

Il video-feedback come intervento di supporto alla genitorialità per il trattamento delle difficoltà emotive e comportamentali



Furio Lambruschi*, Francesca Lionetti**,
Melvin Piro***, Lavinia Barone****

[Ricevuto il 3 febbraio 2020

Accettato il 10 marzo 2020]

Sommario

La teoria dell'attaccamento ha contribuito in modo importante al diffondersi di una serie di interventi rivolti alla diade genitore-bambino, la cui efficacia è stata dimostrata su base sperimentale, grazie ai rigorosi strumenti metodologici di cui dispone. Si tratta di programmi di intervento volti a sostenere lo sviluppo positivo della diade e in particolare a promuovere relazioni di attaccamento sicure e a ridurre il rischio di problematiche di tipo esternalizzante nei bambini. In questo contributo intendiamo proporre una rassegna ragionata dei principali interventi di *video-feedback*, orientati all'attaccamento e finalizzati oltre che al sostegno e alla promozione delle competenze genitoriali, anche al trattamento delle difficoltà emotive e comportamentali del bambino e dell'adolescente, definendone le caratteristiche principali e i contesti di applicazione. Data la centralità in questi programmi dell'uso del video, intendiamo anche delinearne l'evoluzione storica e il suo valore come tecnica specifica nel lavoro clinico in età evolutiva. Da ultimo verranno riassunti quelli che a nostro parere rappresentano gli ingredienti fondamentali delle procedure di *video-feedback*, evidenziandone operativamente alcune possibili linee di utilizzo strategico in coerenza con la prospettiva clinica cognitivo-costruttivista. Nel far ciò verrà posta particolare attenzione al costrutto di disciplina sensibile

* Psicologo, psicoterapeuta, direttore SBPC Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Centro di Terapia Cognitiva Forlì. e-mail: furio.lambruschi@gmail.com

** Psicologa, psicoterapeuta e dottore di ricerca, Università G. d'Annunzio di Chieti-Pescara, Chieti, e Queen Mary University of London.

*** Psicologo, psicoterapeuta, Centro di Terapia Cognitiva, Forlì.

**** Psicologa, psicoterapeuta, professore ordinario di Psicologia dello Sviluppo e dell'educazione, Università di Pavia.

Autore corrispondente: Furio Lambruschi, furio.lambruschi@gmail.com

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 46/2020

Doi: 10.3280/qpc46-2020oa10161

47

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.
For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org/>.

Furio Lambruschi et al.

(*sensitive discipline*), importante soprattutto lavorando con i disturbi esternalizzanti o in un'ottica di prevenzione.

Parole chiave: attaccamento, interventi *evidence-based*, *video-feedback*, disciplina sensibile.

Abstract

The use of video-feedback interventions to promote positive parenting and reduce behavioural and emotional problems in children

Attachment theory has extensively contributed to the development and validation of evidence-based interventions to promote positive parenting and healthy parent-child attachment relationships. Specifically, these interventions aim at promoting secure attachment relationships and at decreasing the risk of externalizing behavioural problems in children. In this contribution we provide a critical review of currently available video-feedback techniques for promoting positive parenting, defining key features and contexts of application.

In this work we provide a critical review of currently available attachment-based video-feedback techniques aimed not only at supporting and promoting parenting skills, but also at treating the emotional and behavioral difficulties of the child and adolescent. In doing so we will also describe, for each technique presented, key features and contexts of application. Given the central role of the use of video recording in these programs, we also intend to outline its historical evolution and its value as a specific technique working with child development. Finally, we will summarize those that, in our opinion, represent the main characteristics of the video-feedback techniques, highlighting some possible lines of strategic use according to cognitive-constructivist clinical perspective. In doing so, we will place emphasis to the Sensitive Discipline construct, especially important when working with externalizing behavioural problems or from a prevention point of view.

Key words: attachment, evidence-based interventions, video-feedback, sensitive discipline.

Introduzione

L'interesse per il potere dell'immagine come veicolo di cambiamento non è sola prerogativa della clinica più recente, ma ha le sue radici in oltre sessant'anni di storia. Il video più celebre e primo in ordine di tempo nella storia della psicologia dell'attaccamento è sicuramente quello di James e Joyce Robertson, i coniugi che, ispirati dalle parole di John Bowlby, studiarono le reazioni di dolore e protesta dei bambini alla separazione dalla figura di accudimento principale, filmando le diadi genitore-bambino in ospedale tra gli anni '50 e gli anni '60 del secolo scorso (Robertson e Robertson, 1989).

È tuttavia solo alla fine degli anni '80, con Lambermon e van IJzendoorn, che cominciano a prendere forma i primi programmi di intervento sulla genitorialità basati sul video, che solo successivamente verranno definiti VIPP (*Video-feedback Intervention for Positive Parenting*): ai genitori venivano mostrati video di genitori sensibili in interazione con i loro bambini, con l'obiettivo di apprendere tecniche efficaci e strategie *ad hoc* per stabilire relazioni di attaccamento sicure (Lambermon e van IJzendoorn, 1989). Nell'indagare le prime reazioni dei genitori partecipanti a questo pionieristico programma di supporto alla genitorialità, gli autori notarono che le madri non riuscivano facilmente a identificarsi con la diade, soffermandosi piuttosto sulle differenze e i tratti che le distinguevano dal "modello": i capelli, il sorriso, il proprio aspetto e quello del bambino. La comunicazione più frequente era: "Quella mamma non mi assomiglia per niente; il mio bambino certamente non si comporterebbe così, lui è molto più difficile, tranquillo, taciturno, ribelle (...)". Questo portò a ipotizzare che ciò di cui i genitori avevano bisogno era uno specchio al loro stesso comportamento piuttosto che un modello percepito come lontano dal loro essere¹. Il primo tentativo in questa direzione fu proposto da Femmie Juffer, nel 1993 (Juffer, 1993), con le diadi adottive, in un laboratorio di studio indipendente da quello dei colleghi Lambermon e van IJzendoorn che ai tempi lavoravano, all'insaputa gli uni degli altri, allo stesso obiettivo: individuare il modo più efficace per promuovere un attaccamento sicuro nel bambino. L'intervento proposto da Femmie Juffer (1993), rivolto a bambini nel primo anno di età e alle loro madri, e composto inizialmente da tre sessioni di lavoro volte a incrementare la sensibilità materna, risultò efficace nel ridurre il rischio di attaccamento disorganizzato e nel promuovere la sicurezza di attaccamento del bambino. I colleghi olandesi lavorarono così pochi anni dopo in modo congiunto nel testare su larga scala l'efficacia del protocollo, formalizzandone i passaggi e definendone passo per passo i principi di base; questo diede presto i primi risultati di efficacia su base scientifica (Juffer, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2005). Da questa prima versione di *video-feedback* ne derivò poco dopo il protocollo VIPP-SD, *Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline*, con duplice *focus* su sensibilità e disciplina sensibile (Juffer, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2008), ossia una capacità composita del genitore di porsi come guida psicoeducativa efficace del bambino, riuscendo sia a osservare sia a leggere in maniera appropriata i suoi segnali comunicativi. Il VIPP-SD, per la sua potenzialità

¹ Va qui ricordato come alcuni programmi sulla genitorialità di comprovata efficacia, come ad esempio il modello *Incredible Years* (Webster-Stratton, 1992) utilizzano video di modelling per condividere con i genitori stili relazionali e/o pratiche educative positive.

di applicazione a un'ampia fascia di età (dai 18 mesi con estensione oggi in fase sperimentale fino ai 6 anni), e per la comprovata efficacia di esito degli studi controllati ad oggi condotti (Juffer, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2008; Juffer e Steele, 2014; Barone *et al.*, 2018; Barone, Ozturk e Lionetti, 2019), è divenuta una delle versioni più robuste ed accreditate della famiglia di protocolli di *video-feedback* per la promozione della genitorialità positiva, motivo per cui su questa versione ci soffermeremo più estesamente in questo articolo.

