



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

**Efficacia di un intervento di video feedback
in telecare nel promuovere la mind-
mindedness in mamme di bambini con
disabilità dello sviluppo: il progetto
SPHERE**

RELATORE:
Chiar.mo Prof. Provenzi Livio

CORRELATORE:
Dott.ssa Nazzari Sarah

CORRELATORE:
Dott.ssa Grumi Serena

Tesi di Laurea di:
Andrea Saporoso
Matr.: 524790

Anno Accademico 2023/2024

Indice

Indice Figure.....	III
Indice delle Tabelle.....	IIV
Introduzione.....	1
Capitolo 1: Mind Mindedness	5
1.1 Costrutto della Mind Mindedness: definizione e caratteristiche	5
1.2 Genesi del costrutto della Mind Mindedness	7
1.3 Ruolo protettivo della MM genitoriale nello sviluppo infantile	11
1.4 Metodi di indagine sulla MM	15
1.5 MM e genitorialità in contesti di disabilità dello sviluppo.....	19
1.5.1 La qualità della relazione genitore-bambino nella	
promozione dello sviluppo nei primi anni di vita	19
1.5.2 Disturbi dello sviluppo	23
1.5.3 Impatto della disabilità sul benessere del genitore e sulle	
pratiche di parenting	26
Capitolo 2: Interventi di supporto genitoriale in contesti di disabilità	
dello sviluppo	32
2.1 Panoramica sugli interventi di supporto per genitori di bambini	
con disabilità.....	32
2.1.1 Dimensione affettiva (A).....	32
2.1.2 Dimensione comportamentale (B).	34
2.1.3 Dimensione cognitiva (C).	35
2.2 Interventi basati sull'uso del videofeedback: modelli di	
intervento e dati di efficacia	38

2.3	Vantaggi e sfide nell'utilizzo del videofeedback in contesti di disabilità	45
2.4	Utilizzo della telemedicina	47
Capitolo 3: Efficacia di un intervento di video feedback in telecare nel promuovere la mind-mindedness in mamme di bambini con disabilità dello sviluppo: il progetto SPHERE		53
3.1	Introduzione.....	53
3.2	Obiettivi e domande di ricerca.....	55
3.3	Metodologia.....	56
3.3.1	Partecipanti.....	56
3.3.2	Procedura.....	57
3.3.3	Strumenti di misura	58
3.3.4	Analisi dei dati	66
3.4	Risultati.....	68
3.4.1	Correlazioni MM con benessere materno	68
3.4.2	Correlazioni tra la MM e le variabili osservative dell'interazione mamma-bambino.....	70
3.4.3	Correlazioni MM con temperamento del bambino	74
3.4.4	Confronto Pre-Post Intervento di Video-Feedback.....	77
3.4.5	Confronto tra Gruppo Clinico e Gruppo di Controllo.....	79
3.5	Discussione	80
3.6	Limitazioni.....	83
3.7	Sviluppi Futuri.....	83
Conclusioni.....		85
Bibliografia.....		87

Indice Figure

Figura 1. Dimensioni della genitorialità che potrebbero essere messe in discussione in presenza di condizioni di disabilità dello sviluppo dei bambini. Tratto da (Provenzi, 2021)	27
Figura 2. Il porridge come quadro della genitorialità nel contesto della disabilità dello sviluppo neurologico dei bambini. Tratto da (Provenzi, 2021).....	29
Figura 3. Intervento Video-feedback.....	58
Figura 4. Confronto Pre-Post Intervento	78
Figura 5. Confronto tra Gruppo Clinico e Gruppo di Controllo	79

Indice delle Tabelle

Tabella 1. Correlazione tra Questionari somministrati e MM.....	68
Tabella 2. Correlazione tra Questionari somministrati e sottocategorie della MM	69
Tabella 3. Correlazione tra sistema di codifica Noldus e MM generale .	71
Tabella 4. Correlazione tra sistema di codifica Noldus e sottocomponenti della MM	73
Tabella 5. Correlazioni tra IBQ e MM Generale.....	74
Tabella 6. Correlazioni tra IBQ e Sottocomponenti della MM.....	76
Tabella 7. Confronto Pre-Post Intervento di Video-Feedback	78

Introduzione

Il presente elaborato esplora il ruolo della Mind-Mindedness (MM) nella relazione madre-bambino e l'efficacia degli interventi basati sul video-feedback nel migliorare questa capacità. La ricerca è strutturata in tre capitoli, ciascuno dei quali affronta aspetti distintivi e complementari del tema.

Il primo capitolo fornisce una panoramica teorica della Mind-Mindedness e del suo impatto sulle dinamiche di sviluppo e interazione tra madre e bambino. Questo capitolo getta le basi per comprendere come la sensibilità materna e la qualità dell'interazione possano essere modulate attraverso approcci mirati, come il video-feedback.

La Mind Mindedness (MM), un concetto introdotto da Elizabeth Meins nel 1997, ha costituito un avanzamento cruciale nella comprensione delle dinamiche genitoriali e del loro impatto sullo sviluppo infantile. La MM rappresenta la predisposizione del genitore a trattare il proprio bambino come un individuo dotato di una mente propria, con la capacità di riconoscere e rispondere ai suoi stati mentali. Questo approccio, che si fonda sulle teorie dell'attaccamento sviluppate da John Bowlby e Mary Ainsworth, amplia la nozione di sensibilità materna per includere una comprensione più profonda degli stati mentali del bambino, con implicazioni rilevanti per lo sviluppo dell'attaccamento e dell'empatia. Numerosi studi hanno dimostrato che una maggiore MM genitoriale è associata a un attaccamento sicuro e a un miglior sviluppo della Teoria della Mente nei bambini, suggerendo che la MM può giocare un ruolo mediatore significativo nel trasferimento intergenerazionale dell'attaccamento.

Il ruolo protettivo della MM nello sviluppo infantile è ben documentato, evidenziando la sua associazione con competenze sociali ed emotive più

avanzate nei bambini. Tuttavia, livelli insufficienti di MM sono stati correlati a problematiche comportamentali e a uno sviluppo socio-emotivo compromesso. È cruciale considerare l'impatto combinato della MM di entrambi i genitori e le dinamiche intergenerazionali che influenzano lo sviluppo della MM e la sua relazione con la psicopatologia infantile. La valutazione della MM si basa su due principali metodi: la misura osservativa, che analizza le verbalizzazioni dei genitori durante interazioni strutturate, e la misura dell'intervista, che esamina la spontaneità del caregiver nell'includere stati mentali durante descrizioni informali del proprio bambino.

Nel contesto delle disabilità dello sviluppo, la qualità della relazione genitore-bambino è fondamentale per il benessere e lo sviluppo del bambino. La MM del caregiver può influenzare positivamente il benessere del bambino, migliorando i risultati cognitivi e socio-emotivi anche in presenza di disabilità. La genitorialità positiva, caratterizzata da affetto e reattività, è stata associata a miglioramenti significativi nei risultati dello sviluppo. La diagnosi precoce e il supporto ai genitori sono essenziali per ottimizzare gli esiti dello sviluppo e promuovere il benessere a lungo termine dei bambini.

La cura di neonati e bambini con disturbi dello sviluppo comporta un notevole carico emotivo e stress per i genitori, con conseguenze significative sul loro benessere psicologico, come depressione e ansia. I genitori di bambini con ritardo psicomotorio o sindromi genetiche rare spesso riportano isolamento sociale e difficoltà affettive. Provenzi e colleghi (2021) propone un modello multidimensionale, noto come modello del "porridge", che analizza la genitorialità in quattro dimensioni interconnesse: affetti ed emozioni, comportamenti e competenze, cognizioni e rappresentazioni, e grado di compromissione psicomotoria del bambino. Questo modello fornisce una guida pratica per progettare

interventi centrati sulla famiglia, considerando come ogni dimensione influenzi le esperienze e le sfide dei genitori. La metafora della tazza di porridge rappresenta, dunque, la genitorialità come un sistema dinamico in cui le dimensioni e le limitazioni interagiscono per influenzare le pratiche e il benessere genitoriale.

Il secondo capitolo si concentra sugli interventi di supporto per i genitori di bambini con disabilità dello sviluppo, utilizzando il modello "Porridge" di Provenzi e colleghi (2021). Questo modello suddivide, come già visto, la genitorialità in dimensioni principali: affettiva, comportamentale e cognitiva; sulle quali si focalizzano gli interventi. Gli interventi che mirano a ridurre il carico emotivo e lo stress dei genitori si avvalgono di tecniche come la Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT) e la Mindfulness, che promuovono un adattamento psicologico più sano. Gli interventi comportamentali, come il Triple P (Positive Parenting Program) e il Video-Feedback, sono centrali per migliorare le competenze genitoriali e ridurre l'intrusività comportamentale.

Il video-feedback (VFI) emerge come una tecnica particolarmente efficace, promuovendo una genitorialità positiva e migliorando le interazioni tra genitori e figli. Vari protocolli di VFI, come il Transactional Intervention Program (TRIP) e il Video Interaction Guidance (VIG), sono stati adattati per rispondere alle specifiche esigenze delle famiglie con bambini con disabilità dello sviluppo. Tuttavia, l'implementazione di questi interventi presenta sfide, ed affrontare queste sfide è essenziale per massimizzare l'efficacia degli interventi e garantire che le famiglie ricevano un supporto adeguato.

La telemedicina e la tele-psicologia rappresentano strumenti promettenti per migliorare l'accesso alle cure per i bambini con disabilità dello sviluppo. La telemedicina ha mostrato un notevole potenziale nel superare le barriere logistiche e migliorare l'accesso alle cure specialistiche,

riducendo i costi e il tempo necessari per le visite. La tele-psicologia ha dimostrato di essere efficace nel fornire supporto psicologico e consulenza a distanza, migliorando l'autoefficacia dei genitori e riducendo lo stress. Con il continuo avanzamento tecnologico, è probabile che questi strumenti diventino sempre più comuni, offrendo un ampio spettro di servizi sanitari e psicologici senza la necessità di spostamenti fisici.

Con l'integrazione di approcci come la MM e il modello "Porridge", insieme all'uso innovativo della telemedicina, è possibile affrontare le complessità della genitorialità e migliorare i risultati dello sviluppo per i bambini con disabilità.

Infine, il terzo capitolo costituisce il cuore della tesi e presenta uno studio che si propone di analizzare come la MM possa essere migliorata attraverso un intervento di videofeedback e di valutare l'efficacia di tale intervento nel contesto delle interazioni quotidiane di gioco tra madre e bambino.

La ricerca si concentra su un campione di 33 madri e i loro figli, che variano in età e condizioni cliniche. La metodologia impiegata include una serie di analisi dettagliate basate su sessioni di gioco libero, videoregistrazioni e interventi di video-feedback. I dati sono stati raccolti utilizzando strumenti di misura standardizzati, come il Beck Depression Inventory (BDI) per la depressione materna, lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI) per l'ansia, e il Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) per lo stress genitoriale. Inoltre, è stato utilizzato l'Infant Behavior Questionnaire (IBQ) per esplorare il temperamento infantile e un manuale di codifica per la valutazione della MM.

Capitolo 1: Mind Mindedness

1.1 Costrutto della Mind Mindedness: definizione e caratteristiche

La *Mind Mindedness (MM)*, costrutto introdotto da Meins (1997) indica la propensione della madre a considerare il proprio figlio come un *individuo dotato di una mente*, piuttosto che solo come una creatura con bisogni da soddisfare. Questo concetto implica il riconoscimento del proprio bambino come *agente mentale* e rappresenta un prerequisito necessario per interpretare adeguatamente i suoi segnali. Infatti, la propensione a usare termini che si riferiscono a *stati mentali* sembra giocare un ruolo di fondo nello sviluppo infantile della capacità di comprendere la mente dell'altro. Secondo Meins, la Mind Mindedness non solo favorisce lo sviluppo della sensibilità materna, ma contribuisce anche al conseguente sviluppo di un attaccamento sicuro nel figlio (Meins, 1997).

La Mind-Mindedness si riferisce infatti alla tendenza degli individui a adottare un atteggiamento intenzionale (Dennett, 1989) nelle loro interazioni e nelle loro rappresentazioni degli altri. Più nello specifico si riferisce alla capacità del caregiver di percepire e rispondere ai pensieri, ai sentimenti e agli stati mentali del bambino durante le interazioni quotidiane. È proprio come mettersi nei panni del bambino, cercando di comprendere il mondo attraverso il suo punto di vista unico e caratteristico.

È possibile che le madri attribuiscono come intenzionali le espressioni verbali e i gesti dei loro bambini, trattandoli in questo senso come individui dotati di intenzionalità (*intentional agents*), ma ciò non significa che arrivino a trattarli come dei veri e propri *agenti mentali* (Meins, 1997). Infatti, nel primo caso si ritiene che il bambino sia in grado di esprimere i

propri desideri attraverso una certa modalità di comunicazione, mentre nel secondo caso si ritiene che sia in grado di avere *una rappresentazione della realtà e punti di vista diversi riguardo essa*. Questa distinzione è stata proposta da Tomasello e colleghi (1993) per sottolineare come i bambini, già a 9 mesi, siano in grado di comprendere gli altri come agenti intenzionali, ma solo a 4 anni riescano a considerarli agenti mentali. Comunque, indipendentemente dalla loro capacità di considerare sé stessi e gli altri come agenti mentali, l'aspetto distintivo del costrutto di mind mindedness è che i caregivers li trattino come se essi riuscissero a farlo.

In un contesto interazionale, la MM è stata studiata principalmente nelle interazioni tra caregiver e bambino nella prima infanzia ed essa misura la tendenza del caregiver a trattare il bambino come un individuo razionale, dotato di volontà, piuttosto che semplicemente come un'essenza con dei bisogni da soddisfare (Meins, 1997).

Si tratta, in sostanza, di riconoscere e rispettare la mente unica e autonoma del bambino. La valutazione della MM, in primo luogo, fornisce una visione privilegiata del mondo interiore del bambino. Ci permette di cogliere i suoi pensieri, desideri e preoccupazioni, anche se non riesce ad esprimerli con le parole. Questa comprensione più profonda ci aiuta a rispondere in modo più sensibile e mirato ai loro bisogni, facilitando la costruzione di connessioni empatiche e autentiche. Ciò consente ai caregivers di comprendere meglio i bisogni ed anche lo stato emotivo del bambino (Meins, Centifanti, et al., 2013). Diversi studi infatti, sembrano avvalorare l'ipotesi, come Ainsworth e colleghi (1969) affermano che le madri dei bambini sicuri sono "capaci di percepire le cose dal punto di vista del figlio" e di considerarlo "una persona separata". Per cui le interazioni ricche di commenti mind related riescono nella promozione di un attaccamento sicuro, di un'autoregolazione emotiva e anche della fiducia nelle relazioni (Sharp & Fonagy, 2008).

In secondo luogo, la MM è anche un indicatore fondamentale della qualità delle relazioni familiari in quanto promuove lo sviluppo di relazioni empatiche e rispettose tra bambini e caregiver. Quando questi ultimi comprendono e sono consci dei pensieri e i sentimenti dei loro figli, creano un ambiente emotivamente ricco e stimolante che favorisce lo sviluppo di capacità relazionali positive nei bambini (Meins, 1997).

La Mind-Mindedness può essere considerata un fattore chiave nello sviluppo infantile, promuovendo migliori relazioni tra genitore e figlio. Tale costrutto, svolge un ruolo fondamentale nel percorso di crescita del bambino, facilitando la comprensione e il rispecchiamento degli stati mentali propri e altrui (Walker et al., 2012).

1.2 Genesi del costrutto della Mind Mindedness

La relazione di attaccamento genitore-figlio ha acquisito uno status importante nella comprensione occidentale dello sviluppo infantile (Walker et al., 2012), perché si è scoperto che gioca un ruolo primario nello sviluppo sociale, emotivo e cognitivo dei bambini (R. Thompson, 2015). Infatti, le teorie dello sviluppo, in particolare la *teoria dell'attaccamento*, suggeriscono che la relazione precoce del bambino con il caregiver contribuisce in modo determinante allo sviluppo socio-emotivo del bambino (Bowlby et al., 1969; Grossmann et al., 2002), poiché le caratteristiche del bambino e del caregiver si influenzano dinamicamente e reciprocamente (Sameroff & Mackenzie, 2003). La sicurezza dell'attaccamento viene spesso trasferita tra generazioni (Van Ijzendoorn, 1995), un fenomeno noto come *trasmissione intergenerazionale*. La trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento si riferisce al modo in cui i modelli di attaccamento sviluppati dai genitori durante la loro infanzia tendono a ripetersi nelle relazioni con i propri figli (Meins, 1999). In altre parole, se un genitore ha avuto un attaccamento sicuro con il proprio caregiver, è più probabile che sviluppi un

attaccamento sicuro con il proprio bambino. Al contrario, se un genitore ha avuto un attaccamento insicuro, è più probabile che sviluppi un attaccamento insicuro con il proprio bambino. Ma nonostante l'ampia letteratura sull'attaccamento, vi è ancora molta incertezza riguardo agli antecedenti dell'attaccamento e ai mediatori di questo trasferimento intergenerazionale. Sin dai primi lavori di Ainsworth si è ipotizzato che il meccanismo primario dell'attaccamento sia la *sensibilità* dei genitori nel rispondere ai bambini (M. D. S. Ainsworth et al., 1974). Il concetto di "sensibilità" materna è stato elaborato da Mary Ainsworth (1979): "*Un comportamento di cura sensibile consiste nella capacità della madre di percepire i segnali del bambino, di comprenderli e di rispondervi in modo adeguato e tempestivo*" Inoltre, dipende in larga misura dall'attenzione alle vocalizzazioni del bambino, alle espressioni facciali, alle manifestazioni affettive, al tono e al movimento del corpo. La sensibilità genitoriale, quindi, è sia la sostanza che il prodotto dell'interazione continua, transazionale, comportamentale e fisiologica tra la madre e il suo bambino (Abraham et al., 2016; Feldman, 2015). Durante l'infanzia, il cervello dei genitori è particolarmente aperto e ricettivo agli input del bambino, creando la "*sincronia bio-comportamentale*" attraverso la quale il cervello e i comportamenti del genitore e del bambino interagiscono per supportare la crescita del cervello del bambino e rafforzare le competenze sociali in via di sviluppo del bambino (Feldman, 2015). Inoltre, la ricerca sull'imaging ha dimostrato che la sensibilità e la sincronia materna sono correlate con le reti cerebrali subcorticali e superiori nel cervello dei genitori, comprese quelle associate all'empatia e alla MM (Feldman, 2015). Pertanto, possiamo supporre che la sensibilità materna è associata alla MM genitoriale delle madri (Dollberg, 2022).

La MM nasce quindi dalla riconsiderazione del concetto di *sensibilità materna* di (M. S. Ainsworth, 1979). Sebbene la caratterizzazione

originale della sensibilità materna di Ainsworth e collaboratori enfatizzasse l'importanza di risposte materne appropriate ai segnali del bambino, questa attenzione è andata perduta poiché la sensibilità materna è stata ampiamente operazionalizzata. La sensibilità, infatti, è diventato un termine "ombrello" (Meins, 2013; Meins, Fernyhough, Russell, et al., 2001).

Tuttavia, autorevoli metanalisi hanno dimostrato che la sensibilità materna rappresenta meno del 25% dell'influenza dell'attaccamento genitoriale sulla sicurezza del bambino, lasciando un "*gap di trasmissione*" (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997; Meins, 1999). Questo problema ha portato i ricercatori a guardare oltre la sensibilità, come viene attualmente valutata, nella ricerca degli antecedenti genitoriali alla sicurezza dell'attaccamento (McMahon & Bernier, 2017). Una risposta sensibile, sincronizzata e contingente da parte della figura di riferimento affiancata alla capacità di attribuire un significato intenzionale agli stati interni del bambino può contribuire a colmare il gap della trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento, ovvero la percentuale della varianza nell'attaccamento che non riesce ad essere spiegata (Meins, 1999).

La capacità dei genitori di rappresentare lo stato mentale dei propri figli è stata concettualizzata da alcuni ricercatori (Fonagy et al., 1991) come un antecedente centrale per favorire un attaccamento sicuro ed è emerso un costrutto molto importante: *la funzione riflessiva*. Questa funzione riguarda la capacità del genitore di riuscire ad attribuire un significato ai bisogni, ai gesti, alle espressioni e ai comportamenti del bambino. Questa funzione prevede che il genitore o caregiver sia in grado di sintonizzarsi e comprendere i bisogni che il bambino manifesta e di valorizzarli in modo da rispondere in modo adeguato. In questo senso, la funzione riflessiva genitoriale ha un ruolo centrale nella messa in atto di comportamenti e risposte sensibili (Fonagy & Target, 1997). Rosenblum e colleghi (2008)

hanno proposto che la MM possa essere considerata un tipo di funzione riflessiva in azione; cioè, le attribuzioni linguistiche esplicite degli stati mentali da parte delle madri ai loro bambini possono dipendere dalla loro capacità di mentalizzare più in generale. Meins e colleghi (2014) tuttavia, hanno sottolineato la distinzione cruciale tra competenza nelle abilità di MM e propensione a utilizzare spontaneamente questa capacità per descrivere e spiegare il comportamento. Un modo fondamentale in cui la MM differisce infatti è che la *funzione riflessiva* viene valutata attraverso inviti al caregiver a riflettere sulle motivazioni e/o sulla relazione del proprio bambino, mentre la Mind Mindedness si basa sui commenti spontanei dei caregivers che riguardano gli stati mentali del bambino.

Più recentemente, da una prospettiva di sviluppo cognitivo, Meins (1997) ha sviluppato il costrutto della *Mind-Mindedness*, la quale si riferisce alla capacità dei genitori di essere sensibili a ciò che c'è nella mente dei loro figli, piuttosto che solo ai loro bisogni fisici o comportamentali. Cattura dunque la sintonizzazione di un caregiver con gli stati mentali del suo bambino, comprese le emozioni, le preferenze, le motivazioni e gli obiettivi, e la tendenza a interpretare il comportamento come risultante da questi stati mentali. Pertanto, il costrutto è considerato all'interfaccia tra rappresentazioni e comportamento (Meins, Fernyhough, et al., 2013). Entrambi gli ideatori di questi costrutti riconoscono somiglianze e differenze, ma la loro formazione teorica e la loro operazionalizzazione sono particolarmente diversi (Arnott & Meins, 2007; Sharp & Fonagy, 2008).

In conclusione, basandosi su una struttura vygotskiana, Meins propone non solo che la MM sia un antecedente per garantire l'attaccamento sicuro, ma anche che trattare il bambino come se avesse una mente propria stimola la capacità del bambino di comprendere le menti degli altri (Meins, 1997, 1999). In questo modo la Mind Mindedness ha teoricamente il potenziale

per spiegare come l'attaccamento viene trasferito da una generazione a quella successiva. Si suggerisce quindi che la sensibilità dei genitori alla mente del bambino rappresenta un fattore causale fondamentale per lo sviluppo dell'attaccamento sicuro e della sua trasmissione intergenerazionale alle generazioni future (McMahon & Bernier, 2017).

Studi hanno dimostrato che la MM genitoriale dei bambini in età prescolare è correlata alla sicurezza dell'attaccamento del bambino (Meins, 1998; Meins, Fernyhough, Russell, et al., 2001). Infatti, ci sono evidenze che mostrano un'associazione significativa tra bassi livelli di MM inferiore e attaccamento insicuro (Meins, Fernyhough, Fradley, et al., 2001). Inoltre, secondo altri studi la MM predice anche quello che è lo sviluppo successivo della Teoria della Mente (ToM) (Laranjo et al., 2010; Meins, 1998; Meins & Fernyhough, 1999).

Studi che esaminano la relazione tra MM, stile di attaccamento dei genitori e attaccamento dei figli indicano che la MM può mediare l'attaccamento di genitori e figli, contribuendo così a colmare il gap di trasmissione (Arnott & Meins, 2007; Bernier & Dozier, 2003).

1.3 Ruolo protettivo della MM genitoriale nello sviluppo infantile

Mary Ainsworth sottolinea che la sensibilità materna gioca un ruolo importante nel predire la sicurezza dell'attaccamento dei bambini (M. D. S. Ainsworth et al., 1974), tuttavia, alcune metanalisi hanno dimostrato la debolezza di tale relazione (Atkinson et al., 2000; De Wolff & Van IJzendoorn, 1997).

Pertanto, nel considerare il ruolo della sensibilità materna (vedi 1.2), Meins parte dal presupposto che, per poter rispondere in modo appropriato e rapido ai segnali del bambino, la madre deve essere in grado di interpretare correttamente i messaggi del bambino (Meins, 1999). Si

ritiene quindi che il bambino abbia una propria mente attiva, che elabora desideri e pensieri e li comunica solo in seguito alla madre secondo modalità proprie.

Elizabeth Meins concluse quindi che la capacità della madre di fare commenti appropriati era l'unica categoria di Mind-Mindedness associata alla sicurezza dell'attaccamento del bambino e, attraverso la sua ricerca, investigò sia la sensibilità materna sia i commenti sulla mente, i quali predicevano la sicurezza dell'attaccamento in maniera indipendente (Meins, Fernyhough, Fradley, et al., 2001).

