

Osservazione delle relazioni familiari nella prima infanzia: le competenze interattive diadiche e triadiche e lo sviluppo emotivo e sociale del bambino

Metodi per osservare il bambino e i genitori insieme ed in interazione

Daniele Di Girolamo, psicologo (A-USL di Modena)

Marina Porrelli, psicologa (A-USL di Bologna)

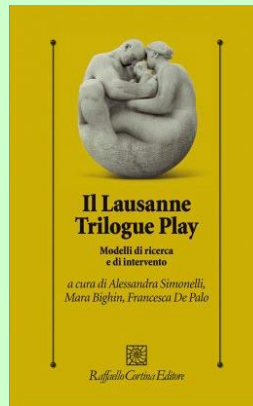
Due esperienze sul campo di attività psicologiche in sinergia con i servizi sociali e socio-sanitari che partendo dall'osservazione delle relazioni familiari precoci si sforzano di promuovere lo sviluppo emotivo e sociale del bambino in famiglie con importanti fattori di rischio psicosociale

➤ Counseling

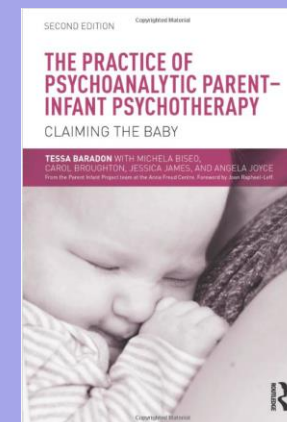
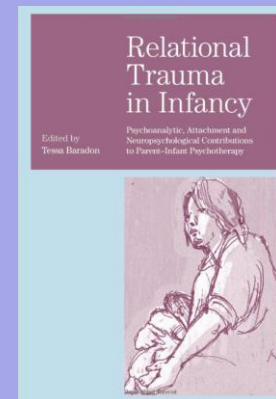
➤ Psicologia clinica dell'età evolutiva –
focus elettivo sulle relazioni

Procedure osservative utilizzate

Il gioco triadico di Losanna (LTP)



Il Parent Infant Relational Assessment Tool (PIRAT)



Dove vengono elaborate?

Centro per gli Studi sulla Famiglia - Istituto di Psicoterapia dell'Università di Losanna

Centro Anna Freud di Londra



Accueil > Recherche > Research Centers and Units > University Institute of Psychotherapy > Research Unit of the Centre for Family Study

- Center for Psychiatric Neurosciences
- Unité mixte internationale
- University Institute of Psychotherapy
 - Direction and Executive Board
 - Center for Psychotherapy Research
- Research Unit of the Centre for Family Study
 - Heads and Collaborators
- Centre for Psychiatric Epidemiology and Psychopathology - (CEPP)
- Research Unit of the University Department of Child and Adolescent Psychiatry (SUPAA)
- Research Group "Neuropsychiatry and Biomarkers" - Service of Old Age Psychiatry (SUPAA)
- Groupe de recherche "Neuropsychiatrie et déterminants préimposables" - Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA)
- Unité de recherche en psychiatrie et psychologie légales - Centre de psychiatrie légale (IPL)

RESEARCH UNIT OF THE CENTRE FOR FAMILY STUDY (UR - CEF)

Version française

DESCRIPTION

The Research Unit of the Centre for Family Study conducts research on the development of communication within the family, on the impact of family dysfunction on the individual, and on the impact of pathology of one of the members on the whole family. The aim is to identify protective and risk factors which may be used as resources or as targets for intervention in family care. Research combines systemic methods of direct (video recordings) and indirect (questionnaires) observation.

The main projects in progress are :

- A prospective longitudinal study of the development of father-mother-child interactions
- The development of observational and diagnostic tools of family interactions
- A study of the impact of psychiatric illness of one of the parents on family interactions and on the development of the child

In addition, we conduct or are associated in collaborative research projects with several universities and institutes in Switzerland, Europe and the United States.

We also offer clinical consultations in the field of early family communication.

