

## Capitolo quinto

---

### **Osservazione clinica e intervento nell'Infant Research**

*(Loredana Cena, Antonio Imbasciati)*

#### **5.1 L'intersoggettività e la regolazione emotiva diadica**

Intorno agli anni '70 nell'ambito della psicologia dello sviluppo si ha un cambiamento importante nei paradigmi della ricerca scientifica sperimentale: i ricercatori non si limitano a campioni clinici, ampliano l'oggetto di studio ai processi normali, osservando i bambini direttamente nella loro realtà; alcuni dei cambiamenti più significativi riguardano lo spostamento della ricerca a periodi di sviluppo sempre più precoci, fino all'epoca prenatale.

Questa svolta importante è da ricondursi (Stern, 1985) principalmente a cambiamenti nei metodi osservativi sperimentali: in primis all'osservazione e all'individuazione delle competenze precoci presenti alla nascita nei neonati. La scoperta (Wolff, 1966) che i neonati non sono solo impegnati a dormire, mangiare, piangere, ma fin dalla nascita, durante la veglia, sono in uno stato di inattività vigile e rispondono alle sollecitazioni ambientali, stimola ad una osservazione degli infanti sempre più attenta: le scoperte attraverso osservazioni naturali vengono verificate in situazioni sperimentali: così, per esempio, si conferma che i lattanti riconoscono l'odore del latte della propria madre rispetto a quello di altre donne (MacFarlane, 1975; Widstrom et al., 1987). Sono paradigmatici i resoconti minuziosi delle osservazioni (Sander, 2000) dei ricercatori svedesi mentre seguono, a mezz'ora dalla nascita, il bimbo adagiato, pelle contro pelle, sull'addome della madre: il neonato rimane in uno stato vigile per 20-30 minuti, poi si muove verso il seno, la sua testa si gira da una parte all'altra spostandosi verso il capezzolo, apre la bocca e inizia a poppare; questa osservazione viene messa a confronto con quanto accade alla madre: se tutto questo avviene entro la mezz'ora dopo la nascita, si attiva una secrezione di ossitocina che determina una vasocostrizione nella madre e

questo controlla l'emorragia post-partum e riduce il suo dolore.

Molte sono le scoperte sorprendenti sulle capacità neonatali: vengono messe a punto nuove procedure osservative adeguate per lo studio di neonati, spesso associate a metodi sperimentali o quasi sperimentali, che analizzano competenze particolari del lattante, come il riconoscimento postnatale della voce materna, lo studio delle capacità dei diversi sistemi sensoriali o l'analisi del codice emotivo o delle competenze di comunicazione con la madre (Fogel, 1982; Trevarthen, 1979). I ricercatori correlano stimoli più o meno complessi a risposte e reazioni del lattante (Fantz, 1964) utilizzando indici elettrofisiologici, come il battito cardiaco, l'elettroencefalografia, le risposte elettromediche, indici collegati a comportamenti motori, come i movimenti oculari, il tempo relativo di fissazione, la suzione non nutritiva o i metodi di adattamento.

Si possono ricordare alcuni degli indici sperimentali più innovativi che hanno consentito di rilevare le capacità precoci dei sistemi sensoriale, visivo, uditivo, olfattivo del neonato e del lattante fino a sei mesi (Spelke, Hofsten, 1986): la valutazione degli indici elettrofisiologici della sensibilità del lattante allo stimolo specifico è determinata dalla modifica dello schema di base, misurato in assenza di stimoli e utilizzato come riferimento; questi parametri sono utilizzati per la misurazione del ritmo cardiaco del neonato: le reazioni allo stimolo si traducono in un aumento o in una diminuzione della frequenza del polso. Analogamente la variazione della frequenza viene utilizzata per valutare i movimenti della suzione non nutritiva, che indicano lo stato di attivazione e percezione della stimolazione da parte del bimbo; altri parametri interessanti sono il tempo di fissazione di un oggetto e l'adattamento o *habituation* ad una stimolazione continua. La metodologia del tempo di fissazione si basa sulla presentazione simultanea al lattante, per un certo periodo di tempo, di due oggetti identici o diversi; vengono registrati gli orientamenti dello sguardo del neonato: se il soggetto non rileva differenze tra loro, il suo sguardo si orienta su ognuno, per un tempo analogo di fissazione; viene registrata invece la preferenza per uno dei due oggetti se il lattante fissa lo sguardo o lo esplora per un tempo di maggiore durata. La metodologia dell'*habituation* è utilizzata invece per valutare la capacità

di discriminazione neonatale alla ripetizione di uno stesso stimolo: se si presenta a un lattante uno stesso stimolo più volte, la sua attenzione diminuisce e lui resta indifferente allo stimolo; solo un cambiamento di intensità o di stimolazione può sollecitare una nuova reazione.

Con Infant Research si intende tutta una serie di ricerche scientifiche sperimentali che utilizzano procedure e nuove tecnologie nelle osservazioni del bambino per studiare il suo sviluppo e la relazione con i suoi caregiver (Stern, 1974; Tronick et al., 1978; Trevarthen, 1979; Fogel, 1982; Sander, 1987). Quando l'osservazione ha il suo focus sulla interazione tra il bambino e i suoi caregivers, presenta complessità tali che il ricercatore e il clinico necessitano di un equipaggiamento teorico e strumentale adeguato, che consenta di trarre quelle informazioni indispensabili per strutturare un intervento di aiuto adeguato. La difficoltà a descrivere la complessità dell'interazione, negli aspetti e attraverso le sfumature che passano nella comunicazione verbale, ma soprattutto non verbale, tra genitore e bambino, ha stimolato a utilizzare nei processi di *assessment* e di cura strumenti che diano la possibilità di ritornare più volte a rivedere quanto accade nell'interazione, per una analisi sempre più minuziosa e dettagliata di ciò che viene osservato. Nella metodologia osservativa dell'interazione genitore-bambino iniziano così ad essere utilizzate tecniche audiovisive di video-osservazione, con una tecnica di analisi sequenziale delle interazioni che vengono osservate (Bakerman, 1978; Bakerman, Gottman, 1986; Gnisci, Bakerman, 2000; Bakerman, Quera, 2003).

Gli strumenti di videoregistrazione consentono di effettuare video-osservazioni, cioè di filmare i momenti di osservazione diretta delle interazioni del singolo e della relazione genitore bambino sui quali l'osservatore può ritornare più e più volte prima di impostare un qualche intervento. Sono potenti strumenti per la metodologia osservativa, soprattutto quando l'oggetto di studio è una interazione che si evolve prevalentemente a livello della comunicazione non verbale, come quella tra un neonato e i suoi caregiver.