Uno studio di (Lundy, 2003), conferma la presenza di una correlazione positiva tra la *sensibilità materna*, la *Mind Mindedness* e la *sicurezza dell'attaccamento*; tuttavia, è stato osservato un rapporto differente tra le tre variabili. Dai dati ottenuti nel suo studio, infatti, si può evincere che la Mind Mindedness può essere considerata un prerequisito della sensibilità materna e anche della sicurezza dell'attaccamento (Lundy, 2003).

Per quanto riguarda le valutazioni sulla Mind Mindedness, solo i commenti relativi allo stato mentale del bambino sono risultati correlati, anche se più deboli, con la sensibilità e l'attaccamento materno (Laranjo et al., 2008). Pertanto, in questo studio, è stato ipotizzato che la sensibilità materna possa mediare la relazione tra attaccamento e Mind Mindedness, poiché il valore di correlazione tra sensibilità e attaccamento era superiore a quello tra consapevolezza e attaccamento.

Pertanto, possiamo dichiarare che *la Mind Mindedness è un prerequisito per la sensibilità*. Nel senso che per rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino, i genitori devono essere in grado di interpretare i messaggi e le intenzioni alla base dei bisogni espressi (Meins, 1997, 1999).

Sebbene si sia dimostrato che sia la sensibilità materna sia la Mind-Mindedness possono predire la sicurezza dell'attaccamento, in realtà sono

pochi gli studi che hanno affrontato i loro relativi contributi (McMahon & Bernier, 2017). Tuttavia, in generale, la metanalisi condotta nel 2017 è interessante, poiché riunisce diverse misure di MM. In effetti, gli studiosi hanno concluso che la MM ha effetti diretti e indiretti sulla sicurezza dell'attaccamento (tramite la sensibilità) e che la MM e la sensibilità svolgono ruoli complementari (Zeegers et al., 2017).

Un aspetto quasi inesplorato della MM è il suo valore predittivo sullo sviluppo delle competenze sociali da parte dei bambini. La competenza sociale si riferisce alla capacità di assumere il punto di vista degli altri, confortarli e assisterli, essere collaborativi e disponibili, usare la negoziazione, accettare compromessi ed essere felici dei propri risultati (Luteijn et al., 2000). È stato scoperto che la competenza sociale è associata alle capacità di regolazione delle emozioni (Blair et al., 2015), sicurezza dell'attaccamento (Groh et al., 2014) e Teoria della mente (Devine et al., 2016), e si è scoperto che tutti e tre questi aspetti sono predetti dalla Mind Mindedness delle madri; ad esempio, (Crucianelli et al., 2019; McMahon & Newey, 2018) per la regolazione delle emozioni; (Meins et al., 2003) per la sicurezza degli attaccamenti; (Kirk et al., 2015; Laranjo et al., 2014; Lundy, 2013; Meins, Centifanti, et al., 2013; Meins, Fernyhough, et al., 2013) per la Teoria della mente. Ci si potrebbe quindi aspettare che *la Mind Mindedness dei genitori possa stimolare la competenza sociale dei bambini migliorando il loro primo sviluppo socio-emotivo e socio-cognitivo*. Mentre un alto livello di MM può stimolare un sano sviluppo sociale nei bambini, un basso livello di MM può essere un fattore di rischio per problemi comportamentali dei bambini (Meins, Centifanti, et al., 2013).

Solo pochi studi recenti hanno esplorato l'associazione tra l'uso di commenti appropriati riferiti alla mente delle madri e *problemi comportamentali* dei bambini. Meins e colleghi (2013) riportano

un'associazione negativa tra l'uso da parte delle madri di commenti appropriati riferiti alla mente nei confronti del loro bambino di 8 mesi e problemi di esternalizzazione e interiorizzazione a 4 anni. Camisasca e colleghi (2018) hanno anche trovato significative associazioni negative concomitanti tra commenti riferiti alla mente appropriati della madre e i problemi di internalizzazione ed esternalizzazione dei bambini a 17 mesi.

Nel loro insieme, questi studi supportano parzialmente l'idea di un'associazione tra l'uso di commenti appropriati legati alla mente e i successivi problemi comportamentali dei bambini.

Inoltre, in alcuni studi che si sono occupati di indagare il legame tra Mind Mindedness e attaccamento madre-bambino è stato individuato che le madri i cui figli hanno un attaccamento sicuro tendono a formulare un maggior numero di commenti riferiti alla mente appropriati (Laranjo et al., 2008). Invece, i commenti non-sintonizzati sembrano essere associati allo sviluppo di un attaccamento insicuro o disorganizzato (Meins et al., 2012). Inoltre, le madri di bambini con attaccamento insicuro-resistente tendono a formulare un maggior numero di commenti non-sintonizzati rispetto alle mamme di bambini con attaccamento insicuro-evitante.

Due aspetti cruciali della MM necessitano di ulteriore attenzione. In primo luogo, la relazione tra MM non sintonizzata e problemi comportamentali è ancora inesplorata, nonostante il suo riconosciuto impatto negativo sullo sviluppo dell'attaccamento sicuro nei bambini (Meins et al., 2012; Zeegers et al., 2017) e la regolazione precoce delle emozioni (Crucianelli et al., 2019; C. McMahon & Newey, 2018; Zeegers et al., 2018). La continua incomprensione da parte dei genitori degli stati interiori del bambino può ostacolare la qualità della relazione e il successivo sviluppo socio-emotivo del bambino. In secondo luogo, poiché i bambini sono solitamente esposti alla MM sia della madre che del padre fin dalla nascita, l'impatto di entrambi i genitori, così come la possibile interazione tra i genitori,

dovrebbe essere preso in considerazione quando si esplora l'impatto della MM sullo sviluppo della stessa nei bambini (Sharp & Fonagy, 2008). Nello studio, Colonnese (2019) evidenzia quindi l'impatto combinato della MM di padri e madri sulle competenze sociali precoci e sui problemi comportamentali dei bambini. I risultati supportano l'ipotesi che la MM non sia una caratteristica unica della relazione madre-bambino, ma una caratteristica della *relazione diadica di genitore-figlio*. La MM dei genitori sembra evolversi dall'infanzia, mantenendo una certa stabilità ma anche cambiando, presumibilmente perché la MM è sempre più influenzata dalle interazioni tra i membri della famiglia (cioè, genitore-figlio, genitore-genitore). Allo stesso modo, la MM sia delle madri che dei padri nell'infanzia può essere in definitiva un fattore di rischio per la psicopatologia nella prima infanzia.

1.4 Metodi di indagine sulla MM

La MM è stata operazionalizzata come l'uso di verbalizzazioni o commenti mind-related da parte del caregiver. Esistono due approcci per misurare la Mind-Mindedness, entrambi basati sull'analisi letterale delle trascrizioni complete delle conversazioni del caregiver (Meins et al., 2006). Il primo, chiamato "*misura osservativa*", si basa sui riferimenti verbali dei genitori agli stati mentali del bambino durante l'interazione con lui. Al caregiver quindi viene data una sola istruzione: "*Per favore gioca con il/la tuo/a bambino/a così come faresti se avessi del tempo libero da trascorrere insieme a casa*". Il trascritto deve poi essere utilizzato per identificare tutti i commenti che si riferiscono agli stati interni del bambino o anche detti commenti mind-related, come ad esempio dei commenti che usano un termine esplicito sullo stato interno del bambino per commentare le emozioni, i desideri o le preferenze; o anche dei commenti dove il caregiver parli per conto del bambino (Meins, Fernyhough, Fradley, et al., 2001).

Il secondo, noto come "*misura dell'intervista*", valuta la spontaneità dei caregiver nell'includere stati mentali quando sono invitati in situazioni non strutturate a descrivere il proprio bambino (Meins, Fernyhough, Russell, et al., 2001). Questa misura viene utilizzata con caregiver di bambini più grandi di un anno, e valuta la spontaneità dei caregiver nell'includere stati mentali quando sono invitati in situazioni non strutturate a descrivere il proprio bambino. Tale metodo si basa sull'assunto e sull'aspettativa che le descrizioni fornite dal genitore facciano riferimento alle rappresentazioni del loro bambino che hanno interiorizzato nel corso del tempo (Meins, Fernyhough, Russell, et al., 2001). In questa modalità, quindi, si cattura ciò che i genitori dicono del loro bambino quando il bambino non è presente, in seguito alla risposta della domanda aperta: "*puoi descrivermi [nome del bambino]?*" dopodiché al momento della risposta si possono includere altre domande, come: "*Qual è la cosa più bella di [nome del bambino]?*" e "*Cosa cerchi di insegnare a [nome del bambino]?*". Le risposte quindi sono trascritte Verbatim e ciascun attributo menzionato che si riferisca al bambino è classificato in base a se si riferisce alla vita mentale del bambino e quindi sottoforma di attributo mentale, altrimenti viene considerato come un attributo comportamentale o fisico, ecc. (Meins & Fernyhough, 2010)..

Sebbene la letteratura non fornisca linee guida di sviluppo specifiche, la misura osservativa è generalmente, ma non esclusivamente, impiegata con bambini di età pari o inferiore a 12 mesi, mentre l'intervista è più comunemente utilizzata con bambini in età prescolare e più grandi (Meins & Fernyhough, 2010).

Una distinzione fondamentale tra i due approcci è che la misura osservativa consente di valutare *l'accuratezza* e *l'adeguatezza* dei commenti mentali, ciò invece non accade con l'altra (C. A. McMahon & Bernier, 2017).

Infatti, secondo la Meins (2010), per i bambini molto piccoli si preferisce codificare attraverso interazioni faccia a faccia, con il bambino seduto su un seggiolino accanto ad un tavolo, sul quale si appoggia uno specchio per osservare al meglio il viso della madre (Aldrich et al., 2021). Le interazioni di questo tipo dovrebbero durare all'incirca dai 3 ai 5 minuti (Meins & Fernyhough, 2010). Invece, per i bambini dai 6 ai 12 mesi, la Mind-Mindedness può essere valutata attraverso l'osservazione di sessioni di gioco libero tra madre e bambino, indipendentemente dall'età del bambino. Il bambino deve sentirsi tranquillo e a suo agio nell'ambiente di laboratorio, senza che ci siano distrazioni esterne e il caregiver deve concentrarsi esclusivamente su di lui (Meins & Fernyhough, 2010).

Per la codifica, seguendo le indicazioni del Manuale di codifica di Meins e Fernyhough (2010), bisogna essere in grado di capire se i commenti del caregiver corrispondono al reale comportamento del bambino. Pertanto, è importante poter vedere chiaramente sia la mamma che il bambino per poterne cogliere ogni espressione e ogni movimento nella stanza. Le sessioni devono essere videoregistrate e poi le verbalizzazioni materne devono essere successivamente trascritte Verbatim (Meins & Fernyhough, 2010). La Mind-Mindedness viene valutata osservando la capacità del caregiver di commentare in maniera appropriata ed esplicita gli stati interni del bambino, attraverso l'osservazione del suo comportamento.

Dopo la trascrizione si procede con la codifica. In entrambi i casi, le espressioni del genitore vengono codificate in categorie mutualmente escludenti: le espressioni *riferite alla mente* (ad esempio descrizioni fisiche o descrizioni del comportamento del bambino, del suo temperamento o delle sue attività) e le *espressioni non riferite alla mente*, che esprimono interesse per i suoi desideri, conoscenze, pensieri, ed emozioni (Meins, Fernyhough, Russell, et al., 2001; Tagini, 2019).

Nella modalità osservativa dell'interazione genitore-bambino si procede con l'individuazione di tutti i commenti riferiti alla mente del genitore (*mind-related*): il caregiver utilizza dei termini espliciti per dire ciò che il bambino potrebbe pensare o sentire. Il genitore, quindi, parla al posto del bambino commentando i *desideri*, le *preferenze* e gli *stati emotivi*. Infine, vengono poi codificati come *sintonizzati* o *non sintonizzati*. I commenti *appropriati* (o *sintonizzati*) sono considerati come coerenti, e quindi sensibili, rispetto ad un possibile stato interno del bambino. I commenti *non sintonizzati* possono variare in un continuum che va dal fraintendimento a delle vere e proprie proiezioni del genitore (Meins & Fernyhough, 2010).

Per calcolare l'indice di Mind-Mindedness, si deve considerare il numero di commenti appropriati diviso il numero totale degli enunciati del caregiver *100. Una percentuale più elevata indica maggiore competenza da parte del genitore di Mind-Mindedness (Meins & Fernyhough, 2010).

La Mind-Mindedness può quindi essere concettualizzata come indice dell'interazione dei caregiver con i loro bambini lungo due dimensioni distinte: una che incapsula le nozioni tradizionali di impegno, responsabilità e sensibilità (*commenti appropriati relativi alla mente*) e una che indicizza la mancanza di sintonizzazione del caregiver (*commenti relativi alla mente non sintonizzati*) (Meins et al., 2012).

Per i bambini in età prescolare e superiore, invece, si valuta la Mind-Mindedness utilizzando una breve intervista (Meins, 1998). Viene riferito al caregiver che non esistono risposte giuste o sbagliate alle domande e che deve sentirsi completamente libero di parlare di ciò che pensa. Gli si chiede semplicemente di descrivere il proprio figlio e le risposte vengono trascritte alla lettera. Ogni attributo che si riferisce al bambino e che viene menzionato è classificato in una delle categorie proposte dal Manuale di codifica di Meins e Fernyhough (Meins & Fernyhough, 2010): gli attributi

mentali che si riferiscono alle volontà del bambino, ai suoi interessi, alla sua immaginazione, alla sua conoscenza, alla sua memoria o metacognizione, alle sue simpatie o antipatie, alle sue emozioni; gli attributi che possono o non possono essere mentali che non è facile identificare come mentali o comportamentali e per i quali è importante considerare il contesto precedente o successivo al commento; gli attributi comportamentali, che si riferiscono al comportamento del bambino, ad esempio durante il gioco o durante l'interazione con gli altri; gli attributi fisici sull'aspetto fisico, sull'età o la posizione del bambino in famiglia; gli attributi generali che non rientrano nelle categorie precedenti (Meins & Fernyhough, 2010). L'indice di Mind-Mindedness è il punteggio per gli attributi mentali, calcolato in proporzione a tutti gli altri attributi forniti dal caregiver durante il colloquio, al fine di valutare le differenze di ricchezza delle descrizioni (Meins, 1998).

1.5 MM e genitorialità in contesti di disabilità dello sviluppo

1.5.1 La qualità della relazione genitore-bambino nella promozione dello sviluppo nei primi anni di vita

I progressi nella scienza di base e di intervento indicano che la *prima infanzia* è un periodo di particolare sensibilità verso le esperienze che promuovono lo sviluppo e che esistono finestre temporali critiche in cui i benefici degli interventi sullo sviluppo (vedi 2.1) della prima infanzia vengono amplificati (Zeanah et al., 2011).

L'“*ipotesi dell'esperienza precoce*” sostiene che sono i primi 3 anni a costituire un periodo relativamente più importante nello sviluppo cerebrale del bambino, a causa dei profondi cambiamenti strutturali e fisiologici i quali si verificano durante quel periodo (Sheridan, 2009). Le esperienze stimolanti più importanti nei primi anni di vita provengono dalle cure e

dalla protezione ricevute dai genitori, dalla famiglia e dalla comunità, che comportano benefici per tutta la vita, tra cui un miglioramento della salute e del benessere.

Più nello specifico è la *diade caregiver-bambino* che costituisce il luogo elettivo per eccellenza di apprendimento per lo sviluppo precoce; nasce quindi fin da subito la ricerca dell'altro. È infatti grazie allo *scambio diadico* che si definiscono le prime connessioni emotive, il senso di sé in relazione all'altro (Barone, 2021). Un elemento fondamentale è quello della comunicazione *face to face*, ossia la comunicazione diadica dove bambino e genitore si cambiano informazioni emotive tramite il volto (Trevarthen, 2001).

Infatti, le opportunità di stimolazione, interazioni reattive genitore-figlio, arricchimento mirato e diretto al bambino, apprendimento precoce e genitorialità positiva sono cruciali per lo sviluppo dei bambini.

È stato riscontrato che una minore MM è associata a sintomi depressivi nei genitori (Lok, 2006; Lundy, 2003; Meins et al., 2011), e i genitori che accedono ai servizi per l'infanzia possono sperimentare livelli più elevati di depressione (Beck, 1999). Allo stesso modo, è probabile che i genitori che accedono ai servizi clinici vivano elevati livelli di stress (Broadhead et al., 2009), il che ha presentato la necessità di iniziare a considerare anche la relazione tra MM e stress genitoriale (Walker et al., 2012).

Sostenere la salute e lo sviluppo dei bambini, infatti, spesso inizia con il *sostegno ai genitori*. Il cervello dei bambini si sviluppa rapidamente durante i primi anni di vita e l'acquisizione di conoscenze e abilità durante la prima infanzia pone le basi per la salute e il benessere futuri, questo oramai è chiaro, ma sono i genitori che modellano i figli direttamente attraverso l'ambiente che creano a casa e indirettamente attraverso le loro scelte in termini di comunità, assistenza all'infanzia e scuola (Schuster &

Fuentes-Afflick, 2017). Gli studi hanno costantemente documentato l'importanza della relazione genitore-figlio per il benessere e lo sviluppo sano dei bambini. I ricercatori hanno identificato un'ampia gamma di pratiche genitoriali associate al miglioramento dei risultati dei bambini in aree quali il funzionamento socio-emotivo e cognitivo, il rendimento scolastico e il benessere mentale e fisico. Dunque, i genitori hanno un'influenza sostanziale sui propri figli durante la prima infanzia, ma possono essere incerti, disinformati, sopraffatti (Schuster & Fuentes-Afflick, 2017).

L'emergere del campo di ricerca sull'infanzia nell'ambito delle scienze dello sviluppo ha promosso la consapevolezza dei ricercatori e dei clinici del ruolo chiave svolto dalla genitorialità positiva nello sviluppo del bambino, anche in presenza di condizioni di *disabilità* (Provenzi, 2021).

Come, ad esempio, è stato reso noto in seguito allo studio (DiCorcia & Tronick, 2011) come la *resilienza* non è una mera caratteristica ereditata dalla nascita. Gli eventi stressanti della vita quotidiana, infatti, inducono in un'attivazione dei sistemi fisiologici afferenti. I neonati, dunque, non hanno capacità regolatrici, pertanto è attraverso i processi comunicativi durante l'interazione diadica che viene a svilupparsi la suddetta caratteristica. Per cui in seguito ad una riparazione dell'interazione diadiche, la quale limita lo stress del bambino e viene così a generarsi la resilienza, mentre il fallimento della stessa induce alla vulnerabilità (Barone, 2021). Diversi studi hanno documentato che specifiche dimensioni del caregiving sono significativamente legate a migliori risultati nello sviluppo di bambini con diversi tipi di disabilità (Spiker et al., 2002). Ad esempio, i bambini con disabilità dello sviluppo (ND) i cui genitori hanno un'alta sensibilità genitoriale mostrano risultati migliori nelle traiettorie di sviluppo emotivo, cognitivo e socio-interattivo (L. L. Anderson et al., 2013). Inoltre, tutti i bambini traggono beneficio da

comportamenti genitoriali positivi che supportano lo sviluppo infantile precoce. Per un genitore di un bambino con disabilità, le caratteristiche del bambino e le possibili limitazioni possono rendere difficili i comportamenti genitoriali positivi, eppure queste interazioni devono essere al centro di un intervento precoce per promuovere lo sviluppo ottimale della famiglia e del bambino (Innocenti et al., 2013; Totsika et al., 2020).

Vilaseca e collaboratori (2019) hanno riscontrato che genitori che mostrano comportamenti genitoriali positivi verso i loro figli (ad esempio, affetto, reattività e incoraggiamento) contribuiscono a ottenere migliori risultati cognitivi e linguistici nei bambini con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro autistico. Inoltre, sia il caregiving materno che quello paterno sono emersi come predittori di un migliore sviluppo cognitivo nei bambini in età prescolare con disabilità dello sviluppo. Studi che hanno coinvolto neonati con paralisi cerebrale hanno dimostrato che gli interventi precoci incentrati sull'empowerment dei genitori e sulla relazione genitore-neonato hanno un impatto maggiore sui risultati cognitivi e neuromotori successivi rispetto a quelli incentrati esclusivamente sulla compromissione funzionale del bambino (Festante et al., 2019; Hadders-Algra, 2014; Morgan et al., 2013). Più recentemente, la qualità della stimolazione fisica e del tocco materno durante gli scambi ludici è risultata significativamente associata con le capacità di orientamento e di attenzione dei bambini con disabilità (Provenzi, Rosa, et al., 2020).

Pertanto, anche quando nei bambini si presentano condizioni legate alla disabilità, la genitorialità rimane un'efficace fonte di protezione per la salute del bambino e un importante fattore associato a un percorso di sviluppo ottimale in ambito emotivo, cognitivo e sociale. Per questo motivo, coinvolgere attivamente i genitori nel trattamento dei neonati e

concentrarsi sulle competenze e sui bisogni dei genitori dovrebbe essere un obiettivo cruciale dei programmi di riabilitazione per promuovere meglio il benessere a lungo termine dei bambini con disabilità (Britto et al., 2017; Schuster & Fuentes-Afflick, 2017; Spittle, 2015).

1.5.2 Disturbi dello sviluppo

Nei neonati e nei bambini lo sviluppo mentale è prodotto, come già visto, delle relazioni tra le capacità emotive, sociali, motorie e cognitive dello stesso (*PDM-2*, 2020). Per cui si capisce come il modello preso in considerazione è un modello interazionista delle varie dimensioni, detto anche *Modello Bio-psico-sociale*. Questo, infatti, mette l'individuo al centro di un sistema che è influenzato da differenti variabili, integrando gli aspetti biologici, psicologici e sociali che caratterizzano l'individuo. Al fine di comprendere ed affrontare la malattia dal punto di vista di questo modello è necessario occuparsi, non solo di quelli che sono le problematiche a livello medico (genetiche, biochimiche, ecc.), bensì è necessario rivolgere l'attenzione anche a quegli aspetti psicologici (personalità, comportamento, umore, ecc.), sociali (culturali, familiari, socioeconomici, ecc.), che riguardano l'individuo nella sua interezza e che ovviamente tra di loro interagiscono e sono in grado in qualche modo di influenzare anche l'evoluzione della malattia (Engel, 1977).

Da questo punto di vista gli effetti di una stessa condizione di malattia possono cambiare al modificarsi delle caratteristiche culturali, ambientali, psicologiche che sono specifiche del contesto di riferimento. Per cui anche a parità di condizioni di partenza, l'esito finale può essere diverso al cambiare dei tre livelli.

I disturbi dello sviluppo, quindi, sono un'etichetta che si dà a tutti quei disturbi e condizioni che emergono idealmente già nelle *prime fasi di sviluppo* e che possono portare a tutta una serie di deficit e problematicità

in varie aree del *funzionamento*, come il funzionamento sociale, personale, scolastico o lavorativo e colpire anche *aree cognitive* come funzioni esecutive, memoria, capacità di apprendimento, movimento (2017).

Sono *disturbi eterogenei* perché vanno a identificare delle situazioni in cui la limitazione può essere molto *circoscritta*, o anche identificare delle situazioni in cui vi è una compromissione più *globale* del funzionamento sia dal punto di vista sociale che intellettuale e in base a questa differenza hanno un impatto decisamente diverso sul *funzionamento quotidiano del soggetto* (Patel et al., 2010). Questo viene reso all'interno delle indicazioni e categorie diagnostiche fornite dai manuali, aggiungendo alla diagnosi degli *specificatori* che riguardano proprio la *gravità* del disturbo. Gravità riferita all'impatto che quel disturbo ha sul soggetto, quindi è una valutazione più qualitativa, in quanto riguarda il rapporto tra disturbo e adattamento dell'individuo (*DSM-5-TR*, 2014).

Generalmente la *diagnosi* di questi disturbi avviene all'ingresso della scuola primaria di primo grado, tuttavia, non è raro che vengano eseguite delle diagnosi tardive. Ogni criterio è quindi specifico a seconda del disturbo. Più la diagnosi è precoce e di sicuro è la situazione che ne segue è più positiva, in quanto avremmo più tempo per intervenire sul disturbo e migliorarne l'evoluzione dello stesso. Di fondamentale importanza è tenere a mente che non è possibile *curare* questo tipo di situazione, ma solo *migliorare il decorso*; proprio perché è un disturbo e non una malattia. È quindi possibile intervenire per ridurre i sintomi e ridurre l'impatto nella vita quotidiana, rimanendo comunque il disturbo nel soggetto (Patel & Merrick, 2011).

I disturbi dello sviluppo sono caratterizzati da *elevata comorbidità* tra di loro. Quindi non è infrequente riscontrare bambini che insieme ad una diagnosi, ad esempio di ADHD, presentino anche dei disturbi di apprendimento. Chiaramente a questo livello abbiamo la necessità di

capire se possiamo codificare per due disturbi effettivi, oppure se le manifestazioni di altri disturbi sono espressioni dello stesso disturbo che però somigliano ad altre (Piccolo, 2018). Questo è fondamentale non solo per comprendere meglio il funzionamento generale del soggetto, bensì anche in ottica di un intervento in quanto se si scorgono le manifestazioni di un disturbo specifico ci si adopererà solo su di esso, altrimenti se le manifestazioni hanno un'origine più differenziata allora si cercherà di intervenire su più fronti (Piccolo, 2018).

