

## 6.1

### Il parenting nella nascita a termine

Nell'ambito della letteratura di diverse scienze (Psicologia dello sviluppo, Psicologia clinica, Psicologia sociale, Psicoanalisi, Pedagogia), con il termine genitorialità e parenting si fa riferimento a un ampio costrutto riferito alle competenze di allevamento e cura per la crescita dei piccoli, che, a partire dagli inizi del XX secolo, ha assunto nel corso del tempo diverse dimensioni, a seconda del vertice di riferimento teorico considerato (Imbasciati, 2008).

A partire dagli anni '60 si sviluppa la maggior parte degli studi su questo argomento: Bowlby stesso era stato incaricato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità di svolgere una ricerca sugli effetti della privazione materna quale causa di turbe sociali, emotive, cognitive. Le cure materne nell'infanzia e nella fanciullezza sono importanti per la salute mentale quanto "le vitamine e le proteine per la salute

<sup>1</sup> Questo capitolo è un inquadramento teorico di una ricerca studio tuttora in corso a cui partecipano: Antonio Imbasciati, Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Dipartimento Materno-Infantile, Università degli Studi di Brescia; Sergio Pecorelli, Professore Ordinario di Ostetricia e Ginecologia, Dipartimento Materno-Infantile, Università degli Studi di Brescia e Direttore Reparto di Ostetricia e Ginecologia Spedali Civili Brescia; Loredana Cena, Professore Associato di Psicologia clinica, Dipartimento Materno-Infantile, Università degli Studi di Brescia; Andrea Lo Iacono, Ricercatore Ostetricia e Ginecologia, Dipartimento Materno-Infantile, Università degli Studi di Brescia; Gaetano Chirico, Direttore dell'U.O. di Terapia Intensiva Neonatale degli Spedali Civili di Brescia; Agnese Angeli, Neonatologo dell'U.O. di Terapia Intensiva Neonatale degli Spedali Civili di Brescia; Antonella Gasparoni, Direttrice Nidi A e B degli Spedali Civili di Brescia. Collabora tutto il personale dei reparti di Terapia Intensiva Neonatale, dei Nidi A e B e dei reparti di Ostetricia e Ginecologia dei Spedali Civili di Brescia, neonatologi, pediatri, ginecologi, medici, caposale, infermieri, tecnici della riabilitazione funzionale, ostetriche, puericultrici, personale socio-sanitario, che si ringrazia per la calorosa partecipazione e condivisione alle finalità della ricerca. →

6

fisica": nel testo *Cure materne e igiene mentale del fanciullo* Bowlby (1957) evidenzia come il bimbo, se non riesce a stabilire un legame affettivo adeguato con la madre, può manifestare turbe psichiche di vario genere e in particolar modo un'incapacità di sperimentare, poi, un legame affettivo con altre persone.

L'accento sull'adeguatezza del legame affettivo sottolinea che le cure materne non sono da intendersi in senso materiale: è la loro qualità – altrove abbiamo in dettaglio descritto in che cosa esse consistano – che condiziona lo sviluppo in senso positivo o negativo. Questa qualità è determinata dal tipo di contenuti psichici, affettivi che vengono trasmessi e assimilati dal bimbo: cure materne perfette dal punto di vista fisico possono essere inadeguate "affettivamente" e produrre effetti negativi. I bambini privati delle cure materne o esposti a cure materne inadeguate sono maggiormente a rischio di sviluppare un comportamento delinquenziale nel futuro. Queste scoperte portarono alla considerazione che la mancanza della madre possa causare danni non solo intrapsichici al bimbo, ma anche sociali, con il pericolo di un aumento della delinquenza. Bowlby evidenziò, inoltre, come la prevenzione nel campo della salute mentale infantile debba iniziare facendosi carico dei genitori: una società a cui stanno a cuore i bambini deve incominciare a prendersi cura dei loro genitori.

La capacità genitoriale (Bornstein, 1995) corrisponde a un costrutto complesso, non riconducibile alle qualità personali del singolo genitore, ma che comprende adeguate competenze di tutto l'insieme relazionale e sociale che circonda il bambino.

Le scienze psicologiche se ne sono occupate da prospettive differenti, a seconda del modello teorico di riferimento: gli studi di psicologia sociale sono quelli che hanno allargato la prospettiva mettendo in evidenza come la genitorialità sia funzione sociale complessa che comprende molti compiti in evoluzione, lungo l'arco della vita, dalla prima infanzia all'adolescenza avanzata dei figli. Si tratta di un processo costituito da diverse dimensioni individuali, relazionali e sociali, che non consiste solo nell'esercizio delle pratiche di cura del bimbo, ma comprende l'assunzione di un ruolo entro la propria discendenza e all'interno del sistema familiare; aspetti articolati e complessi che includono anche la dimensione intergenerazionale della storia familiare, i valori, le regole e le tradizioni trasmesse dal sistema familiare. Il ruolo

→ Si ringrazia per il contributo alla ricerca Miriam Guana, Professore associato di Scienze Ostetriche, Dipartimento Materno-Infantile, Università degli Studi di Brescia.

Hanno partecipato in fasi diverse di attuazione del progetto Concetta Fasolino, Luisella Nodari, Enrica Ziliani, Nella Tralli, Dipartimento Materno-Infantile dell'Università degli studi di Brescia. Si ringraziano molto per la partecipazione tutti i bimbi nati pretermine e i loro genitori del reparto di Terapia Intensiva Neonatale, i bimbi nati a termine dei Nidi A e B e i loro genitori ospitati nei reparti di Ginecologia e Ostetricia degli Spedali Civili di Brescia, che hanno permesso lo svolgimento di questa ricerca attraverso l'impegno e la collaborazione dedicata al progetto.

Lo studio è stato avviato a seguito dell'autorizzazione del Comitato Etico degli Spedali Civili di Brescia.

La ricerca sui pretermine fa parte di un più vasto progetto nazionale cofinanziato dal MIUR come PRIN 2007, in collegamento col gruppo dell'Università degli studi di Bologna (Baldoni, Facondini) e U.O. di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale di Rimini (Romeo), con la supervisione della prof.ssa Crittenden e del dott. Landini.

genitoriale include aspetti sociali complessi e al contempo li "trascende" e si sostanzia nella relazione con il figlio.

La psicologia sociale utilizza termini come parenting, parenthood e parent-child (Bornstein, 2002). Ci sembra interessante il termine parenting perché mette bene in evidenza il *divenire* di tale funzione: il suffisso "ing", indica la progressione nel tempo di un'azione; il parenting è, infatti, un processo in evoluzione durante le diverse fasi del ciclo di vita di una madre e di un padre. Ci sembra dunque che parenting sia un termine con un significato dinamico, che consente un rimando implicito sia al *divenire* nel tempo, sia in riferimento al sistema allargato della parentela, cioè a tutti coloro della passata e presente generazione che sono rappresentati nella funzione genitoriale: madre e padre assumono nel loro ruolo anche quello demandato loro dalle famiglie di origine, quelle dei loro genitori e di altre figure parentali. Parafrasando la Bydowski: nell'esercitare la funzione di parenting, si assolve "un debito di vita" (Bydowski, 1997) in quanto si trasmettono nel corso del tempo valori e norme dei propri genitori, della propria famiglia di origine.

Con il termine parenting la psicologia sociale fa riferimento a un costrutto multidimensionale in cui sono rappresentate dimensioni affettive e cognitive che indirizzano il comportamento dei genitori nei confronti della prole. Le dimensioni individuate come particolarmente studiate nei primi anni di vita del bimbo sono quelle relative alla funzione di cura, che fanno riferimento al calore (affetto e accettazione), alla responsiveness (capacità di comprendere e rispondere ai segnali del bimbo) e al controllo (sistema di regole e limiti); le funzioni cognitive del parenting riguardano le aspettative genitoriali e le attribuzioni causali rispetto al comportamento del figlio.

In psicologia sociale della famiglia il passaggio alla genitorialità, il *transition to parenthood* (Scabini, 1995) della coppia viene inteso come un passaggio condiviso dal nucleo familiare di origine e influenzato da spinte culturali e sociali. Il processo del *transition to parenthood* si sviluppa progressivamente a partire dall'infanzia ed è in relazione con tutti i passaggi che l'individuo deve affrontare nell'evoluzione del suo ciclo di vita, come l'uscita dal nucleo familiare di origine e la scelta di diventare genitore. La genitorialità, inoltre, rimanda al "ruolo" di genitore, all'interno del contesto intergenerazionale della famiglia (Scabini, 1995).

Gli approcci teorici, psicodinamico e psicoanalitico, indagano le funzioni psichiche del parenting ed evidenziano una correlazione tra funzionamento genitoriale, processi di identificazione con i propri figli e dinamiche affettive con la propria famiglia di origine. Il parenting, il divenire genitore e l'assumersi la cura del proprio figlio, comporta innanzitutto l'attivazione di "funzioni psichiche" che si sviluppano progressivamente nella mente adulta.

Nella progettualità di coppia, prima di accedere alla funzione genitoriale, secondo Erikson (1956), l'individuo ha modo di esercitare la propria generatività. Questa è intesa come una caratteristica psichica che si sviluppa nell'età adulta come capacità di "generare": generare legami, buone relazioni, affetti positivi e, in questa generale generatività, generare figli e allevarli. Nella coppia si manifesta con il desiderio di avere un figlio. La genitorialità può essere considerata espressione della generatività. In letteratura spesso si ritrovano i due termini, generatività e genitorialità, usati in modo interscambiabile. Con tali denominazioni si intendono processi com-

6 plessi che necessitano di una puntualizzazione. Per generatività si intende il processo che comporta l'atto del generare: rimanda quindi alla creazione di qualcosa, al superamento del narcisismo individuale a favore di un "altro", per cui l'individuo può anche sacrificarsi; in questi termini lo ha descritto Erikson, come ulteriore evoluzione di una "genitalità" intesa come oblatività e dedizione reciproca. Concretamente, nella vita di ognuno, generatività rimanda alla gravidanza, alla gestazione, alla procreazione, al voler "fare un figlio": a un desiderio presente in entrambi i sessi, che ritroviamo celebrato nel corso dei tempi anche nei miti e nelle cosmogonie (Imbasciati, Cena, 1987, 1988). La genitorialità psichica è una delle dimensioni dello sviluppo dell'identità adulta (Erikson, 1956); essa si fonda su un nuovo ruolo che investe l'individuo, e si concretizza nelle relazioni che si stabiliscono con le persone che appartengono allo stesso nucleo familiare: è una complessa funzione in cui si intrecciano dimensioni individuali, relazionali e sociali attraverso processi di "cura" (Greco, Rosnati, 2006).

La genitorialità comporta una ristrutturazione della coppia a diversi livelli: in primo luogo si avrà una nuova modalità di funzionamento che è ora di tipo triadico: ogni membro dovrà poter avere il proprio posto, entro la rappresentazione relazionale familiare, senza vissuti di esclusione; da un punto di vista organizzativo deve avvenire una progressiva integrazione e distribuzione dei ruoli di cura entro la coppia (Carli, 2002). Con la nascita del bimbo il progetto di generatività può concretizzarsi e consentire una piena realizzazione del progetto di genitorialità, attraverso una serie di modificazioni relazionali, familiari, prima solo potenzialmente inferite, che possono essere sperimentate ora fattivamente.

In genere i due processi, di generatività e genitorialità, sono embricati l'uno nell'altro, in quanto comunemente la generatività evolve verso la genitorialità, o viceversa è il progetto di genitorialità che stimola alla generatività l'individuo e la coppia: ciò spiega l'interscambiabilità dell'uso dei due termini. Può essere però che, per complesse vicissitudini interiori, intrapsichiche, interpersonali o anche sociali, la generatività non sia sostenuta o non evolva verso la genitorialità: il ruolo genitoriale può venire assunto da qualche altro caregiver dentro o fuori la famiglia, oppure, nei casi più gravi, il bimbo può venire abbandonato, maltrattato, abusato o ucciso.

Può anche accadere il contrario: il progetto di generatività può fallire per l'impossibilità procreativa, fisiologica o psicologica di uno o di entrambi i membri della coppia, mentre il progetto di genitorialità potrà venire realizzato attraverso l'adozione di un bambino o l'assunzione di un affido. Allora, parafrasando Baldaro Verde, *Avere un figlio o essere genitori?* (Baldaro Verde, 1987) è una domanda sulle complesse vicissitudini circa la progettualità umana sulla continuazione della specie: tale progettualità comporta dunque non solo aspetti generativi, attraverso un accoppiamento, una gestazione che dura nove mesi, un parto e un allattamento, ma anche aspetti genitoriali dovuti all'accudimento psicofisico e alla cura del piccolo, necessari per le caratteristiche di prolungata dipendenza della prole umana, uniche rispetto alle altre specie.

Un percorso di gestazione comporta dopo nove mesi una nascita a termine, un evento che corona il sogno di generatività della coppia e concretizza la funzione genitoriale: il figlio rende finalmente una donna madre e un uomo padre; è il figlio che fa il genitore. La maternità e la paternità sono dimensioni specifiche complementari ma

non simili, in cui si declina la genitorialità. La maternità è in genere definita nell'ordine del naturale e la paternità nell'ordine del culturale: la donna diviene madre tramite e all'interno di un processo biologico, che appartiene all'ordine della natura, un uomo diventa padre tramite un sistema simbolico che appartiene all'ordine della cultura. Portare un figlio nel ventre è un atto di natura, dare il proprio nome a un figlio è un atto di cultura, definito dalle norme di una determinata società: è il padre che dà il nome della propria famiglia al figlio. La fondamentale diversità, biologicamente determinata, ha portato a considerare la funzione materna come relativamente più biologica e quella paterna come "relativamente più sociale" (Ackerman, 1958).

L'uomo e la donna durante il percorso verso la "genitorialità" affrontano una serie di cambiamenti relativi al passaggio dalla posizione di figlio/a e moglie/marito a quella di madre/padre: questo processo comporta una nuova fase di sviluppo, a confronto con importanti cambiamenti che richiedono la destrutturazione del precedente equilibrio e un lavoro di riadattamento e di riorganizzazione. Molti autori (Bibring, 1959; Benedeck, 1959; Pines, 1977; Pazzagli et al., 1996; Smorti, 1987) hanno parlato della maternità e della paternità come "fasi di sviluppo".

Altri autori (Liebenberg, 1967; Cigoli, Galbusera Colombo, 1980; Smorti, 1980; Shapiro, 1989) fanno riferimento alla genitorialità, soprattutto per il primo figlio, come passaggio attraverso una "crisi", in seguito alla rottura degli equilibri raggiunti, affermando quindi che vi sia la necessità di una nuova organizzazione psichica. Il progetto gestazionale evolve lungo un continuum nel corso dello sviluppo psicologico dell'individuo; avere un figlio, nel nostro tempo, è sempre più l'esito di una scelta valutata e molto spesso unica nell'ambito del ciclo di vita dell'individuo adulto; diventare genitori è un evento che scandisce il processo maturativo della personalità adulta, scelta ponderata all'interno del ciclo di vita della coppia, ma che ha origini lontane nel processo di sviluppo dei singoli. Questo evento viene considerato una "crisi evolutiva" (Scopesi, 1994), che coinvolge i membri della coppia in un confronto con le proprie figure genitoriali e con i propri vissuti infantili rispetto alla paternità e alla maternità, alla ricerca di modalità comportamentali da adottare a loro volta come genitori, con il proprio figlio. Soprattutto il primo figlio comporta per l'individuo adulto la più importante crisi evolutiva (Erikson, 1984) che lo pone di fronte alla propria capacità procreativa, ma anche alla capacità di assumersi responsabilità, e dunque alla possibilità evolutiva del processo di identità.

In una coppia, quando il legame è vissuto come sicuro, stabile e duraturo, tale per cui può aprirsi a un nuovo elemento che rappresenta il futuro, nasce un progetto di generatività e genitorialità, e la coppia costruisce insieme un'immagine di quello che sarà il proprio figlio (Badolato, 1993; Ambrosini, Bormida, 1995). Insuccessi nella reciprocità dei ruoli di marito e di moglie, disturbi nelle relazioni sessuali, oppure forzature nella suddivisione delle autorità e delle responsabilità agiscono in modo negativo sulla motivazione dell'uomo al passaggio alla generatività e alla genitorialità.

Negli autori che hanno analizzato la tipologia della transizione dalla diade alla triade, attraverso ricerche longitudinali in coppie in attesa di un figlio (Binda, 1997) viene evidenziata l'importanza della percezione e della competenza genitoriale, quale indicatore favorevole per la realizzazione positiva del passaggio alla generatività/genitorialità; la trasmissione del desiderio di generare e dei valori simbolici tra le ge-

6

nerazioni può essere incentivante per l'investimento del legame di coppia.

Si ha così un rapportarsi di due livelli: relazionale e intrapsichico, che alimentano un "sistema interiorizzato di relazioni" (Zavattini, 1984). In questo senso è possibile la lettura di quella che si struttura come la famiglia "interna", intesa come realtà fantasmatica che deriva dal "sistema interiorizzato di relazioni" (Cigoli, Galimberti, 1983; Zavattini, 1984; Galimberti, 1985). La coppia si costituisce come il punto di intersezione tra i due livelli inter e intrapsichico su cui si costituisce il "mondo fantasmatico" condiviso dagli psichismi individuali. Il desiderio di generatività della coppia si collocherebbe in questo spazio fantasmatico condiviso: prima di nascere un figlio ha bisogno di uno spazio mentale; Winnicott (1987) dice che l'origine dei bambini ha luogo quando sono pensati. Questo "luogo" forse potrebbe trovarsi in quel mondo fantasmatico condiviso, nel punto di intersezione degli psichismi individuali: è lì che inizia la venuta al mondo di un bimbo, dall'unione psichica, prima ancora che fisica, dei due genitori, nell'unione dei loro progetti di generatività e genitorialità; il punto di intersezione delle fantasie individuali, tempo e luogo in cui le fantasie relative a un proprio bimbo personale diventano condivise e danno forma a un "bimbo immaginario" comune, prodotto dalla condensazione dei pensieri della coppia (Lebovici, 1983).

L'idea di generatività/genitorialità può iniziare molto presto nell'immaginario e nella storia dello sviluppo intrapsichico e dei rapporti interpersonali di ognuno dei due membri della coppia. La generatività è molto più di un evento biologico: è correlata ai vissuti con le proprie figure genitoriali. Fanno parte di questo bagaglio tutte le fantasie di accoppiamento e di vita di coppia. Successivamente, quando nella vita reale della coppia sopraggiunge un periodo in cui il "desiderio di fare" dei bambini comincia ad affacciarsi alla coscienza, nella donna e nel suo partner si animano fantasie inconscie e remote che appartengono alla storia individuale di ognuno di loro (Palacio Espasa, 1991).

In letteratura il desiderio di procreazione si ritrova principalmente declinato attraverso un duplice aspetto: come desiderio di gravidanza e desiderio di maternità; poco studiato è ancora il corrispettivo desiderio di paternità (Pines, 1972, 1982; Baruffi, 1979). Shaffer (1980) e Badinter (1981) rilevano come non si possa parlare di un comportamento istintivo che conduca la donna verso la maternità, ma di un insieme di capacità e sentimenti basati su una disponibilità interiore della madre, che si manifestano in particolari condizioni psicologiche e sociali (Vegetti Finzi, 1997).

La Pines (1977) in *On becoming parents* sostiene che diventare genitori è presagio nel gioco e nella fantasia durante i primi anni di vita: il desiderio di un figlio è presente prima che esista la possibilità fisiologica di crearne uno. Desiderio di gravidanza e maternità non sempre coincidono: ci sono molte ragioni intrapsichiche che sottendono una gravidanza, che non hanno nulla a che fare con il desiderio di occuparsi e di accudire un bambino reale. Nel desiderio di un figlio in una donna può prevalere il desiderio narcisistico che il proprio corpo funzioni come quello della propria madre o prevalere la disponibilità a occuparsi e prendersi cura di un bambino (Pines, 1972). Secondo l'autrice occorre dunque fare una distinzione tra i termini, anche se sembrano la manifestazione di un unico desiderio, perché i vissuti che li alimentano dipendono da esperienze alquanto diverse: nel desiderio di maternità pre-

valgono, infatti, vicissitudini interiori collegate al "prendersi cura di", quindi alle funzioni di caregiver, mentre nel desiderio di gravidanza prevalgono vicissitudini in cui il poter diventare gravida diventa per la donna unicamente una garanzia rispetto alle proprie capacità procreative e una rassicurazione dalle angosce e dai dubbi sul proprio corpo e sulla propria identità sessuale.

