

PSICOLOGIA CLINICA PERINATALE

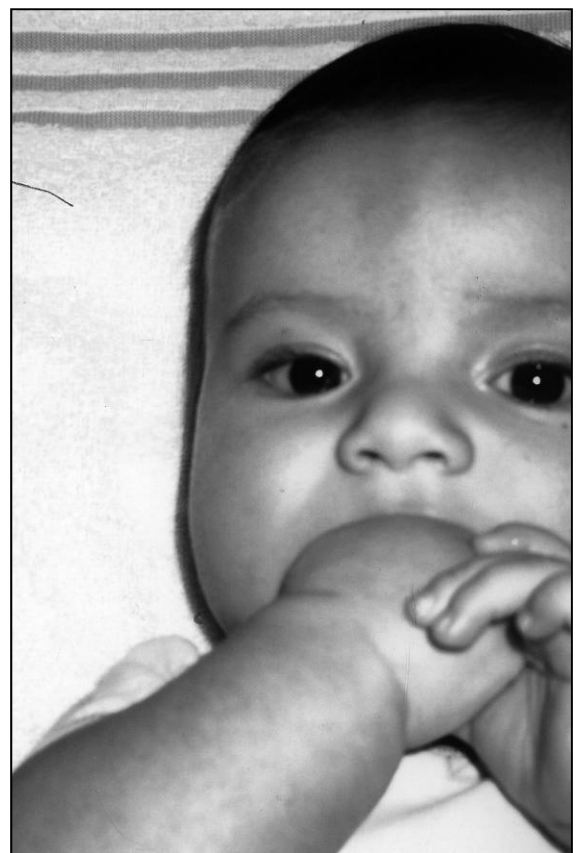
nei difficili percorsi della filiazione pretermine

Loredana Cena, Antonio Imbasciati (*)

IL “VIAGGIO” VERSO LA GENITORIALITA’

La Psicologia Clinica Perinatale si occupa in specifico della perinatalità psichica e delle problematiche connesse e sottese alle vicissitudini del progetto gestazionale e genitoriale della donna e della coppia, a partire dagli albori del desiderio di maternità e paternità, durante la nascita e fino al secondo anno di vita del bimbo stesso (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007). Il periodo della vita della donna e della coppia indicato come perinatalità fisiologica (gravidanza, parto, puerperio) è caratterizzato da una sottostante processualità psichica che si struttura progressivamente nella mente di ogni membro della coppia durante il periodo della gestazione, ma anche già da prima, a partire dalla progettualità generativa che aveva motivato consapevolmente o inconsapevolmente il desiderio di un figlio.

La perinatalità psichica è un periodo in cui avviene la rielaborazione delle problematiche relative alla propria identità e si delinea come un ritorno alla genesi del proprio sviluppo mentale con le vicissitudini e i conflitti che ne hanno accompagnato l’iter evolutivo. In particolare nella donna si intensifica la capacità di entrare in contatto col proprio mondo interiore e i propri vissuti relativi al passato attraverso quella che la Bydlowski definisce come un’esperienza di trasparenza psichica (1997). Il progetto di filiazione della coppia è caratterizzato dal riemergere nella psiche di rappresentazioni riferite sia all’essere genitore, con una identificazione alla genitorialità dei propri genitori e un coinvolgimento affettivo ed emotivo nei loro confronti, sia contemporaneamente con una identificazione al bimbo desiderato o generato, e al riemergere di rappresentazioni relative a se stessi come bambini. I processi psichici sottesi alla filiazione sono costituiti dai vissuti intrapsichici dei futuri genitori ma sono anche collegati al contesto sociale e culturale. La perinatalità psichica viene a collocarsi in una prospettiva ampia che implica aspetti intrapsichici, interpersonali, relazionali e transgenerazionali. Essa fa parte di quel complesso quadro della transizione alla genitorialità. I recenti mutamenti sociali e culturali hanno consentito la diffusione di nuove strutture familiari e modalità diversificate di assunzione del ruolo genitoriale, attraverso sempre più articolati percorsi della filiazione (procreazione medicalmente assistita, prematurità etc.) e gli aspetti connessi alla perinatalità psichica possono implicare dunque processi sempre più complessi.