In genere i video delle interazioni genitore-bambino hanno una durata limitata e vengono utilizzati per le osservazioni delle interazioni in momenti di gioco libero, oppure in situazioni in cui viene assegnato alla diade un compito

da svolgere, oppure durante il pasto del bambino. Le video-osservazioni consentono di registrare il processo delle interazioni mentre avvengono e di rivederle più volte, contemporaneamente con altri osservatori. Un altro vantaggio è il fermo immagine: questa tecnica può essere usata per imparare a osservare interazioni in corso. Poter bloccare una immagine favorisce la possibilità di fermare l'attenzione e affinare l'osservazione nei confronti dei punti più significativi di una interazione. Il video consente di fermarsi sugli aspetti temporali dell'interazione e di rivedere più volte una sequenza intera: questo consente di stabilire con maggiore precisione se per esempio il comportamento del genitore è una reazione a quello del bambino: ogni volta che il bambino sorride la madre potrebbe sorridere a sua volta, oppure voltarsi. Il clinico può rivedere la videoregistrazione insieme alla famiglia, per stimolare una riflessione e una condivisione emotiva dei fenomeni interattivi osservati. La videoregistrazione permette anche di scegliere il livello di analisi di un evento, prendendo in considerazione diverse definizioni di unità comportamentale: dallo spostamento dell'indice di una mano al movimento globale del corpo di un bambino, viceversa dalla macroanalisi alla microanalisi di un movimento. La videoregistrazione affina le possibilità dell'osservazione naturale in quanto il filmato si limita a fissare l'immagine ed è poi il ricercatore a scegliere l'informazione da estrarre.

Con queste strumentazioni è possibile rilevare aspetti dello sviluppo del bambino e della interazione che possono essere a disposizione del clinico e del ricercatore in qualsiasi momento, offrendo la possibilità di analizzare con modalità microanalitiche quanto non sarebbe possibile indagare attraverso la semplice osservazione e attenzione umana: si ha un mutamento di paradigma e la ricerca e la clinica possono ampliare l'indagine da un modello di sviluppo orientato alle caratteristiche intrinseche del bambino, ad un modello di sviluppo in cui il bambino è in continua interazione dinamica con l'esperienza della famiglia e il contesto sociale.

Sander è l'autore che struttura uno dei primi modelli interpretativi (Sander, 1962, 1977) descrivendo il ruolo fondamentale dell'autoregolazione nello scambio diadico, sostenendo che il bambino è attivato da una primaria attività endogena, che deve coordinarsi con quella materna,

ossia il bambino ha una motivazione intrinseca, è automotivato a scoprire le regolarità, a generare aspettative ed agire in base ad esse. Si inizia a descrivere in termini di sistema diadico il rapporto madre-bambino e si strutturano nuovi metodi per osservare la relazione simultanea dei due partner nella regolazione del rapporto interpersonale, inaugurando così un nuovo paradigma scientifico, quello in cui anche il bambino è interattivo.

La ricerca relativa alla microanalisi dell'interazione *vis-à-vis* madre-bambino inizia negli anni '70 (Brazelton, Kozlowski, Main, 1974; Lewis, Rosenblum, 1974; Stern, 1971; Trevarthen, 1974) e introduce il paradigma dall'influenzamento bidirezionale nella comunicazione primaria. Si mettono a punto costrutti sempre più articolati che consentano di comprendere e descrivere in modo più complesso la realtà del fenomeno indagato: in particolare per osservare e valutare le caratteristiche delle prime forme di interazione bidirezionale genitore-bambino e si individua il costrutto dell'intersoggettività. Secondo Trevarthen (1979) questo si manifesta nella sua forma primaria nei primi sei mesi di vita del bimbo, e secondaria dopo i sei mesi: nella comunicazione genitore-bambino, dal secondo mese di vita fino al quinto, sono osservabili scambi di sguardi, sorrisi e vocalizzazioni, che si presentano con una alternanza di turni nella diade, tipici del dialogo tra adulti e rilevabili con tecniche microanalitiche. Secondo alcuni autori i segnali comunicativi del bimbo ricevono significato e intenzionalità da parte della madre, mentre per altro verso si sottolinea la tendenza innata nel neonato a comunicare, che si esprime già nel secondo mese di vita (Shaffer, 1977). Il bimbo piccolo, a partire dai due mesi, è in grado di iniziare una comunicazione di tipo intenzionale con il genitore orientando il capo verso di lui, nonché concludendo la conversazione, ad esempio, girando altrove lo sguardo; si possono osservare delle protoconversazioni (Bateson, 1979) attraverso l'alternanza dei turni e lo scambio emotivo (Sameroff, Emde, 1989). La comunicazione genitore-bambino viene regolata da schemi della relazione che consentono ai membri della diade di predire e anticipare il comportamento dell'altro (Cohn, Tronick, 1987, 1988).

Nel corso dei primi due mesi, accanto all'intersoggettività primaria si osserva nel bimbo la capacità di esprimere emozioni (Trevarthen, 1984, 1990; Ekman, 1992; Tronick, 1989):

egli ha la capacità di rivolgersi verso stimoli percepiti in modo specifico. L'articolazione delle emozioni primarie (gioia, sorpresa, collera, rabbia, tristezza, paura) diventa sempre più complessa a partire dalla fine del secondo mese, fino all'anno di vita: nel corso del secondo anno di vita compaiono le emozioni sociali (vergogna, colpa, orgoglio). Il bimbo apprende a ricercare fin dalla nascita emozioni positive (Emde, 1992): se ad una sua vocalizzazione la madre gli si avvicina e sorride, fermandosi a giocare con lui, questo favorirà la ripetizione dello stesso suono per riprovare ancora quella stessa emozione piacevole. Le prime rappresentazioni delle relazioni si organizzano rispetto alle aspettative delle emozioni positive, che orienteranno le successive esperienze relazionali del soggetto.

L'intersoggettività secondaria (Trevarthen, 1980) è osservabile dai cinque mesi: si manifesta con una frattura nella relazione tra genitore e bambino, osservabile nella comunicazione faccia-faccia: il bambino rivolge la sua attenzione all'ambiente circostante, con una diminuzione della comunicazione con il caregiver. Verso i nove mesi il bimbo rivolge la sua attenzione ad esplorare il mondo esterno e cerca di condividere con il genitore la sua attività esplorativa, con lo scopo di costruire significati comuni; fino a più complesse e articolate forme di regolazione emotiva e affettiva durante il successivo sviluppo (Trevarthen, 1990).

