

Curare i bambini curando i genitori

Nell'uso corrente della lingua italiana, curare i bambini ha primariamente il significato di «badare», «provvedere», «accudire», «proteggere»: solo secondariamente il verbo «curare» assume il senso sanitario del curare un malato. Malgrado quest'ultima accezione sembri oggi prevalere, sull'onda dell'idealizzazione delle scienze mediche, la prima conserva il suo significato, soprattutto in quanto riferita ai bimbi. È questo il senso che dovrebbe essere conservato nella lingua corrente. È questo il senso in cui lo intendono gli psicologi, nel suo rilevante significato evolutivo dimostrato in queste ultime decadi da tutte le ricerche a partire da quelle sull'Attaccamento: la qualità (gli stili prevalenti) dell'attaccamento, legata appunto alla situazione in cui si svolge la cura del bimbo, è una determinante fondamentale per ogni ulteriore sviluppo psichico, ottimale piuttosto che disfunzionale dell'individuo; ivi inclusa la sua dimensione sessuale (Imbasciati, 2011).

Il senso del curare un bambino rimanda al concetto di «cure materne». Da tempo ormai si sa che un deficit delle cure materne produce facilmente patologie psichiche, spesso evidenti solo tardivamente. Da alcune decadi sappiamo che tale deficit non va inteso quantitativamente, come mancanza di quel minimo «naturale» accudimento fisico, materno appunto, di cui i bambini necessitano per sopravvivere e crescere. Il concetto di «cure materne» va pertanto modificato: oggi il termine, così come quello di «accudimento», vanno intesi in senso qualitativo, e pertanto con significati molto più precisi e articolati, rilevanti agli effetti di un sano sviluppo psichico e psicosomatico del bimbo. Il senso di tale «sano», alla luce delle attuali ricerche, non va inteso semplicisticamente in quanto riconducibile a una sup-

* Professore Emerito di Psicologia Clinica. Psicoanalista SPI e IPA. Psicoterapeuta.

** Professore Associato di Psicologia Clinica nella facoltà di medicina, Università di Brescia.

posta normalità biologica, ma relativamente a una sua ottimalità piuttosto che a modalità anomale, lungo un continuum che da peculiarità di scarso rilievo può per gradi passare ad anomalie disfunzionali, fino a un estremo che può essere denominato patologia. Occorre in altri termini considerare la qualità, appunto, con cui quel soggetto, quel bambino, si sviluppa per tutti quegli aspetti che possono variamente essere denominati come carattere, temperamento, attitudini, socialità, intelligenza, costituzione fisica, personalità o altro: insomma l'insieme delle caratteristiche che contrassegnano un determinato individuo, sia che questi rientri entro gli standard che vengono chiamati normali, sia che presenti anomalie più o meno gravi.

Il concetto di cure materne è stato ampiamente rivoluzionato e articolato (Imbasciati, 2008; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007; Imbasciati, Cena, 2008, 2010; Imbasciati, 2010a,b; Cena, Imbasciati, 2009a,b) e lo si è accostato al significato del verbo inglese «to care» contrapposto a «to cure». Si è cominciato a parlare così del *caring*, del valore della relazionalità, delle capacità relazionali; e ciò non solo per i bambini. La diffusione di tali termini, seppure trae origine dalle ricerche psicologiche, ha però prodotto un appiattimento del significato che da queste proveniva: infermieri, medici, ostetriche, neonatologi, pediatri, e altre figure sanitarie, ma anche altri operatori, come educatori e assistenti sociali, nonché il grosso pubblico, parlando e straparlando di «Relazione» e di *caring*, ne hanno di fatto operato un riduzionismo pratico, riducendo la relazione, e il *caring*, alle buone intenzioni di una corretta professionalità; cioè deprivandone i concetti del significato delle sue specifiche componenti (comunicazione e trasmissione non verbale, emotiva, automatica, inconsapevole), che le ricerche avevano dimostrato essenziali per ciò che passa, con i relativi effetti, nell'accudimento, e che costituisce l'«alimento» per lo sviluppo psichico e psicofisico. Accudimento, come dimostrato dalla ricerca sui neonati e i bambini, significa strutturazione dello sviluppo cerebrale, e tale strutturazione è da intendersi sia in senso ottimale, così come invece in senso patologico, a seconda della qualità dell'accudimento. Pertanto il suo significato, che impregna il concetto di relazionalità positiva per un vero *caring*, travalica il perdurante senso comune.