I vari percorsi della filiazione sono costituiti dalla riedizione e dal trasferimento dei contenuti e dalle modalità di funzionamento psichico che si demandano e si riattivano per via transgenerazionale (Zurlo, 2009): ciò che ogni membro della coppia genitoriale ha ricevuto dai propri genitori verrà ritrasmesso a sua volta ai propri figli, con tutto il lavoro emotivo che tale processo psichico comporta nel passaggio da una generazione ad un'altra. Attraverso i legami della filiazione vengono trasmessi aspetti culturali condivisi dal gruppo di appartenenza su cui si strutturano i processi individuali di identità: in ogni cultura è rilevabile un codice corporeo implicito con cui vengono regolate le modalità di accudimento dei figli, di regolazione emotiva, di comunicazione. (Zurlo, 2009): queste dimensioni implicite comuni e condivise regolano ciò che viene trasferito mediante i legami della filiazione, e costituiscono una base comune condivisa dal proprio gruppo sociale da cui prendono origine i processi di individuazione e di costruzione delle identità individuali.

A partire dalla famiglia, primo nucleo sociale, la cultura è tramandata nell'ambito delle relazioni primarie, delle interazioni con la madre e i genitori, in primis.

Le funzioni psichiche individuali sono pertanto influenzate dalle dimensioni implicite comuni e condivise dal proprio gruppo sociale. Si prospetta come un circuito in cui le modalità culturali, caratterizzate da regole, valori, riti, norme, credenze influenzano l'individualità che, a sua volta, li rielabora e li rappresenta attraverso i propri vissuti personali (Zurlo, 2009).

La vita psichica evolve entro contesti intersoggettivi, familiari, transgenerazionali e sociali e lo sviluppo psichico individuale si struttura entro una rete di "appoggi" e "sostegni multipli" (Kaes, 1982) Tale modalità di supporto è stata descritta con modalità diverse da autori secondo più vertici teorici di riferimento: in psicoanalisi viene descritta come contenimento (Winnicott, 1965) o rêverie (Bion, 1962); secondo la psicologia dello sviluppo viene indicata come supporto, impalcatura o scaffolding (Bruner, 1976), oppure come spazio in cui l'altro, il sociale, può partecipare ai processi elaborativi individuali per supportarne i processi trasformativi, all'interno di quella zona definita "sviluppo prossimale" di un individuo (Vygotskij, 1990). Le diverse teorie concordano nel ritenere, seppure con vertici diversi di comprensione, e intenti pedagogici o clinici, che la funzione di questi sostegni non sia solo supportiva, bensì trasformativa in quanto essi sono operanti entro l'intersoggettività.

In particolare in relazione ai processi relativi alla perinatalità psichica, ci interessa rilevare il concetto di "sostegni multipli" di Kaes in cui si fa riferimento a tre ordini di esperienze che strutturano l'individuo: la prima è riferita alla esperienza soggettiva corporea, che alimenta la vita psichica; un secondo ordine di esperienze strutturanti sono quelle relazionali, attraverso le modalità di funzionamento psichico materno; un terzo ordine di esperienze si riferisce al più vasto sostegno che proviene dal sociale. Questa concettualizzazione di Kaes può essere funzionale per riflettere sui complessi processi che caratterizzano la filiazione (Zurlo, 2009): in primo luogo le funzioni strutturanti l'identità dell'individuo, nell'ambito della perinatalità psichica, si costruiscono a partire dalle esperienze corporee, comprese quelle relative alla propria sessualità maschile e femminile; l'altro ordine di esperienze è riferito a quelle relazionali, in particolare alle esperienze di accudimento fisico e psicologico ricevute dalla propria madre e dai propri genitori e un terzo ordine di esperienze è riferito al coinvolgimento del sociale. Il coinvolgimento del sociale comporta che attraverso il riconoscimento della collettività alle necessità del singolo, della coppia e della famiglia vengano forniti sostegni attraverso le istituzioni e le organizzazioni sociali che intervengono a supporto delle funzioni generative e genitoriali mediante figure professionali come medici, neonatologi, pediatri ma anche di specialisti, come neuropsichiatri infantili, psicologi clinici della perinatalità, ostetriche, infermieri, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione funzionale, operatori sanitari e tutto il personale specializzato che si occupa della perinatalità nei reparti ospedalieri e nei servizi consultoriali e sociali.