I *principali disturbi dello sviluppo* sono dichiarati tali anche nel manuale psicodiagnostico del *DSM-5-TR* (2014):

- a. *Disabilità intellettiva*;
- b. *Disturbi della comunicazione* (del linguaggio come disturbo fonologico o pragmatico del linguaggio);
- c. *Disturbo dello spettro dell'autismo*;
- d. *Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)*;
- e. *Disturbo specifico dell'apprendimento (Dislessia, Disgrafia, Discalculia e Disortografia)*;
- f. *Disturbi del movimento* (disturbi della sfera motoria).

La categoria di disturbi che hanno origine nel periodo dell'età evolutiva può provocare un peggioramento personale, sociale, scolastico o lavorativo. Inoltre, aggiunge il discorso dell'utilizzo di specificatori che possano in qualche modo andare ad arricchire la descrizione clinica del bambino. Si tenga presente che, aldilà del semplice atto di usare una categoria o etichetta diagnostica, il fine ultimo è quello di poter arrivare ad una *descrizione dettagliata del funzionamento del bambino* in maniera precisa. Quindi il fatto di poter descrivere ci permette sia di interpretare, ma di leggere in un'altra ottica le cose che accadono nella vita quotidiana del bambino e dare anche spiegazioni. Questo anche per aiutare operatori eventuali, per comprendere i risvolti pratici come descrivere un

atteggiamento, oppure qualora la diagnosi sia tardiva permette al soggetto di darsi un'etichetta e reinterpretare tutto il suo passato e le varie situazioni che gli sono capitate (Zanobini & Usai, 2011).

1.5.3 Impatto della disabilità sul benessere del genitore e sulle pratiche di parenting

La cura di neonati e bambini con disturbi dello sviluppo è generalmente un compito molto impegnativo per madri e padri. I genitori, infatti, riferiscono un notevole carico emotivo e stress genitoriale, che può portare a disturbi affettivi veri e propri (Baird et al., 2000; Bemister et al., 2015; Cianfaglione et al., 2015; Papaeliou et al., 2012). La depressione e l'ansia sono più diffuse nei genitori di bambini con ritardo psicomotorio rispetto alle controparti di bambini a sviluppo tipico (Barreto et al., 2020). L'isolamento sociale e l'angoscia legata alla genitorialità sono spesso riferiti da madri e padri di bambini con sindromi genetiche rare (Pelentsov et al., 2016). In sintesi, questi risultati ci aiutano a comprendere come i genitori di bambini con disabilità dello sviluppo affrontano molte sfide quotidiane che possono portare a problemi emotivi e affettivi, difficoltà nell'assistenza e rappresentazioni mentali parziali di sé stessi e dei propri figli. La natura sfaccettata dei bisogni di questi genitori richiede un approccio multicomponenziale che dovrebbe includere l'analisi degli obiettivi prioritari di sostegno e la pianificazione di azioni terapeutiche su misura. Nonostante siano disponibili diversi tipi di interventi convalidati, la scelta della strategia più appropriata per perseguire un approccio incentrato sulla famiglia a sostegno dei genitori di bambini con disabilità dello sviluppo non è ovvia. Per questo è stato proposto da (Provenzi, 2021) un modello multidimensionale, il quale fa riferimento e fornisce una prospettiva fondamentale sulla genitorialità nella disabilità infantile ed inoltre può informare il processo decisionale negli interventi precoci.

Il *modello del porridge* si basa sulla letteratura scientifica precedente che ha evidenziato le sfide, i bisogni e le risorse della genitorialità nella disabilità infantile. Il funzionamento della genitorialità è schematicamente rappresentato considerando *tre domini interrelati nell'esperienza dei genitori - aspetti affettivi (A), comportamentali (B) e cognitivi (C) - che si intrecciano con il grado specifico di disabilità del bambino (D)* (Provenzi, 2021).

Questo *modello ABCD* può fornire ai professionisti una guida pragmaticamente valida per pianificare e fornire interventi sanitari incentrati sulla famiglia; infatti, ciascuna di queste dimensioni può evidenziare aree specifiche di sfide, bisogni e risorse in un determinato momento della valutazione. Si può intuire come la quarta dimensione, relativa al *grado di compromissione psicomotoria del bambino(D)*, ha un forte impatto sulla genitorialità in presenza di disabilità infantile.

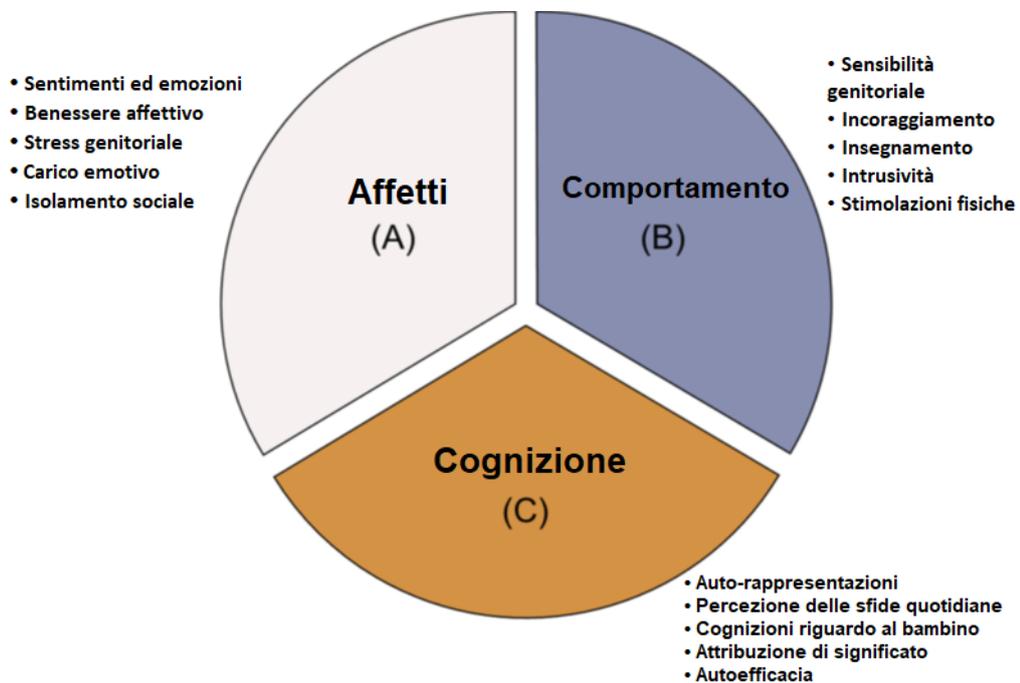


Figura 1. Dimensioni della genitorialità che potrebbero essere messe in discussione in presenza di condizioni di disabilità dello sviluppo dei bambini. Tratto da (Provenzi, 2021)

Coprendo la natura multidimensionale delle sfide genitoriali, il presente modello, può (I) facilitare il processo decisionale nell'erogazione di interventi incentrati sulla famiglia, (II) promuovere un punto di vista etico condiviso sul coinvolgimento dei genitori e (III) massimizzare gli approcci personalizzati agli interventi precoci nello sviluppo del bambino.

È noto come non esista un intervento per i genitori che vada bene per tutte le stagioni e questo è particolarmente individuabile quando si tratta di sostenere i genitori di bambini con disabilità dello sviluppo. La complessità delle loro condizioni cliniche - spesso caratterizzate da comorbidità e compromissioni su più livelli - ha un forte impatto sull'esperienza quotidiana dei genitori e chiede ai professionisti di prendere decisioni che non possono essere guidate solo da presupposti teorici o conoscenze mediche (Provenzi, 2021). L'erogazione efficace di interventi sensibili e su misura per i genitori richiede che gli operatori dello sviluppo sviluppino una rappresentazione integrata ma concreta della famiglia come sistema dinamico (Levac & DeMatteo, 2009; Yoshikawa & Hsueh, 2001). Il quadro appena presentato della genitorialità simile al porridge - che ha lo scopo di fornire ai professionisti uno strumento orientato al processo decisionale per l'identificazione di obiettivi prioritari e di azioni adeguate a sostenere i genitori di bambini con disabilità dello sviluppo (Bamm & Rosenbaum, 2008; N. Tomasello et al., 2010).

L'approccio fenomenologico del quadro di riferimento della genitorialità considera l'esperienza dei genitori suddivisa didatticamente in tre domini interconnessi: *A) Affetti ed emozioni*, *B) Comportamento e abilità* e *C) Cognizioni e rappresentazioni*. Inoltre, poiché la genitorialità non può avvenire indipendentemente dal contesto della specifica traiettoria di sviluppo del bambino, una quarta dimensione del modello riguarda il *D) Grado di compromissione psicomotoria del bambino*.

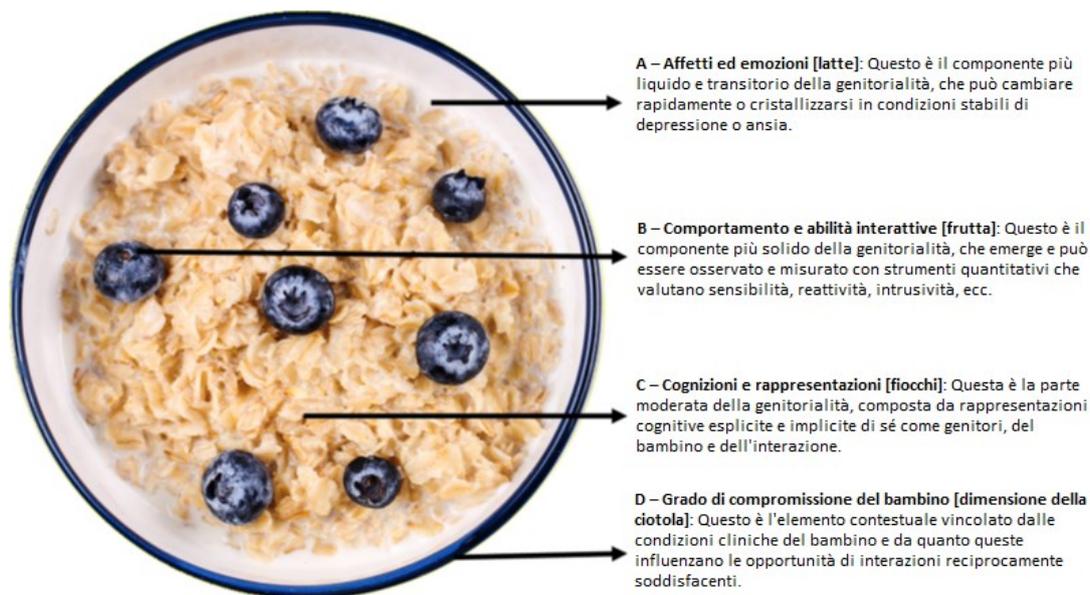


Figura 2. Il porridge come quadro della genitorialità nel contesto della disabilità dello sviluppo neurologico dei bambini. Tratto da (Provenzi, 2021)

La Fig. 2 riporta come è schematizzato il *modello ABCD* di genitorialità rappresentato come una *tazza di porridge* (Provenzi, 2021). L'uso della metafora del porridge rende immediatamente chiaro il quadro concettuale del modello e i suoi principi chiave. Tutti sanno cos'è una tazza di porridge, sia i professionisti che i genitori, per cui questa metafora può essere facilmente condivisa durante una sessione di consultazione con i genitori, come modo per evidenziare in modo immediato e non gergale gli elementi rilevanti dell'interazione genitore-bambino che saranno oggetto dell'intervento. Come tale, questa metafora è tanto semplice quanto potente (Provenzi, 2021).

A) In primo luogo, gli *affetti e le emozioni* rappresentano un analogo del latte nella ricetta del porridge: sono le componenti più liquide e transitorie della genitorialità. Gli stati emotivi comprendono le risposte allo stress dei genitori, ma anche la gioia, la soddisfazione, la speranza, così come la depressione, l'ansia, la rabbia e la paura. Gli stati emotivi possono cambiare in base a fattori contestuali e i

professionisti, in qualità di osservatori esterni, possono avere solo un accesso parziale e indiretto a questa dimensione.

- B) In secondo luogo, il *dominio dei comportamenti e delle competenze*, generalmente indicato come *pratiche genitoriali* (S. Putnam et al., 2018), è rappresentato come i mirtilli nella tazza di porridge: possono essere più facilmente osservati e misurati quantitativamente nello spazio e nel tempo. I comportamenti di caregiving possono essere rappresentati in ultima analisi utilizzando scale di sensibilità genitoriale che si basano su una codifica manuale, come le Global Rating Scales (Gunning et al., 2004) e il CARE-index (Crittenden, 2005). I comportamenti assistenziali di interesse includono non solo la sensibilità dei genitori, ma anche la reattività contingente, l'intrusività comportamentale e verbale, il tipo e l'intensità delle stimolazioni fisiche, la definizione dei limiti, le routine assistenziali, ecc.
- C) Terzo, *le cognizioni e le rappresentazioni* sono gli omologhi dei cornflakes nella tazza del porridge: si collocano in qualche modo tra la fluidità degli affetti e delle emozioni e la natura facilmente osservabile del comportamento e delle abilità interattive. In effetti, possiamo avere un accesso solo parziale alle rappresentazioni mentali che le madri e i padri hanno di sé stessi e dei loro figli. Il più delle volte, queste idee e convinzioni sono parzialmente o completamente implicite per i genitori stessi. Aiutare i genitori a essere consapevoli dei propri concetti di sé, a modificare le convinzioni disfunzionali e a raggiungere una visione più completa e integrata del proprio bambino è un obiettivo di molti interventi diversi: dal training individuale per i genitori, agli approcci di *video-feedback relazionale* (vedi 2.2).
- D) Infine, il *grado di compromissione dovuto alla condizione clinica del bambino* è rappresentato nel modello dalla dimensione della

tazza stessa. La tazza fornisce confini e limitazioni ai domini fondamentali della genitorialità. Ad esempio, con un bambino a sviluppo tipico, la tazza è abbastanza grande da permettere ai genitori di adottare una grande varietà di comportamenti e pratiche genitoriali. Tuttavia, in presenza di condizioni di disabilità molto gravi, il contributo del bambino all'interazione può essere drasticamente ridotto, per cui la gamma di pratiche genitoriali può essere limitata; in questo caso, i genitori possono faticare a trovare il modo giusto per capire e impegnarsi con il bambino. Quando il bambino acquisisce nuove competenze, il ventaglio si allarga e si aprono nuove possibilità per i genitori e per il sistema interattivo genitore-bambino.

Capitolo 2: Interventi di supporto genitoriale in contesti di disabilità dello sviluppo

2.1 Panoramica sugli interventi di supporto per genitori di bambini con disabilità

Sebbene le disabilità dello sviluppo possano mettere a dura prova il benessere emotivo dei genitori e i modelli interattivi genitore-bambino, è stato sviluppato un numero limitato di programmi o interventi per i genitori implementati nel contesto dell'assistenza ai bambini con disabilità dello sviluppo (Hastings & Beck, 2004). Le stesse dimensioni fondamentali della genitorialità evidenziate in precedenza siano anche i principali obiettivi degli interventi individuali o relazionali dei genitori nella disabilità infantile: le emozioni e i sentimenti (affetti, A), le abilità genitoriali e il caregiving (comportamento, B) e le rappresentazioni mentali (cognizione, C) (vedi Figura 1).

2.1.1 Dimensione affettiva (A).

Il dominio affettivo viene affrontato principalmente attraverso interventi volti a ridurre il carico emotivo e lo stress dei genitori per prevenire l'insorgere di problemi affettivi (Dellve et al., 2006; Roberts et al., 2020). Esempi di interventi individuali sono la psicoterapia espressiva e il sostegno psicologico (Leichsenring & Leibing, 2007). Entrambi i trattamenti hanno lo scopo di aiutare i genitori a elaborare le emozioni legate ad aspetti non ottimali o apertamente disfunzionali della loro esperienza quotidiana di caregiving. Naturalmente, il focus di questi interventi non si limita solo ai problemi del caregiving; piuttosto, l'attenzione al caregiving può essere complementare o funzionale a un lavoro più ampio sulle sfide quotidiane del paziente. *La Terapia Dell'Accettazione e Dell'Impegno (ACT)* fa parte dell'ampio approccio

cognitivo-comportamentale e il suo obiettivo è aumentare la flessibilità psicologica. Questa terapia si riferisce alla capacità di un individuo di accettare tutte le esperienze psicologiche mentre ci si impegna in comportamenti basati su valori personali (Hayes et al., 2006). Da questo punto di vista gli eventi che caratterizzano la malattia di un bambino o i sentimenti negativi che ne derivano non sono problematici, ma sono malsani i tentativi di evitare o controllare queste esperienze, che rischiano di esacerbare il disagio psicologico e determinare comportamenti disadattivi (Arch et al., 2023; Hayes et al., 1996, 2006). A differenza degli approcci cognitivo-comportamentali tradizionali, l'ACT pone un'attenzione specifica sui valori che aumentano la sostenibilità del cambiamento comportamentale, in quanto questo è guidato da azioni di valore, piuttosto che dall'evitamento di esperienze spiacevoli (Coyne et al., 2011). L'ACT è risultato efficace nel migliorare l'adattamento dei genitori e lo stile genitoriale, con effetti positivi anche sullo sviluppo comportamentale dei bambini e sulla qualità della vita (Whittingham et al., 2016).

Allo stesso modo, anche i trattamenti basati sulla *Mindfulness* e cioè quei trattamenti riguardanti una pratica specifica di meditazione centrata sulla consapevolezza dell'esperienza personale presente ed in particolare invita ad osservare con curiosità la propria esperienza, con atteggiamento aperto, curioso e non giudicante. Dunque, questa tipologia di trattamento è stata utilizzata per ridurre il carico emotivo dei genitori di bambini con disabilità (Benn et al., 2012). Dodici settimane di *Mindfulness* sono state significativamente associate a una riduzione dello stress genitoriale tra le madri e i padri di bambini con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (Weitlauf et al., 2020).

Gli interventi relazionali sono solitamente incentrati sul miglioramento della qualità dell'interazione genitore-bambino; tuttavia, possono avere

successo, anche indirettamente, nel ridurre il carico emotivo dei genitori di bambini con disabilità dello sviluppo. Infatti, promuovendo interazioni più funzionali e soddisfacenti nella vita quotidiana, questi interventi possono fornire ai genitori una riduzione dello stress genitoriale e un maggiore senso di autostima nel loro ruolo genitoriale (Provenzi, Giusti, et al., 2020). Ad esempio, una versione modificata del manuale *Video-Feedback Intervention To Promote Positive Parenting (VIPP)* (vedi 2.2), adattato specificamente per l'uso con genitori di bambini con disabilità visiva (VIPP-V), ha documentato un aumento dell'autoefficacia, che a sua volta è stato significativamente associato a interazioni genitore-bambino più funzionali (Platje et al., 2018).

2.1.2 Dimensione comportamentale (B).

Gli interventi incentrati sui comportamenti dei genitori mirano solitamente a migliorare la loro capacità di individuare e interpretare i segnali sociali del bambino e di fornire risposte sensibili e contingenti, evitando stimoli intrusivi. Gli interventi educativi e di formazione dei genitori sono esempi ben noti. Di solito, questi interventi si basano in gran parte su consigli, modelli e compiti a casa suggeriti ai genitori da un terapeuta o un consulente qualificato (Bearss et al., 2015; Mejia et al., 2012). Questi interventi educativi o formativi sono erogati individualmente o in piccoli gruppi e sono stati adattati anche per essere erogati online (Provenzi et al., 2021), in quanto l'esigenza in seguito alla pandemia da COVID-19 ha costretto le persone alla sospensione dei servizi psicologici e riabilitativi per i bisogni sanitari ed educativi dei bambini con disabilità dello sviluppo (Schiariti, 2020; L. A. Thompson & Rasmussen, 2020). Sebbene questi bambini possano presentare condizioni cliniche diverse, condividono tutti bisogni sanitari speciali comuni che richiedono interventi intensivi (Giusti et al., 2018; Järvikoski et al., 2015; Wilson et al., 2014). Inoltre le persone fragili e a rischio, come i bambini con disabilità dello sviluppo e i loro

genitori, sono stati particolarmente esposti allo stress psicologico legato al contagio da Covid-19 e al lockdown più di altri (Provenzi, Baroffio, et al., 2020; Provenzi & Tronick, 2020).

Esempi di programmi educativi di formazione alla genitorialità includono interventi come *Triple P* (Bor et al., 2002; Plant & Sanders, 2007) per il formato individuale, il *Group Triple P* per il formato di gruppo (Au et al., 2014; Dittman et al., 2016) e il *Triple P Online* per l'erogazione on-line (Franke et al., 2020). Questi programmi sono risultati collegati a un miglioramento delle competenze di caregiving nei genitori di bambini con diverse condizioni di disabilità dello sviluppo. Inoltre, proprio come per il dominio affettivo, anche gli interventi di *video-feedback* possono essere applicati per migliorare le competenze genitoriali e i comportamenti di cura. Per esempio, l'adattamento del VIPP per l'uso con genitori di bambini con diagnosi di disturbo dello spettro autistico (VIPP-AUTI) (Poslawsky et al., 2015) è risultato efficace nel ridurre l'intrusività comportamentale dei genitori che avevano ricevuto l'intervento ed inoltre hanno mostrato un aumento del senso di autoefficacia nell'educazione dei figli, specialmente nel implementare e supportare lo sviluppo socio-cognitivo dei bambini.

2.1.3 Dimensione cognitiva (C).

Un altro potenziale obiettivo di questi interventi riguarda le rappresentazioni mentali dei genitori, le loro idee e convinzioni sul bambino e su loro stessi come madri e padri. L'obiettivo è modificare le credenze e le rappresentazioni cognitive disfunzionali dei genitori che, in ultima analisi, guidano i comportamenti di cura e le scelte quotidiane. Questo è l'obiettivo di molti interventi educativi introdotti in precedenza e un recente studio meta-analitico ha dimostrato che questi interventi possono determinare un aumento dell'autoefficacia dei genitori (Hohlfeld et al., 2018), un elemento centrale delle convinzioni e delle

rappresentazioni mentali dei genitori su sé stessi (King et al., 2006). Gli interventi didattici che forniscono ai genitori quadri concettuali e nozioni sulle tappe dello sviluppo mirano anche a fornire ai genitori nuovi elementi cognitivi che possono modificare il modo in cui vedono sé stessi e i loro figli. Anche gli interventi relazionali direttamente incentrati sul miglioramento della qualità dell'interazione genitore-bambino possono fornire ai genitori l'opportunità di rivedere e adattare le loro rappresentazioni mentali di sé stessi e dei loro figli. (Provenzi, 2021). Ad esempio, l'uso di interazioni semi-strutturate videoregistrate tra genitori e figli, come nel caso del *paradigma Still-Face (SFP)*, dove l'osservazione di alcune varianti indotte nella responsività materna producono nei bambini (a partire dai due mesi, fino ai nove mesi) tentativi autoregolatori di gestire le emozioni negative prodotte dalla situazione stessa (Tronick et al., 1978). In sostanza, le risposte del bambino evidenziano un chiaro aumento dello stress e del disagio emotivo, con un aumento dell'espressività negativa. Questo paradigma testimonia il ruolo del genitore in qualità di regolatore esterno dello stato emotivo del bambino (Barone, 2021). Ed è proprio questo paradigma SFP ad essere stato recentemente descritto in un adattamento flessibile della tecnica del video-feedback (Tronick et al., 1978). Invitando i genitori di bambini con disabilità a osservare insieme le interazioni precedentemente videoregistrate, l'operatore dello sviluppo può aiutarli a sviluppare nuove intuizioni sul loro bambino e su loro stessi (Giusti et al., 2018).

Gli interventi sopra elencati non sono esaustivi e nella letteratura scientifica è documentata una grande varietà di interventi con diversi gradi di strutturazione. Ognuno di questi interventi e programmi può avere principi teorici e fondamenti diversi. Di solito, un professionista della salute in età evolutiva viene formato secondo uno specifico approccio teorico e fermo restando che ogni terapeuta può aderire più o meno

strettamente alla propria teoria di riferimento - di solito ogni approccio teorico si traduce in un insieme limitato di scelte terapeutiche per le famiglie (Khan & Maduro, 2013). Inoltre, i diversi tipi di intervento rispondono a obiettivi diversi; pertanto, dovrebbero essere considerati relativamente efficaci solo considerando il contesto specifico di ogni singola famiglia e rispetto ai bisogni evolutivi che sono prioritari per lo sviluppo del bambino e l'adattamento dei genitori in un determinato momento della storia familiare (Provenzi, 2021).

Sebbene l'importanza del sostegno ai genitori sia ben nota (Perrin et al., 2016; N. Tomasello et al., 2010), rimane poco chiaro come scegliere l'intervento appropriato nei diversi momenti dello sviluppo, come adattarlo a ogni specifico bambino e come adattare il supporto professionale ai bisogni di ogni specifica famiglia. In altre parole, nonostante la disponibilità di un maggior numero di programmi e interventi sia in aumento, manca un quadro epistemico generale che possa guidare il processo decisionale dei professionisti e che possa fornire un supporto generale ma pragmaticamente valido per scegliere la giusta opzione di trattamento (Provenzi, 2021). In questo contesto, il concetto del "Porridge" potrebbe essere utile: un modello flessibile e adattabile che permette di calibrare gli interventi in base alle esigenze specifiche di ogni famiglia. Proprio come il "Porridge" può essere preparato con diverse consistenze, ingredienti e temperature per soddisfare i gusti individuali, un quadro di intervento ispirato a questa metafora potrebbe permettere ai professionisti di mescolare e adattare vari approcci terapeutici per rispondere alle necessità uniche di ciascun bambino e dei suoi genitori, garantendo così un supporto personalizzato ed efficace nel tempo.

