

Collana diretta da M. Cesa-Bianchi

PSICOLOGIA

Le persone si avvicinano e chiedono un trattamento psicoterapeutico per stare meglio, per ripristinare una condizione di benessere, di equilibrio, di attivo adattamento.

Il lavoro terapeutico si sviluppa in ambito relazionale fra un individuo - il terapeuta - ed un altro - il paziente - e si basa essenzialmente sul cambiamento, diverso per ognuno. Le persone esprimono un disagio e spesso non ne conoscono i motivi, ma ciò che soffrono è connesso al loro mondo interiore, ai loro pensieri e sentimenti, non sempre consapevoli.

Modificare un'opinione, un atteggiamento, un comportamento, un aspetto della personalità, del proprio modo di essere, di rapportarsi con gli altri è un compito difficile; ne sono abitualmente interessate le esperienze e le memorie precoci. Come è possibile cambiare qualcosa di sé, di profondo, che da sempre caratterizza la nostra vita e identità, le nostre relazioni più significative, fin dall'inizio?

La psicoterapia - fondata sull'interazione fra terapeuta e paziente - è uno degli strumenti che può consentire un cambiamento importante, promuovere una maggiore consapevolezza di sé, delle proprie forze e fragilità, del proprio modo di funzionare e di vivere, aiutare ad affrontare meglio l'avventura esistenziale, in termini di sicurezza, coraggio, strategie cognitive, controllo e resilienza emotiva, curiosità.

Le recenti ricerche in psicoterapia e nelle neuroscienze ci hanno dimostrato come si modificano attraverso l'esperienza le funzioni e le strutture della mente e del cervello. I cambiamenti riguardano la coppia terapeutica, avvengono tramite l'interazione, coinvolgono paziente e terapeuta, la loro particolare, unica vicenda intersoggettiva.

La relazione, il processo e i cambiamenti terapeutici sono affrontati, in questo volume, da vari punti di vista, teorici ed applicativi in una prospettiva rispettosa della pluridisciplinarietà.

Il testo può essere utile ai professionisti della salute emotiva, a chi ritiene che la "verità psicoterapeutica" si debba ogni volta scoprire e riscrivere dentro le pieghe, la storia, la dignità, l'essenza dell'animo di un paziente e forse prima di un terapeuta o insieme.

Carlo Cristini, insegna Psicologia Generale presso la Facoltà Medica dell'Università di Brescia; è autore di numerosi volumi e articoli in vari settori della psicologia.

 **FrancoAngeli**
La passione per le conoscenze

ISBN 978-88-204-0432-1

9 " 788820 " 404321 "

€ 32,00 (U)

Collana diretta da M. Cesa-Bianchi

Il cambiamento psicoterapeutico

A cura di Carlo Cristini

Prefazione di Marcello Cesa-Bianchi

FrancoAngeli
PSICOLOGIA

11. I bambini e i loro genitori nei complessi scenari della consultazione e degli interventi psicoterapeutici

di Loredana Cena

La prospettiva psicosomatica nelle psicopatologie della prima infanzia

L'importanza della relazione tra il bambino e i suoi genitori per lo sviluppo della psiche infantile è stato evidenziato sin dagli inizi del secolo scorso nel pensiero psicoanalitico (Ferenczi 1929), con chiari riferimenti alle necessità del neonato di essere al centro dell'investimento affettivo dei suoi genitori e di sentire la propria nascita desiderata. Le prime psicoanaliste infantili iniziarono ad analizzare i bambini, la prima fu Melanie Klein (1932, 1952), che si focalizzò sulle funzioni mentali operanti nei primi due anni di vita. Renè Spitz (1946) diede l'avvio agli studi dell'osservazione diretta della patologia somatica del lattante a seguito di stati di abbandono della madre, o di inadeguatezza di una relazione stabile e continuativa con un caregiver, affrontando in una prospettiva psicoanalitica aspetti che dagli anni Cinquanta in poi saranno meglio evidenziati negli studi in cui il neonato e la sua relazione con la madre sono posti al centro dell'osservazione. Con la metodologia dell'infant-observation, messa a punto dalla Bick (1964) e dalla Harris (1980), possiamo avere le prime prove di funzioni mentali operanti già nel neonato in interazione con la propria madre.

A partire dagli anni Cinquanta la psicoanalisi infantile (Winnicott 1958; 1965; Mahler *et al.* 1975) ha posto come elemento centrale la qualità delle prime relazioni e dell'ambiente affettivo in cui ha luogo la crescita psicologica del bambino. La teoria dell'attaccamento (Bowlby 1969) con gli studi delle primissime interazioni neonato-caregiver, hanno fornito poi evidenze sperimentali di come la psiche infantile si strutturi e si modelli nelle relazioni affettive di base del bambino.

Bion (1962) nei suoi studi clinici di analisi degli adulti ha proposto il concetto di *rêverie*, definito come uno "stato sognante" necessario all'analista, paragonabile a quello della madre con il proprio bambino. Il genitore, accogliendo i sentimenti del piccolo, può attribuire significato alle sue comunicazioni e ai suoi comportamenti. Attraverso questo processo la madre restituisce al bambino un modo di elaborare adeguatamente la situazione che egli sta vivendo: pertanto la "capacità di *rêverie* insegna al bambino a pensare".

Con Winnicott (1970; 1989) è stato possibile focalizzare meglio l'importanza, per lo sviluppo mentale precoce, dell'influenza della relazione con la figura di ac-

cludimento primaria e rilevare come problematiche nell'ambito di queste prime vicissitudini relazionali, possano sfociare anche in patologie. Quanto più un bimbo è piccolo, neonato, quanto più non esiste un bimbo, ma un "bimbo-con-la-sua-mamma" (Winnicott 1971a). Si sostiene inoltre un'identità biologico-psichico-somatica: la matrice somato-psichica primitiva prenderebbe forma dalla "funzione" della madre, sufficientemente buona, nei casi favorevoli, e dall'ambiente facilitante (Bertolini, Giannakoulas, Hernandez 2003).

Stern (1971, 1985, 1987) porta un cambiamento di prospettiva metodologica nell'osservazione del neonato: l'interazione diventa l'oggetto di osservazione e di ricerca, e questo ha condotto alla rilevazione che i disturbi principali del lattante sono patologie delle interazioni, a rischio di somatizzazione per il neonato.

In ambito perinatale gli studi di Kreisler (1981), a partire da quelli di Spitz e di Winnicott hanno considerato le psicopatologie del lattante secondo una prospettiva psicosomatica. L'espressione psicosomatica è tanto più evidente quanto più un bimbo è lattante, specialmente nel primo anno di vita: problematiche di regolazione dei ritmi del sonno, alimentazione, infezioni, disturbi intestinali, dermatologici e altri sono espressioni somatiche di disturbi psichici. La disorganizzazione somatica è una rottura dell'equilibrio psicosomatico. Il corpo del neonato va considerato con modalità equivalenti alla scena psichica (Golse 2008): l'attenzione al corpo del bebè è un elemento fondamentale all'interno delle consultazioni terapeutiche perinatali. Non può esistere una psicoanalisi della prima infanzia senza una implicita valutazione della situazione psicofisica del corpo: l'esame del funzionamento corporeo occupa una posizione centrale nella terapia perinatale, né il neonato può essere concepito al di fuori delle sue relazioni (Golse 2008). La clinica del bebè non può essere solo descrittiva: gli aspetti interattivi consentono al clinico di percepire, controtransferalmente i fenomeni psichici in termini di affetti, emozioni, stati, strutture, verso cui possono essere rivolte le strategie terapeutiche.

Nei lattanti l'assetto psicosomatico è mantenuto attraverso il funzionamento interattivo. In un ambiente familiare patogeno i genitori spesso a loro volta vittime di rifiuto o frustrazione da parte dei propri genitori tendono a riprodurre le stesse modalità relazionali nei riguardi del loro bambino, con una ripetizione che diventa transgenerazionale (Lebovic 1989; Imbasciati 2003a, 2003b).