La regolazione emotiva diventa un paradigma teorico molto utilizzato sia nell'Infant Research, sia nella teoria dell'attaccamento (Sander, 1977; Tronick, 1989; Trevarthen, 1984; Murray Trevarthen, 1985; Stern, 1985; Sroufe, 1996; Beebe et al., 1998) per spiegare la formazione dei pattern di attaccamento nei primi anni di vita, considerati come stili di regolazione delle emozioni, che il bambino struttura rispetto alla disponibilità emotiva dei genitori (Cassidy, 1994). La relazione con le figure affettive di riferimento consente al bambino di attivare strategie regolative primarie (Sroufe, 2005) che vengono apprese all'interno del legame di attaccamento.

Sroufe (1996) osserva e descrive la regolazione emotiva come la capacità del bimbo, attraverso il genitore, di mantenere l'organizzazione comportamentale ad un livello adeguato di fronte a elevati stati di tensione. Le prime forme di regolazione emotiva si sviluppano nell'ambito della re-

lazione diadica con il genitore. Dopo una prima fase (0-2 mesi) in cui la regolazione della tensione nell'ambito dell'accudimento avviene in modo fisiologico, si osserva una seconda fase detta della «regolazione guidata» (3-6 mesi), in cui il genitore svolge un ruolo fondamentale aiutando con i suoi interventi specifici il bambino a modulare la sua tensione di fronte a emozioni intense. Questa funzione è osservabile nei giochi caratteristici di questo periodo, orientati sulla continua alternanza tra incremento e decremento della tensione emotiva tra genitore e bambino. La fase successiva della «regolazione diadica», osservabile nel secondo semestre di vita, consiste nel consolidarsi di specifici legami di attaccamento: il bimbo rivolge intenzionalmente all'adulto interventi regolatori e al contempo inizia a formarsi schemi cognitivo-affettivi di queste esperienze, da cui prenderanno origine le successive relazioni. I tipi di attaccamento sicuro e insicuro sono indicatori delle competenze regolatorie che il bimbo sta acquisendo, attraverso le relazioni con i suoi caregiver; il legame di attaccamento che si osserva nel corso del primo e del secondo anno di vita è correlato alla modalità di regolazione emozionale (Sroufe, 1996).

La regolazione è una funzione fondamentale per lo sviluppo di un legame equilibrato: disturbi di tale regolazione, spesso espressi con disfunzioni dei ritmi fisiologici fondamentali, sono rivelatori di disturbi relazionali (Sroufe, 1989). Quando il bambino è piccolo, dalla nascita fino al primo anno di vita, la regolazione del legame viene individuata attraverso indicatori quali continuità, regolarità, responsività del genitore. Nei piccoli degli animali la mancanza di un contatto continuo con la madre, o la non regolarità di cure, o la carenza di esse hanno un effetto disorganizzante sull'omeostasi del piccolo: a questo proposito sono famosi gli studi di Hofer (1994): nei ratti l'attività dei piccoli è regolata da un contatto continuo con la madre: così il ritmo cardiaco, la frequenza respiratoria, il ritmo del sonno, la temperatura corporea, l'innalzamento dell'ormone della crescita.

Nella interazione bambino-caregiver è fondamentale il processo di continuità e regolarità del legame: fin dagli studi di Spitz (1946) si è messo in evidenza che i bambini che non possono avere un contatto continuo e regolare con la madre mostrano una sintomatologia spesso grave, defini-

ta depressione anaclitica, con conseguenti disturbi dello sviluppo e della crescita

## **5.2 Interferenze nel sistema regolativo e autoregolazione del bimbo**

Se qualcosa in questo sistema di regolazione affettiva tra il bambino e i suoi caregiver non funziona il bimbo è costretto a fare ricorso a forme di autoregolazione che possono anche interferire nello sviluppo delle capacità relazionali.

Si è rilevato che le regolazioni diadiche madre-bambino non sono sempre sintoniche e per poter studiare i differenti effetti dell'influenzamento di questi scambi non sintonici presenti nella relazione madre-bambino, nei primi mesi di vita di quest'ultimo, Tronick costruisce una situazione osservativa sperimentale definita paradigma del volto immobile: lo *Still Face* (Tronick et al., 1978; Cohn, Tronick, 1987). È una procedura sperimentale che consiste in tre episodi sequenziali in cui viene chiesto alla madre di un bambino dell'età compresa tra i 2 e 9 mesi circa: 1) di giocare con lui, in modo naturale nella posizione faccia-a-faccia per 3 minuti circa; 2) di mantenere, nella stessa posizione, l'espressione del volto immobile e neutra (*Still Face*), senza toccarlo e senza rispondere alle sue comunicazioni per altri 3 minuti circa; 3) di riprendere la modalità di comunicazione abituale (ancora 3 minuti) (Weinberg, Tronick, 1996).

Uno degli scopi principali di questa procedura è produrre una condizione controllata di stress relazionale, per verificare come il bimbo reagisca e si adatti a questa non-comunicazione materna. I dati, raccolti attraverso le riprese filmate della procedura, evidenziano un forte senso di disagio dei neonati nella seconda fase dell'esperimento: i bimbi reagiscono al volto inespressivo della madre con un aumento dell'emozionalità negativa e una riduzione del coinvolgimento sociale positivo (aumento dello scanning visivo, incremento dell'agitazione, richiesta di essere preso in braccio, pianto). Il bimbo manifesta un intenso senso di disagio, in quanto la madre, pur essendo fisicamente presente, non è emotivamente disponibile. Nella maggior parte dei casi questo disagio influisce negativamente poi sulla terza fase, quando mamma e neonato riprendono l'interazione:

i neonati appaiono in conflitto tra desiderio di riprendere a interagire con le madri e la negatività sperimentata nella fase precedente; il conflitto viene espresso da un'alternanza di segnali positivi e negativi che non si osservano in interazioni normali. Il bambino e la madre al termine della procedura devono poi ritrovare un modo per riparare alla precedente «rottura comunicativa»: la qualità successiva dell'interazione madre figlio dipende dalle capacità di «riparazione». Entrambi i membri della diade, mamma e il bambino, hanno un ruolo fondamentale nel «riparare» le rotture che avvengono nella comunicazione: è importante a seguito dell'interruzione della comunicazione che tra madre e bimbo vi sia la possibilità di mettere in atto dei processi di riparazione; le interazioni che avvengono dopo un black-out comunicativo, possono essere occasioni importanti di apprendimento socio emozionale.