2.2 Interventi basati sull'uso del videofeedback: modelli di intervento e dati di efficacia

L'intervento di video-feedback (VFI) è una tecnica volta a promuovere una genitorialità positiva che si è rivelata di supporto allo sviluppo del bambino e all'interazione genitore-figlio in diverse popolazioni cliniche e a rischio (Provenzi, Giusti, et al., 2020). Infatti, gli interventi precoci di video-feedback (VFI) sono efficaci nel promuovere una genitorialità sensibile, che a sua volta sostiene lo sviluppo dei bambini, anche nel caso di disabilità dello sviluppo (ND). Di fatto i bambini con ND mostrano una disregolazione emotiva, cognitiva e socio-interattiva che ha un impatto drammatico sui comportamenti di cura dei genitori (Provenzi, Giusti, et al., 2020). Nonostante l'elevata variabilità delle condizioni cliniche riguardanti i ND, questi bambini condividono in parte difficoltà comuni in ambito fisico (ad esempio, deficit sensoriali e sviluppo motorio), emotivo-comportamentale (ad esempio, problemi di interiorizzazione o di esternalizzazione) e cognitivo (ad esempio, riduzione della capacità di attenzione) (Hauser-Cram & Woodman, 2016; Jahromi et al., 2012). Di conseguenza i bambini con ND possono mostrare un ritardo significativo in due o più dei seguenti ambiti di sviluppo: motricità grossolana/fine, parola/linguaggio, cognizione, sociale/personale e attività della vita quotidiana (Provenzi, Giusti, et al., 2020). Per questo motivo, la genitorialità rappresenta un fattore chiave per promuovere lo sviluppo fisico, socio-emotivo, comportamentale e cognitivo dei neonati e dei bambini (Perrin et al., 2016; Provenzi et al., 2018).

Come illustrato nel Modello del Porridge (vedi 1.5.3), questo quadro di disregolazione multisistemica ha un impatto negativo sulla salute psicofisica dei genitori e sul loro comportamento di cura (Baird et al., 2000; Bemister et al., 2015). Il ruolo della genitorialità è molto più rilevante quando neonati e bambini presentano bisogni sanitari speciali a

causa di rischi o disturbi dello sviluppo (Festante et al., 2019). I genitori possono riferire un carico emotivo critico con un rischio maggiore di livelli cronici di angoscia, depressione e ansia (Barreto et al., 2020; Papaeliou et al., 2012; Provenzi, 2021). Per di più i segnali comunicativi dei bambini con disturbi dello sviluppo potrebbero essere meno chiari affinché i genitori possano interpretarli e rispondere in modo appropriato (Pennington & McConachie, 2001). A loro volta, segnali meno chiari da parte del bambino potrebbero comportare un'accresciuta intrusività dei genitori, nel tentativo di fornire al bambino supporto normativo e fisico (Azad et al., 2013). Inoltre, queste difficoltà interattive e relazionali possono in definitiva aumentare il rischio di sviluppare problemi comportamentali nei bambini (Spittle & Treyvaud, 2016). È stato dimostrato che, oltre all'interazione sociale e al supporto emotivo, i genitori forniscono anche stimolazione cognitiva durante gli scambi con i propri figli, con benefici a lungo termine sui risultati cognitivi, linguistici e socio-emotivi fino all'età prescolare e scolare (S. Anderson et al., 2013; Innocenti et al., 2013; Totsika et al., 2020). Ciò costituisce un punto cruciale se si considera che la genitorialità rappresenta la prima linea della resilienza allo sviluppo per i neonati, anche in presenza di condizioni di ND (Festante et al., 2019; Vilaseca, Rivero, Bersabé, Cantero, et al., 2019). Infatti, i bambini con disabilità dello sviluppo i cui genitori sono valutati con un'alta sensibilità genitoriale mostrano risultati migliori nelle traiettorie di sviluppo emotivo, cognitivo e socio-interattivo (Totsika et al., 2020). In questo scenario, gli interventi riabilitativi precoci sono risultati i più efficaci quando coinvolgono i genitori in un approccio incentrato sulla famiglia (Spittle et al., 2015) e le strategie di cura più remunerative per i sistemi sanitari in termini di ritorno economico a lungo termine (Doyle et al., 2009). Infatti, gli interventi attuati prima dei tre anni di età sono efficaci ed efficienti nel migliorare i risultati dello sviluppo dei bambini e

nel limitare alcuni degli effetti dannosi che i bisogni sanitari speciali hanno sulla qualità dell'interazione genitori-figli (Spittle et al., 2015).

Ricerche recenti mostrano che massimizzare il coinvolgimento dei genitori e indirizzare le loro capacità di accudimento insieme ai bisogni e alle disabilità dei bambini sono cruciali per il successo dei programmi di riabilitazione precoce (Britto et al., 2017; Schuster & Fuentes-Afflick, 2017). Gli interventi precoci sulla genitorialità sono utili per migliorare i risultati dello sviluppo di neonati e bambini e per limitare alcuni degli effetti dannosi che i bisogni sanitari speciali influiscono sulla qualità dell'interazione genitore-figlio (Spittle et al., 2015).

Il VFI (Fukkink, 2008) costituisce una strategia di assistenza precoce incentrata sulla famiglia che si è dimostrata efficace nel promuovere una genitorialità sensibile e l'adattamento comportamentale e socio-emotivo dei bambini (Rusconi-Serpa et al., 2009). Si basa sui principi teorici della tradizione della ricerca sui neonati ed è stato utilizzato sia come intervento a sé stante che all'interno di programmi di trattamento estensivi a domicilio o in ospedaliera (Groeneveld et al., 2011; Rusconi-Serpa et al., 2009). In sostanza, consiste nel filmare un'interazione genitore-bambino (ad esempio, giocando insieme o durante un pasto) e poi guardare il video insieme al genitore, dandogli un feedback sui comportamenti del bambino e del genitore. Il VFI permette ai genitori di osservarsi "dall'esterno" mentre interagiscono con i propri figli. Promuovendo il confronto con sé stessi attraverso la revisione del video e dando un feedback, i VFI hanno un impatto positivo sul caregiving, con benefici per la sensibilità dei genitori e la sintonia interattiva (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). Il video-feedback, dunque, offre al genitore l'opportunità di riflettere sulle proprie interazioni con il bambino e sulle risposte del bambino all'interazione, con un'enfasi sulle sequenze di interazione positive e di

successo. La VFI consente quindi al genitore, di guardarsi allo specchio come stimolo per intensificare l'autoriflessione (Poslawsky et al., 2015).

Precedenti ricerche hanno evidenziato che la VFI è associata a un migliore sviluppo del bambino e alla relazione genitore-figlio in diversi contesti clinici, compresi i bambini a rischio di problemi comportamentali (Balldin et al., 2018; Velderman et al., 2006), neonati prematuri (Barlow et al., 2016; Hoffenkamp et al., 2015), disturbi dell'udito (Santos & Brazorotto, 2018), psicopatologia materna (Høivik et al., 2015; Kristensen et al., 2017; Rackett & Macdonald, 2014) e minoranze etniche (Yagmur et al., 2014).

In letteratura sono descritti diversi approcci teorici e metodologici al VFI (Cohen & Beebe, 2002; Juffer et al., 2005; Schechter et al., 2006), tuttavia si possono individuare due approcci principali: quello orientato al comportamento e quello psicoterapeutico. Il primo è chiamato anche formazione sensibile o approccio interattivo (Fukkink, 2008) ed è incentrato sui comportamenti interattivi, che rappresentano sia il punto di partenza che il punto di arrivo del programma. In altre parole, i comportamenti interattivi del genitore e del bambino costituiscono la "porta d'ingresso" (Stern, 1985), che è l'obiettivo degli sforzi terapeutici. In questo caso, l'uso del video è un aiuto logico per rendere l'interazione il centro dell'attenzione (McDonough, 2005). Il secondo approccio si concentra principalmente sulle rappresentazioni mentali che il genitore ha di sé stesso, del bambino e della loro relazione, prendendo in considerazione il passato del genitore stesso. In questo caso, l'uso del video facilita l'accesso ai ricordi e alle rappresentazioni dei genitori (Zelenko & Benham, 2000). La distinzione tra questi due approcci non è sempre evidente e molti programmi li combinano entrambi. Ad esempio, alcuni programmi orientati al comportamento utilizzano la registrazione video per focalizzare l'attenzione sull'interazione genitore-bambino, che si

collega alla considerazione delle rappresentazioni del genitore (Erickson & Egeland, 2004).

La revisione meta-analitica di 29 studi condotta da Fukkink (2008) ha confermato effetti positivi statisticamente significativi dei VFI su entrambe le dimensioni genitoriali e sui risultati dello sviluppo del bambino. In termini più specifici, ha mostrato un effetto positivo significativo della VF sui comportamenti genitoriali (ad esempio, sensibilità, reattività, impegno) e sugli atteggiamenti legati alla genitorialità (ad esempio, stress genitoriale, fiducia in sé stessi) (Fukkink, 2008). Inoltre, l'effetto sui comportamenti genitoriali è stato moderato dalla durata del programma, con interventi più brevi che sono risultati più efficaci. Un effetto meta-analitico significativo della VF è stato riportato anche per le misure di comportamento valutate nella popolazione infantile (ad esempio, problemi comportamentali, sviluppo generale, attaccamento) (Grumi et al., 2023).

L'applicazione del VFI con i genitori di bambini con disabilità dello sviluppo è in crescita (Provenzi, Giusti, et al., 2020) e ricerche precedenti hanno riportato che questi interventi possono portare a una riduzione dei comportamenti dirompenti ed problematici e delle reazioni emotive negative nei bambini dei bambini (Phaneuf & McIntyre, 2007), a un miglioramento della sensibilità materna (James et al., 2013; Kim & Mahoney, 2005), a un aumento dell'autoefficacia genitoriale e a una diminuzione dello stress genitoriale (Platje et al., 2018).

Sulla base delle evidenze limitate e non sistematizzate sull'efficacia dei VFI, la revisione sistematica condotta da Provenzi e colleghi (2020) ha fornito una sintesi aggiornata dei VFI nella popolazione pediatrica, esaminando dieci studi inclusi nella revisione. Questo lavoro ha messo in luce i protocolli VFI presenti in letteratura, sottolineando come essi varino in termini di contesto, temi principali e durata delle sessioni. Pertanto, i

protocolli VFI possono essere differenziati in interventi specifici secondo i seguenti criteri:

- *The Transactional Intervention Program (TRIP)* è un intervento domiciliare precoce per genitori di bambini da 0 a 3 anni, volto a promuovere una genitorialità reattiva, incoraggiando i genitori ad adottare strategie specifiche nelle loro interazioni quotidiane con il bambino (Mahoney & Powell, 1988). Tra i temi principali vi sono il rispetto dei turni e la corrispondenza interattiva. Il video feedback TRIP viene applicato ogni 6-10 settimane.
- *The Relationship-Focused Intervention (RFI)* (Kim & Mahoney, 2005) è un intervento domiciliare della durata di 3 mesi composto da quattro componenti: istruzione in classe, istruzione a casa, feedback video e valutazione. Il feedback video viene attuato per due sessioni. Come per il TRIP, i temi principali sono le strategie di alternanza e di abbinamento interattivo.
- *The home-based Individualized Video Feedback (IVF)* consiste in un programma di 3 sessioni per un periodo di 6 settimane, che fornisce ai genitori un feedback sui punti di forza e di debolezza dei loro comportamenti interattivi (Phaneuf & McIntyre, 2007).
- *The Video Interaction Guidance (VIG)* è un intervento di 3 sessioni volto a facilitare l'instaurarsi di sentimenti di legame tra i genitori e il neonato dopo la nascita. La VIG può essere applicata a casa e in ospedale (James et al., 2013; Lam-Cassettari et al., 2015). Il protocollo standardizzato della VIG (cioè, la registrazione, il montaggio e la revisione delle registrazioni modificate con i genitori) comprende sessioni preliminari in cui il terapeuta e i genitori definiscono insieme gli obiettivi dell'intervento. Viene utilizzato un modello di intervento a tre livelli Phaneuf e McIntyre (2011) che consiste in materiale di lettura autosomministrato,

formazione di gruppo e sessioni di feedback video individualizzate basate sui punti di forza e di debolezza del comportamento dei genitori e dei bambini.

- *The Developmental Individual-Difference Relationship (DIR)* si concentra sulla sintonizzazione dei genitori con le capacità di elaborazione sensoriale del bambino (cioè il modo in cui ogni bambino recepisce, regola, risponde e comprende le stimolazioni sensoriali) per rafforzare i processi di co-regolazione e ridurre le sequenze interattive dirompenti (Sealy & Glovinsky, 2016). Le interazioni di gioco libero tra il genitore e il bambino vengono videoregistrate in ospedale per le successive sessioni dialogiche con il terapeuta. Inoltre, il numero di sessioni non è fisso.
- *The Video Feedback Intervention To Promote Positive Parenting In Parents Of Children With Visual Or Visual-And- Intellectual Disabilities (VIPP-V)* (Platje et al., 2018) è un programma a domicilio adattato dal VIPP originale di Juffer e colleghi (2005). Fino a sette sessioni, con intervalli di tempo variabili, si concentrano su temi specifici predeterminati, tra cui l'esplorazione rispetto al comportamento di attaccamento, il parlare per il bambino, gli scambi interattivi sensibili e la condivisione delle emozioni. Un ulteriore focus di interesse comprende la qualità dell'interazione, l'intersoggettività e l'attenzione congiunta.
- *The Muenster Parental Program (MMP)* è stato sviluppato per migliorare il comportamento reattivo dei genitori ai segnali vocali e non verbali del bambino e per ridurre l'intrusività comportamentale dei genitori (Glanemann et al., 2013). Il MMP è composto da sei sessioni di gruppo e due sessioni di formazione individuale e si concentra sui seguenti temi: attendere l'iniziazione del bambino, seguire il suo interesse, rispecchiare i segnali vocali e

preverbal, rispecchiare i segnali non verbali del bambino (movimenti e azioni) e offrire un feedback ampliato.

2.3 Vantaggi e sfide nell'utilizzo del videofeedback in contesti di disabilità

Gli interventi di video-feedback (VFI), come il Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD), rappresentano un importante strumento per migliorare le dinamiche familiari e favorire lo sviluppo sano dei bambini (Juffer et al., 2005). Uno dei principali vantaggi delle VFI è la loro capacità di fornire un'osservazione obiettiva e dettagliata delle interazioni genitore-figlio. Attraverso la visualizzazione delle proprie azioni, i genitori hanno l'opportunità di riflettere sulle loro pratiche educative e di identificare aree di forza e di miglioramento (Juffer et al., 2005). Questo processo di auto-riflessione è fondamentale per favorire una maggiore consapevolezza emotiva e comportamentale nei genitori, consentendo loro di adottare approcci più empatici e coerenti nella gestione delle esigenze dei loro figli (Meins et al., 2003).

Inoltre, le VFI sono state dimostrate efficaci nel promuovere legami affettivi sicuri tra genitori e figli. Attraverso il feedback visivo, i genitori hanno la possibilità di apprendere e applicare pratiche di genitorialità più sensibili e attente alle esigenze emotive dei bambini (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). Questo, a sua volta, favorisce lo sviluppo di un attaccamento sicuro, che è un fattore chiave per la salute emotiva e relazionale dei bambini nel lungo termine. Tuttavia, nonostante i molteplici vantaggi, gli interventi di video-feedback presentano anche diverse sfide che devono essere prese in considerazione (Bakermans-Kranenburg et al., 2003).

Il VFI sembra essere un approccio molto promettente ed efficace che dovrebbe essere privilegiato soprattutto in una popolazione di bambini con diagnosi di disabilità dello sviluppo (Dyches et al., 2012; Spittle, 2015). Tuttavia, gli studi precedenti hanno mostrato anche limiti metodologici e pratici. In primo luogo, molti lavori che riportavano l'effetto del VFI con i genitori di bambini con ND erano studi su casi singoli. Per aumentare la generalizzabilità e l'affidabilità dei risultati, la ricerca futura dovrebbe essere diretta a testare l'effetto del VFI in studi clinici randomizzati o quasi randomizzati adeguatamente progettati (Grumi et al., 2023). In secondo luogo, da un punto di vista clinico, alcuni programmi standardizzati potrebbero non essere abbastanza flessibili da essere adattati alle esigenze e alle caratteristiche specifiche del paziente e della sua famiglia. Questo aspetto è particolarmente rilevante se si considera l'estrema variabilità interindividuale anche tra pazienti con la stessa condizione clinica (ad esempio, il disturbo dello spettro autistico) (Grumi et al., 2023). In terzo luogo, va sottolineato che l'erogazione di VFI in un contesto ospedaliero o domiciliare è molto impegnativa per i sistemi sanitari a causa dei costi elevati e delle disparità di accesso ai servizi per le famiglie che vivono in aree remote (Grumi et al., 2023).

Inoltre, è importante riconoscere che il successo delle VFI dipende in larga misura dalla capacità dei genitori di accettare e integrare il feedback fornito. Alcuni genitori potrebbero essere più aperti e disposti a impegnarsi nel processo di auto-riflessione, mentre altri potrebbero resistere o sentirsi giudicati, rendendo necessario un approccio delicato e rispettoso da parte dei professionisti coinvolti (Van Zeijl et al., 2006). Un'altra sfida significativa riguarda l'adattamento culturale degli interventi di video-feedback. Le pratiche di genitorialità possono variare notevolmente da una cultura all'altra, e ciò che potrebbe essere considerato appropriato in un contesto culturale potrebbe non esserlo in un altro. Pertanto, è essenziale

che gli interventi di video-feedback siano sensibili alle differenze culturali e che tengano conto delle tradizioni familiari e dei valori culturali dei partecipanti (Bornstein et al., 2011). Questo richiede una progettazione e un'implementazione flessibili degli interventi, che consentano di adattare il programma in base alle esigenze specifiche delle famiglie coinvolte.

Va considerata anche l'accessibilità e la disponibilità delle risorse necessarie per condurre gli interventi di video-feedback. In molte comunità, soprattutto nelle aree rurali o economicamente svantaggiate, potrebbero non esserci abbastanza professionisti formati o strutture adatte per ospitare questi interventi (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). Inoltre, l'accesso alla tecnologia necessaria per registrare e analizzare i video potrebbe essere limitato. Ciò può creare disparità nell'accesso agli interventi di video-feedback, limitando la loro portata e il loro impatto su determinate popolazioni (Bakermans-Kranenburg et al., 2003).

Nonostante queste sfide, gli interventi di video-feedback mostrano un potenziale significativo per migliorare le interazioni genitore-bambino. Attraverso la combinazione di feedback visivo e supporto professionale, è possibile migliorare significativamente le dinamiche familiari e promuovere lo sviluppo sano dei bambini (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Grumi et al., 2023). Tuttavia, per massimizzare gli effetti positivi degli interventi di video-feedback, è fondamentale affrontare in modo proattivo le sfide associate alla loro implementazione, garantendo una formazione adeguata, un'attenzione ai contesti culturali e una distribuzione equa delle risorse (Bakermans-Kranenburg et al., 2003).

2.4 Utilizzo della telemedicina

I bambini affetti da queste condizioni spesso si trovano ad affrontare barriere logistiche, psicologiche e comportamentali uniche nell'accesso all'assistenza sanitaria. Queste barriere possono includere la necessità di

trasporti speciali come un veicolo con capacità per sedia a rotelle, attrezzature speciali o assistenti, compresi più assistenti adulti o un infermiere professionista (Langkamp et al., 2015). Circa il 10-15% dei bambini affetti da disabilità dello sviluppo manifesta comportamenti problematici, tra cui aggressività, comportamento distruttivo e autolesionismo. Molti bambini affetti da disabilità dello sviluppo ritengono che le transizioni verso ambienti non familiari, come gli ambienti sanitari tradizionali, siano particolarmente impegnative e queste transizioni possono indurre ansia, paura e comportamenti dirompenti (Emerson et al., 2001). Per i bambini affetti da disabilità dello sviluppo che vivono lontano dai poli ospedalieri, viaggiare a lunga distanza per raggiungere una struttura sanitaria aggrava le altre sfide che devono affrontare per accedere alle cure. I problemi comportamentali possono aggravarsi durante il lungo viaggio verso una struttura sanitaria e il bambino può diventare così poco collaborativo che la visita può avere un valore limitato (Langkamp et al., 2015).

La telemedicina viene utilizzata sempre più per migliorare l'accesso alle cure per i bambini che vivono lontano dai poli ospedalieri. I pochi rapporti pubblicati che descrivono l'uso della telemedicina per i bambini affetti da disabilità dello sviluppo si concentrano principalmente sul miglioramento dell'accesso alle cure specialistiche riducendo le barriere di tempo e denaro associate al viaggio verso le cure specialistiche (Soares & Langkamp, 2012). In uno studio che utilizzava la telemedicina per bambini con bisogni sanitari speciali in una comunità rurale, Marcin e colleghi (2004) hanno descritto tre problemi individuati dai genitori che hanno reso la telemedicina particolarmente interessante da utilizzare. Questi includevano la necessità di viaggiare più di 1 ora per cure di specialità, un genitore assente dal lavoro per presentarsi all'appuntamento di specialità del bambino e fare spesso affidamento sulle cure del pronto soccorso o

sull'autoregolamentazione dei farmaci del bambino (Langkamp et al., 2015).

Harper (2006) ha esaminato l'uso della telemedicina per i bambini rurali affetti da disabilità dello sviluppo per migliorare l'accesso alle cure specialistiche. Questo programma ha collegato i bambini con bisogni sanitari speciali provenienti da siti rurali utilizzando la telemedicina in tempo reale a un centro sanitario universitario per consultazioni multidisciplinari. I genitori hanno ritenuto che le consultazioni di telemedicina fossero altrettanto efficaci delle visite di persona e hanno riportato elevati livelli di soddisfazione. Altri vantaggi della telemedicina segnalati dai genitori includono costi di viaggio ridotti e tempo necessario per una visita (Harper, 2006).

La telemedicina è stata utilizzata anche tra i bambini affetti da disturbi dello sviluppo per migliorare la diagnosi e il trattamento dei disturbi dello spettro autistico (Machalicek et al., 2009). Diversi programmi utilizzano la telemedicina per fornire servizi ai bambini con problemi di udito o disturbi della parola e del linguaggio (McCarthy et al., 2010; McCullough, 2001). La maggior parte del lavoro di telemedicina fino ad oggi nelle specialità pediatriche e nella telepsichiatria è stato svolto utilizzando la comunicazione "in tempo reale" o sincrona. La telemedicina in tempo reale può essere difficile con i bambini affetti da disabilità dello sviluppo perché richiede che il bambino collabori nello stesso momento in cui l'operatore sanitario sta osservando (Langkamp et al., 2015).

La telemedicina scolastica può fungere da strumento per integrare ed espandere l'accesso ai servizi sanitari per i bambini. È stato associato a un elevato grado di soddisfazione dei genitori e degli operatori sanitari, nonché a una riduzione dell'assenteismo da scuola. Sono stati sviluppati programmi di telemedicina scolastica di specialità pediatrica per la cura

dei bambini affetti da patologie tra cui l'asma (Bergman et al., 2008) e diabete (Izquierdo et al., 2009).

Quando le scuole hanno chiuso nel marzo del 2020 a causa della pandemia di COVID-19, molti psicologi scolastici si sono affrettati a fornire servizi di consulenza e supporto agli studenti in ambienti di apprendimento digitale remoto (McIntyre et al., 2022). La telemedicina, ovvero la fornitura elettronica o digitale di servizi medici, educativi o sanitari, è cresciuta in popolarità come approccio per fornire una gamma di servizi sanitari, tra cui interventi di consulenza, consulenza e gestione di condizioni di salute croniche (Totten et al., 2016) ed è stato utilizzato da molti professionisti scolastici per continuare a servire gli studenti e le famiglie durante la chiusura delle scuole dovuta al COVID-19.

Inoltre, la telemedicina ha permesso di offrire servizi psicologici e di supporto genitoriale a distanza. Per esempio, interventi basati sulla telepsicologia sono stati utilizzati con successo per fornire supporto emotivo e strategie di gestione comportamentale ai genitori di bambini con disturbi dello sviluppo (Bearss et al., 2013). I genitori hanno beneficiato di sessioni di consulenza a distanza che li hanno aiutati a gestire lo stress legato alla cura di un bambino con bisogni speciali, migliorando al contempo la loro autoefficacia genitoriale (Smith & Iadarola, 2015).

L'uso della tele-psicologia ha dimostrato di essere particolarmente efficace nel fornire interventi terapeutici a distanza per i bambini con disturbi d'ansia, aiutando a ridurre la sintomatologia ansiosa e a migliorare il benessere psicologico generale (Bearss et al., 2015). Questi interventi, che possono essere offerti direttamente nelle scuole o nelle case dei bambini, hanno il vantaggio di ridurre le barriere logistiche associate agli spostamenti e di fornire un supporto continuo e accessibile.