La psiche individuale si sviluppa su una molteplicità di sostegni: fornire un sostegno alle formazioni culturali sociali (istituzioni, associazioni sociali) implica influenzare lo psichismo individuale e questo si integra a sua volta con gli altri sostegni intrapsichici del soggetto. L'elaborazione delle esperienze personali, è regolata dalle relazioni interpersonali consapevoli e inconsapevoli e i processi di identità individuale si strutturano a partire dai processi di identificazione

con l'altro e dalle rappresentazioni trasmesse per via trans generazionale, che costituiscono la base della individualità del soggetto e consentono una continuità di trasferimento dei contenuti, dei significati, degli ideali, delle credenze e dei processi psichici del gruppo familiare e sociale. La funzione del figlio e la sua collocazione entro il contesto transgenerazionale viene definita dal gruppo sociale a cui esso appartiene, che in tal modo si assicura della continuità di quella che si potrebbe definire la propria eredità psichica, che si tramanda e rimane attiva nella psiche individuale.

I processi psichici della perinatalità vanno collocati entro il contesto più ampio della genitorialità. Il processo che conduce alla genitorialità psichica viene riconosciuto come un momento critico nel ciclo di vita dell'individuo, collegato ad un intenso lavoro di ristrutturazione emotiva ed affettiva. Le dimensioni psichiche che sono presenti nei normali percorsi della filiazione, rivolti alla costruzione della genitorialità, comportano movimenti dinamici paragonabili ad un viaggio: alcuni autori (Darchis,2009) descrivono con questa metafora il processo di esplorazione e rielaborazione emotivo-affettiva entro cui si avventura la coppia, la donna e il suo partner, quando si apprestano a diventare genitori. Si fa riferimento alla coppia, perché nei percorsi della generatività fisiologica un bimbo viene generato da un padre e da una madre: una coppia di genitori. La metafora del viaggio bene si appresta a rappresentare i processi della perinatalità psichica in cui avvengono processi di riorganizzazione psichica dell'identità individuale, maschile e femminile, di coppia e transgenerazionale. Il viaggio metaforico che la coppia genitoriale intraprende implica due diversi percorsi di esplorazione: andata e ritorno all'interno di se stessi. Questi processi esplorativi sono caratterizzati da una doppia identificazione. Il viaggio comporta una proiezione verso il futuro e contemporaneamente un ritorno al passato. Sempre tenendo presente il modello dei "sostegni multipli" dello psichismo (Kaes,1982), nel primo processo identificatorio inteso come orientato verso il futuro ogni membro della coppia genitoriale si appoggia ai sostegni multipli su cui ha costruito la propria identità personale per farne una base di supporto e sostenere l'identità del bambino: i movimenti sono costituiti da una identificazione della madre con sé stessa bambina, che le consente una identificazione con il bimbo che ha in gestazione; analogamente il padre affonda le radici nel contenitore psichico del suo gruppo familiare per poter rivolgersi al futuro. Se questa rete è stata sufficientemente adeguata a sorreggere, attraverso la sue maglie relazionali, la coppia genitoriale, questa potrà avere quella sufficiente sicurezza per rivolgersi al futuro, e costituire a sua volta un nuovo contenitore psichico familiare. Attraverso un avvicinamento e una differenziazione dal contenitore psichico della propria famiglia i nuovi genitori potranno strutturare un nuovo contenitore psichico per il loro bimbo e collocare anche all'interno se stessi, come genitori.