Sentimenti genitoriali ambigui fra il bisogno di inglobare il bambino e la tendenza all'abbandono possono condurre a interazioni dominate da un'alternanza disorganizzante di vuoto relazionale o di eccitamento disordinato (Kreisler 1992). Tra i disturbi comportamentali più frequenti manifestati nel primo semestre di vita può essere evidenziata una povertà di comunicazione e un evitamento dello sguardo, indici semiologici, secondo Kreisler, dell'insufficienza primaria dell'attaccamento (Kreisler 1992). Nel secondo semestre e nel secondo anno le sintomatologie psicosomatiche più frequenti possono implicare la compromissione di molti settori dello sviluppo, come l'espressione psicomotoria, il linguaggio; anche lo schema corporeo può presentare anomalie o gravi difetti. Alla fine del secondo anno, se le patologie relazionali permangono, il quadro clinico può diventare più alterato con una non organizzazione strutturale. Eventi traumatici e

situazioni conflittuali possono portare a una disorganizzazione psicosomatica: l'importanza dell'evento traumatico non dipende solamente dalle sue caratteristiche, ma soprattutto dalla risonanza emotivo-affettiva che elicitata nel soggetto. I processi di somatizzazione costituiscono i meccanismi mentali attraverso cui si ha una rottura psico-affettiva, origine della disorganizzazione psico-somatica (Kreislner 1992). Kreislner evidenzia dunque l'importanza della qualità della primaria relazione genitore-bambino nel determinare lo stato di salute del neonato: il caregiver può non funzionare adeguatamente e non proteggere il bimbo, o non fornirgli un sostegno adeguato, esponendolo a stimolazioni eccessive, oppure non solleccitarlo adeguatamente, oppure ancora esponendolo a una discontinuità che è sfavorevole a un armonico sviluppo.

Kreislner e Cramer (1981) osservando le prime interazioni madre-neonato hanno evidenziato che sin dall'inizio la madre mette in gioco con il suo bimbo i conflitti e le angosce che avevano fondato la sua relazione primaria. Cramer e Stern (1988) attraverso l'uso di videoregistrazioni nel primo anno di vita hanno evidenziato come l'effetto patogeno di vissuti rimossi possano essere agiti dalla madre nell'interazione precoce con il bimbo.

Approcci psicoterapeutici perinatali e cambiamento clinico nei genitori e nei loro bambini

L'insieme degli studi sperimentali sul neonato e la madre con il suo bimbo costituiscono l'area di ricerca dell'Infant Research: in questa area si usano spesso approcci sperimentali e psicoanalitici. L'immagine tradizionale del neonato "passivo" viene sostituita con quella di un "neonato attivo": non solo egli è in grado di elaborare informazioni provenienti dalla realtà esterna (Piaget 1923, 1936), ma anche di creare o mantenere situazioni d'interazione con la madre e/o un'altra figura di accudimento (Stern 1974).

Le attuali ricerche (Sameroff, Emde 1989; Sander 1987; Stern 1985, 1995; Trevarthen 1990; Tronick, Cohn 1989; Beebe, Lachmann 1988) hanno focalizzato l'attenzione sugli scambi emotivi-cognitivi della coppia madre-bambino, sulla sua origine (relativi media comunicazionali), formazione ed evoluzione: è posta all'attenzione la nascita del pensiero dalle prime relazioni affettive, che il neonato stabilisce con la madre o con chi svolge la funzione di caregiver. È l'introiezione di queste esperienze e del "nutrimento" che buoni scambi relazionali solleccitano, a fondare le basi delle future esperienze interattive, comunicative e di pensiero dell'individuo.

Il testo di Sameroff ed Emde (1989) "I disturbi delle relazioni nella prima infanzia" è paradigmatico del mutamento storico avvenuto nel modo di intendere la psicopatologia nella prima infanzia: l'attenzione non viene più rivolta al singolo, ma le relazioni assumono il significato centrale nel lavoro psicoterapeutico. Nuove modalità d'intervento implicano che i disturbi psichici, soprattutto durante l'età evolutiva, non vadano intesi come risultato di un conflitto intrapsichico, ma espres-

sioni sintomatologiche di modelli relazionali disturbati. In questa prospettiva hanno preso vita nuove terapie attraverso nuovi modelli di intervento.

Nella nuova area clinica dell'infanzia si sono sviluppate modalità terapeutiche che pur prendendo origine da teorie tradizionali, sono state modificate in senso relazionale. Anche i vertici teorici comportamentali e cognitivi, così come gli approcci sistemici, hanno adattato modalità e tecniche al contesto clinico relazionale.

La psicoanalisi è stata quella che ha subito maggiori trasformazioni, con il lavoro psicoanalitico di Winnicott (1958), Fraiberg (Fraiberg, Adelson, Shapiro 1975), Lebovici (1983), Stern (1989), Palacio-Espasa e Cramer (1989; Cramer, Palacio-Espasa 1993), attraverso progressive modificazioni delle procedure e del setting tradizionale psicoanalitico fino agli attuali modelli di "consultazione partecipata" (Vallino 2002, 2004, 2009) in cui viene stabilita una collaborazione terapeutica con la madre, il padre e il bambino, nella temporalità del qui e ora della seduta terapeutica; alcuni di questi modelli sono stati da noi descritti più dettagliatamente in precedenti lavori (Imbasciati, Cena 2010; Cena, Imbasciati, Baldoni 2010). La dipendenza del bambino dal contesto e dai suoi genitori rende i trattamenti necessariamente più complessi e articolati e anche il setting classico della psicoanalisi infantile ha modificato la propria struttura: genitori e figli insieme sono attualmente i protagonisti di un lavoro psicoanalitico mediante modalità d'intervento diverse rispetto alla tradizione.

L'origine della psicoanalisi infantile è stata contraddistinta da conflitti tra i diversi orientamenti così come anche lo sviluppo delle applicazioni psicoterapeutiche non ha avuto una altrettanto facile evoluzione. Ogni autore ha sviluppato intuizioni metodologiche che hanno contraddistinto le sue modalità di intervento. La psicoanalisi è stata utilizzata inizialmente durante il periodo di latenza e solo successivamente durante l'infanzia. Melanie Klein per prima ha evidenziato l'importanza della psicoanalisi precoce e ha dimostrato come il gioco del bambino anche molto piccolo possa essere interpretato (1932), anche se l'intervento fu condotto solo sul bambino.

Nelle modalità di intervento adottate nella prima infanzia Winnicott (1971b, 1977) pone il terapeuta come "oggetto transazionale" nella relazione genitore-figlio.

Alla Tavistock Clinic di Londra il processo terapeutico si viene strutturando nel gruppo a cui fanno parte genitori-bebè-terapeuti, che diventano un apparato psichico gruppale: attraverso l'attivazione di un processo di "rêverie" collettivo (Bion 1962) è possibile costituire un contenimento e consentire una trasformazione delle produzioni psichiche del bimbo. L'"oggetto gruppale" diventa contemporaneamente il bimbo, i suoi genitori e i co-terapeuti: il cambiamento è perseguito attraverso colloqui clinici in cui si lasciano emergere i fantasmi dei genitori e le ricostruzioni intorno ai sintomi del bambino.

In Francia e Svizzera (Lebovici, Soulè, Missioner, Cramer, Palacio Espasa) l'intervento breve genitori-bambino viene utilizzato in epoca precoce, nel periodo perinatale ma anche durante tutta l'infanzia. L'intervento breve viene anche definito "consultazione terapeutica", rivolta all'interazione del bambino con i suoi ge-

nitore. Palacio-Espasa e Manzano (1982) considerano "breve" un intervento che non supera le 10 sedute e ha per oggetto la relazione; il termine breve sta di solito a indicare il numero delle sedute che possono avvenire in un tempo relativamente lungo a seconda di come vengono distanziate. Secondo Lebovici (1980) "breve" ha significato di modalità terapeutica, più che di durata: la brevità dell'intervento sarebbe dovuta alla puntualità e incisività con cui vengono elaborati gli interventi.

