

“L’approccio diadico evolutivo: lavorare con i bambini traumatizzati con attaccamento disorganizzato”

dhughes202@comcast.net

La terapia familiare focalizzata sull’attaccamento (AFFT) è un tipo di trattamento dei conflitti familiari, dell’esperienza di perdita e in generale delle esperienze passate non risolte che possono interessare qualsiasi membro della famiglia e le dinamiche familiari. È un modello di trattamento che è basato sulle teorie e le ricerche associate all’attaccamento all’intersoggettività. Nel setting del trattamento familiare, il terapeuta serve come fonte di sicurezza dell’attaccamento per il genitore, e il genitore e il terapeuta, insieme, servono come figure di attaccamento per i figli. La terapia familiare focalizzata sull’attaccamento implica la creazione di un ambiente sicuro in cui i membri della famiglia possono cominciare ad esplorare, risolvere ed integrare un ampio spettro di ricordi, emozioni ed esperienze attuali che sono spaventose, vergognose, evitate o negate. La sicurezza viene creata assicurando che questa esplorazione avvenga all’interno di un contesto intersoggettivo caratterizzato da sintonia non verbale, dialogo riflessivo, accettazione, curiosità ed empatia. Mentre il processo si sviluppa, tutti i membri familiari creano storie di vita più coerenti - o narrazioni autobiografiche - che sono cruciali per la sicurezza dell’attaccamento e sono un forte fattore protettivo contro la psicopatologia. Lo sviluppo terapeutico avviene all’interno di attività connesse di co-regolazione degli affetti e di co-costruzione di significato.

Le esperienze primarie intersoggettive tra un genitore e il neonato contengono emozioni condivise (sintonizzazione), attenzione focalizzata sull’uno e sull’altro in modo tale che le esperienze piacevoli del bambino siano amplificate e le sue esperienze negative siano ridotte e contenute, con una intenzione congruente per capirsi e stare bene. Ciò avviene attraverso una comunicazione contingente verbale e non verbale (contatto visivo, espressioni facciali, gesti e movimenti, prosodia della voce e contatto). Queste stesse prime esperienze genitore-figlio, fondamentali per un corretto sviluppo emotivo sociale, vengono utilizzate nella terapia per consentire al genitore e/o al figlio di fidarsi del terapeuta (o terapeuta e genitori) per regolare le esperienze emozionali e cominciare a capire queste esperienze in modo più completo. Tale comprensione si sviluppa ulteriormente attraverso il coinvolgimento affettivo-riflessivo (A-R) su queste esperienze, senza giudizio o critica. Il terapeuta manterrà un atteggiamento curioso sugli avvenimenti e comportamenti passati e presenti, facilitando la capacità della famiglia ad esplorarli per capire meglio i loro significati più profondi e per sviluppare gradualmente storie di vita più coerenti. Questo procedere può causare stress nei membri della famiglia, così il terapeuta si interromperà frequentemente, rallenterà, sarà empatico in relazione alle emozioni negative elicitate e continuamente ristabilirà la relazione di cura.

L’atteggiamento terapeutico primario dimostrato durante la sessione è di gioco, accettazione, curiosità ed empatia (PACE). Quando chiediamo alla famiglia di evocare ricordi spaventosi o vergognosi, emozioni ed esperienze attuali, chiediamo loro di coinvolgersi in un’attività emotivamente stressante. Nel fare questo è cruciale che manteniamo un atteggiamento caratterizzato da PACE per assicurare che non siano soli nell’entrare in quella esperienza dolorosa. Gli individui sviluppano sintomi e difese significativi contro il dolore, molto spesso perché sono soli nell’affrontarlo. Quando noi li aiutiamo a sopportare e a contenere il dolore, quando co-regoliamo l’emozione, forniamo loro la sicurezza necessaria per esplorare, risolvere e integrare l’esperienza. Non facilitiamo la sicurezza quando assecondiamo l’evitamento del dolore, ma piuttosto quando li

aiutiamo, quando rimaniamo emotivamente presenti quando stanno sperimentando ed individuando il dolore.