OFFER

- Collaboration in developing and conducting research projects
- Training in research instruments, including assessment of video-recorded interactions
- Creation of a research database
- Methodological support
- Article library (including systemic and ethological approaches)
- Help in writing scientific articles

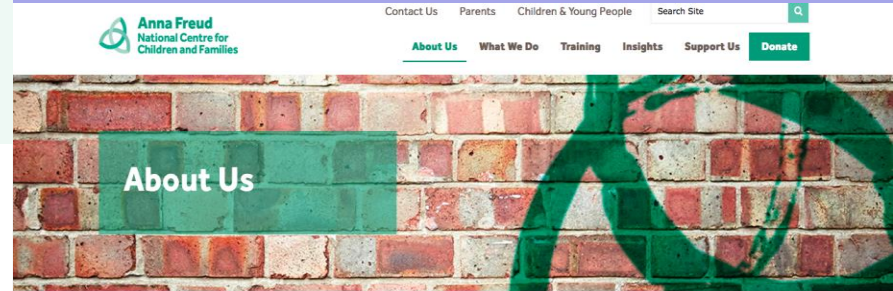
CONTACT

Research Unit of the Centre for Family Study
Bâtiment des Cédres
Site de Cary
CH-1008 Prilly
Tél. +41 21 314 0586
Fax +41 21 314 2764
Contact e-mail

LOCATION MAP

SECRETARIAT
Mrs Mélanie Aubert
Tél. +41 21 314 0586
Contact e-mail

Opening Hours of the secretariat office :
Monday, Tuesday and Thursday (8:00-17:00)
Wednesday (8:00-12:00)



Home > About Us

The Anna Freud National Centre for Children and Families

The Anna Freud National Centre for Children and Families is a children's mental health charity with over 60 years' experience of caring for young minds. Our vision is a world in which children and their families are effectively supported to build on their own strengths to achieve their goals in life.



Punti in comune delle due procedure osservative

PIRAT ed LTP pur basandosi su presupposti teorici diversi pongono particolare attenzione:

- alle risorse relazionali oltre che ai fattori di rischio presenti nel nucleo familiare;
- al promuovere interventi sostenibili compatibili con la possibilità di essere implementati con principi di equità;
- ad utilizzare costrutti psicologici developmental based;
- a favorire un lavoro di empowerment delle risorse di famiglie fragili e quindi accettando di lavorare con le resistenze al cambiamento;
- ad utilizzare nelle proprie formulazioni un linguaggio comprensibile alla famiglia ed utile per predisporre un progetto multidisciplinare di aiuto da parte degli attori sanitari, sociali, educativi e comunitari coinvolti.

Differenze

metodo	obiettivo	prospettiva	training	accreditamento
PIRAT	individuare i precursori dell'attaccamento ed il trauma relazionale all'interno delle interazioni tra genitore e bambino in età preverbale (0-2 anni), per valutare i fattori di protezione e di rischio presenti nella relazione	diadica o bi-personale	strumento risultato affidabile, flessibile e facilmente acquisibile da diverse professionalità (psicologi, medici, educatori, assistenti sociali, assistenti sanitari ecc) senza un training eccessivamente oneroso	in corso di validazione
LTP	individuare l' <i>alleanza familiare</i> definito come coordinazione che una famiglia può raggiungere quando svolge un compito (giocare) che dipende da 4 funzioni interattive: partecipazione (tutti i membri sono inclusi), organizzazione (i membri assumono ruoli differenziati), focalizzazione (la famiglia condivide un tema comune di attività), condivisione degli affetti (c'è empatia tra membri)	triadica e pluripersonale	richiede un addestramento specifico	validato

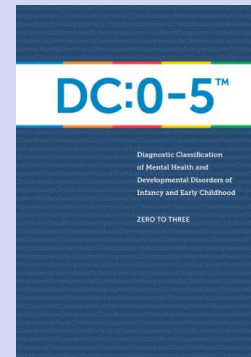


Attenzione!!! Parlare di salute mentale nella prima infanzia significa occuparsi della relazione del bambino con il caregiver e con la famiglia nel suo complesso

1999



2016



2017



2009

xvi Contents

II. RISK AND PROTECTIVE FACTORS

8. Poverty and Infant and Toddler Development: Facing the Complex Challenges
Jane Knitzer and Deborah F. Perry

9. Infants of Depressed Mothers: Vulnerabilities, Risk Factors, and Protective Factors for the Later Development of Psychopathology
Sherryl H. Goodman and Sarah R. Brand

10. Parental Substance Abuse
Neil W. Boris

11. Prematurity, Risk Factors, and Protective Factors
Carole Müller-Nix and François Ansermet

12. The Effects of Violent Experiences on Infants and Young Children
Daniel S. Schechter and Erica Willheim

13. The Relational Context of Adolescent Motherhood
Sydney L. Hans and Matthew J. Thullen

III. ASSESSMENT

14. Parent Reports and Infant-Toddler Mental Health Assessment
Alice S. Carter, Leandra Godoy, Susan F. Marakovitz, and Margaret J. Briggs-Gowan

15. Clinical Use of Observational Procedures in Early Childhood Relationship Assessment
Devi Miron, Marva L. Lewis, and Charles H. Zeanah, Jr.