Nel secondo movimento identificatorio, nel viaggio metaforico di ritorno al passato, i due membri della coppia genitoriale hanno necessità di ritrovare i propri genitori, quelli reali e quelli delle proprie rappresentazioni interiori, avvicinandosi ad essi per prendere poi da questi le giuste distanze e costruire una propria identità genitoriale. In questo processo di trasformazione identitaria (Darchis, 2009) la riorganizzazione psichica consente l'accesso a nuovi ruoli: di se stessi come genitori, dei propri genitori come nonni e del bimbo come figlio. Il genitore nasce contemporaneamente al proprio figlio. Questo viaggio verso il passato per ritrovare il "terreno psichico" delle proprie origini identitarie comporta però anche dover riaffrontare antiche conflittualità sopite, sofferenze dovute a traumi o lutti irrisolti e così il rincontrarsi con la propria infanzia e i propri genitori può risultare molto doloroso, talmente che il viaggio può risultare addirittura impossibile da iniziare o non giungere mai a termine, e l'assunzione del nuovo ruolo genitoriale non può venire intrapresa. Possono presentarsi ostacoli psichici inconsapevoli alla generatività, sia attraverso modalità di evitamento che si manifestano con interruzioni volontarie o patologiche della gravidanza e/o infertilità psicogene, sia, dopo la nascita del figlio, attraverso difficoltà relazionali e di accudimento del bimbo, con una trasmissione transgenerazionale dei traumi irrisolti. Ci possono essere profonde lacerazioni nei percorsi della filiazione che spesso impediscono la transizione alla genitorialità, paralizzandone il processo evolutivo.

LA GENITORIALITA' PRETERMINE

Nella nascita pretermine il viaggio verso la genitorialità, intrapreso dai genitori, viene bruscamente interrotto: una nascita prematura spesso implica una genitorialità prematura. Un buon incontro genitore-bambino è reso possibile da un compiuto viaggio dei futuri genitori nel proprio passato infantile, percorso che serve a rielaborare le identificazioni durante la gravidanza: con una nascita prematura il genitore può non essere ancora sufficientemente pronto a questo incontro. La ricerca della identità genitoriale viene descritta dalla Darchis con la metafora dell'odissea che deve intraprendere un genitore per poter diventare tale: la Darchis individua come complesso di Telemaco (Darchis, 2009) il processo che struttura la psiche del futuro genitore, in cui egli deve riuscire a recuperare le sue radici per legarsi ad esse, al fine di separarsene meglio. Nell'Odissea di Omero il figlio Telemaco parte all'avventura per conoscere il destino di suo padre e poter a sua volta crescere.

I due movimenti identificatori verso se stesso come bambino, per riconoscere il proprio bambino e verso i propri genitori per costruire la propria identità di genitore, possono non giungere a buon fine, quando la nascita è pretermine e causa di un trauma o un forte stress, con uno sconvolgimento emotivo nei genitori: il viaggio allora può interrompersi o bloccarsi.

La costruzione del primo legame con il bimbo inizia già prima della nascita, durante la gestazione (Brazelton, Cramer, 1991); recenti esplorazioni cliniche hanno messo in evidenza come alla nascita progressivamente esso attraversi tre stadi integrativi: il primo stadio è quello del primo incontro in cui deve avvenire l'"adozione" del proprio bambino da parte dei genitori; il genitore compie un processo integrativo tra la propria identità di padre e madre e quella del figlio. Un secondo processo integrativo in questo primo stadio è quello tra la rappresentazione del proprio bambino immaginario, il bimbo della notte (Vegetti, 1995), con il bimbo reale. Nella nascita prematura spesso il bimbo reale è ancora un estraneo, e inoltre può suscitare terrore, nel genitore che non lo riconosce, e che può percepirlo come un oggetto persecutore mostruoso (Darchis, 2009). Il genitore pensa che "quello lì" non può essere il suo bambino: il viaggio verso il passato alla ricerca di una identificazione con se stessi bambini non ha funzionato. Il genitore non riesce a ritrovare nel passato se stesso, per poter riconoscere il suo bambino. Così pure non riesce a identificarsi con il proprio genitore, che invece non lo ha generato in modo immaturo. Antichi traumi irrisolti nell'ambito della propria storia o provenienti per via transgenerazionale possono inoltre venire riattivati da questa nuova esperienza traumatica. Nei casi più dolorosi, può avvenire anche un'esplosione dell'identità del genitore (psicosi puerperali): il legame della filiazione non riesce a instaurarsi.

