il bambino rifiuta la proposta della madre ad esempio non guardando l'oggetto che la madre gli propone o allontanandolo;
- *bambino condivide* (BC): il bambino partecipa all'attività di gioco con la madre e questo avviene attraverso diversi modi: il bambino condivide il focus d'attenzione della madre oppure continua il gioco intrapreso dalla coppia o si impegna in scambi affettivamente orientati, scambi di sguardi e di sorrisi;
- *bambino gioca solo* (BGS): il bambino rifiuta l'intervento della madre e continua il gioco precedentemente intrapreso ma senza coinvolgere la mamma;
- *bambino altro* (BGA): il bambino rifiuta l'intervento o la proposta della mamma e intraprendere un'attività con un altro gioco;
- *bambino niente* (BN): con questo codice si identificano tutte le situazioni in cui non è possibile codificare alcun comportamento in quanto il bambino è uscito dal campo visivo.

Gli strumenti utilizzati per valutare gli aspetti della genitorialità sono:

8 Parental Style Questionnaire

Per la valutazione degli stili parentali è stato utilizzato il Parental Style Questionnaire (QSP; Bornstein, Tamis-LeMonda, 1989) nella versione italiana valicata da Venuti e Senese (2007).

Il QSP è un questionario self-report somministrato al genitore che classifica il tipo di stile educativo come *sociale, didattico o limitante*.

Il questionario prevede 46 item che descrivono diverse qualità e comportamenti riferiti a situazioni di interazione con il bambino. Sia nella versione originale che nella versione italiana, lo strumento è composto da differenti forme in grado di prendere in considerazione i tre ambiti fondamentali dell'interazione genitori-figli: i comportamenti messi in atto nella realtà (*stile reale*; Forma A) e come vorrebbero che fosse idealmente il proprio comportamento (*stile ideale*; Forma B), una che valuta come è il

comportamento parentale del partner nella realtà (*stile reale*; Forma C), una che valuta come vorrebbero che fosse idealmente il comportamento parentale del partner (*stile ideale*; Forma D). In questo studio è stato preso in considerazione solo la forma A che valuta il comportamento reale. Il questionario è composto da 19 item e ai partecipanti viene chiesto di valutare la frequenza con cui ciascun comportamento viene messo in atto. Le risposte sono raccolte

mediante una scala tipo Likert a 5 punti, da *mai* (=1) a *sempre* (=5). L'ambito *sociale* è valutato da 6 item del tipo "Trascorro del tempo parlando o conversando con mio figlio" o "Fornisco a mio figlio dimostrazioni di affetto attente e calorose". L'ambito *didattico* è valutato attraverso 9 item, del tipo "Lascio a mio figlio del tempo in cui possa esplorare ed imparare da solo in maniera indipendente" o "Organizzo per mio figlio regolarmente attività programmate quali corso di nuoto, ginnastica, musica". Infine, l'ambito *limitante* è valutato attraverso 4 item del tipo "Sottolineo l'importanza di tener fede alle regole" e "Fornisco la disciplina e la fermezza necessarie per insegnare il rispetto per l'autorità". Per ogni ambito viene calcolato il punteggio medio, che esprime il tipo di stile che il genitore pensa di attivare più frequentemente con il proprio bambino. La scala con il punteggio più alto viene considerato lo stile preferenziale del genitore verso il bambino in questione.

Nella versione italiana (Venuti, Senese, 2007) le caratteristiche psicometriche di ciascuna forma dello strumento sono risultate perfettamente comparabili a quelle riportate per il campione americano. In particolare per la Forma A le correlazioni con i dati americano sono: stile Sociale = .74; stile Didattico = .63; stile Disciplinate = .54.

Lo strumento è stato somministrato durante le fasi di pre e post trattamento.

9. Parenting Stress Index – Short Form

Lo stress genitoriale rappresenta una forma di stress psicologico connesso alle richieste e alle esigenze proprie della funzione parentale (Muratori, Maestro, Polidori, 2006). Attualmente viene considerato come una delle variabili maggiormente coinvolte nella strutturazione di relazioni genitore bambino disfunzionali (Abdin, 1992; Belsky, 1984; Rodgers, 1993) e come uno dei fattori di rischio per l'insorgere della psicopatologia infantile (Deater – Deckard, 1998).

