



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

***Promuovere la qualità dell'interazione genitore-
bambino in presenza di condizioni di rischio per lo
sviluppo: un intervento di video-feedback in telecare***

RELATORE:

LIVIO PROVENZI

CORRELATRICE:

SERENA GRUMI

Tesi di Laurea Magistrale di

MELISSA ZANOTTI

Matricola n. 562618

Anno Accademico 2025/2026

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: <i>La genitorialità come fattore protettivo per gli outcomes di sviluppo del bambino</i>	5
1.1 L'importanza dei primi 1000 giorni.....	5
1.2 Genitorialità nello sviluppo tipico.....	6
1.3 Condizioni di rischio per il primo sviluppo del bambino	11
1.3.1 Nascita pretermine	12
1.3.2 Disabilità Intellettiva	15
1.3.3 Disturbi dello Spettro Autistico.....	16
1.3.4 Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività	17
1.3.5 Disturbi Specifici dell'Apprendimento	19
1.3.6 Bambini ipovedenti.....	21
1.3.7 Bambini con paralisi cerebrale.....	22
1.4 Impatto dello sviluppo atipico sul parenting	23
1.4.1 Elaborazione della diagnosi	24
1.4.2 Dimensione emotiva.....	25
1.4.3 Qualità delle interazioni precoci.....	27
CAPITOLO 2: <i>Possibili interventi di supporto genitoriale</i>	28
2.1 Stress Genitoriale.....	29
2.2 Depressione Postpartum.....	31
2.3 Psicosi Puerperale	32
2.4 Supporto genitoriale.....	33
2.4.1 Modello Porridge.....	34
2.4.2 Parent Training.....	36

2.4.3 Supporto psicologico.....	39
2.5 Interventi di Video Feedback	41
2.5.1 La telecare.....	45
CAPITOLO 3: <i>L'efficacia di un intervento di video feedback in telecare nella riduzione dell'ansia materna e nel miglioramento dell'interazione madre-figlio</i>	46
3.1 Introduzione	46
3.2 Obiettivi.....	50
3.3 Metodo.....	50
3.3.1 Partecipanti.....	50
3.3.2 Procedura.....	51
3.3.3 Strumenti	54
3.4 Risultati	55
3.5 Discussione.....	59
3.6 Limiti.....	61
3.7 Implicazioni e sviluppi futuri.....	62
CONCLUSIONI.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	66

INTRODUZIONE

I primi mesi di vita sono un momento cruciale per lo sviluppo cognitivo, emotivo e comportamentale di una persona; vengono costruite le basi per quelle che saranno le future modalità di interazione del bambino proprio in questo periodo. Tuttavia, esistono delle situazioni di vulnerabilità delle interazioni tra genitore e figlio spesso causate da una condizione definita di sviluppo atipico, ovvero si riscontrano nel bambino delle caratteristiche non congrue alla normale successione delle tappe evolutive attese.

Si è dunque compreso che un intervento durante questo periodo delicato per la famiglia può essere di grande aiuto nello sviluppo e nel mantenimento del benessere familiare: la ricerca si è quindi concentrata nella valutazione di diverse tipologie di interventi per capire quali fossero i programmi più efficaci e se i risultati ottenuti si mantenessero nel tempo.

Data la grande importanza assunta da questo tema, diventa fondamentale aiutare quelle famiglie in situazioni di difficoltà ad interagire con il proprio figlio in maniera adeguata in modo da garantirgli uno sviluppo lineare. In particolare, esistono dei progetti di video feedback che si propongono proprio di affiancare i genitori in modo da aumentare la loro consapevolezza genitoriale e la loro responsività nei confronti del figlio, aiutandolo così ad ottenere uno sviluppo ottimale. Prendendo anche in considerazione delle variabili che possono modificare le interazioni in modo negativo, come elevati livelli di ansia nella madre e il temperamento del figlio, si può indagare la possibile correlazione tra queste variabili e la presenza di comportamenti non pienamente adeguati allo sviluppo. Inoltre, fornendo delle sessioni da remoto, i modelli riabilitativi in telecare basati su video feedback hanno aiutato anche la ricerca nel comprendere se un'assistenza in telecare avesse lo stesso riscontro di una fornita in presenza. Questo tipo di intervento sta ottenendo molto successo soprattutto per quanto riguarda il benessere familiare, tema ampiamente discusso e al quale la ricerca ha rivolto una crescente attenzione: negli ultimi anni è stata confermata l'efficacia di

interventi precoci mirati a rafforzare le competenze genitoriali e il legame tra caregiver e bambino.

Il presente lavoro si inserisce in questo scenario, con l'obiettivo di verificare come elevati livelli di ansia materna influiscono sulla qualità delle interazioni col figlio, attraverso gli interventi di video feedback in telecare.

Complessivamente, ci si propone di portare una riflessione sull'importanza che gli interventi precoci sulla genitorialità hanno sia sul genitore che sullo sviluppo del bambino.

La tesi si articola in tre capitoli.

Il primo capitolo, dopo una prima disamina sull'importanza di una genitorialità adeguata, analizza le varie forme di rischio per lo sviluppo, con un focus sui disturbi del neurosviluppo e sulla nascita pretermine, e conclude con l'impatto che tali condizioni possono avere sul parenting.

Il secondo capitolo è dedicato ai possibili tipi di intervento che si possono mettere in atto in caso di necessità di supporto alla genitorialità o al singolo genitore.

Il terzo capitolo si concentra sullo studio sperimentale svolto da un progetto di intervento di video feedback in telecare per valutare la sua efficacia nella diminuzione dei livelli di ansia materna e il conseguente miglioramento della qualità delle interazioni madre-figlio.

CAPITOLO 1:

LA GENITORIALITÀ COME FATTORE PROTETTIVO PER GLI OUTCOMES DI SVILUPPO DEL BAMBINO

1.1 L'importanza dei primi 1000 giorni

Un corretto sviluppo pone le sue basi a partire da quelli che sono definiti i primi 1000 giorni, ovvero il periodo che va dal concepimento fino a circa il compimento dei due anni di vita.

In questo arco di tempo, definito una “finestra di opportunità” dal mondo scientifico, avvengono numerosi cambiamenti importanti sia a livello fisico che a livello cognitivo. Partendo dalla gravidanza, ovviamente, il corpo e il cervello del bambino cominciano il loro sviluppo e per questo è importante che la madre sia supportata anche a livello nutrizionale; dopo la nascita, è stato dimostrato che l'allattamento al seno è il modo migliore per far in modo che il bambino riceva i giusti nutrienti per uno sviluppo cerebrale ottimale (Cusick & Georgieff, 2016). In caso di malnutrizione, al contrario, si andrebbe quasi sicuramente incontro a un rallentamento o a un arresto della crescita, del quale risentirebbe il benessere generale del bambino (McDonald & Thorne-Lyman, 2017).

A livello cognitivo, questo periodo è caratterizzato da una grande neuroplasticità in quanto è durante questa fase che avviene la cosiddetta sinaptogenesi, ovvero la nascita di nuove connessioni neurali. Per quanto riguarda il parenting, già durante i mesi della gravidanza si instaura un rapporto madre-feto grazie alla voce della mamma e ai suoi movimenti, che il feto percepisce nella loro interezza. Infatti, appena nato il bambino riesce a riconoscere le voci che ha ascoltato maggiormente durante la gestazione. Inoltre, il feto è in grado di reagire agli stati fisiologici della madre, come cambiamenti ormonali e stress (Monk et al., 2019).

È stato oltretutto dimostrato che l'assenza di un legame affettivo con il caregiver è associato nel bambino a: una minore crescita dell'emisfero sinistro del cervello,

che potrebbe portare a un aumento del rischio di sviluppo di depressione; un aumento della sensibilità nel sistema limbico, il che può essere sintomo di disturbi d'ansia; una crescita ridotta dell'ippocampo, spesso indicazione di problematiche legate all'apprendimento e alla memoria (Teicher, 2002). Al contrario, un buon legame, soprattutto con la madre, risulta associato a una maggiore possibilità di sviluppare delle competenze sociali e affettive adeguate (Le Bas et al., 2022): un miglior legame madre-neonato a 6-8 mesi dopo il parto sembrerebbe correlato a minori problematiche comportamentali, come emotività negativa, mentre in bambini di un anno si riscontrano più competenze socio emotive rispetto a bambini con un legame meno forte con la madre (Behrendt et al., 2019).

1.2 Genitorialità nello sviluppo tipico

Molti sono gli autori che, nel corso dei decenni, hanno dato una loro interpretazione alla genitorialità, sostenendo ognuno le proprie teorie; tuttavia, troviamo come punto fermo l'attribuzione di un ruolo fondamentale nello sviluppo del bambino alla genitorialità: viene vista, infatti, come un fattore di protezione oppure, al contrario, un fattore di rischio, in base al tipo di stile genitoriale adottato e ai comportamenti messi in atto.

Per stile genitoriale si intende la modalità prevalente con cui un genitore si rapporta col figlio durante i suoi primi anni di vita. La psicologa clinica Baumrind ha individuato due dimensioni che caratterizzano la genitorialità, ovvero supporto e accettazione da una parte e controllo e richiesta dall'altra, le cui combinazioni danno vita a quattro differenti stili genitoriali (Baumrind, 1971):

- Lo stile autorevole prevede un genitore che chiede rispetto per le regole e che riesce a fornirle in modo adeguato, ma allo stesso tempo sa essere affettuoso e attento ai bisogni del figlio; con questo stile genitoriale si riscontrano molti benefici per lo sviluppo del bambino, tra cui maggiore indipendenza, disciplina e autostima, in quanto al bambino è permesso di

prendere decisioni secondo i propri desideri, essendo allo stesso tempo guidato dal genitore (Fadlillah & Fauziah, 2022).

- Lo stile autoritario è caratterizzato da un forte controllo da parte dei genitori accompagnato da un basso interesse verso i bisogni e le volontà del figlio; con questa pressione costante, il bambino sarà meno felice e più timido, pessimista e con poca autostima e indipendenza, in quanto abituato a non avere il controllo e a non prendere decisioni per sé (Fadlillah & Fauziah, 2022).
- Lo stile permissivo, al contrario dello stile autoritario, rappresenta un genitore che lascia molta libertà al figlio senza esercitare controllo (Baumrind, 1971); in questo modo, al figlio è permesso di prendere le proprie decisioni senza avere il controllo genitoriale (Fadlillah & Fauziah, 2022).
- Infine, lo stile trascurante descrive un genitore che spesso non vuole o non può essere coinvolto nella vita del figlio, a cui vengono lasciate piena libertà e indipendenza. Questo stile è frequente in situazioni di maltrattamento o abuso di sostanze da parte dei genitori, che quindi non sono in grado di monitorare il figlio durante la crescita (Fadlillah & Fauziah, 2022).

Quindi, è a causa di tutte le implicazioni che ogni stile genitoriale può avere che questa modalità di rapportarsi è inserita tra i fattori di protezione o di rischio per lo sviluppo infantile, così come è da inserire lo stile di attaccamento che si forma nel bambino.

La teoria dell'attaccamento di Bowlby (1979) descrive il legame che si crea tra bambino e caregiver durante il primo anno di vita; ne sono stati individuati quattro tipi (Bowlby, 1979): lo stile sicuro, presente nella maggior parte dei casi, è caratterizzato da una buona regolazione emotiva e un buon bisogno d'esplorazione del bambino al di fuori della diade, le interazioni sono adeguate grazie al caregiver che riesce a modulare le emozioni; lo stile evitante presenta una soppressione della

regolazione emotiva in favore di una maggiore esplorazione da parte del bambino, il quale ha imparato a non mostrare emotività e a non chiedere aiuto all'adulto in quanto quest'ultimo rifiuta un contatto; nello stile ansioso-ambivalente il bambino accentua la sua emotività per attirare l'attenzione del genitore che si è sempre dimostrato incostante e imprevedibile; lo stile disorganizzato non presenta una vicinanza tra bambino e caregiver, il quale spesso abusa, maltratta o spaventa il bambino, che deve chiedere conforto e aiuto a persone esterne.

Un terzo aspetto da tenere in considerazione quando si parla di genitorialità è la regolazione emotiva, ovvero la gestione delle emozioni. Viene suddivisa in tre diversi momenti: il primo riguarda l'abilità di regolazione delle emozioni propria dei genitori, il secondo riguarda il modo in cui il genitore usa le emozioni nel rapporto col figlio, il terzo riguarda il modo in cui le emozioni del genitore incidono sulla gestione delle emozioni del bambino: il modo in cui il genitore sa gestire le proprie emozioni, quindi, ha un impatto su come l'adulto si approccia al figlio e di conseguenza si modella il modo in cui il bambino imparerà a modulare le proprie emozioni (Bornstein, Suwalsky & Breakstone, 2012).

Questi tre aspetti sono solo alcuni dei più importanti che costituiscono la genitorialità, ma se ne possono aggiungere anche molti altri, tra cui la sensibilità materna e la mentalizzazione, senza contare il grande impatto che ha la fase perinatale e quella postnatale.

Il concetto di sensibilità materna è stato introdotto come parte della teoria dell'attaccamento (Ainsworth et al., 1978) ed era stato indicato come uno dei più determinanti fattori per un corretto sviluppo infantile sia per il livello cognitivo che per quello emotivo. Inoltre, durante il primo anno di vita, una buona sensibilità materna è stata correlata a una maggiore possibilità di sviluppare nel figlio un attaccamento di tipo sicuro (Meins et al., 2001). Questo costrutto racchiude al proprio interno diverse qualità affettive e comportamentali, come la flessibilità, l'adequata responsività, l'accettazione, la negoziazione del conflitto e la consapevolezza materna dei bisogni del figlio (Van Doesum et al., 2007).

Shin e colleghi (2008) riferiscono le tre principali conseguenze di una sensibilità materna appropriata: il benessere del bambino, l'attaccamento madre-figlio e lo sviluppo infantile. Il benessere del figlio si sostiene attraverso l'attenzione e i comportamenti materni che soddisfano il bambino, riducendo allo stesso modo il distress e il distacco da parte del piccolo. Un "mothering" di tipo sensibile aumenta la probabilità di formare un attaccamento sicuro, il che produrrebbe di conseguenza una maggiore propensione verso uno sviluppo ottimale del bambino. Infine, la sensibilità materna influenzerebbe vari aspetti della sfera cognitiva infantile, quali lo sviluppo socio-emotivo e la sicurezza in sé stessi.

Saper cogliere i segnali del bambino e rispondervi in tempi e modi adeguati sono quindi fattori molto importanti per costruire delle basi solide per il suo corretto sviluppo e funzionamento.

La mentalizzazione viene definita come la tendenza dei genitori di riferirsi al proprio figlio come un individuo separato da loro, con i propri pensieri, desideri, idee e credenze (Allen et al., 2011), per cui saranno più inclini a osservare e identificare gli stati mentali del bambino che sottostanno al suo comportamento (Sharp & Fonagy, 2008).

Una mentalizzazione insufficiente è stata correlata con una sensibilità materna carente (Ensink et al., 2019), una comunicazione affettiva non efficace (Grienemberger et al., 2005) e lo sviluppo di un'insicurezza nell'attaccamento (Fonagy et al., 1993). Al contrario, una buona mentalizzazione genitoriale è associata a una migliore tolleranza dello stress in caso di alti livelli di arousal nel bambino (Rutherford et al., 2015) e a una migliore abilità nel filtrare le eventuali risposte poco sensibili da parte dei genitori (Ensink et al., 2016).

La mentalizzazione, inoltre, è molto importante per l'acquisizione di abilità come la regolazione delle emozioni, ovvero l'insieme dei processi che prendono parte nella modulazione e nell'espressione della risposta emotiva in termini di intensità, mantenimento e risoluzione (Gross & Thompson, 2007). Una regolazione delle

emozioni deficitaria è molto spesso associata alla presenza di patologie quali abuso di sostanze (Weiss et al., 2015), disordini alimentari (Seidel et al., 2018), depressione (Lopez et al., 2018), ansia (Kircanski et al., 2018), disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Steinberg & Drabick, 2015) e disturbo borderline di personalità (Herpertz et al., 2018). Nei primi anni di vita le emozioni vengono co-regolate dai caregiver, permettendo così ai piccoli di poter imparare a loro volta la mentalizzazione e la propria regolazione emotiva. Tutto questo, però, necessita di una adeguata mentalizzazione da parte dei singoli caregiver, che devono capire lo stato mentale del figlio e aiutarlo a gestirlo. La regolazione emotiva, e di conseguenza la mentalizzazione, sono quindi fattori importanti sia per la genitorialità che per la salute mentale del figlio.

Con Mind-Mindedness (MM) si intende la sintonizzazione materna nei confronti degli stati interni del figlio, il quale viene visto come un individuo dotato di una propria mente (Meins et al., 2001). È un passo successivo e più preciso rispetto alla mentalizzazione, in quanto la MM riguarda nello specifico il rapporto caregiver-figlio, mentre la mentalizzazione è l'abilità più generale di riconoscere gli stati mentali propri e altrui.

Un appropriato livello di MM è associato a un comportamento materno non intrusivo e sensibile (Licata et al., 2014); inoltre, Dollberg (2022) segnala come nelle diadi dove le madri dimostravano una MM più accurata fosse presente una maggiore sensibilità materna e le interazioni con i neonati avevano più reciprocità (Dollberg, 2022).

Oltretutto, la MM sembra essere uno degli elementi chiave per uno sviluppo del linguaggio precoce e adeguato (Hirsh-Pasek & Burchinal, 2006) e l'uso da parte della madre di un grande numero di input verbali farebbe aumentare più velocemente il vocabolario del figlio (Weizman & Snow, 2001). In particolare, se i caregiver usano un vocabolario che si riferisce anche agli stati mentali del genitore stesso o del bambino, questo favorisce lo sviluppo nel bambino di un

proprio linguaggio relativo alle emozioni e agli stati mentali (Mcquaid et al., 2008).

1.3 Condizioni di rischio per il primo sviluppo del bambino

Quando si parla di disturbi del neurosviluppo (*Neurodevelopmental Disorders*, ND) si intende una serie di condizioni che possono insorgere nei primi anni di vita e che avranno un impatto notevole sulla quotidianità sia del bambino che dei genitori. Ad oggi, la presenza di ND a livello mondiale si trova tra il 15% e il 20% dei bambini e può portare a una compromissione a livello cognitivo, comportamentale, comunicativo e psicomotorio (Parenti et al., 2020). I principali ND sono il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), la Disabilità Intellettiva (ID), i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e alcune condizioni fisiche e sensoriali, come la paralisi cerebrale e la cecità; è molto comune riportare una comorbidità tra due o più ND.

I fattori che influenzano lo sviluppo di un ND sono principalmente genetici, pre-, peri- e postnatali. Per quanto riguarda la genetica, per la maggior parte dei disturbi abbiamo un'incidenza maggiore di ND nei figli se sono presenti anche nei genitori o in familiari stretti, soprattutto se si parla di ASD o ADHD (Polderman et al., 2015); inoltre, l'età dei genitori è associata con la presenza di alcune sindromi se è avanzata, in particolare un'età materna oltre i 35-40 anni può comportare un maggiore rischio di sviluppare delle difficoltà nella lettura (Mascheretti et al., 2018) oppure la sindrome di Down nel bambino (Sherman et al., 2007), come invece un'età paterna avanzata è considerata un fattore contribuente allo sviluppo di ASD (Krug et al., 2020).