Un'altra eventualità, che potrebbe verificarsi sempre nel primo stadio, è che il legame di filiazione si possa instaurare secondo modalità fusionali: il genitore non riconosce l'esistenza separata del bambino, le sue parti infantili trovano espressione diretta nel neonato stesso. Attraverso processi di identificazione proiettiva egli cura e protegge parti sofferenti del proprio sé, nel bimbo immaturo. Si occupa del bimbo allora molto rapidamente ma in modo molto apprensivo ed esagerato, spesso non lasciando spazio all'altro genitore. Solo attraverso un sostegno terapeutico il genitore può venire aiutato a costruire la sua genitorialità, secondo quelle che sono le esigenze del bimbo reale, e in modo adeguato intraprendere o concludere la propria odissea.

Quando l'"adozione" del bimbo si è realizzata, il genitore può accedere al secondo stadio e funzionare secondo modalità inerenti il suo nuovo ruolo, attraverso l'accudimento del bimbo. Questo implica che nella madre deve subentrare quella esperienza interiore descritta da Winnicott come "preoccupazione materna primaria" (1956), che le potrà permettere di essere una "madre sufficientemente buona" (1987). La funzione paterna è un indispensabile sostegno in questo processo. Le difficoltà riscontrate più frequentemente possono essere dovute a proiezioni troppo massicce, per cui il genitore non riesce a viverci in una immagine di sé sufficientemente buona, malgrado le difficoltà occorse: resta così nell'illusione di poter soddisfare in modo onnipotente tutte le esigenze del bimbo e potrà allora adottare modalità maniacali di funzionamento mentale.

Il bimbo pretermine che non può essere accudito secondo gli ideali diventa così il nemico che ostacola la realizzazione dei desideri genitoriali onnipotenti.

Un'altra modalità di funzionamento mentale può essere invece di tipo depressivo: il genitore durante il processo di disillusione tra la rappresentazione del bimbo immaginario e quello che col pretermine gli si è presentato reale, viene sopraffatto. Sente di non essere stato sufficientemente adeguato e vive se stesso come un cattivo genitore: un genitore che ha generato un bimbo imperfetto. Insicurezze nei propri movimenti identificatori con una perdita delle rappresentazioni genitoriali positive possono condurre a effetti depressivi. La prematurità in questi casi rafforza il sentimento di inefficacia del genitore. Il padre allora può diventare un sostegno molto valido e contribuire alla prevenzione di una depressione materna, oppure colludere con questo sentimento materno di inadeguatezza e intensificarlo. La relazione genitore-bambino sarà a rischio di maltrattamenti o abbandoni.

Un buon funzionamento può invece sopraggiungere quando la madre, superati i sentimenti di inadeguatezza, si adatta al bimbo, abbandonando le sue rappresentazioni del bimbo immaginario e della madre perfetta: l'accudimento e la soddisfazione dei bisogni reali del bimbo rinforzano allora le sue capacità genitoriali, di contenimento e di rêverie (Bion, 1962). In questo caso anche il padre ha svolto una funzione rassicurante e ha sostenuto la funzione di madre sufficientemente buona, consentendo la costruzione di un legame che si potrà consolidare in un legame di attaccamento, via via con la crescita e lo sviluppo del bimbo. Per il bimbo pretermine questa situazione non può che verificarsi in genere con il ritorno a casa dopo l'ospedalizzazione.