Il livello di stress parentale risulta essere più elevato nelle situazioni in cui il genitore si percepisce come meno competente, in cui non riceve un adeguato supporto dall'ambiente e soprattutto nei casi in cui il figlio di cui si prendono cura presenta

problemi comportamentali (Deater – Deckard, 1998; Mash e Johnston, 1990). Il livello di stress risulta essere fortemente associato agli stili parentali, in particolare genitori con alti livelli di stress presentano modalità di cura più autoritarie, rigide e con minore coinvolgimento emotivo (Belsky, Woodworth e Crinc, 1996; McBride e Mills, 1994).

Uno degli strumenti più noto per la misura del livello di stress connesso alla funzione parentale è il Parenting Stress Index sia nella forma estesa che nella forma breve (Abidin, 1997). Nel presente studio è stata utilizzata la forma breve del questionario nella sua versione italiana (PSI-Forma Breve (Guarino, Di Balsio, D'Alessio, Camisasca, Serantoni, 2008).

Il PSI-FB è un questionario self report che misura lo stress associato alle tre categorie principalmente coinvolte nella percezione globale dello stress genitoriale, ossia: il distress del genitore, le interazioni disfunzionali tra il genitore e il bambino e le difficoltà associate con il temperamento del bambino. A queste tre categorie corrispondono le tre scale dello strumento.

La scala del *distress genitoriale* (PD) offre una misura del livello di stress che il genitore sta percependo nel suo ruolo genitoriale rispetto alle sentimento di competenza personale nel rispondere alle richieste connesse a questo ruolo, lo stress connesso alle limitazioni che il prendersi cura di un figlio porta negli altri ambiti di vita del genitore, la mancanza di supporto sociale e il grado di disaccordo con il coniuge. La scala comprende 12 item del tipo “Mi sono ritrovata a rinunciare a gran parte della mia vita per seguire i bisogni del mio bambino più di quanto mi aspettassi”. La scala *dell'interazione disfunzionale genitore-bambino* (P.CDI) misura il livello di discrepanza che il genitore avverte tra ciò che si aspetta dal figlio e come è nella realtà nonché le interazioni che non lo fanno sentire un genitore capace ma piuttosto respinto, rifiutato o messo alla prova dal bambino. La scala comprende 12 item del tipo “Qualche volta ho la sensazione di non piacere al mio bambino e sento che lui non vuole stare vicino a me”. Infine, la scala del *Bambino difficile* (DC) valuta alcune caratteristiche del temperamento e del comportamento del bambino che lo rendono difficile da gestire, quali disobbedienza, ostinazione, comportamenti di sfida o eccessivamente richiestivi. Punteggi elevati in questa scala lasciano supporre l'esistenza di un problema di autoregolazione del bambino. La scala comprende 12 item del tipo “Stabilire l'orario dei pasti e del sonno del mio bambino è stato molto più difficoltoso di quanto mi aspettassi”.

La somma dei punteggi alle tre scale offre una misura del livello di stress globale che il genitore sta sperimentando in quel periodo.

Ai partecipanti viene chiesto di valutare il loro grado d'accordo con ciascuna frase. Le risposte sono raccolte mediante una scala di tipo likert a 5 punti da AA = molto d'accordo; A = d'accordo; NS = non sicuro; D = in disaccordo; DD = molto in disaccordo. Per ogni sottoscala e per la scala globale si calcola il percentile e la deviazione standard corrispondente al punteggio grezzo ottenuto.

Il questionario è stato somministrato nella fase pre e post trattamento.

10. Defence Mechanisms Rating Scale

La Defence Mechanisms Rating Scale (DMRS, Perry, 1990), una scala che prende in esame 27 meccanismi di difesa selezionati sul riscontro in letteratura di singole definizioni teoriche chiare e di una dimostrata attendibilità (Perry & Cooper, 1989). Le difese sono classificate su 7 livelli organizzati gerarchicamente dal più basso (livello uno) al più alto (livello sette). La DMRS fornisce informazioni sia qualitative accertando la presenza o l'assenza di una difesa sia quantitative fornendo informazioni sulla frequenza con cui una difesa viene utilizzata. Infine, per ogni colloquio la DMRS fornisce un indice globale del funzionamento difensivo (Overall Defensive Functioning index, ODF) che costituisce un indicatore oggettivo del livello di funzionamento del soggetto.