Palacio-Espasa e Manzano (1982) hanno dato maggiori contributi alla teorizzazione dell'intervento breve: l'azione terapeutica e il cambiamento si fondano sull'elaborazione fantasmatica sollecitata dal transfert, in cui i sintomi del bambino vengono messi in relazione con le rappresentazioni dei genitori. L'azione terapeutica porta al cambiamento quando può essere esplicitata la relazione latente, a livello precosciente, di contenuti non consapevoli o conflitti pregressi, o attuali con i propri genitori o lutti irrisolti: sono questi alcuni dei nuclei tematici più frequenti oggetto di interpretazione.

Il cambiamento si può verificare non solo attraverso le verbalizzazioni dell'interpretazione, ma anche, in alcuni approcci, attraverso l'agire del terapeuta. Gli atteggiamenti adottati nei confronti del bambino possono trasmettere un certo significato che potrà venire integrato dai genitori.

Altri approcci terapeutici a orientamento psicoanalitico in ambito perinatale utilizzano modalità di intervento con tecniche multiple attraverso consultazioni terapeutiche e psicoterapie spesso condotte anche a domicilio. In questi modelli vengono utilizzate per esempio metodologie di intervento terapeutico secondo il vertice teorico di riferimento fornito da Selma Fraiberg (1999). Questa studiosa ha dato spunto a numerose modalità di intervento nelle situazioni di rischio relazionale, entrando nel contesto familiare per supportare funzioni genitoriali carenziali o disturbate, e per "liberare" la relazione con il bambino dai fantasmi del passato familiare (Fraiberg, Adelson, Shapiro 1975). Aspetti transgenerazionali che si tramandano di genitore in figlio attraverso la trasmissione di particolari stili relazionali di attaccamento e specifiche configurazioni fantasmatiche, vengono - secondo la Fraiberg - attivate dalla presenza del bambino, che diviene così "oggetto di transfert" di quegli aspetti infantili non elaborati dei genitori. I lavori di Seligman (1994), di Lieberman e Pawl (1993), proseguono l'attività della Fraiberg, sottolineando il ruolo centrale della relazione terapeutica come paradigma della relazione che si vuol promuovere tra i genitori e il bambino per facilitare il cambiamento.

Secondo invece il vertice teorico a indirizzo comportamentale, proposto da Susane McDounough (McDounough 1992) la tecnica maggiormente utilizzata nei trattamenti dei disturbi precoci è quella della videoregistrazione che consente al terapeuta di evidenziare quegli aspetti dell'interazione che possono attivare processi di cambiamento nel comportamento genitoriale. Questa tecnica non intrusiva consente di trattare bambini con disturbi funzionali e problemi organici, con genitori che manifestano resistenze (McDounough 1989). La valutazione clinica del funzionamento familiare viene in genere effettuata nell'ambiente naturale di sviluppo del bimbo e sono invitati a partecipare tutti i membri della famiglia coinvolti

nelle cure: partecipano almeno due generazioni quella dei genitori e dei nonni. Questi familiari, anche se poi non parteciperanno direttamente al trattamento successivo, potranno comunque supportare i genitori indirettamente: il sostegno sociale viene ritenuto un fattore indispensabile, facilitante i cambiamenti terapeutici nei genitori. I genitori vengono coinvolti attivamente nelle osservazioni dei comportamenti del bimbo durante l'interazione e partecipano alla valutazione dei progressi del trattamento e dei cambiamenti attraverso i filmati che vengono realizzati durante le sedute, in cui vengono commentati i processi di cambiamento che si verificano durante l'evoluzione del trattamento. Questa tecnica consente un feedback di ciò che accade nella relazione: il terapeuta sollecita processi di riflessione e commenti sui vissuti dei genitori mentre vengono sottolineati esempi specifici di comportamento positivo e di competenza genitoriale che possano consentire un cambiamento rispetto alle problematiche identificate; in tal modo avviene la documentazione dei cambiamenti che si manifestano progressivamente durante tutto il trattamento. Se si manifestano momenti di impasse nel trattamento la visione dei filmati dei cambiamenti ottenuti nel passato consente di incoraggiare i genitori a proseguire nella psicoterapia.

Altri interventi terapeutici in ambito perinatale si fondano sulla promozione della "capacità di previsione" nel genitore (Kernberg 1992). Questi approcci (Brazelton *et al.* 1979) si focalizzano sulla qualità dell'interazione tra genitore e bambino intesa come predittiva dello sviluppo successivo del bambino e indicano che quando il genitore diventa consapevole del modo in cui stimola il proprio bambino, diventa anche più cosciente degli effetti prodotti dalle sue azioni sullo sviluppo stesso del bambino. Il comportamento interattivo del genitore riflette la sua adeguatezza a sostenere lo stadio evolutivo attuale del bambino, ma implica anche la possibilità di anticipare imminenti cambiamenti evolutivi. Viene definito "comportamento di previsione" la capacità genitoriale di promuovere e sostenere lo sviluppo del bambino, attraverso capacità intuitive (Papousek H., Papousek N. 1975) di sincronizzazione affettiva (Stern 1985) e processi di empatia (Hoffman 1994), in modo da capire i segnali e i comportamenti del bambino e di prevederne l'evoluzione, favorendo la loro organizzazione in un'ottica di sviluppo. Il "comportamento di previsione" implica una capacità del genitore di attribuire un significato alla comunicazione e al comportamento del bambino e di rispondergli trasformando i segnali in messaggi significativi e riconoscibili, favorendo una risposta adeguata nel bambino. Questi interventi terapeutici hanno come obiettivo la promozione nell'ambito dell'interazione primaria di comportamenti genitoriali adeguati e della capacità di previsione, in modo che il genitore possa costituire una struttura di sostegno, uno scaffolding allo sviluppo del suo bambino, prevedendone i cambiamenti evolutivi e favorendoli: il genitore viene aiutato a esprimere come "prevede" di poter offrire sostegno al suo bimbo per consolidarne le tappe evolutive e il terapeuta attraverso l'osservazione della diade e le tecniche dell'inchiesta e della chiarificazione può fornire un significato ai pattern interattivi.

Anche nell'approccio psicoanalitico di Missioner (2005) la promozione nei

genitori di quella che l'autore definisce come capacità di "anticipazione" è fondamentale per il sostegno alla coppia genitoriale, che viene promosso già nel periodo prenatale, in cui anche se il bimbo non è ancora nato è già presente in modo "virtuale" (Missioner 2005) e può venire investito dai genitori di una relazione oggettuale. Nell'intervento prenatale, come in uno scenario teatrale, i genitori possono agire le proprie identificazioni proiettive, mentre il terapeuta, come un regista, ne assicura il contenimento. Il lavoro terapeutico in ambito prenatale è focalizzato a una continuità, che consenta ai genitori, quando verrà il momento metaforico dell'alzata del sipario, la nascita, di poter affrontare vissuti già "anticipati", che potranno essere ulteriormente elaborati nel periodo post-natale.

L'intervento precoce in epoca prenatale, durante la gravidanza, è condotto, anche se con modalità differenti in un altro approccio teorico, quello sistemico-familiare che studia le interazioni triadiche madre-bambino-padre attraverso una procedura l'LTP, *Lausanne Triadic Play* (Fivaz-Depeursing, Corboz-Warnery 1999): questa procedura sperimentale che consente di valutare la qualità di tali interazioni viene utilizzata con le coppie già durante la gestazione e successivamente nel periodo post-natale. L'intervento terapeutico ha un approccio multifocale e prevede l'apporto di contributi di più figure professionali specialistiche, è orientato su diversi aspetti dell'interazione triadica e ha la finalità di attivare le risorse della famiglia, mediante una funzione che inizialmente è preventiva per seguirne poi lo sviluppo longitudinalmente.

Il bambino "clinico" e il bambino "osservato"

Una considerazione particolare va dedicata alla teorizzazione e alla modalità di intervento operata da Stern (1995).