I modelli di attaccamento passano da generazione in generazione. Per rompere quel circolo vizioso, il terapeuta ha bisogno di dedicarsi agli aspetti irrisolti delle storie di attaccamento dei genitori per aiutare in genitori a facilitare la sicurezza dell'attaccamento per i loro figli. A volte questo può richiedere una terapia individuale o congiunta per il o i genitori in modo prioritario o contemporaneo alle sessioni familiari. Nello stesso tempo la storia personale di attaccamento del terapeuta influenzerà le sue capacità di rimanere o meno psicologicamente presente e responsivo con i membri della famiglia quando modelli di attaccamento simili sono attivi nel trattamento. Per questa ragione, è meglio che il terapeuta abbia risolto la propria storia di attaccamento.

Le affermazioni seguenti riflettono gli aspetti di routine di AFFT:

1. Le interazioni di gioco, focalizzate su esperienze emotive positive, non devono mai essere trascurate perché parte integrante della maggior parte delle sessioni di trattamento, quando la famiglia è recettiva. Quando i membri della famiglia resistono a queste esperienze, bisogna trattare le resistenze con PACE.
2. La vergogna è un'emozione frequentemente sperimentata quando si esplorano molte esperienze di interazioni familiari e stati emotivi negativi. La vergogna la si affronta con l'empatia, e poi con la curiosità per il suo sviluppo, per l'organizzazione, per le eccezioni, e per l'impatto che ha sulla narrazione. Tutta la comunicazione è realizzata all'interno del non verbale.
3. La comunicazione emozionale che combina dialogo affettivo-riflessivo, intersoggettivo, seguito dal ristabilimento della relazione quando necessario, è l'attività terapeutica centrale.
4. Le interruzioni nel percorso terapeutico vengono gestite comunemente con PACE.
5. Il trattamento è legato al dato di realtà corrente, e si combina con una posizione sia direttiva che non direttiva. Le linee terapeutiche possono essere ritardate o messe da parte a seconda della risposta della famiglia alle direttive. La risposta viene poi gestita con PACE.
6. Il terapeuta ha la responsabilità di assicurare ritmo di velocità adeguati alla seduta. Il terapeuta facilita lo sviluppo di una storia coerente attraverso la sua consapevolezza co-regolata, affettiva, accettante e attraverso intenzioni chiare.

La Doppia-Elica: Attaccamento e Intersoggettività

Dan Hughes, Ph.D.

Attaccamento: Principalmente uni-direzionale. La sicurezza è centrale.

Intersoggettività: Reciproca. L'esplorazione congiunta è centrale.

Nel contesto della sicurezza, l'esplorazione intersoggettiva diventa possibile. Attraverso l'esplorazione intersoggettiva, la sicurezza dell'attaccamento viene rinforzata.

Negli avvenimenti intrafamiliari ad alto stress (da intensi conflitti/rifiuto a vari atti di abuso e trascuratezza):

- La sicurezza viene distrutta e i modelli di sviluppo diventano disorganizzati.

- Le esplorazioni intersoggettive vengono ridotte ed evitate.
- Il sé è un oggetto per l'altro, non un partner intersoggettivo.
- Gli avvenimenti ad alto stress non vengono esplorati e sperimentati in modo integrato, coerente e intersoggettivo. Non vengono assimilati nella narrazione autobiografica.
- Avvenimenti ad alto stress creano dissociazione, come i successivi ricordi, causando così un rigido evitamento o una "ri-traumatizzazione".

Trattamento psicologico:

1. Il terapeuta diventa una fonte di sicurezza (disponibile, sensibile, responsivo, riparativo).
2. Nel contesto della sicurezza, il terapeuta diventa attivamente coinvolto con la famiglia attraverso un atteggiamento di PACE.
3. Vengono create esperienze intersoggettive primarie in cui il cliente ed il terapeuta hanno una influenza Affettiva/Riflessiva reciproca.
4. L'attenzione intersoggettiva si rivolge allo stress della famiglia, con il terapeuta che ristabilisce la sicurezza e l'attivazione di accettazione, curiosità ed empatia.
5. Si creano esperienze intersoggettive secondarie in cui la famiglia comincia a sperimentare l'avvenimento stressante attraverso l'esperienza (emozione coerente, attenzione ed intenzione) del terapeuta.
6. Nell'ambito della sicurezza ed intersoggettività, l'emozione emergente viene co-regolata.
7. Nell'ambito della sicurezza ed intersoggettività, l'esperienza emergente viene riorganizzata e si cominciano a co-creare nuovi significati dell'avvenimento.
8. L'evento originario non è più "traumatico" (cioè capace di causare dissociazione e disorganizzazione) ma può essere integrato nella narrazione auto-biografica in modo coerente.
9. Il cliente è in grado ora di ricordare l'evento originale in modo affettivo/riflessivo e continua a riorganizzare l'esperienza dell'avvenimento attraverso l'esposizione ad altre esperienze che esistono all'interno della narrazione.