11. La scala del funzionamento riflessivo genitoriale

Il funzionamento riflessivo del genitore esprime la capacità dell'adulto di riuscire a pensare al proprio bambino, a se stesso come genitore e alla propria relazione con il figlio in termini di stati mentali. Ciò implica uno sforzo esplicito nel comprendere ciò che spinge il proprio e altrui comportamento cogliendone l'affetto, la motivazione, le intenzioni e i pensieri (Slade, et al 1985; 2003, 2005).

I primi studi sulla capacità riflessiva del genitore sono stati condotti da Fonagy e coll. (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon & Target, 1995) all'interno di un lungo lavoro sulla trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. Gli autori sottolineavano che uno dei fattori maggiormente associati alla qualità dell'attaccamento del genitore e capaci di predire il pattern di attaccamento del figlio è la capacità dell'adulto di mentalizzazione, ossia di riflettere sulle proprie esperienze infantili vissute

nella relazione con i genitori riuscendo a cogliere il loro significato e l'impatto che esse avevano avuto sulla loro personalità.

Diversamente dagli studi di Fonagy che descrivono il modo in cui gli adulti riflettono sulle esperienze passate, Slade e coll. (2003, 2005) hanno analizzato la capacità del genitore di riflettere sulle rappresentazioni che si sta creando nella relazione attuale con il proprio figlio. La funzione riflessiva viene indagata attraverso un'intervista semistrutturata che indaga le rappresentazioni genitoriali: il Parental Development Interviewn (PDI, Slade, Aber, Berger, Bresgi & Kaplan, 2003). Il PDI è un'intervista costituita da 30 domande aperte che indagano l'immagine che il genitore ha del proprio bambino, la relazione che ha con lui, gli aspetti affettivi relativi all'essere genitore, la storia familiare, gli aspetti legati alla separazioni dal figlio, l'impatto che il figlio ha avuto sulla vita del genitore.

Le risposte sono analizzate tenendo conto di 4 aspetti generali del funzionamento riflessivo:

1. la consapevolezza circa la natura degli stati mentali
2. lo sforzo esplicito di comprendere gli stati mentali che sottendono i comportamenti
3. il riconoscimento degli aspetti evolutivi degli stati mentali
4. la capacità di riconoscere la diversità degli stati mentali della persona a cui si riferiscono le proprie esperienze.

Ogni aspetto include diverse sottocategorie che consentono di valutare il livello di funzionamento riflessivo raggiunto dal genitore misurato con una scala che va da -1 che indica l'assenza di un funzionamento riflessivo associato a negatività e un disturbo del pensiero a 9 che indica un alto funzionamento riflessivo. Un alto funzionamento riflessivo (che va da 7 a 9) esprime la capacità del genitore di cogliere diversi aspetti del funzionamento mentale del bambino e proprio, di cogliere gli aspetti evolutivi e le dinamiche che intercorrono negli scambi interattivi. Ancora un alto funzionamento riflessivo implica la capacità del genitore di cogliere il ruolo delle proprie esperienze infantili sulle sue modalità parentali. La capacità media di riflessione di un genitore si colloca su un valore di 5 che implica la capacità di cogliere e di interpretare in maniera originale e personale gli stati mentali propri e del figlio riferendo l'impatto che questi hanno sul proprio e altrui comportamento. Questi non devono essere inferiti dall'osservatore ma resi espliciti dal genitore nella narrazione.

La codifica si applica solo su 15 domande del PDI e per ognuna si attribuisce un punteggio della scala. È inoltre possibile calcolare un indice generale del funzionamento riflessivo tenendo conto della modalità riflessiva generale utilizzata dal genitore durante tutta l'intervista.