16. Infant-Parent Relationship Assessment: Parents' Insightfulness Regarding Their Young Children's Internal Worlds
David Oppenheim and Nina Koren-Karie

V. INTERVENTION

27. Child-Parent Psychotherapy: A Developmental Approach to Mental Health Treatment in Infancy and Early Childhood
Alicia E. Lieberman and Patricia Van Horn

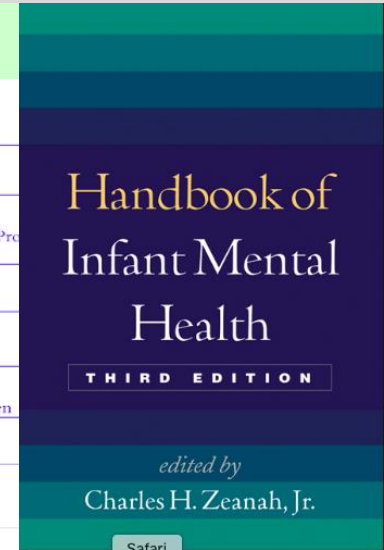
28. The Circle of Security
Bert Powell, Glen Cooper, Kent Hoffman, and Robert S. Marvin

29. Principles of Family Therapy in Infancy
Nicolas Favé, France Frascarolo, Miri Keren, and Elisabeth Fivaz-Depueyring

30. The Mothers and Toddlers Program: An Attachment-Based Intervention for Mothers in Substance Abuse Treatment
Nancy Suchman, Cindy DeCoste, and Linda Mayes

31. Foster Care in Early Childhood
Anna T. Smyke and Angela S. Breidenstine

32. Psychopharmacology in Early Childhood: Does It Have a Role?
Mary Margaret Gleason



Perché sono utili nel processo di valutazione e cura del bambino all'interno della sua famiglia?

- indicatori attendibili sul successivo sviluppo e salute psicologica dei bambini
- porte di accesso al lavoro sulla recuperabilità delle funzioni genitoriali
- utilizzabili in contesti molto diversi (consultori, adozione, servizi specialistici, reparti ospedalieri ecc...)
- “abbassano la soglia” di appropriatezza dei trattamenti psicoterapici in una finestra evolutiva in cui maggiore è la plasticità del bambino e le potenzialità trasformative del genitore (prospettiva epigenetica)

Quali i contesti di utilizzo nei servizi

Ausl di Modena

PDTA aziendale per la procedura
LTP all'interno **UO PCMF**

Trattandosi di un contesto di protezione del minore e di conflitto genitoriale, dovrebbe aiutare ad orientare l'ETI, il clinico curante e la famiglia rispetto ad eventuali interventi da effettuare successivamente, favorendo l'uscita da una dinamica di giudizio versus una consulenza clinico trasformativa, basata su una visione evolutiva delle criticità emergenti nel nucleo familiare

- conflittualità genitoriale
- maltrattamento, abuso e neglect
- nuclei ecologicamente stabili anche se non naturali
- governo clinico seguite dall'UO PCMF

Ausl di Bologna

Applicazione DGR 1102/14

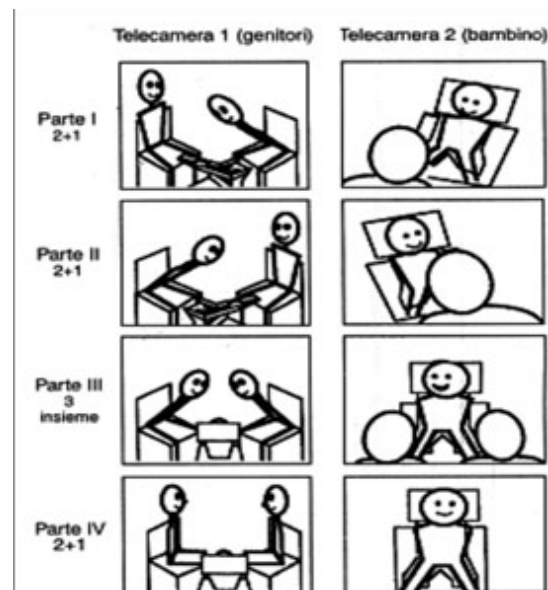
Il PIRAT e LTP sono tra gli strumenti usati nelle valutazioni psicologiche multidimensionali sui nuclei familiari con bambini a grave rischio di allontanamento per maltrattamento e abuso