Per quanto riguarda i fattori prenatali, sono da tenere in considerazione l'uso di tabacco o alcool da parte della madre durante la gravidanza (Tran, 2013), come anche una condizione di obesità materna nel periodo gestazionale, in quanto

l'influenza metabolica, infiammatoria ed endocrina del suo corpo avrebbero un effetto sullo sviluppo cerebrale del feto (Sanchez et al., 2018).

I fattori perinatali che influenzano i ND comprendono complicanze durante il travaglio, traumi nel momento del parto e distress respiratorio nel bambino nei primi minuti di vita. Questi eventi accadono in un momento di grande vulnerabilità per lo sviluppo cerebrale, diventando perciò grandi fattori di rischio (Zhang et al., 2010). Sono poi prese in considerazione anche alcune condizioni che possono accadere dopo la nascita, come malnutrizione, infezioni gravi e traumi, così come anche una deprivazione affettiva e stimolativa nei primi 1000 giorni di vita del neonato, che porterebbe a una maggiore probabilità di sviluppo di ASD o ID. Un altro elemento da non sottovalutare è la nascita pretermine, che a seconda del livello di prematurità può portare a conseguenze diverse.

A tutte queste cause dobbiamo poi aggiungere un certo livello di stress genitoriale, quasi scontato in queste condizioni di rischio per il bambino (Craig et al., 2016). I genitori possono sentirsi impotenti davanti a situazioni che mettono in pericolo il loro bambino ma su cui non hanno il controllo, oppure possono provare senso di colpa e sofferenza che rischiano di mettere a repentaglio la corretta creazione della relazione con il figlio, ostacolando in questo modo uno sviluppo completo e adeguato. Vilaseca e collaboratori hanno dimostrato che nei bambini con ND un elevato livello di sensibilità genitoriale porterebbe a migliori outcomes nello sviluppo emotivo, cognitivo e socio interattivo, e inoltre sono stati individuati migliori outcomes anche nello sviluppo linguistico in bambini con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro autistico (Vilaseca et al., 2019).

1.3.1 Nascita pretermine

Una nascita viene definita pretermine se avviene prima della trentasettesima settimana di gestazione. A livello globale, la percentuale di parti prematuri è di circa il 10%; sebbene la maggior parte dei bambini sopravviva (circa il 70-90%

nei paesi ad alto reddito, ma il 10-40% nei paesi a basso reddito), avranno un maggiore rischio di sviluppare ND e complicazioni respiratorie e gastrointestinali (Goldenberg et al., 2008). Il grado di prematurità è definito da quante settimane prima del termine previsto avviene la nascita: tra la trentaquattresima e la trentaseiesima settimana viene definita “vicino al termine”, tra la trentaduesima e la trentatreesima è chiamata “prematuro moderato”, tra la ventottesima e la trentunesima si definisce “prematuro severo”, mentre prima della ventottesima è chiamata “prematuro estremo”.

Le cause principali di una nascita prematura possono essere sia comportamentali che psicologiche. Le prime, per aspetti etici, possono essere indagate poco, ma è stato riscontrato che certi comportamenti della madre durante la gravidanza hanno portato spesso a parti prematuri, come l'abuso di alcool, droghe e fumo, una nutrizione poco adeguata e un lavoro ad alto impatto fisico (Behrman & Butler, 2007), che spesso sono conseguenza di una bassa autostima materna che porta a mettere in atto questi comportamenti non adattivi. Per quanto riguarda le cause psicologiche, lo stress materno è il fattore che influisce maggiormente: è stato dimostrato che una madre con alti livelli di stress, dettati sia da condizioni socioeconomiche avverse che da problematiche di salute mentale come depressione e disturbi d'ansia, sia più propensa ad avere un parto pretermine a causa di meccanismi biologici di rilascio di catecolamine, le quali causano una vasocostrizione che riduce l'apporto di ossigeno e calorie al feto (Copper et al., 1996).

Nello studio di Ream e Lehwald del 2018 troviamo elencate tutte le maggiori conseguenze di una nascita pretermine, sia fisiologiche che a livello cognitivo (Ream & Lehwald, 2018). Viene descritta prima di tutto una differenza di dimensione e di sviluppo cerebrale, in quanto il volume del cervello in un nato prematuro risulta ridotto in particolare nelle regioni frontotemporali e nell'ippocampo, il che può portare a sepsi, emorragia intraventricolare, displasia broncopolmonare e necessità di ossigeno. I prematuri moderati e severi, inoltre,

presentano un calo generale del volume cerebrale, in particolare del corpo calloso, del cervelletto e della sostanza grigia. Vista e udito sono i sensi più colpiti da una nascita pretermine, come anche le sensazioni a livello somatico. Nascere prematuri significa anche avere una probabilità maggiore di sviluppare una neurodivergenza come ADHD e ASD, oltre a problematiche esternalizzanti come l'aggressività e internalizzanti come ansia, depressione e difficoltà sociali.

A seconda delle settimane di gestazione che il neonato non ha passato nel grembo materno, ci si trova davanti a un periodo più o meno lungo di ricovero nella Terapia Intensiva Neonatale (TIN). Questa esperienza risulta particolarmente stressante sia per i genitori che per il bambino: quest'ultimo, infatti, si ritrova in un ambiente pieno di stimoli diversi da quelli a cui è fisicamente pronto, oltre che essere separato dai suoi genitori; tutto ciò ha un impatto enorme sullo sviluppo cognitivo e socio emotivo del bambino (McLean et al., 2022). Data l'incertezza della situazione del figlio, i genitori possono andare incontro a depressione, ansia e disturbo post-traumatico da stress (PTSD) (Axelin et al., 2022). Nel periodo di ricovero, i padri mostrano un atteggiamento di supporto verso le madri e solo dopo la dimissione cominciano a creare un rapporto col figlio (Jackson et al., 2003), mentre le madri cercano fin da subito di stabilire una buona relazione col neonato. Una volta a casa, diventa molto importante la qualità della relazione genitore-figlio per supportare le traiettorie di sviluppo nel modo migliore possibile, in particolare attraverso interazioni precoci, a partire dal periodo nella TIN fino ai primi anni di vita del bambino, periodo di importanza cruciale per la promozione emotiva e cognitiva (Arwehed et al., 2024). Purtroppo, è stato dimostrato che questa esperienza crea nei genitori dei disturbi di tipo ansioso e depressivo e in generale provano molte più emozioni negative rispetto a genitori di bambini nati a termine (Ionio et al., 2016).

1.3.2 Disabilità Intellettiva

Con Disabilità Intellettiva (*Intellectual Disability*, ID) si definisce un livello di funzionamento inferiore alla norma, con limitazioni in ambito cognitivo, comportamentale e pratico, e con un impatto sulla quotidianità del soggetto e dei suoi caregiver. Generalmente, si riscontra una ID quando il quoziente intellettivo (QI) è inferiore a 70 e si presentano restrizioni di diverso livello in almeno due aree tra quelle sociale, pratica e concettuale (Shree & Shukla, 2016). Si riconoscono quattro livelli di ID: lieve, se il QI è tra 55 e 69, moderato, tra 36 e 51, grave, tra 20 e 35, e profondo, con un punteggio inferiore a 20. Circa il 70% di soggetti con ID grave e il 50% di soggetti con ID profondo hanno una base organica o biologica che genera il disturbo, come una caratteristica genetica, prematurità, deprivazione di ossigeno alla nascita, infezioni gravi o fattori ambientali.

Spesso, al momento della diagnosi, ai genitori serve un supporto per accettare la condizione del figlio e per gestire la vita quotidiana, che può avere delle ripercussioni e dei cambiamenti diversi in base al livello di ID che il bambino presenta: con una disabilità lieve si hanno delle generali capacità comunicative, sociali e una certa autonomia, mentre con una disabilità profonda i genitori devono provvedere ai bisogni primari del figlio in quanto non possiede alcuna autonomia e spesso ha minime capacità espressive.

Per quanto riguarda il parenting di un bambino con ID, è stato notato come le madri presentino mediamente un livello di stress genitoriale maggiore rispetto ai padri (Gerstein et al., 2009), e come questo stress materno aumenti con l'inserimento nell'ambiente scolastico, mentre lo stress paterno rimane sostanzialmente stabile. La spiegazione che viene data a questa differenza si trova nella quantità di tempo che i genitori passano col figlio: spesso, soprattutto in situazioni di disabilità, è la madre che accudisce il figlio per la maggior parte del giorno, mentre il padre è occupato con impegni lavorativi; questo sembra essere un motivo di maggior

apprensione da parte della madre e una sorta di leggero “distacco” da parte del padre.

1.3.3 Disturbi dello Spettro Autistico

L'autismo è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da un deficit nella comunicazione e nelle interazioni sociali, oltre che da comportamenti ripetitivi e stereotipati, che solitamente ha il suo esordio entro i primi 5 anni di vita del bambino (World Health Organization, 2019). Negli ultimi anni è stato introdotto un nuovo termine che racchiude diversi tipi di autismo, ovvero Disturbo dello Spettro Autistico (*Autism Spectrum Disorder*, ASD), perché è stato identificato un continuum lungo il quale si posizionano diversi disturbi tutti compatibili con i sintomi dell'autismo, come il Disturbo di Asperger (DSM-5, 2013).

Le cause dell'ASD sono ancora ignote, anche se si è a conoscenza di una forte componente ereditaria (Won et al, 2013); in più sembra che il rischio di sviluppare l'autismo sia maggiore se i genitori hanno un'età avanzata al momento del concepimento, soprattutto il padre (Krug et al., 2020).

Sono state riscontrate delle differenze neuroanatomiche tra bambini a sviluppo tipico e bambini con ASD (Donovan et al., 2017): questi ultimi presentano una maturazione precoce del sistema limbico frontale, in particolare dell'amigdala, e delle anomalie nei lobi frontale e temporale, ovvero un volume superiore, uno spessore non nella norma e una disorganizzazione dei neuroni di questa zona, oltre a un volume cerebrale globale leggermente superiore.

Uno dei sintomi che si ritrovano nei bambini con ASD è un deficit nelle relazioni sociali, con una difficoltà nella connessione con l'altro e nel condividere le proprie emozioni; inoltre, ricercano molto raramente il contatto oculare e preferiscono giochi individuali. Una delle caratteristiche più distintive di questo aspetto è la mancanza di attenzione condivisa, che si ritrova già nei bambini più piccoli (Johnson & Myers, 2007). Nonostante queste difficoltà nelle interazioni, è stato

riportato come i bambini con ASD riescono comunque a formare un attaccamento con il loro caregiver e quasi la metà presenta uno stile sicuro (Teague et al., 2017). Altra dimensione che caratterizza l'ASD è quella comportamentale, in quanto i bambini mettono in atto comportamenti e movimenti stereotipati, hanno un grande attaccamento verso gli oggetti e spesso alcune ossessioni e compulsioni.

Alcuni segnali precoci per riconoscere un potenziale autismo sono un ritardo nello sviluppo linguistico (oltre i 18 mesi), un'assenza di gioco condiviso e di fantasia, l'assenza di contatto oculare col caregiver, non rispondere al richiamo del proprio nome e la presenza di movimenti ripetitivi.

I genitori di un bambino con ASD sono tenuti ad affrontare diverse sfide, come la gestione di alcuni comportamenti stressanti, il giudizio delle altre persone, e spesso una mancanza di supporto (Ludlow et al., 2012); allo stesso tempo, però, uno studio rivela come i genitori di bambini con ASD sostengono di provare delle emozioni positive più intense rispetto ai genitori di bambini con sviluppo tipico, in quanto riescono a sviluppare una maggiore sicurezza in sé stessi, nel bambino e nel futuro, un maggiore adattamento a situazioni ad alto carico emotivo, e un generale ottimismo come conseguenza della resilienza che dimostrano (Curley et al., 2025); inoltre, affermano di provare un'immensa soddisfazione e gioia quando il loro bambino riesce a raggiungere un obiettivo, al pari, o forse in misura maggiore, dei genitori di bambini a sviluppo tipico.

1.3.4 Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, ADHD) è una delle neurodivergenze più diffuse nei bambini in età scolare e si caratterizza per due aspetti principali, da cui derivano i tre sottotipi del disturbo: abbiamo la variante inattentiva, quella impulsiva/iperattiva e infine quella combinata.

Questo disturbo interferisce con il funzionamento quotidiano del bambino e può portare a difficoltà scolastiche e sociali, ansia, depressione e abuso di sostanze (Jensen et al., 1997); inoltre, alcune ipotesi suggeriscono che da un ADHD non trattato possa svilupparsi anche un Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) e un Disturbo della Condotta (DC), con grande rischio per il futuro del bambino.

L'esatta causa alla base dell'ADHD non è ancora chiara, tuttavia alcuni studi sostengono essere il risultato di una concomitanza di fattori psicosociali e biologici, tra cui una predisposizione genetica e una disregolazione a livello di neurotrasmettitori (Malhi & Singhi, 2001); in ambito neurobiologico, in soggetti con ADHD troviamo una dimensione dei lobi frontali non nella norma e un volume ridotto del corpo calloso, considerazioni che spiegherebbero un'alterazione funzionale della corteccia prefrontale del cervello (Zametkin et al., 1990).

Il trattamento di questo disturbo ha come obiettivo quello di migliorare i sintomi presenti nel bambino e ottimizzare le performance, proponendo al soggetto una terapia comportamentale volta a dare anche delle conoscenze sul suo funzionamento e delle indicazioni su come gestire le sue difficoltà; in casi più gravi, si può proporre anche una terapia farmacologica. Una ricerca ha ottenuto buoni risultati sottoponendo i bambini con ADHD e i loro genitori a un training di 8 settimane in cui venivano utilizzate tecniche di mindfulness: si è riscontrato un aumento di consapevolezza sia nei figli che nei genitori, come anche una diminuzione di stress e iperreattività, e i caregiver hanno segnalato una riduzione dei sintomi del disturbo nei bambini (Van der Oord et al., 2012).

I genitori di bambini con ADHD tendono a risentire dei comportamenti del figlio in maniera spesso molto marcata, diventando più controllanti e disapprovando spesso le azioni del bambino. Nello studio di Alizadeh e colleghi, i genitori intervistati sono stati descritti come meno coinvolti con i figli, meno affettuosi, con meno autostima e più propensi a utilizzare punizioni fisiche rispetto a genitori di bambini a sviluppo tipico (Alizadeh et al., 2007). A livello emotivo, i genitori che presentano un alto grado di stress possono percepirsi come meno capaci di

affrontare le sfide che questo disturbo presenta, con un effettivo calo delle risposte genitoriali verso i bambini (Modesto-Lowe et al., 2008).

È stato riscontrato anche un maggior utilizzo degli stili genitoriali autoritario e permissivo in genitori che riportavano un maggior livello di stress, però allo stesso tempo sono stati individuati maggiori problematiche di regolazione comportamentale nei loro bambini (Hutchison et al., 2016).

1.3.5 Disturbi Specifici dell'Apprendimento

I Disturbi Evolutivi Specifici dell'Apprendimento (DSA) sono dei disturbi del neurosviluppo definiti dal DSM-5-TR come “difficoltà persistenti nell'apprendimento delle abilità scolastiche di base, che si manifestano durante gli anni della formazione scolastica con un rendimento significativamente al di sotto delle attese per l'età del soggetto, compromettendo le attività quotidiane o scolastiche” (DSM-5-TR, 2022). Le difficoltà scolastiche possono interessare diverse aree, ovvero lettura, scrittura, abilità di calcolo e di ortografia, includendo anche la comprensione del testo e l'ambito più meccanico della grafia. Per porre una diagnosi di DSA, è necessario che il soggetto risulti deficitario nelle prove di valutazione di almeno 2 deviazioni standard rispetto al risultato atteso dal campione di riferimento dei suoi pari, escludendo che la difficoltà possa derivare da una disabilità intellettiva ($QI < 70$) o da altre condizioni mediche come deficit sensoriali o neurologici; bisogna anche assicurarsi che il soggetto abbia ricevuto degli stimoli adeguati allo sviluppo di tale abilità. Inoltre, è necessario che la difficoltà permanga nel bambino per almeno sei mesi, nonostante l'erogazione di un programma di potenziamento neuropsicologico. Molto spesso troviamo in comorbidità con i DSA altri disturbi del neurosviluppo, principalmente ADHD e autismo, ed essendo disturbi a forte componente ereditaria, è facile trovare le stesse difficoltà o simili anche nella famiglia del soggetto.

In questi bambini, gli automatismi di lettura, scrittura e calcolo non si sviluppano in modo totale ma solo parziale, richiedendo quindi una quantità di energia e di impegno superiori rispetto ai bambini con un pieno sviluppo di queste capacità (Foderaro, 2022).

La dislessia è la difficoltà nell'acquisizione degli automatismi della lettura, per cui la parola viene letta in modo errato e più lentamente rispetto alla norma.

La discalculia è la difficoltà specifica riguardante il calcolo e i numeri, quindi un deficit sia nel compiere le operazioni che nelle varie abilità matematiche, in casi gravi troviamo anche una difficoltà nel riconoscere le cifre.

La disortografia è il deficit per il quale si fatica a scrivere correttamente le parole, risultando in una scrittura non corretta a livello grammaticale e spesso molto lenta.

La disgrafia, infine, è la difficoltà di scrivere in modo leggibile a causa di una mancanza di coordinazione nei movimenti, spesso associata a una difficoltà nel gestire lo spazio.

Pur non potendo porre una diagnosi di DSA prima della seconda elementare circa, ci sono dei segnali precoci che si possono incontrare nello sviluppo delle competenze del bambino che si devono tenere in osservazione, come per esempio: difficoltà nel riconoscimento di parole ad alta frequenza, vocabolario limitato o comparso tardivamente, difficoltà nella manualità fine, facile distraibilità, poca memoria a breve termine, confusione e sostituzione di alcuni suoni, sintassi inadeguata, difficoltà nel riconoscere le rime (Cornoldi, 2023). Queste difficoltà solitamente concorrono allo sviluppo di problematiche internalizzanti, come disturbi d'ansia, oppure esternalizzanti. Essendo disturbi evolutivi e che permangono lungo tutto l'arco di vita, è importante effettuare un percorso di riabilitazione o di potenziamento neuropsicologico per trovare delle strategie adeguate al singolo individuo, per aiutarlo sia nel percorso di studi ma anche nella vita adulta.

1.3.6 Bambini ipovedenti

Un deficit visivo sensoriale può presentarsi a partire dalla nascita oppure può manifestarsi in un momento diverso a causa di un danno neurologico oppure di una patologia oculare, però in entrambi i casi il danno al sistema visivo è purtroppo irreversibile e la famiglia deve provvedere a ricercare delle strategie adeguate allo stile di vita che il bambino dovrà mantenere. È fondamentale, infatti, che il bambino ipovedente riceva un'educazione adatta alla sua disabilità già a partire dalla prima infanzia, così da sviluppare un approccio multisensoriale utile per evitare un ritardo evolutivo.