In conseguenza del riduzionismo pratico dei suddetti concetti rispetto al loro valore scientifico, è avvenuto un riduzioni-

simo di quanto si può fare, di efficace, per bambini e genitori, su questo versante, riducendolo a una generica presenza, o aiuto altrettanto generico, per quei genitori e quei bambini che presentassero qualche difficoltà.

Così, in questo quadro, lo psicologo clinico e spesso non appropriatamente il pediatra, si sentono fare dalle mamme domande di questo tipo: «Perché il mio bimbo piange così tanto? Perché dorme di giorno e sta sveglia e strilla tutta la notte?»; oppure: «Perché è sempre così agitato? Che cosa ha? È normale?». E quando il bimbo va a scuola: «Perché litiga sempre con gli altri bambini? Perché non si applica?». Man mano che il fanciullo cresce diventando un ragazzo, interrogativi di questo tipo si moltiplicano. A queste domande seguono spesso risposte generiche, organicistiche, o evasive; comunque superficiali, che lasciano di solito delusa la mamma.

Il fatto è che simili domande non hanno un senso: esse sottendono e attendono una risposta univoca e semplice che non è possibile, in quanto quel «perché» sottintende una «normalità» che non esiste con «una» causa che l'abbia turbata, e sono inoltre focalizzate unicamente sul bimbo, e non sulle relazioni in cui questi vive, dalle quali si «alimenta» per la sua crescita. Tali infondati sottintesi sono spesso condivisi dagli operatori, o in essi indotti, ancorché essi dovrebbero essere più competenti ed esserne immuni.

Questi e tanti altri incresciosi equivoci, e interrogativi che senza risposta diventano angosciosi, procedono dal riduzionismo pratico, corrente nella nostra cultura, come abbiamo sopra accennato, ovvero dalla misconoscenza di quanto le scienze psicologiche abbiano dimostrato in questi ultimi vent'anni.

In questo riduzionismo hanno a mio avviso concorso cinque ordini di fattori, emotivi e culturali. Il primo concerne il mancato aggiornamento su cosa sia la maturazione cerebrale. Fino ad alcune decadi orsono si credeva che la maturazione del cervello fosse dovuta a fattori genetici: la ricerca ha invece dimostrato che la genetica determina la macromorfologia dell'encefalo, ma la micromorfologia e di conseguenza la fisiologia funzionale sono dovute agli apprendimenti precoci (neonatali, preverbali comunque) che strutturano le reti neurali (sinapsi, connessioni e selezioni neuronali), e che variano da bambino a bambino a seconda del tipo di esperienza che ha avuto, ma soprattutto a

seconda del tipo di relazione entro cui il bimbo si trova a avere esperienza, dalla quale egli apprende ciò che struttura il suo cervello. Ricordiamo l'opera di Bion, che può essere emblemizzata dal titolo di uno dei suoi più famosi testi: «Learning from experience» (Bion, 1962). Non si apprende l'esperienza, ma *da* l'esperienza cosicché anche per la medesima esperienza esterna ogni bimbo ha un apprendimento diverso. Nessuno pertanto ha il cervello uguale a quello di un altro. Inoltre la peculiarità individuale del primo cervello che così si forma, condiziona ogni successivo apprendimento (Imbasciati, 2006a,b) differentemente, a parità della stessa esperienza e probabilmente anche a parità di relazione, cosicché ancor più si può affermare che nessuno ha un cervello uguale a quello di un altro.

Secondo fattore, corroborato dal precedente, è il resistente pregiudizio che esista uno sviluppo neuropsichico «normale», in quanto dettato dalla genetica, e che, se si constatano devianze evidenti, queste dovrebbero avere una causa. In tal modo a lungo si sono ignorate le piccole e le singole differenze, focalizzandosi soltanto sulle grosse devianze statistiche: ecco la «patologia», ove il termine, preso a prestito impropriamente dalla medicina, sottintende che una causa abbia prodotto quanto osservato, e che questo, qualora sia palesemente disfunzionale, debba corrispondere a quanto espresso dal concetto di malattia, o di trauma o menomazione. Al contrario per lo sviluppo neuromentale, in conseguenza della sua genesi come sopra accennato, abbiamo un *continuum* tra un'organizzazione ottimale e all'altro estremo una grave disfunzionalità, dovute entrambe al tipo di «costruzione» con la quale si sono costruiti (Imbasciati, 2006b) quel cervello e quella mente. Questo implica che non si possa parlare di «una» causa di qualche caratteristica riscontrata: si tratta sempre di una miriade di fattori combinati.