Stern nei suoi studi ricerca una integrazione tra i diversi approcci terapeutici perinatali e fa riferimento in particolare a due concetti teorici, il "bambino osservato" e il "bambino clinico" (Stern 1985), presenti nei diversi interventi terapeutici e declinati a seconda del vertice di riferimento. La metafora del "bambino osservato" è costituita dall'insieme dei dati della ricerca in ambito della psicologia dello sviluppo, che devono essere noti anche al terapeuta clinico; mentre con il paradigma di "bambino clinico" Stern richiama le rilevazioni della clinica e i modelli psicopatologici dell'infanzia, con riferimento all'"indagine" e alla "ricostruzione" che il terapeuta deve saper utilizzare per attivare una adeguata proposta terapeutica. Nella "mente del terapeuta" devono coesistere questi due paradigmi, che possono consentirgli una conoscenza più approfondita del bimbo: gli sviluppi della ricerca possono dare un contributo alla comprensione degli aspetti clinici.

In questa prospettiva l'autore propone un modello terapeutico perinatale integrato (Stern-Brunschweiler, Stern 1989) in cui vengano utilizzati sia i dati della ricerca (bambino osservato) sia quelli clinici (bambino clinico). Le due prospettive, osservazione reale e clinica devono coesistere contemporaneamente nell'intervento terapeutico: attraverso il bambino "osservato" sarà compresa l'evoluzione dello

sviluppo infantile e delle relazioni attuali; il bambino "clinico" permette di accedere alla complessità e alla ricchezza del mondo interno intrapsichico e rappresentazionale relazionale. Queste due modalità sono complementari nei trattamenti in ambito perinatale, specificatamente rivolti a una "nuova popolazione clinica" (Stern 2006), che ha esigenze peculiari in relazione al periodo di sviluppo del bimbo, rispetto ad altri contesti terapeutici.

Nel periodo perinatale la madre, e recenti studi (Baldoni 2005) stanno dimostrando che alcuni di questi processi sono riscontrabili anche nel padre, attraverso una situazione psichica particolare, definita da Stern "costellazione materna" (1995), che potrebbe venire estesa anche al padre: è una organizzazione peculiare della vita psichica perinatale del genitore, quando nasce un figlio. Questa specifica organizzazione fa del genitore un "paziente" speciale, con uno stato psichico che non può essere trattato con modelli terapeutici applicabili ad altre tipologie di pazienti.

Durante la gravidanza e con la nascita del figlio cambiano gli interessi, le paure e le preoccupazioni genitoriali: lo stato affettivo soprattutto materno verso il figlio è simile a quello dell'innamoramento; la "costellazione" affettiva descritta da Stern è un costrutto complesso che si costruisce intorno a tematiche sensibili per la donna-madre, relative alla propria identità personale, alla relazione con i propri genitori e con il bimbo. L'alleanza terapeutica entro cui lavora il terapeuta è diversa da quella utilizzata negli approcci terapeutici tradizionali: il transfert che si sviluppa in questa situazione consiste nell'elaborazione del desiderio della donna di essere supportata e aiutata da un'altra figura con funzioni materne, che viene ricercata in altre donne, come l'ostetrica, l'infermiera, la puericultrice, che possano condividere con lei questa esperienza fornendole un sostegno. Nella situazione terapeutica questa ricerca di aiuto viene rappresentata dalla figura del terapeuta, attraverso il transfert che Stern (1985) denomina della "buona nonna": il terapeuta supporta la donna, ma anche la coppia con consigli, visite a casa, focalizzando l'attenzione sugli aspetti positivi della relazione.

I fattori comuni al cambiamento negli approcci terapeutici perinatali

Il cambiamento che si rileva a seguito dei trattamenti terapeutici perinatali è generalmente positivo e questo sarebbe dovuto, secondo Stern, a "fattori comuni" presenti nelle diverse terapie; Stern ne segnala prevalentemente quattro.

La relazione genitori-bambino-terapeuta è il primo di questi fattori ed è relativo all'intervento del terapeuta condotto sia sul "singolo" individuo sia sulla "relazione". Ciò che cambia è il punto di entrata o di focalizzazione dell'intervento che sarà differente a seconda dell'approccio teorico di riferimento: gli esiti avranno effetti sull'intero sistema madre-bambino-padre.

Il transfert è il secondo fattore comune ai diversi approcci terapeutici: in psicoanalisi il transfert positivo viene definito alleanza terapeutica, facilitante il cambiamento. Il controtransfert consente al clinico di sostenere la risonanza dei distur-

bi della relazione e dovrà essere diretto in modo equilibrato a padre, madre e "bambino" costituendo una "matrice di supporto" (Stern 1995) all'interno del nucleo generativo.

Il terzo fattore comune è individuato nel cambiamento nel contesto di sviluppo del bambino, a seguito di processi di elaborazione terapeutica "verticali", cioè progressivi nel tempo. Il trattamento terapeutico nel periodo perinatale e della prima infanzia può essere ripetuto più volte, durante le diverse fasi dello sviluppo del bambino. La maggioranza delle psicoterapie perinatali ha una durata breve e l'intervento può venire reiterato, longitudinalmente, a cicli periodici, anche dopo alcuni mesi. Nel trattamento degli adulti si rende necessaria una "elaborazione" del materiale clinico perché gli effetti terapeutici siano più duraturi; nel periodo perinatale e della prima infanzia invece è impossibile attivare un processo di elaborazione, secondo una prospettiva "orizzontale" nel tempo. I genitori possono cercare una consulenza in relazione a una problematica, e dopo alcune settimane di trattamento, potrebbe verificarsi un cambiamento, ma possono ripresentarsi successivamente a ricercare nuovamente un aiuto per altre problematiche, a seconda del periodo di sviluppo del loro bambino.

Le psicoterapie in ambito perinatale sono in genere caratterizzate da "interventi a breve termine e/o consultazioni terapeutiche". Il termine breve può essere riferito al numero ridotto delle sedute terapeutiche (3-10) oppure alla durata nel tempo. Interventi ripetuti nel tempo consentono ai bambini e ai loro genitori di accedere a elaborazioni progressive nella transizione a ogni nuova fase di sviluppo (Brazelton 1979). Ciò che in ambito perinatale e della prima infanzia può essere ottenuto con trattamenti ripetuti ha la stessa efficacia dei trattamenti continui, a lungo termine, necessari in altre situazioni cliniche. Queste modalità sono caratteristiche dei trattamenti nella prima infanzia e non vanno considerate con connotazioni negative o incomplete, ma come un processo in cui i cambiamenti avvengono a "tappe" successive, intese come una necessità insita nel trattamento specifico per la popolazione clinica, che è in fase di sviluppo.

Da alcuni autori (Missioner 2005; Vallino 2002, 2004, 2009) le psicoterapie in ambito perinatale vengono intese prevalentemente come modalità di "consultazione", considerando il fatto che può rendersi necessario reiterare l'intervento più volte nel corso della crescita del bimbo: si intende come terapeutico ogni intervento perinatale di sostegno o di chiarificazione ai genitori e al bimbo, non necessariamente strutturato in un setting formalizzato (Missioner 2005).

Il quarto fattore comune nei trattamenti psicoterapeutici perinatali implica considerare prevalentemente gli effetti positivi del trattamento, focalizzando l'attenzione su ciò che è "sano" nel quadro clinico, rispetto a ciò che è patologico. Il sistema genitore-bambino è orientato al cambiamento dal processo di sviluppo stesso, insito al sistema in evoluzione (Brazelton *et al.* 1979a, 1979b, 1992): per la rapida progressione dello sviluppo, l'intero sistema è comunque sempre sottoposto a riorganizzazione in diversi momenti di transizione e queste riorganizzazioni possono favorire una maggiore apertura al cambiamento, a cui è già predisposto il sistema stesso.