Appendice n.2

RISULTATI

1. DESCRITTIVE REGOLAZIONE

Caso 1: DSA a basso funzionamento cognitivo

Tabella 1

Punteggi ottenuti nella fase pre e post trattamento alle sezioni D e E dell'ADOS

	PRE	POST	Decremento percentuale
SEZIONE D: COMPORAMENTI STEREOTIPATI ED INTERESSI RISTRETTI			
Interessi sensoriali insoliti	2	0	
Manierismi	1	1	
Comportamento auto aggressivo	0	0	
Interessi ripetitivi o comportamenti stereotipati	2	2	
<i>Totale</i>	5	3	40%
SEZIONE E: ALTRI COMPORAMENTI ANORMALI			
Iperattività	1	0	
crisi di rabbia, negativismo, distruttività	1	0	
Ansia	1	0	
<i>Totale</i>	3	0	100%

Tabella 2

Punteggi medi delle fasi di pre e trattamento alle sottoscale della SVFB

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI DI BASE					
SESSIONI	SP	IS	AS	REG	REG-IG
1 PRE	4	4	2,1	2,5	3,6
2 PRE	4,2	4	2,3	2,5	3,3
3 PRE	3,1	5	3	2,6	3,4
4 TRAT	3,7	4,7	4	3,4	3,9
5 TRAT	4,3	5	4	3,7	4,2
6 TRAT	4,3	5	4	3,7	4,2
7 TRAT	4,3	4,7	4,2	4,3	4,4
8 TRAT	4,4	5	4	3,9	4,3
9 TRAT	3,7	5	3,8	3,3	4,1
INCR. %	-7,5%	25%	81%	32%	14%

Legenda: IS: SP: Sensazione e Percezione, Istinto, AA: Attenzione e Associazione, REG: Regolazione; IG-REG: indice generale Regolazione.

Tabella 3
Frequenze e durate relative delle variabili attenzione focalizzata e non focalizzata

	Frequenze relative attenzione	Frequenze relative non attenzione	Durate relative attenzione	Durate relative non attenzione
BAS 1	0,6282	0,3718	0,5003	0,4996
BAS 2	0,5778	0,4222	0,2548	0,7452
BAS 3	0,6487	0,3514	0,5061	0,4939
BAS 4	0,685	0,3151	0,8759	0,1241
TRATT 1	0,6722	0,3279	0,667	0,3331
TRATT 2	0,7319	0,2683	0,7627	0,2373
TRATT 3	0,6567	0,3433	0,743	0,2567
TRATT 4	0,7247	0,2754	0,6321	0,368
TRATT 5	0,8	0,2	0,7743	0,2256
TRATT 6	0,6831	0,3171	0,7179	0,2821
TRATT 7	0,6668	0,3333	0,5787	0,4213
TRATT 8	0,625	0,375	0,5521	0,448
TRATT 9	0,8	0,2	0,7102	0,2898
TRATT 10	0,6983	0,3019	0,7701	0,2298
TRATT 11	0,6136	0,3864	0,641	0,3589
TRATT 12	0,7454	0,2545	0,6395	0,3605
TRATT 13	0,7692	0,2308	0,6995	0,3006
TRATT 14	0,6111	0,3889	0,5538	0,4462
TRATT 15	0,7353	0,2647	0,9094	0,0906
TRATT 16	0,6667	0,3333	0,6987	0,3014

Tabella 4
Descrittive delle durate e frequenze relative nelle tre fasi dell'intervento

	DURATE RELATIVE				FREQUENZE REALTIVE			
	ATTENZIONE		NON ATTENZIONE		ATTENZIONE		NON ATTENZIONE	
	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st
PRE	0,53	0,26	0,47	0,26	0,63	0,04	0,37	0,04
TRAT 1	0,68	0,09	0,33	0,085	0,69	0,05	0,31	0,05
TRAT 2	0,70	0,11	0,26	0,11	0,71	0,07	0,29	0,07
INCR %	31,05		-35,61		11,12		-19,36	

CASO 2: RITARDO MENTALE

Tabella 5

Punteggi medi delle fasi di pre e trattamento alle sottoscale della SVFB

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI DI BASE					
SESSIONI	SP	IS	AS	REG	REG-IG
1 PRE	4,7	3,8	4,7	4,1	4,4
2 PRE	4,6	3,5	5	4,1	4,3
3 PRE	4,9	3,8	4,7	4,2	4,4
4 TRAT	4,9	3,6	5	4,3	4,4
5 TRAT	4,9	3,6	4,7	4,3	4,3
6 TRAT	4,9	4,3	4,7	4,3	4,5
7 TRAT	5	4,4	5	4,6	4,7
8 TRAT	5	4,4	5	4,5	4,7
9 TRAT	5	4,5	5	4,5	4,8
INCR. %	6,2	16,3	7,3	9,8	9,6