L'altro importante filone di ricerca su interventi basati sull'uso del *video-feedback* prende invece le mosse dal lavoro di Susan McDonough (McDonough, 1993), che utilizzava la tecnica del *video-feedback* con famiglie difficili da coinvolgere. Si trattava di un modello di psicoterapia breve che prevedeva la possibilità di vedere insieme ai genitori videoriprese delle loro interazioni con i figli per sostenere e rinforzare le interazioni positive.

Se ampliamo invece il *focus* oltre la teoria dell'attaccamento, e guardiamo al contributo di altri celebri autori in psicologia dello sviluppo, è esemplificativo il lavoro pionieristico di Renee Spitz (Spitz, 1945), che ha registrato oltre 9.000 metri di filmati di bambini in orfanotrofio per documentare gli esiti del *neglect* emotivo sullo sviluppo. Nota a molti è anche l'immediatezza dei video di Harlow e Lorenz (Harlow, 1958; van der Horst, 2011) a testimonianza di come il legame tra il piccolo e chi di lui si prende cura accomuni specie diverse e sia motivato dal bisogno di protezione, oltre che di cibo. Infine, pur se immagini statiche, sono conosciute le foto scattate da Mary Ainsworth (Ainsworth, 1967) raffiguranti le madri in Uganda e i loro bambini.

Valore clinico del video in età evolutiva

«*What words cannot say: the telling story of video in attachment-based interventions*» (Juffer e Steele, 2014), ovvero il video come strumento per narrare ciò che le parole da sole non sono in grado di raccontare. È il titolo dell'introduzione a un numero monografico della rivista scientifica *Attachment & Human Development*, nel quale vengono riportati i risultati di studi recenti che hanno impiegato il video come strumento clinico per promuovere il cambiamento nei livelli di sensibilità e responsività materna. Perché il video, l'immagine, è un mezzo così potente, in grado di raccontare ciò che le parole non riescono a dire? Diverse sono le spiegazioni individuate (Juffer e Steele, 2014). In primo luogo, se riprendiamo quanto già scrivevano i Robertson (Robertson e Robertson, 1989), il video per-

mette di “vedere e rivedere”, esaminare cioè in profondità il comportamento del bambino e del genitore per meglio comprenderne le reciproche influenze; lascia spazio al pensiero e alla riflessione nel confronto con un dato di realtà. In secondo luogo, il video permette di cogliere con attenzione le espressioni del volto, la gestualità, la postura, il contatto oculare, gli aspetti paralinguistici della comunicazione, rappresentando una palestra di allenamento per il genitore che voglia interpretare cosa guida e muove il proprio bambino in maniera genuina e attenta ai fatti, dando sottotitoli al significato delle azioni (*speaking for the child*, o “dare voce al bambino”; Carter, Osofsky e Hann, 1991; Juffer, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2008). Terzo, l’immagine esercita un forte potere poiché permane nella memoria in modo vivido e può riattivarsi nel qui ed ora della relazione, permettendo il riaffiorare alla mente di soluzioni efficaci “già viste prima”, alternative a un comportamento che invece crea uno stallo (Woolley, Hertzman e Stein, 2008). Quarto, osservare se stessi interagire con il proprio bambino è un modo per promuovere la capacità del genitore di riflettere sul proprio agire, e su quanto alcuni comportamenti apparentemente poco significativi abbiano in realtà importanza per il benessere della diade. La visione di un filmato promuove in questo senso la funzione riflessiva tramite l’esperienza multi-modale del vedere, sentire e porre attenzione, trasformando le sensazioni in parole, aspetto cruciale in ogni processo di crescita e cambiamento (Steele *et al.*, 2014). Quinto, promuovendo la sensibilità genitoriale a beneficiarne è la sicurezza dell’attaccamento infantile (Juffer, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2014), e il video è forse uno dei mezzi più potenti per farlo. Il genitore impara grazie al video a leggere i comportamenti e i segnali di richiesta di attaccamento ed esplorazione, mettendosi “nei panni” del proprio bambino, e apprendendo il modo per rispondervi in maniera adeguata. Gli strumenti per apprendere sono, in misura diversa per le diverse tecniche, in parte le informazioni sulle fasi di sviluppo infantile che un genitore può acquisire grazie al confronto con lo psicologo esperto in materia e, ancora di più, l’osservazione guidata di ciò che nel vivo della relazione accade, cogliendo cosa abbia funzionato, e perché, grazie al potere del video e dell’immagine. Il solo passaggio di informazioni tra esperto e genitore infatti non si è rivelato in precedenti ricerche altrettanto efficace per promuovere la relazione di attaccamento (Juffer e Steele, 2014). Non ultimo, il video può facilitare l’alleanza e la condivisione di ciò che avviene all’interno della relazione, permettendo alle emozioni che si attivano nella visione di avere uno spazio di condivisione ed elaborazione nell’intervento stesso (Juffer e Steele, 2014; Lambruschi e Lionetti, 2016).

Principali tecniche di *video-feedback*

VIPP: protocolli di promozione della genitorialità positiva

Facciamo riferimento ai protocolli “VIPP” al plurale poiché esistono oggi diverse versioni di promozione della genitorialità positiva (*positive parenting*), che hanno come *target* differenti aspetti delle competenze genitoriali così come diverse tipologie di famiglie. Ciò che le accomuna è la durata dell’intervento (breve), il riferimento teorico (la teoria dell’attaccamento) e la tecnica di lavoro, ossia l’utilizzo del *video-feedback*.

Per quanto riguarda i differenti aspetti delle competenze genitoriali a cui sono orientati, possiamo distinguere tra VIPP orientato alla promozione della sensibilità, che è mirato a modificare i comportamenti attraverso cui si esprime questa competenza genitoriale; VIPP-SD orientato alla promozione della sensibilità genitoriale e della disciplina sensibile; VIPP-R più focalizzato, oltre che alla promozione dei comportamenti, anche al miglioramento della capacità del genitore di riflettere sulle rappresentazioni delle proprie relazioni primarie attaccamento (si veda ad esempio Cassibba e van IJzendoorn, 2005). Tutti gli interventi VIPP sono accomunati anche da alcuni aspetti metodologici:

1. il coinvolgimento diretto della diade in momenti di gioco (o situazioni strutturate *ad hoc*) videoregistrati, nel proprio ambiente di vita quotidiano, e rivisti con il genitore nel corso della visita domiciliare successiva. Chi conduce l’intervento, nel tempo che intercorre tra le sessioni, prepara gli script di restituzione di ciò che è ben visibile nel video e che è possibile condividere;
2. in ogni tipologia di intervento VIPP l’attenzione è posta sui seguenti aspetti: osservazione dei comportamenti infantili di esplorazione vs. comportamento di attaccamento; utilizzo di specifiche tecniche come “*dar voce al bambino*” (o *speaking for the child*), una sorta di inserimento di sottotitoli al video in corrispondenza del comportamento del bambino; analisi delle *catene sensibili* (ossia l’analisi del comportamento del bambino, della reazione materna² e della risposta del bambino); valorizzazione della *condivisione di emozioni*, ossia osservare con il genitore l’importanza di essere in connessione emotiva; uso di messaggi correttivi, mostrare alla madre se qualcosa non ha funzionato nella relazione per