La genitorialità richiama dunque i processi interiori del "prendersi cura di", del curare e dell'accudimento del bimbo: secondo Stern (Stern, 1995) nella cura del figlio la coppia farà riferimento alle esperienze di accudimento che aveva a sua volta ottenuto dai propri genitori, riattualizzando anche antiche modalità di rapporto; la relazione con il padre e quella tra padre e madre hanno una loro influenza; i vissuti nei confronti della coppia genitoriale influenzano le scelte della ragazza nei confronti della generatività e della genitorialità (Randaccio, De Padova, 2004). Lo sviluppo della genitorialità, in ogni donna, rappresenta un processo interattivo fra polarità di rappresentazioni psichiche e di esperienze di dipendenza dalla propria madre: la donna per accedere al processo della genitorialità deve poter attivare quei processi psichici che a sua volta aveva attivato la sua mamma. In particolare deve essere in grado di attivare il processo della *rêverie* (Bion, 1962).

La presenza di un figlio nel mondo inconscio di una donna segna il suo iter evolutivo a partire dall'infanzia: la maternità e il desiderio di generare e di genitorialità costituiscono quindi, consciamente e inconsciamente, un lungo e complesso cammino psicologico nella formazione della struttura psichica della donna, saldamente ancorato alle aspettative sul proprio futuro di donna adulta e sulle dinamiche psicologiche che sottendono la qualità dei processi di identificazione con la propria madre. Studi recenti riguardano le rappresentazioni genitoriali intorno alla nascita: rappresentazioni intese come luoghi del concepimento mentale del figlio e segnalatori del rapporto di attaccamento tra il bimbo e i suoi genitori, attraverso una lettura dell'organizzazione psichica del neonato (Stern, 1995; Fonagy, Target, 2001). Durante la gravidanza, per la donna si presenta una riedizione dell'intero sviluppo della relazione con la propria madre: dal sentirsi feto, alle precoci identificazioni infantili che ora vengono confrontate con gli atteggiamenti e i sentimenti nei confronti del bimbo, fino alla propria individuazione. I mutamenti che si verificano durante la gravidanza comportano cambiamenti importanti del mondo rappresentazionale della donna, attraverso un processo che implica contemporaneamente l'elaborazione di nuove rappresentazioni mentali relative al Sé come madre e al futuro bambino e una revisione delle rappresentazioni del Sé strutturate durante l'infanzia. Stern (1995) ha definito "costellazione materna" quella condizione di riorganizzazione della vita psichica della donna, di profondo cambiamento delle rappresentazioni di sé come persona, moglie, figlia, madre. Avviene una riorganizzazione del senso di identità della donna: da figlia diventa madre del proprio bambino e le rappresentazioni materne della propria madre (Ammaniti, 1992, 2008; Ammaniti et al., 1990, 1995) sono indicative di come la donna svilupperà la sua maternità.

Bowlby (1973, 1980) ha dato un contributo allo studio delle rappresentazioni con il concetto di modello operativo interno (*Internal Working Model*): i modelli operativi interni (vedi Par. 2.1) possono essere considerati come rappresentazioni mentali dinamiche che operano al di fuori della consapevolezza, costruite a partire dall'esperienza

6 relazionale precoce con le figure di attaccamento che costituiscono la matrice tramite la quale viene letta la realtà e viene influenzato ogni tipo di relazione affettiva.

Lo studio di come le fantasie inconscie della madre sul bambino si riflettano sullo sviluppo del bambino stesso è argomento di indagine soprattutto nella teoria dell'attaccamento, attraverso la trasmissione transgenerazionale dei pattern di attaccamento. La trasmissione degli stili di attaccamento influisce in tutte le relazioni intime di tipo affettivo e sociale; viene individuata una correlazione tra la relazione genitoriale e di coppia; gli studi in letteratura evidenziano una correlazione tra soddisfazione e qualità della relazione coniugale, affetto e vicinanza e *responsiveness* verso la prole.

Studi di metanalisi (van IJzendoorn et al., 1995) sulla trasmissione intergenerazionale dello stile di attaccamento, per la maggior parte relativi all'interazione madre-bambino, mentre meno numerosi sono quelli sulla relazione padre-bambino, hanno riscontrato una correlazione significativa tra lo stile di attaccamento del genitore e del figlio, in particolare per il pattern sicuro, nonché tra lo stile distanziante del genitore e quello evitante del bambino; i dati meno confrontabili sono tra lo stile troppo coinvolto (ansioso) del genitore e quello ambivalente del bambino. Questi dati enfatizzano il ruolo della sicurezza come una caratteristica particolarmente implicata nel processo di trasmissione: sia per la madre, sia per il padre i livelli di accordo nella trasmissione al bambino sono sempre più elevati per la categoria di attaccamento sicuro. La corrispondenza tra lo stile di attaccamento materno e la qualità dell'attaccamento del bambino viene spiegata come continuità delle caratteristiche qualitative dei modelli operativi interni dell'attaccamento dell'adulto, che vengono trasmesse al bambino attraverso i comportamenti di cura della madre e del padre. In particolare, vengono considerate le dimensioni della sensibilità e della responsività nel parenting genitoriale (vedi Par. 3.3) come caratteristiche di una modalità di accudimento e cura adeguati ai bisogni fisici ed emotivi del bimbo, facilitanti la costruzione di un legame di attaccamento sicuro nel bimbo.

La trasmissione transgenerazionale dell'attaccamento è stata inizialmente studiata secondo un modello a causalità lineare, secondo cui le esperienze di attaccamento precoci del genitore nei confronti dei propri genitori comporterebbero la costruzione di rappresentazioni in grado di orientare i suoi comportamenti di accudimento nei confronti del bambino e di strutturare, a loro volta, le esperienze di attaccamento del figlio nei suoi confronti. Studi recenti hanno evidenziato che questa modalità lineare per descrivere la continuità della trasmissione transgenerazionale dell'attaccamento, tra lo stile di attaccamento del genitore e quello del bambino, non sarebbe del tutto comprensiva della complessità del processo, che sarebbe condizionato da molteplici fattori, quali le discontinuità provocate nello sviluppo dai cambiamenti evolutivi, esperienziali o ambientali a cui gli individui sono sottoposti (van IJzendoorn, Bakemans-Kranenburg, 1997, 2005). Esperienze positive di attaccamento, anche successive all'infanzia, possono, infatti, avere una funzione ristrutturante rispetto all'originaria esperienza di attaccamento con i genitori (Crittenden, 2008).

Attuali studi indicano che una prospettiva contestuale multifattoriale della trasmissione transgenerazionale è più comprensiva della complessità dei fattori che possono influenzare il processo di trasmissione tra adulto e bambino: vengono considerate le esperienze di attaccamento successive e alternative a quelle infantili, che possono con-

sentire una riorganizzazione dei modelli di attaccamento; il supporto familiare e sociale, il quale può avere un'importante influenza sulle modalità con cui l'adulto si prende cura del bambino; la qualità della relazione di coppia, come fattore di mediazione rispetto alla qualità delle cure e al benessere percepito dai partner come individui e come genitori (van IJzendoorn, Bakemans-Kranenburg, 1997).

In particolare il modello multifattoriale processuale proposto da Belsky (1984) fa riferimento a una modalità circolare per descrivere la complessità dei fattori implicati nella funzione del parenting – tra i quali le caratteristiche del bambino, il suo livello di sviluppo, la storia individuale dei genitori (che comprende l'attaccamento con i propri genitori), il rapporto di coppia, la situazione del lavoro, il sostegno familiare e sociale –, consentendo una valutazione più articolata delle funzioni connesse alla genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento.

Tale modello ci sembra funzionale perché flessibile anche nelle situazioni più critiche di formazione del parenting, come può essere una nascita anticipata, pretermine, in cui la costruzione e lo sviluppo della genitorialità è soggetta all'influenza di fattori esterni più complessi, quali determinanti nel processo.

## 6.2

### Quando la nascita è... pretermine

In un'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) si entra con molta discrezione, coperti da camici sterili, calzari e mascherine, nel rispetto della fragilità in cui stanno crescendo, dentro a uteri di vetro, piccoli nati prima del termine dovuto delle 40 settimane, necessarie alla conclusione di una gravidanza fisiologica. Riportiamo lo stralcio di un'osservazione.<sup>2</sup>

Quando entro nella stanza del reparto, dopo aver dato un rapido sguardo ad Andrea, mi dirigo subito verso l'infermiera di turno; mi presento, le spiego cosa sto facendo e le chiedo alcune informazioni sul piccolo. Lei mi chiede se ho l'autorizzazione dei genitori e io rispondo di sì, che ho già parlato con loro.

Andrea è un bambino che non ha grossi problemi, che respira in completa autonomia e sta prendendo peso e che presto potrebbe anche venire spostato nella stanza dove sono erogate cure per patologie di gravità intermedia.

Mi avvicino all'incubatrice per iniziare la mia osservazione. Il piccolo Andrea indossa una tutina gialla che lascia scoperti gli arti, in testa ha una cuffietta bianca di lana e le gambe sono avvolte in una copertina. È in posizione supina, con la faccia rivolta a sinistra e molto vicina al bordo della termocul-

<sup>2</sup> Questa osservazione (Andrea: 29 settimane e 3 giorni di età gestazionale, peso: 1060 g) è stata effettuata da Francesca Zerbi, che ha collaborato come borsista nella ricerca attraverso il finanziamento di Ingenio Dote Ricercatori dalla Regione Lombardia, in cofinanziamento con l'Unione europea e il Fondo sociale europeo, il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, divisione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione.

6

la, tant'è che non riesco a vederla nemmeno se cambio punto d'osservazione. Ha il sondino nasale per l'alimentazione, il sensore per la pressione all'avambraccio destro, mentre a quello sinistro è applicata una siringa per la terapia; vedo ancora i fili degli elettrodi. Mi dico: "Un corpicino così piccolo, con così tante cose addosso!"

A questo punto Andrea inizia a muovere la bocca molto velocemente, come se stesse masticando e poi succhiando, per un minuto circa. Muove alcune volte la mano destra sull'addome come se si stesse accarezzando, mentre quella sinistra viene mantenuta ferma davanti al nasino.

Arriva la madre che, vedendo vuota la termocuccia in cui Andrea era stato fino a ieri, si agita molto e si guarda in giro spaventata; l'infermiera le dice che è stato spostato e lei preoccupata ribatte guardando verso di me: "Ah, vedevate un'altra mamma!"; io penso che lei già non si ricordi più di me, sebbene lei sia stata presentata solo due giorni prima.

Si avvicina all'incubatrice e mi saluta cordialmente; mi sposto dalla parte opposta per lasciarla con il suo bambino. Lei apre un istante l'oblò e infila una mano per sistemare i sondini ad Andrea; poi gli parla e commenta rivolta verso di me che ha paura che il sondino nasale "gli tiri e gli dia fastidio messo così". Dalla posizione in cui mi trovo ora, non riesco a vedere bene il bimbo, ma mi sembra che continui a dormire.

La madre è ipervigile e controlla continuamente i parametri sul monitor, di cui sembra molto esperta (mi chiedo se sia un'infermiera), poi mi chiede se Andrea ha avuto degli attacchi di apnea o bradicardia. Le rispondo che sono lì da poco e che comunque il monitor non ha evidenziato problemi. Lei mi dice che il giorno prima ha avuto una sola apnea e che spera che non ne abbia altre; poi si muove nella stanza, sembra voler parlare con le infermiere, ma poi esce un attimo. Quando rientra, il monitor inizia a suonare e lei si agita molto. Sta per andare dalle infermiere, ma poi si blocca: mi dice che non si ricorda quale parametro era fuori dalla norma e mi chiede se ho visto quale fosse; le rispondo che io stavo osservando Andrea e non il monitor. Dopo qualche minuto si reca dalle infermiere e domanda insistentemente quando andranno a sistemarlo.

Mi sento sopraffatta da questa madre, dalla sua angoscia e dalle sue incessanti parole e provo un senso di profondo disagio.

Nel frattempo Andrea continua a dormire quieto e si agita solo per un attimo.

A questo punto si avvicina l'infermiera: sistema delicatamente Andrea nella termocuccia e gli misura la temperatura, tenendogli una mano sulla testa. Andrea inizia a muoversi un po' tutto a scatti e l'infermiera lo contiene per 5 minuti, mettendogli l'altra mano sul fianco; Andrea va a toccare con la sua manina quella dell'infermiera e continua a dormire. La madre segue attentamente ogni manovra, vigilando sempre sui parametri e le chiede continuamente informazioni, in particolare circa le crisi bradicardiche e le apnee. L'infermiera la tranquillizza dicendo che Andrea ha iniziato a stare meglio in questi ultimi giorni. La madre, tuttavia, sembra trovare poco conforto nelle sue parole e rimane molto agitata.

L'infermiera ora spoglia con molta abilità Andrea per cambiarlo, gli sistema con cura e attenzione i fili degli elettrodi e gli sposta il sensore; Andrea continua a dormire imperturbato e sbadiglia; la madre commenta dolcemente: "Uno sbadiglio... il mio piccolino!"

Vederlo nudo mi colpisce: è un esserino così piccolo ed esile, con gli arti lunghi e scarni e i tratti del viso ancora poco delineati. Inoltre mi stupisco della sua costante tranquillità, nonostante tutte le operazioni che vengono fatte su di lui.

A questo punto l'infermiera deve procedere alla stimolazione della zona anale, poiché Andrea non si è ancora scaricato e la madre va totalmente in panico. Non riesce a guardare questa operazione, esce e rientra continuamente nella stanza e sembra stia per mettersi a piangere; l'infermiera cerca di sdrammatizzare e le dice che poi dovrà essere lei a farlo al bambino, nel caso di bisogno quando sarà

rientrato a casa. La madre risponde che allora Andrea sarà più grande e che sarà diverso... però chiede conferma rivolgendosi all'infermiera: "Vero?". Nel frattempo Andrea non si scompone più di tanto: contrae un po' il faccino come infastidito e scalcia un attimo; poi continua a rimanere immobile con la fronte corrugata e sbadiglia.

Ora la madre si rivolge verso di me e inizia a raccontare della sua precedente gravidanza: 11 mesi fa ha perso una bimba nata alla 24a settimana di età gestazionale e morta dopo 21 giorni di terapia intensiva; dopo poco tempo è rimasta incinta di Andrea, ma non si capisce se questo bimbo è capitato oppure è stato cercato dai genitori, perché il racconto è in alcune parti confuso... La mamma ammette poi che essere tornata in un reparto di patologia neonatale l'ha un po' destabilizzata.

Ora capisco tutta l'agitazione, l'angoscia, lo smarrimento trasmessi da questa signora e come per lei questo sia un momento davvero difficile da affrontare.

Dopo 5 minuti l'infermiera solleva Andrea, che continua a dormire e a sbadigliare, e lo posiziona sul fianco destro; poi lo avvolge in un panno per contenerlo, lasciandogli libertà di movimento alle gambe e gli sistema i bordi della copertina. Andrea rimane immobile, comunicandomi una certa passività, poi comincia a corrugare la fronte (forse si sta svegliando). I gesti dell'infermiera sono particolarmente attenti, delicati, rispettosi, sempre seguiti, durante tutte le sue manovre, da commenti dolci rivolti al piccolo. Inoltre essa si dimostra molto paziente e comprensiva anche nei confronti della madre, cercando di sdrammatizzare la pesante circostanza.

Questo stralcio di osservazione di un bimbo ricoverato in un reparto di terapia intensiva neonatale ci può dare un'idea della complessità delle esperienze che scandiscono ogni attimo della vita che coinvolge il piccolo ma anche i suoi caregiver, il personale che si prende cura di lui in reparto, la sua mamma e ora la psicologa che lo sta osservando.

Colpisce in questa osservazione la relativa passività del bimbo, di fronte alle variazioni di stimoli provocati dalle varie manovre. Un feto nel suo utero naturale reagisce a variazioni di stimolo: è il nostro prematuro ormai abituato a tanti e tanto variabili stimoli, che ha perso la naturale disposizione a reagirvi? O a riconoscerli? È questo un fenomeno di *habituation*? E inoltre: sembra che il bimbo continui a dormire, malgrado tutto. È fisiologico? O il prematuro si è abituato a una sorta di indifferenza? O "sembra", ma in realtà non dorme? Come funziona in questo caso il suo cervello? E infine che cosa tutti questi interrogativi possono comportare rispetto a quanto sta crescendo la funzionalità cerebrale di questo prematuro, rispetto al neonato a termine? Quali conseguenze per il suo sviluppo futuro?

La nascita a termine è un evento che coinvolge emotivamente tutti quelli che si muovono sulla scena del parto e chi si prende cura poi del neonato nei reparti ospedalieri (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007); una nascita pretermine è un evento a rischio che coinvolge in modo esponenziale, operativamente ma anche emotivamente, più caregiver: i medici, neonatologi e pediatri, il personale infermieristico, ostetrico, le puericultrici, ma soprattutto i genitori. Questi in particolare devono far fronte alla nascita del loro bimbo, che si presenta con modalità diverse da quella che potevano essersi rappresentata durante l'attesa, e che necessita di un'assistenza particolare, più complessa di quella fornita nei reparti di ostetricia e di neonatologia dove vengono ricoverate le altre mamme e tutti gli altri bimbi che nascono a termine. La nascita pretermine (Trombini, 2002) sollecita intense e differenti reazioni emotive:

6 nei genitori, in particolare, acquista connotazioni affettive che possono avere un impatto sul bambino e sulla relazione con lui (Müller Nix, Ansermet, 2009).

### 6.3

#### Il bambino nato pretermine e i suoi genitori

Come accennato precedentemente, lo sviluppo della funzione di parenting si presenta come un percorso complesso, ma quando la nascita avviene prima della conclusione fisiologica della gestazione queste stesse complessità possono moltiplicarsi in modo esponenziale (Goldberg, DiVitto, 1995). Il parto può avvenire con modalità inaspettate, a causa per esempio della rottura prematura del sacco amniotico o di contrazioni inarrestabili, o al termine di settimane di riposo forzato e assunzione di farmaci: l'evento precoce giunge a interrompere bruscamente il progetto gestazionale della coppia, sconvolgendone le attese; invece di un lieto evento la coppia genitoriale deve affrontare una realtà molto differente da quella che poteva essersi prefigurata durante la gravidanza. La nascita prematura si configura come brusca rottura rispetto alle attese e alle aspettative anche nei confronti delle famiglie di origine: non può essere assolto fino in fondo il "debito di vita" verso i propri familiari, e può manifestarsi anche una certa difficoltà a collocare e accogliere il neonato all'interno della propria storia familiare.

In genere i genitori sono abbastanza all'oscuro di ciò che può essere una UTIN: questa realtà ospedaliera è così diversa da un comune reparto di neonatologia; qui incontrano per la prima volta il loro piccolo da dietro l'oblò dell'incubatrice. L'incubatrice isola il bimbo da agenti pericolosi e assicura protezione, ma si pone come un ostacolo all'interazione fisica e affettiva tra il genitore e il bimbo. In queste condizioni la madre non riesce ad attivare le modalità di accudimento e cura che costituiscono la dimensione fondamentale della sua funzione di modulatrice degli apprendimenti che costruiscono (Imbasciati, Cena, 2010) la mente (e il cervello) del bimbo: questi dipendono invece dall'ambiente tecnologico, che deve proteggerlo; la sopravvivenza è vincolata all'assistenza e alla cura della sofisticata strumentazione e del personale specializzato. La nascita pretermine è soltanto un atto medico: la nascita psicologica avviene in un secondo momento, alle dimissioni, quando c'è la certezza della sopravvivenza e della salute del bimbo. I genitori spesso descrivono questo momento come la seconda nascita del loro bimbo (Müller-Nix, Ansermet, 2009). Nelle *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) prosegue la loro attesa: tutto però è delegato ai medici specialisti e agli infermieri, agli operatori sanitari di cui devono avere piena fiducia; i molteplici caregiver che curano e che si "prendono cura" del loro bimbo.