Tabella 6

Frequenze e durate relative delle variabili attenzione focalizzata e non focalizzata codice del Joint Engagment

	Freq. Rel. attenzione	Freq. Rel. non attenz.	Dur. Rel. attenzione	Dur. Rel. non attenz.
BAS 1	0,76	0,24	0,81	0,19
BAS 2	0,84	0,16	0,9	0,1
BAS 3	0,91	0,09	0,8	0,2
BAS 4	0,8	0,2	0,88	0,12
TRATT 1	0,89	0,11	0,91	0,09
TRATT 2	0,77	0,23	0,72	0,28
TRATT 3	0,85	0,15	0,9	0,1
TRATT 4	0,72	0,28	0,71	0,29
TRATT 5	0,86	0,14	0,88	0,12
TRATT 6	0,68	0,32	0,66	0,34
TRATT 7	0,76	0,24	0,81	0,19
TRATT 8	0,77	0,23	0,9	0,1
TRATT 9	0,77	0,23	0,8	0,2
TRATT 10	0,83	0,17	0,77	0,23
TRATT 11	0,67	0,33	0,73	0,27
TRATT 12	0,79	0,21	0,88	0,12
TRATT 13	0,74	0,26	0,77	0,23
TRATT 14	0,83	0,17	0,94	0,06
TRATT 15	0,68	0,32	0,83	0,18
TRATT 16	0,87	0,13	0,96	0,04

Tabella 7

Media e deviazioni standard delle durate e frequenze relative nelle tre fasi dell'intervento

	DURATE RELATIVE				FREQUENZE REALTIVE			
	Attenzione		Non attenzione		Attenzione		Non attenzione	
	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st
PRE	0,85	0,06	0,15	0,06	0,83	0,06	0,17	0,06
TRAT 1	0,81	0,10	0,18	0,10	0,79	0,07	0,21	0,07
TRAT 2	0,84	0,08	0,16	0,08	0,77	0,07	0,23	0,07
INCR%	-1,47		9%		-6,6%		31,9%	

CASO 3: DSA ALTO FUNZIONAMENTO COGNITIVO

Tabella 8

Punteggi ottenuti nella fase pre e post trattamento alle sezioni D e E dell'ADOS

	PRE	POST	Decremento percentuale
SEZIONE D: COMPORAMENTI STEREOTIPATI ED INTERESSI RISTRETTI			
interessi sensoriali insoliti	1	0	
Manierismi	1	0	
Comportamento auto aggressivo	0	0	
interessi ripetitivi o comportamenti stereotipati	1	1	
<i>Totale</i>	3	1	66%
SEZIONE E: ALTRI COMPORAMENTI ANORMALI			
Iperattività)	0	0	
crisi di rabbia, negativismo, distruttività	0	0	
Ansia	0	0	
<i>Totale</i>	0	0	

Tabella 9

Punteggi medi delle fasi di pre e trattamento alle sottoscale della SVFB

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI DI BASE					
SESSIONI	SP	IS	AS	REG	REG-IG
1 PRE	SP	IS	AS	REG	IG-REG
2 PRE	3,57	5	3,285	3,67	3,88125
3 PRE	3,71	5	3	3,67	3,845
4 TRAT	3,833	5	3,285	3,78	3,9745
5 TRAT	4,143	5	3,125	3,667	3,98375
6 TRAT	4,857	5	3,5	4	4,33925
7 TRAT	4,857	5	4,375	4,22	4,613
8 TRAT	4,571429	5	4,375	4,1	4,511607
9 TRAT	4,571429	5	4,375	4,3	4,561607
INCREM. %	4,875	5	4,75	4,667	4,823

Tabella 10

Frequenze e durate relative delle variabili attenzione focalizzata e non focalizzata