L'osservazione sperimentale viene videoregistrata con due telecamere che filmano contemporaneamente le espressioni della mamma e del bimbo, che vengono poi analizzate attraverso microsequenze collegate. Con questa modalità è possibile rivedere contemporaneamente le espressioni facciali e i movimenti corporei della madre e del bambino. Le unità di analisi della procedura sono sequenze interattive che offrono informazioni sui comportamenti di impegno e disimpegno di entrambi i partner nella relazione reciproca, considerando anche le alternanze di turno. La valutazione delle configurazioni osservate viene misurata attraverso la scala delle espressioni del bimbo, che porta all'attribuzione di punteggi relativi alle vocalizzazioni, alla direzione dello sguardo, all'orientamento e alla posizione della testa, all'espressione del viso, alla quantità dei movimenti, agli ammiccamenti, ai movimenti di mani e piedi, alla posizione della lingua. Le espressioni materne valutate sono quelle relative alla posizione della testa e del corpo, alla manipolazione del bimbo, alla direzione dello sguardo, alle espressioni del viso.

Le osservazioni effettuate con questo paradigma evidenziano come il bimbo già a 3-4 mesi si dimostri estremamente sensibile alle modificazioni dell'espressività della madre, modificando a sua volta le proprie capacità comunicative. Quando il volto della madre acquista una espressione immobile il bimbo attiva maggiormente i suoi sforzi comunicativi per attirare la sua attenzione ma poi, se

persiste l'immobilità del volto materno, egli ricerca nel suo repertorio comportamentale condotte di autoregolazione, per alleviare i propri stati di disagio (Tronick, 1989). Tronick ha osservato la presenza nel bambino piccolo di competenze autoregolatorie che gli consentono, con modalità autonome, di regolare l'aumento di tensione provocato da eventi sconosciuti o stressanti. Una modalità adottata dal bimbo è quella di spostare lo sguardo dallo stimolo stressante, in modo che la tensione emotiva possa diminuire e attivare primitivi comportamenti autostimolatori e autoconsolatori, come succhiarsi il dito, toccarsi i capelli, dondolarsi con il corpo, riuscendo a controllare gli affetti negativi, quando non può venire consolato dal caregiver (Tronick, 1989). Altri atteggiamenti di autoregolazione, come evitare il contatto con la madre, distogliere lo sguardo, immobilizzarsi, vengono rilevati attraverso le osservazioni naturalistiche (Fraiberg, 1980); queste modalità primitive di evitamento del contatto con la madre, sono identificate come forme di difesa emergenti nel contesto della relazione.

Le condotte autoregolatorie (Sander, 1977; Tronick, 1989) interagiscono con la funzione regolativa che svolge il caregiver: questi può aiutare il bimbo ad affrontare le sue emozioni negative cercando di modificare un fallimento (non riuscire ad afferrare un oggetto) in un successo (avvicinandogli l'oggetto perché possa prenderlo più facilmente).

Attraverso l'analisi dei filmati della procedura del paradigma dello *Still Face* o del volto immobile della madre è possibile valutare le strategie difensive messe in atto dal bimbo: la frustrazione delle aspettative nei confronti di una normale interazione permette di evidenziare le modalità di regolazione e la sicurezza dell'attaccamento. A tre mesi il bimbo reagisce allo stress con gesti e vocalizzazioni, per richiamare l'attenzione della madre e indurla a riprendere una interazione normale. Se questi tentativi eterodiretti falliscono, i bimbi cercano di controllare il proprio comportamento con modalità di regolazione autodiretta, distogliendo lo sguardo e cercando di attivare comportamenti consolatori. Si può osservare la capacità comunicativa del bimbo che tenta di ripristinare la relazione interrotta con la madre, con un incremento delle proprie modalità espressive, anche quando la mamma si dimostra non responsiva. A sei mesi lo stile di risposta del bimbo al volto im-

mobile si stabilizza e consente di prevedere il suo stile di attaccamento a un anno: se il bimbo cerca di ottenere una risposta materna con comportamenti positivi, sorridendo, probabilmente a un anno mostrerà un attaccamento sicuro; l'assenza di comportamenti positivi può far prevedere un attaccamento ansioso; il grado di tensione provocato dalla situazione del volto immobile è un indice della storia relazionale del bambino e consente di valutare la rappresentazione delle sue aspettative, su come potrà attirare l'attenzione della madre.

Il sistema di codifica consente di registrare le strategie regolatorie del bambino, considerando i suoi comportamenti durante il paradigma sperimentale, come la direzione dello sguardo (verso la madre, verso gli oggetti), il tipo di vocalizzazione (neutre/positive, di pianto, di irritazione), i gesti che richiedono l'intervento della madre (toccandola, cercando di raggiungerla, sporgendosi, ecc.), i gesti di autoconforto (mettere in bocca/toccare una parte del corpo, ecc.), quelli di distanziamento (voltarsi, agitarsi sul seggiolino come per scappare) e infine gli indicatori di stress (succhiarsi la lingua, sputacchiare).

Un altro modello di osservazione che mette in evidenza come interferenze nel sistema regolativo madre-bambino dia-no origine a forme di autoregolazione nel bimbo, è la *Global Rating Scale* della Murray (1992; Murray, Trevarthen, 1985), che fa uso della videoregistrazione e si applica entro i quattro mesi di età del bimbo. Lo strumento della Murray rileva le caratteristiche dell'interazione madre-neonato e consente di effettuare una classificazione della sensibilità materna con una valutazione della qualità del legame madre-bambino, misurabile dai 2 mesi ai 6 mesi di età. Le osservazioni consistono in cinque-minuti di registrazione video delle interazioni faccia a faccia madre-bambino, a casa o in ambiente di laboratorio. Alle madri viene data la semplice indicazione di giocare con i loro bimbi, senza l'uso di giocattoli. Il comportamento materno è rapportato alle dimensioni della sensibilità, intrusività, distanza, e qualità globale del comportamento (come felicità, tensione); il comportamento infantile viene considerato in relazione all'impegno positivo del bimbo nell'interazione (qualificato, ad esempio secondo scale come vivace-inerte e irritabile-contento); viene valutata anche la qualità globale dell'interazione tra madre e bambino.

Per studiare le caratteristiche della dissincronia dell'interazione madre-bambino l'autrice struttura un setting sperimentale lievemente stressante, che definisce «violazione del rapporto di contingenza»: al bimbo viene proposto un filmato in cui la madre interagisce con lui per alcuni minuti, poi il filmato viene proiettato in modo dissincrono, per cui le risposte che il bimbo vede espresse sul volto della madre, nel filmato, non corrispondono contemporaneamente all'effettivo suo comportamento. È possibile osservare come conseguenza l'attivazione nel bambino di espressioni di disagio e disimpegno visivo, con uno schema simile a quello proposto da Tronick (Tronick et al., 1978); come nell'osservazione sperimentale di Tronick, l'aspettativa del bimbo che la madre risponda in modo contingente viene delusa, e il bimbo manifesta il suo disagio a seguito della mancanza o violazione del rapporto di contingenza.