L'impatto con questa realtà inaspettata può essere sconvolgente e ai genitori può sembrare di vivere come in un incubo, con sensazioni di irrealtà, forte rabbia e sgoimento, in cui sorgono impellenti le domande del perché questo sia accaduto proprio a loro. Questi sentimenti di rabbia possono anche essere rivolti all'équipe medica, attraverso comportamenti aggressivi o giudizi svalutanti; i sentimenti possono essere svalutanti anche verso il bimbo, che ha deluso le loro aspettative, oppure manifestarsi

come aggressività verso gli altri genitori, ritenuti più fortunati; talvolta la rabbia viene rivolta verso se stessi. Il supporto sociale può indebolirsi, perché le rispettive famiglie di origine sono lontane o possono non rendersi veramente conto delle reali condizioni del bambino e delle pressioni a cui sono sottoposti i genitori; può verificarsi, anche per loro, un senso di impotenza, a cui cercano di ovviare portando conforto ai genitori sfortunati attraverso, magari, la minimizzazione dei problemi.

Lo sviluppo di un'assistenza individualizzata nelle UTIN dagli anni '90 si è orientata sempre più al coinvolgimento della famiglia (Als, 1992) e in questi ultimi anni sono aumentati gli studi che si interessano delle modalità con cui i genitori sono coinvolti nel prendersi cura del loro piccolo (Colombo, 1996; Klaus, Kennel, 2001), mettendo in evidenza anche aspetti del loro stato emotivo: ciò dipende dalla condizione clinica del bimbo, che può oscillare tra essere più o meno tranquillo, soggetta a lenti miglioramenti oppure a ricadute o complicazioni. Nelle ricerche l'esperienza genitoriale viene descritta da un punto di vista clinico e in genere sono utilizzati prevalentemente strumenti *self-report*, come questionari standardizzati, oppure si raccolgono dati qualitativi attraverso interviste ai genitori (Borghini, Müller-Nix, 2008).

I dati delle ricerche internazionali convergono nel considerare la nascita prematura come un evento stressante per i genitori e la famiglia: lo stress vissuto dai genitori durante il ricovero dei bimbi nelle UTIN ha un'influenza sul bimbo (Dudek-Schriber, 2004), e conseguenze emotive a lungo termine sulle madri (DeMier et al., 2000) che avvertono uno stress maggiore dei padri (Jackson, Terstedt, Schollin, 2003).

La nascita pretermine di un bimbo provoca nei genitori ansia e depressione, che possono giungere a livelli molto elevati e prolungati: le madri possono soffrire di depressione (Miles et al., 2007) e ansietà per mesi (Zanardo et al., 2003). Spesso le madri e i padri, nei loro racconti, parlano della nascita del figlio come di uno shock, difficile da immaginare, accompagnato da molta confusione (Müller-Nix et al., 2001).

La nascita pretermine, per le complicità mediche e ostetriche che incombono sulla madre e/o sul bambino, assume le connotazioni di un pericolo che può essere accompagnato da minacce di morte, trasformandosi in evento traumatico connotato da vissuti di angoscia; studi recenti hanno esaminato l'esperienza dei genitori secondo la prospettiva del trauma: essi indicano nei genitori dei bimbi nati pretermine un'elevata incidenza di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) soprattutto nelle madri (Holditch-Davis et al., 2003); gli esiti del PTSD sarebbero ancora presenti un anno dopo la nascita (Pierrehumbert, et al., 2003); altri studi hanno individuato sintomi significativi di PTSD con stati di depressione e ansia in madri con bimbi pretermine ad alto rischio oltre quattordici mesi dopo la nascita (Kersting et al., 2004).

L'esperienza traumatica si presenta come un triplice processo: in una prima fase può manifestarsi come uno stato di shock, paura e difficoltà a pensare chiaramente alla nascita; la seconda fase comporta un'elaborazione psichica, in cui le emozioni necessitano di essere elaborate nel tempo; la terza fase dovrebbe corrispondere alla risoluzione del trauma, che è stato sufficientemente elaborato; le difficoltà emotive sono state superate e si manifesta un maggiore investimento affettivo sul bimbo. Durante l'ospedalizzazione del loro bimbo i genitori sono vulnerabili alla ripetizione del trauma e necessitano di un supporto emotivo continuo. I sintomi di stress traumatico possono essere molto spesso presenti alla nascita del bimbo, ma possono mani-

6

festarsi anche più tardi a seguito di un altro evento stressante, collegati eventualmente alle fluttuazioni delle condizioni mediche del bimbo, come per esempio una ricaduta improvvisa cui può far seguito la paura per la sua sopravvivenza. L'ospedalizzazione può così essere caratterizzata da frequenti traumi, come il prolungamento della degenza, o il trasferimento del bimbo in un'altra unità di terapia intensiva, o in un altro ospedale; e questo può rappresentare un ulteriore momento traumatico (Kersting et al., 2004).

In genere le prime due settimane di vita del neonato sono le più critiche e i neonatologi non riescono sempre a fare previsioni per il futuro, soprattutto nel caso di nascite gravemente premature. Questo stato di attesa può ritardare i processi di identificazione del genitore con la propria funzione genitoriale (Dell'Antonio et al., 1979); i genitori devono sospendere la funzione di prendersi cura direttamente del loro piccolo e questo può far sperimentare vissuti di inadeguatezza e impotenza, con possibili conseguenze anche successivamente, quando dovranno prendersi cura del bimbo.

I genitori vivono la loro genitorialità in uno stato di precarietà, sospesi nell'incertezza, a seguito di prognosi temporanee sulla salute del figlio: viene sospesa anche la progettualità sul futuro. Essi devono fermarsi nella dimensione del presente, in cui spesso possono essere predominanti le rappresentazioni di angoscia e morte; l'incertezza rispetto all'esito delle cure può diminuire l'investimento psichico sul bimbo: fino a quando è ricoverato in terapia intensiva neonatale, la madre e il padre allontanano nel tempo l'investimento sulla propria genitorialità reale, come protezione dalla paura per la perdita del loro bambino (Zaramella, Zorzi, 1992). Un simile atteggiamento emotivo può essere loro utile inizialmente, per potersi adattare progressivamente e gradualmente alla nuova realtà, ma non è più funzionale qualora si prolunghi troppo nel tempo, perché può rendere più difficile trovare, dopo, una sintonia empatica con il proprio bambino reale, e recuperare le relazioni e rappresentazioni prenatali interrotte dalla nascita prematura. Molti genitori rispondono a questi momenti traumatici con una fase iniziale di rifiuto e una certa ambivalenza verso il bimbo: da un lato angoscia e preoccupazione per la sua sopravvivenza, dall'altro delusione e frustrazione. Il bambino può essere percepito come persecutore e fonte di pericolo per l'incolumità psichica del genitore e contemporaneamente, essendo in pericolo, attivare in loro molta preoccupazione.

Sentimenti di ambivalenza possono venire sperimentati anche nelle relazioni con lo staff ospedaliero a cui viene affidato il bimbo, relazioni che sono molto importanti perché possono aiutare la coppia genitoriale nei suoi cambiamenti. I sentimenti dei genitori (Jackson et al., 2003) sono spesso un misto di gratitudine e ambivalenza, di dipendenza e contemporaneamente di rivalità. Nell'immediato, molti genitori chiedono aiuto per la cura del loro bambino, ma, quando constatano che il bambino comincia a essere meno dipendente da supporti vitali, vogliono affermare il loro ruolo di genitori e questa transizione può creare tensione nei rapporti con lo staff che si prende cura del loro figlio (Müller-Nix, Ansermet, 2009).

Ogni momento traumatico può portare i genitori ad abbandonare l'investimento verso il bimbo, ma può rappresentare anche un'opportunità: quella di poter uscire dall'ambivalenza, riuscendo a esprimere i propri sentimenti e trovando una ragione in ciò che sta loro succedendo, attraverso un maggior investimento emotivo sul bimbo

e sulla propria genitorialità. È necessario, per loro, riuscire a operare una ristrutturazione graduale e progressiva della propria genitorialità psichica, rispetto a quella costruita durante la gestazione (Pancer et al., 2000). Questo complesso processo di ristrutturazione può essere possibile solo se la situazione genitoriale attuale viene connessa con la preesistente storia psichica dei genitori: il periodo dalla gravidanza, fino ai due anni di età del bimbo, crea, infatti, un'unica esperienza emotiva perinatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007) importante per la costruzione della funzione di parenting che da alcuni autori, come abbiamo indicato nel precedente paragrafo, viene considerato come un periodo critico. Nel periodo della gestazione avviene, infatti, una rielaborazione delle passate esperienze cosce e inconscie genitoriali, di conflitti irrisolti, e una modificazione delle identificazioni genitoriali. Nel passaggio di ruolo da figli a genitori la relazione con i propri genitori e i sentimenti, positivi o conflittuali, che riemergono nel rapporto con loro vengono ad assumere una funzione fondamentale. Si strutturano nuove duplici identificazioni: con i propri genitori da una parte e con il proprio bimbo dall'altra, che sono accompagnate da emozioni e ricordi che possono essere positivi ma anche destabilizzare o creare problemi, come nel caso delle psicopatologie post-parto (Müller-Nix, Ansermet, 2009).

La nascita pretermine ha connotazioni di un evento disorganizzante per il funzionamento mentale genitoriale: la genitorialità psichica, come sottolineato precedentemente è una funzione che si sviluppa progressivamente nel tempo; il termine "transizione alla genitorialità" sottolinea, infatti, la dinamicità di questo processo, in continuo divenire durante i nove mesi della gestazione, fino al primo anno di vita. La genitorialità psichica è considerata un periodo evolutivo che inizia in gravidanza, in cui è soprattutto la donna a essere soggetta a cambiamenti. La gravidanza viene considerata un momento evolutivo per le continue trasformazioni emotive e psicologiche, che comportano l'elaborazione di nuove rappresentazioni mentali relative alla costruzione dell'identità genitoriale, con la creazione di uno spazio mentale e affettivo in cui per la donna è possibile sviluppare la sua dimensione genitoriale e al bimbo di crescere; così avviene anche per il padre: vi è la necessità di creare uno spazio mentale per "sentire" e "pensare" il bambino (Winnicott, 1987).

La maternità e la paternità si evolvono secondo "fasi di sviluppo": a iniziare dall'accoglimento psicologico del bimbo che si svilupperà dentro la donna con la gestazione, le fasi di sviluppo della gravidanza, nel primo, nel secondo e nel terzo trimestre sono contraddistinte da specifici aspetti evolutivi (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007); se per motivi diversi e contingenti la gravidanza si interrompe prima dei nove mesi necessari alla gestazione, le fasi di sviluppo della gestazione, non solo fisica ma anche psichica, sono incomplete. La nascita del bimbo prima del periodo dovuto consente ai genitori di vedere il loro figlio prima del tempo, ma interrompe quel processo di mentalizzazione che scandisce l'evoluzione della crescita del bimbo dentro la mente dei genitori e che accompagna anche la crescita di sé come genitori, durante tutti i nove mesi della gestazione. Lo stato affettivo prevalente nella donna durante la gravidanza è quello di "trasparenza psichica" (Bydlowski, 2000), indicativo della maggiore sensibilità a fatti interni ed esterni e alle trasformazioni a cui va incontro durante l'attesa: se la nascita è prematura, diventano più pericolose le minacce a cui è esposta nell'elaborazione dei suoi vissuti. Si viene a interrompere l'organizzazione psichi-

6

ca che caratterizza il processo della gestazione: la madre, ma anche il padre, non sono ancora pronti ad accogliere il feto, che diventa un neonato pretermine; è presente una vulnerabilità somatopsichica non solo del bimbo ma anche dei suoi genitori.

La realtà del bimbo pretermine viene a stravolgere le fasi dello sviluppo dei processi di transizione alla genitorialità: la genitorialità realmente esperita è diversa da quella che si erano prefigurata ed è necessario abbandonare l'immagine del bambino ideale. Nella mente delle madri (Ammaniti, 2008) durante i mesi dell'attesa si costruiscono delle rappresentazioni del bimbo (Ammaniti et al., 1990) e della coppia, come genitori. Il parto prematuro viene a interrompere bruscamente questo processo e soprattutto la madre deve elaborare vissuti dolorosi di perdita. La nascita prematura interrompe la gravidanza, proprio nelle ultime fasi di elaborazione psichica, cruciali per la differenziazione e la separazione dal bambino: l'ultimo trimestre della gravidanza è caratterizzato da un processo di differenziazione tra il Sé della madre e il nascituro, in preparazione della separazione del parto. Nella nascita pretermine la madre deve riuscire ad acquisire ugualmente una differenziazione tra il figlio, i suoi bisogni e se stessa: la consapevolezza di quanto sta avvenendo nel proprio mondo interiore, rispetto a quanto sta accadendo al bambino, è importante per l'attuazione del processo di separazione-individuazione, difficile da raggiungere quando la nascita è prematura (Negri, 1998) e tuttavia assolutamente indispensabile per la costruzione della genitorialità psichica. È necessaria la costruzione di una relazione basata sulla capacità di regressione, identificazione, ma soprattutto di quella che viene definita come sintonizzazione affettiva (Stern, 1989) della madre con il suo bimbo, processi che consentono al genitore di rapportarsi con i reali bisogni fisici e psichici del proprio figlio. Tale situazione affettiva può portare spesso a uno sbilanciamento dell'investimento sul figlio: se da un punto di vista operativo il bambino è iperinvestito, con un'attenzione verso il "fare" e un'eccessiva razionalizzazione delle cure, dal punto di vista della maturazione come genitore c'è l'incapacità della sintonizzazione affettivo-emozionale fondamentale per la costruzione della mente del bimbo (Imbasciati, 2008).

Il bimbo ricoverato nelle UTIN può essere molto piccolo, magari tutto intubato; i genitori possono trovare che non assomiglia al bimbo che si erano prefigurati durante la gravidanza, hanno difficoltà a riconoscere in quel bambino il proprio figlio, frutto di un progetto personale e familiare: la nascita del bimbo atteso durante la gravidanza è per il genitore, in particolare per la madre, una verifica della propria capacità generativa. Durante la gravidanza il bimbo desiderato e generato cresce anche nell'immaginario dei genitori, fino alla nascita: è il "bimbo immaginario" che la madre, quando era ancora bambina, sognava, è il "bambino della notte" (Vegetti Finzi, 1990) che ha accompagnato il suo sviluppo psichico nel divenire donna; è anche il bimbo immaginario prodotto dalla condensazione dei pensieri della coppia (Lebovici, 1983). L'immagine che la coppia dei genitori ha davanti è quella di un bimbo molto diverso da quello corrispondente al proprio ideale: il neonato pretermine spesso richiama i fantasmi persecutori di handicap, deformità e morte, che possono aver suscitato angosce in gravidanza (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007).

In caso di prematurità, la donna deve interrompere precocemente la gravidanza in una fase in cui non è ancora psicologicamente pronta a far nascere il proprio fi-

glio, e a nascere ella stessa come madre. Il parto improvviso non trova soltanto un bambino prematuro, ma anche una madre impreparata e prematura. Come il suo bambino, non ha raggiunto, infatti, il grado di sviluppo necessario a garantirgli la sopravvivenza autonoma, anche la madre non ha raggiunto ancora un grado di sviluppo affettivo, mentale, rappresentativo, che le consenta di vivere il suo ruolo di madre. Anche il padre è sottoposto a forti tensioni: le sue preoccupazioni sono spesso indirizzate su due fronti, il figlio in neonatologia e la compagna ricoverata in ostetricia, in caso di gestosi o altre patologie, quindi anche lei bisognosa di cure mediche. Può scattare un forte senso di responsabilità e una negazione dei propri sentimenti, per sostenere il resto della famiglia. Il padre, come rileva Fornari (1981), che durante il parto ha la funzione di proteggere la madre e il bimbo dall'angoscia persecutoria presente sulla scena del parto, assume tale funzione anche dopo la nascita, ma deve cimentarsi per non lasciarsi sopraffare dalla preoccupazione per la sopravvivenza del bimbo e della madre stessa e non lasciar venire meno quella importante funzione di supporto e di tramite che assume con il personale medico-infermieristico e la diade.

La Bruscheiler-Stern (2006) propone un interessante modello relativo alla rappresentazione che la madre ha del proprio bambino, quello immaginario, e della sovrapposizione di questo col bambino reale, e fornisce interessanti suggerimenti per interventi nei casi in cui il bambino nasca pretermine. Se la nascita è prematura, non ci sarà solo un bambino prematuro, ma anche una madre "nata pretermine". Nel testo *Nascita di una madre* (Stern, Bruscheiler-Stern, 1998) è messo bene in evidenza come la gravidanza non sia soltanto un evento fisiologico, ma anche "mentale", e necessiti di un tempo, nove mesi appunto, perché siano elaborati vissuti che hanno un'evoluzione correlata all'evoluzione fisiologica della gravidanza.

La nascita del bimbo prima del tempo previsto comporta un senso di frustrazione e delusione rispetto alle aspettative della coppia: la madre soprattutto sente di non essere riuscita a completare il suo compito generativo; può comparire un senso di colpa per non essere stata in grado di portare a termine la gravidanza e non essere diventata così una "madre vera". Sopraggiungono vissuti di incompetenza che non sono solo dovuti alla necessità di una strumentazione sofisticata, e di specialisti che si prendano cura del suo bambino, perché questi possa sopravvivere, ma sono dovuti al fatto che la madre stessa non può fare molto per accudirlo: parafrasando Winnicott (1965), non riesce ad attivare il vissuto di essere "una madre sufficientemente buona"; può sperimentare sentimenti di inutilità, che vengono rinforzati anche dalla separazione fisica del bimbo, ricoverato nell'unità di terapia intensiva neonatale. Si viene così a costituire un duplice lutto: quello relativo alla perdita del bambino immaginario, che deve essere sostituito con il bimbo reale, e quello dell'immagine di sé come "buon genitore". Le rappresentazioni verso la fine della gravidanza, che consentono alla madre di sviluppare un sentimento di preoccupazione per il benessere del bimbo, "la preoccupazione materna primaria" (Winnicott, 1956) possono invece trasformarsi in rappresentazioni che suscitano angoscia. La donna, che non si sente la madre "sufficientemente buona" che sperava di essere per il suo bambino, ha necessità di un sostegno in questo percorso difficile di cambiamento: ha dovuto assumere prima del tempo dovuto il "ruolo di madre", ma non è ancora pronta a sostenerlo; è necessaria una riorganizzazione e un cambiamento rispetto alle rappresentazioni che ella ave-

6

va precedentemente alla nascita, relative al proprio bambino, attraverso la costruzione di rappresentazioni integrative del bambino immaginario per potersi rappresentare quello reale, con cui si incontra quotidianamente, che però è in un'incubatrice, e la cui immagine è molto discrepante da quella del bimbo che lei si porta dentro da quando era bambina. (Vegetti Finzi, 1990).

È necessaria una ristrutturazione delle rappresentazioni che erano presenti prima della nascita pretermine: i genitori devono far fronte al difficile compito di comprendere l'esperienza che stanno affrontando, e le possibilità del loro bimbo reale, diverse rispetto a quelle immaginate, e di cambiare le loro rappresentazioni nei confronti del bambino e di se stessi come genitori. In questo complesso processo hanno necessità di essere sostenuti dai loro stessi genitori e dall'ambiente sociale. Il processo di ristrutturazione della funzione di parenting comporta processi evolutivi e progressivi che necessitano di un accompagnamento e di un supporto psicologico esterno. Durante l'ospedalizzazione può avere molta importanza un'attenta osservazione del bimbo: in questo i genitori possono essere aiutati dalla concomitante osservazione di un esperto. I genitori sono spesso impegnati in una rappresentazione mentale traumatica del bimbo, sono presi dal timore della non sopravvivenza, o di futuri handicap. L'osservazione del bimbo pretermine (Borghini, Forcada-Guex, 2004) può aiutare i genitori a scoprire le sue specifiche caratteristiche e comprenderne meglio il comportamento, le diverse abilità, scoprire la sua personalità: questo è molto utile per rinforzare l'investimento sul bimbo stesso.