Le differenti "vie di accesso" al cambiamento nel sistema dinamico interdipendente "genitore-bambino"

Quando sono presenti disturbi precoci della relazione spesso il ruolo del bambino come portatore del disturbo è per i genitori il fulcro che direziona tutto il trattamento e che li conduce dallo specialista. Il genitore si rivolge generalmente allo specialista per un problema manifestato dal bambino, ma raramente lo ritiene collegato alla sua relazione con lui: questo crea difficoltà, rispetto alle idee tradizionali della terapia. Nell'infanzia e durante tutta l'età evolutiva sono diversi gli approcci psicoterapeutici, focali o meno a breve o a lungo termine, individuali e più spesso familiari: approcci psicoterapeutici diversi utilizzano un vertice teorico con diverso modo di leggere il materiale clinico, oppure può essere diversa la modalità su cui verte prevalentemente l'azione terapeutica (interpersonale o intrapsichica): le tecniche utilizzate così come il setting sono differenti a seconda del vertice teorico di riferimento, così come le modalità terapeutiche, che vanno dalla terapia individuale per il genitore e il bambino a sedute congiunte genitore-bambino. Negli approcci terapeutici precoci può essere molto complesso identificare il paziente, così come mettere fine ad alcune interazioni che portano disagi. Secondo Stern tuttavia non è così fondamentale che sia noto chi è il "paziente" o a chi sia indirizzata principalmente la terapia, perché essa si sviluppa comunque all'interno del contesto "genitore-bambino". Il primo fattore comune a tutti gli approcci terapeutici perinatali è che i soggetti costituiti dai singoli, la madre, il bambino, il padre sono considerati gli elementi di un "sistema interdipendente" e in costante interazione dinamica. I diversi vertici di riferimento teorico e le rispettive modalità terapeutiche possono essere rivolte sia a un elemento del sistema sia alla relazione, individuati come "bersaglio" (Stern 1992): anche se le teorie sono diverse agiscono comunque sullo stesso "sistema funzionale". Ciò che diversifica gli approcci terapeutici sono i "diversi punti di entrata" nel sistema. Il cambiamento può implicare modificazioni anche in uno solo degli elementi del sistema, ma tutti gli altri elementi ne vengono comunque coinvolti, per adeguarsi alla modificazione intervenuta; non ha molta importanza il punto prescelto per entrare nel sistema con le modalità terapeutiche individuate, perché una volta innescato un cambiamento, tutto il sistema sarà comunque coinvolto nelle modificazioni.

Molte vie di accesso al cambiamento possono essere possibili a seconda del vertice teorico di riferimento del terapeuta (psicoanalitico, sistemico, comportamentista, teoria dell'attaccamento): il cambiamento all'interno del sistema è determinato dalla natura del sistema stesso (Stern 1992). Le implicazioni di questo processo sono indicative del fatto che approcci anche molto diversi tra loro possono avere uguali opportunità di promuovere efficacemente e con successo il cambiamento.

Stern riporta l'esempio del confronto tra due modalità terapeutiche con punti di entrata molto diversi, in cui i risultati terapeutici si sono manifestati con modalità abbastanza simili. L'approccio psicoanalitico di Ginevra (Palacio-Espasa, Manzano 1982; Manzano *et al.* 2001) è rivolto prevalentemente a intervenire nelle rap-

presentazioni dei genitori mentre l'approccio della McDonough (1992, 2006) a orientamento comportamentista educativo è rivolto prevalentemente al cambiamento del comportamento genitoriale nell'interazione. Le aspettative relative al primo approccio sono riferite a un cambiamento delle rappresentazioni genitoriali, mentre per l'altro sono prevalentemente rivolte al comportamento nella relazione. Entrambi i trattamenti portano però a cambiamenti sia nelle rappresentazioni genitoriali, sia nei comportamenti, evidenti dalle interazioni video registrate (Cramer 1990). La ragione di questi risultati sta secondo Stern nella presenza di un "modello dinamico di interdipendenza", che trasferisce all'interno dell'intero sistema genitore-bambino l'intervento terapeutico applicato in un solo punto. Il modello a orientamento psicoanalitico è prevalentemente focalizzato sulle rappresentazioni genitoriali, prende in considerazione le proiezioni, le identificazioni, le attribuzioni, le paure, i desideri, i conflitti, le fantasie del mondo rappresentazionale genitoriale, "attivo" nell'interazione con il bambino (Stern 1991). Non tutto il mondo rappresentazionale dell'adulto tuttavia viene considerato, ma solo gli aspetti più significativi per i problemi clinici della relazione con il bambino. Secondo Stern nell'interazione sono presenti queste "rappresentazioni attive": è possibile una loro identificazione attraverso l'osservazione clinica (Stern 1971; Cramer, Stern 1988). I comportamenti intervengono per mantenere o rinforzare le rappresentazioni attive genitoriali. Il cambiamento del mondo rappresentativo genitoriale diventa evidente perché si può rilevare attraverso i comportamenti sensibili che questi rivolge al bambino.

Il lavoro clinico con i bambini e i loro genitori secondo la teoria dell'attaccamento

Nell'ambito del paradigma teorico dell'attaccamento Patricia Crittenden (2009) affronta specifiche modalità di intervento con i genitori, applicando il suo Modello Dinamico Maturativo (Crittenden 1999; 2008). Nei casi di popolazioni cliniche di genitori (Crittenden 1997) con disturbi emotivi che manifestano comportamenti maltrattanti, abusanti o abbandonici nei confronti dei loro bambini, l'autrice identifica dei gradienti di distorsione delle informazioni cognitive e affettive su cui si basano questi comportamenti inadeguati: tali comportamenti attivati in passato in contesti in cui il pericolo era presente, indispensabili dunque per la sopravvivenza e la protezione del sé del genitore, in contesti di interazione attuale e di accudimento del loro bambino possono essere inadeguati se non addirittura dannosi per lo sviluppo del bimbo stesso.

Le indicazioni relative al cambiamento nella prospettiva evolutivista dell'attaccamento della Crittenden sono focalizzate sulle prospettive di una crescita della funzione genitoriale in seguito a eventi fondamentali che possono accadere nella vita di un genitore o a seguito di interventi di sostegno alla genitorialità o cambiamenti dovuti a psicoterapie, con la possibilità di una "riorganizzazione" delle modalità comportamentali distorte del genitore.

Vi è 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.

Altre modalità di trattamento entro il paradigma della teoria dell'attaccamento come quella di Oppenheim e Goldsmith (2010) dirigono in particolare la loro attenzione su una strategia definita di "risoluzione": questo processo si può articolare su due livelli come rielaborazione, rappresentazionale e comportamentale consentendo una ri-organizzazione dei modelli operativi interni genitoriali, che a seguito di un cambiamento delle condizioni esterne, come lutti o traumi, sono diventati inadeguati alle situazioni relazionali attuali con il bambino. Le modalità di intervento che hanno come obiettivo la "risoluzione", operano nell'ottica di una integrazione tra l'approccio psicoanalitico e della teoria dell'attaccamento. Il sistema rappresentazionale genitoriale (Fraiberg 1980) e il sistema comportamentale dei genitori sono due vie di accesso differenti, ma che possono condurre a esiti terapeutici simili perché gli aspetti delle rappresentazioni e del comportamento sono interconnessi e i cambiamenti che intervengono a livello di un sistema hanno ricadute sull'altro (Stern 1995; Sameroff *et al.* 2004): gli autori in linea con quanto prospettato da Stern ritengono che non sia determinante la via di accesso scelta per l'intervento, se non solo in quei particolari casi in cui determinati fattori di cambiamento positivi siano vincolati a una specifica via di accesso piuttosto che a un'altra.

L'intervento secondo questo modello è prevalentemente rivolto al genitore, considerando che l'adulto dovrebbe prendere in considerazione aspetti dei propri comportamenti, nell'ottica di riorganizzare quelli problematici e inadeguati. Il cambiamento è prevalentemente vincolato alla comprensione del "significato" del comportamento del bambino e della risonanza emotiva che questo sollecita nelle rappresentazioni mentali genitoriali.

A seguito di traumi progressivi può verificarsi che i genitori non riescano a riconoscere e comprendere i reali bisogni del bimbo, distorcano la sua immagine, affinché questa assuma particolari caratteristiche e connotazioni e si adegui a una propria immagine mentale (Zeanah 2010): l'immagine del bambino idealizzato, che prenderà il posto di quello reale, induce il genitore a una pressione intrusiva cui il bimbo reale si deve conformare. La mancata risoluzione comporta un permanere dei disturbi relazionali, con possibili nefaste conseguenze per lo sviluppo del bambino. Pattern di interazioni ripetitive patologiche del passato devono poter venire affrontate e "risolte" durante la terapia, consentendo al genitore una maggiore capacità di assumere una prospettiva empatica, verso quegli aspetti problematici del comportamento del bambino reale (Lieberman *et al.* 2003).