Le principali cause di ipovisione in età infantile sono patologie della cornea, del cristallino, della retina o del nervo ottico, glaucoma congenito o alterazioni del campo visivo o della sensibilità al contrasto.

In caso di disabilità intellettiva, gli output provenienti dall'ambiente esterno non possono essere elaborati correttamente e questo influisce sulla qualità dell'educazione multisensoriale che il bambino deve sviluppare, in quanto anche la memoria può essere deficitaria; anche in caso di disabilità motoria troviamo una compromissione dell'approccio da adottare, oltre che un ulteriore problema anche a livello di organizzazione fisica dell'ambiente.

Per quanto riguarda la comunicazione, la qualità delle interazioni verbali dei bambini ipovedenti risulta adeguata, mentre risulta più deficitaria la comunicazione non verbale: si riscontrano, infatti, più vocalizzi di natura negativa rispetto a quelli di natura positiva, meno sorrisi, meno espressioni emotive facciali, minor condivisione dell'attenzione e minore prontezza nella risposta alle stimolazioni esterne (Grumi et al., 2023). Queste limitazioni nella comunicazione del bambino rendono più importante il lavoro di comprensione da parte dei genitori e dei caregiver secondari, i quali necessitano di grande sensibilità e di flessibilità per capire le richieste del figlio. È stato dimostrato, infatti, che i caregiver di bambini ipovedenti utilizzano meno espressioni facciali e meno richieste di attenzione visiva a favore di un maggiore numero di atti comunicativi e tentativi

di continuare una conversazione (Pérez-Pereira & Conti-Ramsden, 2001). Inoltre, siccome il canale visivo ha grandi limitazioni, uno studio ipotizza che i genitori possano avere maggiori difficoltà nell'interpretare gli stati emotivi del bambino, in quanto esso potrebbe fare fatica ad esprimerli tramite la comunicazione non verbale, non avendo mai avuto l'esperienza di osservare le espressioni dei genitori (Grumi et al., 2021). Questo indica, d'altra parte, grande sensibilità cognitiva genitoriale, indispensabile per aiutare il bambino a comprendere il mondo nonostante questo importante deficit sensoriale.

1.3.7 Bambini con paralisi cerebrale

Con “Paralisi Cerebrale Infantile” (PCI) si racchiude un ampio gruppo di disturbi neurologici causati da una lesione permanente del cervello, coinvolgendo principalmente le aree di controllo di movimento e postura, con conseguenti problemi nelle abilità motorie, debolezza muscolare, lentezza e difficoltà nella coordinazione e nell'equilibrio. Le cause possono essere prenatali, come malformazioni genetiche o infezioni; perinatali, con problematiche durante il parto come un ridotto apporto di sangue e ossigeno al cervello o un'emorragia cerebrale; o postnatali, ad esempio traumi cranici. Il fattore di rischio più importante è comunque una nascita pretermine.

Una diagnosi di questo tipo ha un grande impatto sulla famiglia, la quale deve provvedere a interventi di tipo educativo, psicologico e di autoaiuto (Morgan et al., 2021), in modo da lavorare sull'accettazione della diagnosi e migliorare la qualità di vita del figlio e dei caregiver stessi, per non cadere in una condizione di evitamento ma al contrario sviluppare delle strategie di coping efficaci per favorire lo sviluppo di un'adequata intersoggettività primaria, ovvero lo scambio diadico tra caregiver e bambino (Festante et al., 2019). In alcuni casi, i bambini con PCI non sono verbali, quindi i genitori devono affidarsi alla comunicazione non verbale, alla conoscenza del proprio bambino e all'esperienza condivisa con lui (Setaro & Fedrizzi, 2016). Nella maggior parte delle diadi, anche se il bambino è

verbale, è il genitore a condurre la conversazione, lasciando al bambino spazio per brevi risposte: questo modo di conversare rischia di far sviluppare nel bambino una comunicazione di tipo passivo, non avendo a pieno sviluppato le abilità comunicative sociali (Pennington, 2008). Con un intervento precoce si può stabilire una comunicazione positiva tra bambino e genitore, dove quest'ultimo impara a comprendere i segnali comunicativi del proprio figlio e ad anticiparli basandosi su alcune azioni che il minore potrebbe mettere in atto; in questo caso, si aiuta il bambino ad essere più indipendente nella comunicazione e il genitore più responsivo nei suoi confronti (Pinder et al., 1995).

1.4 Impatto dello sviluppo atipico sul parenting

I genitori sono le persone più colpite dalla disabilità che il figlio presenta a causa delle aspettative che avevano sul futuro della famiglia. Un figlio con disabilità comporta un cambiamento nella quotidianità che può essere anche molto profondo, in base alle necessità del bambino. Diventa fondamentale, quindi, affrontare questa nuova condizione facendo attenzione a tutti i componenti della famiglia, in quanto i genitori potrebbero avere bisogno di aiuto per accettare la diagnosi del figlio e per imparare a convivere, e spesso diventa necessario anche un supporto psicologico oltre che organizzativo.

Infatti, molti studi riportano come i genitori con figli che presentano disabilità soffrono di livelli di stress più elevati, sentimenti pessimistici più intensi riguardo al futuro e un maggiore rischio di depressione rispetto ai genitori di bambini con sviluppo tipico (Seymour et al., 2017; Parkes et al., 2011); in particolare, in letteratura si trovano molti studi che approfondiscono il tema dell'ansia per il futuro e la differenza di impatto che una diagnosi di disabilità ha su madre e padre: le madri tendono a avere un'emozione e uno stress più intensi e ad assumersi la maggior parte delle responsabilità, il che spesso porta a ricadute di salute fisica e mentale (Meeta et al., 2016), mentre nei padri si riscontra un minore impatto

emotivo associato però a grandi sentimenti di impotenza e tendenze al ritiro o al silenzio emotivo (Bujnowska et al., 2019).

A volte per un genitore può essere complicato e non immediato il riconoscimento delle principali tappe di sviluppo del bambino: alcune sono più note come le prime parole e i primi passi, mentre altre possono passare inosservate, come ad esempio la qualità del gioco e delle interazioni precoci. Alcuni bambini arrivano tardi in consultazione perché i genitori hanno difficoltà ad accettare che le loro aspettative non sono state rispettate, cercando di capire da soli se le loro preoccupazioni hanno effettivamente un motivo di esistere oppure se il bambino riesce comunque ad arrivare agli obiettivi di sviluppo; può essere infatti complesso riconoscere che il proprio figlio abbia delle difficoltà anche a causa di fattori come lo stigma sociale e la storia familiare.

1.4.1 Elaborazione della diagnosi

Ricevere una diagnosi di disabilità per il proprio figlio può essere vissuto come un'esperienza di "lutto" per il bambino che si pensava di avere già durante il periodo della gravidanza, rendendo questo momento paragonabile a un evento traumatico che mette alla prova aspettative e sentimenti verso il proprio bambino (Pianta et al., 1999).

Sono state individuate cinque fasi di elaborazione della diagnosi che, appunto, sono sovrapponibili in parte a quelle del lutto (Kübler-Ross & Kessler, 2009):

1. Negazione: temporanea e difensiva non accettazione della situazione;
2. Rabbia: sentimenti di collera costante, invidia verso gli altri genitori e risentimento verso sé stessi e il partner;
3. Negoziazione: tentativo di comprendere la realtà;
4. Depressione: il contatto con la realtà genera tristezza e desiderio di solitudine;

5. Adattamento: creazione di nuove rappresentazioni del bambino, oltre alla sua diagnosi.

La non elaborazione e accettazione della diagnosi rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo del bambino, per la genitorialità e per il benessere psicologico dei caregiver: i bisogni del figlio possono suscitare nei genitori sentimenti di angoscia e di dolore che impediscono loro di prendersene cura adeguatamente, arrivando anche talvolta a negare le sue difficoltà o, al contrario, a identificarlo solo con la sua diagnosi (Gattinara & Pallini, 2015).

I genitori con difficoltà di accettazione della disabilità possono reagire in due modi (Sorrentino, 2006): possono ritirarsi emotivamente, continuando a prendersi cura del figlio ma senza un coinvolgimento emotivo, oppure possono diventare ipercoinvolti, accontentando quindi sempre il figlio per evitare di farlo soffrire o arrabbiare.

È importante che i genitori ricevano un supporto per accettare la diagnosi e capire come aiutare e supportare al meglio sia il bambino che la coppia, in quanto possono esserci ripercussioni anche a livello relazionale tra i caregiver data la situazione delicata che devono affrontare. È necessario prima di tutto essere consapevoli dei cambiamenti che dovranno essere effettuati per andare incontro alle esigenze del bambino, in seguito spesso è consigliato un percorso psicologico per gestire il carico emotivo che una diagnosi di disabilità comporta e per assicurarsi di gestire al meglio ogni situazione che si presenterà.

1.4.2 Dimensione emotiva

Una volta accettata la diagnosi e organizzato la quotidianità in base ad essa, i genitori di bambini con disabilità dello sviluppo sono quasi sempre condizionati da un grande carico emotivo e da stress genitoriale dovuti dalla situazione del figlio e dall'incertezza sul suo futuro, dai dubbi sulla propria competenza genitoriale e dalla paura del giudizio esterno; tutto ciò, spesso, può portare i caregiver a

sviluppare dei disturbi affettivi o dell'umore, come la depressione o l'ansia, oppure può portare a un malfunzionamento familiare. In particolare, le variabili psicosociali che sembrano essere associate alla presenza di ansia e depressione sono alti livelli di stress, la gravità della condizione, e senso di colpa, mentre le variabili che incidono su un malfunzionamento familiare sono la qualità del rapporto tra coniugi, il biasimare il partner e, di nuovo, la gravità della condizione del bambino (Bemister et al., 2015). Disturbi depressivi, d'ansia e psicosomatici sono inoltre più comuni tra genitori di bambini con ritardo psicomotorio rispetto ad altre disabilità.

Sappiamo oggi che la salute mentale dei genitori influisce molto sulla qualità di vita dei figli e sulle loro performance: bambini con genitori con disturbi mentali hanno risultati peggiori in riabilitazione e nello sviluppo generale (Barreto et al., 2020).

Sono state individuate delle strategie sia adattive che disadattive riguardo la regolazione emotiva nei genitori (Keleynikov et al., 2023): quelle adattive sono il reappraisal e l'accettazione, quelle disadattive sono la soppressione e la ruminazione. Il reappraisal consiste nel reinterpretare gli eventi in modo tale che il loro impatto emotivo venga modificato; l'accettazione riguarda l'accogliere le emozioni senza cercare di cambiarle; con soppressione si intende il controllo verso l'espressione delle emozioni; la ruminazione è caratterizzata da un costante e passivo ripensamento circa cause e conseguenze di una determinata azione.

Per contrastare tutti questi effetti negativi, andrebbe sempre consigliato ai genitori un percorso di supporto sia individuale, cosicché ogni caregiver abbia il proprio spazio di crescita, sia alla genitorialità, in modo da riuscire a gestire la grande responsabilità e il grande impegno emotivo che una disabilità comporta.

1.4.3 Qualità delle interazioni precoci

Le interazioni precoci sono quelle che avvengono già a partire dai primi giorni di vita e comprendono espressioni facciali e toni diversi nella pronuncia delle parole in base al contesto, oltre ad alcuni atteggiamenti che vengono messi in atto principalmente nella diade madre-figlio.

In caso di disabilità, queste interazioni possono essere ridotte o compromesse a causa di difficoltà interattive e relazioni tra il genitore e il figlio: solitamente in questi bambini si riscontra una minore reattività e attenzione agli stimoli offerti del genitore, hanno comportamenti irritabili e segnali affettivi molto ridotti, e tutte queste caratteristiche portano generalmente a una comunicazione poco chiara con i genitori. In questi casi, i caregiver possono diventare più intrusivi o direttivi nel soddisfare i bisogni fisiologici dei bambini, in quanto non sempre è comprensibile di cosa abbiano bisogno (Bornstein et al., 2012).

Queste difficoltà comunicative, per di più, possono essere la causa di un futuro distacco emotivo e disingaggio tra genitori e figlio, con conseguenti risposte poco sensibili ai segnali del bambino (Azad et al., 2013).

Riproponendo alcune condizioni riportate precedentemente, nel caso dei bambini ipovedenti si deve preferire un canale non visivo per facilitare le interazioni, che comunque saranno limitate; riguardo ai bambini nati prematuri, le prime interazioni avvengono nella TIN, dove il bambino deve rimanere però all'interno dell'incubatrice per continuare il suo sviluppo, limitando molto la qualità interattiva; nel caso di bambini con ASD spesso sono loro che non gradiscono il contatto fisico e oculare, tralasciando quindi la parte di regolazione emotiva da parte del genitore attraverso le sue espressioni facciali.

Ogni tipologia di disturbo del neurosviluppo porta con sé delle difficoltà diverse che la famiglia dovrà gestire nella quotidianità; spetta primariamente ai caregiver il compito di gestire al meglio le situazioni che si presentano e al tempo stesso di imparare a regularsi loro stessi.

CAPITOLO 2:

POSSIBILI INTERVENTI DI SUPPORTO GENITORIALE

Tra i più comuni fattori di rischio per uno sviluppo ottimale troviamo sia una condizione socioeconomica complicata (come precarietà lavorativa, basso reddito e basso livello di istruzione), la quale può in certi casi portare a comportamenti genitoriali inappropriati come l'abuso di sostanze e l'uso della violenza, che la depressione materna, la quale può avere un impatto sui processi di regolazione che si formano nelle prime settimane di vita del bambino e che rischiano di portare poi alla consolidazione nel figlio di un'affettività negativa e di un'attitudine difensiva (Nicolais et al., 2006); altro fattore di rischio è individuato in una gestione poco efficiente del peso delle responsabilità che una condizione di disabilità comporta, con conseguente aumento dei livelli di stress per i genitori.

Per quanto riguarda più nel dettaglio il genitore, visto come singolo, risultano importanti alcune dimensioni come il funzionamento psicologico, la stabilità emotiva e le sue personali strategie di coping, tutti fattori che interagiscono con la sensibilità e la responsività genitoriale (Belsky, 1984). Una buona prevenzione, quindi, interviene sia sulla relazione caregiver-bambino, ma anche sullo sviluppo delle singole parti, prendendo in considerazione anche il genitore come individuo per supportarlo nella propria crescita personale e nella risoluzione di quelle problematiche che potrebbero influire nella genitorialità.

Tra i fattori di protezione, invece, troviamo una buona strategia di coping e la resilienza dei genitori. Avere una strategia di coping efficace significa saper gestire in modo ottimale le sfide che l'educazione dei figli possono portare, in particolare modo se presente una disabilità. Si possono avere strategie legate alla risoluzione del problema, quindi avendo un approccio più pratico come modificare le routine o stabilire regole precise e chiare, imparando a comunicare meglio con i figli, oppure si possono adottare delle strategie legate alle emozioni, quindi imparando

a regolare lo stress o l'ansia di non sentirsi all'altezza del ruolo genitoriale prima di mettere in atto un comportamento dettato da queste emozioni (Folkman & Lazarus, 1988). Solitamente, sono stati ottenuti risultati migliori con le tecniche di risoluzione del problema, spesso associati anche a minori livelli di depressione e a maggiori livelli di benessere generale del caregiver (Glidden et al., 2006); parallelamente, nello stesso studio è stata riscontrata una maggiore presenza di depressione e una minore presenza di benessere della persona quando venivano utilizzate maggiormente tecniche di coping centrate sulle emozioni. Avere resilienza, infine, significa sapersi adattare alla situazione di difficoltà in modo positivo, gestendo le crisi e trasformando gli ostacoli in opportunità di migliorarsi e risolvere la situazione problematica (Fletcher & Sarkar, 2013). Le competenze che deve avere un genitore resiliente sono l'accettazione, l'ascolto attivo, l'empatia ed essere orientato verso la risoluzione del problema.

Altri fattori importanti inclusi tra quelli di protezione sono una buona rete sociale, una relazione solida tra i coniugi e valide conoscenze sullo sviluppo infantile che portano all'incremento di capacità genitoriali appropriate (Latino, 2020).

2.1 Stress Genitoriale

Secondo la definizione di Abidin, lo stress genitoriale nasce dalla «disparità percepita dal genitore tra le richieste del bambino e le proprie capacità di farvi fronte in modo adeguato» (Abidin, 1995). In particolar modo, risulta evidente in letteratura come i genitori di bambini con disabilità abbiano livelli di stress più elevati rispetto ai genitori di bambini sani (Cousino & Hazen, 2013), con effetti negativi che possono riscontrarsi sia sul benessere del figlio che su quello dei genitori: lo stress genitoriale influenza lo sviluppo del bambino anche in maniera indiretta, sottoforma di comportamenti genitoriali poco funzionali, interazioni punitive o controllanti e poco coinvolgimento nella relazione con i figli (Conger, Patterson & Ge, 1995). Da questa situazione possono sorgere nel figlio dei disturbi internalizzanti ed esternalizzanti, un'insicurezza nell'attaccamento e una ridotta

competenza sociale, compresa la capacità di affrontare le situazioni più ansiogene (Gatta et al., 2016); inoltre, è stato riscontrato come lo stress genitoriale abbia un impatto sull'esito del trattamento psicoterapico del bambino, soprattutto in casi di minori con disturbi d'ansia (Crawford & Manassis, 2001).

Dal punto di vista dei genitori, invece, maggiori livelli di stress sono correlati a una minore soddisfazione coniugale (Robinson Neece, 2015) e a una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di sintomi depressivi (Wolf et al., 1989). Al contrario, un livello minore di stress è associato a una maggiore autopercezione delle capacità genitoriali (empowerment), meccanismo molto importante per il trattamento dei disturbi psicocomportamentali del bambino in quanto assume il ruolo di mediatore tra la terapia e l'outcome del proprio figlio (Graves & Shelton, 2007).

Elevati livelli di stress genitoriale per un tempo prolungato possono portare all'attivazione cronica della complessa rete neurobiologica che regola lo stress, ovvero l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), sistema che comprende anche il sistema nervoso autonomo (SNA), il sistema nervoso centrale (SNC) e la regolazione degli ormoni tramite il sistema endocrino. Le componenti principali dell'asse HPA sono anche quelle che regolano il rilascio degli ormoni coinvolti nel sistema: i nuclei ipotalamici paraventricolari secernono la corticotropina (CRH), le cellule ipofisarie corticotrope si occupano dell'ormone adrenocorticotropo (ACTH) e la ghiandola surrenalica gestisce il cortisolo. È proprio il cortisolo l'ormone che più di tutti regola l'asse, attivando i recettori di ipofisi, ipotalamo e altre aree del SNC che consentono l'attivazione o l'inibizione appunto dell'asse HPA.