LTP : descrizione del compito

L'attività è divisa in quattro parti corrispondenti ai quattro triangoli che tre persone che interagiscono tra loro nello svolgimento di un **compito strutturato** (practing family) possono formare:

- I. uno dei due genitori interagisce con il bambino e l'altro partecipa semplicemente come vertice osservativo (configurazione 2 + 1)
- II. i genitori si scambiano di ruolo (2+1)
- III. entrambi i genitori interagiscono insieme con il bambino (3 insieme)
- IV. i genitori parlano insieme mentre il bambino si mantiene in una posizione di osservatore (configurazione 1 + 2).

L'accesso alla comunicazione triadica è rilevabile già dal 3 mese di vita; la procedura con dovuti accorgimenti è proponibile in tutto l'arco evolutivo 0-18 anni. Le consegne relative al compito da svolgere (giocare insieme) vengono calibrate a seconda delle età del bambino



Cogenitorialità

McHale, 2007

Cogenitorialità coesa: i genitori si coordinano; alto grado di calore, coinvolgimento reciproco e cooperazione e moderata centratura sul figlio

Cogenitorialità disfunzionale: la coppia ha una storia di conflitto di coppia e come genitori non comunicano

1. *escludente*: non sono in grado di risolvere i loro conflitti, al contrario, uno di loro si (auto) esclude, mentre l'altro "cattura" completamente l'attenzione del bambino il quale, a sua volta, ha una relazione esclusiva con il genitori vicino e rifiuta il genitore escluso rinforzando il modello familiare (-> basso calore, bassa cooperazione ed antagonismo, ma forte squilibrio nei livelli di coinvolgimento)
2. *centrata sul figlio*: come genitori non sono in grado di risolvere i loro conflitti piuttosto mettono il bambino in una posizione direttiva o in un'inversione di ruolo (come *capro espiatorio*, come *intrattenitore* e come *vittima*); i genitori possono reagire ai comportamenti del bambino ma evitano di reagire tra loro (-> bassa cooperazione, calore ed antagonismo, alti livelli di centralità del bambino)
3. *competitiva*: ciascun genitore piuttosto che risolvere il conflitto prova a catturare l'attenzione del figlio iperstimolandolo e non curandosi degli effetti il quale può in un primo momento tentare una mediazione salvo poi ritirarsi (-> Scarso calore e coinvolgimento reciproco, bassa cooperazione)

Associazioni tra stili di coinvolgimento del bambino, stili cogenitoriali e struttura familiare

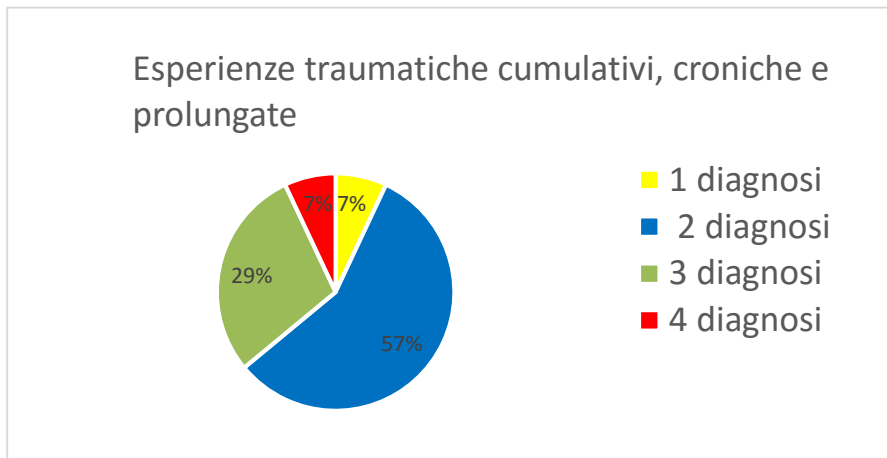
Stile di coinvolgimento del bambino	Stile cogenitoriale	Struttura familiare
Triangolare	Coeso	Alleanza coesa
Scisso	Escludente	Coalizione vincolante
Inversione di ruolo	Bambino-al-centro	Deviazione
Intermediario/ritirato	Competitivo	Triangolazione

La cogenitorialità in epoche precoci di vita del bambino e il suo stile di coinvolgimento sono correlati con il successivo livello di sviluppo sociale ed emotivo all'età di cinque anni (Favez N., Lopes F., Bernard M., Frascarolo F., Lavanchy Scaiola C., Corboz-Warnery A., Fivaz-Depeursinge E., 2012).