Cornice a quanto sopra – terzo fattore – perdura un organicismo dominante, malgrado le attuali scoperte sulla genesi esperienziale dell'apparato neuropsichico: tale concezione è corroborata dalla conseguente comodità di adagiarsi su una dicotomia del concetto sano/patologico, normale/anormale, mentre il riferimento a noxae esterne esime dalla considerazione della complessità con cui si viene a costruire la mente umana; ovvero il cervello individuale. Il quarto fattore, di economia emotiva dell'operatore, così

come di chiunque si trovi a fronteggiare la disfunzionalità psichica, sta nello scivolare in un mero coscienzialismo per ciò che concerne quello che si potrebbe fare se si considerasse davvero la «relazione», strutturante, come la relazione primaria delle «cure materne», o eventualmente ristrutturante, comunque sempre a livello non verbale e non consapevole, affettivo inconscio. Si tratta del perdurare di una «idea correttiva» semplicistica, per cui si crede che con messaggi verbali – coscienti – si possa correggere *a posteriori* ciò che si era strutturato primariamente, a livello inconsapevole, automatico, non verbale. Questo risulta più semplice, all'operatore (e anche ai politici dirigenti l'assistenza), più comodo della dovuta considerazione per un lavoro preventivo, agente a livello affettivo, costruttivo e ricostruttivo, molto più lungo e molto più complesso. Tale coscienzialismo trova il suo corrispettivo in un evitamento (si può dire inconscio) del considerare che l'apprendimento, quale sopra precisato come strutturante l'apparato neuromentale, è ben lungi dal comune senso adultistico che si dà al termine: è un apprendimento inconsapevole e comunque non verbale, che va a finire sulla memoria implicita. D'altra parte i più recenti studi in proposito sull'apprendimento indicano che non si «imparano» contenuti, bensì modi di funzionamento neuromentale (Beebe, Lachmann, 2002).

Infine, quinto fattore, agente purtroppo anche nel caso che i primi quattro vengano ridotti o superati, è il pregiudizio che il cervello, lo sviluppo neuromentale, poco o nulla incida sullo sviluppo fisico, e su eventuali malattie organiche esogene intervenienti: ovvero si ignora la psicosomatica. La costruzione dell'organizzazione funzionale cervello-mente influisce invece, tanto più quanto più in età precoce, su tutti i processi somatici, di crescita e di funzionamento di organi, e regola la vulnerabilità o la resistenza agli agenti esogeni. Nel neonato evidenti sono le manifestazioni somatiche di eventuali disfunzionalità (o patologie) psichiche, da intendersi come segnale somatico di un disagio psichico ignorato.

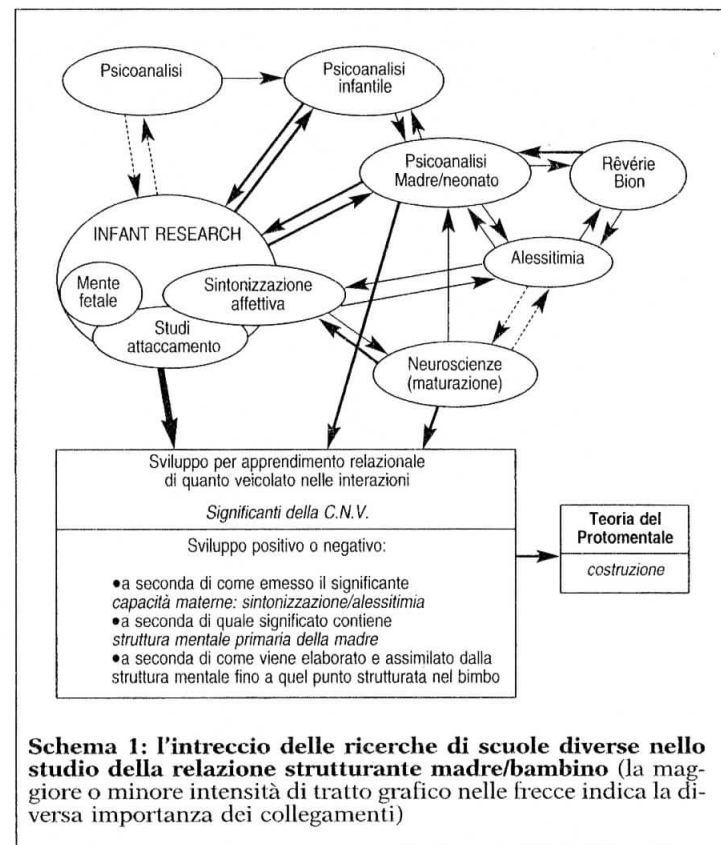
Tutto quanto sopra descritto si struttura nel cervello del bimbo, e forma la sua base neuromentale, a seguito di apprendimenti mediati da relazioni: ovvero non è l'esperienza in sé, come situazione esterna attraversata dal bimbo, che viene appresa, bensì quanto viene elaborato dalla men-