Il progresso tecnologico e scientifico di questi anni, nell'ambito delle cure intensive neonatali, ha consentito una sensibile riduzione del tasso di mortalità neonatale, che ha favorito la sopravvivenza di neonati sempre più piccoli ma con patologie sempre più complesse. Si evidenziano nuove problematiche nello sviluppo psichico, sociale e relazionale. La prematurità ha perso progressivamente la sua connotazione di unicità e centralità nella genesi dei disturbi somatici infantili ed è stata contestualizzata in una visione più globale di sviluppo, considerato come il risultato dell'interazione di molteplici fattori: in particolare quelli relativi all'ambiente socio-affettivo-relazionale (Müller-Nix, Ansermet, 2009). Questi avrebbero una notevole incidenza sulla vulnerabilità del prematuro, che può venire influenzata e modulata in senso facilitante o ostacolante dall'ambiente che lo circonda, dalle modalità di cura e protezione delle figure primarie e dei molteplici caregiver che si prendono cura di lui nei reparti di terapia intensiva neonatale.

In questa visione multifattoriale e multidisciplinare possono essere focalizzati anche con maggiore attenzione i fattori di rischio e di protezione rilevati da recenti ricerche, che convergono nel focalizzare l'attenzione sugli aspetti della relazione genitore-bambino.

## 6.4

## Fattori di rischio e di protezione nella nascita pretermine

La nascita pretermine è una condizione complessa, che ha iniziato a essere un problema per la sanità pubblica, soprattutto nelle società industrializzate (Müller-Nix, Ansermet, 2009). Secondo la classificazione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) è considerata nascita pretermine o prematura quella che avviene a seguito di un parto precedente la 37a settimana di gestazione. I bambini che non giungono al termine dei nove mesi di gestazione, ma nascono prematuramente, hanno un organismo, coi suoi vari organi e apparati, impreparato alla vita extrauterina (ossigenazione per via polmonare, alimentazione, temperatura ecc.) e pertanto devono affrontare numerose difficoltà per poter sopravvivere: è necessario sottoporli a molte cure specialistiche nei reparti di terapia intensiva neonatale, le UTIN. Negli anni '60 l'OMS attribuisce una definizione di prematurità secondo due criteri: il peso e l'età gestazionale (inferiore alle 37 settimane). Sono classificati pretermine quei bambini che nascono prima delle 37 settimane di gestazione, si considerano *Very Preterm* quelli che nascono prima delle 32 settimane ed *Extremely Preterm* quelli che nascono prima delle 28 settimane. La mancanza di una sistematica raccolta di dati, considerando l'età gestazionale, è una delle maggiori difficoltà nella comparazione dell'incidenza della nascita pretermine e dell'esito dello sviluppo tra i diversi studi (Fox, 2002).

I bambini prematuri presentano alla nascita un peso corporeo inferiore alla norma; considerando il peso alla nascita si distinguono:

- neonati LBW (*Low Birth Weight*), il cui peso alla nascita è compreso tra 1501 e 2500 g;
  - neonati VLBW (*Very Low Birth Weight*) il cui peso alla nascita è < 1500 g;
  - neonati ELBW (*Extremely Low Birth Weight*) il cui peso alla nascita è < 1000 g.
- Considerando invece il peso alla nascita in rapporto all'età gestazionale si parla di:
- neonati AGA (*Appropriate for Gestational Age*) il cui peso è appropriato all'età gestazionale, compreso tra il 10° e il 90° percentile;
  - neonati SGA (*Small for Gestational Age*) il cui peso è basso per l'età e inferiore al 10° percentile;
  - neonati LGA (*Large for Gestational Age*) con peso maggiore al 90° percentile.

I due summenzionati criteri hanno fatto preferire il vocabolo "pretermine" a quello utilizzato precedentemente di "prematuro": viene così evidenziata l'importanza del tempo necessario alla gestazione, il raggiungimento del "termine". La vita del bimbo è considerata in pericolo particolarmente per i piccoli con un peso alla nascita inferiore ai 1500 grammi e un'età gestazionale inferiore alle 32 settimane.

I criteri di classificazione prendono in considerazione, dopo gli anni '70, anche i dati forniti dalle indagini condotte con le tecniche a ultrasuoni (ecografia) che consentono una valutazione più precisa dell'età gestazionale del feto. Possono così essere monitorate meglio alcune patologie (patologie cerebrali e respiratorie, retinopatie, ittero, infezioni) o le molteplici problematiche cliniche neuromotorie e comportamentali. Al sistema di classificazione ufficiale viene in genere affiancato un ulteriore complesso sistema di classificazione che tiene in considerazione i fattori clinici, come

6

la tipologia di gravidanza, la presenza o assenza di patologie nella madre e nel bambino, le cause della nascita pretermine, il tipo di parto, e la differenziazione in base al criterio di età gestazionale (NHMRC, 2000).

Notevoli progressi in neonatologia negli ultimi venti/trent'anni hanno consentito una maggiore sopravvivenza ai nati pretermine, e hanno migliorato la qualità del loro sviluppo e della vita, attraverso un'assistenza sempre più individualizzata e specializzata (Als et al., 1994; Als, 1998).

Brazelton (1973) rileva come il neonato a termine, alla nascita, sia dotato di competenze che gli consentono di interagire con chi si prende cura di lui, rispondendo alle stimolazioni ambientali, con modalità che sono conformi al suo stato di benessere e secondo la sua età gestazionale. Egli costruisce la scala NBAS (*Neonatal Behavioral Assessment Scale*) per valutarne il comportamento e le competenze alla nascita: il neonato è considerato un individuo in continua interazione con il suo ambiente fisico e sociale, in grado di comunicare attraverso il proprio comportamento e le sue capacità motorie e relazionali. La NBAS consente di rilevare un "profilo" del neonato: evidenzia le sue competenze e permette anche di condividere con i genitori le qualità del comportamento del bambino, per aiutarli nel suo accudimento.

Anche il neonato pretermine viene considerato rispetto alle sue competenze: non è un neonato a termine con deficit, ma un individuo competente, il cui funzionamento è appropriato a un ambiente intrauterino e inappropriato per l'ambiente extrauterino. Als, riprendendo le ipotesi di Brazelton, considera il bambino pretermine un collaboratore attivo, con capacità di interagire direttamente con chi si prende cura di lui e con l'ambiente. Nel 1982 elabora la Scala APIB (*Assessment of Preterm Infant Behaviour*) mirata alla valutazione del comportamento del nato pretermine (Als et al., 1982) che viene utilizzata per neonati pretermine/ad alto rischio in età gestazionale compresa tra le 36 e le 44 settimane di vita, in condizioni cliniche stabili. Als prende in considerazione la scala NBAS costruita da Brazelton per valutare il comportamento del neonato a termine, e definisce che è possibile valutare le capacità del pretermine di adattarsi all'ambiente extrauterino attraverso l'osservazione del suo comportamento e delle strategie utilizzate per adattarsi alle proposte sociali e ambientali. Il pretermine comunica il suo stato di benessere e/o di disagio tramite indicatori comportamentali, attraverso cui è possibile individuare e strutturare strategie assistenziali e di accudimento, adeguate alle sue capacità.

Negli ultimi vent'anni le indagini delle ricerche si sono orientate a indagare, attraverso strumentazioni sempre più sofisticate, i fattori multipli e sovrapposti che devono essere analizzati per cercare di individuare i fattori di rischio e di protezione che possono contribuire a peggiorare o a migliorare la qualità della vita dei bambini pretermine più vulnerabili (Müller-Nix, Ansermet, 2009). La letteratura concorda sul fatto che è fondamentale applicare un approccio multifattoriale alle ricerche: le cause della prematurità possono dipendere da caratteristiche individuali del bambino, da situazioni psichiche della madre, da condizioni mediche, da fattori psicosociali o ambientali, da trattamenti dell'infertilità sulla madre e da altri fattori biologici e genetici. Molti di questi fattori si assommano, nei casi in cui i genitori si trovino in situazioni socioeconomiche svantaggiate o siano membri di gruppi etnici minoritari.

Alcuni tra i possibili fattori di rischio della nascita pretermine sono relativi a cau-

se estrinseche, come i traumi fisici, gli interventi chirurgici, le intossicazioni da alcool, da fumo o da sostanze stupefacenti (frequenti in madri che appartengono a un livello socioculturale ed economico basso). Le problematiche fisiopatologiche riportate in letteratura (Behrman, Stith Butler, 2006) considerano diverse condizioni della madre (l'aver già partorito prematuramente, l'età troppo giovane o troppo avanzata, gravidanza multipla o a seguito di fecondazione assistita), nonché i fattori costituzionali (malformazioni del bacino o dell'utero, disendocrinie, malattie infettive croniche, cardiopatie scompensate, ipertensione, tossiemie, patologie renali o diabete). Sono state studiate le specifiche patologie della gravidanza, come la placenta previa, il distacco della placenta, la pre-eclampsia, malattie infettive acute, l'endometrite, la rottura precoce delle membrane, nonché le possibili problematiche fetali (malformazioni, malposizioni, l'incompatibilità Rh o ABO, gemellarità). Tra i trattamenti clinici utilizzati vi è di solito quello di inibire le contrazioni della donna: questo approccio non ha diminuito l'incidenza della nascita pretermine, anche se ha consentito di ritardare il parto e ridurre il grado di mortalità perinatale e di morbidità (NHMRC 2000).

Tutti i suddetti fattori sono stati ampiamente trattati dalla letteratura ostetrico-ginecologica e neonatologica e sono in parte conosciuti, anche a livello popolare. Meno noti, per la loro non facile rilevazione, sono invece tutti i fattori psichici, relativi alla madre e alla sua relazione col feto, che attraverso meccanismi psicofisiologici, neurovegetativi, ormonali, immunitari, favoriscono o inducono la nascita pretermine. Alcuni di questi sono stati studiati in funzione della disponibilità di appropriati metodi di rilevazione. Sono stati per esempio monitorati lo stress materno (Dole et al., 2003), l'ansia (Glover, O'Connor, 2005), la depressione materna prenatale (Dayan et al., 2006), uno scarso supporto sociale, discriminazioni razziali, basso livello socioeconomico, basso livello di istruzione ed eventi di vita o fattori psicologici e sociali negativi, tutti fattori considerati avversi a una nascita a termine (Behrman, Stith, Butler, 2006).

L'esperienza psichica soggettiva del genitore e un eventuale stress del feto e del bambino sono variabili critiche influenti non solo nel modulare le stesse avversità biologiche e condizionare una nascita pretermine, ma soprattutto per gli esiti successivi dello sviluppo e della relazione con il bambino. Come per la nascita pretermine, gli esiti dello sviluppo dipendono da fattori sia biologici, sia psicosociali, ma questi ultimi sembrano avere un'influenza maggiore di rischio (Thompson et al., 1994). L'impatto emotivo che la stessa nascita pretermine ha sul genitore e la sua modalità di farvi fronte ha un'influenza sul comportamento e sullo sviluppo emotivo del bimbo (Macey et al., 1987; Latva et al., 2008). La qualità dell'esperienza emotiva dei genitori, anche quella relativa alla nascita pretermine, ha un impatto cruciale sull'esito delle interazioni con i bimbi nei primi mesi di vita (Feeley, Gottlieb, Zerkovitz, 2005): la depressione della madre influenza le modalità di interazione con il bambino nato pretermine (Korja et al., 2008); le emozioni dolorose, vissute dalla madre e dal padre durante il ricovero nella nursery pretermine, possono mettere in pericolo la stabilità di un'armoniosa relazione precoce con il bimbo (Levy-Shiff, Sharir, Moriglner, 1989); alti livelli di stress e uno scarso supporto sociale sarebbero correlati con il manifestarsi di disturbi del comportamento, più che non la presenza di fatto-

ri fisiopatologici (Miceli et al., 2000). L'esperienza di precoce stress nel bimbo pretermine può portare a una persistente vulnerabilità, rilevabile sia nei bambini, sia nelle madri: i genitori, d'altra parte, soprattutto le madri, tendono ad avere una percezione maggiore della vulnerabilità dei loro bimbi nati pretermine e questo può condizionare la loro modalità relazionale e comportamentale anche più avanti, durante lo sviluppo (Allen et al., 2004). Una reazione secondaria allo stress si può manifestare anche tardivamente nello sviluppo: può essere pertanto indispensabile riconoscere quanto più precocemente possibile i segnali di stress, così come le possibilità di protezione (Müller-Nix, Ansermet, 2009).

Studi epidemiologici hanno rilevato un aumento significativo della sopravvivenza dei bimbi nati pretermine, a seguito dei progressi nelle cure mediche perinatali e neonatali (Ananth et al., 2005; Wheller, Baker, Griffiths, 2006); nei paesi industrializzati la maggiore causa di mortalità infantile (95% delle morti) avviene per i bambini nati prima delle 32 settimane o con VLBW inferiore a 1500 grammi (Callaghan et al., 2006).

In questi ultimi anni in letteratura viene studiata soprattutto la qualità della vita, nei sopravvissuti pretermine, nei periodi che vanno dalla nascita all'adolescenza: i bambini pretermine non hanno solo una maggiore probabilità di morte dei bambini nati a termine, ma c'è una maggiore varietà di problemi di salute e di sviluppo rispetto ai bimbi nati a termine. I bambini nati prima delle 32 settimane di gestazione costituiscono la maggior parte dei bambini nati pretermine che presentano le maggiori complicazioni; i VLBW soffrono di complicanze mediche e anche per questo sono più a rischio di problemi psichici, emotivi, e comportamentali. Resta tuttavia difficile comparare i diversi studi e spesso i dati sono contraddittori a causa delle differenti metodologie adottate.

Se le condizioni mediche possono essere di complessa gestione, ancora più difficile risulta l'individuazione e la comprensione dei bisogni psicologici dei pretermine, alla nascita e nei successivi periodi dello sviluppo: i lavori scientifici in questo ambito sono alquanto disomogenei, nella selezione del campione, nella metodologia e negli strumenti adottati per la rilevazione e la valutazione; nelle ricerche in questo settore le modalità con cui viene seguito lo sviluppo del prematuro sono differenti e così spesso i dati sono poco confrontabili e comparabili (Baldini et al., 2002).

La letteratura al proposito è molto varia e frammentata. Partendo da una revisione critica del concetto di sviluppo (Manfredi, Bassa, 1992), negli ultimi decenni si è ridefinito lo stesso concetto di prematurità: si tende a sottolineare come gli eventi medico-ostetrici neonatali e perinatali non abbiano un valore intrinseco quali agenti causali, ma interagiscano con altri fattori, di ordine psichico e sociale, in particolare con l'ambiente relazionale. La nascita pretermine non viene pertanto considerata un fattore di rischio che di per sé può comportare effetti negativi prevedibili nell'evoluzione psicologica del bimbo: tali effetti sono la risultante di una molteplicità di cause psicosociali individuali e collettive (Coppola, Cassibba, 2004), che possono comunque influire positivamente o negativamente sullo sviluppo sia del bimbo direttamente, sia attraverso le ripercussioni nei genitori. Soltanto l'individuazione, attraverso un'analisi dettagliata e specifica, della molteplicità di questi fattori può consentire una comprensione dell'interrelazione delle diverse funzioni che possono

avere conseguenze nello sviluppo longitudinale del bimbo.

Gli studi e le ricerche sono alquanto disomogenei nell'individuazione delle competenze cognitive e neurocomportamentali dei neonati pretermine rispetto a quelli nati a termine: da alcuni studi vengono evidenziate prevalentemente delle disparità, con aspetti disarmonici dello sviluppo, e vengono messe in evidenza le mancanze rispetto a una presunta "normalità" (Fava Vizziello, Zorzi, Bottos, 1992). I bimbi nati pretermine svilupperebbero molto lentamente un'organizzazione neurocomportamentale equilibrata, e ciò rallenterebbe le capacità di autoregolazione neurofisiologica ed emotiva con l'ambiente esterno, incidendo sulle performance cognitive e neurocomportamentali.

Gli esiti neurocomportamentali (Salt, Redshaw, 2006; Allen, 2008) hanno di solito una corrispondenza con la struttura cerebrale, come è confermato dalle indagini effettuate con la risonanza magnetica e le tecniche ecografiche: questo è dovuto al fatto che le esperienze particolari che attraversa il pretermine (Als et al., 2004) costruiscono in modo altrettanto particolare il suo cervello<sup>3</sup>. Ciò indurrebbe a pensare a esiti irreversibili; tuttavia, le recenti scoperte delle neuroscienze sulla plasticità neurale del cervello prospettano la possibilità che buone esperienze, successive a quelle travagliate dei primi tempi, possano modificare e riorganizzare le memorie, e pertanto migliorare la struttura neurale stessa, attuando o ovviando alle relative disfunzioni neuropsicocomportamentali (Ansermet, Magistretti, 2007).

Alcune ricerche rilevano che, anche in assenza di deficit neurosensoriali o motori, i bambini prematuri possono presentare problemi cognitivi, di comportamento, socioemotivi e scolastici maggiori rispetto ai bambini nati a termine. Questi risultati sono stati spiegati in riferimento a fattori biologici, come il grado di prematurità o eventuali deficit del sistema nervoso centrale: c'è tuttavia da chiedersi quanto, invece, la particolare maturazione cerebrale, costruitasi a seguito della globalità delle esperienze relazionali di un determinato pretermine, abbia o meno dato origine alla struttura psichica che si può rilevare successivamente.

Il bambino pretermine deve trascorrere molte settimane in terapia intensiva: ciò comporta che non può usufruire delle sensorialità di un contatto materno, come avviene per un neonato normale. Tali sensorialità sono veicolo essenziale della maturazione neurologica (Schore, 1994, 2003a, 2003b). Le neuroscienze (vedi Par. 2.3 e 3.4) hanno dimostrato come la maturazione cerebrale, fino a poco tempo fa ritenuta risultato esclusivo del codice genetico, dipenda dall'apprendimento, da parte delle reti neurali del feto e del neonato, di messaggi veicolati dalle sensorialità del contatto materno (Imbasciati, Cena, 2010). Pertanto il pretermine, che deve trascorrere non poche settimane in terapia intensiva, è un bimbo inevitabilmente deprivato di un normale sviluppo, e che può essere esposto a rischi psichici anche a lungo termine: non si tratta soltanto di "complicanze" neurologiche, evidenti nell'immediato e per le quali quindi si cerca di intervenire al meglio (così come si interviene per tutte le altre complicazioni medico-biologiche frequenti nei pretermine) ma anche di possi-

<sup>3</sup> Si ricorda che le attuali conoscenze sulla maturazione neurale attribuiscono gran parte delle modalità ai fattori esperienziali, che pertanto "costruiscono" il cervello.

6 bili deficit mentali, cognitivo-emozioni, che possono sfuggire all'osservazione dei primi mesi o anche anni di vita e che si manifestano invece in età scolare.

D'altra parte la separazione dal proprio bimbo, cui devono sottostare i genitori, può comportare uno sconvolgimento del loro assetto emotivo, che le ricerche hanno dimostrato essenziale per garantire al bimbo l'ottimalità di quei silenti apprendimenti elementari che fanno maturare la predisposizione funzionale delle sue reti neurali. I due fattori, relativi al bimbo e ai genitori, possono dunque combinarsi nel rendere difficile la relazione. Il dato, che sempre più oggi viene rilevato nella sua importanza, è che la qualità di tale relazione è responsabile di ogni successivo sviluppo psichico e psicosomatico del bambino.

Sia i cambiamenti della struttura emotiva dei genitori (oggi sempre più si studiano le funzioni del cervello emotivo: Goleman, 1990; Shore, 1994, 2003a, 2003b) sia i deficit della relazione possono sfuggire all'osservazione comune e possono essere sottovalutati.

Se si esaminano i dati in letteratura relativi all'età prescolare si può rilevare che in genere vengono segnalati problemi di comportamento e ritardi nello sviluppo cognitivo e linguistico, soprattutto nei pretermine ad alto rischio, in cui sono compresenti complicanze mediche (Marret et al., 2007).