Alcuni dati preliminari del PDTA – LTP Modena (2016-17)

Valutate 36 famiglie di cui 60 % con bambino di età <36mesi). Caratteristiche di questo sottocampione

Tutte le famiglie presentavano quadri relazionali triadici non coesi. Se accorpriamo i fattori di rischio psicosociale evidenziati per ciascun famiglia nelle seguenti macrocategorie: T (MALTRATTAMENTO FISICO E ABUSO), F (prb FAMILIARI), E (prb EDUCATIVI), S (AMBIENTE SOCIALE), P (PATOLOGIA PSICHIATRICA GENITORI)



47 % SONO SINTOMATICI (MA SOLO UNO SEGUITO IN NPJA PER PREMATURITÀ)

DIAGNOSI EVIDENZIATE CON ICD10 (DC:05)

ALTRI DS DELL'UMORE (F39), PTDS (F43.1), REAZIONE DA STRESS (43.8), DS REATTIVO DELL'ATTACAMENTO (F94.1)

Si tenga presente che attualmente le situazioni vengono trattate esclusivamente interventi socio-educativi o psicosociali. Le proposte avanzate dall'equipe specialistica facevano riferimento oltre che alla protezione (affido, comunità ecc), spesso già in essere, ad interventi a valenza psicologica su cui intenderebbe investire o si sta investendo quali:

1. genitorialità (CoS)
2. coparenting (LTP videofeedback)
3. coniugalità
4. affiancamento educativo (home visiting) psicoterapeutici (LdV, CSM, PC, pst genitore bambino)

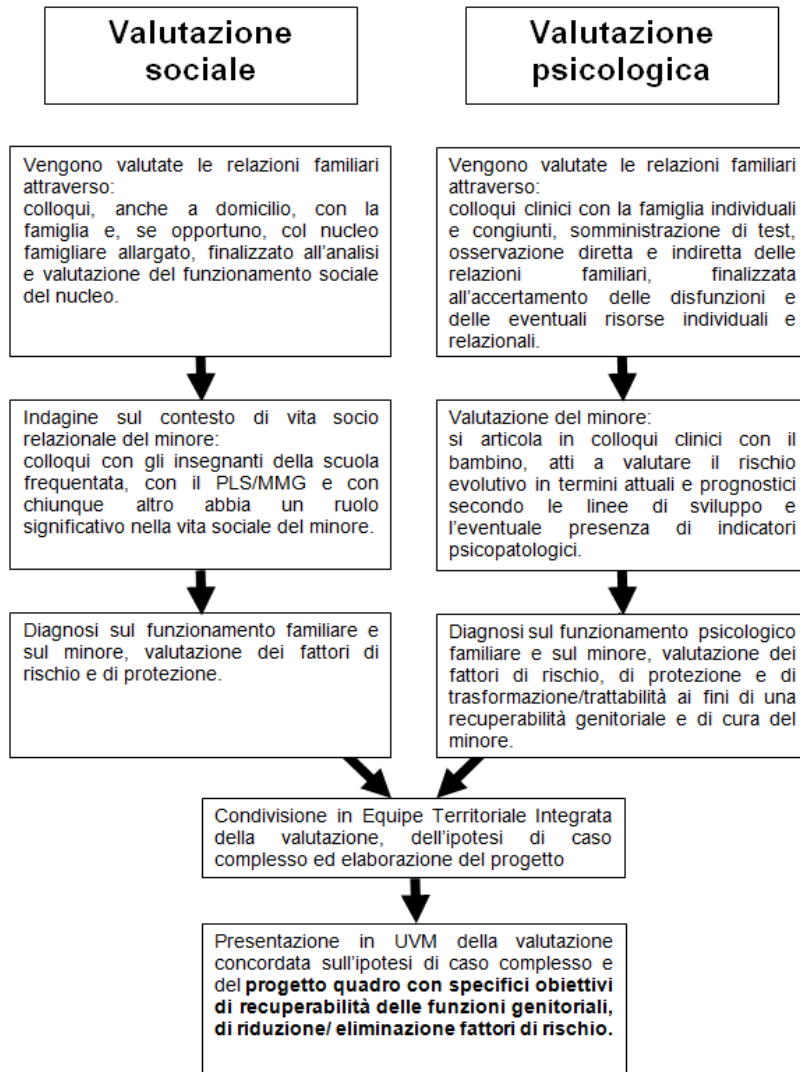
Struttura familiare / stile cogenitoriale	%
coalizione vincolante / escludente	20
deviazione / bambino al centro	53
Triangolazione / competizione	27