Come riportano Lombardo e colleghi, una delle conseguenze più comuni di uno stato di stress persistente è lo sviluppo di uno stato infiammatorio cronico: solitamente, il cortisolo effettua un'azione inibitoria sulle cellule del sistema immunitario, però in condizioni di stress cronico viene meno l'equilibrio citochinico/antinfiammatorio, causando una resistenza ai glucocorticoidi e quindi un maggiore rischio di risposte infiammatorie eccessive. Questo stato

infiammatorio cronico è associato alla comparsa di sintomi depressivi o problematiche metaboliche, come l'obesità (Lombardo et al., 2023).

2.2 Depressione Postpartum

La depressione post partum (*Postpartum Depression*, PPD) è una condizione che provoca grande stress in particolare nella madre in quanto diretta vittima del disturbo, per poi avere ripercussioni anche nella coppia genitoriale. Colpisce più del 15% delle madri a livello mondiale e può essere preceduta da quelli definiti come “postpartum blues”: nei primi 10 giorni dopo la nascita del figlio, fino all'85% delle donne ha sintomi transitori e che generalmente non richiedono un intervento, come cambiamenti d'umore, irritabilità, affaticamento, confusione e propensione al pianto. Alcuni fattori di rischio per questi sintomi sono depressione non relativa alla gravidanza, depressione prenatale e disforia premestruale (Henshaw, 2003).

La PPD vera e propria è classificata come un disturbo depressivo maggiore e i sintomi compaiono entro il primo mese dalla nascita del bambino: perdita di interesse in attività prima piacevoli, problemi del sonno e dell'alimentazione, sentimenti di colpa e di poca considerazione di sé, minore concentrazione e pensieri suicidari sono tutti segnali da tenere monitorati (Pearlstein et al., 2009). Purtroppo, è difficile distinguere questi sintomi da normali fatiche derivate dal nuovo ruolo genitoriale e dalla nuova vita da accudire; il tempo ottimale per lo screening sarebbe tra le 2 settimane e i 6 mesi dopo il parto.

Alcuni dei rischi psicosociali per la PPD sono la presenza di una depressione maggiore o ansia durante la gravidanza, eventi stressanti nel periodo di gestazione o subito in seguito al parto, giovane età materna, poco supporto sociale e a livello coniugale (Beck, 2001).

A livello biologico, invece, un ruolo fondamentale lo giocano le fluttuazioni ormonali che avvengono naturalmente in seguito al parto. Troviamo infatti una

diminuzione dei livelli di estradiolo e progesterone, un'alterazione degli ormoni dell'asse HPA e il coinvolgimento del sistema serotoninergico (Corwin & Pajer, 2008; Zonana & Gorman, 2005).

Nei bambini con madri che soffrivano di PPD sono stati riscontrati dei pianti eccessivi, problemi del sonno, un'insicurezza di attaccamento, una autoregolazione povera, più segnali di stress e un arousal molto attivo (Orhon et al., 2007), oltre a inibizioni comportamentali, e problematiche a livello emotivo (Sohr-Preston, 2006). Inoltre, le madri con PPD sono meno propense a cominciare o mantenere l'allattamento al seno. Anche lo sviluppo cognitivo può essere influenzato dalla ridotta reattività della madre e dalla sua difficoltà di creare un ambiente stimolante per il bambino (Cassidy et al., 2013).

Per tutte queste ragioni, viene solitamente consigliata una terapia di tipo cognitivo comportamentale o psicodinamica per affrontare i problemi legati alla PPD e assicurare sia alla madre che al bambino un'adequata salute mentale.

2.3 Psicosi Puerperale

La psicosi puerperale (PP) è una condizione psichiatrica più severa della PPD per la quale solitamente è necessaria l'ospedalizzazione, i cui sintomi sono allucinazioni, deliri, insonnia, fluttuazioni dell'umore e preoccupazioni ossessive per il neonato (Heron et al., 2008); sono stati descritti casi estremamente gravi in cui è stato commesso suicidio (Orsolini et al., 2016), infanticidio (Bergink et al., 2014), oppure entrambi, spesso con la convinzione di "salvare il bambino da un destino peggiore della morte" (Resnick, 1969). Questo disturbo ha una prevalenza di circa 1-2 casi su 1000 nascite e i sintomi appaiono solitamente entro le due settimane dal parto; le conseguenze maggiori sullo sviluppo del bambino create da questa patologia nascono dall'interruzione precoce della relazione madre-figlio causata dal ricovero del genitore, con esiti negativi sullo sviluppo cognitivo, emotivo e comportamentale del figlio (Murray et al., 2010). D'altra parte, però, è

stata riscontrata una minore difficoltà nel ristabilire una relazione col proprio figlio dopo le dimissioni ospedaliere rispetto alle madri che soffrono di PPD (Noorlander et al., 2008); inoltre, la nascita di un figlio non si trova tra i fattori di stress per la manifestazione di una PP, come invece accade nella PPD (Howard et al., 2014). Il principale fattore di rischio per la comparsa della PP è la primiparità; anche le fluttuazioni ormonali sono state studiate per capire se fossero fattori di rischio: effettivamente, è stato riscontrato che il drastico calo dei livelli di estrogeni e progesterone che segue il parto può creare forti squilibri e portare a un episodio di psicosi (Wieck et al., 1991).

Molte evidenze indicano una forte correlazione tra la PP e il disturbo bipolare (Viguera et al., 2011), con rari episodi caratterizzati da sintomi schizofrenici, mentre è comune trovare disorientamento, confusione, derealizzazione e depersonalizzazione (Bergink, 2011).

A livello di prevenzione sono attivi dei programmi di screening per valutare se esistono dei rischi per lo sviluppo di PP; nel caso di gestanti con una storia di disturbo bipolare è importante seguire attentamente la paziente e informarla delle difficoltà e dei sintomi che può riscontrare dopo il parto.

2.4 Supporto genitoriale

Il sostegno alla genitorialità sta diventando un appuntamento importante anche in quelle famiglie in cui non si trovano situazioni di disabilità, in quanto i genitori sono consapevoli che la famiglia è il primo luogo in cui si formano gli aspetti principali dello sviluppo del proprio figlio e accolgono questa responsabilità cercando di apprendere il più possibile su come aiutare il bambino nel suo periodo di sviluppo.

Questo tema ha avuto grande riscontro anche nell'ambito politico degli ultimi anni: la Comunità Europea, infatti, ha un filone di ricerca riguardo l'educazione e la cura della prima infanzia grazie al quale, negli anni, ha pubblicato vari documenti

riguardo al benessere della famiglia, tra cui il *Compendium of Inspiring Practices on Early Intervention and Prevention in Family and Parenting Support* (ottobre 2012), il quale ha voluto presentare alcune buone norme per contribuire alla prevenzione e all'intervento precoce nelle famiglie (Zambianchi, 2012).

A supporto della genitorialità troviamo principalmente i modelli di caring, ovvero tecniche che stimolano la collaborazione dei genitori nella costruzione di un approccio basato su consapevolezza e responsabilità. Sono state individuate quattro categorie di interventi sulla genitorialità (Milani, 2008): gli interventi e percorsi accademici, grazie ai quali i genitori possono acquisire delle competenze e conoscenze grazie a delle esperienze didattiche; gli interventi e percorsi formativi tecnici, ovvero i Parent Training, in cui grazie alla guida di un professionista si impara a gestire ed affrontare problemi che possono insorgere durante la crescita dei figli; gli interventi e percorsi formativi esperienziali, che mettono al centro non un contenuto da insegnare ma la persona che vive l'esperienza, ovvero il genitore, in quanto si ascoltano le esperienze riportate e si insegna attraverso una riflessione e scambi reciproci; gli interventi e percorsi formativi di empowerment, i quali integrano i precedenti tre approcci, basandosi sulla valorizzazione dei punti di forza dei genitori sulla ricerca di una soluzione per le criticità.

2.4.1 Modello Porridge

Provenzi e colleghi (2021) hanno proposto un modello multidimensionale in grado di facilitare la scelta verso il percorso più adeguato ai genitori (Provenzi, Grumi et al., 2021).

Esso si basa sui tre domini in cui una famiglia che affronta una difficoltà riscontra maggiori problematiche e sono:

- A. Affetto ed emozioni: forse la dimensione del parenting più colpita, si trovano difficoltà nelle relazioni affettive quotidiane con il bambino, si

hanno problemi di regolazione emotiva e di interazione che possono far diventare i genitori molti direttivi nelle richieste al figlio;

B. Comportamento e pratiche genitoriali: tutte le azioni che i caregiver mettono in atto per la cura del figlio;

C. Dimensione cognitiva e rappresentazioni mentali: possono risultare distorte a causa delle aspettative che si avevano prima del parto e delle incertezze riguardo le traiettorie di sviluppo del bambino.

A queste è stata inoltre introdotta una quarta dimensione di interesse:

D. Grado di disabilità psicomotoria: il parenting è basato sul contesto in cui si trova il bambino, il che dipende dalla gravità della sua condizione.

Questo modello ABCD viene nominato “Modello Porridge” in quanto viene paragonato a una tazza di porridge, rendendo la comprensione del metodo molto semplice, i concetti chiave immediatamente chiari e la flessibilità a livello terapeutico molto elevata.

La dimensione A, dell'affettività e delle emozioni, è rappresentata dal latte nella ricetta del porridge: sono gli aspetti più transitori della genitorialità, in quanto possono cambiare molto rapidamente anche in base a fattori contestuali e si può avere un accesso parziale a questa componente.

La dimensione B, comportamentale, viene paragonata ai mirtilli presenti nel porridge, in quanto sono più osservabili e misurabili; comprendono la sensibilità genitoriale, l'intrusività comportamentale e verbale, le routine di cura e le stimolazioni fisiche.

La dimensione C, quella cognitiva, è vista come i cornflakes del porridge, a metà tra la fluidità delle emozioni e la facile osservabilità dei comportamenti, in quanto si può avere un accesso solo parziale alle rappresentazioni mentali che hanno i

genitori del proprio figlio; aiutare i genitori a modificare credenze disfunzionali in favore di credenze più complete è uno degli obiettivi del supporto genitoriale.

La dimensione D, il grado di disabilità psicomotoria, infine, equivale alla tazza, quindi i confini e le limitazioni dentro le quali la genitorialità può muoversi: se la disabilità è molto grave, lo spazio per le pratiche genitoriali spesso è molto ridotto rispetto a condizioni di sviluppo tipico. In caso di acquisizione da parte del bambino di nuove abilità, il perimetro della tazza si può ampliare, rendendo più facile l'uso di certe pratiche da parte dei genitori.

Grazie a questo metodo, i professionisti riescono a capire in quale dimensione serve maggiore intervento, in modo tale da avere un piano di supporto fatto su misura per la famiglia: se serve un intervento prioritario sulla dimensione A, si proporranno ai genitori dei percorsi volti a migliorare la qualità delle interazioni col figlio e a ridurre il carico emotivo nei genitori; in caso di maggiore necessità nella dimensione B, si consiglieranno delle tecniche per capire meglio come interpretare i bisogni del figlio e migliorare le risposte genitoriali, tramite training con dei professionisti; se la dimensione C fosse la più bisognosa di intervento, si cercherà di modificare le credenze non funzionali dei genitori per favorire delle decisioni quotidiane migliori.

2.4.2 Parent Training

Con il termine “Parent Training” (PT) si intende un percorso volto ai genitori in cui si forniscono delle strategie per migliorare la propria genitorialità in relazione a un bambino con disabilità.

L'obiettivo è quello di aiutare i genitori a gestire i comportamenti problema dei figli, avere una consapevolezza educativa e migliorare globalmente il benessere della famiglia.

Un percorso di PT è costituito da una serie di incontri in cui entrambi i genitori apprendono come gestire al meglio i propri comportamenti e come non farsi sopraffare dalle emozioni, spesso negative, attraverso delle tecniche o degli accorgimenti che il professionista consiglia in base alla situazione che stanno vivendo col proprio figlio.

Il PT viene usato principalmente in casi di ADHD, ASD e Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP), dove quindi il comportamento risulta problematico e spesso aggressivo, quindi difficile da gestire sia fisicamente che cognitivamente.

I genitori che arrivano al PT la maggior parte delle volte riferiscono di avere un approccio poco paziente, di porre più attenzione ai comportamenti disfunzionali che a quelli positivi e ad avere una tendenza all'agire di impulso (Miller-Lewis et al., 2006). Il più delle volte questi comportamenti trovano una spiegazione negli elevati livelli di stress percepiti riguardo al ruolo genitoriale, che causano anche comportamenti di rifiuto, di ipercontrollo e over-reactivity (Bögels et al., 2008).

Durante il PT si propone anche di costruire e mantenere un senso di sé genitoriale adeguato e funzionale, il quale permette al genitore di avere una relazione positiva col figlio e comprende la sensazione di autoefficacia e di soddisfazione del proprio ruolo (Jones & Prinz, 2005).

Altro fattore importante per la costruzione di una genitorialità positiva è la relazione coniugale: viene riportato come i genitori di un bambino con ADHD abbiano una maggiore conflittualità coniugale e un maggiore disaccordo sulle scelte educative rispetto a genitori di bambini a sviluppo tipico (Deault, 2010).

Generalmente, un protocollo di PT è costituito da tre fasi: la prima fornisce informazioni sul disturbo del figlio, la seconda vuole riorganizzare le rappresentazioni mentali che i genitori hanno sul proprio figlio, e la terza si focalizza nello sviluppare strategie e competenze nella gestione dei problemi quotidiani (Pezzica & Bigozzi, 2015).

Oltre ai comportamenti messi in atto dai genitori, ad essere riportati nel PT sono anche, se non soprattutto, le disfunzionalità emotiva legate a tali comportamenti, le quali possono influenzare lo sviluppo nel bambino di abilità di autoregolazione emotiva e cognitiva (Carlson, 2003). Per questo motivo, si ritiene fondamentale potenziare nei genitori la capacità di mentalizzazione per incoraggiare dei cambiamenti nella relazione tra i caregiver e il bambino (Baradon, 2005).

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), letteralmente tradotta come “terapia dell'accettazione e dell'impegno”, trova le sue radici nella terapia cognitivo comportamentale ma, a differenza di queste tecniche, pone una maggiore enfasi sulla funzione e sul contesto del fenomeno psicologico piuttosto che sul contenuto di emozioni, pensieri e sensazioni (Blackledge et al., 2009).

L'ACT vuole favorire l'apertura, la consapevolezza e la flessibilità mentali grazie ad un lavoro su mindfulness, accettazione, azioni svolte con impegno e valori (Luoma et al., 2007).

Questo tipo di terapia è molto utilizzata nei percorsi di PT in quanto fornisce un'attenzione particolare verso dei valori che aumentano la sostenibilità del cambiamento di un comportamento, in particolare è stato riscontrato che una maggiore flessibilità mentale è associata a livelli più alti di risposte positive e di modifiche nella condotta genitoriale (Evans et al., 2012), e inoltre è correlata anche a una diminuzione delle problematiche internalizzanti ed esternalizzanti nei giovani (Brassell et al., 2016).

Grazie a varie strategie di mindfulness, i genitori vengono aiutati a sentire le loro emozioni anziché sopprimerle e ad avere comportamenti in linea con i valori personali; infatti, atteggiamenti non adatti sono spesso generati dall'evitamento delle sensazioni e dei pensieri. In particolare, sono stati evidenziati due processi associati a un parenting non adeguato e alla sofferenza emotiva: la fusione cognitiva, ovvero la tendenza dei genitori a rimanere ancorati a pensieri e regole rigide al posto di adattarsi ai nuovi comportamenti da dover mettere in atto (Gould

et al., 2017), e l'evitamento esperienziale, cioè la presa di distanza da emozioni non piacevoli, così da non sentirsi consapevoli in caso di fallimento delle strategie (Hayes et al., 2011).

Con l'approccio ACT si vogliono costruire, quindi, delle migliori abilità comunicative e di problem solving, in modo da essere più sicuri di sé quando si devono gestire delle situazioni complesse del bambino. I genitori saranno perciò in grado di rispondere alle emozioni riferite dai figli con accettazione e validazione, in modo da ridurre i livelli di attivazione durante i comportamenti problematici del bambino.

Infine, è stato dimostrato che le strategie di mindfulness insegnate durante un PT basato sull'approccio ACT riducono lo stress e le preoccupazioni dei genitori, migliorano il funzionamento esecutivo nei genitori più impulsivi aumentando quindi l'inibizione delle prime risposte, rompono il circolo vizioso dei genitori che riguarda le loro abitudini e i loro schemi disfunzionali, e potenzia le attenzioni dei genitori verso sé stessi, oltre al rapporto coniugale e a quello parentale (Bögels et al., 2010).

2.4.3 Supporto psicologico

In linea generale, un percorso di psicoterapia viene consigliato a tutti quei genitori che fanno fatica ad accettare la diagnosi del figlio, in quanto ci possono essere delle ragioni sottostanti che vale la pena di indagare, come ad esempio un senso di colpa verso sé stessi per non riuscire a comprendere il proprio figlio o per affrontare il "lutto del bambino perfetto". A maggior ragione, se ci sono altre problematiche come ansia o depressione, è giusto richiedere un aiuto per affrontare tutti quegli aspetti che creano un disagio nel genitore e che di sicuro verrebbero portati anche nella relazione col figlio e con il partner, con lo scopo primario di stare bene con sé stessi e di creare un ambiente adeguato alla crescita della

famiglia. Spesso, inoltre, lavorando con i genitori si riescono ad ottenere dei risultati indiretti anche sul figlio: se il caregiver migliora il suo benessere psicologico, troviamo come possibile conseguenza positiva un cambiamento nei confronti del proprio figlio, il quale a sua volta può beneficiare di questa nuova stabilità migliorando alcuni aspetti comportamentali.

Accanto al PT si può anche quindi proporre una terapia individuale per uno o per entrambi i genitori, questa volta presi singolarmente, per cercare di fornire un supporto a livello psicologico per la situazione difficoltosa che stanno vivendo, e spesso anche per aiutarli a superare il trauma della diagnosi; ci sono poi delle tecniche specifiche molto utilizzate per raggiungere questi obiettivi che vengono proposte sia in ambito nelle sedute di PT che in quelle di psicoterapia individuale.

La mindfulness basata sulla riduzione dello stress (MBSR, *Mindfulness Based Stress Reduction*) è uno degli approcci più utilizzati per i genitori e i caregiver primari di bambini con disabilità dello sviluppo, per aiutarli a gestire il grande carico emotivo che deriva dalla condizione del figlio, per anticipare sfide future e per superare traumi passati (Bazzano et al., 2015).

La MBSR si basa sul dare un'interpretazione non giudicante degli eventi, accettando la situazione presente utilizzando tecniche di meditazione consapevole (mindfulness) e stretching (Kabat-Zinn et al., 1992). I programmi che sostengono queste tecniche includono dei momenti di istruzione sulla mindfulness e una parte di discussione e di pratica per integrare nella vita quotidiana le strategie insegnate, in modo da riuscire ad incrementare la propria abilità di coping e a diminuire la reattività in situazioni di difficoltà emotiva (Bazzano et al., 2015).