Le Scale di classificazione Globali dell'Interazione madre-bambino (Murray, 1992) vengono utilizzate prevalentemente per evidenziare disturbi nell'interazione: attraverso queste scale la Murray valuta la presenza di una ridotta «sensibilità» materna verso il bimbo, soprattutto in quelle madri che hanno sperimentato una depressione postnatale; le scale rilevano anche analoghe disfunzioni interattive in gruppi clinici di madri con patologia schizofrenica (Riordan et al., 1999) e disturbo di personalità (Crandell et al., 2003); le scale permettono di predire inoltre una ridotta risposta cognitiva nei bambini a 18 mesi e 5 anni di età (Murray, 1992).

### **5.3 Sincronizzazione, rottura e riparazione nell'interazione**

Nel modello di osservazione della diade, la Beebe (Beebe, 2006; Beebe, Lachmann, 1988, 1998) spiega come il caregiver svolga una funzione di regolazione delle emozioni sperimentate dal bimbo, prendendo in considerazione tre processi: sincronizzazione, rottura e riparazione della comunicazione. Nel complesso processo interattivo madre-bambino si alternano momenti di sincronia, rottura e riparazione comunicativa (Beebe, Lachmann, 1994) che costituiscono, secondo l'autrice, le modalità della comunicazione nel primo anno di vita del bambino; il paradigma

della sincronizzazione comunicativa viene considerato come la risposta adeguata del genitore, contingente con quella del bambino (Condor, Sander, 1974), in cui si alternano anche momenti di rottura e poi di riparazione.

L'osservazione viene videoregistrata e le interazioni faccia a faccia bambino-genitore sono analizzate a livello di microanalisi; l'autrice descrive l'abilità interattiva del bimbo: il sistema visivo è perfettamente funzionante già alla nascita e raggiunge, intorno ai tre mesi, un livello di maturazione adulto che consente al bimbo di sostenere lo sguardo reciproco; il bambino è in grado già a 2-3 mesi di compiere regolazioni molto sottili nel contatto sociale attraverso modalità di comunicazione non verbale.

La Beebe elabora un modello integrato tra Infant Research e psicoanalisi (Hoffmann, 1994; Lichtemberg, 1989, Beebe, Stern, 1977; Beebe et al., 1997, 2000): attraverso una metodologia di osservazione sperimentale, nell'intervento psicoterapeutico utilizza l'interpretazione, facendo riferimento a concetti analitici.

Il modello della Beebe si richiama alla psicoanalisi relazionale (Beebe, Lackmann, 2002) e considera la mente intrinsecamente diadica, sociale, interazionale e interpersonale: questi sono elementi fondamentali nel processo di influenza reciproca bidirezionale e nella costruzione condivisa del significato.

I due principi fondamentali su cui si fonda questo modello sono l'autoregolazione e la regolazione interattiva. La qualità della regolazione interattiva influenza la regolazione interna, il ciclo veglia-sonno e i ritmi del bimbo, mentre lo sviluppo dell'autoregolazione dipende dalla regolazione interattiva con il caregiver: perché avvenga una adeguata autoregolazione è necessario che vi sia anche una adeguata regolazione reciproca tra i membri della diade; ogni processo di regolazione si basa sull'integrazione tra autoregolazione e regolazione interattiva. Le interazioni nella diade vengono costruite da entrambi i membri; le variazioni del processo di autoregolazione, in ognuno dei due membri della diade, influenzano anche il processo interattivo; i processi interni e quelli relazionali si organizzano influenzandosi a vicenda: la regolazione interattiva riorganizza sia i processi interni che quelli relazionali.

La Beebe analizza le interazioni filmate con il metodo del-

lo schermo diviso a metà: sullo schermo vengono proiettate le riprese delle sequenze filmate dei comportamenti del bimbo da una parte e, della madre dall'altra, che vengono analizzati contemporaneamente. Viene valutato il modo in cui madre-bambino interagiscono e si influenzano reciprocamente, ma anche come regolano il rispettivo stato di attenzione-attivazione; è possibile effettuare una analisi delle serie temporali per valutare separatamente l'influenza della madre sul bambino e viceversa.

La Beebe fa uso del concetto di rispecchiamento facciale (Winnicott, 1967): è il processo per cui la madre riflette o condivide gli affetti del bambino; per codificare il rispecchiamento facciale osservato vengono utilizzate le «scale di coinvolgimento visivo» (Beebe, Gerstman, 1980), che misurano l'intensità del coinvolgimento dell'interazione viva tra madre e bambino attraverso una gamma di espressioni affettive interpersonali di cui viene misurata l'intensità; le interazioni facciali filmate vengono campionate ad ogni intervallo di secondo; quante più esperienze di corrispondenza ci sono, quanto più si arricchisce il vissuto di sentirsi riconosciuti; ogni membro della diade influenza la direzione affettiva dell'altro e questa corrispondenza garantisce la possibilità di condividere i propri affetti e le proprie sensazioni.

Il ritmo è un importante principio organizzatore della comunicazione (Beebe et al., 2001): la valutazione si riferisce anche al ritmo, alla velocità, alle pause, all'alternanza dei turni; la microanalisi dei filmati consente di evidenziare che la madre e il bambino hanno scambi interattivi che non durano più di mezzo secondo: ogni membro della diade risponde in modo rapido; la velocità con cui si svolgono le interazioni indica che esse si verificano in parte o in tutto al di fuori del controllo consapevole.

Secondo la Beebe (Beebe, Lackmann, 2002) il grado di coordinazione genitore-bambino a quattro mesi consente di prevedere la qualità dell'attaccamento e le abilità cognitive del bambino a un anno: un grado elevato di coordinazione bidirezionale tra madre-bambino è indice di attaccamento insicuro e disorganizzato; un livello intermedio di coordinazione bidirezionale è ottimale e predice un attaccamento sicuro. Si verifica una relazione curvilinea tra il comportamento materno nel primo anno e l'attaccamento del bambino, tra il primo e il secondo anno: la ma-

dre con attaccamento sicuro stimola a un livello medio di intensità, di contingenza e reciprocità il bimbo; la madre con attaccamento insicuro-evitante è iperstimolante, intrusiva, non contingente; la madre con attaccamento insicuro-resistente è poco coinvolta, poco responsiva, disponibile a interagire solo quando il bimbo non vuole. Anche per quanto riguarda l'attaccamento del bambino, a un anno si riscontrano delle correlazioni: valori intermedi nella responsabilità e contingenza tra madre e bambino a quattro mesi predicono un attaccamento sicuro a un anno, mentre risposte contingenti con eccessivi valori alti o con eccessivi valori bassi predicono un attaccamento insicuro. Le interazioni ottimali sono quelle ad un livello medio di intensità e contingenza da parte della madre e del bimbo; le risposte estreme predicono uno sviluppo disturbato del bambino.