² Il termine madre è utilizzato in quanto più spesso gli studi di ricerca hanno coinvolto il *caregiver* materno, ma le linee guida si applicano allo stesso modo alla figura materna e paterna (o ad altri *caregiver* principali, come genitori affidatari). Analogamente, il termine bambino è utilizzato per riferirsi in maniera analoga a bambini di genere maschile e femminile.

via di un suo comportamento, avendo cura di poterle illustrare poi congiuntamente anche il punto in cui la madre ha dato prova di ottime capacità (*flag*);

3. i diversi incontri seguono un processo graduale di costruzione dell'alleanza con il genitore, partendo nei primi incontri dal riferimento al comportamento del bambino e ai suoi bisogni, e spostando successivamente il *focus* di attenzione anche al comportamento del *caregiver* in interazione con il bambino;
4. il VIPP pone attenzione sui momenti in cui il genitore mette in atto comportamenti adeguati ed efficaci, agisce cioè sul rinforzo di quanto è già presente come abilità, per aumentare la probabilità che comportamenti positivi si ripetano e vadano progressivamente a sostituire comportamenti disadattivi. Il video è uno strumento potente, che a volte può anche creare un certo imbarazzo iniziale nei genitori per il fatto di sentirsi osservati e di vedersi interagire con quanto hanno di più caro, il loro figlio. Per questo motivo, pur essendo ben evidenti comportamenti poco efficaci o addirittura inopportuni, chi conduce l'intervento è attento a non portare attenzione privilegiata agli "errori" del genitore per favorire un'atmosfera empatica e di accoglienza e mantenere il *focus* su ciò che funziona;
5. importante e condiviso da tutte le procedure di *video-feedback* VIPP è il riconoscimento del genitore come esperto conoscitore del proprio bambino; viene riconosciuto in modo esplicito questo ruolo ed il genitore è invitato progressivamente ad entrare sempre più in modo attivo nel commento al video: dando sottotitoli al comportamento del proprio bambino, formulando ipotesi rispetto a cosa muove il suo agire e al significato delle sue reazioni emotive, ipotizzando possibili alternative laddove si rilevi qualcosa di poco efficace.

Opzionale (ma raccomandato) è il coinvolgimento del secondo genitore che non ha preso parte al ciclo completo degli incontri, ma che può partecipare prendendo parte a quelli conclusivi.

Rispetto alle diverse tipologie di famiglie cui i programmi si rivolgono, gli interventi di *video-feedback* sono stati adattati con accorgimenti e moduli aggiuntivi anche in base alla popolazione *target*: VIPP-TM per le minoranze etniche emigrate (*Turkish Minority – Yagmur et al., 2014*), VIPP-AUTI per i genitori di bambini con autismo (*AUTism – Poslawsky et al., 2014*), VIPP-FC/A per i genitori di bambini in affido (*Foster Care*) e in adozione (*Adoption – Barone, Ozturk e Lionetti, 2019*). Citiamo inoltre per completezza l'adattamento per genitori con disabilità intellettive (*Hodes et al., 2014*), e l'adattamento per i padri (*Lawrence, Davies e Ramchandani,*

2013). Gli interventi VIPP sono oggi sempre più diffusi anche nel nostro paese (Barone e Lionetti, 2013; Barone *et al.*, 2015a, 2015b; Cassibba *et al.*, 2015; Lionetti *et al.*, 2015; Barone *et al.*, 2018).

Oggi le versioni più utilizzate dei protocolli VIPP focalizzano il lavoro sull'incremento della sensibilità e della disciplina sensibile. La già citata versione VIPP-SD, per la quale sono oggi disponibili le maggiori evidenze di efficacia, è quella che riscontra un'ampia diffusione in molteplici contesti di applicazione, promuove la possibilità di sviluppare un attaccamento sicuro e aumenta la possibilità che il bambino maturi buone competenze di interazione tra pari (Juffer, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2008; Juffer *et al.*, 2017a, 2017b). L'importanza di una disciplina sensibile viene condivisa con il genitore al fine di ridurre le (l'insorgenza delle) problematiche comportamentali, e per questo l'intervento è risultato essere anche in grado di ridurre il livello di problemi del comportamento di tipo esternalizzante (Juffer, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2008). Rispetto agli ambiti di applicazione, in primo luogo, l'intervento si configura come forma di prevenzione degli esiti disadattivi che possono innescarsi in situazioni a rischio: per bassa sensibilità materna, per status socio-economico svantaggiato (come con popolazioni immigrate), per esperienze pregresse di trascuratezza del minore o difficoltà nello stabilire legami (come con bambini che provengono da esperienze di affido o di adozione), che possono mettere alla prova la stabilità relazionale diadica; inoltre, è di utile applicazione in quei casi in cui i bambini siano a rischio per la presenza di problematiche comportamentali esternalizzate (Juffer, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn, 2008; Juffer e Steele, 2014). L'intervento VIPP-SD può essere in sintesi utilizzato come intervento in contesti potenzialmente a rischio, ed essere integrato con ulteriori percorsi laddove il rischio sia maggiore e a livello clinico più conclamato.

L'intervento VIPP-SD si articola in sette visite domiciliari, di cui la prima consiste nella sola registrazione del materiale video che sarà la base per il lavoro nell'incontro successivo. Le successive quattro visite sono programmate a cadenza quindicinale; le ultime due a cadenza mensile o a distanza di circa tre settimane l'una dall'altra. Ogni visita domiciliare ha inizio con un momento di video-registrazione di interazione di gioco genitore-bambino, o di gestione delle regole (es. *gioco insieme e mettere a posto*), strutturate al fine di elicitare in un arco temporale breve situazioni prototipiche e utili per il lavoro dell'incontro domiciliare successivo. A ogni registrazione segue la visione condivisa dei filmati: madre e operatore osservano il video dell'incontro precedente. L'operatore, che nell'intervallo intercorso tra le due settimane avrà già visionato e dato sottotitoli al video sul suo

blocco degli appunti, metterà in pausa il video ogni 20/30 secondi circa, per commentare con il genitore il comportamento del bambino e ciò che avviene all'interno del filmato, seguendo specifiche linee guida del manuale.

I primi due incontri (visita domiciliare 2 e 3) pongono preminente attenzione al comportamento infantile, e la principale tecnica adottata è quella di dare voce al bambino – *speaking for the child* – “sottotitolando” insieme alla madre i comportamenti osservati e condividendo con la stessa alcune informazioni sulle tappe dello sviluppo generale, contestualizzate rispetto alla specificità di ogni diade (*commenti sullo sviluppo* o *child development*). Inoltre, l'operatore evidenzia l'importanza sia dell'esplorazione sia della ricerca del conforto e della relazione di attaccamento da parte del bambino, in quanto entrambe rappresentano componenti essenziali per lo sviluppo. La scelta di metodo, in questi primi incontri, è di non commentare in maniera esplicita e diretta il comportamento del genitore: l'alleanza si deve ancora stabilire, perciò il *focus* comune di interesse è per ora sul bambino. A partire dalla quarta visita domiciliare, ci si focalizzerà anche sui comportamenti messi in atto dalla madre tramite, ad esempio, *catene sensibili* e *messaggi correttivi*. Inoltre fondamentale è l'uso di *domande empatiche*, per coinvolgere il genitore e renderlo partecipe, in quanto esperto del suo bambino. Importante, ogni tecnica utilizzata in un incontro diventa bagaglio dei successivi e il rinforzo positivo al bambino prima, e alla madre poi, vengono utilizzate come tecnica trasversale di lavoro. L'obiettivo è valorizzare le competenze infantili, sostenere il genitore nel suo ruolo, ed essere da modello alla madre su come si possa dare riconoscimenti all'altro in una relazione positiva.