te neonatale nel dialogo non verbale che accade coi *caregivers*, e da come pertanto funziona la mente di costoro in tale dialogo. Dialogo o pseudodialogo, come le ricerche hanno dimostrato, che può essere positivamente strutturante, come destrutturante, destrutturante, patogeno per lo sviluppo del bimbo. Di qui l'attenzione ai genitori (o *caregivers*), a come è strutturata e come funziona la loro mente: un loro funzionamento ottimale, funzionale quindi allo sviluppo del bimbo, piuttosto che patogeno determinerà la sorte dello sviluppo del bambino. Per curare i bambini, allora, occorre curarsi dei genitori.

Illustri studiosi, nelle ricerche sperimentali degli ultimi trent'anni, hanno dimostrato come in tutte le interazioni madre/neonato, e poi bimbo/*caregiver* venga veicolato un insieme di informazioni, reciproche, che costituiscono il dialogo (o pseudodialogo) che costruisce l'apparato neuropsichico del bimbo (Stern, 1987; Stern & coll., 2007, 2008; Schore, 2003a,b; Cena, Imbasciati, 2009b; Imbasciati, 2010a,b; Imbasciati, Cena, 2010; Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010). In base a tali studi abbiamo oggi una grande messe di conoscenze su che cosa consista tale dialogo non verbale, salutare o patogeno che sia, che avviene sempre e comunque tra bimbo e *caregiver*: gli studi sperimentali sulla comunicazione non verbale hanno suffragato e dettagliato la realtà fisica, neurale, e psichica di ciò che passa in tale dialogo, al di sotto della coscienza dei protagonisti, confermando quanto osservato dalle Scuole cliniche, sia quelle derivate da Bowlby – quelle della Ainsworth (1969), della Main (1991), della Crittenden (2008) –, sia quelle psicoanalitiche (Vallino, 1998, 2002, 2004, 2009). La relazione, pertanto, è tutt'altro che un surplus di agio, come spesso si intende in ambito sanitario, ma un vero presidio preventivo e terapeutico, indispensabile al pari e più di quanto non sia l'asepsi in chirurgia e i farmaci o l'alimentazione in medicina. Lo sviluppo fisico e neuropsichico dell'individuo dipende dal cervello e la *costruzione* di questo dalla strutturazione avvenuta nell'accudimento.

Allo scopo di visualizzare l'intreccio dei vari fattori che generano lo sviluppo, nonché il loro effetto transgenerazionale presentiamo uno schema già da noi usato (Imbasciati, 2010a). A scopo didattico, onde evitare i pericolosi riduzionismi che spesso operano nella prassi a proposito di

termini e concetti abusati, quali «relazione» e «cure materne», possiamo utilizzare lo schema e le due tabelle già da me altrove utilizzate (Imbasciati, Cena, 2010) e che qui ripresento, avvertendo della loro estrema, in questa sede necessaria, sinteticità. [Schema 1 e Tab. 2, 3]



Cosa si intende per RELAZIONE?

*Insieme di messaggi non verbali inconsapevoli che intercorrono fra due strutture mentali.
Corrisponde a elaborazioni mentali del cervello emotivo, con prevalenza corticale destra, in diretta connessione con l'asse ipotalamo ipofisario e il S.N.V.
Effetti psicosomatici.*

Quali sono gli EFFETTI?