PIRAT: descrizione del compito

- Utilizzabile con bambini di età compresa 0-24 mesi
- Genitori bambino giocano insieme sul tappeto per un breve intervallo di tempo senza una strutturazione del compito
- Videoregistrazioni valutate su due scale: Genitore-bambino e bambino-genitore



Documento CTSS Bologna DGR 1102



L'utilizzo di queste procedure si inserisce all'interno di un percorso di valutazione sociosanitaria molto ampia, dove pari importanza viene data all'osservazione effettuata con strumenti psicologici e sociali.

Importante lavorare per la loro implementazione nella rete dei servizi

Relazione di attaccamento e benessere psicologico della famiglia

Esiste una correlazione tra stile di attaccamento numerosi disturbi dell'età pediatrica (Atti HD, mistura sviluppo) e nell'adulto (disturbi di personalità, psicosomatici, uso di sostanze)

Lavorare sul miglioramento delle relazioni di attaccamento in senso transgenerazionale può portare ad una reale prevenzione di numerose problematiche di salute mentale

Figura 4

La prospettiva contestuale della trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento

(van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 1997).

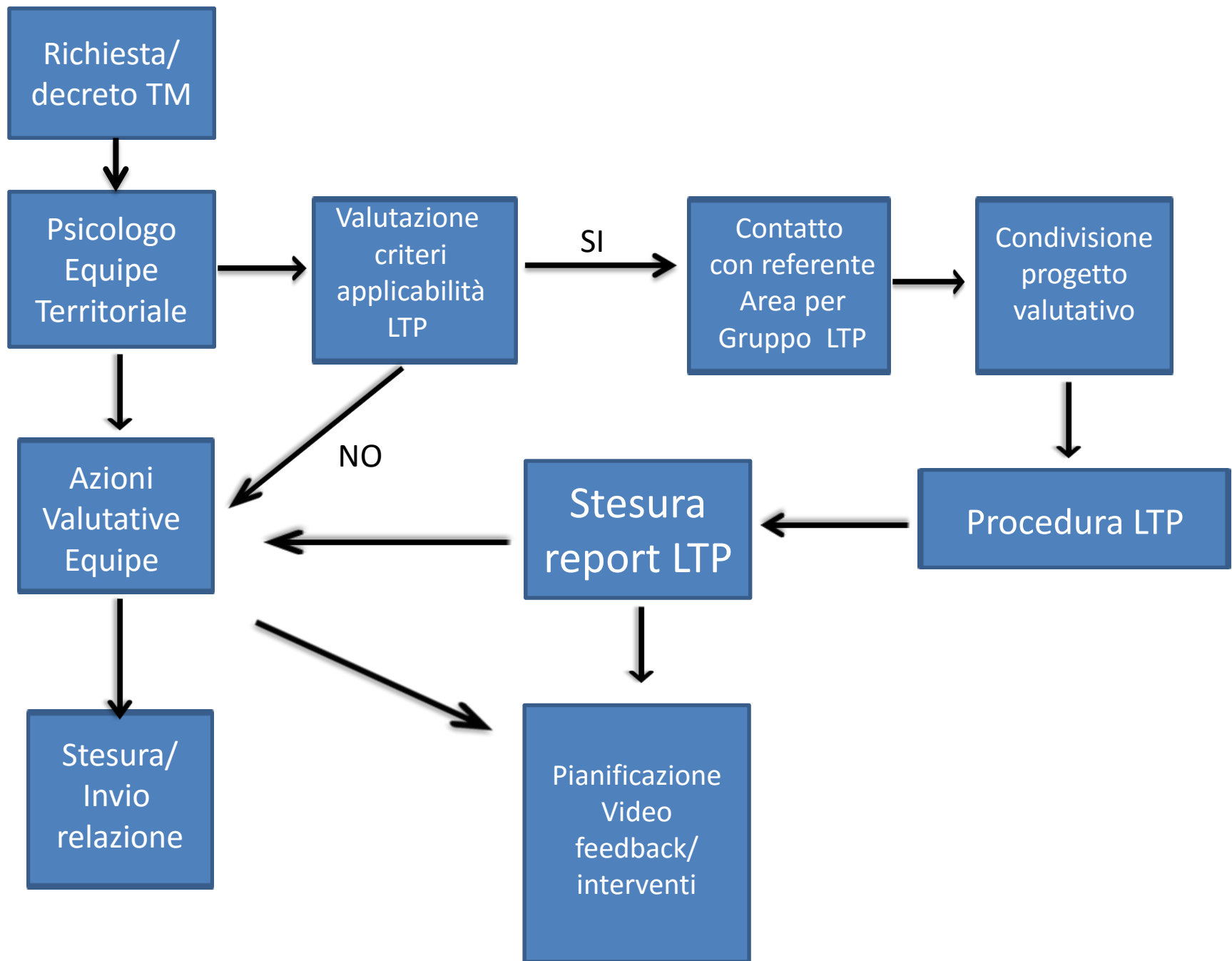


Modena: sviluppo di clinical competence

Cronologia	Operatività
2006	Prime esperienze con LTP clinico (Malagoli-Togliatti, Mazzoni, 2006) -> 3 famiglie in un anno (nessun bambino di età < 3aa)
2007-15	Operatore singolo dedicato (8 ore /mese) con referenza distrettuale ->10-14 famiglie all'anno (15% bambini di età < 3aa)
2016-17	<ol style="list-style-type: none">1) Elaborazione PDTA;2) Budget dedicato;3) Costituzione di team aziendale dedicato (3 operatori per complessive 24 ore/mese);4) Formazione omogenea Regione Emilia Romagna [SAT Salute Mentale, Dott.ssa Durante] di 30 psicologi afferenti a 8 AUSL alla somministr. e codifica LTP sistema FAAS 6.3 (Lavanchy Scaiola, Favez, Tissot, Frascarolo, 2009) [Univ. Padova, Prof. A Simonelli];5) Implementazione PDTA -> 20 famiglie all'anno (73% bamb di età < 3aa)
2018	-> 6 interventi valutazioni / VIFA (video feedback interactional assessment) al mese (75% bamb di età < 3aa)

Aspetti qualificanti il PTDA – LTP dell’A-USL di Modena

- assessment psicologico clinico diacronico in una prospettiva di forte integrazione multidisciplinare
