

7. Un “Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale”: formazione, prevenzione e interventi precoci a tutela e promozione della salute fisica e mentale della madre-bambino-padre, coppia, famiglia

di Loredana Cena, Antonio Imbasciati, Gaetano Chirico

7.1. Un “Osservatorio” di Psicologia Clinica Perinatale

La Psicologia Clinica Perinatale si è formata progressivamente dagli anni '90 come area di ricerca specialistica della Psicologia Clinica e con questa denominazione si è organizzata presso la cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia, come studio interdisciplinare che ha integrato nel quadro metodologico della Psicologia Clinica le molteplici discipline sanitarie e sociali che si occupano della perinatalità: prima, durante, dopo la nascita e nei primi tempi di vita di un nuovo individuo. Concorrono pertanto nel quadro della Psicologia Clinica Perinatale le Scienze Ostetriche, l'Ostetricia-Ginecologia, la Neonatologia, la Pediatria, la Neuropsichiatria Infantile, le Scienze Infermieristiche, l'Assistenza Sanitaria, l'Assistenza Sociale, le scienze dell'Educazione ed altre professioni sanitarie, educative e sociali.

Le ricerche cliniche e sperimentali delle scienze psicologiche nell'area dell'Infant Research e in quella delle Neuroscienze hanno dimostrato come il cervello umano, solo in minima parte maturi per il genoma, in epoca embrionale e fetale, mentre, dalla nascita ma già negli ultimi mesi della gravidanza, viene ad essere “costruito”: in progressive reti neurali che si generano per le esperienze interpersonali (anche intrauterine) del bimbo e del fanciullo. Tale costruzione, verso una ottimalità piuttosto che verso la patologia, dipende dalla qualità della comunicazione non verbale che intercorre con i caregiver e tale qualità dipende dalla struttura neuromentale dei medesimi, nonché dalla possibilità che questi possano interagire e accudire adeguatamente il bimbo (*infant care*). La qualità della struttura neuromentale che viene a costruirsi nel cervello nei primi due anni di vita costituisce inoltre la matrice (cfr. cap. 2) determinante e fondamentale per la qualità della costruzione di ogni ulteriore sviluppo del cervello: di qui l'importan-

za dell'epoca perinatale. Per le suddette ragioni la Psicologia Clinica Perinatale ha per suo oggetto di studio la coppia che genera e può generare un bambino, le vicende che precedono e seguono il progetto della filiazione, lo sviluppo del bambino nei primi anni di vita: obiettivo è la prevenzione delle possibili carenze della dotazione neuromentale genitoriale, nonché dell'ambiente, nella loro funzione di generatori della struttura neuromentale del neonato, del bimbo e del futuro individuo. Una tale prevenzione si esplica a livello di una adeguata assistenza alla coppia, al bambino e alla famiglia.

Centrale è uno studio per l'organizzazione di una formazione multidisciplinare dei professionisti della nascita, sanitari e psicosociali, affinché possano declinare le loro competenze nelle modalità di aiuto più efficaci per ogni coppia (cfr. cap. 2.4).

L'interesse degli psicologi operanti nella Facoltà di Medicina dell'Università di Brescia per i bambini e le loro famiglie ha una lunga storia, che risale alle pubblicazioni con il Direttore della sezione, o allora "Istituto" (prof. Imbasciati), sulla vita psichica primaria, le sue espressioni protomentali e la formazione della mente a cominciare dal feto, dagli anni '80/'90 in avanti (cfr. www.imbasciati.it). La ricerca in Psicologia Clinica Perinatale nella Università di Brescia, prima nel Dipartimento Materno Infantile, successivamente dal 2010 nel Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, è proseguita con la collaborazione degli Spedali Civili di Brescia, in particolare con il reparto UOTIN del Prof. Gaetano Chirico.

In questi ultimi anni nel Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali della Università di Brescia è stato istituito un "Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale"¹ che si propone come centro autorizzato di studi e ricerche sulla perinatalità, in cui possono confluire e confrontarsi i contributi di professionisti e studiosi che a vario titolo e con approcci diversi si occupano di clinica perinatale: si è costituita una rete di collaborazioni multidisciplinari e progetti di ricerca clinica e sperimentale, in una sinergia di intenti per la prevenzione e la promozione della salute mentale della donna, della coppia, del bambino, della famiglia.

1. Istituito con delibera 8/03/2016 del Consiglio del Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali della Università di Brescia. *Direzione Scientifica*: Prof. Antonio Imbasciati, Professore Emerito di Psicologia Clinica, Università di Brescia; Prof. Gaetano Chirico, Direttore UOTIN Spedali Civili, Brescia; Prof.ssa Loredana Cena, Professore Associato di Psicologia Clinica, DSCS, Università di Brescia. *Collaborazioni scientifiche nazionali e internazionali*. *Programmazione e organizzazione*: Dott.ssa Tralli Nella, Psicologa, Collaboratrice DSCS, Università di Brescia; Dott.ssa Nodari Luisella, Psicologa, Collaboratrice DSCS, Università di Brescia; Staff: Dott.ssa Alice Trainini, Dott.ssa Silvia Lazzaroni, Dott.ssa Marianna Zoli.

7.2. Il progetto dell'Osservatorio: "Prevenzione e interventi precoci in Psicologia Clinica Perinatale per la sofferenza psichica e le psicopatologie della perinatalità a tutela e promozione della salute fisica e mentale della madre-bambino-padre, coppia, famiglia"

Finalità dell'"Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale" sono: sviluppare progetti di ricerca, formazione, prevenzione e intervento.