La coordinazione temporale dell'interazione è una dimensione importante, nel corso dello sviluppo delle rappresentazioni e delle esperienze relazionali dei bimbi: comportarsi allo stesso modo o seguire gli schemi temporali significa condividere in parte le percezioni dell'altro e conoscere ciò che l'altro sta provando sulla base del suo comportamento. La Beebe fa riferimento ad un «principio di organizzazione diadica dell'autoregolazione» (Beebe, Lackmann, 2002): il bimbo può autoregolarsi in modo diverso a seconda del caregiver con cui interagisce; l'autrice rapporta questo esempio a quanto accade nel setting analitico in cui il grado di autoregolazione del paziente nel corso dell'analisi dipende dalla qualità della regolazione interattiva e dal modo di rapportarsi e di autoregolarsi di entrambi i membri della diade.

La metodologia osservativa di George Downing (1974; Papousek M.H., Papousek M., 1979) fa riferimento al modello teorico della Beebe; Downing osserva le interazioni del bambino con le figure affettive di riferimento, a diverse età, dalla nascita alla adolescenza, in ambiente naturale, che vengono videoregistrate e poi analizzate con tecniche microanalitiche. Nel contesto della psicoterapia genitore-bambino l'autore ha strutturato un metodo di intervento terapeutico basato sulla *Video Intervention Therapy*, VIT: vengono videoregistrate e analizzate interazioni tra genitori e bambino, in ambiente naturale; attraverso il video-feedback, si ripropongono ai genitori spezzoni di filmato: i

pattern comportamentali positivi e negativi che si osservano nella interazione vengono analizzati con la tecnica della microanalisi, a livello di singoli fotogrammi; il terapeuta esamina prima attentamente il video, nel tempo che separa le sedute, studia le interazioni e seleziona le sequenze più significative che propone ai genitori, durante la seduta psicoterapeutica; i genitori possono anche videoregistrare personalmente alcuni momenti di vita familiare problematici, che desiderano sottoporre al terapeuta (Downing, Ziegenhain, 2001).

La metodologia del videointervento consente di stimolare nei genitori la consapevolezza dei pattern di interazione, come un intervento diretto (Downing, Ziegenhain, 2001); il genitore viene aiutato dal terapeuta a leggere il significato della comunicazione rispetto a ciò che accade nella relazione con il suo bambino e poi successivamente a trovare connessioni con la propria storia infantile. Vengono proposte analisi di aspetti della comunicazione non verbale, corporea e il terapeuta guida il genitore ad acquisire una consapevolezza di ciò che accade, mentre si muove nel rapporto con il bimbo, aiutando il caregiver a ricercare nuove modalità comportamentali più congrue e in sintonia interattiva con quelle del figlio. La riflessione viene sollecitata durante questi momenti di terapia e consiste nella capacità del genitore di comprendere e pensare efficacemente al comportamento, alle motivazioni, agli stati affettivi ed emotivi del suo bambino. Con la *Video Intervention Therapy*, George Downing rivolge l'attenzione al comportamento per sollecitare delle riflessioni nel genitore; all'inizio cerca di evidenziare soprattutto gli aspetti più positivi e significativi dell'interazione, solo in seguito si sofferma sulle anomalie e sulle difficoltà della relazione. I genitori attivano dei comportamenti di accudimento e cura che regolano a seconda del livello di sviluppo del proprio bambino (Papousek M.H., Papousek M., 1977, 1987), se non sono in grado di manifestare questi comportamenti di cura nelle interazioni con i figli, possono essere sostenuti dai terapeuti; l'intervento può essere condotto all'interno del setting terapeutico e anche attraverso compiti di tipo psicopedagogico che possono essere eseguiti a casa dai genitori, su indicazione del terapeuta, nel periodo che intercorre tra le sedute. Questa procedura può essere utile per quei genitori che hanno difficoltà a riflettere su di sé e sul proprio bambino: l'interven-

to si basa su comportamenti osservabili, ma può prendere anche in considerazione le rappresentazioni genitoriali; la tecnica del videointervento favorisce lo sviluppo nei soggetti di una doppia prospettiva del loro funzionamento, quella della interazione vissuta nel tempo reale e poi rivissuta a distanza; questo rende possibile una maggiore riflessione favorita dal filmato che può essere rivisto anche al rallentatore, con la possibilità di fermarsi su aspetti significativi della interazione con l'aiuto del terapeuta.

Il modello di Downing prende in considerazione anche il grado di coinvolgimento del padre nella relazione con la madre: lo scarso coinvolgimento del padre sembra determinare un aumento degli scambi affettivi negativi tra la madre e il bambino; tra i fattori influenti vengono segnalati anche il contesto sociale e familiare, dove assumono particolare rilievo le reti di supporto, che se possono essere a disposizione della coppia madre-bambino (nonni, asili, servizi sociali, ecc.); esercitano un ruolo di sostegno significativo delle competenze parentali e di comunicazione affettiva, soprattutto nei casi di diadi a rischio, come quelli con madri depresse, tossicodipendenti o adolescenti. Le attività cliniche e di ricerca di Downing si sviluppano a livello interuniversitario tra il Department of General Psychiatry e il Department of Child and Adolescent Psychiatry, dell'Università di Heidelberg, il Family Counseling Center di Korbach, in Germania, il Salpêtrière Hospital di Parigi e il Child Development della Harvard Medical School a Cambridge; particolarmente importanti sono gli studi sulla popolazione clinica delle madri depresse o schizofreniche; Downing ha osservato una correlazione tra la depressione postpartum delle madri, (caratterizzata da una mancanza di reattività, passività o invadenza, ritiro e evitamenti, con un basso livello di espressione degli affetti positivi) e una ridotta capacità di regolamentazione nei loro bambini.

#### **5.4 Interventi di rieducazione, mutuo adattamento e rielaborazione sensoriale**

Sameroff (Sameroff, Chandler, 1975) ritiene che lo sviluppo positivo del bambino dipenda dall'interazione con l'ambiente, ma sia anche in funzione dei programmi genetici che interagiscono con i modificatori ambientali.