Oppenheim e Goldsmith (2010) rilevano inoltre che le relazioni di attaccamento, orientate a pattern di attaccamento sicuro, sono sostenute da una capacità di "insightfulness" presente nei genitori, intesa come una capacità intuitiva di "vedere il mondo" dal punto di vista del bambino. Questa capacità genitoriale, di tenere nella "mente" il mondo interno del bambino (Koren Karie, Oppenheim, Goldsmith 2010) è fondamentale per lo sviluppo emotivo dei bambini stessi e il suo potenziamento è da considerarsi un obiettivo indispensabile nel trattamento della relazione genitore-bambino (Fonagy *et al.* 1995; Silverman, Lieberman 1999; Slade 1999).

Il cambiamento che avviene per l'"insightfulness" dei genitori si può attivare a due livelli: potenziando nel genitore sia le capacità di "insightfulness" con cui egli potrà rappresentarsi in modo più adeguato il bambino reale, sia le capacità di "scanning" dei propri stati mentali, in modo che possano essere monitorate contemporaneamente le proprie rappresentazioni del figlio e le proprie funzioni genitoriali (Slade 2010). Il cambiamento del comportamento problematico genitoriale può avvenire attraverso una "riformulazione" delle rappresentazioni negative e distorte del bambino e della relazione, liberando i fantasmi del passato dalla stanza del bambino. La capacità nel genitore di "insightfulness" e di comprensione delle motivazioni implicite del comportamento problematico dei figli è un fattore determinante per il cambiamento e il successo terapeutico (Fonagy *et al.* 1991; Lieberman 1997; Zeana, Benoit 1995; Koren Karie, Oppenheim, Goldsmith 2010): una maggiore capacità genitoriale di "insightfulness" è correlata a una riduzione dei problemi comportamentali dei figli; al contrario una mancanza di cambiamenti nelle rappresentazioni distorte che le madri hanno dei loro bambini è associata a un aumento delle problematiche comportamentali nei bambini stessi (Oppenheim, Koren Karie 2002). La capacità nel genitore di "insightfulness" favorisce lo sviluppo di una capacità di parenting adeguata a sostenere lo sviluppo del bambino e di una relazione di attaccamento sicuro (Oppenheim, Koren Karie, Sagi 2001); la mancanza di "insightfulness" è un fattore di rischio che riduce i pattern di attaccamento sicuro e il senso di adeguatezza dei bambini (Oppenheim, Koren Karie 2002). Nei genitori un legame di attaccamento sicuro sostiene l'esito positivo di questi processi (Steele H., Steele M. 2008).

Nei casi più specifici relativi per esempio alle adozioni, agli affidi o a patologie croniche dei bambini vengono segnalati peculiari processi connessi al cambiamento.

Nei casi di adozione i bambini possono sperimentare nelle nuove famiglie modalità di vita più positive che consentono loro di poter "revisitare" i modelli insicuri di attaccamento (Steele *et al.* 2010): il supporto psicologico può sostenere i genitori adottivi nel processo di mantenimento di scambi emotivi positivi con i loro figli, aiutandoli a tollerare l'evitamento, l'aggressività, l'opposizione e la provocazione che sono tra le modalità comportamentali più frequenti nei bimbi che hanno subito maltrattamenti e abbandoni. I bambini traumatizzati in età precoce spesso hanno esperienze di fallimento e per loro risulta molto difficile poter attivare una regolazione emotivo-affettiva nelle interazioni, modalità che costituisce invece le

basi per lo sviluppo di un sé stabile e organizzato, così come di un attaccamento sicuro. È necessario facilitare nel bambino la rievocazione di eventi passati positivi condivisi con i nuovi genitori, che possano contribuire a creare un nuovo legame di attaccamento. Il terapeuta utilizza le sedute di feedback con i genitori per favorire nuove modalità di comprensione del comportamento dei bambini adottati: attraverso l'uso delle videosservazioni è possibile ritornare sui momenti cruciali della nuova relazione di attaccamento e "revisare" le modalità interattive distorte, cercando percorsi più adeguati ai processi di sviluppo del bimbo.

Nei casi di affido le modalità che sembrano essere più adeguate a un cambiamento in ambito terapeutico sono relative alla capacità del genitore affidatario di applicarsi con "impegno" e "coinvolgimento" nella relazione con il bambino. Diversi autori stanno rivalutando le opportunità positive di queste due funzioni, "impegno" e "coinvolgimento", che avevano costituito una chiave di lettura importante nelle prime teorizzazioni di Bowlby, e che sono state invece poco considerate negli studi successivi (Dozier *et al.* 2010).

Nelle situazioni di affido inoltre la percezione da parte del bambino di una "dedizione" verso di lui, da parte del proprio genitore affidatario è ritenuta determinante: la capacità genitoriale di consolare e di calmare l'angoscia nel bambino è inoltre indicativa della qualità dell'attaccamento.

Il poter disporre di un genitore "impegnato" nella relazione rappresenta una situazione non minacciosa e di maggiore sicurezza; il bambino che non ha un caregiver impegnato è maggiormente vulnerabile alle minacce. Inoltre un genitore non coinvolto potrebbe non sacrificarsi nel giusto modo per proteggere il bimbo dal pericolo, esponendolo a esperienze di allarme continuo. Il livello di impegno del caregiver è anche un indice di previsione della durata dell'affido, della stabilità della relazione genitore-affidatario-bambino e degli esiti evolutivi delle cure affidatarie.

Nei casi invece di malattie croniche del bambino, è stato rilevato come elemento cruciale il modo in cui viene presentata la diagnosi ai genitori (Oppenheim *et al.* 2010): la diagnosi di una patologia cronica può costituire una perdita metaforica del bimbo immaginato e desiderato, che verrebbe percepito come andato perduto per sempre, lasciando solo incognite e paure nei genitori, per il suo sviluppo futuro. La possibilità di elaborare le emozioni suscitate dalla comunicazione della diagnosi consente di revisionare le rappresentazioni non equilibrate del bambino e di sé, e di "risolvere" problematicità che potrebbero costituire nel tempo ulteriore criticità nella cronicità della patologia stessa del bimbo, elevandone alla potenza gli eventuali effetti negativi e impedendo ai genitori di poter intravedere nelle acquisizioni evolutive del bimbo segnali di miglioramento e di speranza per il suo sviluppo.

I bambini fanno affidamento sui caregiver per poter essere protetti dai pericoli e se subiscono traumi e/o vengono maltrattati, abusati o abbandonati, viene gravemente compromessa la loro fiducia nella capacità delle figure di attaccamento (Bush, Lieberman 2010): i traumi rappresentano un fattore di rischio di disorganizzazione nella prima infanzia; le esperienze traumatiche minacciano la relazione di attaccamento. La capacità dei bambini di "recuperare" dopo essere stati sottoposti a

relazioni violente è influenzata dalla qualità dei loro legami di attaccamento. Un bambino con relazioni di attaccamento sicure avrà rappresentazioni di sé e dell'altro positive e questo può favorire la sua fiducia nella possibilità di cercare e chiedere aiuto. I bambini con attaccamento insicuro sono più vulnerabili al trauma in quanto privi o con scarse risorse interne emotive, per far fronte al pericolo.

Anche i programmi di intervento precoce per modificare il percorso evolutivo di genitori ad alto rischio e dei loro bambini (Powell *et al.* 2010) hanno l'obiettivo di aiutare i caregivers a rielaborare le proprie rappresentazioni interne, del bambino e del proprio sé, per svolgere una funzione di base sicura per il figlio: le rappresentazioni genitoriali organizzano i comportamenti di accudimento che questi mettono in atto nei confronti del proprio figlio e influenzano la sicurezza dell'attaccamento del bambino (Fonagy *et al.* 1991).