	Freq. Rel. attenzione	Freq. Rel. non attenz.	Dur. Rel. attenzione	Dur. Rel. non attenz.
BAS 1	0,7	0,3	0,7	0,3
BAS 2	0,6	0,4	0,7	0,3
BAS 3	0,7	0,3	0,7	0,3
BAS 4	0,8	0,2	0,7	0,3
TRATT 1	0,7	0,3	0,6	0,4
TRATT 2	0,8	0,2	0,9	0,1
TRATT 3	0,7	0,3	0,9	0,1
TRATT 4	0,8	0,2	0,7	0,3
TRATT 5	0,6	0,4	0,8	0,2
TRATT 6	0,7	0,3	0,7	0,3
TRATT 7	0,8	0,2	0,8	0,2
TRATT 8	0,9	0,1	0,8	0,2
TRATT 9	0,7	0,3	0,7	0,3
TRATT 10	0,8	0,2	0,8	0,2
TRATT 11	0,8	0,1	0,8	0,2
TRATT 12	0,7	0,3	0,7	0,3

Tabella 11

	DURATE RELATIVE				FREQUENZE REALTIVE			
	Attenzione		Non attenzione		Attenzione		Non attenzione	
	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st
PRE	0,71	0,01	0,29	0,01	0,69	0,06	0,31	0,05
TRAT 1	0,76	0,09	0,24	0,1	0,72	0,09	0,29	0,09
TRAT 2	0,78	0,07	0,22	0,07	0,77	0,07	0,22	0,07
INCR%	10,25		-24,14		11,19		-29,03	

DESCRITTIVE RECIPROCIÀ

CASO 1: DSA A BASSO FUNZIONAMENTO COGNITIVO

Tabella 12

Punteggi medi delle fasi di pre e trattamento alle sottoscale della SVFB

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI DI BASE				
SESSIONI	EM	IM	INTER	IG - REC
1 PRE	1,6	1	1,8	1,45
2 PRE	1,6	1,25	1,8	1,55
3 PRE	1,2	1,25	1,6	1,35
4 TRAT	2	1,25	3	2,08
5 TRAT	2,8	3	3,6	3,13
6 TRAT	2,6	1,25	3,4	2,42
7 TRAT	2	1,67	3,2	2,28
8 TRAT	2,2	1	3,6	2,27
9 TRAT	2,6	1	3,4	2,33
INCREM. %	62,5	0	88,89	59,09

Legenda: EM: Emozione, IM: Imitazione, INTER: Interazione; IG-REC: Indice Generale Reciprocità

Tabella 13

Frequenze e durate relative delle variabili del coinvolgimento coordinato passivo e attivo

	FREQUENZE RELATIVE			DURATE RELATIVE		
	coordinata passiva	Coordinata attiva	Totale Freq. Relat.	coordinata passiva	coordinata attiva	Totale Durate Rel
1	0,141	0,1026	0,2436	0,1007	0,0533	0,154
2	0,1556	0,0222	0,1778	0,0575	0,0033	0,0608
3	0,1351	0,0811	0,2162	0,0709	0,01	0,0809
4	0	0	0	0	0	0
5	0,0164	0,0164	0,0328	0,0025	0,0108	0,0133
6	0,0244	0,0366	0,061	0,0216	0,0441	0,0657
7	0,0299	0,0149	0,0448	0,0097	0,0276	0,0373
8	0	0,058	0,058	0	0,1848	0,1848
9	0,2	0,08	0,28	0,4185	0,0393	0,4578
10	0,0488	0,0244	0,0732	0,1394	0,0032	0,1426
11	0,2	0,0667	0,2667	0,1982	0,0466	0,2448
12	0,1042	0	0,1042	0,1499	0	0,1499
13	0,2182	0,0182	0,2364	0,2007	0,01	0,2107
14	0,1887	0,0755	0,2642	0,4571	0,1074	0,5645
15	0,0909	0,0227	0,1136	0,2889	0,005	0,2939
16	0,2364	0,1818	0,4182	0,3863	0,0633	0,4496
17	0,0192	0	0,0192	0,0067	0	0,0067
18	0,0278	0,1944	0,2222	0,1188	0,1565	0,2753
19	0,2059	0,1471	0,353	0,2838	0,1026	0,3864
20	0,15	0,1333	0,2833	0,3006	0,1241	0,4247