LA POSIZIONE ATTIVA-INTERSOGGETTIVA DEL TERAPEUTA

Dan Hughes, Ph.D.

Il terapeuta ha la responsabilità di:

1. Mantenere il "ritmo" della seduta.
2. Assicurare la regolazione del flusso emotivo vitale all'interno della seduta.
3. Mantenere un equilibrio e un'integrazione affettivo/riflessivo flessibile. Essere curioso di ciò che l'altro esperisce e del senso che attribuisce all'esperienza piuttosto che a ciò che pensa e prova. Se viene espresso un pensiero o una sensazione bisogna proseguire (ad es., "Me ne parli", "Come le sembra?", "Che significato ha dato a quest'esperienza?", "Qual è stata la sua esperienza?").
4. Essere radicati nello spazio primario inter-soggettivo.
5. Esplorare gli avvenimenti intersoggettivi sia primari che secondari.
6. Fornire una comunicazione verbale e non verbale della propria esperienza della famiglia che sia chiara, esplicita (non ambigua).
7. Fondare la propria esperienza con i membri della famiglia nelle forze, nelle intenzioni e negli stati di vulnerabilità presenti sotto ai loro comportamenti.

8. Coinvolgere il bambino (e l'adulto) nella conversazione e tenere la sua attenzione con espressività non verbale (emozioni vitali).

PER APPROFONDIRE L'ESPERIENZA:

1. Amplificare l'emozione vitale in risposta al modo in cui esprime l'esperienza dell'evento (ad es., "Hai detto 'ok', ma prima hai detto 'grandioso'! E' più di OK. SPECIALE! Sarebbe MERAVIGLIOSO!).
2. "Guardami per un secondo."
3. Toccare mano, braccia, spalla.
4. Essere interessato alla discrepanza tra il verbale e il non verbale.
5. Essere interessato se ha avuto o no quella esperienza prima o se sa che cosa farsene. Quasi come se non sapesse come gli succede e fosse incerto, in cerca di una guida (intersoggettività secondaria).
6. Essere interessato all'intersoggettività primaria:

"Senti quello che io provo in relazione a quello che mi stai dicendo?"

"Puoi sentire la mia contentezza in relazione alla tua risata, al tuo entusiasmo, ai tuoi scherzi?"

"Puoi sentire la mia tristezza per quello che ti è accaduto?"

"Sei consapevole di come io ammiri il tuo coraggio, onestà, speranza, desiderio di una vita migliore?"

"Cosa pensi di come io sia stupito del fatto che tu non ti arrendi?"

Caratteristiche del Dialogo Affettivo/Riflessivo

Dan Hughes, Ph.D.

1. Atteggiamento di gioco, accettazione, curiosità ed empatia. Questi fattori forniscono "il ritmo" per la qualità terapeutica e trasformativa del dialogo. Il terapeuta attivamente trasmette attraverso queste qualità che tutti i ricordi, gli stati emotivi e gli avvenimenti possono essere accettati, capiti ed integrati nella narrazione. Le interruzioni vengono facilmente superate e il flusso del non verbale/verbale, dell'emozione/riflessione, del seguire/condurre/seguire procede all'interno di un senso di sicurezza e con una apertura alla scoperta di nuovi aspetti di sé e della relazione. Anche le figure di attaccamento usano PACE. Non si fa la predica.

P. Gioco: leggero, rilassato, amplificato (emozione/cognizione), sorriso, fare qualcosa di inaspettato.

A. Accettazione: di pensieri, sentimenti, credenze, desideri, connessi ai comportamenti: non giudicante, non condizionante.