Nei percorsi alla filiazione che presentano maggiori complessità, come una nascita prematura, se i processi identificatori genitoriali non si sono adeguatamente conclusi o si sono bloccati, il legame genitore-bambino si può costruire nella confusione delle storie passate e strutturarsi con modalità patologiche di ripetizione di antichi traumi trans generazionali. La non differenziazione tra genitore e bambino sollecita meccanismi di identificazione proiettiva e non consente una adeguata sintonizzazione con i reali bisogni del bimbo. Il bimbo è imprigionato dai fantasmi dei genitori: i fantasmi nella camera dei bambini (Fraiberg et al., 1975). La funzione genitoriale allora non è contenitiva dei reali bisogni fisici ed emotivi del bambino, ma sono i genitori ad aver bisogno loro stessi di un contenimento per poter nascere nel loro ruolo come genitori.

Attraverso un supporto terapeutico il procedere delle tappe evolutive della perinatalità psichica potrà avvenire con modalità e ritmi diversi a seconda della dinamica di funzionamento mentale genitoriale. Lo spazio della terapia ha secondo la Darchis (2009) funzione di matrice contenitiva entro cui possono essere rivissute e rielaborate le emozioni e le identificazioni primitive. Il terapeuta-contenitore consente al genitore uno spazio per riappropriarsi degli eventi traumatici, senza restarne annientato, consentendogli di ripensare ai vissuti e alle esperienze del passato, riconciliandosi con le antiche figure genitoriali ma prendendo da esse le dovute distanze e differenziandosi: solo allora il viaggio di ritorno potrà concludersi. Il legame genitore-bambino può instaurarsi quando il complesso di Telemaco si risolve e l'odissea dei genitori termina.

In questa odissea lo psicologo clinico della perinatalità può offrire un approdo, con la sua professionalità, sul versante di tre sostegni multipli: intervento clinico a supporto alla perinatalità-genitorialità psichica e alla relazione genitore-bambino (Imbasciati, Cena, Baldoni, 2010), intervento per la formazione degli operatori e la ricerca (Grasso, 2009). La formazione si struttura come sostegno rivolto agli operatori che intervengono nelle reti più complesse della perinatalità: è indispensabile che la formazione sia estesa a tutte le figure professionali coinvolte nella cura e che si prendono dunque cura del bimbo e della sua famiglia. Per raggiungere tale scopo è indispensabile promuovere una formazione integrata dell'equipe con modalità in cui ognuno, nell'ambito delle sue specifiche professionalità e competenze, possa farsi carico delle proprie responsabilità, condividendole, per sostenere il complesso lavoro emotivo che ne deriva. La ricerca è invece l'ambito che consente di verificare le intuizioni cliniche e di sperimentare modelli operativi, correlando i risultati con gli studi internazionali per un confronto scientifico.

SEMPRE PIU' PREMATURI?

Nei difficili percorsi della filiazione pretermine il progresso tecnologico ha permesso di tenere in vita i neonati prematuri che fino a qualche decade addietro non sarebbero sopravvissuti. Una volta, un neonato prima del 7° mese o con un peso inferiore ai 1500 grammi difficilmente poteva essere salvato. Il bambino in queste condizioni deve trascorrere molte settimane in terapia intensiva: questo comporta che non può usufruire delle sensorialità di un contatto materno, quale avvengono per un neonato normale.

Le neuroscienze hanno confermato come queste sensorialità siano veicolo essenziale della maturazione neurologica (Schore, 1994, 2003, 2008). Gli studi di Psicologia Clinica Perinatale e in particolare le ricerche sperimentali sull'attaccamento hanno dimostrato come la maturazione cerebrale, che fino a poco tempo fa si riteneva dovuta al codice genetico, dipende invece dall'apprendimento, da parte delle reti neurali del feto e del neonato, dei messaggi veicolati dalle sensorialità del contatto materno (Imbasciati, Cena, 2010). Il contatto diretto col bimbo è pertanto essenziale per garantirgli un'ottimalità di quei silenti apprendimenti elementari che fanno maturare la predisposizione funzionale delle sue reti neurali e favoriscono lo sviluppo neurocomportamentale.