Come per la sensibilità, anche per la gestione degli aspetti disciplinari vi è un set di tecniche che in sequenza vengono proposte al genitore; vanno dall'importanza della comprensione empatica (mettendosi nei panni di un bambino il genitore potrà comprendere, ad esempio, come interrompere un gioco spesso sia la cosa più difficile), all'utilizzo della distrazione per prevenire un'*escalation*, all'uso del rinforzo sensibile (fare complimenti non è viziare, è aiutare il bambino a capire cosa va fatto), al *break* (prima definito *time out*), ma breve (pochi secondi) e sensibile (senza perdere la possibilità di contatto oculare) con spiegazioni che aiutino a comprendere perché stare in relazione bene in quel momento non è possibile, all'induzione e alla spiegazione (mettersi nei panni dell'altro, dare spiegazione, aiutare il bambino a comprendere più prospettive, e a propria volta comprendere la prospettiva del bambino).

Circle of Security (CoS)

Tra i programmi con prove di efficacia clinica troviamo anche il *Circle of Security* (CoS) (Hoffmann *et al.*, 2006; Manaresi, 2016), derivato direttamente dalla teoria e dalla ricerca sull'attaccamento. Ne esistono due varianti: una psicoterapeutica (20 incontri) e una psicoeducativa (10 incontri). In entrambi i casi, è possibile lavorare individualmente, con la coppia o con un gruppo di genitori. Può configurarsi anche come intervento domiciliare. Può avere finalità educative, preventive o terapeutiche e può costituire un modulo terapeutico a sé stante oppure essere inserito in un lavoro di terapia già avviato. In tutti i casi, il programma si struttura su due momenti distinti: la fase di *assessment* di durata variabile, e l'intervento vero e proprio. Il lavoro prevede l'utilizzo di video e procedure di *video-feedback*, animazioni grafiche, materiale illustrativo. In particolare nel programma di psicoeducazione il terapeuta mostra al genitore video tratti dal DVD fornito dal circuito interazionale del "Circolo della Sicurezza" nei quali vengono mostrate varie modalità di relazione genitore-bambino in modo da aiutarlo a identificare e riconoscere i comportamenti connessi con i sistemi di attaccamento, accudimento ed esplorazione. Nel percorso psicoterapeutico si lavora più specificamente sui video registrati dei pazienti (tra questi la videoregistrazione della *Strange Situation Procedure* realizzata durante l'*assessment* familiare). In entrambi i casi i genitori sono invitati a descrivere gli avvenimenti del filmati utilizzando, però, gli strumenti concettuali forniti dal COS stesso.

In una prima fase, i clinici si pongono diversi obiettivi: analizzare le specifiche problematiche del bambino e della relazione; individuare le risorse personali e relazionali disponibili; promuovere una conoscenza divulgativa dei principi base della teoria dell'attaccamento; fornire informazioni sull'impatto che le dinamiche interattive genitori-bambini hanno sui comportamenti problematici del bambino e sul suo sviluppo in genere. Nel formulare quest'approccio la teoria è stata tradotta in concetti sintetici ed esemplificazioni grafiche con l'idea che, se comunicati in termini divulgativi, i principi della teoria dell'attaccamento possano essere facilmente compresi e utilizzati dai genitori come guida nelle interazioni con i figli.

Il processo terapeutico si struttura sul principio delle "tre R": Relazione, Riflessione, Riparazione. Per quel che riguarda il primo punto, il *target* dell'intervento è la relazione genitore-bambino ma grande attenzione viene, ovviamente, posta alla relazione terapeutica. Gli autori del CoS, infatti, sottolineano l'importanza di creare un ambiente terapeutico accogliente e non giudicante in cui si possa lavorare insieme e che, fungendo

da “base sicura” consenta al genitore di esplorare le proprie difficoltà relazionali con il bambino e le memorie, a volte dolorose, relative alla propria storia di attaccamento. Attraverso l’utilizzo del materiale grafico e video viene poi sostenuta la capacità dei genitori di osservare i fenomeni interattivi, e di riflettere sul proprio modo di interpretare i comportamenti e i bisogni del bambino. L’obiettivo è quello di promuovere un dialogo riflessivo che permetta al genitore di essere più consapevole del proprio contributo comportamentale e rappresentativo all’interazione con il bambino e di cogliere il significato emotivo comunicato dal bambino a volte nascosto dai comportamenti. Il principio “non è mai troppo tardi per apprendere nuovi modi di stare in relazione” sottolinea infine l’importanza della riparazione relazionale.

Il CoS, nelle sue applicazioni psicoeducativa e psicoterapeutica, riesce a tradurre in strumenti operativi e facilmente fruibili per i genitori contributi teorici aggiornati sullo sviluppo, rappresentando una sintesi teorico-clinica riuscita ed efficace.

Video Intervention Therapy – VIT

La Video Intervention Therapy (VIT) (Downing *et al.*, 2013; Downing, 2016) è una specifica metodologia designata per essere integrata come modulo addizionale in un più ampio programma di trattamento in cui l’uso del video e le sessioni dedicate ai filmati si alternano e coordinano con gli altri elementi del trattamento. In particolare, il video-intervento è utilizzabile come valore aggiuntivo in quasi ogni tipo di terapia psicologica rivolta a bambini e genitori. La VIT implica prima di tutto la registrazione di un breve video che rappresenti un momento di interazione. Ad esempio, si possono osservare un genitore e il figlio, entrambi i genitori e il figlio, due fratelli, o qualsiasi altra configurazione familiare sia utile riprendere in un video ai fini della terapia. La ripresa può essere fatta nella stanza della terapia o in ambito domiciliare, da parte del terapeuta o degli stessi genitori. Se ripreso da altri, il video viene consegnato anticipatamente al terapeuta, così che egli possa prepararsi a utilizzarlo nell’ambito della seduta di terapia, durante la quale, il terapeuta e il paziente, o “i” pazienti, guardano insieme l’interazione filmata, evidenziandone i momenti e gli eventi chiave e su questi si riflette.

Usualmente, ogni sessione di VIT, può seguire una versione *breve* oppure una versione *completa*. Nella versione breve, si parte dalla condivisione e discussione delle osservazioni del paziente che riguardano proprio la video-

registrazione. Poi il terapeuta sottolinea un certo numero di eventi interattivi *positivi* specifici, commentando ciò che sembra funzionare bene. Paziente e terapeuta riflettono quindi ulteriormente su questi aspetti, insieme. Per la versione VIT completa, si adottano alcuni accorgimenti aggiuntivi. Dopo aver discusso i pattern positivi, il terapeuta fa notare, in modo rispettoso e supportivo, anche un pattern di interazione *negativo*, selezionato sulla base di specifici criteri (Downing *et al.*, 2013). Un altro elemento che guida l'analisi dei pattern è, oltre alla distinzione evento positivo vs. negativo, la scelta se porre attenzione maggiormente al "filmato esteriore", ossia al comportamento osservato, o al "filmato interiore", ossia ai pensieri, ai sentimenti, e all'esperienza corporea soggettiva del genitore durante l'interazione. In quest'ultimo caso si ricercheranno probabilmente insieme con il paziente dei pensieri più adattivi, e un'organizzazione corporea più funzionale. Verso la fine della sessione, sarà stabilito collaborativamente un piano di cambiamento comportamentale specifico.