Gli esiti dello sviluppo in età scolare (Hack et al., 1994), quando si richiedono più specifiche prestazioni delle funzioni cognitive ed esecutive (Anderson et al., 2004) indicano la presenza di più frequenti disturbi cognitivi, di comportamento (Bhutia et al., 2002), di difficoltà di apprendimento (Grunau, Whitfield, Davis, 2002) prevalentemente nei bambini nati pretermine, ad alto rischio (Whitfield et al., 1997), rispetto a quelli a termine. Molto frequenti, a partire già dalla prima infanzia, sono i deficit dell'attenzione, (Ruff, Rothbart, 1996; Rose, Feldman, Jankowski, 2001, 2002; Lawson, Ruff, 2004), insieme a iperattività (ADHD) (Hall et al., 2008), rispetto ai nati a termine; tali deficit possono persistere durante l'infanzia fino all'adolescenza (Levy-Shiff et al., 1994; Saigal et al., 2000; Grunau, Whitfield, Fay, 2004). Si conosce tuttavia poco sull'eziologia di queste difficoltà (Behrman, Stith, Butler, 2006).

Le ricerche sottolineano come l'esposizione a stress dei genitori (Haley et al., 2004) e gli stati di depressione materna, insieme ad altre variabili, tra cui un basso status socioeconomico (Lupien et al., 2000), attivino nel bimbo l'asse HPA, con una secrezione di elevati livelli di cortisolo: questo innalzamento di valori nel bimbo, si può ritrovare già in gravidanza con un passaggio transplacentare di cortisolo dalla madre al feto. Successivamente, nello sviluppo, questi livelli elevati di cortisolo sono associati a disturbi delle funzioni cognitive (Lupien et al., 2001), a problemi di comportamento (Essex et al., 2002) e di apprendimento (Haley et al., 2006). La qualità delle cure primarie e la modalità del genitore di reagire al proprio stress possono modulare lo sviluppo cerebrale (Gunnar, 1998): questi autori sottolineano dunque che lo stress materno, attraverso la produzione di cortisolo, ha conseguenze sullo sviluppo del feto durante la gravidanza, e anche successivamente lo stress materno, per vie psichiche, altera la produzione di cortisolo nel bimbo durante il suo sviluppo.

Il ruolo dei fattori materni (stress dei genitori e qualità dei comportamenti interattivi) è stato studiato in relazione anche alle difficoltà attentive, rilevate nei bambini pretermine, ed è stata rinvenuta una relazione tra stress, secrezione di cortisolo

e problematiche nell'attenzione (Tu et al., 2007). Nei neonati pretermine esposti a livelli elevati di stress materno si ritrovano livelli più elevati di cortisolo e deficit di attenzione: dopo la nascita la secrezione di cortisolo, nei neonati pretermine, può rimanere alterata a causa di situazioni di dolore neonatale e di stress e contribuirebbe a un maggiore rischio di compromissione dello sviluppo neurologico. Le variabili nel bambino (dolore neonatale-stress, attenzione) e la conseguente modalità di risposta genitoriale (stress, comportamenti interattivi) mettono però anche in evidenza, al contrario, che comportamenti interattivi precoci materni positivi possono costituire fattori protettivi per lo sviluppo dell'attenzione e di adeguate competenze cognitive.

La qualità delle interazioni genitori-bambino sono correlate con lo sviluppo cognitivo e delle competenze del figlio nel primo anno di vita (Crnic et al., 1983; Poehlmann, Fiese, 2001): questi dati segnalano come la sensibilità materna sia un organizzatore dei ritmi biologici e della regolazione emotiva del bimbo, durante la prima infanzia (Spangler et al., 1994). Evidenze sperimentali ci provengono dagli studi sugli animali: nei macachi lo stress materno perinatale e il conseguente comportamento materno vengono associati allo stress e al tipo di comportamento presentato nei piccoli durante lo sviluppo (Bardi, Huffman, 2006); nei ratti giovani, esposti a situazioni stressanti, come una prolungata separazione materna, si ritrova una scarsa regolamentazione dello stress in età adulta (Meaney, 2001); se invece viene mantenuto un maggiore contatto fisico con le madri non viene rilevato un aumento della produzione ormonale dell'asse HPA (Walker et al., 2003); tra gli effetti protettivi, per prevenire aumenti dell'attività dell'asse HPA, la vicinanza materna non stressogena sembra essere dunque un buon regolamentatore dell'omeostasi del piccolo.

I dati delle ricerche internazionali sembrano dunque concordi nel considerare la nascita pretermine come un fattore di maggiore vulnerabilità quando si trova associata ad altri fattori di rischio, medico, ambientale, sociale (età delle madri, basso livello socio-economico-culturale), a problematiche cliniche della madre, come ansia, depressione materna, o alla mancanza di sostegno sociale; anche l'assenza della figura paterna può ostacolare i livelli di sviluppo. Questi risultati enfatizzano il ruolo centrale delle reazioni affettivo-emozionali dei genitori e dei loro bambini per le conseguenze nello sviluppo del bimbo. La letteratura pone in evidenza come, in genere, le modalità di interazione genitore-bambino, in situazioni di stress dei genitori (Magill-Evans, Harrison, 2001), siano un fattore predittivo degli esiti dello sviluppo dei bambini nei primi anni di vita e come specifiche modalità non positive di interazione possano essere associate, in certi casi, anche con determinate patologie croniche (Mäntymaa et al., 2003): nel caso di una nascita pretermine l'impatto emotivo traumatico sulla famiglia porta a intense reazioni psichiche nei genitori e ha un'influenza specifica sulla relazione genitore-bambino e sullo sviluppo del bimbo stesso (Müller-Nix, Ansermet, 2009). La nascita pretermine è indicata dunque come un fattore di rischio per un adeguato sviluppo affettivo-emozionale, ma, nello stesso tempo, una positiva comunicazione nelle prime relazioni madre-bambino-padre assume valenze altamente protettive (Coppola, Cassibba, 2004); il coinvolgimento del padre inoltre può avere una peculiare funzione protettiva nel ridurre il disagio materno nelle situazioni a rischio e può aumentare la coesione nella relazione madre-bambino (Feldman, 2007).

## 6.5

**La relazione genitore-bambino nella nascita pretermine**

Lo sviluppo psichico e la costruzione della mente del bimbo (cfr. par. 3.4) avvengono in un ambito relazionale e dipendono dalla qualità della comunicazione che la madre modula nell'interazione con lui (Imbasciati, 2008). Nella nascita molto prematura si possono riscontrare difficoltà di interazione genitore-bambino (Minde, Whitelaw, Brown, Fitzhardinge, 1983): queste difficoltà, che oltrepassano la separazione fisica imposta dalle condizioni mediche in cui si trova il bimbo, consistono nella carenza e nella disorganizzazione dei messaggi non verbali che possono comunque intercettare nella reciproca comunicazione (Holditch-Davis et al., 2007). Con il prematuro si possono presentare problematiche interattive, sia per ciò che concerne la situazione psichica del genitore, sia per l'incompleta strutturazione della mente del bimbo, sia soprattutto perché sono carenti e alterati i veicoli stessi della comunicazione: contatto, sguardi, temperatura, odori, voce ecc. Quest'ultimo fattore può comportare complicazioni ai primi due anche quando, col bimbo a casa, la comunicazione potrebbe disporre dei veicoli adeguati.

Nella nascita a termine il bimbo può fare esperienza di contatto fisico attraverso l'allattamento e l'accudimento, l'essere preso in braccio, l'essere accarezzato, coccolato: entrambi i membri della diade, madre e bimbo, possono sperimentare nella dimensione relazionale una sintonia di comunicazione, un dialogo non verbale. L'esperienza relazionale di stretto contatto fisico con la madre consente così al bimbo di acquisire una regolazione emotivo-affettiva e dei ritmi (Lester et al., 1985) e di sperimentare forme di autoregolazione; il bambino alla nascita affina la sua competenza alla sintonia comunicativa e quindi alla regolazione emotiva (vedi Par. 2.3). La comunicazione non verbale viaggia nelle interazioni e può favorire o inibire un armonico sviluppo psicofisico, che può iniziare già sin dall'epoca prenatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007), per proseguire in epoca neonatale attraverso il significato che il genitore attribuisce alle intenzioni comunicative del bimbo (Marvin, Brinter, 1999). La relazione primaria consente lo strutturarsi di pattern di interazione regolari e prevedibili: la diade "apprende" a sincronizzarsi (Stern, 1985, 1989) temporalmente attraverso le proposte e le corrispondenti risposte, e il genitore acquisisce e trova conferma delle proprie funzioni genitoriali attraverso le modalità di influenzamento che la sua comunicazione ha nei confronti del neonato. La "disponibilità emotiva" (Emde, 1988) del genitore a sincronizzarsi con il suo bimbo per accogliere e rispondere ai suoi bisogni emotivi favorisce lo sviluppo psichico (emotivo-affettivo) del neonato.

Nella nascita pretermine quanto passa attraverso i canali sensoriali è mediato dall'ambiente artificiale in cui il bimbo vive, mentre è carente lo scambio dei messaggi emotivi. La qualità delle competenze autoregulatorie nel pretermine (Grunau, 2003) è differente rispetto a quella di un bimbo nato a termine e il genitore può trovare non indifferenti difficoltà a sincronizzarsi coi ritmi del bimbo attraverso le modalità che si possono invece attivare con un neonato a termine: il mancato contatto corporeo è pertanto un ostacolo, che può ritardare il processo autoregulatorio del bimbo,

secondo quanto rilevato dagli studi sperimentali (Hofer, 1994, 2001; Berardi, Pizzorusso, 2006).

La regolazione delle emozioni (Sroufe, 1995; Cassidy, 1994) viene assolta nell'ambito del legame di attaccamento. In questo quadro, ancora più decisiva è la qualità della relazione che la madre è capace di instaurare. Questa qualità è stata messa in relazione con le pregresse relazioni del genitore con i propri genitori. L'uso di strumenti come le interviste, quali per esempio l'AAI (George, Kaplan, Main, 1986-1996), consente al ricercatore di esplorare le relazioni del genitore con le figure di attaccamento del suo passato, ricercando connessioni con aspetti del presente, della relazione con il bimbo.

Le interazioni materne, valutate come sensibili e responsive, risultano correlate con migliori competenze autoregulatorie, cognitive e sociali nel bimbo (Beckwith, Rodning, 1996). Stati di disagio psicologico e di stress genitoriale sono associati (Singer et al., 1999) a comportamenti materni intrusivi, mentre stati di depressione materna comportano un ritiro dalle interazioni, con conseguenze poco positive sulla regolazione del bimbo.

Recenti prospettive in ambito della teoria dell'attaccamento valutano l'interazione con il pretermine, i suoi effetti sul parenting e sullo sviluppo psicofisico del bimbo (Coppola, Cassibba, 2004; Baldoni et al., 2007; Müller-Nix et al., 2004; Forcada-Guex et al., 2006; Pierrehumbert et al., 2007, 2009). In alcuni studi non vengono segnalate difficoltà di interazione tra i bimbi pretermine e le loro madri, sia nei primi mesi (Schermann-Eizirik et al., 1997), sia nei primi anni di vita (Greenberg, Carnichael-Olson, Crnic, 1992). Altri non evidenziano la prevalenza di uno stile di attaccamento dei bimbi nati a termine, rispetto a quelli nati pretermine (Easterbrooks, 1989; van IJzendoorn et al., 1992; Brown, Bakeman, 1980; Brisch et al., 2005; Pierrehumbert, 2007, 2009), né una differenza alla Strange Situation (Frodi, Thompson, 1985).

In altre indagini, invece, si rileva una maggiore incidenza di pattern di attaccamento insicuro tra i nati pretermine, in concomitanza con la presenza di fattori di rischio multipli, come più gravi complicanze mediche, peso alla nascita inferiore ai 1500 grammi (Coppola, Cassibba, 2004); emergono differenze in relazione a scarso sostegno sociale, discriminazioni razziali, basso livello di educazione dei genitori e alla gravità della prematurità (Wille, 1991; Plunkett et al., 1986).

In alcune ricerche è stata individuata una diversità nelle interazioni (Gerner, 1999) e nello stile comunicativo durante l'infanzia tra le diadi dei bambini nati pretermine, rispetto a quelle dei bambini nati a termine (Chapieski, Evankovich, 1997). I dati delle diverse ricerche riportano caratteristiche interattive abbastanza simili: quando la madre, per sue modalità comunicative o a seguito di una scarsa partecipazione del bimbo all'interazione, tende ad avere un ruolo più attivo e intrusivo nella comunicazione, lo stile interattivo corrispondente del neonato pretermine risulta essere caratterizzato da modalità più passive; in questi casi i neonati presentano anche un minore livello di attenzione, minore sincronizzazione nell'interazione, rispetto ai bimbi nati a termine (Brown, Bakeman, 1980), e queste differenze possono persistere anche fino ai due anni di età (Minde, 2000). Sono state prese in considerazione alcune caratteristiche di personalità della madre, come una sua maggiore rigidità nel comportamento interattivo rivolto al bimbo (Butcher et al., 1993);

6 quando le madri manifestano maggiore attività, vigilanza, controllo (Field, 1979; Goldberg et al., 1986) hanno anche un comportamento che è in genere più distante nelle interazioni col loro bimbo (Barnard, Bee, Hammond, 1984; Minde, Perrotta, Marton, 1985; Chapieski, Evankovich, 1997). Nelle ricerche viene messo in evidenza però come sia ancora da indagare se questi modelli di interazione siano adattativi e rappresentino una risposta compensativa alle difficoltà specifiche, che sono presenti nel neonato pretermine (Greenberg, Crnic, 1988; Barnard, Hammond, 1984), o dipendano invece da situazioni sociali o da specifiche problematiche materne, che possono essere dannose per lo sviluppo del neonato pretermine (Field et al., 1980).

Se i nati pretermine sono meno responsivi alle sollecitazioni del genitore (Müller-Nix, Ansermet, 2009), la madre e il padre possono aumentare la distanza emotiva tra loro e il bimbo, o al contrario possono iperstimolare il bimbo nel tentativo disperato di avere una risposta da lui. La tendenza delle madri a iperstimolare i pretermine è oggetto di dibattito in letteratura: per alcuni autori si tratta di una risposta compensativa genitoriale alle specifiche difficoltà presentate dall'immaturità del neonato (Goldberg, DiVitto, 1995), con un'influenza sull'attenzione e sulle competenze cognitive del bambino (Wijnroks, 1998), ma non sempre con conseguenze positive per il suo sviluppo (Field, 1979).

La qualità della relazione primaria madre-bambino pretermine è uno dei fattori che possono fare evolvere positivamente o influenzare negativamente le condizioni potenzialmente avverse della nascita. Numerosi studi in letteratura riportano evidenze sperimentali in questo ambito: presso l'ospedale di Losanna, nell'Unità intensiva di cure neonatali, vengono condotte ricerche prospettiche sui bambini pretermine (Pierrehumbert et al., 2003; Müller-Nix et al., 2004; Forcada-Guex et al., 2006.). Questi studi esaminano longitudinalmente, secondo un'ottica multidimensionale, aspetti della relazione genitore-bambino pretermine, rispetto a diverse variabili, e valutano le conseguenze sullo sviluppo psicofisico del bimbo.

L'esperienza traumatica materna, relativa alla nascita prematura, e la sua influenza a lungo termine sullo sviluppo del bambino (Müller-Nix et al., 2004), sono state valutate attraverso la reazione materna allo stress postraumatico, con il *Perinatal Postraumatic Stress Disorder Questionnaire* (PPQ) e la qualità dell'interazione madre-bambino pretermine viene monitorata a sei e diciotto mesi con il CARE-Index della Crittenden (Crittenden, 1979-2004). A sei mesi, i dati raccolti attraverso le video osservazioni indicano che le madri di bimbi prematuri ad alto rischio, con elevati livelli di stress nel periodo perinatale, sono poco sensibili e più controllanti nelle interazioni di gioco diadico con i loro bimbi, rispetto alle madri dei nati a termine. In particolare, rispetto alle interazioni diadiche valutate con il CARE-Index (Crittenden, 1988), è stato rilevato che a una maggiore sensibilità della madre corrisponde un bambino cooperante, e questo è correlato a situazioni di basso stress materno; nelle situazioni invece di elevato stress materno è presente un maggior controllo della madre e una corrispondente manifestazione interattiva compulsiva nel bimbo. A diciotto mesi, le interazioni del neonato pretermine, sempre valutate con il CARE-Index, presentano modalità diverse da quelle dei nati a termine, e si trovano correlate con lo stress materno e non con i fattori di rischio perinatale inerenti allo stesso pretermine: quando vengono prese in considerazione invece entrambe le variabili, reazioni

postraumatiche della madre e gravità della prematurità del bimbo, l'esperienza traumatica della madre è il fattore che ha maggiore influenza nelle caratteristiche dell'interazione. Tutto ciò fa pensare all'enorme importanza delle condizioni psichiche della madre.

Alcune indagini (Forcada-Guex et al., 2006) hanno consentito di identificare specifici modelli di interazione diadica madre-bambino, che possono assumere una funzione protettiva o al contrario essere fattori di rischio per l'esito positivo successivo dello sviluppo e del comportamento del bimbo, indipendentemente dai fattori di rischio perinatale e dallo status socioeconomico della famiglia. Sono state individuate modalità interattive diadiche specifiche madre-bambino, valutate a sei mesi di età del bimbo, sempre con il CARE-Index; in particolare vengono segnalati due specifici pattern di interazione: pattern cooperante (madre sensibile e bimbo cooperante), che viene considerato come una relazione protettiva per lo sviluppo a lungo termine del bambino, e pattern controllante (madre controllante e bimbo compulsivo), con possibilità di rischio maggiore per il futuro sviluppo del bambino. Il pattern controllante è rilevato in misura prevalente nelle diadi con bambini nati pretermine, rispetto a quelle di bambini nati a termine, ed è risultato correlato con esiti poco favorevoli dello sviluppo del bimbo.

Il comportamento del bambino viene poi monitorato con un follow-up a diciotto mesi, attraverso un'intervista semistrutturata somministrata alle madri, la Symptom Check List (SCL) (Robert-Tissot et al., 1989, 1996), che esplora quattro aspetti del comportamento infantile: disturbi del sonno, problemi dell'alimentazione, sintomi psicosomatici, disturbi emotivi e del comportamento. Sono state anche effettuate rilevazioni in relazione a sviluppo motorio, coordinazione occhio-mano, linguaggio, performance e sviluppo sociale con la *Griffiths Developmental Scales* (1954). A diciotto mesi i ricercatori non riscontrano differenze significative nello sviluppo delle diadi pretermine con pattern cooperante, rispetto alle diadi a termine. Al contrario, i bambini pretermine con pattern controllante presentano maggiori problematiche comportamentali, in particolare problemi di alimentazione, disturbi del linguaggio, problemi di socializzazione.

Per quanto riguarda la valutazione dello sviluppo psicomotorio effettuata con le scale Griffiths, sempre a diciotto mesi, i dati riportano solo alcune differenze tra i prematuri e i neonati a termine, in particolare nello sviluppo sociale; gli item si riferiscono in particolare alle sottoscale che valutano la comunicazione sociale e gli interessi o le abilità del bambino a comunicare con il suo ambiente. Considerando invece le differenze tra i gruppi di prematuri, le diadi con pattern controllanti presentano punteggi più bassi negli item relativi allo sviluppo del linguaggio, rispetto ai neonati delle diadi con pattern cooperante.