C. Curiosità: non sapere, essere aperti, interessati, con un'attitudine alla scoperta, sorpresa.

E. Empatia: sentirsi sentiti, congiunti al mondo dell'altro. Esprimere la vitalità delle emozioni.

2. Seguire/condurre/seguire: Il terapeuta segue la pista del membro della famiglia, si unisce, è curioso ed è sensibile. Il terapeuta conduce in quella specifica area, elabora, si domanda circa le implicazioni e segue qualsiasi risposta l'altro dia. Quando necessario il terapeuta conduce proprio nelle aree che vengono evitate e poi segue la risposta del cliente. Questo procedere è simile alla danza genitore-neonato.

3. Connessione – interruzione – riparazione: In terapia, come in tutte le relazioni, ci sono frequenti interruzioni nella percezione della connessione dovute a molti fattori. Il terapeuta ne prende nota, le accetta, le capisce e facilita la ripresa interattiva. Le interruzioni non sono da evitare ma piuttosto da utilizzare per il loro significato e come fonte di opportunità di cambiamento nella relazione e nel sé. Quando l'accaduto viene normalizzato ed esperito di nuovo, la vergogna e la paura vengono ridotte e l'accaduto viene integrato nella narrazione.

4. Comunicazione non verbale: Per il bambino ai primi passi la comunicazione verbale fluisce naturalmente dalla comunicazione non verbale. Per tutti noi la comunicazione non verbale è il mezzo primario che abbiamo per dare espressione alla nostra vita interiore e anche per diventare consapevoli della vita interiore degli altri. Il terapeuta ha bisogno di essere sensibilmente consapevole delle espressioni non verbali dei membri familiari, deve aiutare a rendere queste in forma di espressioni verbali e aiutare a creare congruenza tra il non verbale ed il verbale.

Espressione/comunicazione non verbale:

emozione vitale armonizzata con una modalità incrociata

congruenza con la comunicazione verbale

**consapevolezza del significato non verbale dell'altro
espressioni chiare, non ambigue**

scorrevolezza graduale, regolata, cambiamenti

sguardo diretto, caldo, aperto, interessato, responsivo

voce variabile, responsiva, rilassata, aperta, animata, premurosa, vivace, empatica

gesti animati, espansivi, teatrali, responsivi

postura aperta, che si muove/sporge in avanti

5. Emozione & Riflessione: equilibrio e integrazione. Un dialogo significativo contiene un insieme di emozione e conoscenza, conversazione e riflessione, che sostiene l'interesse dei partecipanti e co-crea i significati delle narrazioni. Sono inclusi tutti i ricordi/le esperienze e gli stati emotivi, incluse le storie di attaccamento genitore-figlio. Il terapeuta è consapevole delle componenti emozione/riflessione delle espressioni del "qui ed ora" e facilita l'equilibrio, la congruenza e l'integrazione.

Espressione/comunicazione verbale

Espressione dell'esperienza di B/E

Coerente, comprensiva, succinta

Equilibrio sé/altro

Miscela di specifico/generale

Passato/Presente/Futuro

Cambiamento

Organizzato/focalizzato

6. Co-creazione di nuovi significati attraverso l'intersoggettività primaria e secondaria. Perché il dialogo sia efficace occorrono sintonia affettiva, attenzione congiunta ed intenzioni congruenti. Quando non sono presenti, la lacuna sarà riparata e la comunicazione non continuerà senza matrice intersoggettiva. Comunicare con la figura di attaccamento intensifica l'emozione, la comprensione e l'integrazione, facilitando allo stesso tempo la sicurezza dell'attaccamento. Emergono nuovi significati che riguardano b/e e pensieri/sentimenti associati.

Emozione: Interesse & Gioia verso oggetti/altri/sé

Paura, tristezza, rabbia

Vergogna & senso di colpa

Risposta a PACE

Pensiero/abilità di riflessione/contenuto

Bambino – Genitore/Partner – Amico

Trauma

Senso della narrazione autobiografica

Scelta/progetti/priorità

Senso di efficacia

Successo/fallimenti

Comprensione/Spiegazioni/Modelli/Consapevolezza Generale

Domande per l'Auto-Riflessione Genitoriale

Adattato da Siegel, D.J. & Hartzell, M. (2003).