Tabella n. 14
Descrittive durate relative coordinamento congiunto

	Coordinata passiva		Coordinata attiva		Totale	
	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st
PRE	0,06	0,04	0,02	0,02	0,07	0,06
TRATT 1	0,12	0,14	0,04	0,06	0,16	0,14
TRATT 2	0,24	0,14	0,07	0,06	0,33	0,1
INCR %	300%		250%		371,43	

Tabella n. 15
Descrittive frequenze relative coordinamento congiunto

	Coordinata passiva		Coordinata attiva		totale	
	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st
PRE	0,11	0,07	0,05	0,05	0,16	0,11
TRATT 1	0,08	0,08	0,04	0,03	0,12	0,09
TRATT 2	0,14	0,09	0,09	0,08	0,24	0,13
INCR %	31,70		87,71		49,79	

CASO 2: RITARDO MENTALE

Tabella n. 16
Punteggi medi delle fasi di pre e trattamento alle sottoscale SVFB

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI DI BASE				
SESSIONI	EM	IM	INTER	IG - REC
1 PRE	3	1,25	4	2,75
2 PRE	2,8	1,25	3,4	2,48
3 PRE	2,8	1,25	4	2,68
4 TRAT	3,4	1,25	4	2,88
5 TRAT	3,8	2	4	3,27
6 TRAT	3,4	2,5	4	3,3
7 TRAT	4	2,75	4,6	3,78
8 TRAT	4	3,5	5	4,17
9 TRAT	3,8	3,5	5	4,1

Tabella 17
Frequenze e durate relative coinvolgimento coordinato

Time	FREQUENZE RELATIVE			DURATE RELATIVE		
	coordinata passiva	coordinata attiva	totale	coordinata passiva	coordinata attiva	totale
1	0,08	0,05	0,13	0,09	0,04	0,13
2	0,16	0,07	0,23	0,18	0,08	0,26
3	0,16	0,08	0,24	0,16	0,11	0,27
4	0,05	0,03	0,08	0,03	0,03	0,06
5	0,11	0,13	0,24	0,11	0,26	0,37
6	0,01	0,04	0,05	0,02	0,03	0,05
7	0,25	0,01	0,26	0,36	0,01	0,37
8	0,06	0,01	0,07	0,06	0,01	0,07
9	0,18	0,11	0,29	0,19	0,13	0,32
10	0,04	0,08	0,12	0,03	0,08	0,11
11	0,1	0,1	0,2	0,07	0,07	0,14
12	0,14	0,11	0,25	0,19	0,09	0,28
13	0,18	0,06	0,24	0,25	0,08	0,33
14	0,14	0,1	0,24	0,12	0,09	0,21
15	0,13	0,11	0,24	0,2	0,08	0,28
16	0,22	0,08	0,3	0,23	0,07	0,3
17	0,09	0,1	0,19	0,07	0,11	0,18
18	0,19	0,19	0,38	0,18	0,39	0,57
19	0,28	0	0,28	0,45	0	0,45
20	0,23	0,1	0,33	0,3	0,11	0,41

Tabella 18
Media delle durate relative coinvolgimento coordinato

	Coordinata passiva		Coordinata attiva		Totale	
	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st
PRE	0,14	0,05	0,08	0,04	0,18	0,10
T1	0,11	0,12	0,08	0,08	0,21	0,14
T2	0,21	0,11	0,11	0,12	0,34	0,13
Inc %	47,38		48,37		89,58	

Tabella 19
Media delle frequenze relative coinvolgimento coordinato

	Coordinata passiva		Coordinata attiva		Totale	
	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st
PRE	0,11	0,06	0,06	0,02	0,17	0,08
T1	0,11	0,08	0,07	0,05	0,19	0,09
T2	0,18	0,06	0,09	0,05	0,28	0,06
Inc %	62,22		60,87		71,76	