Le problematiche di alimentazione (Holditch-Davis et al., 2000) e i disturbi del sonno (Wolke, 1998) vengono segnalati anche tra i disturbi più frequenti della regolazione nei nati pretermine. Pierrehumbert (Pierrehumbert et al., 2003) ha monitorato le problematiche dell'alimentazione considerando le modalità interattive madre-bambino a sei mesi: nel successivo follow-up a diciotto mesi di età del bimbo, nelle diadi con pattern controllante è stata riscontrata una correlazione con problematiche alimentari. I genitori sono stati intervistati sui problemi del loro bambino a diciotto

6

mesi ed è stato somministrato loro il questionario sui disturbi da stress traumatico con il PPQ (Quinnell, Hynan, 1999). In particolare è stata riscontrata una correlazione con le reazioni da stress post-traumatico perinatale nella madre; l'esito dello sviluppo nei bimbi è risultato correlato sia con la gravità della prematurità, sia con l'entità delle reazioni post-traumatiche da stress materno. La gravità dei rischi perinatali consente però di prevedere solo in parte i problemi dello sviluppo del bambino: a prescindere dai rischi perinatali, è l'intensità delle reazioni post-traumatiche dei genitori che, secondo gli autori, costituisce un importante predittore dei disturbi che i bimbi potranno manifestare più avanti durante lo sviluppo.

Altri studi che hanno indagato le difficoltà di alimentazione nei neonati pretermine si sono orientati in particolare sulle modalità di rifiuto del cibo da parte del bimbo (Cerro et al., 2002): a causa di tali difficoltà i genitori possono sentirsi frustrati e ansiosi per quanto riguarda la salute e la crescita del loro bambino e questo può portarli a diventare iperattivi nel processo di alimentazione (Hawdon et al., 2000). I dati delle ricerche confermano che i bambini, la cui interazione con la madre è caratterizzata da un pattern controllante, sono più a rischio di manifestare poi nel corso dello sviluppo difficoltà di alimentazione.

Il team dei ricercatori di Losanna ha anche preso in considerazione le rappresentazioni materne nelle madri dei bambini nati pretermine (Borghini et al., 2006) attraverso il *Working Model of the Child Interview* (WMCI) (Zeanah, 1996), intervista semi-strutturata sulle rappresentazioni di attaccamento dei genitori, riferite al bambino, somministrata alle madri a sei mesi di età del figlio. L'intervista consente di individuare diverse dimensioni quali: a) ricchezza nella capacità di percepire il bambino (senso di "chi è" il bambino); b) apertura al cambiamento (capacità di integrare le nuove informazioni sul bambino); c) intensità del coinvolgimento (immersione psicologica nella relazione); d) coerenza (coerenza dei pensieri e dei sentimenti); e) sensibilità nell'accudimento (risposta ai bisogni del bambino); f) accettazione (subordinare i propri bisogni a quelli del bambino); g) Sé riflessivo (capacità di cogliere l'intenzione altrui). Le caratteristiche dei pattern sono indicate come: a) rappresentazioni caratterizzate da equilibrio tra coinvolgimento emotivo e accettazione dei bisogni del bimbo sia di autonomia che di dipendenza; b) rappresentazioni distanzianti caratterizzate da non coinvolgimento e non riconoscimento dei bisogni di dipendenza del bambino, freddezza emotiva; c) rappresentazioni distorte in cui prevale il coinvolgimento del genitore e assieme il non riconoscimento dei bisogni di autonomia e di dipendenza del bambino, in cui possono essere presenti rappresentazioni confuse. Nelle madri di entrambi i gruppi dei bambini, nati a termine e pretermine, sarebbe presente una percentuale più alta di rappresentazioni equilibrate, seguite nei nati a termine da rappresentazioni distorte, invece nei pretermine da rappresentazioni distanzianti.

Sono state inoltre valutate le reazioni delle madri allo stress posttraumatico con il PPQ (Quinnell, Hynan, 1999) a diciotto mesi di età corretta del bimbo. Le madri dei pretermine con un basso livello di stress presentano in misura maggiore alla WMCI rappresentazioni equilibrate a cui seguono rappresentazioni distanzianti; nelle esperienze di elevato stress invece prevale il pattern delle rappresentazioni distorte (Borghini et al., 2006).

Questi dati, rapportati con quelli relativi alla valutazione delle interazioni diadi che rilevate nelle altre ricerche, sembrano confermare i risultati della maggior parte degli studi in letteratura, che segnalano una presenza di pattern distanzianti nelle interazioni delle diadi dei nati pretermine, supportate anche dai dati derivati dalle rappresentazioni genitoriali: le madri che manifestano una maggiore attività, vigilanza, controllo hanno un comportamento in genere anche più distanziate nelle interazioni col loro bimbo. Le ipotesi sino a ora avanzate a tale proposito sono di due tipi: l'evento può dipendere da una caratteristica della personalità, di fronte alle particolari esperienze dei genitori dei bimbi nati pretermine, oppure può essere dovuto al fatto che i nati pretermine meno responsivi alle sollecitazioni dei loro genitori inducono in questi ultimi più reattività e controllo, con una maggiore distanza emotivo-affettiva dal bimbo. Le ipotesi attendono ulteriori verifiche dalla ricerca.

Gli studi effettuati consentono di delineare un modello interattivo circolare in cui il rischio perinatale porta allo stress materno (PPQ), e questo a sua volta ha conseguenze sulle rappresentazioni dei genitori stessi (WMCI) e successivamente sulle stesse rappresentazioni che i bimbi avranno dei loro genitori e sugli esiti dell'attaccamento, valutati a quattro anni di età con l'*Attachment Story Completion Task* (ASCT) (Bretherton et al., 1990): secondo questa prospettiva viene ipotizzata dagli autori (Ibanez, Pierrehumbert, 2007) una trasmissione transgenerazionale dell'attaccamento.

Altre indagini valutano invece gli effetti preventivi di un intervento precoce e si focalizzano sullo stress neonatale e sulla reattività allo stress da parte della madre (Ansermet et al., 2007): presso il *Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent; Département Médico-chirurgical de Pédiatrie, Division de Néonatalogie École Polytechnique Fédérale ETHZ*, di Zurigo, sono stati sperimentati interventi in relazione allo stress neonatale e alla reattività allo stress da parte delle madri. È stata effettuata una rilevazione delle concentrazioni di cortisolo salivare nelle diadi madre-bimbo ed è stata rinvenuta un'elevata concentrazione di cortisolo salivare nei bambini nati pretermine e nelle loro madri. Anche questi dati sono in linea con i risultati di precedenti ricerche da noi citate, e segnalano ulteriormente come la nascita prematura sia un'esperienza traumatica per i genitori, dunque di stress, che può alterare, insieme ai parametri somatici, la normale transizione alla genitorialità: questa esperienza può avere conseguenze evolutive sulla prematurità in correlazione con lo sviluppo di rappresentazioni sicure o insicure dell'attaccamento. Gli autori sostengono la necessità di migliorare e approfondire interventi psicoeducativi e psicoterapeutici di carattere relazionale nell'ambito della neonatologia, alcuni da tempo sperimentati con successo, e viene evidenziata l'importanza di azioni preventive nei NICU, attraverso modalità di intervento precoce che possano sostenere i genitori nell'affrontare lo stress perinatale (Kaaresen, Ronning, Ulvund, Dahal, 2006) e nell'adeguare le loro rappresentazioni e le loro interazioni al bambino.

Questi aspetti sono ulteriormente ribaditi in recenti contributi che sottolineano l'importanza di effettuare quanto prima possibile un assessment psicologico dei nati pretermine (Muller-Nix, Forcada-Guex, 2009) e soprattutto dei loro caregiver, al fine di aiutare il personale delle NICU ad avere una conoscenza complessiva, non solo medica ma anche psicologica, delle risorse e delle potenzialità per progettare un intervento individualizzato specifico e focalizzato sul bambino e sulla sua famiglia. Le

6

più importanti implicazioni cliniche dei risultati delle ricerche è che si possa fornire subito un sostegno ai genitori: questo consente di migliorare gli esiti delle cure mediche erogate nell'immediato entro le NICU e di supportare i successivi esiti dello sviluppo del bambino più a lungo termine. Quando non è possibile individuare tempestivamente nei NICU specifici rischi dell'interazione madre-bambino, soprattutto quando il bambino è molto immaturo, dopo le dimissioni può essere il pediatra un attento rilevatore di queste eventuali problematiche relazionali, in grado di segnalarle agli specialisti di psicologia clinica perinatale.

Nell'ambito dell'assessment per una valutazione del benessere del pretermine, effettuato in UTIN, Als ha proposto la metodologia *Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Programme* (NIDCAP) (Als, 1986) attraverso la quale è possibile effettuare "un'osservazione naturalistica" (*Naturalistic Observation of Newborn Behaviour*) del bambino pretermine. La metodologia NIDCAP si basa sulla teoria sinattiva di Als (1986) secondo cui il corretto funzionamento dell'organismo del neonato dipende dalla maturazione e interazione di alcuni sottosistemi: sistema autonomo o vegetativo, sistema motorio, stati comportamentali, attenzione e interazione, autoregolazione. Questi cinque sottosistemi maturano consequenzialmente e il buon funzionamento di un sistema è dipendente dalla stabilità degli altri. Questa metodologia consente di valutare le caratteristiche del neonato prematuro attraverso l'osservazione e l'interpretazione dei suoi segnali comportamentali: è una modalità di osservazione strutturata che permette anche di focalizzare obiettivi e strategie operative per una cura personalizzata e individualizzata del neonato pretermine e di pianificare procedure assistenziali adeguate al suo sviluppo. Nella scelta delle strategie viene focalizzata l'attenzione sulle cure che possono essere praticate dai genitori, i quali sono considerati come i principali promotori dello sviluppo del bambino. Alcuni contributi scientifici mettono in evidenza le funzioni protettive di questa modalità di intervento che coinvolge anche i genitori (Als, 2004): uno studio randomizzato presenta l'efficacia dell'intervento individualizzato, correlato con i dati dell'esame elettroencefalografico (EEG) e con i risultati delle neuro-immagini (RMN). La suddetta ricerca prevede anche una valutazione con la *Scala di valutazione neurocomportamentale del neonato prematuro* (APIB) due settimane dopo il termine previsto della gravidanza e un follow-up a nove mesi con il test di sviluppo psicomotorio di Bayley. I dati sperimentali sono correlati con i risultati clinici: i bambini del gruppo sperimentale hanno manifestato una migliore performance neurocomportamentale a due settimane di età corretta e una migliore organizzazione e maturazione cerebrale, nelle aree frontali (sede delle funzioni attentive ed esecutive) e occipitali (sede dell'organizzazione visuo-spaziale), così come nelle loro connessioni. Gli item del Bayley Test a nove mesi hanno rilevato punteggi significativamente più alti nelle performance mentali, cognitive, motorie e comportamentali del gruppo sperimentale.

In letteratura dunque le ricerche sono concordi nel promuovere, come fattori protettivi, le modalità di supporto psicologico alla relazione genitore-bambino: in primis un sostegno cognitivo ai genitori, attraverso informazioni utili alle esigenze di accudimento del loro piccolo, accompagnato da un supporto emotivo-affettivo-relazionale che il personale medico-infermieristico, gli psicologi, gli psicoterapeuti e altri genitori che hanno avuto esperienze analoghe possono fornire alla famiglia del

pretermine (Caplan, Mason, Kaplan, 2000); come terzo fattore, la possibilità di maggiore contatto dei genitori con il bimbo (Fava Vizziello, Bricca, Cassibba, 1992). La possibilità di una maggiore intimità con il proprio piccolo consente loro di conoscerlo più profondamente e di accudirlo, esercitando le funzioni di parenting; ciò rinforza i sentimenti di fiducia e di competenza nella lettura dei segnali del loro bambino, per cui imparano a rispondervi adeguatamente (Als, 1986): questo può consentire ai genitori di vivere un'esperienza affettiva e multisensoriale con il proprio figlio, che rafforza il legame reciproco.

Recenti studi hanno messo in evidenza come interferenze nell'intimità genitore-bambino siano fattori di elevato rischio per lo sviluppo psicofisico del bimbo (Keilty, Freund, 2005) e indicano che i genitori e i bimbi necessitano già durante l'ospedalizzazione di interventi mirati anche alla promozione di una maggiore intimità nelle relazioni. L'allattamento al seno del bimbo favorisce questa intimità; anche quando la prematurità è grave e il bimbo deve attendere prima di poter essere preso in braccio dalla madre e allattato direttamente al seno, è auspicabile che venga alimentato con il latte materno prelevato dalla madre stessa: non solo ne sono stati sperimentati gli effetti benefici (Vohr et al., 2006) sullo sviluppo psicofisico del bimbo, ma, inoltre, l'odore del latte materno è uno stimolo comunicativo non verbale che viene percepito dal bimbo e che gli consente di riconoscere la propria madre distinguendola dalle altre, e costituisce quindi uno dei veicoli principali che caratterizzano l'interazione primaria con lei.

Secondo questa prospettiva, per favorire esperienze di vicinanza sensoriale e intima, nell'ambito dei reparti di terapia intensiva neonatale, sotto la guida del personale specializzato, è stata istituita la "care" del neonato. Il termine "care" è stato introdotto nel mondo delle UTIN italiane al momento in cui gli operatori (neonatologi e infermieri, operatori sanitari) hanno cominciato a prendersi cura del benessere e dello sviluppo neurocomportamentale dei neonati ricoverati. Esso deriva da un concetto complesso, elaborato nel mondo della neonatologia anglosassone, di *family-focused, individualized developmental care*, che significa "assistenza personalizzata allo sviluppo del neonato, incentrata sulla famiglia", per il quale però non vi è ancora un consenso univoco relativamente alla traduzione in lingua italiana. La cosiddetta "care" individualizzata in UTIN, consiste in una fase programmata in cui i molteplici caregiver come gli infermieri, i neonatologi e i genitori, in collaborazione con i tecnici della riabilitazione, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili, si "prendono cura" del pretermine nell'ambito del progetto di abilitazione. Si tratta di un intervento tempestivo, svolto in ottica preventiva e curativa, mirato a favorire la massima realizzazione del potenziale di sviluppo di ogni neonato.

La maggiore presenza dei genitori e l'evoluzione della "care" infantile, come il supporto emotivo fornito ai genitori durante il periodo neonatale, ha permesso che in questi ultimi venti anni la maggior parte dei nati pretermine siano sopravvissuti, anche se in seguito a una lunga ospedalizzazione. È necessario che la "confidenza" con la propria genitorialità venga rinforzata ripetutamente durante l'ospedalizzazione del bimbo e valutata prima delle dimissioni; genitori insicuri alle dimissioni avranno più difficoltà con i loro bambini a casa, e potranno avere maggiori problemi relazionali a lungo termine (Müller-Nix, Ansermet, 2009). È dunque auspicabile una partecipa-

6 zione attiva dei genitori alla "care" del bimbo, quanto prima sia possibile.

In questi anni sono stati studiati diversi programmi di intervento in ospedale e a casa (Kang et al., 1995; Colombo et al., 1998) e sono state sperimentate diverse modalità e tecniche di approccio all'intimità genitore-bambino, come le tecniche di massaggio (Law Harrison, 2001) o il contatto pelle-a-pelle, il cosiddetto kangaroo, in cui le madri accolgono in un marsupio come i canguri il loro piccolo (Tessier, 2003; Feldman et al., 2002; Feldman, 2004).

Gli interventi centrati sulle necessità del bimbo, volti a ridurre e minimizzare il *distress*, comportano un'attenzione al suo sviluppo da parte del genitore, guidato dal personale ospedaliero. La consultazione psicologica nei NICU serve a fornire aiuto per chiarire le esperienze dei genitori a se stessi e allo staff, per comprendere le reazioni di difesa e aiutare lo staff a dare un aiuto e un supporto alla relazione genitore-bambino. È necessaria una "care" per i genitori da parte del personale sanitario che si prende cura contemporaneamente del bimbo; i genitori possono essere sostenuti secondo percorsi mirati e progettati progressivamente in relazione alle necessità e alle fasi di abilitazione del loro bimbo, in modo che possano accompagnarlo nella crescita e contribuire al suo sviluppo. Il ruolo delle figure professionali durante il ricovero è cruciale. Due sono gli aspetti delicati: il lavoro dello staff ospedaliero con il bimbo e i genitori, e il lavoro diretto terapeutico da parte di professionisti psicologi per facilitare la relazione genitori-bimbi. La nascita pretermine è certamente accompagnata da una gran quantità di fattori di rischio che possono riattualizzare conflitti psichici irrisolti nei genitori: si richiedono pertanto specifici interventi terapeutici. Un adeguato supporto rivolto ai genitori può comportare effetti positivi per la relazione genitore-bambino e per la capacità di autoregolazione dei bimbi.

In ambito psicopedagogico e psicoterapeutico molti progetti di intervento (Langher, 2001; Coppola, Cassibba, 2004; Kevin Nugent et al., 2008) si muovono secondo questo orientamento. In letteratura vengono segnalati tre principali approcci di aiuto ai genitori (Zeanah et al., 1984), prevalentemente condotti durante il "care" nei reparti di terapia intensiva: interventi durante le crisi, psicoterapia di supporto, e psicoterapia *insight-oriented*. Questi tre interventi sono consigliati in momenti diversi del ricovero. Il supporto psicoeducativo è utile per prevenire le reazioni da stress posttraumatico, il supporto psicoterapeutico aumenta il senso di autoefficacia nei genitori e riduce lo stress associato con l'ospedalizzazione e la nascita del bimbo, mentre una psicoterapia *insight-oriented* consente percorsi più impegnativi su di sé da parte del genitore: questo intervento viene indicato quando l'esperienza dei genitori è conflittuale, correlata con una complessa storia psichica, e sono presenti magari difficoltà relazionali con lo staff o con il bimbo (Zeanah et al., 1984). I dati delle ricerche riportano che in generale gli interventi durante l'ospedalizzazione neonatale e la transizione a casa riducono lo stress dei genitori (Kaaresen et al., 2006), con esiti positivi nello sviluppo del bimbo (Zelkowitz et al., 2008), migliorando l'interazione primaria genitore-bambino.

## 6.6

### *Raising parents, comprensione e sostegno alla genitorialità*

Il testo *Raising parents: Attachment, parenting and child safety* della Crittenden (2009) apre interessanti prospettive per la comprensione della funzione genitoriale: ieri bambini, oggi madre e padre. In questo contesto ci sembrano interessanti le indicazioni dell'autrice sulle prospettive di una educazione e di una crescita della funzione genitoriale: il termine *raising* con il suffisso *ing* indica molto bene un'azione in corso, progressiva ed evolutiva, come quella relativa alla crescita, quella dei genitori, in seguito a eventi che comunemente possono accadere nella vita o a interventi di sostegno alla genitorialità o a cambiamenti dovuti a trattamenti psicoterapeutici, con la possibilità di nuove modalità di lettura della realtà da parte del genitore.

La struttura del DMM evidenzia l'aspetto dinamico del modello e consente di esplorare le potenzialità di cambiamento: la Crittenden mostra interessanti applicazioni del DMM a contesti caratterizzati da diverse manifestazioni della genitorialità, nella prospettiva di dare significato alle modalità relazionali con cui un genitore si avvicina al suo bambino e alle capacità di parenting, e, dove si renda necessario, di offrire un sostegno alla genitorialità. In particolare viene messo in evidenza come il modello dinamico maturativo è una teoria esaustiva per il trattamento.

Nei processi di assessment per la valutazione della relazione genitore-bambino e della funzione genitoriale, attraverso il DMM è possibile l'individuazione di particolari pattern di attaccamento dei genitori e delle modalità di accudimento genitoriale, che, a seconda delle esperienze genitoriali, potranno essere equilibrate e funzionali ai bisogni fisici ed emotivi dello sviluppo del bambino, oppure, al contrario, potranno essere più o meno condizionate dai bisogni del genitore stesso e quindi poco orientate al bimbo, che dovrà in qualche modo corrispondere a esse.

Lo sviluppo infantile e la genitorialità si strutturano in base a esperienze di apprendimento interpersonale e a strategie protettive e di elaborazione mentale delle informazioni. Esiste una complementarità adattativa tra i comportamenti di cura dei genitori e i comportamenti di attaccamento del bambino: la funzione principale del parenting è quella di garantire al piccolo le condizioni di sicurezza fisica ed emotiva necessarie alla sua sopravvivenza, attraverso il mantenimento della vicinanza con una figura protettiva. L'attaccamento come processo attivo di adattamento si organizza attraverso la messa a punto di strategie finalizzate al raggiungimento della sicurezza, le cui modalità variano in funzione sia delle caratteristiche ambientali, sia delle capacità cognitive, affettive e di organizzazione del comportamento che vengono raggiunte nelle diverse fasi dello sviluppo individuale.