Positivi o negativi a seconda della capacità strutturante, piuttosto che destrutturante e confusiva, di ciò che intercorre nel dialogo (o pseudo-dialogo), rispetto alla costruzione (o decostruzione) delle strutture mentali dei due dialoganti.

Tab. 2: la «relazione»

COSA SONO LE CURE MATERNE

- Significati veicolati dai significanti emessi dalla madre
- Correlati alla struttura psichica primaria della mente materna
- Modulati dalle capacità della mente materna di sintonizzare (réverie) coi messaggi emessi dal bimbo
- Assimilabili dalla mente neonatale a costruire la struttura mentale primaria del bimbo

NON CONSISTONO NELLE CURE E PREMURE FISICHE, NE NELLA PRESENZA ASSIDUA

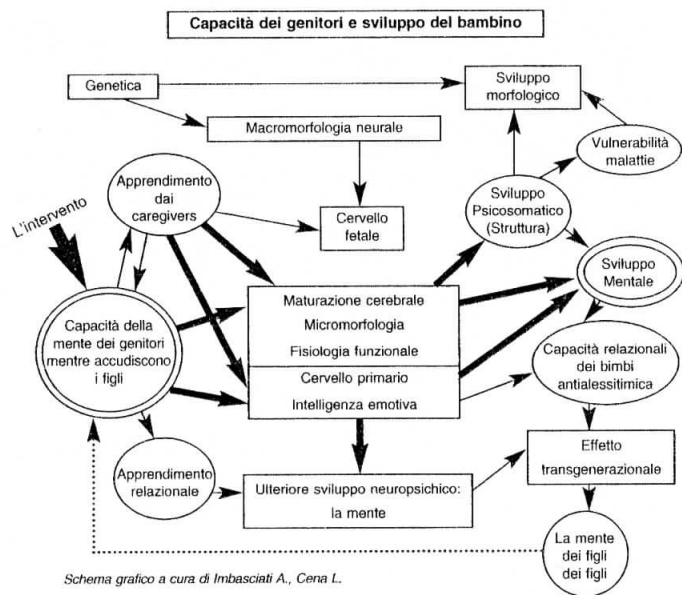
EFFETTI

Positivi nella misura in cui i significanti emessi dalla madre corrispondono a significati precisi e gli uni e gli altri costituiscono risposte adeguate (vero dialogo e non pseudo-dialogo) rispetto ai significanti e significati emessi dal bimbo, ad un livello di elaborazione compatibile con la capacità di assimilazione ed elaborazione in quel momento in atto nella funzionalità della mente neonatale

Negativi nella misura in cui i significati materni non hanno corrispondenza precisa con rispettivi significati, non costituiscono risposta adeguata ai significati espressi dal neonato (significanti non compresi) e non sono assimilabili dalle capacità mentali del neonato in quel momento

Tab. 3: le «cure materne»

Veniamo ora al fulcro del presente lavoro. Poiché la strutturazione o meglio la costruzione del sistema neuromentale del bimbo può realizzarsi in senso positivo piuttosto che negativo, e in tal caso a rischio per i bambini, in funzione delle capacità della mente dei genitori di trasmettere nelle interazioni messaggi strutturanti piuttosto che destrutturanti, un eventuale intervento terapeutico o meglio preventivo nei confronti dei bambini a rischio, non può che rivolgersi alla mente dei genitori; o meglio al funzionamento (ricordiamo: emotivo, automatico, inconsapevole) del loro apparato mentale mentre accudiscono ai loro bambini.



Schema grafico a cura di Imbasciati A., Cena L.

Fig. 4: l'intervento (la maggiore o minore intensità del tratto grafico delle frecce indica la diversa importanza dei collegamenti)

Abbiamo all'uopo approntato la fig. 4, ove chiaramente è indicato il punto di intervento [fig. 4]: ciò a sfatare il tenace pregiudizio che, laddove si riscontri un bimbo in difficoltà di sviluppo, su di esso si possa agire. È questo il pregiudizio corroborato dalla tradizione medica, che identifica il «malato» come entità separata dal suo contesto. Il contesto relazionale è il vero punto di intervento in campo psichico. L'attenzione dell'operatore non può essere sul bimbo, ma sulla relazione che si svolge coi suoi genitori, o meglio che i genitori, con le loro capacità psichiche, adeguate o inadeguate, modulano in bene o in male col loro bimbo. In questa direzione va indirizzata l'attenzione dei genitori: non hanno senso le loro domande, come negli esempi prima riportati, focalizzate sul bimbo, sulla base di presupposti scientificamente infondati.