Genitorialità da dentro e fuori. New York: Jeremy P. Tarcher/Putnam

1. Come è stato crescere? Chi c'era nella tua famiglia?
2. Come andava con i tuoi genitori durante la prima adolescenza? Come è evoluta la vostra relazione da quando eri ragazzo a oggi?
3. Come si differenziava la tua relazione con il papà dalla relazione con la mamma? Erano simili? Ci sono dei modi in cui cerchi di essere simile o diverso da ciascun genitore?
4. Ti sei sentito rifiutato o tradito dai tuoi genitori?

Ci sono state altre esperienze nella tua vita che sono state distruttive/traumatiche? Queste esperienze sono "ancora vive"? Continuano ad influenzare la tua vita?
5. Come ti hanno educato i tuoi genitori? Che impatto ha avuto questo sulla tua infanzia? Come influenza il tuo ruolo attuale di genitore?
6. Ti ricordi le tue prime separazioni dai tuoi genitori? Come è stato? Hai mai avuto delle separazioni prolungate dai tuoi genitori?
7. E' morto qualcuno di significativo nella tua vita durante la tua infanzia o più tardi? Come è stato allora e come ti influenza oggi?
8. Come comunicavano con te i tuoi genitori quando eri infelice?
Come comunicavano con te i tuoi genitori quando eri triste/agitato?
Tua madre e tuo padre rispondevano in queste situazioni in modo diverso? Come?
9. C'era qualcun altro oltre ai tuoi genitori che si prendeva cura di te? Che cosa ha rappresentato tale relazione per te? Che cosa è accaduto loro?
10. Se hai avuto momenti difficili durante la tua infanzia, ci sono state relazioni positive, dentro o fuori casa, su cui hai potuto contare? Come ti sono state d'aiuto e come potrebbero aiutarti ora?

DIALOGO AFFETTIVO/RIFLESSIVO (A/R)

Componenti centrali della Terapia Familiare Focalizzata sull'Attaccamento

I seguenti aspetti di terapia familiare focalizzati sull'Attaccamento sono comuni alle componenti centrali di molta psicoterapia con basi empiriche:

- 1. La Relazione Terapeutica:** dall'interno della posizione intersoggettiva, il terapeuta rende la propria esperienza molto chiara, piuttosto che ambigua; uso molto attivo di sé.
- 2. Empatia:** espressa chiaramente sia verbalmente che non verbalmente.
- 3. Accettazione:** chiara differenziazione di sé dal comportamento.
- 4. Curiosità:** continue azioni di scoperta all'interno di una posizione di non-conoscenza.
- 5. Esposizione Graduale:** all'interno di un dialogo A-R: co-regolazione dell'emozione, co-creazione di significato.
- 6. Auto-calmante:** emerge dalla co-regolazione dell'emozione, accettando l'effetto calmante di altri fattori, quali la respirazione e la messa a fuoco sensoriale.
- 7. Abilità di coping:** pratica, dialogo interno, attribuzioni di identificazione, sviluppo della narrazione.
- 8. Elaborazione delle emozioni:** terapia come processo-esperenziale del continuo "qui ed ora".
- 9. Abilità Comunicative:** espressione dell'esperienza attraverso la pratica, il coaching, il role-playing.
- 10. Abilità Sociali:** comunicazione non verbale; indizi sociali per le attribuzioni.
- 11. Consultazione del genitore:** ascolto attivo, PACE, sicurezza, educazione con empatia, centrata su successo/forza/vulnerabilità, strutture e supervisione.

ASPETTI CENTRALI SU ALCUNI COMPORTAMENTI DEL BAMBINO

Discussione, lamento, controllo, rabbia, ritiro, non chiedere aiuto, non mostrare affetto, urlare di fronte alle frustrazioni quotidiane, mentire, rubare, sottorealizzazione, paura, depressione.