La teorizzazione della Crittenden si colloca in un'ottica di integrazione tra diverse teorizzazioni – cognitivista, psicodinamica, sistemica e psicoanalitica – secondo le prospettive sottolineate nei paragrafi precedenti, in particolare a quanto messo in evidenza relativamente alle rappresentazioni delle relazioni (vedi Par. 3.2) e al costruito di "responsività sensibile" (vedi Par. 3.3).

È possibile effettuare una lettura e un'interpretazione dei dati, rilevabili con i diversi strumenti elaborati o costruiti dall'autrice stessa, attraverso l'applicazione del

6 DMM, che consente di individuare le strategie attivate dall'individuo per far fronte alle esperienze cui è esposto nella sua esistenza. Sviluppo infantile e genitorialità sono connessi con la strutturazione, in base a strategie di apprendimento interpersonale, di modalità protettive e di elaborazione personale delle informazioni. Gli strumenti per la valutazione dei legami di attaccamento vanno differenziati in funzione delle particolari modalità di espressione che essi assumono nel corso dello sviluppo: le videosservazioni delle interazioni genitori-bambino da zero a trentasei mesi con il CARE-Index (vedi Par. 5.3 e 7.5) consentono di rilevare i "precursori dell'attaccamento", responsabilità sensibile del genitore e collaborazione del bimbo, attraverso precise procedure di valutazione delle interazioni diadiche. L'individuazione precoce della responsabilità sensibile del genitore viene indicata come un fattore protettivo per lo sviluppo del bimbo. I dati raccolti con questo strumento possono essere messi in relazione con i pattern di attaccamento, ricavati più avanti nello sviluppo del bimbo, quando avrà un anno di età, con la procedura della Strange Situation, che consente una più diretta valutazione del legame di attaccamento. Successivamente è possibile un'ulteriore rilevazione dei pattern di attaccamento dai diciotto mesi ai cinque anni di età, durante l'età prescolare, con il *Preschool Assessment of Attachment* (PAA) (Crittenden, 1992).

Si può ottenere una maggiore comprensione delle modalità di accudimento e della funzione genitoriale attraverso una correlazione dei dati ricavati dalla somministrazione dei suddetti strumenti con quelli ottenuti dalla rilevazione dell'attaccamento nei genitori. L'AAI (George, Kaplan, Main, 1986, 1996; Crittenden, 1999, 2008) consente di individuare le rappresentazioni mentali dell'attaccamento in soggetti adulti (vedi Par. 2.1) attraverso la diversa articolazione che le strategie dell'attaccamento assumono negli individui e gli sviluppi ai quali esse vanno incontro, all'interno di uno stesso individuo, nel corso del tempo.

In generale le ricerche sono concordi nell'evidenziare come il costrutto dell'attaccamento adulto si presenti a un livello di maggiore complessità e articolazione rispetto a quello delineatosi nell'ambito degli studi relativi alla prima infanzia, e come la sua natura intrinsecamente multidimensionale ponga problemi specifici per quanto concerne la sua valutazione. Gli strumenti per la valutazione dell'attaccamento adulto non si sono, infatti, limitati a valutare la rielaborazione delle esperienze infantili di rapporto con i genitori, ma hanno adattato il proprio oggetto di indagine all' esplorazione di una più ampia gamma di stati mentali nell'ambito delle relazioni interpersonali, compresi i sentimenti attuali verso le relazioni intime.

Patricia Crittenden (1999) ha ampliato le codifiche originarie dell'AAI (vedi Capitolo 4) e attraverso il DMM (vedi Capitolo 4) ha individuato più specifiche sottofigure di attaccamento, riconcettualizzate come "configurazioni di elaborazione mentale dell'informazione", che variano nella misura in cui integrano informazioni basate sulla cognitività e sull'affettività per creare modelli di realtà e di adattamento alla realtà.

Queste configurazioni, definite di tipo "B sicuro", di tipo "C ambivalente" e di tipo "A evitante", sono conseguenti all'assunzione di ruoli e funzioni genitoriali più o meno sensibili.

L'interazione dei lattanti con le figure di attaccamento consente loro di appren-

dere a usare la propria mente e a cogliere le informazioni che permetteranno loro di sopravvivere, soprattutto quelle riguardanti altri esseri umani e in particolare le figure di attaccamento: se esse sostengono l'organizzazione di queste configurazioni permetteranno ai propri figli di costruirsi "un'impalcatura" per l'apprendimento (Crittenden, 1997).

Secondo la Crittenden la sensibilità materna costituisce la determinante primaria della qualità dell'attaccamento: genitori sicuri manifesteranno modalità di accudimento e una funzione genitoriale che favorisce la formazione di un legame e un attaccamento equilibrato nel figlio, con uno sviluppo nel bimbo di competenze adeguate sia sul versante affettivo che su quello cognitivo (tipo B). Genitori incoerenti/in-costanti possono avere modalità di accudimento che comportano la formazione nel figlio di pattern di attaccamento ambivalente (tipo C): il bimbo sarà competente nella comunicazione affettiva, ma non nella valutazione cognitiva dell'ambiente, con configurazioni comportamentali che possono oscillare dalle minacce alle finte incompetenze. Genitori rifiutanti attraverso le loro modalità di accudimento favoriscono la formazione di un legame di attaccamento di tipo evitante (tipo A): il figlio avrà competenze sul versante cognitivo ma si dimostrerà inadeguato su quello affettivo, con configurazioni comportamentali caratterizzate da inibizione psicologica, falsa affettività positiva e acquiescenza. Il modello DMM contempla anche una strategia A/C in cui si ritrovano entrambe le configurazioni, con modalità però molto distorte, in cui sono prevalenti maggiori esperienze di pericolo.

La Crittenden ha evidenziato come le strategie di attaccamento nel corso dello sviluppo individuale possano essere soggette a riorganizzazioni e a trasformazioni evolutive anche ampie e significative, riconducibili ai meccanismi sia di crescita, sia di sviluppo cognitivo, e alla disponibilità di nuove significative esperienze di attaccamento (Crittenden, 1997, 1999): lo sviluppo comporta la formazione di un'articolazione molto ampia e diversificata di sottopattern, che rende i modelli adolescenziali e adulti più complessi di quelli infantili.

Il DMM consente, attraverso la sua articolazione complessa, la comprensione delle funzioni del parenting, nell'ottica di un'individuazione precoce degli elementi di protezione e di rischio, per poter offrire un sostegno alla genitorialità, qualora si prospettino situazioni non sufficientemente adeguate allo sviluppo del bimbo.

## Bibliografia

- Ackerman NW (1958) Psicodinamica della vita familiare. Boringhieri, Torino, 1968  
 Allen M (2008) Neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current Opinion in Neurology* 21:123-128  
 Allen EC, Manuel JC, Legault C et al (2004) Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics* 113:267-73  
 Als H (1986) A synactive model of neonatal behavioural organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* 6:3-55  
 Als H (1992) Individualized, family-focused developmental care for the very low-birthweight

- 6 preterm infant in the NICU In: Friedman SL, Sigman MD, Sigel IE (eds) *The psychological development of low-birthweight children*. Annual advances. Ablex, Norwood, NJ
- Als H (1984) *Manual for the naturalistic observation of newborn behaviour NIDCAP (preterm and fullterm)*. The Children's Hospital, Boston
- Als H (1998) *Developmental Care in the Newborn Intensive Care Unit*. *Current Opinion in Pediatrics* 10:138-42
- Als H, Lester BM, Tronick E, Brazelton TB (1982) *Manual for the assessment of preterm infants' behaviour (APIB)*. In: Fitzgerald H, Lester BM, Yogman MW (eds) *Theory and Research in Behavioural Pediatrics*, vol. 1. Plenum Press, New York, NY, pp 65-132
- Als H, Lawhon G, Duffy FH et al (1994) Individualized developmental Care for the very low birth weight preterm. *Jama* 272:853-8
- Als H, Duffy FH, McAnultry GB et al (2004) Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics* 113:846-857
- Ambrosini A, Bormida R (1995) *Lo spazio e il tempo del padre. Funzione e senso della paternità*. Cerro, Pisa
- Ammaniti M (2008) *Pensare per due*. Laterza, Bari
- Ammaniti M (a cura di) (1992) *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico, Roma
- Ammaniti M, Baumgartner E, Candelori C et al (1990) Rappresentazioni materne in gravidanza: contributi preliminari. *Rivista di Psicologia Clinica* 1:36-50
- Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R (1995) *Maternità e gravidanza*. Cortina, Milano
- Ananth CV, Joseph KS, Oyelese Y et al (2005) Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000. *The American College of Obstetrician and Gynaecologists* 105:598-601
- Anderson PJ, Doyle LW (2004) Executive functioning in school-aged children who were born very preterm or with extremely low birth weight in the 1990s. *Pediatrics* 114:50-57
- Ansermet F, Magistretti P (2007) *Biology of freedom: Neural plasticity, experience, and the unconscious*. Press, New York, NY
- Ansermet F, Moessinger A, Müller-Nix C et al (2007) Stress neo-natale e reattività allo stress successivo: effetti preventivi di un intervento precoce. Workshop "Parenting emotion, regulation, and attachment", Università degli Studi di Trento, Trento, 18 ottobre 2007
- Badinter E (1981) *L'amore in più. Storia dell'amore materno*. Longanesi, Milano
- Badolati G (1993) *Identità paterna e relazione di coppia. Trasformazione dei ruoli genitoriali*. Giuffrè, Milano
- Baldaro Verde J (1987) *Avere un figlio o essere genitori?* In: Marrama P, Carani C, Pasini W, Baldaro Verde J (a cura di) *L'inseminazione della discordia*. Franco Angeli, Milano
- Baldini L, Albino G, Ottaviano S, Casadei AM (2002) Percorsi nello sviluppo del prematuro. *Età Evolutiva* 72:35-47
- Baldoni F, Facondini E, Landini A et al (2007) *Development of Attachment in Families with Preterm Child: a Long-Term Study*. DMM Meeting, Newcastle, UK, 17-18 Aprile 2007
- Bardi M, Huffman MA (2006) Maternal behavior and maternal stress are associated with infant behavioral development in macaques. *Dev Psychobiology* 48:1-9
- Barnard K, Bee H, Hammond M (1984) Developmental changes in maternal interactions with term and preterm infants. *Infant Behav Dev* 7:101-113
- Baruffi L (1979) *Desiderio di maternità*. Boringhieri, Torino
- Beckwith L, Rodning C (1996) Dyadic processes between mothers and preterm infants: Development at ages 2-5 years. *Infant Ment Health J* 17:322-333
- Behrman RE, Stith Butler A (2006) *Preterm birth: Causes, consequences, and prevention*. The National Academic Press, Washington, DC
- Belsky J (1984) *The determinants of parenting: a process model*. *Child Dev* 55:83-96
- Benedeck T (1959) *Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory*. *J Am Psychoanal Assoc* VII:389
- Berardi N, Pizzorusso T (2006) *Psicobiologia dello sviluppo*. Laterza, Bari
- Bhutta A, Cleves M, Casey P et al (2002) Cognitive and behavioural outcomes of school-aged children who were born preterm: A meta-analysis. *J Am Med Assoc* 288:728-737

- Bibring GL (1959) *Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy*. *Psychoanalytic Study of the Child* 14:113-121
- Binda W (1997) *Diventare famiglia. La nascita del primo figlio*. Franco Angeli, Milano
- Bion WR (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972
- Bion WR (1965) *Trasformazioni*. Armando, Roma, 1973
- Borghini A, Forcada-Guex M (2004) *L'observation du bébé prématuré; un travail conjoint parents-spécialistes*. *Psychoscope* 5:20-22
- Borghini A, Muller-Nix C (2008) *Un étrange petit inconnu: La rencontre avec l'enfant né prématuré*. Erès, Ramonville Saint-Agne
- Borghini A, Pierrehumbert B, Miljkovitch R et al (2006) Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Ment Health J* 27:494-508
- Bornstein MH (1995) *Handbook of parenting (Vol. 1)*. Erlbaum, Mahwah, NJ
- Bornstein MH (2002) (ed) *Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting (Vol. 5)*. 2nd edn. Erlbaum, Mahwah, NJ
- Bowlby J (1957) *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Giunti-Barbera, Firenze
- Bowlby J (1973) *Attaccamento e perdita, vol. 2. La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino, 1975
- Bowlby J (1980) *Attaccamento e perdita, vol. 3. La perdita della madre*. Boringhieri, Torino, 1983
- Brazelton TB (1973) *Neonatal Behavioural Assessment Scale Clinics*. In: *Developmental Medicine*, 50. Spastics International Medical Publications, London
- Brazelton TB, Als H (1979) *Four early stages in the development of mother-infant interaction*. *Psychoanalytic Study Child* 34:349-369
- Bretherton I, Ridgeway D, Cassidy J (1990) *Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds*. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds) *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, pp 273-308. University of Chicago Press, Chicago, IL
- Brisch KH, Bechinger D, Betzle et al (2005) *Attachment quality in very low-birthweight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development*. *Parenting: Science and Practice* 5:311-331
- Brown J, Bakeman R (1980) *Relationships of human mothers with their infants during the first year of life: effects of prematurity*. In: Bell R, Smotherman W (eds) *Maternal influences of early behavior*. Spectrum, Holliswood, New York, NY
- Bruschweiler-Stern N (2006) *Un intervento multifocale in età neonatale*. In: Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL (a cura di) *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*. Il Mulino, Bologna
- Butcher PR, Kalverboer AF, Minderaa RB et al (1993) *Rigidity, sensitivity and quality of attachment: the role of moderately premature infants in the neonatal intensive care unit*. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition* 91:1238-244
- Bydlowski M (1997) *La dette de vie*. Presses Universitaires de France, Paris
- Bydlowski M (2000) *Je rêve en enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Odile Jacob, Paris
- Callaghan WM, MacDorman MF, Rasmussen SA et al (2006) *The contribution of preterm birth to infant mortality rates in the United States*. *Pediatrics* 118:1566-1573
- Caplan G, Mason E, Kaplan DM (2000) *Four studies of crisis in parents of prematures*. *Comm Ment Health J* 36:25-45
- Carli L (2002) *Processi relazionali e intergenerazionali sottesi alla scelta di diventare genitore: da oggetto di cure a potenziale caregiver*. *Psichiatria del bambino e dell'adolescente* 1:1-12
- Cassidy J (1994) *Emotion regulation: influences of attachment relationship*. In: Fox N (ed) *The development of emotion regulation. Biological and behavioural consideration*. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 59:228-249.
- Cerro N, Zeunert S, Simmer KN, Daniels L (2002) *Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: parents' perceptions*. *J Paediatr Child Health* 38:72-78
- Chapieski ML, Evankovich KD (1997) *Behavioral effects of prematurity*. *Semin Perinatology* 21:221-239
- Cigoli V, Galbusera Colombo T (1980) *Coppia in attesa del primo figlio: come si "programma" la vita?* *Terapia Familiare* 8:37-52

- 6 Cigoli V, Galimberti C (1983) Psicoanalisi e ricerca sui sistemi in terapia familiare. Franco Angeli, Milano
- Colombo G (1996) I familiari dei bambini ricoverati nei reparti di Terapia Neonatale: il ruolo e lo spazio assegnato, le loro aspettative. *Neonatalogia* 2:53-60
- Colombo G, Siliprandi N (1998) La "care" dei genitori in Terapia Intensiva Neonatale. *Neonatalogia* 3:173-7
- Coppola G, Cassibba R (2004) La Prematurità. Carocci, Roma
- Crittenden PM (1979-2004) CARE-Index: Coding Manual. Unpublished manuscript, Miami, FL
- Crittenden PM (1988) Relationships at risk. In: Belsky J, Nezworski T (eds) *The clinical implications of attachment*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp 136-174
- Crittenden, PM (1992) Quality of attachment in the preschool years. *Dev Psychopathology* 4:209-241
- Crittenden PM (1997) Pericolo, sviluppo e adattamento. Masson, Milano
- Crittenden PM (1999) Attaccamento in età adulta. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2008) Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento. Cortina, Milano
- Crittenden PM (2009) Raising parents: Attachment, parenting and child safety. Willan Publishing, Uffculme, Devon, UK
- Crnac KA, Ragozin AS, Greenberg MT et al (1983) Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. *Child Dev* 54:1199-1210
- Dayan J, Creveuil C, Marks MN et al (2006) Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: A prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine* 68:938-946
- Dell'Antonio A, Rosini MP, Argese, Lombardi, (1979) Prematurità come fattore di disturbo nel rapporto madre-bambino. *Età Evolutiva* 4:69-80
- DeMier R, Hynan M, Hatfield R et al (2000) A measurement model of perinatal stressors: identifying risk for postnatal emotional distress in mothers of high-risk infants. *J Clin Psycho*, 56:89-100
- Dole N, Savitz SA, Hertz-Picciotto I et al (2003) Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 157:14-24
- Dudek-Schriber L (2004) Parental stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *Am J Occup Ther* 58:509-520
- Easterbrooks MA (1989) Quality of attachment to mother and to father: effects of perinatal risk status. *Child Dev* 60:825-830
- Emde RN (1988) Development terminable and interminable. Innate and motivational factors from infancy. *Int J Psychoanal* 69:23-42
- Erikson E (1956) The problem of ego identity. *J Am Psychoanal Assoc* 4:56-121
- Erikson E (1984) I cicli della vita. Continuità e mutamenti. Armando, Roma
- Essex MJ, Klein MH, Cho E, Kalin NH (2002) Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: Effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry* 52:776-784
- Fava Vizziello G, Bricca P, Cassibba R (1992) L'assistenza psicologica ai genitori. In: Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M (a cura di) *Figli delle macchine*. Masson, Milano
- Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M (1992) *Figli delle macchine*. Masson, Milano
- Feeley N, Gottlieb L, Zerkowicz P (2005) Infant mother and contextual predictors of mother-very low birth weight infant interaction at 9 months of age. *J Dev Behav Pediatr* 26:24-33
- Feldman R (2004) Mother-infant skin-to-skin contact (Kangaroo care): theoretical, clinical and empirical aspects. *Infants Young Child* 17:145
- Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A (2002) Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatr* 110:16-26
- Feldman R (2007) Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationships in five high-risk populations. *Development and Psychopathology*. Cambridge University Press, Cambridge, pp 293-312
- Field TM (1979) Interactions patterns of preterm and term infants. In: Field TM, Sostek AM, Goldberg S, Shuman H (eds) *Infant born at risk-behavior and development*. Spectrum, New York, NY, pp 333-356
- Field TM, Widmayer SM, Stringer S, Ignatoff E (1980) Teenage, lower-class, black mothers and