E infine, poiché i bimbi a rischio non possono certo notificarci le loro difficoltà, e spesso neppure i loro genitori,

che, anzi, sono di solito sordi e ciechi di fronte ai deficit finché questi non diventano macroscopici – e allora è troppo tardi –, occorre un'opera assistenziale di prevenzione: occorrerebbe uno screening preventivo per tutte le coppie con bimbi piccoli, e comunque una campagna promozionale informativa che depotenziasse il senso di colpa dei genitori. È infatti un latente occulto senso di colpa dei genitori che impedisce loro di vedere quando la relazione col bimbo non va bene: tale senso di colpa procede dal riduttivismo coscientista per cui si vivono le proprie capacità mentali come fossero coscienti e controllabili con una cosciente responsabilità; si ignora, o meglio non si «vuol» conoscere, che la mente umana è essenzialmente inconscia, strutturata ormai nel cervello di ogni individuo, nelle sue funzioni emozionali del tutto occulte al soggetto stesso. Un tale compito non è certo facile per gli operatori, spesso essi stessi soggiacenti alle medesime misconosciute remore di colpa.

Ecco allora il senso del titolo di questo articolo: curare i bambini curando i genitori. Occorre curare i genitori, nel senso con cui si dice curare i bambini, in un certo senso «badare» o accudire i genitori, per aiutarli a vedere i loro limiti, cosicché essi possano farsi aiutare da operatori competenti (si può sperare di formarli?) a capire il tipo di relazione che sta strutturando il cervello del proprio bimbo.

Una tal cura dei genitori non può certo consistere in una serie di precetti e prescrizioni: questo sarebbe lo «scivolamento» nel coscientismo correttivo di cui sopra. Occorre un lavoro che abbia un minimo di incidenza sulla struttura emozionale dei genitori: a livello neurale potremmo parlare di memoria implicita, a livello psicoanalitico di strutture affettive. Occorre un servizio di consultazione supportava, sia in sede di screening (i genitori, come dicevo, sono gli ultimi a rendersi conto delle anomalie psichiche), sia poi psicoterapeutica, per i genitori dei bambini che si rivelano a rischio. Gli strumenti per una tale opera di assistenza vi sono, attualmente sempre più numerosi, derivati da vari incroci tra le tecniche psicoanalitiche (Vallino, 2009; Emde, 1991) e quelle derivate dagli sviluppi della teoria dell'attaccamento (Ainsworth & coll., 1978; Carneiro & coll., 2006; Fivaz-Depeursinge & coll., 1999; Favez & coll., 2006a,b; Sameroff & coll., 2004; Crittenden, 2008). Pro-

blematico si presenta invece in Italia la realizzazione di simili servizi, soprattutto per la formazione degli operatori e comunque per gli investimenti finanziari. D'altra parte prevenire costa sempre, alla lunga, meno che il cercare di curare dopo. Notiamo che il problema in causa ha una ricaduta transgenerazionale (Imbasciati, 2010a; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011). Occorrerebbe infine al proposito una sensibilizzazione della cultura corrente: in questo senso appare meno difficile focalizzarsi, per simili servizi, sulla perinatalità. Nel periodo perinatale, gravidanza, parto, primo accudimento e sviluppo del piccolo, sia i genitori sia l'entourage sociale sono molto sensibili a ciò che potrebbe accadere nello sviluppo del bimbo. Un tale tipo di assistenza presuppone la fondazione, la promozione e la diffusione di un'adeguata Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007, 2011).