In effetti, è riportato che la maggior parte delle persone che hanno preso parte a un programma di MBSR di 8 settimane abbiano migliorato la loro abilità di rispondere in modo efficiente sia a situazioni di stress a breve termine che a lungo termine; infatti, le attività di mindfulness possono aiutare i genitori a rallentare prima di agire, riconoscendo l'impulso e bloccandolo per ascoltare con attenzione le

esigenze del figlio, per giungere quindi alla richiesta in uno stato mentale di calma, cosa che ha degli effetti benefici anche sul figlio e sui suoi comportamenti (Neece, 2014).

La terapia cognitiva basata sulla mindfulness (MBCT, *Mindfulness Based Cognitive Therapy*) è un intervento relativamente nuovo che deriva dalla terapia cognitiva e dalla MBSR che insegna ai genitori con un passato di depressione a diventare consapevoli delle sensazioni corporee, dei pensieri e delle emozioni che sono associate con la depressione e come relazionarsi con queste esperienze (Segal et al., 2002). La MBCT vuole quindi far diventare i partecipanti più consapevoli e più responsivi agli stimoli di stress e umore negativo. In particolare, se applicato a genitori di bambini con disabilità dello sviluppo, è stato riscontrato che questo tipo di intervento migliora la soddisfazione materna nelle proprie abilità di parenting e viene migliorata anche l'interazione nelle diadi composte da madri in salute e bambini affetti da ASD (Singh et al., 2006). I genitori che adottano questo approccio riferiscono cambiamenti soprattutto nell'irritabilità, in quanto riuscivano a riconoscere il momento di difficoltà e a calmarsi utilizzando una tecnica di mindfulness, riuscendo poi quindi a interagire in maniera più equilibrata e adeguata (Bailie et al., 2012). Inoltre, hanno riportato dei cambiamenti positivi nella loro relazione emotiva con i figli.

Questo intervento ha ottenuto risultati anche in termini di riduzione di ansia, depressione e stress genitoriale (Nejad & Saatchi, 2016), posizionandosi quindi tra i migliori approcci da utilizzare in casi di disabilità dello sviluppo per aiutare la salute mentale dei genitori, e di conseguenza aiutare anche solo in parte i bambini.

2.5 Interventi di Video Feedback

Gli interventi di Video Feedback (VFI) consistono nella registrazione di interazioni tra caregiver e bambino, solitamente la madre, e nella revisione di alcune parti di tali interazioni con un professionista qualificato. Si compongono quindi di tre

momenti principali: nel primo si effettua l'interazione da registrare, nel secondo l'esperto seleziona i momenti più significativi che sono emersi, e nel terzo avviene la discussione di questi momenti con il caregiver (Juffer & Bakermans-Kranenburg, 2018).

L'obiettivo principale di questa metodologia di intervento è quello di rafforzare e promuovere la sensibilità genitoriale, necessaria per uno sviluppo ottimale del bambino e delle interazioni caregiver-figlio (Grumi et al., 2023). Un parenting positivo, infatti, è fondamentale per supportare lo sviluppo nel figlio di una buona regolazione emotiva e di un adeguato profilo psicologico (Doinita & Maria, 2015).

Inoltre, è stato riscontrato come anche le condizioni psicologiche dei genitori abbiano un impatto sul parenting e quindi sullo sviluppo del bambino: ad esempio, Rocha e collaboratori (2020) hanno evidenziato come un'appropriata interazione madre-figlio durante il primo anno di vita è altamente correlato con lo sviluppo linguistico, cognitivo, motorio e sociale del figlio (Rocha et al., 2020).

Nel caso di bambini con disabilità del neurosviluppo, spesso i genitori fanno fatica ad accogliere i loro bisogni, tra cui un'adeguata stimolazione, una costante attenzione nei loro confronti e una risposta efficace ai segnali che mandano (Castagna et al., 2024); spesso i genitori di questo tipo di bambini hanno un approccio più intrusivo o diretto (Guralnick et al., 2008) e alti livelli di distress emotivo (Fionnuala et al., 2021), caratteristiche che quasi sempre hanno un impatto, negativo, sull'abilità del genitore di avere risposte sensibili durante le interazioni (Innocenti et al., 2013).

Durante i momenti di revisione delle clip, i genitori sono in grado di rinforzare gli aspetti positivi delle interazioni e di riflettere su quelli negativi, migliorando la consapevolezza riguardo i comportamenti del proprio figlio e modellare le proprie risposte in relazione alle sue esigenze (Sealy & Glovinsky, 2016); Grumi e colleghi (2023) hanno confermato l'efficacia del VFI nel consentire al genitore di

rispondere adeguatamente ai comportamenti del proprio figlio, il che porta alla promozione delle abilità socio emotive anche e soprattutto in bambini con disabilità del neurosviluppo (Grumi et al., 2023).

Nel loro studio del 2025, Montiroso e collaboratori hanno indagato l'impatto del VFI sulle abilità socio emotive di bambini con disabilità del neurosviluppo prima e dopo il trattamento, ipotizzando che l'intervento avrebbe migliorato tali abilità: l'ipotesi è stata confermata, riscontrando un miglioramento sia delle abilità socio emotive del bambino che della sensibilità materna durante le interazioni madre-figlio, soprattutto in seguito a un'interruzione comunicativa (Montiroso et al., 2025).

In letteratura, si distinguono due principali approcci entro i quali si inseriscono i vari modelli di intervento (Fukkink, 2008): il primo è l'approccio orientato al comportamento, anche definito approccio interattivo, in cui ci si focalizza sugli atteggiamenti interattivi del genitore verso il figlio, i quali sono contemporaneamente il punto di inizio e il punto finale della presa in carico siccome l'interazione genitore-figlio rappresenta, in questo caso, la "porta d'ingresso" per la terapia (Stern, 2004); il secondo approccio è quello psicoterapeutico, o psicodinamico, il quale utilizza le rappresentazioni mentali della madre riguardo sé stessa, il proprio figlio e la loro relazione per approcciare il processo terapeutico, spesso con una particolare attenzione posta sul passato della madre: infatti, le interazioni vengono mostrate anche per stimolare un rapido accesso ai ricordi d'infanzia materni (Lieberman, 2004).

Tuttavia, non è riscontrata una vera e propria distinzione tra questi due approcci e per questo spesso sono usati in modo combinato per ottenere un risultato migliore.

Esistono molte diverse tipologie di interventi che si possono utilizzare a seconda del contesto e dell'obiettivo da raggiungere; i principali modelli sono:

- Il *Video-feedback intervention to promote positive parenting* (VIPP) è un intervento basato sull'attaccamento che ha come obiettivo quello di aumentare la sensibilità e la responsività genitoriale, confrontandosi col genitore riguardo alle sue interazioni col proprio figlio focalizzandosi su alcuni temi come la condivisione delle emozioni, la “catena della sensibilità” (far notare al genitore la reazione del figlio in base ai suoi comportamenti) e la verbalizzazione delle richieste del figlio. In seguito, è stato sviluppato un programma più specifico in grado di andare incontro alle esigenze di bambini con disabilità intellettive o sensoriali, ovvero il VIPP-V, *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting in parents of children with Visual or visual-and-intellectual disabilities*, nel quale sono stati inclusi anche i temi dell'attenzione condivisa, dell'intersoggettività e dell'attenzione posta durante l'interazione (Platje et al., 2018).
- Il *Transactional Intervention Program* (TRIP) è un intervento precoce pensato per genitori di bambini da 0 a 3 anni che si impegna a favorire una genitorialità reattiva attraverso delle strategie da impiegare nella quotidianità col proprio figlio, in modo da sviluppare il rispetto dei turni e la sintonizzazione interattiva, entrambi temi centrali di questa tipologia di intervento (Mahoney & Powell, 1988).
- Il *Relationship Focused Intervention* (RFI) si basa sul fatto che il grado di responsività genitoriale che i caregiver applicano nel quotidiano hanno un'influenza essenziale nello sviluppo della maggior parte delle funzioni del bambino; i genitori imparano quindi, prima tramite un programma di istruzione e poi tramite la valutazione del video feedback, delle strategie per essere più reattivi tramite dei processi di modeling e giochi di ruolo (Kim & Mahoney, 2005).

Qualsiasi modello di intervento utilizzato, il VFI è considerato un approccio molto efficace e flessibile a diversi contesti e situazioni familiari, consentendo così ai

genitori di diventare più consapevoli e competenti riguardo le necessità del proprio figlio, specie se accompagnato da una condizione di disabilità.

2.5.1 La telecare

La telecare è una modalità di erogazione di supporto psicologico a distanza, attraverso strumenti digitali. Nel corso della pandemia da COVID-19 sono stati inizialmente sospesi tutti i percorsi di terapia che erano in corso negli studi psicologici a causa delle restrizioni imposte per contrastare la diffusione del virus; nel contesto di una famiglia con un bambino con condizione di disabilità, la situazione di isolamento creata dalla pandemia ha causato un sovraccarico delle responsabilità da parte dei genitori, i quali hanno poi registrato un aumento dei livelli di ansia, stress e depressione, da aggiungere alla preoccupazione per il potenziale contagio del virus e per lo sviluppo del figlio (Grumi, 2021).

Questa situazione ha aperto la strada allo sviluppo e all'utilizzo delle piattaforme digitali per essere in grado di continuare i percorsi di terapia, a maggior ragione in una situazione globale così delicata. Lo sviluppo tecnologico dell'assistenza alle famiglie ha coinvolto anche gli interventi di video feedback, i quali hanno sfruttato questa nuova modalità per permettere anche a famiglie più lontane geograficamente o in condizioni socioeconomiche non favorevoli di cominciare o di continuare l'assistenza di cui necessitano (Camden & Silva, 2021). Inoltre, anche programmi di parent training erogati via telecare sono risultati ugualmente efficienti ai programmi erogati in presenza (Xie et al., 2013).

Anche se gli interventi di video feedback via telecare (TVFI) sembrano avere risultati molto promettenti, rimane comunque la necessità di avere più prove empiriche riguardo la loro efficacia soprattutto a lungo termine, avendo avuto relativamente poco tempo per affrontare degli studi circa i risultati ottenuti dai bambini con disturbi del neurosviluppo dopo qualche anno di interventi in modalità digitale.

CAPITOLO 3:

L'EFFICACIA DI UN INTERVENTO DI VIDEO FEEDBACK IN TELECARE NELLA RIDUZIONE DELL'ANSIA MATERNA E NEL MIGLIORAMENTO DELL'INTERAZIONE MADRE-FIGLIO

3.1 Introduzione

Essere genitori di un bambino con sviluppo atipico presenta una moltitudine di sfide che possono comportare anche delle problematiche relative alla salute mentale. Infatti, una revisione sistematica della letteratura ha confermato che i genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo (ND) presentano un rischio maggiore di sviluppo di depressione e ansia rispetto ai genitori di bambini senza ND (Scherer et al., 2019).

In particolare, l'ansia viene definita da Barlow come uno stato di preoccupazione verso un evento futuro negativo che potrebbe verificarsi, distinguendosi dalla paura che invece rappresenta la risposta emotiva a una minaccia reale (Barlow, 2004). Essendo quindi spesso vissuta in maniera eccessiva, l'ansia può portare allo sviluppo di veri e propri disturbi internalizzanti: il disturbo d'ansia generalizzato (*Generalized Anxiety Disorder*, GAD) è una preoccupazione persistente ed eccessiva che viene applicata a molteplici ambiti della vita del soggetto; il disturbo d'ansia sociale si presenta con un'ansia marcata nelle situazioni sociali o prestazionali; il disturbo d'ansia da separazione comporta un'ansia eccessiva e non giustificata legata alla separazione momentanea dalla figura di riferimento (DSM-V-TR, 2023).

Oltretutto, è stato riscontrato che alti livelli di ansia possono portare a delle ripercussioni sulla salute, come problemi cardiaci, ulcere, emicrania, difficoltà visive (Niles et al., 2015), disturbi del sonno, dolore cronico e distress mentale, oltre a sviluppare in molti soggetti delle abitudini negative per il corpo come fumare, bere molti alcolici ed effettuare una insufficiente attività fisica, le quali in

alcuni casi portano a loro volta ad una condizione di obesità (Strine et al., 2005). Una ricerca ha scoperto che esiste una correlazione tra il volume dell'ippocampo e la propensione allo sviluppo di sintomi legati all'ansia: Gross e Hen nel loro articolo parlano di come una riduzione del volume dell'ippocampo, dovuta a fattori genetici o ambientali, comporterebbe una maggiore suscettibilità verso i disturbi d'ansia (Gross & Hen, 2004). Il benessere genitoriale risulta quindi compromesso in caso di sviluppo di disturbi d'ansia, cosa che può avere conseguenze anche sulle interazioni col figlio e, di conseguenza, essere un ostacolo per lo sviluppo.

Elevati livelli d'ansia nei genitori possono avere un impatto anche sul loro modo di interagire col proprio figlio. In uno studio di Teetsel e colleghi (2014), ad esempio, sono stati messi a paragone i comportamenti di madri e padri con elevati livelli di ansia: è stato riscontrato che le madri usavano più punizioni e rinforzi negativi rispetto ai padri, i quali attuavano comportamenti più controllanti rispetto alle madri (Teetsel et al., 2014). Inoltre, sono stati osservati dei comportamenti comuni nei genitori ansiosi, come l'essere ipercritico nei confronti del figlio (Hirshfeld et al., 1997), il mostrare meno affetto durante le interazioni e il minor utilizzo di rinforzi positivi (Whaley et al., 1999), e la tendenza di incoraggiare meno l'autonomia del figlio, non rispettando ad esempio le sue opinioni e giudicandolo per esse (Whaley et al., 1999).

Altra variabile che può influenzare l'efficacia della genitorialità è il temperamento del bambino, ovvero quelle differenze individuali innate nella reattività e nella regolazione del comportamento. Grazie allo studio di Thomas e Chess del 1977, sono state individuate tre tipologie di temperamento: un bambino facile presenta un umore positivo e riesce ad avere delle routine regolari; un bambino difficile, al contrario, tendenzialmente ha un umore negativo e riscontra una certa fatica a relazionarsi col caregiver; un bambino a lenta attivazione, infine, ha un umore generalmente piatto (Thomas & Chess, 1977). Più recentemente, nel 2006, Bates e Rothbart hanno descritto il temperamento come una struttura costituita da tre dimensioni: estroversione/disinibizione, quindi la ricerca o meno di nuovi stimoli;

affettività negativa, ovvero la tendenza al pianto e alla paura; autocontrollo, che comprende il controllo inibitorio e l'autoregolazione (Rothbart & Bates, 2006).

Il temperamento rappresenta quindi una parte molto profonda dell'essere del bambino e anche una componente che può influenzare la genitorialità; in particolare, se il bambino presenta un temperamento difficile, avrà difficoltà all'adattarsi a situazioni nuove, una scarsa capacità di controllo comportamentale ed emotivo e una maggiore espressione di emozioni negative (Vitaro et al., 2006). È stato inoltre riscontrato che la presenza di questa tipologia di temperamento è associata a comportamenti aggressivi futuri (Daniels, Plomin & Greenhalgh, 1984) e a una più difficoltosa instaurazione del rapporto con il genitore, con conseguente possibile negatività dell'interazione (Patterson, Reid & Dishion, 1992). La dimensione della responsività genitoriale è quella che viene maggiormente intaccata da questo stile di temperamento: infatti, essendo questa considerata come una variabile importante per costruire una buona base di attaccamento, in caso di mancata appropriatezza delle risposte da parte dei genitori, come l'uso di modalità punitive e ostili, spesso si assiste allo sviluppo di problematiche di tipo esternalizzante nel bambino (Boivin, 2005; Patterson, Reid & Dishion, 1992). Infine, anche il senso di autoefficacia genitoriale può contribuire nell'influencare il comportamento dei caregiver verso il figlio: spesso, se un genitore non si percepisce adatto nel suo ruolo, può avere la propensione a percepire il bambino più difficile di quello che è realmente, utilizzando di conseguenza delle strategie più negative per la sua educazione (Boivin, 2005).

Recenti ricerche hanno quindi confermato che l'ansia si presenta maggiormente in genitori di figli con ND: Megreya e collaboratori hanno infatti riscontrato nel loro studio dei livelli maggiori di ansia e depressione nei genitori di un bambino con ND rispetto ai livelli dei genitori di un bambino con sviluppo tipico; andando ulteriormente nel dettaglio, si è notato che le madri di bambini con diagnosi di disturbo dello spettro autistico (ASD) sono sottoposte a livelli più elevati di ansia rispetto alle madri di bambini con diagnosi di disabilità intellettiva (ID). Inoltre, è

stato anche riscontrato che nelle madri di figli con ASD i livelli di ansia elevati erano significativamente associati a un maggiore utilizzo di ruminazione, catastrofizzazione e biasimo verso le altre persone e a un minimo uso di strategie positive (Megreya et al., 2020).

Oltretutto, le madri possono anche essere sopraffatte dall'impegno che un bambino con ND può richiedere, mentre i padri possono avere timore per il bisogno a livello economico che le cure e la riabilitazione per il figlio possono avere, avendo quindi una maggiore pressione anche in ambito lavorativo (Feizi et al., 2014).

I sintomi ansiosi dei genitori hanno chiaramente un impatto anche sulle interazioni col bambino: avendo una maggiore reattività allo stress, i segnali di disagio del bambino possono portare a risposte emotive più intense e quindi a un accudimento meno sensibile e stabile (Bruinhof et al., 2025). Viene anche solitamente messo in atto un comportamento genitoriale più controllante e iperprotettivo, risultando intrusivi, severi e concedendo poca autonomia (Friedman et al., 2023), interferendo spesso nelle sessioni di gioco del bambino e limitando quindi la sua esplorazione, oltre che a manifestare meno positività e calore nelle interazioni caregiver-bambino a causa dell'elevata preoccupazione per la crescita e la sicurezza del minore (Feldman, 2007). Questi comportamenti di ipersensibilità e ipervigilanza possono tradursi in un circolo vizioso di stress reciproco dove la madre inconsapevolmente alza il livello di tensione nella relazione, in quanto potrebbe percepire il figlio come particolarmente difficile da gestire o bisognoso della sua protezione (Beebe et al., 2011). Infine, da uno studio di Beebe e colleghi è risultato che le madri con sintomi ansiosi tendono a monitorare visivamente in modo quasi ossessivo i propri figli, ma senza sincronizzarsi affettivamente e risultando così meno empatiche e responsive alle emozioni del bambino (Beebe et al., 2011).

Un possibile intervento mirato proprio al miglioramento dei sintomi ansiosi e conseguentemente anche delle interazioni della diade è costituito dagli interventi di video feedback (VFI) e, più recentemente, di interventi di video feedback in

telecare (TVFI). Come già discusso nel capitolo precedente, negli ultimi anni è aumentata la richiesta di interventi di questo tipo sia perché risulta ad oggi ugualmente efficace agli interventi in presenza (Leijten et al., 2024), sia per la sua comodità di utilizzo e la sua flessibilità: con i TVFI, infatti, non sono più necessari spostamenti verso il centro di assistenza da parte della famiglia, venendo incontro quindi all'organizzazione dei singoli componenti. In particolare, questo lavoro propone un intervento di video feedback da remoto per valutare l'interazione tra madre e figlio e migliorare eventuali punti di debolezza riscontrati.