Accanto e parallelamente alla psicoterapia genitore-bambino vengono organizzati nel contesto scolastico altri progetti terapeutici, soprattutto in età prescolare, focalizzati a contrastare i modelli operativi interni negativi dei bambini, che sono stati identificati come insicuri, nell'attaccamento con il caregiver principale (Goldsmith 2010). La psicoterapia con il genitore è focalizzata sulle rappresentazioni negative che i genitori hanno del loro bambino e ha come obiettivo stimolare lo sviluppo di maggiori capacità relazionali verso il figlio, in modo che si possa consentire la ristrutturazione del legame verso un pattern sicuro; il figlio invece è inserito in uno specifico programma terapeutico entro cui sperimentare interazioni positive con altri caregivers, che possano contrastare le rappresentazioni negative che egli ha degli adulti, come punitivi e non disponibili.

Una interessante integrazione della teoria dell'attaccamento, con l'approccio psicoanalitico è quella proposta dalla Slade (2010) tra i recenti contributi che provengono dalla ricerca e dalla clinica (Fonagy 2000, 2001; Fonagy *et al.* 1995; Fonagy, Gergely, Jurist 2002; Fonagy, Target 1996, 1998; Hesse, Main 2000; Main, 1995, 1996; Main, Hesse 1990, 1992; Main Kaplan, Cassidy 1985): per il terapeuta "tenere nella sua mente" il genitore come paziente adulto, quale bambino che egli è stato, con la sua infanzia, il suo coinvolgimento con gli oggetti interni primari, lo può aiutare a dare un senso alle modalità che il genitore ha di regolare i propri affetti, stimolandolo alla ricerca di modalità più idonee a regolare le proprie emozioni e aiutandolo a tradurre in parole i segnali di rabbia, paura, vergogna del suo bimbo che non hanno ancora voce e sono senza nome.

Bibliografia

- Baldoni F. (2005), "Funzione paterna e attaccamento di coppia", in Bertozzi N., Hamon C. (a cura di), *Padri paternità*, Junior, Bergamo.
- Beebe B., Lachmann F. (1988), "The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations", *Psychoanalytic Psychology*, 5, 305-337.
- Bertolini M., Giannakoulas A., Hernandez M. (2003), *La tradizione winnicottiana, spazio potenziale e processo terapeutico*, Borla, Roma.

- Bick E. (1964), "Nota sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico", in Bonaminio V., Iaccarino B. (a cura di), *L'osservazione diretta del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1984.
- Bion W. R. (1962), *Learning from experience*, Heinemann, London; trad. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1972.
- Bowlby J. (1969-1982), *Attachment and Loss*, vol. 1: Attachment, Basic Books, New York; trad. it. *Attaccamento e perdita*, vol. 1: L'attaccamento alla madre, Bollati Boringhieri, Torino, 1972.
- Brazelton T. B. (1992), *Touchpoints: Your child's emotional and behavioural development*, Perseus, Cambridge.
- Brazelton T. B., Als H. (1979b), "Four early stages in the development of mother-infant interaction", *Psychoanalytic Study Child*, vol. 34, 349-369.
- Brazelton T. B., Yogman M., Als H., Tronick E. (1979a), "The infant as a focus in family reciprocity", in Lewis M., Rosenblum M. (a cura di), *The child and its family*, Plenum, New York.
- Bush A., Lieberman A. F. (2010), "Attaccamento e trauma", in Oppenheim D., Goldsmith D. F. (a cura di), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2010), *La relazione genitore-bambino*, Springer, Milano.
- Cramer B. (1990), "Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report", *Infant Mental Health Journal*, 11, 278-300.
- Cramer B., Palacio-Espasa F. (1993), *Le psicoterapie madre-bambino*, Masson, Milano, 1995.
- Cramer B., Stern D. N. (1988), "La valutazione dei cambiamenti nella psicoterapia breve madre-bambino", in Stern D. N., *Le interazioni madre-bambino*, Cortina, Milano.
- Crittenden P. M. (1997), *Pericolo, sviluppo e adattamento*, Masson, Milano.
- Crittenden P. M. (1999), *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*, Cortina, Milano.
- Crittenden P. M. (2008), *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'Attaccamento*, Cortina, Milano.
- Crittenden P. M. (2009), *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*, Willan, London.
- Dozier M., Grasso D., Lindhiem O., Lewis E. (2010), "La capacità di impegno del caregiver nelle cure affidatarie", in Oppenheim D., Goldsmith D. F. (a cura di), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma.
- Ferenczi S. (1929), "Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte", *Fondamenti di psicoanalisi*, 3, 1974.
- Ferenczi S. (1929), *Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte*, in *Opere*, vol. 4, Cortina, Milano, 2002.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., Frenck A. (1999), *Il triangolo primario: le prime interazioni tradiche tra padre, madre e bambino*, Cortina, Milano, 2000.
- Fonagy P. (2000), "Attachment and borderline personality disorder", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1129-1146.
- Fonagy P. (2001), *Psicanalisi e teoria dell'attaccamento*, Cortina, Milano.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. (2002), *Affect regulation, mentalization and the development of the Self*, Other Press, New York; trad. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, Cortina, Milano, 2005.