Bibliografia

- AINSWORTH M.D.S., & WITTIG B.A. (1969), Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In: B.M. Foss (ed.), *Determinants of infant behaviour*. Methuen, London.
- AINSWORTH M.D.S., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S. (1978), *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*. Elbaum, Hillsdale.
- BION W.R. (1962), *Learning from experience*. Heinemann, London.
- BEEBE B., LACHMANN F.M. (2002), *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*. The Analytic Press, Hillsdale, NY.
- CARNEIRO C., CORBOZ-WARNERY A., FIVAZ-DEPEURSINGE E. (2006), The Prenatal Lausanne Trilogue Play: a new observational assessment tool of the Prenatal Co-Parenting Alliance. *Infant Mental Health Journal*, 27(2), 207-228.
- CENA L., IMBASCIATI A. (2009a), Strumenti in Psicologia Clinica Perinatale: il Care-Index per una valutazione della qualità della relazione primaria. *Psychofenia*, XII (20), 151-172.
- CENA L., IMBASCIATI A. (2009b), Come valutare le cure materne nello sviluppo del futuro individuo. 1: *Nascere*, 107, 25-30, 2: *Nascere*, 108, 26-34.
- CENA L., IMBASCIATI A., BALDONI F. (2010), *La relazione genitori/bambino*. Springer Verlag, Milano.
- CRITTENDEN P.M. (2008), Il modello dinamico-maturativo dell'at-

taccamento. Cortina, Milano.

- EMDE R.N. (1991), Positive emotions for psychoanalytic theory: surprises from infancy research and new direction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29 (suppl.), 5-44.
- FAVEZ N., FRASCAROLO F., CARNEIRO C., MONTFORT V., CORBOZ-WARNERY A., FIVAZ-DEPEURSINGE E. (2006a), The development of the family alliance from the pregnancy to toddlerhood and children outcomes at 18 months. *Infant and Child Development*, 15, 59-73.
- FAVEZ N., FRASCAROLO F., FIVAZ-DEPEURSINGE E. (2006b), Family alliance stability and change from pregnancy to toddlerhood and marital correlates. *Swiss Journal of Psychology*, 65(4), 213-220.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E., CORBOZ-WARNERY A. (1999), The primary triangle. Basic Books, New York. [Tr. it. *Il triangolo primario*, Raffaello Cortina, Milano, 2001].
- IMBASCIATI A. (2006a), *Il sistema Protomentale. Psicoanalisi cognitiva. Origini, Costruzione e Funzionamento della Mente*. LED Edizioni, Milano.
- IMBASCIATI A. (2006b), *Constructing a mind. A new base for psychoanalytic Theory*. Brunner-Routledge, London.
- IMBASCIATI A. (2008), Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere*, XXXV, 4-14.
- IMBASCIATI A. (2010a), La comunicazione affettiva: alle origini dello sviluppo neuromentale del bambino. *Nascere*, 2, 4-12.
- IMBASCIATI A. (2010b), Qualche interrogativo sulle talking cure. *Psichiatria e Psicoterapia*, n. 4, 1-21.
- IMBASCIATI A., BUIZZA C. (2011), *L'emozione sessuale. Psicoanalisi e neuropsicofisiologia di un'emozione negata*. Liguori, Napoli, vol. pp. 308.
- IMBASCIATI A., CENA L. (2008), Le cure materne in una prospettiva transgenerazionale. *Nascere*, XXXVI, 4-15.
- IMBASCIATI A., CENA L. (2010), *Il bambino e i suoi Care-Givers*. Borla, Roma.
- IMBASCIATI A., DABRASSI F., CENA L. (2007), *Psicologia clinica perinatale*. Piccin, Padova.
- IMBASCIATI A., DABRASSI F., CENA L. (2011), *Sviluppo perinatale e sviluppo dell'individuo*. Express Edizioni, Torino.
- MAIN M. (1991), Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment. In Parkes C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P., *Attachment across life cycle*. Routledge, London.
- SAMEROFF A.J., McDONOUGH S.C., ROSENBLUM K.L. (Eds) (2004), *Treating parent-infant relationship problems: strategies for intervention*. The Guilford Press, New York.
- SCHORE A.N. (2003a), *Affect dysregulation and the disorders of the*

- Self*. Norton & Company Ltd, New York.
- SCHORE A.N. (2003b), *Affect regulation and the repair of the Self*. Norton & Company Ltd, New York.
- STERN D. (1987), *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York.
- STERN D. & BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2007), The foundational level of psychodynamic meaning. *Int.J.Psychoanal.* 88:843-860.
- STERN D. & BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2008), Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and the reflective verbal domains. *Psychoanal Dialog* 18:125-202.
- VALLINO D. (1998), *Raccontami una storia. Dalla consultazione all'analisi dei bambini*. Borla, Roma.
- 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.