Sotto il comportamento

La convinzione che solo il sé possa o sia disposto a soddisfare i propri bisogni
Non sentirsi mai sicuro
Senso pervasivo di vergogna
Convinzione di essere senza speranza e indifeso
Paura di essere vulnerabile/dipendente
Paura del rifiuto
Incapacità di co-regolare l'emozione, positiva o negativa
Sensazione che la vita sia troppo difficile
Sentirsi invisibile
Convinzione che le motivazioni/intenzioni degli adulti siano negative
Mancanza di fiducia nelle proprie capacità
Mancanza di fiducia rispetto al conforto/assistenza degli adulti durante i momenti difficili
Incapacità di capire perché quella persona fa quelle cose
Bisogno di negare la vita interiore a causa dell'emozione travolgente in essa presente
Incapacità di esprimere la vita interiore, a dispetto della propria volontà
Paura del fallimento
Paura di credere nella felicità
L'interazione quotidiana genitore-figlio è carica di associazioni alla prima famiglia
La disciplina è vissuta come un abuso/trascuratezza
Incapacità di essere consolati quando si viene rimproverati/feriti.

ASPETTI CENTRALI SU CERTI COMPORTAMENTI DEGLI ADULTI

Rabbia cronica, disciplina rigida, lotte di potere, non chiedere aiuto, non mostrare empatia, ignorare il bambino, ritiro dal bambino, reagire con rabbia e impulsività, ritiro dai colleghi e amici, criticismo cronico.

Sotto il comportamento

Desiderio di aiutare il bambino a crescere bene
Amore e impegno nei confronti del bambino
Desiderio di essere un buon insegnante
Incertezza su come soddisfare al meglio le esigenze del bambino
Specifici fallimenti con bambino associati a dubbi pervasivi riguardo al sé
Senso pervasivo di vergogna come insegnante
Convinzione di essere indifeso e senza speranza
Paura di essere vulnerabile/ferito dal bambino
Paura del rifiuto da parte del bambino
Paura del fallimento come insegnante
Incapacità di capire perché il bambino fa quelle cose
Incapacità di capire il perché della propria reazione nei confronti del bambino
Associazione del funzionamento del bambino con aspetti della propria storia di attaccamento
Sensazione di mancanza di sostegno e comprensione da parte degli altri adulti

Sensazione che la vita sia troppo difficile

Convinzione che le motivazioni/intenzioni del bambino sono negative

Sensazione che non ci siano alternative al comportamento attuato.

RIFERIMENTI

- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds) (2008) Handbook of Attachment 2nd Ed. New York: Guilford Press.
- Fosha, D. (2000). The transforming power of affect. New York: Basic Books.
- Fosha, D., Siegel, D. & Solomon, M. (Eds) (2009). The healing power of emotion. New York: WW Norton.
- Hughes, D. (2004). An attachment-based treatment of maltreated children and young people. *Attachment & Human Development*, 6, 263-278.
- Hughes, D. (2009). The Communication of emotions and the growth of autonomy and intimacy within family therapy. In The healing power of emotion: affective neuroscience, development, and clinical practice. Fosha, Siegel & Solomon, Eds. New York: Norton. 280-303.
- Hughes, D. (2009). Principles of attachment and intersubjectivity: still relevant in relating with adolescents. In Teenagers and attachment: helping adolescents engage with life and learning. A. Perry, (Ed) London: Worth Publishing. 123-140.
- Hughes, D. (2006). Building the bonds of attachment 2nd Ed. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Hughes, D. (2007). Attachment-focused family therapy. New York: WW Norton.
- Hughes, D. (2009). Attachment-focused parenting. New York: WW Norton.
- Johnson, S.M. (2004). The practice of emotionally focused couple therapy: Creating Connections 2nd Ed. New York: Burnner-Routledge.
- Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22, 7-67.
- Schore, A.N. (2003a). Affect dysregulation and disorders of the self. New York: WW Norton.
- Schore, A.N. (2003b). Affect regulation and the repair of the self. New York: WW Norton.
- Siegel, D.J. (1999). The developing mind. New York: Guilford.
- Siegel, D.J. & Hartzell, M. (2003). Parenting from the inside out. New York: Jeremy P. Tarcher/Putnam.
- Siegel, D.J. (2007). The mindful brain. New York: WW Norton.
- Siegel, D.J. (2010). Mindsight: the new science of personal transformation. NY: Bantam.
- Stern, D. (1985). The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books.

Stern, D. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant mental health journal*, 19, 300-308.

Stern, D. (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: WW Norton.

Trevarthen, C. (2001). Intrinsic motives for companionship in understanding: their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant mental health journal*, 22, 95-131.