Inoltre, la tele-psicologia è stata utilizzata con successo per fornire terapie cognitivo-comportamentali (CBT) a distanza per bambini con disturbi dell'umore e comportamentali. Studi hanno dimostrato che la CBT erogata tramite piattaforme digitali può essere altrettanto efficace delle sedute in presenza, con genitori che riportano miglioramenti significativi nel comportamento dei loro figli e una riduzione dello stress familiare (March et al., 2008). Questi interventi non solo offrono flessibilità nelle tempistiche, ma consentono anche di coinvolgere i genitori attivamente nelle sessioni, aumentando l'efficacia del trattamento.

Un'altra area in cui la tele-psicologia ha mostrato risultati promettenti è il supporto genitoriale per la gestione di bambini con disturbo oppositivo-provocatorio (ODD) e disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). Interventi come il Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) a distanza hanno aiutato i genitori a sviluppare strategie efficaci di gestione del comportamento, migliorando le interazioni genitore-figlio e riducendo i comportamenti problematici (Eyberg et al., 2008). La possibilità di ricevere feedback in tempo reale da un terapeuta durante le interazioni quotidiane con i propri figli è stata particolarmente apprezzata dai genitori, che hanno evidenziato un maggiore senso di competenza nel ruolo genitoriale.

Infine, l'uso della telemedicina per il supporto psicologico e comportamentale ha permesso di creare gruppi di supporto virtuali per genitori di bambini con disturbi del neurosviluppo. Questi gruppi hanno fornito uno spazio sicuro per condividere esperienze, ricevere consigli pratici e ridurre il senso di isolamento, con benefici emotivi significativi per i partecipanti (Burke et al., 2015). La possibilità di connettersi con altri genitori in situazioni simili ha contribuito a costruire reti di sostegno che perdurano oltre la durata dei programmi stessi.

L'uso della telemedicina come importante modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria si è verificato in numerosi contesti e il futuro promette un'ulteriore espansione. Gli sviluppi tecnologici stanno aumentando il numero di strumenti che possono essere utilizzati per l'assistenza telemedica, riducendone al contempo i costi (Burke et al., 2015). Questi sviluppi includono anche l'espansione delle applicazioni della tele-psicologia e del supporto genitoriale a distanza, promettendo un futuro in cui le famiglie possano accedere a un ampio spettro di servizi sanitari e psicologici senza doversi spostare dalle loro case.

Capitolo 3: Efficacia di un intervento di video feedback in telecare nel promuovere la mind-mindedness in mamme di bambini con disabilità dello sviluppo: il progetto SPHERE

3.1 Introduzione

Il concetto di Mind-Mindedness (MM), che si riferisce alla capacità della madre di interpretare e commentare il comportamento del bambino in termini di stati mentali e intenzioni (Meins, 1997), ha guadagnato particolare attenzione nella ricerca contemporanea per la sua rilevanza nel contesto delle interazioni diadiche madre-bambino (Meins, 1999). La MM rappresenta un indicatore fondamentale della sensibilità materna e della qualità dell'interazione, con potenziali effetti significativi sullo sviluppo socio-emotivo e cognitivo del bambino (Ainsworth et al., 1974) .

Le interazioni tra madre e bambino sono state ampiamente documentate come fattori determinanti nello sviluppo precoce. La capacità della madre di sintonizzarsi e rispondere in modo appropriato ai segnali del bambino è essenziale per promuovere lo sviluppo socio-emotivo, cognitivo e linguistico del bambino, con effetti significativi sulla regolazione emotiva, il senso di sé e le capacità interattive fin dai primi anni di vita (Barone, 2021; Vilaseca et al., 2019). La MM fornisce uno strumento utile per valutare questa sintonizzazione e consapevolezza, permettendo di comprendere come le madri interpretano e rispondono ai segnali emotivi e comportamentali dei loro figli.

Le difficoltà incontrate dai genitori di bambini con disabilità dello sviluppo rappresentano un'area di particolare interesse, in quanto questi bambini sono esposti a sfide significative nel loro sviluppo socio-emotivo e cognitivo (Spittle et al., 2015) . La Mind-Mindedness assume un ruolo

cruciale in questo contesto, poiché la capacità dei genitori di comprendere e rispondere agli stati mentali dei loro figli è spesso compromessa da fattori di stress elevati e dalle complesse esigenze di cura. È stato dimostrato che bassi livelli di MM nei genitori di bambini con disabilità sono associati a maggiori difficoltà comportamentali nei bambini e a un peggioramento del benessere psicologico dei genitori stessi (Broadhead et al., 2009; Lok, 2006; Lundy, 2003; Meins et al., 2011).

Gli interventi mirati a migliorare la MM, come quelli basati sul video-feedback, sono quindi di particolare rilevanza per questa popolazione. Questi interventi permettono ai genitori di riflettere sulle proprie interazioni con i figli, favorendo un miglioramento della sensibilità e della capacità di rispondere ai segnali del bambino in modo più appropriato (Dyches et al., 2012; Spittle, 2015). Tuttavia, nonostante la crescente attenzione verso tali interventi, esistono ancora limiti significativi nella loro applicazione, in particolare per quanto riguarda la variabilità dei risultati e le sfide legate alla personalizzazione degli interventi per rispondere alle esigenze specifiche di ogni famiglia (Bakermans-Kranenburg et al., 2003).

Il presente studio si propone di esplorare in dettaglio il concetto di MM nei genitori di bambini con disabilità dello sviluppo all'interno di un contesto di intervento basato su video-feedback. Questo intervento è progettato per migliorare la MM delle madri attraverso la revisione e la riflessione sulle loro interazioni con i figli, utilizzando la video-registrazione come mezzo per analizzare e migliorare le pratiche genitoriali. L'obiettivo principale dell'intervento è di affinare la qualità delle interazioni e di migliorare il benessere del bambino, basandosi sull'ipotesi che le pratiche di video-feedback possano influenzare positivamente la MM e, di conseguenza, migliorare le dinamiche interattive.

Nell'ambito di questa tesi, il video-feedback è utilizzato come metodo interventistico mirato a promuovere la riflessione e il miglioramento delle competenze materne. Attraverso la visualizzazione delle interazioni e la riflessione critica, le madri hanno l'opportunità di riconoscere e modificare i modelli di interazione, con il potenziale di apportare cambiamenti significativi nel modo in cui interpretano e rispondono ai comportamenti dei loro figli.

Questa ricerca si inserisce in un contesto di crescente interesse per gli interventi basati su evidenze nella psicologia dello sviluppo, mirati a migliorare le competenze genitoriali e a promuovere lo sviluppo positivo dei bambini. Esaminando l'efficacia del video-feedback nel migliorare la MM, la tesi mira a contribuire a una comprensione più profonda dei meccanismi attraverso cui le modifiche nella MM influenzano le dinamiche familiari e il benessere infantile. Il lavoro si propone di fornire evidenze empiriche utili non solo per la ricerca accademica, ma anche per l'applicazione pratica in contesti clinici e educativi.

3.2 Obiettivi e domande di ricerca

La ricerca si propone di rispondere alle seguenti domande di ricerca, articolate secondo specifici obiettivi:

1. Indagare se e come la Mind-Mindedness (MM) si associa al benessere materno, considerando variabili quali l'ansia di stato e di tratto, la depressione e lo stress genitoriale, in un gruppo di madri di bambini con condizioni di rischio per lo sviluppo.
2. Esaminare l'associazione tra la MM e altre dimensioni dell'interazione mamma-bambino, con particolare attenzione alle variabili osservative che caratterizzano la qualità delle interazioni diadiche.

3. Esplorare le correlazioni tra la MM e il temperamento del bambino, per identificare le specifiche sottocategorie di temperamento che mostrano una relazione significativa con la MM.
4. Valutare l'impatto dell'intervento di video-feedback sulla MM nel gruppo clinico, confrontando le misurazioni pre e post-intervento per determinare l'efficacia dell'intervento nel migliorare la qualità delle interazioni e il benessere del bambino.
5. Confrontare le differenze tra il gruppo clinico nel post-intervento e il gruppo di controllo, al fine di verificare se l'intervento permette di compensare le potenziali vulnerabilità sulla MM nel gruppo clinico.

3.3 Metodologia

3.3.1 Partecipanti

Questo studio fa parte del progetto più ampio denominato SPHERE, che è un trial clinico focalizzato sull'efficacia di un intervento di video-feedback erogato online ai genitori di bambini con rischi evolutivi o condizioni di disabilità. Il progetto SPHERE si propone di supportare i genitori attraverso interventi di video-feedback remoto, noti per essere efficaci nel promuovere il benessere genitoriale, le competenze di cura e lo sviluppo infantile. Il presente studio si concentra esclusivamente sulla valutazione sperimentale all'interno del progetto SPHERE, focalizzandosi sull'analisi pre e post-intervento per il gruppo di sperimentazione rispetto agli effetti sulla MM. Il gruppo di intervento del progetto SPHERE ha coinvolto un totale di 33 madri e i loro figli, tutti appartenenti al gruppo sperimentale. È stato adottato un design within-subjects pre-post-intervento per valutare gli effetti del trattamento. I bambini inclusi nello studio avevano un'età compresa tra 4 e 34 mesi (età media: 15,31 mesi; deviazione standard: 8,91 mesi). I partecipanti includevano bambini con diverse condizioni cliniche

o di rischio evolutivo: il 30% dei bambini era nato prematuro, il 26,7% presentava un rischio per disturbi dello spettro autistico, il 23,3% mostrava un ritardo psicomotorio, il 16,7% aveva problemi di regolazione, il 10% era affetto da sindromi rare e il 3,3% aveva subito un'infezione cerebrale post-natale.

3.3.2 Procedura

Il presente studio ha ricevuto l'approvazione del Comitato Etico Pavia e tutti i genitori coinvolti nello studio hanno fornito il loro consenso informato prima alla partecipazione.

Ogni madre e bambino hanno partecipato a una interazione videoregistrata della durata di 5 minuti, durante il quale è stato osservato un gioco libero tra la diade madre-bambino tramite videochiamata online.

Per quanto riguarda l'intervento, le madri del gruppo clinico, i cui bambini presentava condizioni cliniche quali ritardo psicomotorio, sindromi rare, rischio di disturbi dello spettro autistico (ASD) o problemi regolatori (vedi 3.3.1), hanno partecipato a sei sessioni settimanali di telecare video-feedback. Di queste sei sessioni, quattro sono state dedicate alla revisione congiunta dei video e alla discussione di temi specifici, mentre le restanti due sessioni hanno visto la madre interagire con il bambino sotto la guida della psicologa, che ha fornito indicazioni personalizzate basate sulle interazioni osservate (Figura 3).

Al termine dell'intervento, sono stati raccolti i dati per valutare l'efficacia dell'intervento video-feedback.

	Tema	Sotto-temi
Condivisione dell'Attenzione	1	Stimolazione
		Tipo di stimolazioni
		Intensità delle stimolazioni
		Contatto sociale
		Integrazione sensoriale
	2	Reattività
		Senso di agency
		Sensibilità
		Esplorazione
		Riparazione
	3	Insegnamento
		Abilità di attenzione
		Modellamento
		Scaffolding
		Zona di sviluppo prossimale
	4	Esperienza genitoriale
		Rappresentazioni del bambino
		Autoregolazione
		Autoefficacia
Integrazione	5	
	6	

Figura 3. Intervento Video-feedback

3.3.3 Strumenti di misura

Le madri hanno compilato un questionario online comprendente una scheda sociodemografica e una serie di strumenti validati per misurare alcuni aspetti del benessere genitoriale. Il *Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF)*, che misura lo stress genitoriale, è stato utilizzato per valutare il livello di stress percepito dai genitori (Abidin, 1995). Per indagare i sintomi ansiosi, sono stati somministrati i questionari *State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)*, che permettono di differenziare tra ansia

di stato e ansia di tratto (Spielberger et al., 1983). Inoltre, è stato utilizzato il *Beck Depression Inventory (BDI)* per valutare la sintomatologia depressiva dei genitori (Beck et al., 1961). Infine, è stata applicata la procedura standardizzata di Meins e colleghi (2010) per la valutazione della *Mind-Mindedness*, al fine di analizzare la capacità dei genitori di comprendere e interpretare gli stati mentali del loro bambino.

Dunque, per valutare le caratteristiche e i comportamenti delle madri e dei bambini, sono stati impiegati sia questionari auto-somministrati sia metodologie di osservazione diretta. I questionari hanno permesso di ottenere informazioni dettagliate e standardizzate su aspetti come il benessere materno e il temperamento dei bambini. Parallelamente, le valutazioni osservative sono state utilizzate per misurare la *mind-mindedness* materna, offrendo una visione approfondita e qualitativa delle interazioni madre-bambino. Questa combinazione di approcci ha consentito di triangolare i dati e di ottenere una comprensione più ricca e sfaccettata dei fenomeni studiati.

Questionari:

A. Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961):

Il Beck Depression Inventory (BDI) è un questionario di autovalutazione composto da 21 item per valutare la gravità della depressione nelle popolazioni normali e psichiatriche (Piotrowski et al., 1985; Steer et al., 1986). Sviluppato da Beck e colleghi (1961), si basò sulla teoria delle distorsioni cognitive negative come centrale nella depressione (Beck et al., 1988). Ha subito revisioni nel 1978: la BDI-IA e nel 1996 e la BDI-II (Shahid et al., 2012).

Il questionario è stato sviluppato a partire da osservazioni cliniche di atteggiamenti e sintomi che si verificano frequentemente nei pazienti psichiatrici depressi e raramente nei pazienti psichiatrici

non depressi (Beck et al., 1961). Sono 21 gli item e valutati su scala Likert a 4 punti, dove la gravità viene corrisposta a partire da 0 (sintomo assente) a 3 (sintomi gravi) (Jackson-Koku, 2016). Il questionario è comunemente autosomministrato, sebbene inizialmente progettato per essere somministrato da intervistatori formati e l'autosomministrazione richiede 5-10 minuti (Beck et al., 1988). I sintomi di ansia non vengono valutati ma vengono coperti i sintomi affettivi, cognitivi, somatici e vegetativi, riflettendo i criteri del DSM-IV per la depressione maggiore (Jackson-Koku, 2016).. Il punteggio si ottiene sommando i punteggi più alti per tutti i 21 elementi. Il punteggio minimo è 0 e il punteggio massimo è 63. I punteggi più alti indicano una maggiore gravità dei sintomi. Nelle popolazioni non cliniche, i punteggi superiori a 20 indicano depressione (Kendall et al., 1987). In soggetti con diagnosi di depressione, i punteggi da 0 a 13 indicano depressione minima, 14-19 depressione lieve, 20-28 depressione moderata e 29-63 depressione grave (Shahid et al., 2012).

B. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al., 1983):

Lo STAI-Y è un questionario self-report composto da due scale da 20 item ciascuna, le quali forniscono misure separate riguardo *l'ansia di stato (Ansia S)* e *l'ansia di tratto (Ansia T)* (Ilardi et al., 2021).

- *L'ansia di stato* è una risposta transitoria ad un evento percepito come avverso, caratterizzata da sentimenti di tensione, apprensione, nervosismo e preoccupazione (Spielberger et al., 1983).
- *L'ansia di tratto* è, invece, una predisposizione più stabile a percepire le situazioni stressanti come pericolose o minacciose (Spielberger et al., 1983).

Di conseguenza, la scala dell'ansia di stato comprende 20 item che valutano come si sente il soggetto "proprio ora, in questo momento", mentre la scala dell'ansia di tratto comprende 20 item che valutano come si sente il soggetto "in generale" (Ilardi et al., 2021).

Il tutto si valuta attraverso una scala Likert a 4 punti (1-4), dove un punteggio pari a 4 indica la presenza di un livello di ansia più elevato. Il punteggio totale per entrambe le scale varia da 20 a 80, con punteggi più alti che indicano un'ansia più grave (Spielberger et al., 1983).

C. *Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) (Abidin, 1995):*

Il PSI-SF è una misura self-report composta da 36 item sullo stress legato al ruolo genitoriale. È adatto somministrarlo a genitori di bambini di età inferiore a età di 12 anni ed è composto da tre sottoscale: *distress genitoriale (PD)*, *interazione genitore-figlio disfunzionale (P-CDI)* e *bambino difficile (DC)* (Abidin, 1995).

- *Distress genitoriale (Parental Distress – PD)*: valuta le percezioni di competenza, responsabilità e restrizioni dovute al proprio ruolo genitoriale (per esempio. "Mi sento intrappolato da le mie responsabilità di genitore"). Definisce, quindi, il livello di stress (ansia, disagio, coping disadattivo, ecc.) che un genitore sta sperimentando nel suo ruolo genitoriale ed è strettamente collegato a caratteristiche personali del soggetto che si riverberano nel modo di vivere tale ruolo (Ahern, 2005).
- *Interazione genitore-bambino disfunzionale (Parent-Child Dysfunctional Interaction – P – CDI)*: valuta i sentimenti del genitore nei confronti delle interazioni con il bambino ("Mio figlio raramente fa per me cose che mi fanno sentire bene"). Dunque è centrata sulle percezioni del genitore relative il figlio come soggetto non rispondente alle sue pregresse aspettative. Qui un

genitore con alti punteggi avrà la percezione di ricevere pochi rinforzi positivi nell'interazione con il figlio e spesso proietta tale sentimento sul bambino avvertendolo (e facendolo sentire) come un elemento negativo della propria vita (Ahern, 2005).

- *Bambino difficile (Difficult Child – DC)*: si riferisce alla percezione di quanto un bambino sia facile o esigente nei confronti dei genitori (“Mio figlio generalmente si sveglia di cattivo umore”). Contiene quindi soltanto item riguardanti il bambino e relative al suo temperamento e comportamento, i quali possono renderlo di facile gestione o meno. Il contenuto di tali item è associato alle capacità di autoregolazione del bambino (Ahern, 2005).

Gli elementi sono valutati su una scala Likert a 5 punti che va da 5 (fortemente d'accordo) a 1 (fortemente in disaccordo). I punteggi delle singole sottoscale vanno da 12 a 60. Invece, i punteggi di stress totali vanno da 36 a 180, con i punteggi più alti considerati più problematici. Analogamente i punteggi superiori a 90 indicano livelli di stress clinicamente significativi (Abidin, 1995). Contrariamente a punteggi molto bassi (pari o inferiori a 10) i quali invalidano il protocollo e aprono a diverse possibili interpretazioni a carico del clinico, il quale cercherà di individuare gli elementi di realtà per un chiarimento della situazione (Kirk & Sharma, 2017). Infine, sarà il punteggio di stress totale che valuterà il grado di stress che il genitore sta sperando il genitore nell'espletare tale ruolo.

- D. *Infant Behavior Questionnaire (IBQ)* (Rothbart, 1981): l'IBQ originale è stato sviluppato nei primi anni '80 e riportato per la prima volta nell'articolo del 1981 sullo sviluppo infantile, "Misurazione del temperamento nell'infanzia" (Rothbart, 1981). Questa prima forma dello strumento ha valutato 6 domini del *temperamento infantile* (livello di attività, capacità di calmarsi,

paura, disagio per le limitazioni, sorriso e risata e durata dell'orientamento). Gli elementi dell'IBQ chiedono ai genitori di valutare la frequenza di specifici comportamenti correlati al temperamento osservati nell'ultima settimana (o talvolta 2 settimane).

Nel 1998, l'IBQ fu perfezionato rivalutando le scale originali e aggiungendo diverse nuove scale. Il nuovo strumento è stato quindi denominato IBQ-Revised (IBQ-R). Le forme Short (91 item; 14 scale) e Very Short (37 item; 3 scale ampie) dell'IBQ-R sono state sviluppate da Sam Putnam e colleghi (2014).

L'IBQ e l'IBQ-R sono stati progettati per misurare il temperamento nei neonati di età compresa tra 3 e 12 mesi. L'IBQ-R valuta le seguenti dimensioni del temperamento:

- *Livello di attività*: movimento di braccia e gambe ed attività locomotoria.
- *Da disagio a limitazione*: il bambino si agita, piange o mostra disagio mentre a) si trova in un luogo o in una posizione limitante; b) è coinvolto in attività di cura; c) non è in grado di eseguire un'azione desiderata.
- *Paura*: sussulto o disagio del bambino di fronte a improvvisi cambiamenti di stimolazione, nuovi oggetti fisici o stimoli sociali.
- *Durata dell'orientamento*: attenzione e/o interazione del bambino con un singolo oggetto, per lunghi periodi di tempo.
- *Sorrisi e risate*: sorrisi o risate da parte del bambino in situazioni di gioco e di accudimento in generale.
- *Piacere ad alta intensità*: quantità di piacere o godimento correlata a stimoli ad alta intensità, frequenza, complessità, novità.
- *Piacere di bassa intensità*: quantità di piacere o godimento correlata a situazioni che comportano stimoli di bassa intensità, frequenza, complessità, novità.

- *Facilità a calmarsi*: riduzione dell'agitazione, del pianto o dell'angoscia del bambino quando chi si prende cura di lui utilizza tecniche calmanti.
- *Reattività decrescente/Tasso di recupero dal disagio*: tasso di recupero dal picco di disagio, eccitazione o eccitazione generale; facilità di addormentamento.
- *Affettuosità*: espressione di gioia da parte del bambino e adattamento del suo corpo quando viene preso in braccio da una persona che si prende cura di lui.
- *Sensibilità percettiva*: grado di rilevazione di stimoli lievi e di bassa intensità provenienti dall'ambiente esterno.
- *Tristezza*: umore generalmente basso; umore e attività depressi specificamente correlati alla sofferenza personale, allo stato fisico, alla perdita di un oggetto o all'incapacità di eseguire un'azione desiderata.
- *Approccio*: avvicinamento rapido, eccitazione e anticipazione positiva di attività considerate piacevoli.
- *Reattività vocale*: quantità di vocalizzazione esibita dal bambino nelle attività quotidiane.

Codifica Video:

- A. *Manuale di codifica 2.0 della Mind Mindedness (Meins & Fernyhough, 2010)*: Il manuale di codifica per la Mind-Mindedness (MM) è uno strumento fondamentale per valutare come i caregiver percepiscono e interagiscono con i bambini, trattandoli come individui dotati di mente. Questo strumento guida i ricercatori nell'osservazione e nella classificazione dei commenti fatti dai caregiver durante le interazioni con i loro bambini. L'utilizzo del manuale inizia con la registrazione delle interazioni tra il caregiver e il bambino, che possono essere svolte in un ambiente laboratoriale

o domestico (Meins & Fernyhough, 2010). Per i neonati, le sessioni di osservazione dovrebbero durare dai 3 ai 5 minuti. Durante queste sessioni, il caregiver è invitato a interagire con il bambino come farebbe normalmente a casa. Dopo aver registrato le interazioni, queste vengono trascritte integralmente, includendo tutti i commenti verbali del caregiver (Meins & Fernyhough, 2010). Ogni commento viene poi analizzato per stabilire se è un commento riferito alla mente. Tali commenti sono quelli che fanno riferimento agli stati interni del bambino, come pensieri, emozioni, desideri o intenzioni. Inoltre, il manuale distingue tra commenti "appropriati" e "non appropriati" e questa distinzione è cruciale per valutare la qualità della mind-mindedness del caregiver (Meins & Fernyhough, 2010). Infine, per garantire una codifica accurata, è essenziale considerare il contesto in cui il commento è stato fatto. I codificatori devono valutare se il commento del caregiver è una risposta diretta a un gesto, espressione facciale o comportamento del bambino. I codificatori lavorano seguendo criteri specifici delineati nel manuale per classificare i commenti e determinare la frequenza e la qualità dei commenti relativi alla mente, fornendo una misura quantitativa della mind-mindedness del caregiver (Meins & Fernyhough, 2010).

B. *Manuale di codifica ad-hoc SPHERE*: questo manuale di codifica è progettato per guidare l'analisi micro-analitica delle interazioni video registrate tra genitori e bambini, ottenute nell'ambito dell'intervento video-feedback SPHERE. Questo strumento si concentra su comportamenti specifici sia dei genitori sia dei bambini che sono inerenti ai primi tre principali domini dell'intervento: l'intonazione sensoriale interattiva, l'intonazione comportamentale interattiva e la sensibilità cognitiva. Ogni

dominio contiene nello specifico degli stimoli più specifici, i quali sono ulteriormente scindibili in categorie più specifiche:

- Stimolo tattile: negativo, pragmatico, socio-affettivo;
- Stimolo verbale: negativo, cognitivo, socio-affettivo;
- Genitore guida: efficace, inefficace;
- Iniziativa del bambino: efficace, inefficace;
- Azioni di guida genitoriale: efficace, inefficace;
- Proposta di gioco: appropriata, inappropriata.

3.3.4 Analisi dei dati

Preliminarmente sono state condotte analisi descrittive su tutte le variabili d'interesse dello studio. Le variabili relative alla MM (i.e., commenti mind-related; commenti mind-related appropriati; commenti mind-related non attuned) sono state calcolate sia in termini di frequenza che di percentuale rispetto al numero totale di verbalizzazioni materne durante la sessione di gioco.

Successivamente sono state calcolate delle correlazioni di Pearson per testare l'associazione delle variabili relative alla MM con il benessere materno (i.e., ansia di tratto, ansia di stato, depressione e parenting stress), con le misure osservative dell'interazione mamma-bambino (i.e. Stimolo tattile, Stimolo verbale, Genitore guida, Iniziativa del bambino, Azioni di guida genitoriale, Proposta di gioco) e con il temperamento del bambino (i. e. Livello di attività, Da disagio a limitazione, Paura, Durata dell'orientamento, Sorrisi e risate, Piacere ad alta intensità, Piacere di bassa intensità, Facilità a calmarsi, Reattività decrescente/Tasso di recupero dal disagio, Affettuosità, Sensibilità percettiva, Tristezza, Approccio, Reattività vocale).