L'autore propone una metodologia di osservazione videoregistrata delle interazioni genitore-bambino nel loro contesto di vita quotidiana e un intervento clinico di tipo rieducativo che sintetizza con tre «R»: «riparazione» che ha come obiettivo il cambiamento del comportamento del bambino; «ridefinizione» delle rappresentazioni dei genitori nei confronti del bambino; «rieducazione» del modo in cui il genitore si comporta nei confronti del figlio. Gli obiettivi e il campo di intervento vengono identificati attraverso una osservazione dei punti di forza e di debolezza del sistema educativo in cui è inserito il bambino, utilizzando poi trattamenti psicopedagogici focalizzati sulla diade.

Gli interventi di rieducazione prevedono l'utilizzo del video-feedback con i genitori (Sameroff, Emde, 1989): le videoregistrazioni delle interazioni familiari vengono riviste insieme al terapeuta; l'intervento psicoterapeutico è orientato a rinforzare le interazioni positive del bambino: il terapeuta si sofferma soprattutto sui comportamenti positivi e sugli scambi piacevoli, rinforzando i comportamenti adattivi e i punti di forza dell'interazione del genitore, solo successivamente evidenzia i comportamenti più critici, quando cioè la madre e il padre sono in grado di far fronte agli aspetti più problematici della relazione, senza che questo possa avere effetti troppo negativi sulla loro stima di genitori.

Il modello di osservazione clinica di Fogel (1982) valuta i processi di regolazione all'interno della interazione, in fasi evolutive molto precoci dello sviluppo del bambino, analizzando soprattutto aspetti della comunicazione non verbale. Fogel ha costruito uno strumento il *Relational Coding System*, il Sistema di Codifica Relazionale (Fogel et al., 2003): misura i processi di interazione sociale con cui il bimbo si relaziona con il suo caregiver; attraverso la video-osservazione vengono registrate le modulazioni delle interazioni nella diade, poi analizzate e codificate a seconda delle azioni reciproche; il sistema di codifica raccoglie i dati in categorie situate lungo un continuum di co-regolazione interpersonale, che va dalla mancanza di orientamento di un membro della diade verso l'altro, al mutuo adattamento delle rispettive azioni; l'unità di analisi osservata è costituita da ogni singolo episodio di co-regolazione, dato dall'azione di uno dei membri della diade, seguito dal coinvolgimento e dall'azione dell'altro.

Questo strumento distingue gli episodi comunicativi in base alle azioni nuove prodotte e a quelle ripetitive che irrigidiscono la comunicazione in forme stereotipate; se la coregolazione nelle interazioni diadiche è positiva gli episodi comunicativi mostrano coinvolgimento reciproco, elaborazione congiunta e innovazione creativa dei significati. Per descrivere le unità interattive osservate l'autore fa riferimento ai concetti di «sincronia intenzionale», per indicare l'accordo simultaneo nella diade, alle contingenze interattive di risposta di ciascuno dei due membri all'altro; di «mutua regolazione» per segnalare la reciprocità dei comportamenti interattivi; di «sincronizzazione» per indicare la corrispondenza degli stati affettivi della diade. Attraverso questi indicatori il sistema di codifica relazionale di Fogel valuta la qualità della comunicazione, considerata un evento dinamico che si fonda sulla capacità di ogni membro della diade di regolare il proprio comportamento rispetto a quello dell'altro e ha come oggetto di studio il tipo di negoziazione raggiunto ogni volta dai partner. I segnali prodotti da ciascuno sono il risultato di un processo e vanno interpretati come dipendenti dalla relazione; la comunicazione è quindi un processo continuo di mutuo adattamento. Secondo Fogel, il processo di negoziazione interpersonale permette che l'informazione sia continuamente elaborata dai partecipanti e non solo trasmessa; il tema si modifica nel corso del processo, il risultato è il contributo congiunto dei partecipanti.

Nella letteratura si ritrovano poi molti altri modelli osservativi della relazione e di intervento clinico in cui la metodologia, gli strumenti e le tecniche sono meno conosciute o divulgate: in questo contesto ne verranno presi in considerazione solo alcuni a scopo esemplificativo, rimandando ad una bibliografia più esaustiva sull'argomento.

Il modello delle «esperienze sensoriali» della Dunn (Dunn et al., 1997) si basa sulla osservazione delle strategie di autoregolazione adottate dalla diade, che fanno riferimento alla sensorialità; vengono presi in considerazione prevalentemente gli aspetti sensoriali della comunicazione non verbale; quando il bambino e il genitore interagiscono, le risposte del bimbo agli stimoli sensoriali influenzano le reazioni emotive del genitore: questo è già possibile in epoca prenatale quando le madri avvertono i primi movimenti fetali e vi rispondono, attribuendo ad essi delle inten-

zionalità; con la nascita il bambino e il genitore si scambiano altre informazioni l'uno dell'altro e affinano le loro modalità di risposta alle stimolazioni sensoriali. Secondo l'autrice (Dunn, 2004) se i genitori riescono a capire il significato dei comportamenti del bimbo e le proprie risposte agli stimoli sensoriali quotidiani, possono diventare maggiormente esperti nella previsione delle attività più adeguate per soddisfare i bisogni del loro bimbo e possono orientare in modo più efficace le azioni e le interazioni: questo processo può favorire anche un incremento del processo di insight del genitore.

L'intervento psicoterapeutico utilizza l'elaborazione sensoriale degli stimoli che intercorrono tra la madre e il bambino: viene considerato il livello della soglia che si riferisce alla quantità di stimolazione in grado di attivare il comportamento dell'individuo e vengono analizzate le modalità di variazione della autoregolazione con cui il soggetto risponde alle stimolazioni sensoriali dell'altro membro della diade; il sistema nervoso necessita di essere mantenuto ad un equilibrio dinamico costante tra eccitazione e inibizione, lungo un continuum in cui ad un estremo si colloca la sensibilizzazione e all'altro l'abituazione; entrambi possono causare dei problemi all'individuo in quanto un'eccessiva sensibilizzazione può portare il soggetto a distrazioni continue, mentre l'abituazione non favorisce la registrazione di stimoli che possono essere importanti. Le risposte degli individui si collocano lungo un continuum orizzontale del modello e possono essere regolamentate da strategie di autoregolazione. Gli schemi di elaborazione sensoriale sono presenti in ogni esperienza umana e tutte le esperienze si basano sull'informazione sensoriale: individuare le modalità di elaborazione sensoriale, con cui le persone rispondono può favorire una maggiore comprensione delle difficoltà che si manifestano di fronte a certi stimoli della vita quotidiana.