La famiglia verrà sottoposta a distanza di 12-15 mesi a rivalutazione con analogo procedura per valutare la rigidità / permeabilità del sistema familiare a processi di apprendimento.
- procedura multimetodo per l’assessment delle dinamiche familiari in relazione ad outcome evolutivi
- valutazione LTP in cieco
- report clinico
- restituzione all’equipe psicosociale inviante e co-progettazione (funzione integrativa del rapporto con le ETI)
- video-feedback ai genitori (in presenza o in assenza psicologo curante) come attivatore di una motivazione al cambiamento



Bologna: sviluppo di clinical competence

Cronologia	Operatività
< 2014	Utilizzo di PIRAT ed LTP da operatori formati sui propri casi
2014	Emanazione DGR 1102
2016-17	Individuazione di percorsi dedicati ed omogenei per la valutazione di minori a rischio di allontanamento per maltrattamento o abuso -> utilizzo di Pirat e LTP come strumenti appropriati nei nuclei con minori entro i tre anni nel 2016: 25% della casistica seguita nel 2017: 31% della casistica seguita
2017	Formazione regionale su LTP con un gruppo di 30 psicologi

Aspetti qualificanti dell'utilizzo di LTP e PIRAT nella Ausl di Bologna in applicazione DGR 1102/14

- Valutazione focalizzata sulla relazione minore-genitori all'interno di un percorso psicosociale più ampio
- Consente di evidenziare i problemi ma anche le risorse familiari, d'impostare un intervento terapeutico sostenibile e mirato, e di monitorare i cambiamenti nel tempo
- S'inserisce all'interno di una valutazione multimetodo che permette di tenere conto contemporaneamente della complessità dei sistemi familiari (spesso costituiti da famiglie multiproblematiche), del rischio evolutivo del bambino, della recuperabilità delle funzioni genitoriali., della sostenibilità da parte delle istituzioni sociosanitarie di progetti di sostegno e cura
- Il sistema integrato di presa in carico rimanda alla necessità di intercettare metodiche di intervento che consentano di adattare i metodi tradizionali di cura ai bisogni delle famiglie osservate, che spesso non sembrano rispondere ai criteri "tradizionali" di accesso al lavoro psicologico/psicoterapico

Bologna: alcuni dati preliminari

Operatività

I minori sotto i tre anni inclusi nella valutazione sono stati 25 nel 2016 e 28 nel 2017 (circa il 30% dei minori valutati secondo la DGR 1102).