3.2 Obiettivi

Il presente lavoro si propone due obiettivi.

Il primo obiettivo consiste nell'indagare, attraverso il confronto delle misurazioni rilevate pre- e post-intervento, l'efficacia del VFI in telecare nel ridurre l'ansia di un gruppo di madri con figli che presentano uno sviluppo atipico, per comprendere se un intervento di questo tipo può essere d'aiuto per la promozione del benessere materno e, di conseguenza, per lo sviluppo del bambino.

Il secondo obiettivo consiste nell'esplorare l'influenza che l'ansia materna può avere sulla qualità delle interazioni della diade madre-figlio durante una sessione di gioco libero.

3.3 Metodo

3.3.1 Partecipanti

Hanno partecipato alla ricerca 34 diadi composte da madre e figlio, reclutati dall'unità di Psichiatria e Neurologia Infantile presso la Fondazione IRCCS Mondino a Pavia, Italia. Tutti i partecipanti aderivano ai seguenti criteri di inclusione: età del bambino compresa tra 1 e 24 mesi (età corretta in caso di nascita pretermine); presenza di rischio per lo sviluppo o diagnosi di disturbo del

neurosviluppo come da criteri clinici standardizzati; età genitoriale superiore a 18 anni; padronanza dell'italiano da parte dei genitori; entrambi i genitori conviventi con il figlio. I criteri di esclusione dallo studio, invece, riguardavano la presenza di condizioni di rischio per la vita del bambino e problematiche psichiatriche presenti nella madre. Le informazioni circa le condizioni cliniche del neonato e dei genitori (come ad esempio sesso, settimane di gestazione portate a termine, peso alla nascita in grammi, età materna, livello di educazione raggiunto e occupazione lavorativa) e la diagnosi posta al bambino sono state ottenute dalle cartelle cliniche. Il progetto è stato approvato dalla Commissione Etica di Pavia e tutti i partecipanti hanno firmato un consenso informato.

3.3.2 Procedura

Il presente studio include due fasi di valutazione: T0, ovvero il momento di pre-intervento, e T1, posto immediatamente in seguito all'intervento di telecare video feedback (TVFI), quindi circa due mesi dopo T0 (figura 1). Ogni sessione di valutazione (T0 e T1) ha incluso la compilazione di un questionario online riguardante il benessere di madre e figlio e un'interazione della diade di circa 15 minuti videoregistrata da remoto.

Durante la fase di videoregistrazione, viene chiesto alla madre di interagire in modo normale con il figlio, giocando con lui come farebbe quotidianamente. Il video ottenuto in T0 viene poi segmentato in porzioni più piccole da circa dieci secondi l'una, le quali verranno etichettate con uno dei temi riportati nella tabella 1 e usati in seguito per l'intervento di telecare.

La parte dell'intervento vero e proprio avviene durante sei sessioni a cadenza settimanale, in particolare troviamo quattro sessioni denominate *Sharing the focus* e due dette *Integration*. Le sessioni di *Sharing the focus* hanno durata di un'ora e sono dedicate alla discussione tra lo psicologo e i genitori riguardo alcuni temi specifici relativi al parenting e alle interazioni caregiver-figlio: stimolazione fisica,

responsività, insegnamento ed esperienza genitoriale (i sotto-temi vengono riportati nella Figura 1). In questo momento, lo psicologo propone di osservare insieme alcuni segmenti dell'interazione ottenuta in T0, solitamente accogliendo alcune curiosità, commenti o richieste da parte dei genitori. L'obiettivo di queste sessioni è quello di sviluppare consapevolezza circa i segnali comportamentali proposti dal figlio, modi migliori per effettuare una stimolazione, strategie per promuovere la regolazione emotiva, e di ottenere dei risultati cognitivi e comportamentali. Nelle sessioni di *Integration*, sempre della durata di un'ora, la madre viene fatta giocare con il bambino mentre lo psicologo fornisce una guida creata su misura per la diade basata su argomenti di cui era stato discusso in precedenza nelle prime quattro sessioni. L'obiettivo di questo blocco di sessioni è quello di promuovere una traduzione pragmatica della consapevolezza sviluppata nelle prime sessioni in scambi interattivi tra la madre e il figlio (vedi Figura 1).

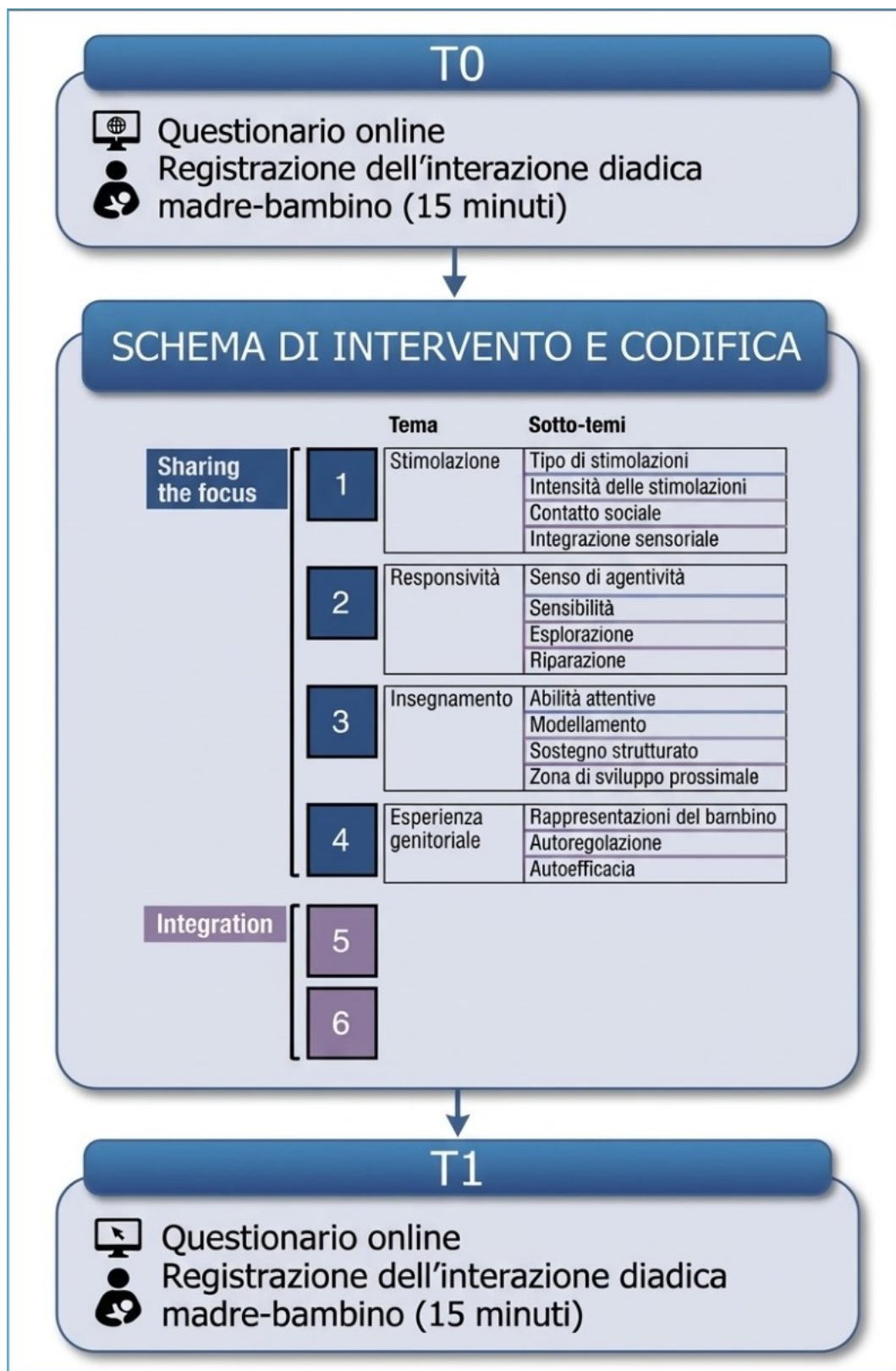


Figura 1. Schema rappresentativo della procedura seguita nello studio.

3.3.3 Strumenti

Questionari. La batteria online proposta ad ogni sessione di valutazione (T0 e T1) si propone di investigare gli stati emotivi materni e il profilo del temperamento del bambino; entrambi i questionari vengono compilati dalla madre. Lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) è il questionario somministrato per indagare lo stato d'ansia materno; la State Anxiety subscale include 20 item self-report a cui assegnare un punteggio su una scala Likert da 4 punti. Punteggi al di sopra di 40 indicano un rischio clinico per lo sviluppo di ansia. L'Infant Behavior Questionnaire-Revised (IBQ-R), usato qui nella forma breve, viene impiegato per ottenere una misura circa la regolazione del temperamento infantile; include 91 items a cui dare un punteggio su una scala Likert a 7 punti e poi riassunti in 14 scale e 3 fattori principali, ovvero l'estroversione (come i livelli di attività e l'espressione del piacere), l'affettività negativa (come distress, tristezza e paura) e la capacità regolatoria (come affettuosità, consolabilità e capacità di orientamento).

Coding. L'interazione madre-figlio è stata codificata con un sistema microanalitico di coding (Tabella 1) usando il Noldus Observer XT, sistema di codifica sviluppato appositamente per il progetto SPHERE (Grumi et al., 2022). La maggior parte dei comportamenti presi in considerazione sono effettuati dalla madre. In particolare, sono stati oggetti di analisi gli stimoli sensoriali, ovvero visivi (mostrare oggetti, gesticolare), tattili (negativi, se erano intrusivi o provocavano una risposta negativa; pragmatici, se lo scopo era attirare l'attenzione del bambino o avevano finalità cognitiva; affettivi, se l'intento era quello di giocare o mostrare affetto), vocali (negativi, se comunicavano rifiuto o dei commenti negativi sul comportamento del bambino; cognitivi, se consistevano in spiegazioni, richieste o richiami d'attenzione verso il bambino; affettivi, come complimenti, approvazioni, ripetizioni delle verbalizzazioni del figlio), e vestibolari (giocare fisicamente col bambino, come farlo saltare o prenderlo in braccio); inoltre, sono state misurate delle variabili di sintonizzazione comportamentale, ovvero le proposte materne

efficaci (quando la proposta del genitore viene accolta e seguita dal bambino, ottenendo la sua attenzione) e le iniziative del bambino seguite (quando l'iniziativa del bambino viene accettata e seguita del genitore).

Tabella 1. *Sistema di codifica.*

DOMINIO	CODICE	DESCRIZIONE
Sintonizzazione sensoriale interattiva	Stimoli Visivi	Gesticolare, mostrare oggetti, ecc...
	Stimoli Tattili	- Negativo - Pragmatico - Affettivo
	Stimoli Vocali	- Negativo - Cognitivi - Affettivi
	Stimoli Vestibolari	Portare il bambino in aria, farlo saltare, prenderlo in braccio, ecc...
Sintonizzazione comportamentale interattiva	Proposta Materna efficace	Il genitore guida l'interazione
	Iniziativa del Bambino seguita	Il bambino guida l'interazione

3.4 Risultati

Caratteristiche del campione. La maggior parte delle madri (60%) non avevano un'occupazione, ma mediamente presentavano un buon livello di educazione (M=

14.85; DS= 3.38). L'età media materna era di 34.4 anni (DS= 4.65), mentre quella dei bambini era di 16.1 mesi (DS= 8.64) e meno della metà di questi ultimi (43%) erano femmine. Nella maggior parte dei casi, lo sviluppo atipico dei bambini era associato a una storia di nascita estremamente prematura (41%), ritardo globale psicomotorio (23%), rischio di sviluppo dello spettro autistico (15%), o difficoltà nella regolazione delle emozioni (12%). A T0, il 20% delle madri ha riportato livelli di ansia superiori al cut-off clinico, con conseguente rischio di sviluppo di patologie ansiogene.

Ansia. È stato inizialmente effettuato un t-test per campioni appaiati tra i dati di ansia materna pre- e post-intervento: non è stata rilevata una differenza significativa tra i due campioni, $t(22) = .466$, $p=.646$.

In un secondo momento è stato suddiviso il campione in base al cut-off clinico dello STAI-Y State, distinguendo quindi le madri ad alto rischio clinico di sviluppare ansia da quelle a basso rischio. I dati sono stati in seguito sottoposti a un'ANOVA modello misto per esaminare eventuali cambiamenti nei livelli di ansia nel tempo: in questo caso, è stata riscontrata un'interazione significativa tra il livello di rischio di sviluppo d'ansia e il tempo, $F(1,21) = 12.45$; $p= .002$, con una riduzione significativa nei livelli di ansia per il gruppo di madri ad alto rischio, $t(21)= 3.447$, $p= .012$, la quale nel post-intervento non differiva più significativamente dal gruppo a basso rischio, $t(21) = -.186$, $p= .998$. Nel gruppo a basso rischio non sono invece emersi cambiamenti significativi, $t(21) = -.949$, $p= .779$. (Vedi Figura 2).

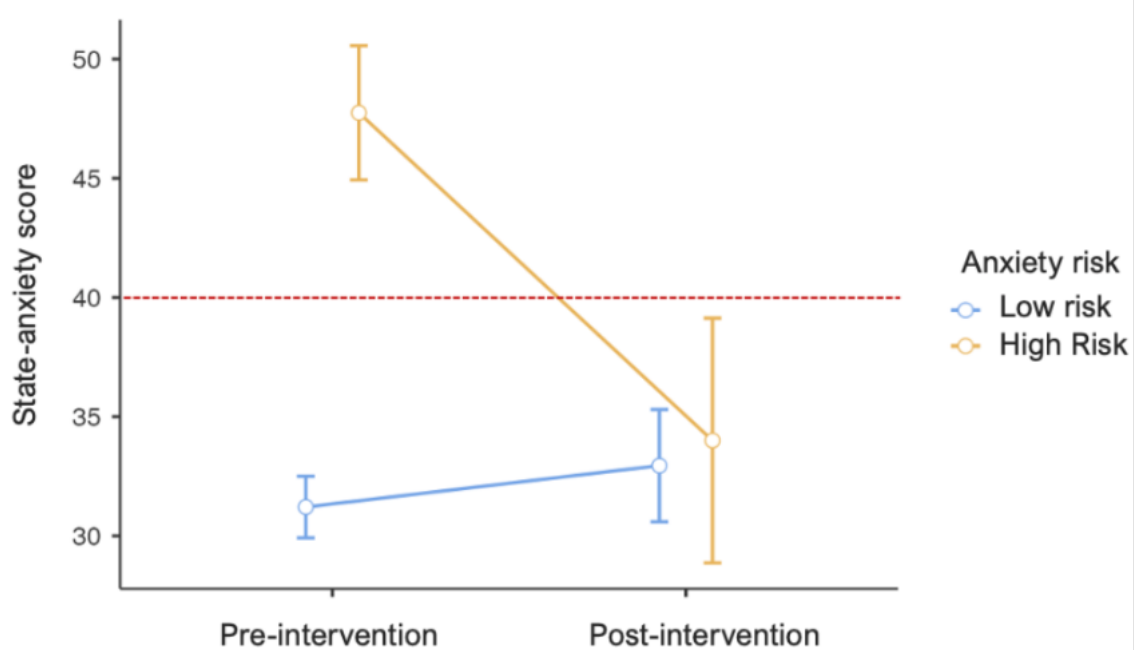


Figura 2. Dati pre- e post-trattamento nei gruppi a basso e ad alto rischio di sviluppo d'ansia.

Qualità dell'interazione genitore-bambino. Sono state effettuate delle correlazioni di Pearson incrociando i dati dei livelli di ansia materna derivati dal questionario STAI-Y con quelli del temperamento del bambino ottenuti dallo IBQ-R, sia nel pre- che nel post-intervento. Come si può osservare dalla Tabella 2, per quanto riguarda il pre-intervento sono state riscontrate delle correlazioni significative positive tra il livello elevato di ansia e tocco pragmatico (.537), tocco socioaffettivo (.497), verbalizzazioni socioaffettive (.389) e stimolazioni vestibolari (.445), mentre sono state segnalate delle correlazioni significative negative tra ansia elevata e le capacità di orientamento e regolazione del bambino (-.442) e una guida materna efficace (-.372). Osservando i dati del post-trattamento, invece, si assiste a una modifica di questi parametri che risultano in questo caso non più significativi.

Tabella 2. Coefficienti di correlazione di Pearson. Differenze nella correlazione tra interazione e livello di ansia materna.

	Livelli di Ansia Pre-intervento	Livelli di Ansia Post- Intervento
Estroversione	-.153	.050
Affettività negativa	.131	.446*
Orientamento/ Regolazione	-.442*	-0.368
Tocco Negativo	-.042	-.059
Tocco Pragmatico	.537**	0.203
Tocco socioaffettivo	.497**	-0.207
Verbalizzazioni negative	.136	.236
Verbalizzazioni cognitive	.000	.392
Verbalizzazioni socioaffettive	.389*	-0.055
Stimoli Visivi	-.089	.142
Stimoli Vestibolari	.445*	0.062
Guida Materna Efficace	-.372*	-0.229
Iniziative del Bambino Seguite	-.255	.041

Nota. *= $P < .05$; **= $P < .01$

3.5 Discussione

Il presente studio ha indagato l'efficacia di interventi di video feedback in telecare (TVFI) nel ridurre l'ansia materna e nel migliorare la qualità delle interazioni della diade madre-figlio valutando se queste subissero l'influenza dell'ansia genitoriale; la popolazione di questo studio era costituita da madri di bambini con una disabilità o a rischio di una diagnosi.

Il trattamento di video feedback prevedeva la registrazione di un momento di gioco libero tra madre e figlio per poi analizzare in varie sessioni successive alcuni momenti e situazioni col fine di migliorare la responsività e aumentare la consapevolezza genitoriale.

I due obiettivi che questa ricerca si è proposta sono stati:

1. Indagare una possibile efficacia di VFI sui livelli di ansia registrati nella madre di un bambino a sviluppo atipico;
2. Indagare come elevati livelli di ansia influenzassero le interazioni tra la madre e il figlio.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, è stata effettuata una prima analisi per verificare i livelli di ansia materna pre- e post-trattamento: in questo caso, non sono stati riscontrati dei cambiamenti significativi tra le due compilazioni del questionario STAI-Y. In seguito, è stata effettuata una seconda analisi in cui sono stati creati due gruppi: uno primo gruppo composto da madri i cui questionari hanno rilevato un indice al di sopra del cut-off clinico, rendendole quindi ad alto rischio di sviluppo di sintomi d'ansia; un secondo gruppo composto da madri i cui livelli di ansia non superavano il cut-off clinico, rendendole a basso rischio di sviluppo d'ansia. Verificando a questo punto i punteggi di ansia pre- e post-trattamento nei due gruppi, è risultato che il gruppo a basso rischio non ha ottenuto variazioni significative, mentre il gruppo ad alto rischio ha assistito a una grande diminuzione dei suoi livelli medi d'ansia, portando il suo punteggio al di sotto del cut-off clinico e rendendole di fatto a basso rischio di sviluppo di sintomi ansiosi. Questo risultato

porta a pensare che il trattamento sia particolarmente efficace per quelle madri che hanno elevati livelli d'ansia e un alto rischio di svilupparla, mentre per le madri già a basso rischio non provoca effetti. Unendo quindi i due gruppi, l'effetto dell'intervento subisce una apparente diminuzione, ma se si considerano i due gruppi separatamente si nota il grande risultato che sembra apportare ai livelli di ansia delle madri a rischio.