- Fonagy P., Steele M., Moran G., Steele M., Higgitt A. C. (1991), "The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment", *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-216.
- Fonagy P., Steele M., Steele H., Leigh T., Kennedy R., Mattoon G., Target M. (1995), "Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development", in Goldberg S., Muir R., Kerr J. (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*, Analytic Press, New York; trad. it. "Attaccamento, Sé riflessivo e disturbi borderline", in Riva Crugnola C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, Cortina, Milano, 1999.
- Fonagy P., Target M. (1996), "Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality", *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Fonagy P., Target M. (1998), "Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis", *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87-114.
- Fraiberg S. H. (1980), *Clinical studies in infant mental health*, Basic Books, New York.
- Fraiberg S. H. (1999), *Il sostegno allo sviluppo*, Cortina, Milano.
- 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", in Fraiberg S. H., *Il sostegno allo sviluppo*, Cortina, Milano, 1999.
- Goldsmith D. (2010), "Come contrastare i modelli operative interni negativi dei bambini", in Oppenheim D., Goldsmith D. F. (a cura di), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma.
- Golse B. (1990), *Insister-exister. De l'être à la personne*, PUF, Paris.
- Harris M. (1980), "L'osservazione dei bambini", in Speciale-Bagliacca R. (a cura di), *Formazione e percezione psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano.
- Hesse E., Main M. (2000), "Disorganized infant, child and adult attachment", *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1129.
- Hoffman I. Z. (1994), "Dialectic thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process", *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 187-218.
- Imbasciati A. (2003a), *Un supporto teorico alla transgenerazionalità. Atti IV Congresso Psicologia Prenatale, 2002*, Cantagalli, Siena.
- Imbasciati A. (2003b), "Come si trasmette la transgenerazionalità", *PsychoMedia on-line*, 09/04/03.
- Imbasciati A., Cena L. (2010), *I bambini e i loro caregiver*, Borla, Roma.
- Kernberg O. F. (1992), *Aggression in personality disorders and perversions*, Yale University Press, New Haven; trad. it. *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Cortina, Milano, 1993.
- Klein M. (1932), *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze, 1969.
- Klein M. (1952), "Alcune considerazioni teoriche sulla vita emozionale del bambino nella prima infanzia", in Klein M., *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Koren-Karie N., Oppenheim D., Goldsmith D. F. (2010), "Tenere nella mente il mondo interno del bambino", in Oppenheim D., Goldsmith D. F. (a cura di), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma.
- Kreisler L. (1981), *Clinica psicosomatica del bambino*, Cortina, Milano.
- Kreisler L. (1992), "Les origines de la depression essentielle. La linee depressive", *Revue française de psychosomatique*, 9, 15-33.
- Kreisler L., Cramer B. (1981), "Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson", *Psychiatrie de l'enfant*, XXIV (1), 223-263.
- Lebovici S. (1980), "L'Experience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert", *Revue Française de psychanalyse*, 44, 5-6.
- Lebovici S. (1983), *Il neonato, la madre e lo psicoanalista. Le interazioni precoci*, Borla, Roma, 1988.
- Lebovici S. (1989), "I legami intergenerazionali. Le interazioni fantasmatiche", in Lebovici S., Weil-Halpern F., *Psicopatologia della prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
- Lieberman A. F. (1997), "Toddlers' internalization of maternal attribution as a factor in quality of attachment", in Atkinson L., Zucker K. J. (a cura di), *Attachment and psychopathology*, Guilford, New York.
- Lieberman A. F., Compton N. C., Vah Horn P., Ghosh Ippen C. (2003), "Losing a parent to death in the early years", Zero to three Press, Washington; trad. it. *Il lutto infantile*, il Mulino, Bologna.
- Lieberman A. F., Pawl J. H. (1993), "Infant-parent psychotherapy", in Zeanah C. H., *Handbook of infant mental health*, Guilford, New York.
- Mahler M., Pine F., Bergman A. (1975), *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Main M. (1996), "Una visione d'insieme sulla teoria dell'attaccamento", in Carli L. (a cura di), *Dalla diade alla famiglia*, Cortina, Milano, 1999.
- Main M., Hesse E. (1992), "Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori", in Ammaniti, M., Stern, D. N., *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari.
- Main M., Kaplan N., Cassidy J. (1985), "Security in infancy childhood and adulthood: a move to the level of representation", in Riva Crugnola (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Cortina, Milano, 1993.
- Manzano J., Palacio-Espasa F., Zilkha N. (2001), *Scenari della genitorialità*, Cortina, Milano.
- McDonough S. C. (1992), "L'aiuto all'interazione: una tecnica per il trattamento dei disturbi relazionali precoci", in Stern D. N., Fava Vizziello G. (a cura di), *Dalle cure materne all'interpretazione*, Cortina, Milano.
- McDonough S. C. (2006), "Guida all'interazione: promuovere e sostenere la relazione di caregiving", in Sameroff A. J., McDonough S. C., Rosenblum K. L. (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, il Mulino, Bologna.
- Missioner S. (2005), *La consultazione terapeutica perinatale*, Cortina, Milano.
- Oppenheim D., Dolev S., Koren-Karie N., Sher-Chensor E., Yirmiya N., Salomon S. (2010), "La risoluzione genitoriale della diagnosi del bambino e la relazione genitore-figlio", in Oppenheim D., Goldsmith D. F. (a cura di), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma.
- Oppenheim D., Goldsmith D. F. (2010), "La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini", Borla, Roma.
- Oppenheim D., Koren-Karie N. (2002), "Mothers' insightfulness regarding their children's internal worlds: The capacity underlying secure child-mother relationships", *Infant Mental Health Journal*, 23(6), 593-605.
- Oppenheim D., Koren-Karie N., Sagi A. (2001), "Mothers' empathic understanding of their preschoolers' internal experience: Relations with early attachment", *International Journal of Behavioral Development*, 25, 16-26.
- Palacio-Espasa F., Cramer B. (1989), "Psychotherapie de la relation mère-enfant", *Revue de Médecine Psychosomatique*, 19, 59-70.

- Palacio-Espasa F., Manzano J. (1982), "La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leur mère", *Psychiatrie de l'enfant*, XXI(1), 5-25.
- Papousek H., Papousek N. (1975), "Cognitive aspects of preverbal social interaction between human infants and adults", in O'Connor (a cura di), *Parent-infant interaction*, Elsevier, Amsterdam.
- Piaget J. (1923), *Il linguaggio e il pensiero del fanciullo*, Giunti, Firenze, 1955.
- Piaget J. (1936), *La nascita dell'intelligenza nel bambino*, Giunti, Firenze, 1968.
- Powell B., Cooper G., Hoffman K., Marvin R. (2010), "Il progetto del circolo sicurezza", in Oppenheim D., Goldsmith D. F. (a cura di), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma.
- Sameroff A. J., Emde R. N. (1989), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- Sameroff A. J., McDonough S. C., Rosenblum K. L. (2004), *Treating parent-infant relationship problems*, Guilford, New York; trad. it. *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, il Mulino, Bologna.
- Sander L. (1987), "Awareness of inner experience: a system perspective on self-regulatory process in early development", *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, 339-346.
- Seligman S. (1994), "Applying psychoanalysis in an unconventional context: Adapting infant-parent psychotherapy to a changing population", *Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 49, 481-500.
- Silverman R., Lieberman A. (1999), "Negative maternal attributions, projective identification and the intergenerational transmission of violent relational patterns", *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 161-186.
- Slade A. (1999), "Representation, symbolization and affect regulation in the concomitant treatment of a mother and a child. Attachment theory and child psychotherapy", *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 797-830.
- Slade A. (2010), "Madre disorganizzata, bambino disorganizzato", in Oppenheim D., Goldsmith D. F. (a cura di), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma.
- Spitz R. (1946), "Anaclitic depression", *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Steele H., Steele M. (2008), "Ten clinical uses of the Adult Attachment Interview", in H. Steele M., Steele (a cura di), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview*, Guilford, New York.
- Steele M., Hodges J., Kaniuk J., Steele H., D'Agostino D., Blom I., Hillmann S., Henderson K. (2010), "Interventi con i bambini maltrattati e con le loro famiglie adottive", in Oppenheim D., Goldsmith D. F. (a cura di), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma.
- Stern D. N. (1971), "Una microanalisi dell'interazione madre-bambino", in Stern D. N. (a cura di), *Le interazioni madre-bambino*, Cortina, Milano.
- Stern D. N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Stern D. N. (1974), "Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviours", in Lewis M., Rosenblum L. (eds.), *The effects of the infant on its caregiver*, Wiley, New York.
- Stern D. N. (1985), *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York, trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern D. N. (1989), "La rappresentazione dei modelli di relazione", in Sameroff A., Emde R. N. (a cura di), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- Stern D. N. (1991), "Maternal representations: A clinical and subjective phenomenological view", *Infant Mental Health Journal*, vol. 12(3), 173-185.
- Stern D. N. (1992), "Aspetti fondamentali delle terapie genitore-bambino: i fattori comuni nei diversi approcci", in Fava-Vizzello G., Stern D. N. (a cura di), *Dalle cure materne all'interpretazione*, Cortina, Milano.
- Stern D. N. (1995), *La costellazione materna*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Stern D. N. (2006), "La costellazione materna: approcci terapeutici ai problemi relazionali precoci", in Sameroff A. J., McDonough S. C., Rosenblum K. L. (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, il Mulino, Bologna.
- Stern-Brunschweiler N., Stern D. N. (1989), "A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies", *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 142-156.
- Trevarthen C. (1990), "Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino", in Ammaniti M., Dazzi N. (a cura di), *Affetti. Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*, Laterza, Roma-Bari.
- Tronick E. Z., Cohn J. F. (1989), "Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and occurrence of miscoordination", *Child Development*, 60, 85-92.
- Vallino D. (2002), "La consultazione con il bambino e i suoi genitori", *Rivista di Psicoanalisi*, XLVIII, 2.
- Vallino D. (2004), "La consultazione partecipata: figli e genitori nella stanza di analisi", *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 48.
- Vallino D. (2009), *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*, Borla, Roma.
- Winnicott D. W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D. W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.
- Winnicott D. W. (1970), "Le basi di Sé nel corpo", in Winnicott D. W., *Esplorazioni psicoanalitiche*, Cortina, Milano, 1989.
- Winnicott D. W. (1971a), "La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile", in Winnicott D. W., *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D. W. (1971b), *Colloqui terapeutici con il bambino*, Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D. W. (1977), *The piggle. An account of the psychoanalytic treatment of a little girl*, Hogarth and Institute of PSA, London and Madison.
- Winnicott D. W. (1989), *Psychoanalytic explorations*, Karnac, Cambridge.
- Zeanah C. H. (2010), "Come costruire una formulazione della relazione madre-bambino", in Oppenheim D., Goldsmith D. F. (a cura di), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma.
- Zeanah C. H., Benoit D. (1995), "Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Infant Psychiatry*, 4, 539-554.