CASO 3: DSA ALTO FUNZIONAMENTO

Tabella n. 20

Punteggi medi delle fasi di pre e trattamento alle sottoscale SVFB

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI DI BASE				
SESSIONI	EM	IM	INTER	IG – REC
1 PRE	1,5	1	2,2	1,566667
2 PRE	1	1,25	2,2	1,483333
3 PRE	1	1,25	2	1,416667
4 TRAT	2	1,75	2,2	1,983333
5 TRAT	1,5	1,5	2	1,666667
6 TRAT	3,5	3	3,4	3,3
7 TRAT	3	3,33	3,4	3,243333
8 TRAT	3	3,5	3,4	3,3
9 TRAT	3	3,5	4	3,5

Tabella 21

Frequenze e durate relative coinvolgimento coordinato

Time	DURATE RELATIVE			FREQUENZE RELATIVE		
	Coordinata passiva	Coordinata attiva	totale	coordinata passiva	coordinata attiva	Totale
1	0,04	0,02	0,06	0,04	0,01	0,05
2	0,09	0,05	0,14	0,17	0,09	0,26
3	0,13	0,05	0,18	0,1	0,09	0,19
4	0,13	0	0,13	0,12	0	0,12
5	0,18	0,01	0,19	0,13	0,02	0,15
6	0,37	0	0,37	0,32	0	0,32
7	0,17	0,13	0,3	0,13	0,1	0,23
8	0,25	0,1	0,35	0,21	0,19	0,4
9	0,02	0,08	0,1	0,01	0,36	0,37
10	0,13	0,02	0,15	0,17	0,02	0,19
11	0,02	0,08	0,1	0,01	0,36	0,37
12	0,37	0	0,37	0,32	0	0,32
13	0,04	0,02	0,06	0,04	0,01	0,05
14	0,09	0,05	0,14	0,17	0,09	0,26
15	0,13	0,05	0,18	0,1	0,09	0,19
16	0,13	0	0,13	0,12	0	0,12

Tabella 22

Media delle durate relative coinvolgimento coordinato

	Coordinata passiva		Coordinata attiva		Totale	
	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st
PRE	0,11	0,5	0,05	0,04	0,16	0,09
T1	0,16	0,1	0,12	0,13	0,28	0,1
T2	0,3	0,06	0,2	0,05	0,5	0,07
Inc %	148,06		342,11		207,53	

Tabella 23
Media delle frequenze relative coinvolgimento coordinato

	Coordinata passiva		Coordinata attiva		Totale	
	Media	Dev.st	Media	Dev.st	Media	Dev.st
PRE	0,09	0,04	0,03	0,02	0,13	0,05
T1	0,19	0,12	0,06	0,05	0,24	0,11
T2	0,3	0,06	0,1	0,01	0,4	0,06
Inc %	176,9		166,7		174,5	

RINGRAZIAMENTI

Molte sono le persone che hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro e che desidero ringraziare. Innanzitutto voglio ringraziare Paola Venuti, per aver creduto in me fin da quando mi ha conosciuta da lauerata al suo corso sull'osservazione infantile, per aver pianto con me quando ero preoccupata sull'incertezza del mio futuro professionale, per avermi guidato nel mondo della clinica dello sviluppo, per aver condiviso momenti felici e difficili della mia vita, per avermi tenuta vicina quando avevo bisogno di sicurezza e avermi lasciata andare quando ho sentito il bisogno di esplorare anche altri ambienti, per avermi supportato e stimolato sempre con entusiasmo e forza nel lavoro clinico, per avermi aiutato nel difficile compito di integrare il mondo della clinica con quello della ricerca.

Ringrazio Simona de Falco per i suoi suggerimenti e per il supporto emotivo. Ringrazio Gianluca Esposito e Paolo Senese per i preziosi consigli metodologici. Ringrazio lo staff del Laboratorio di Osservazione e Diagnostica Funzionale per aver contribuito alle codifiche dei video. Ringrazio Roberto Marcone per aver contribuito al raggiungimento dell'affidabilità nelle osservazioni.

Ringrazio i genitori e i bambini che hanno partecipato allo studio per essersi affidati a noi e per aver contribuito alla realizzazione di un nuovo metodo per lavorare con i bambini con bisogni speciali nei primi 5 anni di vita.

Ringrazio la mia famiglia che mi ha supportato e sopportato in questi mesi di lavoro intenso.