Per tutti esisteva un decreto del TM richiedente la valutazione delle competenze genitoriali e della relazione genitori-bambino.

I risultati della valutazione con le due metodiche sono stati utilizzati per integrare i metodi consueti (colloqui, test proiettivi e delle personalità, osservazioni sociali, educative, ecc...) e predisporre un progetto per il recupero delle genitorialità e/o di allontanamento del minore dai genitori all'interno dell'equipe psicosociale o dell'UVM.

Azioni trasformative

LTP videofeedback

Obiettivo: attivare i genitori come osservatori di se stessi e promuoverne la consapevolezza interattiva

modello consulenziale *alla famiglia con terapeuta o curante referente*

- Viene riproposta la visione del video per richiamare l'attenzione sulle esperienze soggettive del figlio
- E' importante valorizzare le competenze del bambino ed comportamenti parentali intuitivi dei genitori di modo da accrescere la loro fiducia in tali capacità e prima di richiamare l'attenzione su un fattore critico (coinvolgimento del bambino, cogenitorialità, struttura familiare)
- Utili gli interventi di prova (sull'azione)

Developmental System Consultation (Fivaz et al., 2004) -> 1-2 incontri di restituzione Longitudinal
Developmental Consultation (Rusconi et al., 2009) -> format analogo riproposto a diverse età

modello terapia breve

- *Ogni seduta è divisa in due parti: gioco e discussione riflessiva con il terapeuta. Questa è orientata all'insightfulness riguardo il figlio ed all'altro genitore ed alla mindfulness cioè alla consapevolezza delle esperienze interne quando sono con il figlio e con l'altro genitori avvalendosi del feedback del video*
- *Viene infatti incentivato il 'watch, wait and wonder' tipico dei trattamenti basati sull'attaccamento*
- *Si alternano sessioni triadiche con diadiche*

Reflective Family Play (RFP) (Philipp, 2012; Philipp, hayos, 2013) ->(6 incontri)

PIP: psicoterapia breve

Obiettivo: migliorare la qualità del legame bambino-genitore per favorire l'instaurarsi di un attaccamento sicuro e limitare il danno che deriva dai "traumi relazionali"

Vengono proposte sedute di gioco tra il bambino ed i due genitori, che vengono riprese da una telecamera.

Viene utilizzato il videofeedback per aumentare la capacità di mentalizzazione dei genitori, cioè la loro capacità di sintonizzarsi sugli stati mentali del bambino, per rispondere in modo sensibile ai suoi bisogni di crescita.

E' una terapia breve, possibile dai 6 mesi ai tre anni di vita, con una durata dai tre ai sei mesi ed una frequenza che passa da settimanale a quindicinale.

Riflessioni conclusive

Azioni	Prospettive
Combattere lo svantaggio sociale	Le famiglie multiproblematiche sono quelle più difficili da ingaggiare in programmi di cambiamento; di qui l'esigenza di coniugare innovazione nei metodi (dispositivi development e evidence based) e nei modelli organizzativi (salvaguardare l'elevata specializzazione mantenendo la sinergia ed il coordinamento dei servizi)
Governo clinico	I modelli di valutazione e counselling presentati rientrano nelle attività sanitarie di governo clinico: l'implementazione di programmi terapeutici sostenibili implica la definizione di risorse dedicate per il ' <i>supporto psicologico e sociale a nuclei familiari con disagio</i> ' e per il ' <i>trattamento psicoterapico di minori esposti a traumi</i> ' (LEA, 2017; art. 24, commi m,n,o)
Formazione e Ricerca	Progetti di formazione unificata a livello regionale permettono non solo di migliorare la qualità e l'efficienza operativa a livello locale ma, in una logica di sinergia d'intenti con gli enti universitari, di promuovere progetti di ricerca di ampia portata per il miglioramento continuo dell'assistenza socio-sanitaria sempre più orientata alla promozione della salute.
Trasversalità/integrazione	Il SSR dell'ER punta alla realizzazione di <i>centri di assistenza primaria</i> fortemente orientati in senso preventivo ed alla integrazione dei servizi soprattutto nell'ambito materno infantile: la psicologia clinica dell'età evolutiva si candida a svolgere un ruolo propulsivo nelle case della salute in via di realizzazione