Per valutare l'efficacia dell'intervento, è stato impiegato il t-test per campioni appaiati per confrontare le misure pre- e post-intervento al fine

di determinare se vi fossero cambiamenti significativi nei commenti relativi alla MM prodotti dalle madri.

Infine, è stato effettuato un confronto post-intervento tra il gruppo clinico e un gruppo di controllo basale utilizzando il t-test per campioni indipendenti. Questo test ha consentito di valutare le differenze tra i due gruppi dopo l'intervento, prendendo come riferimento le misure basali di un gruppo di controllo di bambini a sviluppo tipico. Tutte le analisi sono state svolte con SPSS versione 25.

3.4 Risultati

3.4.1 Correlazioni MM con benessere materno

La tabella 1 presenta gli indici di correlazione di Pearson tra la Mind-Mindedness (MM) e le variabili relative al benessere materno.

In particolare, da questo primo set di analisi non si riscontrano risultati statisticamente significativi.

Tabella 1. Correlazione tra Questionari somministrati e MM

Questionari	MM F Totali	MM F Appropriate	MM F Non Appropriate	MM % Totali	MM % Appropriate	MM % Non Appropriate
STAI - Tratto	-0,030	-0,052	0,026	-0,170	-0,189	-0,035
STAI - Stato	0,012	-0,028	0,074	-0,146	-0,178	-0,015
BDI_pre	-0,131	-0,101	-0,233	-0,210	-0,175	-0,250
PSI_PD_pre	-0,181	-0,193	-0,099	-0,284	-0,279	-0,177
PSI_CDI_pre	0,058	0,077	-0,118	0,080	0,116	-0,169
PSI_DC_pre	-0,252	-0,224	-0,197	-0,277	-0,249	-0,147
PSI_TOT_pre	-0,160	-0,149	-0,165	-0,212	-0,187	-0,205

In tabella 2 sono riportati i dati ottenuti dalle correlazioni tra i questionari somministrati e le varie sottocategorie della MM. In particolare, si evince una correlazione statisticamente significativa per quanto riguarda l'ansia di stato e la sottocomponente *Stati Fisici* della Mind Mindedness. Questa correlazione positiva permette di intuire una direzione direttamente proporzionale tra le due componenti. Per cui ad un maggiore aumento riguardanti ansia di stato (dunque un evento transitorio stressante per la madre), ne consegue anche un aumento significativo riguardo l'utilizzo da parte delle madri di commenti sugli stati fisici del bambino anche in assenza di qualsiasi segno che accompagni il suddetto stato.

Non sono state rilevate correlazioni significative tra la MM e le variabili relative a sintomi depressivi e parenting stress.

Tabella 2. Correlazione tra Questionari somministrati e sottocategorie della MM

Questionari	D/P	C	E	PPB	SF	D/S	I/S	I	D/M/F
STAI - Tratto	0,127	-0,093	-0,055	-0,197	0,348	-0,056	-0,149	-0,359	-0,056
STAI - Stato	0,045	0,074	0,101	-0,292	,471*	0,099	-0,031	-0,360	0,099
PSI_CDI_p re	-0,119	0,020	0,030	0,108	-0,273	-0,041	-0,116	-0,156	-0,041
PSI_DC_p re	0,115	-0,107	-0,120	0,086	0,097	-0,154	-0,209	-0,269	-0,154
PSI_TOT_p re	0,174	-0,167	-0,089	0,142	-0,211	-0,209	0,316	-0,143	-0,209
STAI - Tratto	-0,178	-0,206	0,062	-0,101	-0,258	-0,221	0,036	-0,206	-0,221
STAI - Stato	0,058	-0,190	-0,071	0,060	-0,122	-0,234	0,025	-0,262	-0,234

Nota. D/P - Desideri e Preferenze; C – Cognizioni; E – Emozioni; PPB - Parlare al Posto del Bambino; SF - Stati Fisici; D/S - Divertente/Spassoso; I/S - Intelligente/Sveglio; I – Intenzioni; D/M/F - Discolo/Monello/Furbetto

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

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

3.4.2 Correlazioni tra la MM e le variabili osservative dell'interazione mamma-bambino

La Mind-Mindedness (MM) è stata correlata con altre misurazioni valutate e codificate durante l'interazione di gioco diadico. È stata riscontrata una correlazione statisticamente significativa tra la MM e le valutazioni dello stimolo verbale di natura cognitiva, che si riferiscono ai commenti materni riguardanti stati mentali e processi cognitivi del bambino.

Nella Tabella 3, infatti, ritroviamo una correlazione positiva e statisticamente significativa per quanto riguarda la produzione la *frequenza della Mind Mindedness generale*, le *frequenze di commenti MM appropriati* da parte della madre ed infine per i *commenti non appropriati di MM*.

Invece se prendiamo in considerazione non più le frequenze dei commenti di MM, bensì quelli che sono le percentuali, ritroviamo sia per i *commenti totali* che per i commenti appropriati una correlazione clinicamente significativa.

I risultati suggeriscono che le produzioni verbali materne di carattere cognitivo sono associate a miglioramenti significativi nei commenti riguardanti la MM, sia in termini di frequenza generale che di appropriatezza. Tuttavia, è importante notare che queste osservazioni riflettono associazioni e non implicano una relazione causale diretta.

Anche se a differenza da quelli che sono i punteggi in percentuale nel quale ritroviamo invece un miglioramento solo riguardante i commenti generali,

che quelli appropriati. Questo ci fa capire come ai fini della Mind Mindedness e alla massimizzazione dei commenti sia importante da parte della madre utilizzare delle produzioni verbali sul versante più cognitivo.

Tabella 3. Correlazione tra sistema di codifica Noldus e MM generale

Questionari	MM F Totali	MM F Appropriate	MM F Non Appropriate	MM % Totali	MM % Appropriate	MM % Non Appropriate
TN	0,205	0,219	0,026	0,015	0,05	-0,101
TP	0,361	0,314	0,239	0,247	0,211	0,065
TSA	-0,051	-0,105	0,083	-0,144	-0,197	-0,012
VN	0,094	0,127	-0,107	-0,012	0,036	-0,151
VP	,670**	,654**	,461*	,561**	,574**	0,229
VSA	-0,12	-0,135	0,039	-0,284	-0,311	0,064
GGI	0,121	0,075	0,256	0,049	0	0,202
GGE	0,291	0,357	0,043	0,173	0,27	-0,056
IBI	0,097	0,053	0,22	0,022	-0,033	0,198
IBE	-0,241	-0,234	-0,066	-0,209	-0,219	0,066
AGGI	-0,119	-0,178	0,183	-0,011	-0,112	0,327
AGGE	0,262	0,314	-0,206	0,095	0,176	-0,349
PGI	0,153	0,101	0,203	0,189	0,138	0,082
PGA	-0,192	-0,245	0,207	-0,131	-0,227	0,358

Nota. TN – Tocco Negativo; TP – Tocco Pragmatico; TSA - Toco Socio-Affettivo; VN – Verbale Negativo; VP- Verbale Pragmatico; VSA - Verbale Socio-Affettivo; GGI - Genitore Guida Inefficace; GGE - Genitore Guida Efficace; IBI - Iniziativa del Bambino

Inefficace; IBE - Iniziativa del Bambino Efficace; AGGI - Azioni di Guida Genitoriale Inefficace; AGGE - Azioni di Guida Genitoriale Efficace; PGI - Proposta di Gioco Inappropriata; PGA - Proposta di Gioco Appropriata

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

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

Cerchiamo ora di visualizzare l'ulteriore correlazione che abbiamo effettuato tra le variabili osservative e le sottocomponenti stesse della Mind Mindedness.

Il quadro che vi ritroviamo sono delle correlazioni positive e statisticamente significative per la componente delle *produzioni verbali materne a carattere cognitivo* in correlazione con Desideri e Preferenze ed Intelligente/Sveglio.

Infine, si è riscontrato una correlazione positiva e clinicamente significativa anche per quanto riguarda la produzione verbale affettiva e la sottocomponente della MM emotiva.

I risultati indicano che un aumento e un miglioramento delle produzioni verbali materne di carattere cognitivo e affettivo sono associati a maggiori commenti sulla MM relativi ai desideri e alle preferenze del bambino, a una maggiore attenzione alle emozioni del bambino e a un incremento nei commenti riguardanti comportamenti percepiti come talentuosi. È importante sottolineare, ancora una volta, che queste associazioni non implicano una direzione causale, ma piuttosto riflettono correlazioni tra le variabili analizzate.

Tabella 4. Correlazione tra sistema di codifica Noldus e sottocomponenti della MM

NOLDUS	D/P	C	E	PPB	SF	D/S	I/S	I
TN	0,086	-0,129	-0,082	-0,146	-0,074	0,173	-0,191	-0,074
TP	0,159	0,177	0,068	-0,094	0,222	0,283	-0,047	0,222
TSA	-0,177	0,077	0,265	0,039	0,096	-0,23	-0,115	0,096
VN	-0,111	-0,074	0,013	-0,183	-0,018	0,286	-0,113	-0,018
VP	,472*	0,075	-0,108	-0,089	0,077	,567**	0,179	0,077
VSA	0,026	-0,105	,607**	-0,27	-0,13	-0,337	-0,227	-0,13
IBI	-0,1	0,102	-0,072	0,05	0,168	-0,021	-0,03	0,168
IBE	0,295	0,132	-0,131	-0,163	0,087	0,14	0,02	0,087
AGGI	0,243	-0,256	0,115	-0,126	-0,178	0,212	-0,14	-0,178
AGGE	-0,044	-0,058	0,005	-0,009	-0,141	-0,277	-0,052	-0,141
PGI	-0,231	0,013	0,214	0,146	0,062	-0,247	0,033	0,062
PGA	0,199	0,268	-0,164	-0,174	0,312	0,135	-0,204	0,312
TN	0,372	-0,202	0,297	-0,027	-0,185	-0,043	0,334	-0,185
TP	-0,03	-0,328	0,12	0,2	-0,241	-0,144	0,061	-0,241

Nota. TN – Tocco Negativo; TP – Tocco Pragmatico; TSA - Toco Socio-Affettivo; VN – Verbale Negativo; VP- Verbale Pragmatico; VSA - Verbale Socio-Affettivo; GGI - Genitore Guida Inefficace; GGE - Genitore Guida Efficace; IBI - Iniziativa del Bambino Inefficace; IBE - Iniziativa del Bambino Efficace; AGGI - Azioni di Guida Genitoriale Inefficace; AGGE - Azioni di Guida Genitoriale Efficace; PGI - Proposta di Gioco Inappropriata; PGA - Proposta di Gioco Appropriata; D/P - Desideri e Preferenze; C – Cognizioni; E – Emozioni; PPB - Parlare al Posto del Bambino; SF - Stati Fisici; D/S - Divertente/Spassoso; I/S - Intelligente/Sveglia; I – Intenzioni; D/M/F - Discolo/Monello/Furbetto.

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

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

3.4.3 Correlazioni MM con temperamento del bambino

In seguito, sono state effettuate delle analisi correlazionali riguardanti il temperamento del bambino.

Esaminando la Tabella 5, si osservano diverse correlazioni significative tra le sottocomponenti dell'IBQ e quelle della MM. Per una maggiore chiarezza le suddivideremo, come già fatto in precedenza, in due categorie:

Una correlazione positiva e statisticamente significativa è stata osservata tra il *livello di attività dell'IBQ* e la *MM generale non appropriata* misurata attraverso le *frequenze*. Questo risultato indica che le madri che attuano maggiori commenti MM non appropriati tendono ad avere bambini con livelli di attività (movimento ed attività locomotoria) più elevati.

Tabella 5. Correlazioni tra IBQ e MM Generale

IBQ	MM F Totali	MM F Appropriate	MM F Non Appropriate	MM % Totali	MM % Appropriate	MM % Non Appropriate
LA	0,308	0,242	,476*	0,223	0,153	0,374
DL	-0,03	-0,035	0,171	-0,092	-0,102	0,193
P	-0,197	-0,177	-0,216	-0,1	-0,098	-0,096
DO	0,174	0,226	-0,007	0,224	0,299	-0,018
SR	-0,044	-0,023	0,048	0,024	0,044	0,141
PAI	-0,145	-0,113	-0,108	-0,036	0,003	-0,048
PBI	0,162	0,201	0,131	0,223	0,28	0,128
FC	0,083	0,08	0,116	0,265	0,246	0,202
RD	0,083	0,04	0,121	0,225	0,17	0,135
AF	-0,232	-0,22	-0,075	-0,048	-0,047	0,053
SP	0,039	0,006	0,149	0,113	0,096	0,088
T	0,054	0,1	-0,143	-0,103	-0,003	-0,324
AP	-0,022	-0,009	0,086	0,008	0,002	0,192
RV	-0,042	0,007	-0,084	0,007	0,047	0,069

Nota. LA - Livello di attività; DL - Da Disagio a Limitazione; P - Paura; DO - Durata Dell'Orientamento; SR - Sorrisi e Risate; PAI - Piacere ad Alta Intensità; PBI - Piacere a Bassa Intensità; FC - Facilità a Calmarsi; RD - Reattività Decrescente; AF -

Affettuosità; SP - Sensibilità Percettiva; T – Tristezza; AP – Approccio; RV - Reattività
Vocale.

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

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

Mentre per quanto riguarda la correlazione riscontrata tra il questionario IBQ e le sottocategorie della MM, una correlazione positiva e statisticamente significativa è stata riscontrata tra *livello di attività dell'IBQ* e la *MM legata alle emozioni*. Ciò suggerisce che le madri con livelli più alti di MM emotiva tendono ad avere bambini con attivazione fisica e motoria maggiore.

Una correlazione negativa e statisticamente significativa è stata riscontrata tra “*da disagio a limitazione*” dell'IBQ e la *MM cognizioni, MM divertente/spassoso* ed *MM discolo/monello/furbetto*. Ciò suggerisce che in maniera inversamente proporzionale nel momento in cui vi sono da parte della madre dei commenti relativi agli stati interni del bambino, o legati ad eventi divertenti e con affetto positivo, oppure si abbiano commenti legate a delle azioni giocose e con un tono emozionale positivo; sono associati ad una riduzione nel pianto o nel disagio e nell'agitazione da parte del bimbo.

Un'ulteriore correlazione negativa e statisticamente significativa la ritroviamo anche tra *piacere ad alta intensità dell'IBQ* e la *MM legata alle emozioni*. Questo risultato indica che i bambini con livelli più alti di commenti MM legati alle emozioni tendono ad avere (in maniera inversamente proporzionale) una diminuzione del piacere ad alta intensità (quantità di piacere o godimento correlato a stimoli ad alta intensità e frequenza). È possibile, dunque, utilizzare anche stimoli a bassa intensità.

Infine, ritroviamo una correlazione positiva e statisticamente significativa è stata riscontrata tra la *facilità a calmarsi dell'IBQ* e la *MM legata alle*

intenzioni. Ciò suggerisce che le madri che utilizzano commenti legati alle intenzioni del bambino di giocare o utilizzare uno specifico oggetto è correlato ad un' aumentata facilità da parte dello stesso a calmarsi in situazioni di agitazione ed utilizza maggiormente quelle che sono tecniche calmanti.

Tabella 6. Correlazioni tra IBQ e Sottocomponenti della MM

IBQ	D/P	C	E	PPB	SF	D/S	I/S	I
LA	0,062	-0,009	,408*	-0,305	-0,089	0,165	0,339	-0,089
DL	0,054	-,397*	0,23	-0,205	-,418*	0,102	0,108	-,418*
P	-	0,041	-0,187	0,177	0,371	-0,204	-0,026	0,078
DO	0,062	0,044	-0,281	0,18	-0,063	0,132	0,287	-0,063
SR	-0,24	0,026	-0,027	-0,047	0,05	0,065	0,295	0,05
PAI	-	0,383	0,253	-,547**	0,082	0,178	-0,039	0,241
PBI	-	0,039	0,313	-0,111	0,004	0,231	0,197	0,082
FC	-	0,253	0,311	-0,089	0,039	0,319	0,046	,455*
RD	-	0,204	0,218	-0,046	0,265	0,209	0,041	0,159
AF	-	0,301	0,091	-0,042	0,138	0,035	-0,099	0,314
SP	-	0,112	-0,079	-0,235	-0,183	-0,214	0,36	0,282
T	0,299	-0,212	-0,023	-0,2	-0,277	0,119	-0,177	-0,277
AP	0,028	-0,012	0,098	-0,088	0,04	-0,029	0,095	0,04
RV	-	0,157	0,089	0,215	0,075	0,076	0,061	0,14

Nota. LA - Livello di attività; DL - Da Disagio a Limitazione; P – Paura; DO - Durata Dell'Orientamento; SR - Sorrisi e Risate; PAI - Piacere ad Alta Intensità; PBI - Piacere a Bassa Intensità; FC - Facilità a Calmarsi; RD - Reattività Decrescente; AF –

Affettuosità; SP - Sensibilità Percettiva; T – Tristezza; AP – Approccio; RV - Reattività
Vocale; D/P - Desideri e Preferenze; C – Cognizioni; E – Emozioni; PPB - Parlare al
Posto del Bambino; SF - Stati Fisici; D/S - Divertente/Spassoso; I/S -
Intelligente/Sveglio; I – Intenzioni; D/M/F - Discolo/Monello/Furbetto.

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

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

3.4.4 Confronto Pre-Post Intervento di Video-Feedback

Per valutare l'efficacia dell'intervento di video-feedback, è stato effettuato un confronto tra le misurazioni della Mind-Mindedness raccolte prima e dopo l'intervento. I risultati principali riguardano le MM Frequenze Appropriate e le MM Percentuali Appropriate, che riflettono la qualità e la pertinenza dei commenti materni sui pensieri e le emozioni del bambino.

Il confronto tra le *frequenze dei commenti appropriati sulla MM pre e post-intervento* ha rivelato un miglioramento significativo ($t = -2,070$; $df = 31$; $p = 0,047$). Questo suggerisce che il video-feedback ha avuto un impatto positivo nella promozione di commenti più pertinenti e riflessivi da parte delle madri. La differenza osservata è risultata statisticamente significativa, indicando che l'intervento ha efficacemente incrementato la frequenza dei commenti appropriati.

Le *percentuali di commenti appropriati sulla MM* hanno mostrato una tendenza verso un miglioramento, seppure non significativa a livello statistico ($t = -2,039$; $df = 29$; $p = 0,051$). Questo suggerisce che, sebbene l'intervento di video-feedback abbia contribuito a un aumento delle percentuali di commenti appropriati, l'effetto non è stato altrettanto marcato come nelle frequenze.

Tabella 7. Confronto Pre-Post Intervento di Video-Feedback

	t	d.f.	p.value
MM Frequenze Totali	-1,663	31	0,106
MM Frequenze Appropriate	-2,070	31	0,047
MM Frequenze Non Appropriate	1,109	31	0,276
MM Percentuali Totali	-1,814	29	0,080
MM Percentuali Appropriate	-2,039	29	0,051
MM Percentuali Non Appropriate	0,889	29	0,381

Nota.

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

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

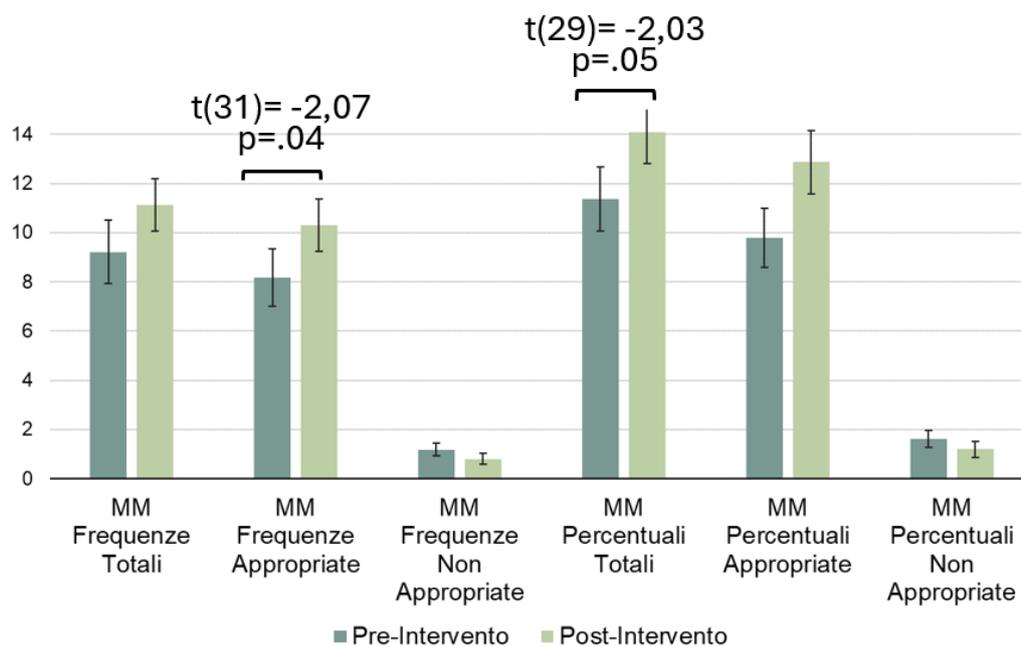


Figura 4. Confronto Pre-Post Intervento

3.4.5 Confronto tra Gruppo Clinico e Gruppo di Controllo

Come evidenziato da una fase preliminare del progetto SPHERE, il gruppo clinico nel pre-intervento mostrava un uso significativamente maggiore di commenti mind-related non-attuned rispetto al gruppo di controllo. Andando a confrontare i due gruppi in seguito all'intervento di video feedback cui ha partecipato il gruppo clinico (vedi. Figura 5) tale differenza non è più statisticamente significativa, mostrando unicamente una tendenza ($t = -1,74$; $df = 41,712$; $p = 0,089$). Rispetto a questa dimensione potenzialmente problematica, dunque, nel post-intervento non si evince più una situazione di vulnerabilità specifica per il gruppo clinico.

Si evidenzia inoltre un'altra tendenza alla significatività rispetto all'uso complessivo di commenti mind-related che, nel post-intervento, tende ad essere migliore nel gruppo clinico rispetto al gruppo di controllo ($t = -1,791$; $df = 46$; $p = 0,08$). Questi risultati preliminari suggeriscono che l'intervento possa dunque compensare le potenziali vulnerabilità a livello di MM dei genitori di bambini con condizioni di rischio clinico.

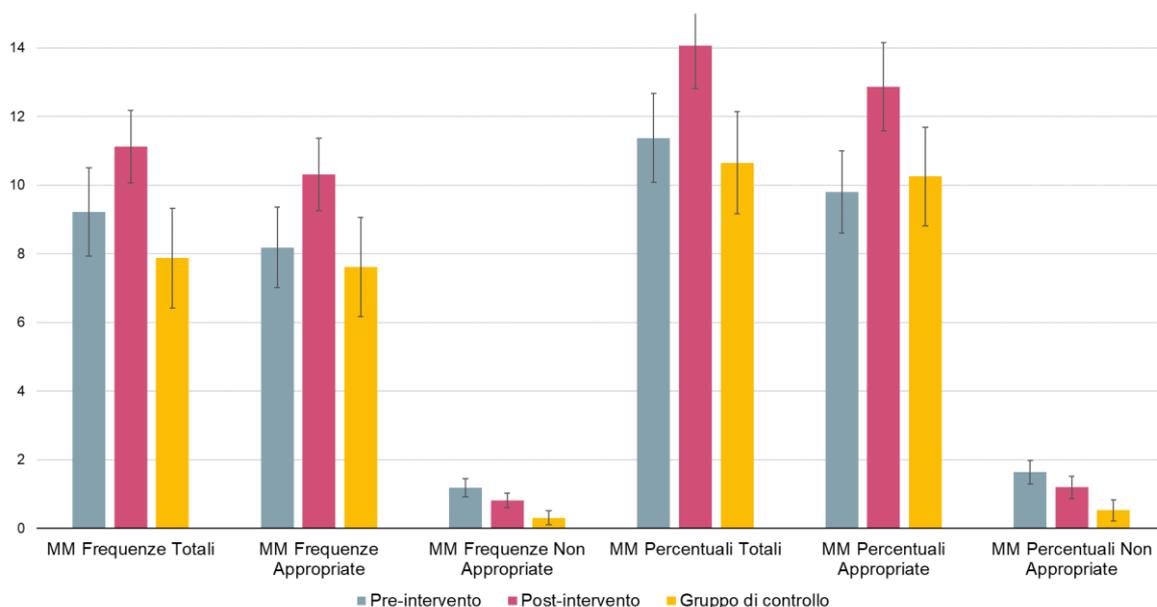


Figura 5. Confronto tra Gruppo Clinico e Gruppo di Controllo

3.5 Discussione

Nel presente studio, abbiamo esplorato l'impatto di un intervento basato sul video-feedback sulla Mind-Mindedness (MM) delle madri e sulle loro interazioni con i figli, considerando anche il benessere materno, le variabili osservative dell'interazione madre-bambino e il temperamento del bambino. I risultati ottenuti offrono nuovi spunti per comprendere le dinamiche tra la MM e questi diversi aspetti.