Nei reparti di terapia intensiva neonatale, compatibilmente con le problematiche mediche, si promuove il contatto fisico col bimbo attraverso la CARE (Als, 1986) del personale e dei genitori. I genitori sono chiamati ad essere partecipi direttamente di questo processo indispensabile per la crescita psicofisica del loro bimbo, soprattutto per ricostruire quella relazione intima avviata in gravidanza e interrotta dalla nascita prematura. La separazione dal proprio bimbo, cui devono sottostare i genitori può comportare spesso stati di stress che possono compromettere una buona relazione primaria genitore-bambino (Muller-Nix Ansermet, 2009) e uno sconvolgimento del loro assetto emotivo, che le ricerche hanno dimostrato essere essenziale e adeguato per garantire al bimbo un'ottimalità di quei silenti apprendimenti elementari che fanno maturare la predisposizione funzionale delle sue reti neurali (Imbasciati, Cena, 2010). Sia i cambiamenti della struttura emotiva dei genitori (oggi sempre più si studiano le funzioni del cervello emotivo: Goleman, 1997; Shore, 1994, 2003, 2008) sia i deficit della relazione possono sfuggire all'osservazione comune, e spesso sono sottovalutati nella cultura specialistica sanitaria.

Ricerche di Psicologia Clinica Perinatale e la sperimentazione sull'attaccamento hanno rilevato che è la qualità della relazione genitore-bambino la principale responsabile di ogni successivo sviluppo psichico e psicosomatico del bambino. Gli attuali studi psicologici internazionali convergono, infatti, nel focalizzare l'attenzione su aspetti delle prime interazioni emotivo-affettive dei genitori con il bimbo pretermine (Muller-Nix, Ansermet et al., 2009). Le prime relazioni attraverso la mediazione dei veicoli della comunicazione non verbale, sensoriale, tattile, della voce, dell'odore che la vicinanza fisica comporta condizionano la strutturazione neurale e lo sviluppo psicofisico del bimbo. Da più studi viene rilevato che le stesse cure mediche specialistiche, per le diverse patologie, potranno avere un esito più o meno positivo a seconda della qualità delle interazioni dalle quali sono accompagnate e mediate: queste possono essere favorevoli e facilitanti o addirittura ostacolanti le cure stesse, a seconda della modalità con cui ci si "prende cura" del pretermine e della qualità degli aspetti affettivo emotivi veicolati dalle prime interazioni.

Se la nascita pretermine è indicata come un fattore di rischio per uno sviluppo adeguato; per contro un'interazione positiva nelle prime relazioni madre-bambino-padre e pretermine-caregivers assume valenze altamente protettive per i rischi dello sviluppo (Coppola, Cassibba, 2004).

La ricerca internazionale concorda che tra i fattori di supporto alla relazione genitore-bambino durante il ricovero ospedaliero siano utili prevalentemente: un sostegno ai genitori, attraverso informazioni relative alle esigenze di accudimento del piccolo, il contatto fisico-emotivo della CARE e un supporto che il personale medico-infermieristico, psicologi in particolare, e altri genitori che hanno già avuto esperienze simili possono dare ai genitori del pretermine (Caplan, Mason, Kaplan, 2000).

In ambito sanitario specialistico, per tutte le complicità di sopravvivenza, di crescita e dello sviluppo neurocomportamentale devono essere fornite non solo le competenze delle cure mediche, del neonatologo, del neuropsichiatra infantile, ma anche di altri specialisti come lo psicologo clinico, nonché di tutto il personale infermieristico e sanitario. Lo psicologo clinico deve d'altronde essere esperto nella perinatalità, perché, in sinergia con gli altri sia in grado di fornire quei “sostegni multipli” del sociale, alla perinatalità psichica (Kaes, 1982; Zurlo, 2009). I dati delle ricerche riportano che in generale gli interventi individualizzati di psicologia clinica perinatale ai genitori durante l'ospedalizzazione neonatale e la transizione a casa come prevenzione, sostegno o terapia (Dudek-Schriber, 2004; Muller Nix, Ansermet et al., 2009) aumentano i fattori di protezione alla vulnerabilità neonatale.