Un limite di questa metodologia è, ad oggi, la mancanza di studi che ne comprovino l'efficacia. Tutti i lavori attualmente disponibili, seppur incoraggianti, riguardano infatti l'applicazione della VIT a specifici contesti (Downing *et al.*, 2008; Downing *et al.*, 2013). Va tuttavia evidenziato come, a nostro parere, la mancanza di una rigorosa struttura per l'applicazione della VIT, quando paragonata ad esempio con il VIPP, se da un lato rappresenta un possibile ostacolo nella progettazione di studi di efficacia, dall'altro è ciò che le conferisce la sua caratteristica flessibilità favorendone l'integrazione come *modulo* addizionale in un più ampio programma di trattamento terapeutico.

Attachment and Biobehavioral Catch-Up (ABC)

Sviluppato da Dozier e colleghi, l'ABC è un programma breve di visite domiciliari per genitori affidatari e i loro bambini (Dozier, Lindheim e Ackerman, 2005). L'intervento consiste in 10 visite domiciliari di 1 ora che vertono su tre temi. Il primo di questi temi è che i bambini in affidamento spesso sembrano rifiutare le cure; il secondo è che le storie personali dei *caregiver* possono interferire con la loro capacità di fornire cure; e il terzo è che i bambini affidati hanno bisogno di un aiuto particolare per l'autoregolazione. Questi temi si svolgono in quattro moduli didattici, e viene sottolineata l'importanza di: (1) l'accudimento del *caregiver*/genitore; (2) farsi guidare dal bambino; (3) non tener conto della propria storia e/o delle tendenze a non prendersi cura; (4) un accudimento non minaccioso. Durante

il percorso didattico vengono usate registrazioni filmate tra il genitore e il bambino. Il programma ABC cerca di migliorare i sentimenti dei genitori affidatari di fronte alle emozioni negative dei bambini a loro affidati. Inoltre ci sono due visite a casa ispirate largamente al concetto di “musica dello squalo”, preso dal programma CoS. Gli operatori utilizzano questo concetto per aumentare la consapevolezza del *caregiver* delle sue risposte difensive nei confronti del figlio che possono essere basate sulla propria storia invece che sul comportamento del bambino di per sé. Ideato inizialmente per bambini affidati in quanto gruppo particolarmente vulnerabile, il programma ABC è stato adattato e testato da Dozier e colleghi per l'utilizzo con genitori e figli ad alto rischio. Benché la relazione tra l'operatore e la madre non sia un elemento specifico del programma ABC, Dozier sottolinea l'importanza del contesto interpersonale in cui si svolgono gli interventi; ella sostiene che è decisivo considerare l'interazione tra quanto viene apportato dalla madre affidataria e dall'operatore nel contesto dell'intervento. Inoltre gli operatori prestano una particolare attenzione agli stati mentali della madre affidataria rispetto all'attaccamento, e modellano il loro atteggiamento di conseguenza. Quindi il programma ABC concentra una notevole intensità di interventi nelle sue 10 sedute.

I dati provenienti da due studi randomizzati offrono prove iniziali di efficacia del programma. Uno studio preliminare si focalizzava sulla sicurezza dell'attaccamento in 86 bambini che erano stati dati in affidamento tra la nascita e i 18 mesi di età (Dozier *et al.*, 2007). Analisi preliminari indicavano che, rispetto ai bambini in affidamento del gruppo di controllo, era più probabile, in modo statisticamente significativo, che i bambini del gruppo ABC avessero un attaccamento sicuro alle madri affidatarie. Inoltre il 60% del gruppo ABC aveva l'attaccamento sicuro – una percentuale che si osserva di solito in popolazioni con rischio molto minore. Un secondo studio prendeva in esame la produzione di cortisolo in 60 bambini affidati tra i 3 mesi e i 3 anni di età (Dozier *et al.*, 2006). Rispetto ai controlli, i bambini ABC mostravano livelli di produzione di cortisolo mattutini e serali più normali; inoltre, non differivano in modo significativo da quelli osservati in un gruppo di controllo di 104 bambini che non erano mai stati affidati.

CARE-Index VF

Il *CARE-Index* è stato sviluppato da Crittenden (1981) in un contesto di lavoro sulla tutela del minore. La validazione dei parametri dello strumento

è avvenuta in base ai riscontri tra determinate qualità interattive e gli avvenimenti della vita quotidiana (si veda inoltre Crittenden e Landini, 2016).

Il *CARE-Index* si basa su una ripresa video di 3 minuti di interazione di gioco tra un adulto e un bambino, effettuata in qualunque ambiente sufficientemente silenzioso, stabile e non disturbato da agenti esterni. Possono essere messi a disposizione dei giocattoli adatti a una gamma d'età sufficientemente ampia da permettere all'adulto di scegliere attività sotto/sovra-stimolanti o adeguate rispetto alla zona di sviluppo prossimale del bambino. La consegna data all'adulto prima dell'inizio della ripresa chiarisce che il ricorso ai giocattoli è del tutto volontario da parte del genitore. Similmente, le posizioni assunte dalla diade sono del tutto libere, potendo essere riprese con telecamera a mano e visibile. All'adulto si richiede di giocare "normalmente", come è abituato a fare con il bambino.

La ripresa raccoglie un campione d'interazione di gioco in condizioni di lieve *stress*, come l'essere osservati, più o meno percepibile per l'adulto a seconda di come interpreta la situazione, ma che solitamente non è avvertito dal bambino, se non mediato dal genitore. I comportamenti di ciascuno dei due interagenti non sono valutati in base all'aderenza a criteri esterni, ma esclusivamente rispetto alla loro funzione regolativa e interattiva.

Esistono due versioni dello strumento: la versione *Infant*, applicabile dai 0 ai 15 mesi, e la *Toddler*, dai 15 mesi ai 5 anni di età circa.

Il *CARE-Index* può essere più specificamente utilizzato anche come strumento clinico di *video-feedback*: il genitore osservandosi nell'interazione diretta con il proprio bambino, grazie anche all'intervento strategico del clinico, può accedere a nuovi significati e chiavi di lettura dei processi interattivi messi in campo.

L'utilizzo in ambito clinico del *CARE-Index* come intervento di supporto alla genitorialità è stato oggetto di alcuni interessanti studi e progetti di ricerca che ne hanno messo in luce l'utilità e l'efficacia (Kenny *et al.*, 2013; Svanberg, Mennet e Spieker, 2010; O'Shaughnessy *et al.*, 2012; Hautamaki, 2014; Woodhead, Bland e Baradon, 2006).