Per il secondo obbiettivo, invece, sono state effettuate delle analisi di correlazione tra i livelli di ansia pre-trattamento e alcune variabili riguardanti sia il temperamento del bambino che alcuni comportamenti osservati durante la sessione di gioco libero, analisi che sono state ripetute anche dopo il trattamento. Nella condizione di pre-intervento, un maggiore livello di ansia è risultato associato a un maggiore numero di stimoli come i tocchi pragmatico e socioaffettivo, le verbalizzazioni socioaffettive e gli stimoli vestibolari, le quali non sono delle azioni necessariamente negative, ma rischiano di creare una sovrastimolazione nell'interazione col bambino; le altre variabili che sono risultate correlate in maniera significativa, ma in modo negativo, sono la capacità di orientamento e regolazione del bambino e la guida materna efficace, ovvero le iniziative del genitore che il bambino ha seguito. Questo significa che più ansia la madre sperimenta, minore efficacia hanno le sue proposte per entrare in modo efficace nell'interazione col figlio, anche se il numero di tentativi risulta spesso elevato; inoltre, questi dati si associano anche alla minore capacità del bambino di orientarsi e di regolarsi. Questi risultati sembrano suggerire un profilo di rischio per la qualità delle interazioni, motivo per cui assume un ruolo importante la considerazione dei livelli di ansia materna e un supporto per tale condizione per evitare ricadute sullo sviluppo del bambino. Infatti, i dati ottenuti dalle analisi dei risultati del post-trattamento sembrerebbero portare una conferma: dopo l'intervento di video feedback, con conseguente diminuzione dei livelli di ansia nelle madri a rischio, le correlazioni di potenziale rischio tornano a valori non significativi. Riportare il punteggio di ansia materno sotto il cut-off clinico

sembrerebbe risultare in un miglioramento degli aspetti di regolazione all'interno dell'interazione.

I risultati emersi si trovano dunque in linea con altri studi presenti in letteratura (Aiello et al., 2022), portando ulteriore conferma dell'efficacia degli interventi di video feedback, e in particolare dell'utilizzo della telecare, per quanto riguarda la riduzione di ansia materna e il miglioramento delle interazioni con il bambino, conseguenze che hanno come effetti indiretti un miglioramento anche delle capacità e dello sviluppo del bambino. Particolarmente interessante ai fini di questo studio risulta la revisione sistematica effettuata da Favieri e colleghi (2026), dalla quale si evince che, negli studi presi in considerazione, le interazioni tra madre e figlio e il benessere sia del genitore che del bambino risultano globalmente migliorati dopo interventi di video feedback in telecare (Favieri et al., 2026), in linea con i risultati del presente lavoro, a maggior riprova dell'efficacia di questo innovativo metodo.

3.6 Limiti

Si riscontrano, tuttavia, alcune limitazioni nel presente studio. In primo luogo, il campione considerato per ottenere i precedenti risultati potrebbe essere ampliato, in quanto una dimensione ridotta potrebbe influire in modo negativo sulla generalizzazione di tali risultati. Inoltre, se si inserisse un gruppo di controllo a cui somministrare un trattamento alternativo, si potrebbe avere una buona base per consolidare la credenza che i risultati ottenuti siano attribuibili interamente all'intervento e che non sia stata subita alcun'influenza da fattori esterni. Infine, è da valutare una possibile amplificazione dei risultati durante la compilazione dei questionari nelle parti self-report, in quanto potrebbero essere stati oggetto di distorsioni soggettive o del bias di desiderabilità sociale, ovvero la tendenza di rispondere nel modo previsto dal test, nascondendo a volte un comportamento negativo o accentuandone uno positivo.

3.7 Implicazioni e sviluppi futuri

Le implicazioni derivate da questo studio riguardano, in termini clinici, principalmente la consapevolezza che il benessere materno risulta fondamentale per garantire il miglior sviluppo possibile al bambino. Infatti, con alti livelli di ansia le interazioni del campione preso come riferimento erano peggiori e con una potenziale traiettoria di rischio, mentre una volta corretto il livello d'ansia la qualità delle interazioni risultava migliore. Sembra essere confermato, quindi, che il lavoro sui genitori e sulla loro condizione mentale aiuta a migliorare di riflesso anche la condizione del bambino.

Per quanto riguarda potenziali sviluppi futuri, sarebbe interessante osservare lo stesso studio con un numero maggiore di partecipanti, così da avere anche una maggiore omogeneità del campione e favorire così una generalizzazione dei risultati. Altrettanto interessante sarebbe l'inserimento di un gruppo di controllo in modo da isolare l'efficacia del trattamento.

Molto innovativa potrebbe essere la possibilità di valutare la qualità di interazione anche con i padri, così da offrire alla famiglia un quadro completo delle relazioni familiari e per dare spazio anche nella ricerca alla figura paterna, spesso non considerata o lasciata in secondo piano. Tendendo a considerare come caregiver primario la madre, si escludono in maniera sottintesa i padri dalle dinamiche relazionali e si trascurava il rapporto che il figlio ha con lui, con i relativi punti di forza e di debolezza. Inoltre, si escludono a priori anche le famiglie composte da due figure genitoriali paterne, le quali invece potrebbero essere prese in considerazione anche per ampliare il campione.

Infine, potrebbe essere utile inserire una sessione di follow-up per le famiglie che hanno completato il trattamento, in modo tale da avere un riscontro anche a medio-lungo termine. In questo modo, si potrebbero comprendere le abitudini che si sono

mantenute nel tempo e quali miglioramenti hanno comportato nelle interazioni e, più in generale, nel rapporto tra madre e figlio.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro si proponeva di analizzare l'effetto che uno sviluppo atipico infantile ha sulla genitorialità e gli impatti che possono presentarsi anche a livello relazionale tra caregiver e bambino. Approfondendo le caratteristiche dei principali disturbi del neurosviluppo (ND), come il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) e il Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), e l'impatto che una nascita pretermine può avere sullo sviluppo del bambino, si è compreso il modo in cui queste condizioni segnano il percorso di una famiglia e di come questa si debba adattare al disturbo, spesso con ripercussioni sulla sfera emotiva del genitore. Si sono poi esaminati i principali modelli di interventi ai quali i genitori possono affidarsi, come un supporto psicologico o un percorso di psicoterapia, soprattutto se in presenza di condizioni come la depressione postpartum (DPP) o la psicosi puerperale (PP), entrambe causa di grande stress nella madre; per quanto riguarda l'apprendere delle tecniche o dei modi attraverso cui migliorare la relazione col figlio e in generale la genitorialità, risultano efficaci programmi di parent training (PT), in particolare quelli che si basano su interventi di video feedback (VFI).

L'obiettivo che il presente studio si è posto è di verificare se un intervento di video feedback in telecare (TVFI) fosse efficace nel ridurre il livello di ansia materno e se ne conseguisse un miglioramento della qualità delle interazioni col figlio, in un contesto di atipicità evolutiva.

Avendo precedentemente posto attenzione alle conseguenze che uno sviluppo atipico può avere sul benessere genitoriale, risulta molto importante proteggere l'interazione diadica dalle ripercussioni che una condizione di disabilità può comportare nei genitori.

Alla luce di tali evidenze, i risultati ottenuti dal presente progetto confermano l'importanza di un supporto precoce alla genitorialità per migliorare alcuni aspetti dell'interazione che possono risultare problematici. Una delle cause confermate di questi aspetti è un maggiore rischio di presentare livelli di ansia superiori alla

norma soprattutto nella madre, il quale ha delle ripercussioni sia sulla qualità interattiva che sul benessere globale della madre. Un intervento di video feedback, in questo contesto, si è rivelato efficace nel ridurre il livello di ansia e conseguentemente nel migliorare le interazioni diadiche; a garantire una maggiore flessibilità dell'intervento è stata l'erogazione di tali interventi via telecare, la quale non ha influito sull'efficacia dei trattamenti.

Al termine del percorso di TVFI sono stati riscontrati quindi dei miglioramenti che indicano la possibilità di migliorare la qualità relazionale e la regolazione emotiva del caregiver, col fine di fornire delle basi migliori per lo sviluppo del bambino.

Tale studio presenta tuttavia delle limitazioni, quali un ridotto campione preso in considerazione, l'assenza di un gruppo di controllo o di una sessione di follow-up, tutte variabili che potrebbero contribuire a un ulteriore miglioramento del risultato. In prospettiva futura, infatti, sarebbe interessante inserire anche un gruppo costituito dall'interazione del bambino con il padre, in modo da poter anche aumentare il campione; inserire una sessione di follow-up, infine, garantirebbe di ottenere anche un riscontro della situazione a medio-lungo termine, per affermare l'utilità degli interventi.

Per concludere, il presente lavoro evidenzia l'importanza degli interventi precoci focalizzati sull'interazione, in grado di promuovere una genitorialità più consapevole e in sintonia con il bambino; gli interventi in telecare di video feedback sono risultati, per questa finalità, ottime risorse per sostenere le famiglie e promuovere un miglioramento del benessere globale familiare.

BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R. R. (1995). Parenting stress index (PSI) manual. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Aiello, S., Leonardi, E., Cerasa, A., Servidio, R., Famà, F. I., Carrozza, C., ... & Ruta, L. (2022). Video-feedback approach improves parental compliance to early behavioral interventions in children with autism spectrum disorders during the COVID-19 pandemic: A pilot investigation. *Children*, 9(11), 1710.
- Alizadeh, H., Applequist, K. F., & Coolidge, F. L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child abuse & neglect*, 31(5), 567-572.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2011). *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis [Mentalizing in clinical practice]*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Arwehed, S., Axelin, A., Ågren, J., and Blomqvist, Y. T. (2024). Discharge criteria, practices, and decision-making in the transition of preterm infants to home. *Pediatr. Res.* 2024, 1–8. doi: 10.1038/s41390-024-03752-w
- Axelin, A., Feeley, N., Campbell-Yeo, M., Silnes Tandberg, B., Szczapa, T., Wielenga, J., et al. (2022). Symptoms of depression in parents after discharge from NICU associated with family-centred care. *J. Adv. Nurs.* 78, 1676–1687. doi: 10.1111/jan.15128
- Azad, G., Blacher, J., & Marcoulides, G. A. (2013). Mothers of children with developmental disabilities: Stress in early and middle childhood. *Research in developmental disabilities*, 34(10), 3449-3459.

- Bailie, C., Kuyken, W., & Sonnenberg, S. (2012). The experiences of parents in mindfulness-based cognitive therapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(1), 103-119.
- Baradon, T. (2005). *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy. Claiming the baby*. East Sussex: Routledge.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Barreto, T. M., Bento, M. N., Barreto, T. M., Jagersbacher, J. G., Jones, N. S., Lucena, R., & Bandeira, I. D. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and substance-related disorders in parents of children with cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(2), 163-168.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology*, 4(1p2)
- Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C., & Lehrer, D. (2015). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: A community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 298-308.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275-285.

- Beebe, B., Steele, M., Jaffe, J., Buck, K. A., Chen, H., Cohen, P., & Feldstein, S. (2011). Maternal anxiety symptoms and mother-infant self-and interactive contingency. *Infant mental health journal*, 32(2), 174-206.
- Behrendt, H. F., Scharke, W., Herpertz-Dahlmann, B., Konrad, K., & Firk, C. (2019). Like mother, like child? Maternal determinants of children's early social-emotional development. *Infant mental health journal*, 40(2), 234-247.
- Behrman, R. E., & Butler, A. S. (2007). Preterm birth: causes, consequences, and prevention.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96.
- Bemister, T. B., Brooks, B. L., Dyck, R. H., & Kirton, A. (2015). Predictors of caregiver depression and family functioning after perinatal stroke. *BMC pediatrics*, 15(1), 75.
- Bergink, V., & Kushner, S. A. (2014). Postpartum psychosis. In *Psychopharmacology and Pregnancy: Treatment Efficacy, Risks, and Guidelines* (pp. 139-149). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Bergink, V., Koorengevel, K. M., Kupka, R., & Kushner, S. A. (2011). First-onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(11), 1531-1537.
- Blackledge, J. T., Ciarrochi, J., & Deane, F. (2009). Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory, research and practice. Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press.

- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36, 193-209.
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1, 107-120.
- Boivin, M., Pérusse, D., Dionne, G., Saysset, V., Zoccolillo, M., Tarabulsky, G. M., & Tremblay, R. E. (2005). The genetic-environmental etiology of parents' perceptions and self-assessed behaviours toward their 5-month-old infants in a large twin and singleton sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6), 612-630.
- Bornstein, M. H., Suwalsky, J. T., & Breakstone, D. A. (2012). Emotional relationships between mothers and infants: Knowns, unknowns, and unknown unknowns. *Development and psychopathology*, 24(1), 113-123.
- Bornstein, M. H., Suwalsky, J. T., & Breakstone, D. A. (2012). Emotional relationships between mothers and infants: Knowns, unknowns, and unknown unknowns. *Development and psychopathology*, 24(1), 113-123.
- Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences.*, 2(4), 637-638.
- Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K., & Seehuus, M. (2016). Parent's psychological flexibility: Associations with parenting and child psychosocial well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 111-120

- Bruinhof, N., Beijers, R., Lusterhans, H., & de Weerth, C. (2025). Mother-infant stress contagion? Effects of an acute maternal stressor on maternal caregiving behavior and infant cortisol and crying. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 66(7), 1040-1052.
- Bujnowska, A. M., Rodríguez, C., García, T., Areces, D., & Marsh, N. V. (2019). Parenting and future anxiety: The impact of having a child with developmental disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4).
- Camden, C., & Silva, M. (2021). Pediatric Telehealth: Opportunities Created by the COVID-19 and Suggestions to Sustain Its Use to Support Families of Children with Disabilities. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 1-17.
- Carlson, S.M. (2003). Executive function in context: Development, measurement, theory, and experience. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 274(68), 138-151.
- Cassidy J, Jones JD, Shaver PR. (2013), Contributions of attachment theory and research: a framework for future research, translation and policy. *Dev Psychopathol*
- Castagna, A., Butti, N., Cordolcini, L., Innocenti, M. S., & Montirosso, R. (2024). Severity of developmental delay and parenting behavior in toddlers with neurodevelopmental disabilities. *Frontiers in Psychology*, 14, 1306227.

- Conger, R. D., Patterson, G. R., & Ge, X. (1995). It takes two to replicate: A mediational model for the impact of parents' stress on adolescent adjustment. *Child development*, 66(1), 80-97.
- Copper, R. L., Goldenberg, R. L., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., ... & National Institute of Child Health Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. (1996). The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American journal of obstetrics and gynecology*, 175(5), 1286-1292.
- Cornoldi, C. (Ed.). (2023). *I disturbi dell'apprendimento*. Società editrice il Mulino, Spa.
- Corwin, E. J., & Pajer, K. (2008). The psychoneuroimmunology of postpartum depression. *Journal of women's health*, 17(9), 1529-1534.
- Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *Journal of pediatric psychology*, 38(8), 809-828.
- Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., ... & Margari, F. (2016). Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry research*, 242, 121-1295.
- Crawford, A. M., & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(10), 1182-1189.

Curley, K., Hughes, R., & Kotera, Y. (2025). Stressful but not unhappy: A review of the positive aspects of parenting a child with autism spectrum disorder. *Children*, 12(1), 107.

Cusick, S. E., & Georgieff, M. K. (2016). The Role of Nutrition in Brain Development: The Golden Opportunity of the "First 1000 Days". *The Journal of pediatrics*, 175, 16-21.

Daniels, D., Plomin, R., & Greenhalgh, J. (1984). Correlates of difficult temperament in infancy. *Child development*, 1184-1194.

Deault, L.C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 168-192.

Doinita, N. E., & Maria, N. D. (2015). Attachment and parenting styles. *Procedia*, 203, 199-204.

Dollberg, D. G. (2022). Mothers' parental mentalization, attachment dimensions and mother-infant relational patterns. *Attachment & Human Development*, 24:2, 189-207.

Donovan, A. P., & Basson, M. A. (2017). The neuroanatomy of autism-a developmental perspective. *Journal of anatomy*, 230(1), 4-15.

DSM-V-TR, 2023

Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant

attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 48(1), 9.

Ensink, K., Borelli, J. L., Roy, J., Normandin, L., Slade, A., & Fonagy, P. (2019). Costs of not getting to know you: Lower levels of parental reflective functioning confer risk for maternal insensitivity and insecure infant attachment. *Infancy*, 24(2), 210-227.

Evans, T., Whittingham, K., & Boyd, R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behavior & Development*, 35, 1-11.

Fadlillah, M., & Fauziah, S. (2022). Analysis of Diana Baumrind's parenting style on early childhood development. *Al-Ishlah: Jurnal Pendidikan*, 14(2), 2127-2134.

Favieri, F., Lombardi, L., Mazza, C., Babore, A., Riva Crugnola, C., & Tambelli, R. (2026). Video-feedback interventions focusing on the mother-child relationship: A systematic review of program characteristics, evidence, and outcomes in early childhood. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1-32.

Feizi, A., Najmi, B., Salesi, A., Chorami, M., & Hoveidafar, R. (2014). Parenting stress among mothers of children with different physical, mental, and psychological problems. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(2), 145.

Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 329-354.

- Festante, F., Antonelli, C., Chorna, O., Corsi, G., & Guzzetta, A. (2019). Parent-infant interaction during the first year of life in infants at high risk for cerebral palsy: A systematic review of the literature. *Neural plasticity*, 2019(1), 5759694.
- Fionnuala, L., Hayiou-Thomas, M. E., Zaynah, A., Leonard, M., Williams, F. J., Nicoletta, K., ... & Meins, E. (2021). Mind-mindedness and stress in parents of children with developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(2), 600-612.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience. *European psychologist*.
- Foderaro, G. (2022). Disturbi specifici dell'apprendimento e dell'autoregolazione. Le caratteristiche essenziali dei DSA e dell'ADHD. DSA e ADHD: l'apprendimento, il benessere scolastico e il bisogno educativo speciale, 27-43.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41(4), 957-989.
- Friedman, H. P., Bilsky, S. A., & Luber, M. J. (2023). Parent anxiety, child anxiety, parental beliefs about anxiety, and parenting behaviors:

Examining direct and indirect associations. *Journal of Child and Family Studies*, 32(11), 3419-3429.

Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical psychology review*, 28(6), 904-916.

Gattinara, P. C., & Pallini, S. (2015). Avere un figlio gravemente malato: la reazione dei genitori alla diagnosi.

Gerstein, E. D., Crnic, K. A., Blacher, J., & Baker, B. (2009). Resilience and the course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 53(12), 981-997.

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(12), 949-962.

Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The lancet*, 371(9606), 75-84.

Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2017). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*.