Gli studi internazionali suggeriscono dunque di incrementare, insieme ad altri servizi del sociale, la cura del parenting primario: parafrasando il grande pediatra e psicoanalista Donald Winnicott, non esiste un neonato pretermine, ma un neonato pretermine e i suoi genitori. L'unità genitori- pretermine è fondamentale per garantire al meglio lo sviluppo neuro psichico ai futuri individui. Il problema sociale si impone, visto che le moderne tecnologie, sempre più perfezionate, permetteranno di salvare alla vita un sempre maggior numero di pretermine: per questi occorrerà però anche favorire una appropriata assistenza perché possano avere una loro futura adeguata vera vita (Imbasciati, Pecorelli, Cena et. al., 2009) e non una semplice sopravvivenza.



BIBLIOGRAFIA

- 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, 3/4, 3-55.
- Ansermet F., Moessinger A., Muller-Nix C., Pierrehumbert B., Borghini A., Forcada-Guex M., Dettling A., Jaunin L. (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.
- Bion W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972.
- Brazelton T.B., Cramer B. (1991). *Il primo legame*, Frassinelli.
- Bruner J.S., Ross G., Wood D.(1976) The role of tutoring in problem solving, in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 17, Pergamon Press.
- Bydlowski M. (1997) *La dette de vie*. Presses Universitaires de France.
- Caplan G., Mason E., Kaplan D.M. (2000) Four studies of crisis in parents of prematures. *Comm Ment Health J*, 36, 1, 25-45.
- Coppola G., Cassibba R. (2004) *La Prematurità*. Carocci, Roma.
- Darchis E. (2009) L'instaurazione della genitorialità e le sue vicissitudini, In: Zurlo M.C (a cura di) *Percorsi della filiazione*, Franco Angeli, Milano.
- 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, 5, 509-520
- Fraiberg S.H., Adelson E., Shapiro V. (1975). "I fantasmi nella stanza dei bambini. Un approccio psicoanalitico ai problemi posti da relazioni disturbate madre-bambino". Tr. it. In: Fraiberg S., *Il sostegno allo sviluppo*. Cortina, Milano, 1999, 179-216.
- Goleman D. (1997) *Intelligenza emotiva*. Rizzoli.
- Grasso M., Cordella B., Pennella A. (2003) *L'intervento in psicologia clinica*. Carocci, Roma.
- Imbasciati A., Cena L. (2010) *I bambini e i loro caregivers. Metodi e strumenti per l'osservazione clinica della relazione e per l'intervento*. Borla, Roma.
- Imbasciati A., Cena L., Baldoni F. (2010) *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile a nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. Spriger.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007) *Psicologia Clinica Perinatale*. Piccin, Padova.
- Imbasciati A., Pecorelli S., Cena L., LoJacono A., Chirico G., Angeli A., Gasparoni A., Zerbi F., Tralli N. (2009) *Bimbi pretermine...nati per vivere*. *Nascere*, 108, 21-25.
- Kaes R. (1982). Il sostenimento gruppale dello psichismo individuale: alcune conseguenze teoriche riguardo i concetti di individuo e di gruppo. *Quaderni di Psicoterapia di Gruppo*, 1, 57-73.
- Müller-Nix C., Ansermet F. (2009) Prematurity, risk and protective factors. In: C Zeanah, *Handbook of Infant Mental Health*, Guilford Press, New York.
- Schore A.N. (1994) *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Schore A.N. (2003) *Affect dysregulation and disorder of the self*. WW Norton, New York.
- Schore A.N. (2008) *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Astrolabio, Roma.
- Vegetti Finzi S. (1995). *Il bambino della notte. Divenire donna, divenire madre*. Mondadori, Milano.
- Winnicott D.W. (1956) La preoccupazione materna primaria. In: DW Winnicott (1958), *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Tr.it. Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1987) *I bambini e le loro madri*. Cortina, Milano.
- Winnicott D.W. (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 1970
- Vygotskij L. (1990) *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche*, Roma -Bari, Laterza, 1990.
- Zurlo M.C. (2009) *Percorsi della filiazione*, Franco Angeli, Milano.