In particolare, nello studio di Kenny *et al.* (2013), il *CARE-Index* VF è stato applicato, come parte di un più ampio pacchetto di interventi ospedalieri, ad un gruppo di madri con disturbi mentali severi (N = 49), ricoverate presso un'unità di neonatologia insieme ai loro figli, nell'immediato postpartum. Sono stati valutati: sensibilità e non responsività materne, e cooperatività e passività del bambino. Sono stati effettuati confronti con un gruppo di madri con disturbi mentali severi non ricoverate (N = 67), in assenza di trattamento, e un gruppo di madri non cliniche (N = 22). Lo studio ha mostrato un miglioramento dell'interazione diadica, valutata rispetto

alle sopraccitate scale, del gruppo di madri ricoverate rispetto ai gruppi di controllo. In Svanberg *et al.* (2010), il *CARE-Index* è stato utilizzato per assegnare diverse diadi a gruppi classificati come a basso, medio e alto rischio, personalizzando i successivi interventi di *video-feedback* per ciascun gruppo di rischio al fine di aumentare la sensibilità materna e migliorare la qualità dell'attaccamento della diade. I risultati hanno mostrato un incremento della sensibilità materna nelle condizioni di intervento rispetto ai controlli. Inoltre, i bambini che avevano beneficiato dell'intervento avevano una probabilità significativamente più alta di essere classificati come sicuri.

La struttura dell'intervento clinico di sostegno alla genitorialità basato sul *CARE-Index* è la seguente:

- un primo incontro con i genitori finalizzato all'analisi della domanda, alla raccolta anamnestica familiare e valutazione dello stile di funzionamento psicologico degli adulti, oltre che l'inquadramento del loro stile relazionale;
- spiegazione e somministrazione del *CARE-Index* (madre-bambino e padre-bambino);
- codifica dei video e selezione dei punti *target* da utilizzare coi genitori;
- sedute di *video-feedback* con i genitori (2-3 incontri);
- *follow-up* con ulteriore somministrazione dello strumento.

La funzione principale di questo intervento di *video-feedback* è quella di favorire maggiori opportunità di integrazione nello stato mentale del genitore, operando su aspetti episodici e specifici dell'interazione con il bambino, permettendogli la presa di consapevolezza di schemi comportamentali e relazionali non adeguati che sono elicitati e sostenuti da vissuti emotivi problematici e spesso non risolti. L'autosservarsi in maniera strutturata e guidata favorisce dunque processi rielaborativi e la possibilità di ampliare la propria flessibilità verso forme interattive maggiormente adattive.

Ingredienti fondamentali e declinazioni cognitivo-costruttiviste

In questo ultimo paragrafo vorremmo riassumere quelli che a nostro parere rappresentano gli ingredienti fondamentali delle procedure di *video-feedback* ed evidenziarne operativamente alcune possibili linee di utilizzo strategico in coerenza con la prospettiva clinica cognitivo-costruttivista.

Come abbiamo già osservato, la sensibilità e la responsività genitoriali sono al centro degli interventi che in età evolutiva operano sui legami di attaccamento. La sensibilità, in particolare, intesa come processo diadico, ha a che fare in primo luogo con l'orientamento percettivo di fondo della figu-

ra d'attaccamento, vale a dire la sua capacità di percepire con precisione e mantenere nel campo della propria consapevolezza i segnali e le comunicazioni implicite del bambino. L'interpretazione e la sintonizzazione affettiva su tali segnali, ciò che chiamiamo anche mentalizzazione in terza persona cognitiva e affettiva, o *insightfulness* (Koren-Karie *et al.*, 2002; Oppenheim e Koren-Karie, 2002), o ancora *mind-mindedness* (Meins, 1997), sono gli importanti passaggi successivi che, tuttavia, possono prendere avvio solo a partire dagli indicatori offerti dal corpo del bambino. Solo dopo che il corpo del bambino sia comparso, o ricomparso, nella mente del genitore è possibile per questi tentare di rivestirlo di emozioni e pensieri. In questo senso possiamo affermare che non può esserci mentalizzazione svincolata dal corpo del bambino.

Sappiamo come già a questo primo livello le madri più sensibili, che sono in grado di lasciarsi guidare dai segnali corporei offerti dal loro figlio (sia in deficit che in eccesso), si differenziano da quelle con più bassi livelli di sensibilità che escludono difensivamente e attivamente, sebbene non intenzionalmente, dal proprio orizzonte percettivo il corpo del figlio, perché guardare ai segnali di bisogno del proprio bambino implica, per il genitore con stato mentale insicuro l'attivarsi di aree emozionali critiche. Questo *caregiver*, il cui stato mentale è interferito da bisogni irrisolti relativi alla propria storia di attaccamento, quando si orienta sui segnali di bisogno di suo figlio, attiva quella che nell'ambito del CoS viene definita come *musica dello squalo*. D'altra parte sappiamo anche che ogni volta che c'è un sintomo nel bambino, ci possono essere delle aree emozionali critiche non risolte all'interno della struttura del Sé del bambino condivise con lo stato mentale del genitore, che finiscono con il sostenere quei comportamenti che il genitore mette poi in atto, sebbene non intenzionalmente, rinforzando il sintomo del proprio figlio.

Ora, per lavorare sui legami di attaccamento è necessario aiutare il genitore ad autosservarsi nella concretezza del rapporto col proprio bambino, quindi partendo proprio dall'orientamento percettivo, poiché è operando sul registro episodico che si creano opportunità genuine di integrazione nello stato mentale del genitore, in mancanza delle quali il genitore farà fatica ad esplorare in profondità la mente del proprio bambino e la propria. Fatica che trova poi espressione nella forma di attribuzioni negative sul comportamento "critico" del proprio figlio che potranno spaziare, in funzione del livello di integrazione del Sé del genitore e del grado di interferenza del suo stato mentale da parte di bisogni irrisolti legati alla sua storia, dall'area educativa e disciplinare ("fa così perché è maleducato") a quella più "personologica" ("fa così perché è cattivo"), a quella maggiormente connotata in termini

ostilità, aggressività e minacciosità percepite (“fa così così perché è cattivo e ce l’ha con me!”).

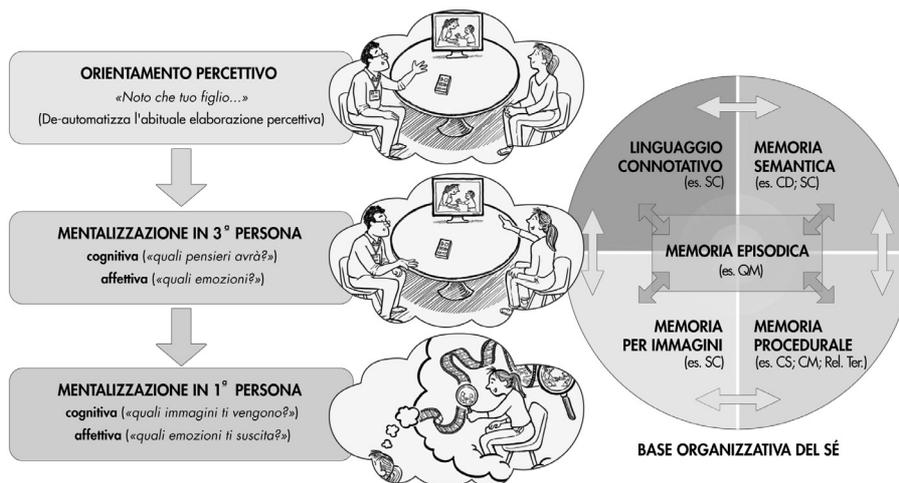
In termini strategici (figura 1), l’intervento di *video-feedback* può essere visto come un lavoro complesso, processualmente orientato che, in una continua articolazione dei sistemi di memoria del genitore, parte dai processi di orientamento percettivo (sottolineato anche dall’uso di precise marche linguistiche “noto che tuo figlio...” e procedurali da parte del terapeuta), mirando a cogliere con attenzione la gestualità, la postura, il contatto oculare, le espressioni del volto, gli aspetti paralinguistici del bambino, per arrivare, solo successivamente, a quelli di mentalizzazione, sia cognitiva che affettiva, prima in terza persona (“Quali pensieri avrà tuo figlio? Quali emozioni?”) e successivamente in prima persona (“Che immagini ti vengono? Quali emozioni ti suscita?”). Si tratta di un costante orientamento, incoraggiamento e allenamento del genitore alla mentalizzazione relativamente ai fenomeni mentali del proprio figlio e propri, accompagnandolo e rinforzandolo gradualmente, delicatamente, in maniera empatica, non giudicante e sempre orientata al positivo.