L'autrice individua quattro pattern di elaborazione sensoriale (ricerca della sensazione, evitamento della sensazione, sensibilità sensoriale, bassa registrazione) che vengono valutate a seconda dell'intensità con cui si manifestano nell'interazione. Il setting dell'intervento è in genere l'ambiente in cui vive la famiglia: attraverso l'osservazione delle attività quotidiane il terapeuta cerca di individuare i momenti facili e quelli difficili e l'intervento terapeutico si basa sul-

le indicazioni che il terapeuta, a seguito delle osservazioni e valutazioni delle interazioni della diade, fornisce al caregiver su come sostenere i bambini nei loro pattern diversi di elaborazione sensoriale. L'intervento basato sull'elaborazione sensoriale può essere combinato anche con altri interventi psicoterapeutici e si articola in una serie di incontri settimanali e poi mensili con la famiglia: i genitori possono anche videoregistrare momenti di vita familiare e sottoporli alla consulenza del terapeuta, durante la durata del trattamento, che può variare dai sei ai 12 mesi.

Le tecniche per attuare un intervento sul processo di elaborazione sensoriale possono essere diverse: vanno dalla progettazione di attività per il bambino e la famiglia, all'adattamento di aspetti ambientali che possono sostenere il bambino nelle attività, sino a fornire indicazioni psicopedagogiche al genitore, per consentirgli di regolare la propria stimolazione sensoriale, nella intensità più adeguata a sostenere lo sviluppo della relazione.

### **5.5 Regolazione dell'alimentazione**

Le problematiche più comuni che comportano l'invio ad una consultazione psicologica e ad un intervento psicoterapeutico con i bimbi piccoli sono in genere quelle che riguardano la regolazione dei ritmi dell'alimentazione, del sonno e del pianto. Molti sono gli autori che evidenziano l'importanza delle interazioni durante l'alimentazione del bimbo: secondo Stern (1995) l'alimentazione è una attività privilegiata per la relazionalità emergente; secondo la Lichtenberg (1989) nei primi mesi si instaura tra la madre e il bimbo un ritmo condiviso in vari ambiti, uno di questi è quello dell'alimentazione, non inteso solo come momento che soddisfa fisiologiche esigenze, ma che sta alla base delle interazioni sociali. Shaffer (1996) fa riferimento al *turn-taking*, cioè alla possibilità di un dialogo, fondato sui ritmi che si stabiliscono durante la situazione alimentare, in cui si viene a creare una alternanza di turni, tra una fase in cui il bambino viene alimentato e una pausa in cui inghiotte il cibo e respira. Durante questi brevi momenti di pausa la madre può inserire comportamenti sociali (guarda il bimbo e gli parla, il bimbo ascolta, lei gli fa fare il rutino, ecc.): la stimolazione materna per essere efficace e positiva deve restare entro un livello soglia, senza iperstimo-

lare o ipostimolare il bambino. Se una madre è troppo ansiosa o si trova in uno stato depressivo tende ad alterare i ritmi del bimbo, adattandoli alle sue esigenze psichiche, invece che a quelle del figlio: si possono così creare disfunzioni regolative.

Ci possono essere dei particolari momenti critici nel ciclo dell'alimentazione che accompagnano lo sviluppo del bimbo: nell'alimentazione al seno il bimbo inizia ad acquisire una reciprocità diadica che gli consentirà una transizione verso un'alimentazione autonoma; lo svezzamento è il passaggio ad un cibo diverso dal latte, un cibo che ha consistenza diversa, e il contesto cambia. L'allattamento al seno comporta un contatto e una vicinanza fisica con la madre che tiene il bimbo tra le sue braccia ben diverso dal contesto alimentare dello svezzamento in cui il bimbo è seduto su un seggiolino di fronte alla mamma che lo imbecca con un cucchiaino. Se durante l'allattamento si era costruita una buona situazione interattiva affettiva, madre e bimbo acquisiscono sufficiente fiducia e il ritmo diventa reciproco, con una possibilità di transizione meno conflittuale alla situazione alimentare dello svezzamento; durante lo svezzamento la madre deve accettare una autonomia maggiore del bimbo che vuole sperimentare il cibo, anche attraverso una manipolazione con le mani e può presentarsi un problema di negoziazione: la madre può sostenere o no questa sperimentazione, che può diventare conflittuale e portare ad un disturbo alimentare nel bimbo.

Uno strumento che consente di osservare i problemi relazionali nella diade in cui prevalgano disturbi dell'alimentazione, è la *Observational Scale for Mother-Infant Interaction During Feeding*: si tratta di una scala di osservazione e valutazione delle dinamiche madre-bambino, nel contesto dell'alimentazione, ideata da Irene Chatoor (Chatoor, Loeffler, McGee, Menvielle, 1998) sulla base della classificazione evolutiva dei disturbi alimentari infantili; la versione italiana dello strumento è stata realizzata dall'équipe di ricerca di Ammaniti (Ammaniti et al., 2003, 2004). La scala ha lo scopo di identificare, nella fascia di età tra un mese e tre anni, i comportamenti adattivi e disfunzionali esibiti dal bimbo e dalla madre durante l'interazione reciproca nel corso del pasto, ed è formata da 46 item comportamentali, 20 dei quali relativi al bambino e 26 relativi alla madre.

Le osservazioni della interazione alimentare madre-bam-

bino vengono videoregistrate: le videoregistrazioni vengono filmate in ambiente domestico o anche in un setting di laboratorio, adeguatamente allestito, in cui si possa svolgere un'attività di alimentazione; gli item vengono codificati valutando la frequenza e l'intensità con cui madre e bimbo manifestano interazioni caratteristiche di una situazione alimentare. Ad ogni interazione viene attribuito un punteggio su una scala tipo Likert: vengono così osservate la qualità dell'interazione, la tonalità affettiva, attraverso il linguaggio verbale e non verbale; la valutazione viene effettuata su un intero pasto e i punteggi si distribuiscono su scale che rilevano la reciprocità diadica, il conflitto diadico, l'uso del linguaggio e le distrazioni durante il pasto, la lotta per il controllo, la contingenza materna. Vengono indagate le interazioni comunicative e affettive tra madre-bambino che si manifestano attraverso lo sguardo, il sorriso, il tatto, le posture, i gesti, il linguaggio, il tono di voce; si evidenziano anche le caratteristiche dei pattern di regolazione alimentare del bimbo e la sensibilità materna a rispondere in modo contingente alle richieste del figlio. Lo strumento viene utilizzato in ricerche, nei programmi di prevenzione e di sostegno alla genitorialità e permette di rilevare pattern disfunzionali della regolazione alimentare del bimbo e le dinamiche interattive della diade, che vengono sottoposte a valutazione clinica.