In relazione all'associazione tra MM e benessere materno, i risultati non hanno evidenziato correlazioni significative tra la MM complessiva e vari indicatori di benessere materno, come l'ansia, la depressione e lo stress genitoriale. Tuttavia, è emersa una correlazione positiva significativa tra l'ansia di stato e la sottocomponente Stati Fisici della MM. Questo suggerisce che in condizioni di ansia acuta, le madri tendono a focalizzarsi di più sugli aspetti fisici dei loro figli, anche in assenza di segnali evidenti. In letteratura, infatti, è noto come l'ansia può influenzare specifici aspetti della comunicazione materna. La correlazione riscontrata tra ansia di stato e Stati Fisici della MM è parzialmente in linea con la letteratura, che evidenzia come l'ansia possa influenzare la comunicazione materna. Tuttavia, la mancanza di correlazioni significative con altri indicatori di benessere materno potrebbe indicare che la relazione tra MM e benessere materno è più complessa di quanto ipotizzato, richiedendo ulteriori studi per chiarirne le dinamiche. (Barreto et al., 2020; Papaïiou et al., 2012).

Esaminando l'associazione tra MM e le variabili osservative dell'interazione madre-bambino, abbiamo trovato correlazioni positive significative con le produzioni verbali materne di natura cognitiva e affettiva. Questo risultato è in linea con quanto riportato da Vilaseca e colleghi (2020), che evidenziano come comportamenti genitoriali positivi,

come affetto e reattività, siano associati a migliori risultati cognitivi e linguistici nei bambini con disabilità intellettiva. Queste correlazioni sono coerenti con la letteratura esistente, confermando che commenti materni che riconoscono e riflettono sui pensieri e sentimenti del bambino possono arricchire l'interazione, supportando così lo sviluppo cognitivo del bambino. Questo supporta l'idea che sia il caregiving materno che quello paterno siano predittori importanti per uno sviluppo cognitivo ottimale nei bambini in età prescolare con disabilità dello sviluppo (Vilaseca et al., 2020).

Per quanto riguarda le correlazioni tra MM e temperamento del bambino, abbiamo osservato associazioni significative che offrono nuove intuizioni sulle dinamiche madre-bambino. La correlazione positiva tra il livello di attività del bambino e i commenti di MM non appropriati suggerisce che le madri di bambini molto attivi tendono a fare un numero maggiore di commenti non pertinenti riguardo agli stati mentali del bambino. In linea con la letteratura circa l'idea che bambini con temperamenti più attivi richiedono un maggiore sforzo da parte delle madri (Putnam et al., 2018). D'altra parte, la correlazione positiva tra attività del bambino e MM legata alle emozioni suggerisce che le madri usano commenti emotivi per gestire l'eccitazione del bambino, riflettendo la teoria di Kopp (1982) che le madri modificano il loro approccio in base al temperamento del bambino. Anche questi risultati risultano coerenti con la letteratura di riferimento, la quale evidenzia proprio come il temperamento del bambino possa influenzare la qualità e la natura delle interazioni madre-bambino (Kopp, 1982).

L'analisi dell'impatto dell'intervento di video-feedback ha mostrato un miglioramento significativo nella frequenza dei commenti appropriati sulla MM. Questo risultato suggerisce che l'intervento ha avuto un effetto positivo nel promuovere commenti più riflessivi e pertinenti. Questi risultati sono in linea con studi precedenti come quello di Juffer e colleghi

(2005), che dimostrano l'efficacia del video-feedback nel migliorare le pratiche genitoriali. Invece, la tendenza verso un miglioramento nelle percentuali di commenti appropriati, sebbene non significativa, indica che l'intervento potrebbe avere ulteriori potenziali benefici con un campione più ampio o un intervento di durata maggiore. Sebbene i risultati attuali siano in linea con la letteratura esistente sull'efficacia del video-feedback, la mancanza di significatività statistica potrebbe riflettere limitazioni metodologiche, come la dimensione del campione o la durata dell'intervento. Pertanto, ulteriori studi con campioni più ampi o interventi prolungati potrebbero rivelare effetti più robusti, come indicato da Bakermans-Kranenburg e colleghi (2003).

Infine, il confronto tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo ha rivelato tendenze verso un miglioramento nelle capacità delle madri di fare commenti riflessivi e appropriati post-intervento, anche se nessuna delle differenze ha raggiunto significatività statistica. Questo suggerisce che l'intervento di video-feedback potrebbe avere un potenziale positivo per migliorare la MM, sebbene gli effetti non siano stati sufficientemente marcati da essere statisticamente significativi nel breve periodo. Questi risultati sono parzialmente in linea con la letteratura che sottolinea l'efficacia del video-feedback, seppur non sempre immediatamente significativi (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). Con ulteriori modifiche o un aumento del numero di partecipanti, l'intervento potrebbe dimostrare effetti più robusti, suggerendo che il video-feedback è uno strumento promettente per migliorare la qualità delle interazioni madre-bambino (Dyches et al., 2012; Spittle, 2015).

3.6 Limitazioni

Nonostante i risultati incoraggianti, lo studio presenta alcune limitazioni significative:

- a) Dimensione del Campione: Il campione relativamente limitato potrebbe aver influenzato la potenza statistica dello studio, riducendo la capacità di rilevare differenze significative sia nel gruppo sperimentale che nel gruppo di controllo. Le dimensioni del campione più grandi potrebbero fornire una visione più chiara e generalizzabile degli effetti dell'intervento.
- b) Durata e Intensità dell'Intervento: La durata e l'intensità dell'intervento di video-feedback possono non essere state sufficienti per produrre effetti più marcati. Un periodo di intervento più lungo o sessioni più frequenti potrebbero migliorare l'efficacia complessiva.
- c) Variabili Non Controllate: Alcuni fattori esterni non controllati, come le variabili ambientali e le caratteristiche individuali delle madri e dei bambini (ad esempio la qualità dell'ambiente domestico o le condizioni di salute dei membri della famiglia), potrebbero aver influenzato i risultati. Ulteriori studi potrebbero beneficiare di un controllo più rigoroso di queste variabili.
- d) Motivazione e Impegno dei Partecipanti: La motivazione e l'impegno delle madri nel partecipare all'intervento potrebbero variare. Se alcune madri fossero più motivate o impegnate rispetto ad altre, questo potrebbe aver influenzato i risultati dell'intervento.

3.7 Sviluppi Futuri

- a) Ampliamento della Ricerca: Per validare ulteriormente l'efficacia del video-feedback, è essenziale condurre studi con campioni più ampi e diversificati. L'inclusione di un campione più variegato

potrebbe aiutare a generalizzare i risultati e a esplorare l'efficacia dell'intervento in contesti differenti.

- b) Estensione della Durata dell'Intervento: Studi futuri potrebbero esplorare gli effetti di interventi di video-feedback con una durata più estesa o sessioni più frequenti per valutare se periodi di intervento più lunghi possano portare a cambiamenti più robusti e duraturi nella Mind-Mindedness e nelle interazioni madre-bambino.
- c) Esplorazione di Approcci Integrativi: Infine, potrebbe essere utile esplorare approcci integrativi che combinano il video-feedback con altre tecniche di supporto alla genitorialità. L'integrazione di diversi metodi potrebbe offrire un supporto più completo e migliorare ulteriormente la qualità delle interazioni madre-bambino.

Conclusioni

Questa tesi ha esplorato il ruolo cruciale della Mind-Mindedness (MM) nelle dinamiche della relazione madre-bambino e ha valutato l'efficacia degli interventi basati sul video-feedback (VFI) nel migliorare questa competenza. Attraverso un'analisi teorica ed empirica, sono emerse evidenze significative che arricchiscono la comprensione di come la MM influenzi lo sviluppo infantile e le pratiche genitoriali.

Nel primo capitolo, abbiamo approfondito il concetto di Mind-Mindedness, dimostrando che la predisposizione dei genitori a trattare i propri figli come individui dotati di una mente propria gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo del bambino. La Mind-Mindedness si è rivelata essere strettamente associata a un attaccamento sicuro e a una più raffinata Teoria della Mente nei bambini, evidenziando l'importanza di una comprensione profonda degli stati mentali del bambino per il loro sviluppo socio-emotivo e relazionale.

Il secondo capitolo ha focalizzato l'attenzione sugli interventi di supporto genitoriale, in particolare sull'uso del video-feedback, e ha analizzato come tali interventi possano migliorare la MM e alleviare le difficoltà genitoriali, specialmente in contesti di disabilità dello sviluppo. I risultati hanno dimostrato che il video-feedback rappresenta una tecnica efficace per migliorare la frequenza e la qualità delle osservazioni degli stati mentali del bambino da parte dei genitori. Questo suggerisce che l'integrazione del VFI nei programmi di supporto alla genitorialità può potenziare le competenze comunicative e migliorare le interazioni tra genitori e figli.

Il terzo capitolo ha fornito un'analisi approfondita, confermando che l'intervento di video-feedback ha avuto un impatto positivo e significativo sulla Mind-Mindedness delle madri. L'analisi dei dati raccolti ha

evidenziato un notevole incremento nella frequenza e nella qualità dei riferimenti agli stati mentali del bambino, indicando che il VFI rappresenta un metodo efficace per potenziare le abilità genitoriali e migliorare le interazioni madre-bambino.

Tuttavia, le limitazioni dello studio, come la dimensione ridotta del campione, indicano la necessità di ulteriori ricerche. Future indagini potrebbero beneficiare di campioni più ampi e di interventi più prolungati per confermare e ampliare questi risultati.

Infine, l'integrazione della telemedicina e della tele-psicologia emerge come una risorsa preziosa per migliorare l'accesso ai servizi di supporto. Questi strumenti tecnologici possono superare le barriere logistiche e facilitare un monitoraggio continuo delle condizioni familiari e dello sviluppo infantile, offrendo un ampio spettro di servizi senza la necessità di spostamenti fisici.

La combinazione di approcci teorici come la MM e modelli pratici come il "Porridge", insieme all'uso innovativo della telemedicina, rappresenta una via promettente per affrontare le complessità della genitorialità e migliorare i risultati dello sviluppo per i bambini con disabilità.

In conclusione, questa tesi ha contribuito a una comprensione più profonda della Mind-Mindedness e del suo impatto sulle interazioni genitoriali e sullo sviluppo infantile. L'efficacia del video-feedback come strumento per migliorare la MM offre prospettive positive per ottimizzare i programmi di supporto alla genitorialità, mentre l'uso della telemedicina apre nuove opportunità per garantire un supporto continuo e accessibile alle famiglie. Questi risultati sottolineano l'importanza di un approccio integrato e multifocale nel migliorare la qualità della relazione genitore-bambino e nel promuovere uno sviluppo sano e positivo.

Bibliografia

Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual*; [PSI].

PAR, Psychological Assessment Resources.

Abraham, E., Hendler, T., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2016).

Network integrity of the parental brain in infancy supports the development of children's social competencies. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *11*(11), 1707–1718.
<https://doi.org/10.1093/scan/nsw090>

Ahern, L. S. (2005). *Psychometric Properties of the Parenting Stress Index—Short Form*.

Ainsworth, M. D. S. (1969). *Individual Differences in Strange-Situational Behaviour of One-Year-Olds*. H.

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In *The integration of a child into a social world* (pp. 99–135). Cambridge University Press.

Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, *34*(10), 932–937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>

Aldrich, N., Chen, J., & Alfieri, L. (2021). Evaluating associations between parental mind-mindedness and children's developmental

capacities through meta-analysis. *Developmental Review*, 60, 100946. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2021.100946>

Anderson, L. L., Humphries, K., McDermott, S., Marks, B., Sisirak, J., & Larson, S. (2013). The state of the science of health and wellness for adults with intellectual and developmental disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(5), 385–398. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.5.385>

Anderson, S., Roggman, L. A., Innocenti, M. S., & Cook, G. A. (2013). Dads' Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes (PICCOLO-D). *Infant Mental Health Journal*, 34(4), 339–351. <https://doi.org/10.1002/imhj.21390>

Arch, J. J., Fishbein, J. N., Finkelstein, L. B., & Luoma, J. B. (2023). Acceptance and Commitment Therapy Processes and Mediation: Challenges and How to Address Them. *Behavior Therapy*, 54(6), 971–988. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.005>

Arnott, B., & Meins, E. (2007). Links among antenatal attachment representations, postnatal mind–mindedness, and infant attachment security: A preliminary study of mothers and fathers. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 132–149. <https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.2.132>

- Atkinson, L., Niccols, A., Paglia, A., Coolbear, J., Parker, K. C. H., Poulton, L., Guger, S., & Sitarenios, G. (2000). A meta-analysis of time between maternal sensitivity and attachment assessments: Implications for internal working models in infancy/toddlerhood. *Journal of Social and Personal Relationships, 17*(6), 791–810. <https://doi.org/10.1177/0265407500176005>
- Au, A., Lau, K., Wong, A. H., Lam, C., Leung, C., Lau, J., & Lee, Y. K. (2014). The Efficacy of a Group Triple P (Positive Parenting Program) for Chinese Parents with a Child Diagnosed with ADHD in Hong Kong: A Pilot Randomised Controlled Study. *Australian Psychologist, 49*(3), 151–162. <https://doi.org/10.1111/ap.12053>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.07.009>
- Baird, G., McConachie, H., & Scrutton, D. (2000). Parents' perceptions of disclosure of the diagnosis of cerebral palsy. *Archives of Disease in Childhood, 83*(6), 475–480. <https://doi.org/10.1136/adc.83.6.475>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 129*(2), 195–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>

- Balldin, S., Fisher, P. A., & Wirtberg, I. (2018). Video Feedback Intervention With Children: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice, 28*(6), 682–695.
<https://doi.org/10.1177/1049731516671809>
- Bamm, E. L., & Rosenbaum, P. (2008). Family-centered theory: Origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 89*(8), 1618–1624.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.12.034>
- Barlow, J., Sembi, S., & Underdown, A. (2016). Pilot RCT of the use of video interactive guidance with preterm babies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 34*(5), 511–524.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1217404>
- Barone, L. (2021). *Le emozioni nello sviluppo. Percorsi tipici ed atipici*. Carocci Editore.
- 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 and Child Neurology, 62*(2), 163–168.
<https://doi.org/10.1111/dmcn.14321>

- Bearss, K., Burrell, T. L., Stewart, L., & Scahill, L. (2015). Parent Training in Autism Spectrum Disorder: What's in a Name? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 170–182.
<https://doi.org/10.1007/s10567-015-0179-5>
- Bearss, K., Johnson, C., Handen, B., Smith, T., & Scahill, L. (2013). A pilot study of parent training in young children with autism spectrum disorders and disruptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(4), 829–840.
<https://doi.org/10.1007/s10803-012-1624-7>
- Beck. (1999). Maternal depression and child behaviour problems: A meta-analysis -. *Journal of Advanced Nursing*.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- 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.
<https://doi.org/10.1186/s12887-015-0397-5>

Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. W. (2012). Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology*, 48(5), 1476–1487.
<https://doi.org/10.1037/a0027537>

Bergman, D. A., Sharek, P. J., Ekegren, K., Thyne, S., Mayer, M., & Saunders, M. (2008). The Use of Telemedicine Access to Schools to Facilitate Expert Assessment of Children with Asthma. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2008.
<https://doi.org/10.1155/2008/159276>

Bernier, A., & Dozier, M. (2003). Bridging the attachment transmission gap: The role of maternal mind-mindedness. *International Journal of Behavioral Development*, 27(4), 355–365.
<https://doi.org/10.1080/01650250244000399>

Blair, B. L., Perry, N. B., O'Brien, M., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Shanahan, L. (2015). Identifying developmental cascades among differentiated dimensions of social competence and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 51(8), 1062–1073.
<https://doi.org/10.1037/a0039472>

Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The Effects of the Triple P-Positive Parenting Program on Preschool Children with

Co-Occurring Disruptive Behavior and Attentional/Hyperactive Difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 571–587. <https://doi.org/10.1023/A:1020807613155>

Bornstein, M. H., Putnick, D. L., & Lansford, J. E. (2011). Parenting Attributions and Attitudes in Cross-Cultural Perspective. *Parenting, science and practice*, 11(2–3), 214–237. <https://doi.org/10.1080/15295192.2011.585568>

Bowlby, J., Ainsworth, M., & Bretherton, I. (1969). The origins of attachment theory. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775.

Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C. H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., Bhutta, Z. A., & Early Childhood Development Interventions Review Group, for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *Lancet (London, England)*, 389(10064), 91–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)

Broadhead, M., Chilton, R., & Crichton, C. (2009). Understanding parental stress within the Scallywags service for children with emotional and behavioural difficulties. *Emotional and Behavioural*

Difficulties, 14(2), 101–115.
<https://doi.org/10.1080/13632750902921880>

Burke, B. L., Hall, R. W., & SECTION ON TELEHEALTH CARE. (2015). Telemedicine: Pediatric Applications. *Pediatrics*, 136(1), e293-308. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1517>

Camisasca, E., Miragoli, S., Ionio, C., Milani, L., & Di Blasio, P. (2018). Post-partum depressive symptoms and child behavior: The mediational role of maternal mind-mindedness. *Children's Health Care*, 47(2), 165–183.
<https://doi.org/10.1080/02739615.2017.1318389>

Cianfaglione, R., Hastings, R. P., Felce, D., Clarke, A., & Kerr, M. P. (2015). Psychological Well-Being of Mothers and Siblings in Families of Girls and Women with Rett Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(9), 2939–2946.
<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2457-y>

Cohen, P., & Beebe, B. (2002). Video Feedback with a Depressed Mother and her Infant: A Collaborative Individual Psychoanalytic and Mother-Infant Treatment. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2(3), 1–55.
<https://doi.org/10.1080/15289168.2002.10486404>

Colonnese, C., Zeegers, M. A. J., Majdandžić, M., van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2019). Fathers' and Mothers' Early Mind-

Mindedness Predicts Social Competence and Behavior Problems in Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(9), 1421–1435. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00537-2>

Coyne, L. W., McHugh, L., & Martinez, E. R. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents, and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 379–399. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.010>

Crittenden, P. (2005). *Using the CARE-Index for Screening, Intervention, and Research*.

Crucianelli, L., Wheatley, L., Filippetti, M. L., Jenkinson, P. M., Kirk, E., & Fotopoulou, A. (Katerina). (2019). The mindedness of maternal touch: An investigation of maternal mind-mindedness and mother-infant touch interactions. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 35, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2018.01.010>

De Wolff, M., & Van IJzendoorn, M. (1997). Sensitivity and Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child development*, 68, 571–591. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x>

Dellve, L., Samuelsson, L., Tallborn, A., Fasth, A., & Hallberg, L. R.-M. (2006). Stress and well-being among parents of children with rare diseases: A prospective intervention study. *Journal of Advanced*

Nursing, 53(4), 392–402. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03736.x>

Dennett, D. C. (1989). *The intentional stance*. MIT press.

Devine, R., White, N., Ensor, R., & Hughes, C. (2016). Theory of Mind in Middle Childhood: Longitudinal Associations With Executive Function and Social Competence. *Developmental psychology*, 52. <https://doi.org/10.1037/dev0000105>

DiCorcia, J. A., & Tronick, E. (2011). Quotidian resilience: Exploring mechanisms that drive resilience from a perspective of everyday stress and coping. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(7), 1593–1602. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.04.008>

Disturbi del neurosviluppo e reti di cura—Maria Antonella Galanti, Bruno Sales. (2017).

Dittman, C. K., Farruggia, S. P., Keown, L. J., & Sanders, M. R. (2016). Dealing with Disobedience: An Evaluation of a Brief Parenting Intervention for Young Children Showing Noncompliant Behavior Problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(1), 102–112. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0548-9>

Dollberg, D. G. (2022). Mothers' parental mentalization, attachment dimensions and mother-infant relational patterns. *Attachment & Human Development*, 24(2), 189–207. <https://doi.org/10.1080/14616734.2021.1901297>

- Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., & Tremblay, R. E. (2009). Investing in early human development: Timing and economic efficiency. *Economics & Human Biology*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2009.01.002>
- DSM-5-TR (Edizione softcover)—American Psychiatric Association—Raffaello Cortina Editore.* (2014).
- Dyches, T. T., Smith, T. B., Korth, B. B., Roper, S. O., & Mandleco, B. (2012). Positive parenting of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2213–2220. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.06.015>
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L., & Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: A total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 77–93. *Research in developmental disabilities*, 22, 77–93. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(00\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(00)00061-5)
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Erickson, M., & Egeland, B. (2004). Linking theory and research to practice: The Minnesota Longitudinal Study of Parents and

Children and the STEEP™ program. *Clinical Psychologist*, 8, 5–9.
<https://doi.org/10.1080/13284200410001672207>

Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 215–237.
<https://doi.org/10.1080/15374410701820117>

Feldman, R. (2015). The adaptive human parental brain: Implications for children's social development. *Trends in Neurosciences*, 38(6), 387–399. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.04.004>

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, e5759694.
<https://doi.org/10.1155/2019/5759694>

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218.
[https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)

- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, *9*(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001399>
- Franke, N., Keown, L. J., & Sanders, M. R. (2020). An RCT of an Online Parenting Program for Parents of Preschool-Aged Children With ADHD Symptoms. *Journal of Attention Disorders*, *24*(12), 1716–1726. <https://doi.org/10.1177/1087054716667598>
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, *28*(6), 904–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.003>
- Giusti, L., Provenzi, L., & Montirosso, R. (2018). The Face-to-Face Still-Face (FFSF) Paradigm in Clinical Settings: Socio-Emotional Regulation Assessment and Parental Support With Infants With Neurodevelopmental Disabilities. *Frontiers in Psychology*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00789>
- Glanemann, R., Reichmuth, K., Matulat, P., & Zehnhoff-Dinnesen, A. am. (2013). Muenster Parental Programme empowers parents in communicating with their infant with hearing loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *77*(12), 2023–2029. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.10.001>
- Groeneveld, M. G., Vermeer, H. J., van IJzendoorn, M. H., & Linting, M. (2011). Enhancing home-based child care quality through video-

feedback intervention: A randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 86–96.
<https://doi.org/10.1037/a0022451>

Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Steele, R. D., & Roisman, G. I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: A meta-analytic study. *Attachment & Human Development*, 16(2), 103–136. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.883636>

Grossmann, K. E., Grossmann, K., Winter, M., & Zimmermann, P. (2002). Attachment relationships and appraisal of partnership: From early experience of sensitive support to later relationship representation. In A. Caspi & L. Pulkkinen (A c. Di), *Paths to Successful Development: Personality in the Life Course* (pp. 73–105). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511489761.004>

Grumi, S., Roberti, E., Parsanejad, S., Borgatti, R., & Provenzi, L. (2023). *Video-Feedback Interventions to Support Parents of Children with Neurodevelopmental Disabilities* (pp. 193–211).
https://doi.org/10.1007/978-3-031-34252-3_9

Gunning, M., Conroy, S., Valoriani, V., Figueiredo, B., Kammerer, M. H., Muzik, M., Glatigny-Dallay, E., Murray, L., & TCS-PND Group. (2004). Measurement of mother-infant interactions and the home

environment in a European setting: Preliminary results from a cross-cultural study. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 46, s38-44. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.46.s38>

Hadders-Algra, M. (2014). Early diagnosis and early intervention in cerebral palsy. *Frontiers in Neurology*, 5, 185. <https://doi.org/10.3389/fneur.2014.00185>

Harper, D. (2006). Telemedicine for Children With Disabilities. *Copyright*, 35, 11–27. https://doi.org/10.1207/s15326888chc3501_3

Hastings, R. P., & Beck, A. (2004). Practitioner Review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1338–1349. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00357.x>

Hauser-Cram, P., & Woodman, A. C. (2016). Trajectories of Internalizing and Externalizing Behavior Problems in Children with Developmental Disabilities. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(4), 811–821. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0055-2>

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Braeken, J., Eliëns, M. P. J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2015). Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior, bonding, and stress after preterm birth: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(2), 416–429. <https://doi.org/10.1037/a0038401>
- Hohlfeld, A. S. J., Harty, M., & Engel, M. E. (2018). Parents of children with disabilities: A systematic review of parenting interventions and self-efficacy. *African Journal of Disability, 7*(0), Articolo 0. <https://doi.org/10.4102/ajod.v7i0.437>
- Høivik, M. S., Lydersen, S., Drugli, M. B., Onsjøen, R., Hansen, M. B., & Nielsen, T. S. B.-. (2015). Video feedback compared to treatment as usual in families with parent–child interactions problems: A randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0036-9>

- Ilardi, C. R., Gamboz, N., Iavarone, A., Chieffi, S., & Brandimonte, M. A. (2021). Psychometric properties of the STAI-Y scales and normative data in an Italian elderly population. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(10), 2759–2766. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01815-0>
- 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. <https://doi.org/10.1002/imhj.21394>
- Izquierdo, R., Morin, P., Bratt, K., Moreau, Z., Meyer, S., Ploutz-Snyder, R., Wade, M., & Weinstock, R. (2009). School-Centered Telemedicine for Children with Type 1 Diabetes Mellitus. *The Journal of pediatrics*, 155, 374–379. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.03.014>
- Jackson-Koku, G. (2016). Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine*, 66(2), 174–175. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv087>
- Jahromi, L. B., Meek, S. E., & Ober-Reynolds, S. (2012). Emotion regulation in the context of frustration in children with high functioning autism and their typical peers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1250–1258. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02560.x>