In tale prospettiva, i diversi *feedback* (variandone il tipo, la formulazione e il *timing*) possono essere utilizzati in modo da sollecitare specifici sistemi di memoria del genitore e dunque intervenire su specifici deficit integrativi. Ad esempio, in contesti relazionali di tipo coercitivo, introducendo possibilità crescenti di ordinamento logico e concettuale dell’esperienza interattiva, consentendo alla madre di osservarla distanziandosene criticamente, osservando i rapporti causa-effetto tra gli eventi, ad esempio attraverso un uso strategico delle *catene sensibili*; in altri contesti, sostenuti da organizzazioni difese del Sé, puntando ad integrazioni di tipo emotivo e affettivo, partendo ad esempio con un *commento sullo sviluppo* (“i bambini a quest’età...”) che altro non è se non uno *speaking for the child* formulato in termini semantici e pedagogici, e quindi più viabile inizialmente da parte di questi genitori, introducendo solo successivamente uno *speaking for the child* formulato prima in terza (“noto che tuo figlio ti sta sorridendo, sembra proprio divertirsi con te in questo momento...”) e poi in prima persona mediante l’uso esplicito del linguaggio connotativo evocativo (“noto che tuo figlio ti sta sorridendo, è come se ti dicesse ‘che bello mamma giocare così con te! Stiamo proprio bene insieme in questo momento!’”).

L’importante è che il genitore “ci provi”, che è poi quello che fanno le mamme sensibili. L’atto stesso di tentare, di fare delle ipotesi (il video potendo essere visto e rivisto agevola questo processo) introduce una sospensione riflessiva (“cosa starà pensando?”, “cosa starà provando?”), in genere scarsamente accessibile da parte del genitore con stato mentale irrisolto.

La versione del VIPP di cui ci siamo maggiormente occupati è la SD, ovvero *sensitive discipline*, un costrutto importante questo soprattutto quando lavoriamo con i disturbi esternalizzanti o in un’ottica di prevenzione. Ricordiamo che dare sensibilità e responsività nei confronti dei bisogni e delle richieste di conforto del bambino è il cuore della funzione affettiva della genitorialità, che va ad intersecare l’altra sua funzione fondamentale, quella educativa. Si tratta di due funzioni inscindibili che si integrano e si nutrono sempre l’una con l’altra. Non è possibile dare regole morali fuori dal contesto di sicurezza affettiva, al di fuori di una cornice di sensibilità e responsività (pensiamo ai differenti significati e alle diverse funzioni che possono assumere le “violazioni” disciplinari in itinerari di sviluppo di tipo coercitivo o difeso). Il problema centrale piuttosto è nel modo in cui si integrano queste due funzioni. Imporre limiti e regole morali e sociali implica rompere lo stato di buona coordinazione nella diade con la conseguente attivazione di sentimenti di frustrazione, vergogna, paura, dispiacere, tristezza nel bambino, “appesantendo” conseguentemente lo stato di relazione tra madre e bambino, la cui riparazione richiede nel genitore la capacità di riconoscere ed empatizzare con tali stati affettivi secondari, aiutando il bambino a regolarli e risolverli nella fiducia reciproca che tale temporanea rottura nella coordinazione interattiva non minaccerà in modo irreparabile lo stato di relazione. Il video permette di cominciare a far ricomparire nella consapevolezza del genitore quegli indicatori emotivi negativi espressi dal proprio figlio, rendendo successivamente possibile il loro riconoscimento, condivisione, regolazione e quindi la loro risoluzione.

Fig. 1



BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D. (1967). *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Barone L., Lionetti F. (2013). Gli interventi evidence-based a sostegno della genitorialità: il contributo della teoria dell'attaccamento. In: Lambruschi F., Muratori P. (a cura di), *Psicopatologia e Psicoterapia dei Disturbi della Condotta*. Roma: Carocci, pp. 239-257.
- Barone L. et al. (2015a). Attaccamento e adozione. Il Pavia Adoption Study per lo studio dei fattori di rischio e di protezione dall'istituto alla famiglia adottiva. Presentazione al convegno *Allargare lo spazio familiare: essere figli nell'adozione e nell'affido*, Milano, 13-14 febbraio.
- Barone L. et al. (2015b). Promoting Emotional Availability in mothers of late adopted children: A randomized controlled trial using the VIPP-SD. Presentazione al congresso *7th International Attachment Conference*, New York, 6-8 agosto.
- Barone L., Barone V., Dellagiulia A., Lionetti F. (2018). Testing an Attachment-Based Parenting Intervention-VIPP-FC/A in Adoptive Families with Post-institutionalized Children: Do Maternal Sensitivity and Genetic Markers Count? *Frontiers in Psychology*, 9: 156. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00156
- Barone L., Ozturk Y., Lionetti F. (2019). The key role of positive parenting and children's temperament in post-institutionalized children's socio-emotional adjustment after adoption placement. A RCT study. *Social Development*, 28(1): 136-151.
- Carter S.L., Osofsky J.D., Hann D. (1991). Speaking for the baby: A therapeutic intervention with adolescent mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 12: 291-301.
- Cassibba R., van IJzendoorn M.H. (a cura di) (2005). *L'intervento clinico basato sull'attaccamento*. Bologna: Il Mulino.
- Cassibba R., Castoro G., Costantino E., Sette G., van IJzendoorn M. (2015). Enhancing maternal sensitivity and infant attachment security with video feedback: An exploratory study in Italy. *Infant Mental Health Journal*, 36(1): 53-61. doi: 10.1002/imhj.21486
- Crittenden P.M. (1981). Abusing, Neglecting, Problematic and Adequate Dyads, Differentiating by Patterns of Interaction. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 27: 201-18.
- Crittenden P.M., Landini A. (2016). Genitorialità: osservazione e valutazione nel modello dinamico-maturativo. In: Lambruschi F., Lionetti F. (a cura di), *La Genitorialità*. Roma: Carocci.
- Downing G., Buergin D., Reck C., Ziegenhain U. (2008). Interfaces between intersubjectivity and attachment: Three perspectives on a mother-infant inpatient case. *Infant Mental Health Journal*, 29: 278-295. doi: 10.1002/imhj.20177
- Downing G., Wortmann-Fleischer S., von Einsiedel R., Jordan W., Reck C. (2013). Video intervention therapy with parents with a psychiatric disturbance. In: Brandt K., Perry B., Seligman S., Tronick E. (eds.), *Infant and early childhood*