- their preterm infants: an intervention and developmental follow-up. *Child Dev* 51:426-436
- Fonagy P, Target M (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano
- Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A et al (2006) Early dyadic patterns of mother-child interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics* 118:107-114
- Fornari F (1981) *Il codice vivente*. Boringhieri, Torino
- Fox G (2002) Available statistics on premature birth. *Fetal Maternal Medicine Review* 13:195-211
- Frodi A, Thompson R (1985) Infants' affective responses in the Strange Situation: effects of prematurity and the quality of attachment. *Child Dev* 56:1280, 1290
- Galimberti C (1985) Il processo di formazione della coppia. In: Scabini E (a cura di) *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Franco Angeli, Milano
- George C, Kaplan N, Main M (1986) The Adult Attachment Interview. Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA
- George C, Kaplan N, Main M (1996) The Adult Attachment Interview 3. Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA
- Gerner E (1999) Emotional interaction in a group of preterm infants at 3 and 6 months of corrected age. *Infant Child Dev* 8:117-128
- Glover V, O'Connor TG (2005) Effects of antenatal maternal stress or anxiety: From fetus to child. In: Hopkins B, Johnson S (eds) *Handbook of parenting*. Erlbaum, Mahwah, NJ, pp 209-311
- Goldberg S, DiVitto B (1995) Parenting children born preterm. In: Bornstein MH (eds) *Handbook of parenting*. Erlbaum, Mahwah, NJ, pp 209-231
- Goleman D (1997) *Intelligenza emotiva*. Rizzoli, Milano
- Goldberg S, Perrotta M, Minde K (1986) Maternal behavior and attachment in low birth weight twins and singletons. *Child Dev* 57:34-46
- Greco O, Rosnati R (2006) Cura della relazione genitoriale. In: Scabini E, Rossi G (a cura di) *Le parole della famiglia*. Vita e Pensiero, Milano
- Greenberg M, Crnic K (1988) Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full term infants at age two. *Child Dev* 59:554
- Greenberg M, Carmichael-Olson H, Crnic K (1992) The development and social competence of a preterm sample at age 4: Prediction and transactional outcomes. In: Friedman S, Sigman M (eds) *The Psychological development of low birthweight children*. Ablex, Norwood, NJ, pp 125-155
- Griffiths R (1954) *The Abilities of Babies: A Study in Mental Measurement*. University of London, London
- Grunau RE, Whitfield MF, Davis C (2002) Pattern of learning disabilities in children with extremely low birth weight and broadly average intelligence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 156:615-620
- Grunau RE (2003) Self-regulation and behavior in preterm children: Effects of early pain. In: McGrath PJ, Finley GA (eds) *Pediatric pain: Biological and social context, progress in pain research and management*. IASP Press, Seattle, WA, vol. 26, pp 23-55
- Grunau RE, Whitfield MF, Fay TB (2004) Psychosocial and academic characteristics of ELBW ( $\leq 800$  g) survivors in late adolescence compared to term-born controls. *Pediatrics* 114:e725-e732
- Gunnar MR (1998) Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the developing human brain. *Am J Prev Med* 27:208-211
- Hack M, Taylor HG, Klein N et al (1994) School age outcomes in children with birth weights under 750 g. *N Engl J Med* 331:753-759
- Haley DW, Grunau RE, Weinberg J, Whitfield MF (2004) Parenting stress and infant cortisol responses in preterm and full-term infants at 3 months. *Pediatric Research* 55:80A
- Haley DW, Weinberg J, Grunau RE (2006) Cortisol, contingency learning, and memory in preterm and full-term infants. *Psychoneuroendocrinology* 31:88-117
- Hall RW, Huitt TW, Thapa R et al (2008) Long-term deficits of preterm birth: evidence for arousal and attentional disturbances. *Clinical Neurophysiology* 119:1281-1291
- Hawdon JM, Beauregard N, Kennedy G (2000) Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. *Dev Med Child Neurol* 42:235-239
- Hofer MA (1994) Hidden regulators in attachment, separation, and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 59:192-207

- Hofer MA (2001) Toward a Neurobiology of Attachment. In: Nelson CA, Luciana M (eds) *Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience*, MIT Press, Cambridge, MA, pp 599-616
- Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS (2003) Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J Obstet Gyn Neo Nurs* 32:161-171
- Holditch-Davis D, Miles MS, Belyea M (2000) Feeding and nonfeeding interactions of mothers and prematures. *West J Nurs Res* 22:320-334
- Holditch-Davis D, Schwartz T, Black B, Scher M (2007) Correlates of mother-premature infant interactions. *Res Nurs Health* 30:333-346
- Ibanez W, Pierrehumbert B (2007) Parenting, Emotion Regulation and Attachment. Workshop Università degli Studi di Trento, Trento
- Imbasciati A (2008) Le cure materne matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere XXXVI*:4-14
- Imbasciati A, Cena L (1987) Uno studio sulla femminilità attraverso l'analisi del mito. In: *Il laboratorio e la città. Lo psicologo professionista e ricercatore. Atti del XXXI Congresso degli Psicologi Italiani*, pp 685-691
- Imbasciati A, Cena L (1988) La donna nel mito greco. *Neurologia Psichiatria e Scienze Umane VIII*:435-455
- Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (2007) *Psicologia clinica perinatale*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Cena L (2010) *I bambini e i loro caregivers*. Borla, Roma
- Jackson K, Ternstedt BM, Schollin J (2003) From alienation to familiarity: Experiences of mother and fathers of preterm infants. *J Adv Nurs* 43:120-129
- Kaarensen PI, Ronning JA, Ulvund SE, Dahl LB (2006) A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 118:9-19
- Kang R, Barnard K, Hammond M et al (1995) Preterm infant follow-up project: a multi-site field experiment of hospital and home intervention programs for mothers and preterm infants. *Public Health Nurs* 12:171-180
- Keilty B, Freund M (2005) Caregiver-child interaction in infants and toddlers born extremely premature. *J Pediatr Nurs* 20:181-189
- Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U et al (2004) Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Psychosom Res* 57: 473-476
- Kevin Nugent J, Blanchard Y, Stewart JE (2008) Supporting Parents of Premature Infants: An Infant-Focused, Family-Centered Approach. In: Brodsky D, Ouellette MN (eds) *Primary Care of the Premature Infant*, WB Saunders, Philadelphia, PA
- Klaus MH, Kennel JH (2001) Care of parents. In: Klaus MH, Fanaroff AA (eds) *Care of the high risk neonate*. WB Saunders, Philadelphia, PA
- Korja R, Savonlahti E, Ahlqvist-Bjorkroth S et al (2008) Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica* 97:724-730
- Langher V (2001) Neonati a rischio, processi comunicativi e possibili interventi. In: D'Alessio M (a cura di) *Il neonato*. Carocci, Roma
- Latva R, Korja R, Salmelin RK et al (2008) How is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants? *Early Hum Dev* 84:587-594
- Law Harrison L (2001) The use of comforting touch and massage to reduce stress for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 1:235-241
- Lawson KR, Ruff HA (2004) Early focused attention predicts outcome for children born prematurely. *J Dev Behav Pediatr* 25:399-406
- Lebovici S (1983) *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*. Borla, Roma 1988
- Lester BM, Hoffman J, Brazelton TB (1985) The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Dev* 56:15-27
- Levy-Shiff R, Sharir H, Mogilner MB (1989) Mother and father preterm infant relationship in the hospital preterm nursery. *Child Dev* 60:93-102
- Levy-Shiff R, Einat G, Mogilner MB, Lerman M, Krikler R (1994) Biological and environmental correlates of developmental outcome of prematurely born infants in early adolescence. *J Pediatr Psychol* 19:63-78
- Liebenberg B (1967) Expectant fathers. *Am J Orthopsychiatr* 37:358-359

- Lupien SJ, King S, Meaney MJ, McEwen BS (2000) Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state. *Biological Psychiatry* 48:976-980
- Lupien SJ, King S, Meaney MJ, McEwen BS (2001) Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status. *Development and Psychopathology* 13:653-676
- Macey TJ, Harmon RJ, Easterbrooks MA (1987) Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *J Consulting Clin Psychol* 55:846-852
- Magill-Evans J, Harrison MJ (2001) Parent-child interactions, parenting stress, and developmental outcomes at 4 years. *Children's Health Care* 30:135-150
- Manfredi E, Bassa MT (1992) La nascita pretermine. *Competenze cognitive e ambiente relazionale nel primo anno di vita*. Franco Angeli, Milano
- Mäntymaa M, Puura K, Luoma I et al (2003) Infant-mother interaction as a predictor of child's chronic health problems. *Child Care Health Dev* 29:181-91
- Marret S, Ancel PY, Marpeau L et al (2007) Neonatal and 5-year outcomes after birth at 30-34 weeks of gestation. *Obstetrics and Gynecology* 110:72-80
- Marvin RS, Brinter PA (1999) Normative development: the ontogeny of attachment. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) *Handbook of Attachment. Theory Research and Clinical Applications*, Guilford Press, New York, NY, pp 44-67
- Meaney MJ (2001) Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neurosciences* 24:1161-1192
- Miceli PJ, Goerke-Morey MC, Whitman TL et al (2000) Brief report: Birth status, medical complications, and social environment: Individual differences in development of preterm, very low birth weight Infants. *J Pediatric Psychol* 25:353-358
- Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M (2007) Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatric* 28:36-44
- Minde K (2000) Prematurity and serious medical conditions in infancy: Implications for development, behavior, and intervention. In: Zeanah CH (eds) *Handbook of infant mental health*. 2nd edn. Guilford Press, New York, NY, pp 176-194
- Minde K, Perrotta M, Marton, P (1985) Maternal caretaking and play with full-term and premature infants. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 26:231-244
- Minde K, Whitelaw A, Brown J, Fitzhardinge P (1983) Effect of neonatal complications in premature infants on early parent-infant interactions. *Dev Med Child Neurol* 25:763-777
- Müller-Nix C, Ansermet F (2009) Prematurity, risk and protective factors. In: Zeanah C, *Handbook of Infant Mental Health*, Guilford Press, New York, NY
- Muller-Nix C, Forcada-Guex M (2009) Perinatal assessment of infant, parents, and parent-infant relationship: prematurity as an example. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18:545-57
- Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B (2004) Prematurity, maternal stress and mother-child interaction. *Early Hum Dev* 79:145-158
- Muller-Nix C, Nicole A, Forcada-Guex M, Ansermet F (2001) Prématurité, représentations et traumatisme parental. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 12:241-246
- Negri R (1998) *Il neonato in terapia intensiva: un modello neuropsicoanalitico di prevenzione*. Cortina, Milano
- NHMRC (2000) *Clinical practice guidelines. Care around preterm birth*. Commonwealth, Australia
- Palacio-Espasa F (1991) *Fantasie dei genitori e psicopatologia del bambino*. In: Società di Neuropsichiatria Infantile (a cura di) *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Borla, Roma
- Pancer SM, Pratt M, Hunsberger B, Gallant M (2000) Thinking ahead: Complexity of expectations and adjustment to first-time parenthood. *J Pers* 68:253-279
- Pazzagli A, Benvenuti P (1996) *Diventare padri: scompensi psicopatologici*. Prospettive Psicoanalitiche 14:123-134
- Pierrehumbert B (2007) *Parenting, Emotion Regulation And Attachment*. Workshop Università degli Studi di Trento, Trento
- Pierrehumbert B (2009) *Il primo legame. La teoria dell'attaccamento*. Edizioni Junior, Bergamo
- Pierrehumbert B, Nicole A, Müller-Nix C et al (2003) Parental post-traumatic reactions after pre-

- mature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition* 88:F400-F404
- Pines D (1972) Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *Brit J Med Psychol* 45:333-343
- Pines D (1977) On becoming a parent. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, vol. 15, n 2
- Pines D (1982) The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *Int J Psychoanal* 63:311-319
- Plunkett JW, Meisels, SJ, Stiefel GS et al (1986) Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *J Am Acad Child Psychiatry* 25:794-800
- Poehlmann J, Fiese BH (2001) Parent-infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12-month cognitive development. *Infant Behav Dev* 24:171-188
- Quinnel FA, Hynan MT (1999) Convergent and discriminant validity of perinatal PTSD questionnaire (PPQ). *J Trauma Stress* 12:193-199
- Randaccio S, De Padova N (2004) Aspetti emozionali: modificazioni psicologiche in gravidanza. In: Benedetto C, Massobrio M (a cura di) *Psicosomatica in Ginecologia e Ostetricia*. CIC, Roma
- Robert-Tissot C, Rusconi-Serpa S, Bachmann JP et al (1989) The questionnaire: evaluation of the psychofunctional troubles in early childhood. In: Lebovici S, Mazet P, Visier JP (eds) *The Evaluation of Early Interactions Between the Baby and Its Partners*. Eshel, Médecine et Hygiène, Paris, pp 179-216
- Robert-Tissot C, Cramer B, Stern D et al (1996) Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant Ment Health J* 17:97-114
- Rose SA, Feldman JF, Jankowski JJ (2001) Attention and recognition memory in the 1st year of life: A longitudinal study of preterm and full-term infants. *Dev Psychol* 37:135-151
- Rose SA, Feldman JF, Jankowski JJ (2002) Processing speed in the 1st year of life: A longitudinal study of preterm and full-term infants. *Dev Psychol* 38:895-902
- Ruff HA, Rothbart MK (1996) *Attention in early development: Themes and variations*. Oxford University Press, New York, NY
- Saigal S, Hoult LA, Streiner DL (2000) School difficulties at adolescence in a regional cohort of children who were extremely low birth weight. *Pediatrics* 105:325-331
- Salt A, Redshaw M (2006) Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: Follow-up after two years. *Early Hum Dev* 82:185-97
- Scabini E (1995) *Psicologia sociale della famiglia*, Boringhieri, Torino
- Schermann-Eizirik L, Hagekull B, Bohlin G et al (1997) Interaction between mothers and infants born at risk during the first six months of corrected age. *Acta Paediatrica*, Oslo, Norway, 86:864-872
- Scopesi A (1994) Diventare genitori: una crisi evolutiva dell'adulto. *Età Evolutiva* 48:103-107
- Shaffer R (1980) Developing child. In: Bruner J, Cole N, Llyod B (a cura di) *Maternità*. Armando, Roma
- Shapiro JL (1989) Il padre in attesa. *Età Evolutiva* 95:33-37
- Schore A.N. (1994) Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Schore A.N. (2003a) Affect dysregulation and disorder of the self. WW Norton, New York, NY.
- Schore A.N. (2003b) *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Astrolabio, Roma, 2008
- Singer LT, Salvator A, Guo S (1999) Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant of intrusive and withdrawn depressed mothers. *Child Psych Hum Dev* 30:111-120
- Smorti A (1980) Ruolo del padre e sviluppo psicologico del bambino. *La Nuova Italia*, Firenze
- Smorti A (1987) La paternità come processo evolutivo. L'origine della paternità nell'infanzia. *Psicologia Contemporanea* 80:36-43
- Spangler G, Schieche M, Ilg U et al (1994) Maternal sensitivity as an external organizer for biobehavioral regulation in infancy. *Dev Psychobiol* 27:425-437
- Sroufe LA (1995) *Lo sviluppo delle emozioni*. Cortina, Milano, 2000
- Stern DN (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Boringhieri, Torino, 1987
- Stern DN (1989) Le interazioni affettive. In: Lebovici S, Weil-Halpern F (a cura di) *Psicopatologia*

- della prima infanzia, vol. 1: Il mondo del neonato. Boringhieri, Torino 1994
- Stern DN (1995) *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Boringhieri, Torino, 1995
- Stern DN, Bruschiweiler-Stern N (1998) *Nascita di una madre*. Mondadori, Milano
- Tessier R (2003) Kangaroo mother care: a method for protecting high-risk low birth-weight and premature infants against developmental delay. *Infant Behav Dev* 26:384-397
- Thompson RJ, Goldstein RF, Oehler JM et al (1994) Developmental outcome of very low birth weight infants as a function of biological risk and social risk. *Dev Behav Pediatr* 12:232-238
- Trombini E (2002) *Nascita pretermine e desiderio di reinfezione*. In: Trombini E. *Il dolore mentale nel percorso evolutivo*. Quattroventi, Urbino
- Tu MT, Grunau RE, Petric-Thomas J et al (2007) Maternal stress and behavior modulate relationships between neonatal stress, attention, and basal cortisol at 8 months in preterm infants. *Dev Psychol* 49:150-164
- van IJzendoorn MH, Bakemans-Kranenburg MJ (1997) *Trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento*. In: Carli L (a cura di) *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Cortina, Milano, 1999
- van IJzendoorn MH, Bakemans-Kranenburg MJ (2005) Sensibilità materna e temperamento infantile nella formazione del legame di attaccamento. In: Cassibba R, van IJzendoorn MH (a cura di) *L'intervento clinico basato sull'attaccamento*. Il Mulino, Bologna, pp, 13-38
- van IJzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkel OJ (1992) The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Dev* 63:840-858
- van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC (1995) Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment. A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry* 36:225-248
- Vegetti Finzi S (1990) *Il bambino della notte*. Mondadori, Milano
- Vegetti Finzi S (1997) *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*. Mondadori, Milano
- Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM et al; NICHD Neonatal Research Network (2006) Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics* 118:115-123
- Walker CD, Kudreikis K, Sherrard A, Johnston CC (2003) Repeated neonatal pain influences maternal behavior, but not stress responsiveness in rat offspring. *Brain Research. Dev Brain Res* 140:253-261
- Wheller L, Baker A, Griffiths C (2006) Trends in premature mortality in England and Wales 1950-2004. *Health Statistics Quarterly* 31:34-41. ONS, London
- Whitfield MF, Grunau RV, Holsti L (1997) Extremely premature (< or = 800 g) schoolchildren: Multiple areas of hidden disability. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition* 77:F85-F90
- Wijnroks L (1998) Early maternal stimulation and the development of cognitive competence and attention of preterm infants. *Early Dev Parent* 7:19-30
- Wille DE (1991) Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behav Dev* 14:227-240
- Winnicott DW (1956) *La preoccupazione materna primaria*. In: Winnicott DW (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975
- Winnicott DW (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1975
- Winnicott DW (1987) *I bambini e le loro madri*. Cortina, Milano
- Wolke D (1998) An epidemiologic longitudinal study of sleeping problems and feeding experience of preterm and term children in southern Finland: comparison with a southern German population sample. *J Pediatr* 133:224-231
- Zanardo V, Freato F, Zacchello F (2003) Maternal anxiety upon NICU discharge of high-risk infants. *J Reprod Infant Psychol* 21:69-75
- Zaramella P, Zorzi C (1992) *Il neonato ricoverato: il prematuro*. In: Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M (a cura di) *Figli delle macchine*. Masson, Milano
- Zavattini GC (1984) *Il ritorno del rimorso: psicoanalisi e terapia sistemica*. *Terapia familiare* 6:59-65
- Zeanah CH, Canger CI, Jones JD (1984) *Clinical approaches to traumatized parents: Psychotherapy*

6

- in the intensive-care nursery. *Child Psychiatry Hum Dev* 14:158-169
- Zeanah CH, Benoit D, Barton M, Hirshberg L (1996) Working Model of the Child Interview Coding Manual. Louisiana State University School of Medicine, New Orleans, LA
- Zelkowitz P, Feeley N, Shrier I, et al (2008) The Cues and Care Trial: a randomized controlled trial of an intervention to reduce maternal anxiety and improve developmental outcomes in very low birthweight infants. *Pediatrics* 26:8-38

## 7.1

**Il ruolo dello psicologo all'interno di un'Unità operativa di terapia intensiva neonatale**

*Elisa Facondini, Franco Baldoni, Maria Maffia Russo, Nicola Romeo*

Nelle Unità operative di terapia intensiva neonatale (UOTIN) e nei reparti di neonatologia sono sempre più diffuse le collaborazioni tra pediatri, neonatologi e psicologi al fine di affrontare la complessità della nascita prematura non solo dal punto di vista fisico, ma anche da quello psicologico e relazionale. La nascita pretermine, infatti, è un'esperienza che riguarda non solo la sopravvivenza e la salute del neonato, ma che influenza anche l'interazione e l'attaccamento familiare, sia per gli aspetti concreti inerenti alla carenza di rapporto precoce, sia per gli aspetti fantasmatici che pervadono tali relazioni (Imbasciati et al., 2007). La cura del bambino è quindi sempre più orientata verso una considerazione complessiva del paziente e della sua famiglia (Soubieux et al., 2007).

Le ricerche evidenziano che, fin dall'inizio del ricovero ospedaliero del bambino, il sostegno psicologico ai genitori, l'assistenza neonatale e il monitoraggio psicofisico del piccolo prematuro nel tempo (attraverso follow-up prolungati), permettono una prevenzione precoce delle situazioni di rischio, favorendo lo sviluppo della relazione di attaccamento tra genitori e figlio pretermine e riducendo la possibile manifestazione di difficoltà affettive e relazionali e di problemi di sviluppo e psicopatologia nel bambino (disturbi del comportamento alimentare, del sonno, del linguaggio, dell'attenzione e dell'educazione sfinteriale).

In Italia, attualmente, le offerte di supporto psicologico all'interno delle UOTIN sono organizzate in modo molto differente. Secondo l'Audit Perinatale dell'Emilia Romagna (Baroncini, 2010), nell'area del "Supporto psicologico – individuazione delle criticità, modalità di intervento e priorità" emerge che solo il 64% delle 11 UOTIN e Neonatologia si avvale della collaborazione dello psicologo. I servizi di