Graves, K. N., & Shelton, T. L. (2007). Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change. *Journal of Child and Family studies*, 16(4), 556-566.

- Grienenberger, J. F., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299-311
- Gross, C., & Hen, R. (2004). The developmental origins of anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(7), 545-552.
- Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: a conceptual foundation. In J.J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Grumi, S., Cappagli, G., Aprile, G., Mascherpa, E., Gori, M., Provenzi, L., & Signorini, S. (2021). Togetherness, beyond the eyes: A systematic review on the interaction between visually impaired children and their parents. *Infant Behavior and Development*, 64, 101590.
- Grumi, S., Provenzi, L., Gardani, A., Aramini, V., Dargenio, E., Naboni, C., ... & Engaging with Families through On-line Rehabilitation for Children during the Emergency (EnFORCE) Group. (2021). Rehabilitation services lockdown during the COVID-19 emergency: the mental health response of caregivers of children with neurodevelopmental disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 43(1), 27-32.
- Grumi, S., Parsanejad, S., Maccarini, J., Giovannetti, S., & Provenzi, L. (2022). SPHERE coding system x NOLDUS (Vol. Unpublished manual). Pavia.
- Grumi, S., Aprile, G., Morelli, F., Luparia, A., Capelli, E., Vercellino, L., ... & Signorini, S. (2023). When Eye-Contact Is Challenged: Understanding

Early Interactions Between Low-Vision Infants and Their Parents. In Family-Centered Care in Childhood Disability: Theory, Research, Practice (pp. 53-70). Cham: Springer International Publishing.

Grumi, S., Roberti, E., Parsanejad, S., Borgatti, R., & Provenzi, L. (2023). Video-Feedback Interventions to Support Parents of Children with Neurodevelopmental Disabilities. Family-Centered Care in Childhood Disability: Theory, Research, Practice, 193-211.

Grumi, S., Roberti, E., Parsanejad, S., Borgatti, R., & Provenzi, L. (2023). Video-feedback interventions to support parents of children with neurodevelopmental disabilities. In Family-Centered Care in Childhood Disability: Theory, Research, Practice (pp. 193-211). Cham: Springer International Publishing.

Guralnick, M. J., Neville, B., Hammond, M. A., & Connor, R. T. (2008). Mothers' social communicative adjustments to young children with mild developmental delays. American journal on mental retardation, 113(1), 1-18.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change. 2nd edn. New York, NY: Guilford Press.

Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. Archives of women's mental health, 6(Suppl 2), s33-s42.

Herpertz, S.C., Schneider, I., Schmahl, C., & Bertsch, K. (2018). Neurobiological mechanisms mediating emotion dysregulation as targets of change in borderline personality disorder. Psychopathology, 51, 96-104.

- Heron, J., McGuinness, M., Blackmore, E. R., Craddock, N., & Jones, I. (2008). Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(3), 348-353.
- Hirsh-Pasek, K., & Burchinal, M. (2006). Mother and caregiver sensitivity over time: Predicting language and academic outcomes with variable and person-centered approaches. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52, 449-485.
- Hirshfeld, D. R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S. V., & Rosenbaum, J. F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: Associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 910-917.
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-1788.
- Hutchison, L., Feder, M., Abar, B., & Winsler, A. (2016). Relations between parenting stress, parenting style, and child executive functioning for children with ADHD or autism. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3644-3656.
- Innocenti, M. S., Roggman, L. A., & Cook, G. A. (2013). Using the PICCOLO with parents of children with a disability. *Infant mental health journal*, 34(4), 307-318.
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in NICU: the impact

of preterm birth on parental distress. *Europe's journal of psychology*, 12(4), 604.

Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1065-1079.

Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215.

Jones, T.L., Prinz, R.J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.

Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2018). Working with video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline (VIPP-SD): A case study. *Journal of Clinical Psychology*, 74(8), 1346-1357.

Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., & Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936.

Keleynikov, M., Benatov, J., & Cohen, N. (2023). Emotion regulation among parents raising a child with disability: A systematic review and conceptual model. *Journal of Child and Family Studies*, 32(3), 858-875.

Kim, J. M., & Mahoney, G. (2005). The effects of relationship focused intervention on Korean parents and their young children with disabilities. *Research in developmental disabilities*, 26(2), 117-130.

- Kircanski, K., White, L.K., Tseng, W.L., Wiggins, J.L., Frank, H.R., Sequeira, S., et al. (2018). A latent variable approach to differentiating neural mechanisms of irritability and anxiety in youth. *JAMA Psychiatry*, 75, 631-639.
- Krug, A., Wöhr, M., Seffer, D., Rippberger, H., Sungur, A. Ö., Dietsche, B., ... & Kircher, T. (2020). Advanced paternal age as a risk factor for neurodevelopmental disorders: a translational study. *Molecular Autism*, 11(1), 54.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2009). The five stages of grief. In *Library of Congress Catalog in publication data* (Ed.), on grief and grieving (pp. 7-30).
- Latino, A. (2020). Il maltrattamento all'infanzia tra fattori di rischio e fattori di protezione. *Il Med. Pediatra*, 29, 15-20.
- Le Bas, G., Youssef, G., Macdonald, J. A., Teague, S., Mattick, R., Honan, I., ... & Hutchinson, D. (2022). The role of antenatal and postnatal maternal bonding in infant development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(6), 820-829.
- Leijten, P., Rienks, K., Groenman, A. P., Anand, M., Akik, B. K., David, O., ... & Canário, A. C. (2024). Online parenting support: Meta-analyses of non-inferiority and additional value to in-person support. *Children and Youth Services Review*, 159, 107497.
- Licata, M., Paulus, M., Thoerner, C., Kristen, S., Woodward, A. L., & Sodian, B. (2014). Mother-infant interaction quality and infants' ability to encode actions as goal-directed. *Social Development*, 23 (2), 340-356.

- Lieberman, A. F. (2004). *Child-Parent Psychotherapy: A Relationship-Based Approach to the Treatment of Mental Health Disorders in Infancy and Early Childhood*.
- Lombardo, G., Belcastro, S., Mondelli, V., & Gianotti, L. (2023). L'asse dello stress: regolazione neuro-endocrino-immuno-metabolica e ruolo nello sviluppo della sindrome metabolica e della depressione. *L'endocrinologo*, 24(6), 624-631.
- Lopez, K.C., Luby, J.L., Belden, A.C., & Barch, D.M. (2018). Emotion dysregulation and functional connectivity in children with and without a history of major depressive disorder. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 18, 232-248.
- Ludlow, A., Skelly, C., & Rohleder, P. (2012). Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of health psychology*, 17(5), 702-711.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications Inc.
- Mahoney, G., & Powell, A. (1988). Modifying parent-child interaction: Enhancing the development of handicapped children. *The Journal of Special Education*, 22(1), 82-96.
- Malhi, P., & Singhi, P. (2001). Diagnosis and management of children with attention deficit hyperactivity disorder. *The Indian Journal of Pediatrics*, 68(6), 547-555.

- Mascheretti, S., Andreola, C., Scaini, S., & Sulpizio, S. (2018). Beyond genes: A systematic review of environmental risk factors in specific reading disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 82, 147-152.
- McDonald, C. M., & Thorne-Lyman, A. L. (2017). The importance of the first 1,000 days: an epidemiological perspective. In *The biology of the first 1,000 days* (pp. 3-14). CRC Press.
- McLean, M. A., Scoten, O. C., Chau, C. M. Y., Synnes, A., Miller, S. P., and Grunau, R. E. (2022a). Association of neonatal pain-related stress and parent interaction with internalizing behaviors across 1.5, 3.0, 4.5, and 8.0 years in children born very preterm. *JAMA Netw. Open* 5:e2238088. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.38088
- Mcquaid, N., Bigelow, A.E., McLaughlin, J., & MacLean, K. (2008). Maternal mental-state language and preschool children's attachment security: Relation to children's mental-state language and expressions of emotional understanding. *Social Development*, 17, 61-83.
- Meeta, Mukherjee, Vijay, & Shignapure. (2016). Challenges Faced By Parent Due To the Presence of Mentally Handicapped Person in the Family. 3(2).
- Megreya, A. M., Al-Attiyah, A. A., Moustafa, A. A., & Hassanein, E. E. (2020). Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 76, 101600.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes

predict security of attachment at 12 months. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 637-648.

Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 637-648

Milani, P. (2008). Il sostegno alla genitorialità: i modelli. In P. Milani (Ed.), *Co-educare i bambini* (pp. 61-72). Lecce: Pensa Multimedia.

Miller-Lewis, L.R., Baghurst, P.A., Sawyer, M.G., Prior, M.R., Clark, J.J., Arenty, F.M. et al. (2006). Early childhood externalising behavior problems: Child, parenting, and family-related predictors over time. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 891-906.

Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: does parenting style matter?. *Clinical pediatrics*, 47(9), 865-872.

Monk, C., Lugo-Candelas, C., & Trumpff, C. (2019). Prenatal developmental origins of future psychopathology: mechanisms and pathways. *Annual review of clinical psychology*, 15(1), 317-344.

Montiroso, R., Micheletti, S., Pisoni, C., Mascheroni, E., Scarano, E., Naboni, C., ... & Orcesi, S. (2025). Video-feedback intervention for promoting social engagement in children with neurodevelopmental disabilities. *Frontiers in psychology*, 15, 1504338.

Morgan, C., Feters, L., Adde, L., Badawi, N., Bancalè, A., Boyd, R. N., ... & Novak, I. (2021). Early intervention for children aged 0 to 2 years with or

at high risk of cerebral palsy: international clinical practice guideline based on systematic reviews. *JAMA pediatrics*, 175(8), 846-858.

Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Croudace, T., & Cooper, P. (2010). The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1150-1159.

Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: Implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 174-186.

Nejad, S.A., & Saatchi, L.R. (2016). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on depression, anger and emotion regulation of veterans' spouses. *Quarterly of Iranian Journal of War & Public Health*, 8(3), 141-148.

Nicolais, G., Speranza, A. M., & Ammaniti, M. (2006). Interventi di prevenzione e sostegno alla genitorialità. *Gior Neuropsich Età Evol*, 26, 379-394.

Niles, A. N., Dour, H. J., Stanton, A. L., Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Sullivan, G., & Craske, M. G. (2015). Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. *Journal of psychosomatic research*, 78(2), 109-115.

Noorlander, Y., Bergink, V., & van den Berg, M. P. (2008). Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 11(1), 49-56.

- Orhon, F. S., Ulukol, B., & Soykan, A. (2007). Postpartum mood disorders and maternal perceptions of infant patterns in well-child follow-up visits. *Acta Paediatrica*, 96(12), 1777-1783.
- Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., & Bellantuono, C. (2016). Suicide during perinatal period: epidemiology, risk factors, and clinical correlates. *Frontiers in psychiatry*, 7, 138.
- Parenti, I., Rabaneda, L. G., Schoen, H., & Novarino, G. (2020). Neurodevelopmental disorders: from genetics to functional pathways. *Trends in neurosciences*, 43(8), 608-621.
- Parkes, J., Caravale, B., Marcelli, M., Franco, F., & Colver, A. (2011). Parenting stress and children with cerebral palsy: A European cross-sectional survey. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53(9), 815-821
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. eugene. OR: Castalia.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(4), 357-364.
- Pennington, L. (2008). Cerebral palsy and communication. *Paediatrics and Child Health*, 18(9), 405-409.
- Pérez-Pereira, M., & Conti-Ramsden, G. (2001). The use of directives in verbal interactions between blind children and their mothers. *Journal of Visually Impairment & Blindness*, 95(3), 133-149.

- Pezzica, S., & Bigozzi, L. (2015). Un Parent Training cognitivo comportamentale e mentalizzante per bambini con ADHD. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 19(2), 271-296.
- Pianta RC, Marvin RS, Morog MC. Resolving the Past and the Pre- sent: relation with attachment organization. In: Solomon J, George C, eds. *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press 1999
- Pinder, G. L., & Olswang, L. B. (1995). Development of Communicative Intent in Young Children with Cerebral Palsy: A Treatment Efficacy Study. *Infant-Toddler Intervention: The Transdisciplinary Journal*, 5(1), 51-69.
- Platje, E., Sterkenburg, P., Overbeek, M., Kef, S., & Schuengel, C. (2018). The efficacy of VIPP-V parenting training for parents of young children with a visual or visual-and-intellectual disability: a randomized controlled trial. *Attachment & Human Development*, 20(5), 455-472.
- Polderman, T. J., Benyamin, B., De Leeuw, C. A., Sullivan, P. F., Van Bochoven, A., Visscher, P. M., & Posthuma, D. (2015). Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature genetics*, 47(7), 702-709.
- Provenzi, L., Grumi, S., Rinaldi, E., & Giusti, L. (2021). The porridge-like framework: A multidimensional guidance to support parents of children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 117, 104048.
- Ream, M. A., & Lehwald, L. (2018). Neurologic consequences of preterm birth. *Current neurology and neuroscience reports*, 18(8), 48.

- Resnick, P. J. (1969). Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *American journal of psychiatry*, 126(3), 325-334.
- Robinson, M., & Neece, C. L. (2015). Marital satisfaction, parental stress, and child behavior problems among parents of young children with developmental delays. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 8(1), 23-46.
- Rocha, N. A. C. F., Dos Santos Silva, F. P., Dos Santos, M. M., & Dusing, S. C. (2020). Impact of mother-infant interaction on development during the first year of life: A systematic review. *Journal of Child Health Care*, 24(3), 365-385.
- Rothbart, M.K., & Bates, J.E. (2006). Temperament. In W. Damon, R. Lerner, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 99–166). New York: Wiley.
- Rutherford, H. J., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36 (1), 1-14.
- Sanchez, C. E., Barry, C., Sabhlok, A., Russell, K., Majors, A., Kollins, S. H., & Fuemmeler, B. F. (2018). Maternal pre-pregnancy obesity and child neurodevelopmental outcomes: a meta-analysis. *Obesity reviews*, 19(4), 464-484.
- Scherer, N., Verhey, I., & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(7), e0219888.

- Sealy, J., & Glovinsky, I. P. (2016). Strengthening the reflective functioning capacities of parents who have a child with a neurodevelopmental disability through a brief, relationship-focused intervention. *Infant mental health journal*, 37(2), 115-124.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Seidel, M., King, J.A., Ritschel, F., Boehm, I., Geisler, D., Bernardoni, F., et al. (2018). Processing and regulation of negative emotions in anorexia nervosa: An fMRI study. *NeuroImage. Clinical*, 18, 1-8.
- Setaro, A. M., & Fedrizzi, E. (2016). *Paralisi Cerebrale Infantile. Cosa i genitori vogliono sapere*.
- Seymour, M., Giallo, R., & Wood, C. E. (2017). The psychological and physical health of fathers of children with Autism Spectrum Disorder compared to fathers of children with long-term disabilities and fathers of children without disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 69, 8-17.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social development*, 17(3), 737-754.
- Shin, H., Park, Y. J., Ryu, H., & Seomun, G. A. (2008). Maternal sensitivity: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 64(3), 304-314.
- Shree, A., & Shukla, P. C. (2016). Intellectual Disability: Definition, classification, causes and characteristics. *Learning Community-An International Journal of Educational and Social Development*, 7(1), 9-20.

- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Fisher, B. C., Wahler, R. G., McLeavey, K., Singh, J., & Sabaawi, M. (2006). Mindful parenting decreases aggression, non-compliance, and self-injury in children with autism. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 14, 169-177.
- Sohr-Preston, S. L. (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical child and family psychology review*, 9(1), 65.
- Sorrentino A. Figli disabili. Milano: Raffaello Cortina 2006.
- Steinberg, E.A., & Drabick, D.A. (2015). A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child Psychiatry and Human Development*, 46, 951-966.
- Stern, D. N. (2004). *The Motherhood Constellation: Therapeutic Approaches to Early Relational Problems*.
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Kobau, R., & Balluz, L. (2005). Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(6), 432-438.
- Teague, S. J., Gray, K. M., Tonge, B. J., & Newman, L. K. (2017). Attachment in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 35-50.
- Teetsel, R. N., Ginsburg, G. S., & Drake, K. L. (2014). Anxiety-promoting parenting behaviors: A comparison of anxious mothers and fathers. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(2), 133-142.

- Teicher, M. H. (2002). Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 286(3), 68-75.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Brunner/Mazel.
- Tran, P. L., Lehti, V., Lampi, K. M., Helenius, H., Suominen, A., Gissler, M., ... & Sourander, A. (2013). Smoking during Pregnancy and Risk of Autism Spectrum Disorder in a Finnish National Birth Cohort. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 27(3), 266-274.
- Van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of child and family studies*, 21(1), 139-147.
- van DOESUM, K. T., Hosman, C. M., Riksen-Walraven, J. M., & Hoefnagels, C. (2007). Correlates of depressed mothers' sensitivity toward their infants: the role of maternal, child, and contextual characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 747-756.
- Viguera, A. C., Tondo, L., Koukopoulos, A. E., Reginaldi, D., Lepri, B., & Baldessarini, R. J. (2011). Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1179-1185.
- Vilaseca, R., Rivero, M., Bersabé, R. M., Cantero, M. J., Navarro-Pardo, E., Valls-Vidal, C., & Ferrer, F. (2019). Demographic and parental factors associated with developmental outcomes in children with intellectual disabilities. *Frontiers in psychology*, 10, 872.

- Vitaro, F., Barker, E. D., Boivin, M., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2006). Do early difficult temperament and harsh parenting differentially predict reactive and proactive aggression?. *Journal of abnormal child psychology*, 34(5), 681-691.
- Weiss, N.H., Williams, D.C., & Connolly, K.M. (2015). A pre- liminary examination of negative affect, emotion dysregula- tion, and risky behaviors among military veterans in residential substance abuse treatment. *Military Behavioral Health*, 3, 212-218.
- Weizman, Z.O., & Snow, C.E. (2001). Lexical output as related to children's vocabulary acqui- sition: Effects of sophisticated exposure and support for meaning. *Developmental Psychology*, 37, 265-279.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6), 826.
- Wieck, A., Kumar, R., Hirst, A. D., Marks, M. N., Campbell, I. C., & Checkley, S. A. (1991). Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *British Medical Journal*, 303(6803), 613-616.
- Wolf, L. C., Noh, S., Fisman, S. N., & Speechley, M. (1989). Brief report: Psychological effects of parenting stress on parents of autistic children. *Journal of autism and developmental disorders*.
- World Health Organization. (2019). Autism spectrum disorders (No. WHO-EM/MNH/215/E). World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.

- Zambianchi, E. (2012). Supporto alla genitorialità: tipologie di intervento e percorsi formativi. *Formazione & insegnamento*, 10(3), 79-94.
- Zametkin, A. J., Nordahl, T. E., Gross, M., King, A. C., Semple, W. E., Rumsey, J., ... & Cohen, R. M. (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *New England Journal of Medicine*, 323(20), 1361-1366.
- Zhang, X., Lv, C. C., Tian, J., Miao, R. J., Xi, W., Hertz-Picciotto, I., & Qi, L. (2010). Prenatal and perinatal risk factors for autism in China. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(11), 1311-1321.