- mental health: core concepts and clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association, pp. 261-280.
- Downing G. (2015). Promuovere la mentalizzazione tramite la *Video-Intervention Therapy*: l'intervento con i bambini, gli adolescenti, e i loro genitori. In: Lambruschi F., Lionetti F. (a cura di), *La Genitorialità*. Roma: Carocci.
- Dozier M., Lindheim O., Ackerman J.P. (2005). Attachment and Biobehavioral Catch-Up. In: Berlin L.J., Ziv Y., Amaya-Jackson L., Greenberg M.T. (eds.), *Enancing early attachments: Theory, research, intervention and policy*. New York: Guilford Press, pp. 178-194.
- Dozier M., Peloso E., Lindhiem O., Gordon M.K., Manni M., Sepulveda S. et al. (2006). Developing evidence-based interventions for foster children: An example of a randomized clinical trial with infants and toddlers. *Journal of Social Issues*, 62: 767-785.
- Dozier M., Peloso E., Zirkel S., Lindheim O.J. (2007). Intervention effects on foster infants' attachments to new caregivers. In: Berlin L.J. (Chair), *Interventions to support early attachment: New findings*. Symposium conducted at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Boston.
- Harlow H.F. (1958). The Nature of Love. *American Psychologist*, 13: 673-85. doi: 10.1037/h0047884
- Hautamaki A. (2014). Mothers and infants: screening for maternal relationships at risk with the CARE Index. In: Farnfield S., Holmes P. (eds.), *The Routledge Handbook of Attachment: Assessment*. London: Routledge.
- Hodes M.W., Meppelder M., Schuengel C., Kef S. (2014). Tailoring a video-feedback intervention for sensitive discipline to parents with intellectual disabilities: a process evaluation. *Attachment & Human Development*, 16: 387-401. doi: 10.1080/14616734.2014.912490
- Hoffman K., Marvin R.S., Cooper G., Powell B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: 1017-1026. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1017
- Juffer F. (1993). Verbonden door adoptie. Een experimenteel onderzoek naar hechting en competentie in gezinnen met een adoptiebaby. *Achademische Uitgeverij*. Amersfoort, the Netherlands.
- Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46: 263-274. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00353.x
- Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H. (eds.) (2008). *Promoting Positive Parenting: an Attachment-Based Intervention*. New York-London: Taylor & Francis Group. doi: 10.4324/9780203809624
- Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H. (2014). Attachment-based interventions: Sensitive parenting is the key to positive parent-child relationships. In: Holmes P., Farnfield S. (eds.), *The Routledge Handbook of Attachment: Implications and Interventions*. London: Routledge, pp. 83-103.

- Juffer F., Steele M. (2014). What words cannot say: The telling story of video in attachment-based interventions. *Attachment & Human Development*, 16: 307-314. doi: 10.1080/14616734.2014.912484
- Kenny M., Conroy S., Pariante C.M., Seneviratne G., Pawlby S. (2013). Mother-infant interaction in mother and baby unit patients: Before and after treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 47(9): 1192-1198. doi: 10.1016/j.jpsy-chires.2013.05.012
- Koren-Karie N., Oppenheim D., Dolev S., Sher E., Etzion-Carasso A. (2002). Mother's insightfulness regarding their infants' internal experience: Relations with maternal sensitivity and infant attachment. *Developmental Psychology*, 38: 534-542.
- Lambermon M.W., van IJzendoorn M.H. (1989). Influencing mother-infant interaction through videotaped or written instruction: Evaluation of a parent education program. *Early Childhood Research Quarterly*, 4: 449-458. doi: 10.1016/0885-2006(89)90003-3
- Lawrence P.J., Davies B., Ramchandani P.G. (2013). Using video feedback to improve early father-infant interaction: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18: 61-71.
- Lambruschi F., Lionetti F. (2016). Genitorialità: tra valutazione, sostegno e buone prassi. In: Lambruschi F., Lionetti F. (a cura di), *La Genitorialità*. Roma: Carocci.
- Lionetti F. et al. (2015). "Promoting Positive Parenting: An attachment-based intervention with adoptive families. Presentazione ad invito *The 14th European Congress of Psychology*", Milano, 7-10 luglio.
- Manaresi F. (2016). Genitori e bambini nel circolo: il Circle of Security nel sostegno delle funzioni genitoriali. In Lambruschi F., Lionetti F. (a cura di), *La Genitorialità*, Roma: Carocci.
- McDonough S.C. (1993). Interaction guidance; understanding and treating early infant-caregiver relationship disorders. In: Zeanah C.H. (ed.), *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford Press.
- Meins E. (1997). *Security of Attachment and the social development of cognition*. Hove, UK: Psychology Press (trad. it.: *Sicurezza e sviluppo sociale della conoscenza. Nuove prospettive per la teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina, 1999). doi: 10.4324/9780203775912.
- Oppenheim D., Koren-Karie N. (2002). Mothers' Insightfulness Regarding Their Children's Internal Worlds: The Capacity Underlying Secure Child-Mother Relationship. *Infant Mental Health Journal*, 23: 593-605.
- O'Shaughnessy R., Nelki J., Chiumento A., Rahman A. (2012). Sweet Mother: evaluation of a pilot mental health service for asylum-seeking mothers and babies. *Journal of Public Mental Health*, 11, 4: 214-228. doi: 10.1108/17465721211289392
- Poslawsky I.E., Naber F., Bakermans-Kranenburg M.J., De Jonge M., Van Engeland H., van IJzendoorn M.H. (2014). Development of a Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting for Children with Autism (VIPP-AUTI). *Attachment & Human Development*, 16: 343-355. doi: 10.1080/14616734.2014.912487

Furio Lambruschi et al.

- Robertson J., Robertson J. (1989). *Separation and the very young*. London: Free Association Book.
- Spitz R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1: 53-73. doi: 10.1080/00797308.1945.11823126
- Steele M., Steele H., Bate J., Knafo H., Kinsey M., Bonuck K., Meisner P., Murphy A. (2014). Looking from the outside in: the use of video in attachment-based interventions. *Attachment & Human Development*, 16: 402-415. doi: 10.1080/14616734.2014.912491
- Svanberg P.O., Mennet L., Spieker S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clin. Child Psychol. Psychiatry*, 15(3): 363-378. doi: 10.1177/1359104510367584
- Van Der Horst F. (2011). *John Bowlby: From psychoanalysis to ethology*. Oxford: Wiley-Blackwell. doi: 10.1002/9781119993100
- Woodhead J., Bland K., Baradon T. (2006). Focusing the lens: The use of digital video in the practice and evaluation of parent-infant psychotherapy. *Infant Observation*, 9(2): 139-150. doi: 10.1080/13698030600810318
- Woolley H., Hertzmann L., Stein A. (2008). Video-feedback intervention with mothers with postnatal eating disorders and their infants. *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Taylor & Francis, pp. 111-119.
- Webster-Stratton C. (1992). *The Incredible Years: a Troubleshooting Guide for Parents of Children Aged 3 to 8*, Toronto: Umbrella.
- Yagmur S., Mesman J., Malda M., Bakermans-Kranenburg M.J., Ekmekci H. (2014). Video-feedback intervention increases sensitive parenting in ethnic minority mothers: a randomized control trial. *Attachment & Human Development*, 16(4): 371-386. doi: 10.1080/14616734.2014.912489