- James, D. M., Wadnerkar-Kamble, M. B., & Lam-Cassettari, C. (2013). Video feedback intervention: A case series in the context of childhood hearing impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(6), 666–678. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12039>
- Järvikoski, A., Härkäpää, K., Martin, M., Vasari, P., & Autti-Rämö, I. (2015). Service characteristics as predictors of parents' perceptions of child rehabilitation outcomes. *Journal of Child Health Care*, 19(1), 106–117. <https://doi.org/10.1177/1367493513503579>
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 263–274. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00353.x>
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11(3), 289–299. <https://doi.org/10.1007/BF01186280>
- Khan, S., & Maduro, C. (2013). Pediatric Rehabilitation. In K. A. Sackheim (A c. Di), *Rehab Clinical Pocket Guide: Rehabilitation Medicine* (pp. 215–257). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5419-9_5

- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2004.08.001>
- King, G. A., Zwaigenbaum, L., King, S., Baxter, D., Rosenbaum, P., & Bates, A. (2006). A qualitative investigation of changes in the belief systems of families of children with autism or Down syndrome. *Child: Care, Health and Development, 32*(3), 353–369. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00571.x>
- Kirk, E., Pine, K., Wheatley, L., Howlett, N., Schulz, J., & Fletcher, B. (C). (2015). A longitudinal investigation of the relationship between maternal mind-mindedness and theory of mind. *British Journal of Developmental Psychology, 33*(4), 434–445. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12104>
- Kirk, E., & Sharma, S. (2017). Mind-mindedness in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 43–44*, 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.08.005>
- Kopp, C. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology, 18*, 199–214. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.18.2.199>

- Kristensen, I. H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T., & Kronborg, H. (2017). Video feedback promotes relations between infants and vulnerable first-time mothers: A quasi-experimental study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1568-1>
- Lam-Cassettari, C., Wadnerkar-Kamble, M. B., & James, D. M. (2015). Enhancing Parent–Child Communication and Parental Self-Esteem With a Video-Feedback Intervention: Outcomes With Prelingual Deaf and Hard-of-Hearing Children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *20*(3), 266–274. <https://doi.org/10.1093/deafed/env008>
- Langkamp, D. L., McManus, M. D., & Blakemore, S. D. (2015). Telemedicine for Children with Developmental Disabilities: A More Effective Clinical Process Than Office-Based Care. *Telemedicine and e-Health*, *21*(2), 110–114. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0379>
- Laranjo, J., Bernier, A., & Meins, E. (2008). Associations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: Investigating the mediating role of maternal sensitivity. *Infant Behavior & Development*, *31*(4), 688–695. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.04.008>

- Laranjo, J., Bernier, A., Meins, E., & Carlson, S. M. (2010). Early Manifestations of Children's Theory of Mind: The Roles of Maternal Mind-Mindedness and Infant Security of Attachment. *Infancy*, 15(3), 300–323. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7078.2009.00014.x>
- Laranjo, J., Bernier, A., Meins, E., & Carlson, S. M. (2014). The roles of maternal mind-mindedness and infant security of attachment in predicting preschoolers' understanding of visual perspective taking and false belief. *Journal of Experimental Child Psychology*, 125, 48–62. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2014.02.005>
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 217–228. <https://doi.org/10.1348/147608306X117394>
- Levac, D., & DeMatteo, C. (2009). Bridging the gap between theory and practice: Dynamic systems theory as a framework for understanding and promoting recovery of function in children and youth with acquired brain injuries. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(8), 544–554. <https://doi.org/10.3109/09593980802667888>

- Lok. (2006). *Mothers' thoughts about their children: Links between mind-mindedness and emotional availability—British Journal of Developmental Psychology—Wiley Online Library.*
- Lundy, B. L. (2003). Father– and mother–infant face-to-face interactions: Differences in mind-related comments and infant attachment? *Infant Behavior and Development, 26*(2), 200–212. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(03\)00017-1](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(03)00017-1)
- Lundy, B. L. (2013). Paternal and Maternal Mind-mindedness and Preschoolers' Theory of Mind: The Mediating Role of Interactional Attunement. *Social Development, 22*(1), 58–74. <https://doi.org/10.1111/sode.12009>
- Luteijn, E. F., Serra, M., Jackson, S., Steenhuis, M. P., Althaus, M., Volkmar, F., & Minderaa, R. (2000). How unspecified are disorders of children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified? A study of social problems in children with PDD-NOS and ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry, 9*(3), 168–179. <https://doi.org/10.1007/s007870070040>
- Machalicek, W., O'Reilly, M., Chan, J., Lang, R., Rispoli, M., Davis, T., Shogren, K., Sigafos, J., Lancioni, G., Antonuzzi, M., Langthorne, P., & Andrews, A. (2009). Using Videoconferencing to Conduct Functional Analysis of Challenging Behavior and Develop Classroom Behavioral Support Plans for Students with Autism.

Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities - EDUC TRAIN MENT RET DEV DIS, 44, 207–217.

Mahoney, G., & Powell, A. (1988). Modifying Parent-Child Interaction: Enhancing the Development of Handicapped Children. *The Journal of Special Education*, 22(1), 82–96.
<https://doi.org/10.1177/002246698802200110>

March, S., Spence, S., & Donovan, C. (2008). The Efficacy of an Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy Intervention for Child Anxiety Disorders. *Journal of pediatric psychology*, 34, 474–487.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn099>

Marcin, J., Ellis, J., Mawis, R., Nagrampa, E., Nesbitt, T., & Dimand, R. (2004). Using Telemedicine to Provide Pediatric Subspecialty Care to Children With Special Health Care Needs in an Underserved Rural Community. *Pediatrics*, 113, 1–6.
<https://doi.org/10.1542/peds.113.1.1>

McCarthy, M., Muñoz, K., & White, K. R. (2010). Teleintervention for infants and young children who are deaf or hard-of-hearing. *Pediatrics*, 126 Suppl 1, S52-58.
<https://doi.org/10.1542/peds.2010-0354J>

McCullough, A. (2001). Viability and effectiveness of teletherapy for pre-school children with special needs. *International Journal of*

Language & Communication Disorders, 36 Suppl, 321–326.

<https://doi.org/10.3109/13682820109177905>

McDonough, S. C. (2005). *Interaction Guidance: An approach for difficult-to-engage families*. (2^a ed.). Guilford Pres.

McIntyre, L. L., Neece, C. L., Sanner, C. M., Rodriguez, G., & Safer-Lichtenstein, J. (2022). Telehealth Delivery of a Behavioral Parent Training Program to Spanish-Speaking Latinx Parents of Young Children With Developmental Delay: Applying an Implementation Framework Approach. *School Psychology Review*, 51(2), 206–220. <https://doi.org/10.1080/2372966X.2021.1902749>

McMahon, C. A., & Bernier, A. (2017). Twenty years of research on parental mind-mindedness: Empirical findings, theoretical and methodological challenges, and new directions. *Developmental Review*, 46, 54–80. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.07.001>

McMahon, C., & Newey, B. (2018). Non-Attuned Mind-Mindedness, Infant Negative Affect, and Emotional Availability: Assessing Mind-Mindedness during the Still-Face Paradigm. *Infancy*, 23(6), 873–892. <https://doi.org/10.1111/infa.12245>

Meins, E. (1997). Security of Attachment and the Social Development of Cognition (1st ed.). *Social Development*, 42(5), 637–648. <https://doi.org/10.4324/9780203775912>

- Meins, E. (1998). The effects of security of attachment and maternal attribution of meaning on children's linguistic acquisitional style. *Infant Behavior and Development*, 21(2), 237–252. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(98\)90004-2](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(98)90004-2)
- Meins, E. (1999). Sensitivity, security and internal working models: Bridging the transmission gap. *Attachment & Human Development*, 1(3), 325–342. <https://doi.org/10.1080/14616739900134181>
- Meins, E. (2013). Sensitive attunement to infants' internal states: Operationalizing the construct of mind-mindedness. *Attachment & Human Development*, 15(5–6), 524–544. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.830388>
- Meins, E., Centifanti, L. C. M., Fernyhough, C., & Fishburn, S. (2013). Maternal mind-mindedness and children's behavioral difficulties: Mitigating the impact of low socioeconomic status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 543–553. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9699-3>
- Meins, E., & Fernyhough, C. (1999). Linguistic acquisitional style and mentalising development: The role of maternal mind-mindedness. *Cognitive Development*, 14. [https://doi.org/10.1016/S0885-2014\(99\)00010-6](https://doi.org/10.1016/S0885-2014(99)00010-6)
- Meins, E., & Fernyhough, C. (2010). *Mind-mindedness coding manual*.

- Meins, E., Fernyhough, C., Arnott, B., Leekam, S., & De Rosnay, M. (2013). Mind-Mindedness and Theory of Mind: Mediating Roles of Language and Perspectival Symbolic Play. *Child development*, 84. <https://doi.org/10.1111/cdev.12061>
- Meins, E., Fernyhough, C., Arnott, B., Turner, M., & Leekam, S. (2011). Mother-Versus Infant-Centered Correlates of Maternal Mind-Mindedness in the First Year of Life. *Infancy*, 16, 137–165. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7078.2010.00039.x>
- Meins, E., Fernyhough, C., de Rosnay, M., Arnott, B., Leekam, S. R., & Turner, M. (2012). Mind-Mindedness as a Multidimensional Construct: Appropriate and Nonattuned Mind-Related Comments Independently Predict Infant-Mother Attachment in a Socially Diverse Sample. *Infancy: The Official Journal of the International Society on Infant Studies*, 17(4), 393–415. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7078.2011.00087.x>
- 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*.
- Meins, E., Fernyhough, C., & Harris-Waller, J. (2014). Is mind-mindedness trait-like or a quality of close relationships? Evidence from descriptions of significant others, famous people, and works

of art. *Cognition*, 130(3), 417–427.
<https://doi.org/10.1016/j.cognition.2013.11.009>

Meins, E., Fernyhough, C., Johnson, F., & Lidstone, J. (2006). Mind-mindedness in children: Individual differences in internal-state talk in middle childhood. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 181–196. <https://doi.org/10.1348/026151005X80174>

Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (2001). Security of Attachment as a Predictor of Symbolic and Mentalising Abilities: A Longitudinal Study. *Social Development*, 7(1), 1.

Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74(4), 1194–1211.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00601>

Mejia, A., Calam, R., & Sanders, M. R. (2012). A Review of Parenting Programs in Developing Countries: Opportunities and Challenges for Preventing Emotional and Behavioral Difficulties in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 163–175.
<https://doi.org/10.1007/s10567-012-0116-9>

Morgan, C., Novak, I., & Badawi, N. (2013). Enriched environments and motor outcomes in cerebral palsy: Systematic review and meta-

analysis. *Pediatrics*, 132(3), e735-746.

<https://doi.org/10.1542/peds.2012-3985>

Papaeliou, C., Polemikos, N., Fryssira, E., Kodakos, A., Kaila, M., Yiota, X., Benaveli, E., Michaelides, C., Strogilos, V., & Vrettoulou, M. (2012). Behavioural profile and maternal stress in Greek young children with Williams syndrome. *Child: Care, Health and Development*, 38(6), 844–853. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01306.x>

Patel, D. R., Greydanus, D. E., Calles, J. L., & Pratt, H. D. (2010). Developmental disabilities across the lifespan. *Disease-a-Month: DM*, 56(6), 304–397. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2010.02.001>

Patel, D. R., & Merrick, J. (2011). Neurodevelopmental Disabilities: Introduction and Epidemiology. In D. R. Patel, D. E. Greydanus, H. A. Omar, & J. Merrick (A c. Di), *Neurodevelopmental Disabilities: Clinical Care for Children and Young Adults* (pp. 1–13). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0627-9_1

PDM-2—Manuale diagnostico psicodinamico—Raffaello Cortina Editore. (2020).

Pelentsov, L. J., Fielder, A. L., Laws, T. A., & Esterman, A. J. (2016). The supportive care needs of parents with a child with a rare disease:

- Results of an online survey. *BMC Family Practice*, 17, 88.
<https://doi.org/10.1186/s12875-016-0488-x>
- Pennington, L., & McConachie, H. (2001). Predicting patterns of interaction between children with cerebral palsy and their mothers. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43(2), 83–90.
<https://doi.org/10.1017/s0012162201000147>
- Perrin, E. C., Leslie, L. K., & Boat, T. (2016). Parenting as Primary Prevention. *JAMA Pediatrics*, 170(7), 637–638.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0225>
- Phaneuf, L., & McIntyre, L. L. (2007). Effects of Individualized Video Feedback Combined with Group Parent Training on Inappropriate Maternal Behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 737–741. <https://doi.org/10.1901/jaba.2007.737-741>
- Phaneuf, L., & McIntyre, L. L. (2011). The Application of a Three-Tier Model of Intervention to Parent Training. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 13(4), 198–207.
<https://doi.org/10.1177/1098300711405337>
- Piccolo, D. (2018). *Disturbi del neurosviluppo e sistemi di classificazione. Una prospettiva psicoeducativa della neuropsichiatria infantile.*
- Piotrowski, C., Sherry, D., & Keller, J. (1985). Psychodiagnostic Test Usage: A Survey of the Society for Personality Assessment.

Journal of personality assessment, 49, 115–119.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4902_1

Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), 362–385.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.02.009>

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. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1428997>

Poslawsky, I. E., Naber, F. B., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Daalen, E., van Engeland, H., & van IJzendoorn, M. H. (2015). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI): A randomized controlled trial. *Autism*, 19(5), 588–603. <https://doi.org/10.1177/1362361314537124>

Provenzi, L. (2021). The porridge-like framework: A multidimensional guidance to support parents of children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 117, 104048. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104048>

- Provenzi, L., Baroffio, E., Ligabue, S., & Borgatti, R. (2020). The Little Professor and the Virus: Scaffolding Children's Meaning Making During the COVID-19 Emergency. *Frontiers in Psychiatry, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00817>
- Provenzi, L., Giusti, L., Caglia, M., Rosa, E., Mascheroni, E., & Montiroso, R. (2020). Evidence and Open Questions for the Use of Video-Feedback Interventions With Parents of Children With Neurodevelopmental Disabilities. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01374>
- Provenzi, L., Grumi, S., Gardani, A., Aramini, V., Dargenio, E., Naboni, C., Vacchini, V., Borgatti, R., & Group, E. with F. through O. R. for C. during the E. (EnFORCE). (2021). Italian parents welcomed a telehealth family-centred rehabilitation programme for children with disability during COVID-19 lockdown. *Acta Paediatrica, 110*(1), 194–196. <https://doi.org/10.1111/apa.15636>
- Provenzi, L., Rosa, E., Visintin, E., Mascheroni, E., Guida, E., Cavallini, A., & Montiroso, R. (2020). Understanding the role and function of maternal touch in children with neurodevelopmental disabilities. *Infant Behavior & Development, 58*, 101420. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101420>
- Provenzi, L., Scotto di Minico, G., Giusti, L., Guida, E., & Müller, M. (2018). Disentangling the Dyadic Dance: Theoretical,

Methodological and Outcomes Systematic Review of Mother-Infant Dyadic Processes. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00348>

Provenzi, L., & Tronick, E. (2020). The power of disconnection during the COVID-19 emergency: From isolation to reparation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S252–S254. <https://doi.org/10.1037/tra0000619>

Putnam, S., Gartstein, M., Broos, H., Casalin, S., & Lecannelier, F. (2018). *Cross-Cultural Differences in Socialization Goals and Parental Ethnotheories: Findings from the Joint Effort Toddler Temperament Consortium* (pp. 59–67). <https://doi.org/10.4324/9781315203713-6>

Putnam, S. P., Helbig, A. L., Gartstein, M. A., Rothbart, M. K., & Leerkes, E. (2014). Development and assessment of short and very short forms of the infant behavior questionnaire-revised. *Journal of Personality Assessment*, 96(4), 445–458. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.841171>

Rackett, P., & Macdonald, B. (2014). «Fun with Mum»: Using Video Interaction Guidance to enhance early relationships and diminish maternal postnatal depression. *Educational and Child Psychology*, 31, 82–92. <https://doi.org/10.53841/bpsecp.2014.31.4.82>

- Roberts, L. R., Boostrom, G. G., Dehom, S. O., & Neece, C. L. (2020). Self-Reported Parenting Stress and Cortisol Awakening Response Following Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention for Parents of Children With Developmental Delays: A Pilot Study. *Biological Research For Nursing*, 22(2), 217–225. <https://doi.org/10.1177/1099800419890125>
- Rosenblum, K. L., McDonough, S. C., Sameroff, A. J., & Muzik, M. (2008). Reflection in thought and action: Maternal parenting reflectivity predicts mind-minded comments and interactive behavior. *Infant Mental Health Journal*, 29(4), 362–376. <https://doi.org/10.1002/imhj.20184>
- Rothbart, M. K. (1981). Measurement of Temperament in Infancy. *Child Development*, 52(2), 569–578. <https://doi.org/10.2307/1129176>
- Rusconi-Serpa, S., Sancho Rossignol, A., & McDonough, S. C. (2009). Video Feedback in Parent-Infant Treatments. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 735–751. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.02.009>
- Sameroff, A., & Mackenzie, M. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and psychopathology*, 15, 613–640. <https://doi.org/10.1017/S0954579403000312>

- Santos, I. R. D. dos, & Brazorotto, J. S. (2018). Intervenção guiada por *videofeedback* a famílias de crianças com deficiência auditiva. *CoDAS*, 30, e20160256. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182016256>
- Schechter, D. S., Myers, M. M., Brunelli, S. A., Coates, S. W., Zeanah, C. H., Jr., Davies, M., Grienenberger, J. F., Marshall, R. D., McCaw, J. E., Trabka, K. A., & Liebowitz, M. R. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 429–447. <https://doi.org/10.1002/imhj.20101>
- Schiariti, V. (2020). The human rights of children with disabilities during health emergencies: The challenge of COVID-19. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(6), 661–661. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14526>
- Schuster, M. A., & Fuentes-Afflick, E. (2017). Caring for Children by Supporting Parents. *The New England Journal of Medicine*, 376(5), 410–413. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1611499>
- 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. <https://doi.org/10.1002/imhj.21557>

Shahid, A., Wilkinson, K., Marcu, S., & Shapiro, C. M. (2012). Beck Depression Inventory. In A. Shahid, K. Wilkinson, S. Marcu, & C. M. Shapiro (A c. Di), *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales* (pp. 63–64). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9893-4_8

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), Articolo 3.

Sheridan, M. D. (2009). *Dalla nascita ai cinque anni—Helen Cockerill, Lucy Sanctuary, Ajay Sharma—Raffaello Cortina Editore.*

Smith, T., & Iadarola, S. (2015). Evidence Base Update for Autism Spectrum Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division* 53, 44(6), 897–922. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1077448>

Soares, N., & Langkamp, D. (2012). Telehealth in Developmental-Behavioral Pediatrics. *Journal of developmental and behavioral*

pediatrics : *JDBP*, 33, 656–665.

<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182690741>

Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983).

Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2). In

Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; Vol. IV.

Spiker, D., Boyce, G. C., & Boyce, L. K. (2002). Parent-child interactions

when young children have disabilities. In *International review of*

research in mental retardation, Vol. 25 (pp. 35–70). Academic

Press. [https://doi.org/10.1016/S0074-7750\(02\)80005-2](https://doi.org/10.1016/S0074-7750(02)80005-2)

Spittle, A. (2015). Early intervention cognitive effects not sustained past

preschool. *The Journal of Pediatrics, 166*(3), 777–780.

<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.12.048>

Spittle, A., Orton, J., Anderson, P. J., Boyd, R., & Doyle, L. W. (2015).

Early developmental intervention programmes provided post

hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in

preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11.*

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005495.pub4>

Spittle, A., & Treyvaud, K. (2016). The role of early developmental

intervention to influence neurobehavioral outcomes of children

born preterm. *Seminars in Perinatology, 40*(8), 542–548.

<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2016.09.006>

- Steer, R. A., Beck, A. T., & Garrison, B. (1986). Applications of the Beck Depression Inventory. In N. Sartorius & T. A. Ban (A c. Di), *Assessment of Depression* (pp. 123–142). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-70486-4_13
- Stern, D. N. (1985). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-infant Psychotherapy*.
- Tagini, A. (2019). *L'operazionalizzazione di un'analogia: La mind-mindedness e la reverie—Raffaello Cortina Editore*.
- Thompson, L. A., & Rasmussen, S. A. (2020). What Does the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Mean for Families? *JAMA Pediatrics*, *174*(6), 628. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0828>
- Thompson, R. (2015). Early Attachment and Later Development: Familiar Questions, New Answers. In *Handbook of Attachment*.
- Tomasello, M., Kruger, A., & Ratner, H. (1993). Cultural Learning. *Behavioral and Brain Sciences*, *16*, 495–511.
<https://doi.org/10.1017/S0140525X0003123X>
- Tomasello, N., Manning, A., & Dulmus, C. (2010). Family-Centered Early Intervention for Infants and Toddlers With Disabilities. *Journal of Family Social Work*, *13*, 163–172.
<https://doi.org/10.1080/10522150903503010>
- Totsika, V., Hastings, R. P., Emerson, E., & Hatton, C. (2020). Early Years Parenting Mediates Early Adversity Effects on Problem Behaviors

in Intellectual Disability. *Child Development*, 91(3), e649–e664.
<https://doi.org/10.1111/cdev.13273>

Totten, A. M., Womack, D. M., Eden, K. B., McDonagh, M. S., Griffin, J. C., Grusing, S., & Hersh, W. R. (2016). *Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes From Systematic Reviews*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Trevarthen, C. (2001). The neurobiology of early communication: Intersubjective regulations in human brain development. *Handbook on brain and Behaviour in human development*, 841–882.

Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17(1), 1–13. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)62273-1](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)62273-1)

Van IJzendoorn, M. H. (1995). *Attachment, Intelligence, and Language: A Meta-analysis†—Social Development—Wiley Online Library*.

Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., Koot, H. M., & Alink, L. R. A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 74(6), 994–1005.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.994>

Velderman, K. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 266–274. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.266>

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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00872>

Vilaseca, R., Rivero, M., Bersabé, R. M., Navarro-Pardo, E., Cantero, M. J., Ferrer, F., Valls Vidal, C., Innocenti, M. S., & Roggman, L. (2019). Spanish Validation of the PICCOLO (Parenting Interactions With Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes). *Frontiers in Psychology*, 10, 680. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00680>

Vilaseca, R., Rivero, M., Ferrer, F., & Bersabé, R. M. (2020). Parenting behaviors of mothers and fathers of young children with intellectual

disability evaluated in a natural context. *PLOS ONE*, *15*(10), e0240320. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240320>

Walker, T. M., Wheatcroft, R., & Camic, P. M. (2012). Mind-mindedness in parents of pre-schoolers: A comparison between clinical and community samples. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *17*(3), 318–335. <https://doi.org/10.1177/1359104511409142>

Weitlauf, A. S., Broderick, N., Stainbrook, J. A., Taylor, J. L., Herrington, C. G., Nicholson, A. G., Santulli, M., Dykens, E. M., Juárez, A. P., & Warren, Z. E. (2020). Mindfulness-Based Stress Reduction for Parents Implementing Early Intervention for Autism: An RCT. *Pediatrics*, *145*(Supplement_1), S81–S92. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1895K>

Whittingham, K., Sanders, M. R., McKinlay, L., & Boyd, R. N. (2016). Parenting Intervention Combined With Acceptance and Commitment Therapy: A Trial With Families of Children With Cerebral Palsy. *Journal of Pediatric Psychology*, *41*(5), 531–542. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv118>

Wilson, S., McKenzie, K., Quayle, E., & Murray, G. (2014). A systematic review of interventions to promote social support and parenting skills in parents with an intellectual disability. *Child: Care, Health and Development*, *40*(1), 7–19. <https://doi.org/10.1111/cch.12023>

- Yagmur, S., Mesman, J., Malda, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Ekmekci, H. (2014). Video-feedback intervention increases sensitive parenting in ethnic minority mothers: A randomized control trial. *Attachment & Human Development, 16*(4), 371–386. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.912489>
- Yoshikawa, H., & Hsueh, J. (2001). Child development and public policy: Toward a dynamic systems perspective. *Child development, 72*(6), 1887–1903. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00384>
- Zanobini, M., & Usai, M. C. (2011). *Psicologia della disabilità e dei disturbi dello sviluppo. Elementi di riabilitazione e d'intervento. - Ediz. Ampliata.* Franco Angeli.
- Zeanah, C. H., Gunnar, M. R., McCall, R. B., Kreppner, J. M., & Fox, N. A. (2011). Sensitive Periods. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 76*(4), 147–162. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00631.x>
- Zeegers, M. A. J., Colonesi, C., Stams, G.-J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin, 143*(12), 1245–1272. <https://doi.org/10.1037/bul0000114>
- Zeegers, M. A. J., de Vente, W., Nikolić, M., Majdandžić, M., Bögels, S. M., & Colonesi, C. (2018). Mothers' and fathers' mind-mindedness influences physiological emotion regulation of infants

across the first year of life. *Developmental Science*, 21(6), e12689.

<https://doi.org/10.1111/desc.12689>

Zelenko, M., & Benham, A. (2000). Videotaping as a therapeutic tool in psychodynamic infant– parent therapy. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 192–203. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200007\)21:3<192::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200007)21:3<192::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-#)