La progettualità generativa e genitoriale e l'acquisizione delle capacità psichiche necessarie alla coppia genitoriale per garantire la salute, fisica e mentale del proprio figlio sono tra le tematiche di rilevante interesse: "*transition to parenthood*", concepimento, vicende della gestazione, parto/nascita, puerperio, allattamento, accudimento neonatale, sviluppo fisico e neuropsichico del bambino nei primi anni di vita.

I primi mille giorni di vita (dal concepimento) sono considerati dalla ricerca neuroscientifica attuale il periodo di maggiore criticità evolutiva nel ciclo di vita di un individuo, la cui qualità le neuroscienze hanno dimostrato determinante per il successivo sviluppo. La ricerca che ne deriva è rivolta alla triade madre-bambino-padre, all'insieme relazionale che li lega e al suo evolversi dall'epoca prenatale.

Tale ricerca, collocata nel collettivo costituito dall'organizzazione di servizi istituiti e istituendi per proteggere e sostenere il percorso di nascita e crescita, genitoriale e infantile, nonché nel più vasto contesto culturale e sociale, è rivolta a promuovere una assistenza adeguata a garantire le future generazioni. I recenti mutamenti economico-sociali e antropologico-culturali hanno consentito la diffusione di nuove strutture familiari e modalità diversificate di assunzione del ruolo genitoriale, e di sempre più articolati percorsi della filiazione (procreazione medicalmente assistita, prematurità, differenti condizioni di accudimento ecc.), cosicché gli aspetti connessi alla perinatalità psichica implicano processi sempre più complessi.

In specifico il progetto dell'Osservatorio "*Prevenzione e Interventi precoci in Psicologia Clinica Perinatale per la sofferenza psichica e le psicopatologie della perinatalità a tutela e promozione della salute fisica e mentale della madre-bambino-padre, coppia, famiglia*" è declinato e articolato in diversificati e multidisciplinari programmi di: ricerca, prevenzione, intervento e formazione degli operatori. È rivolto a tutte le figure dell'assistenza alla perinatalità che condividono obiettivi e finalità del presente progetto.

Obiettivi perseguiti sono:

- studiare e approfondire tematiche relative alla Psicologia Clinica Perinatale;
- sensibilizzare attraverso screening donne, coppie e famiglie individuandone i fattori di rischio per le psicopatologie della perinatalità;

- prevenire la sofferenza psichica e il rischio di psicopatologie perinatali, attraverso programmi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria;
- attivare interventi precoci volti ad alleviare la sofferenza psichica genitoriale e del bimbo, supportando le possibili carenze della dotazione neuromentale genitoriale, nonché dell'ambiente, nella loro funzione di generatori della struttura neuromentale del neonato, del bimbo e del futuro individuo;
- promuovere una adeguata cultura della perinatalità e interventi psicosociali di dimostrata efficacia per ridurre il disagio nella donna, coppia, bambino, famiglia e nelle loro reciproche relazioni;
- organizzare percorsi di formazione multidisciplinare per gli operatori socio-sanitari della perinatalità;
- favorire la sinergia fra tutti i professionisti delle strutture assistenziali coinvolte nelle problematiche della perinatalità: istituti di ricerca nazionali e internazionali, dipartimenti materno-infantili, di salute mentale, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, professionisti socio-sanitari, per la realizzazione di progetti su scala nazionale ed internazionale e una rete di servizi sul territorio.

La pianificazione del suddetto progetto dovrà svilupparsi attraverso convenzioni, accordi e contratti con soggetti pubblici o privati, nazionali ed internazionali.

7.3. La formazione di professionisti della perinatalità

Dagli anni '90 vengono organizzati secondo le finalità sopradescritte corsi di formazione multidisciplinare attraverso seminari nazionali e internazionali e corsi di aggiornamento per tutti i professionisti della nascita, sanitari e psicosociali, affinché possano declinare le loro competenze nelle modalità di aiuto più efficaci per ogni donna, coppia, bambino, famiglia.

Dal 2012, nel maturato intento di promuovere in Italia un'adeguata e aggiornata cultura scientifica della perinatalità verso tutti gli operatori che a vario titolo si occupano di nascita, neonati, bimbi e famiglie, centrata soprattutto sulle novità introdotte nel campo delle Neuroscienze su come viene a costruirsi il cervello e le sue funzioni (= funzionamento mentale individuale del mindbrain – cfr. cap. 1), sono stati organizzati dall'Osservatorio corsi di “Perfezionamento” post laurea, intitolati alla Psicologia Clinica Perinatale, strutturati ogni anno in sei moduli multidisciplinari in un periodo da aprile a novembre, ognuno di 8 ore. Docenti del Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, ricercatori e scienziati di università nazionali e internazionali costituiscono il corpus degli insegnamenti integrati dei moduli didattici dei corsi, rivolti agli operatori della perinatalità: psicologi, pediatri,

neonatologi, neuropsichiatri infantili, ginecologi, psicoterapeuti, ostetriche, puericultrici, infermieri, fisioterapisti, terapisti della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, assistenti sociali, assistenti sanitari, educatori.

Nei seminari nazionali e internazionali, nei corsi di aggiornamento e di perfezionamento post laurea vengono sviluppate tematiche finalizzate alla tutela della salute fisica e mentale, prevenzione e cura di psicopatologie nella madre/bambino/padre, coppia, famiglia, che possono insorgere anche a lungo termine, dalle loro radici primarie risalenti alle condizioni biopsicosociali della perinatalità. La salute fisica e mentale e il benessere nella perinatalità riguardano sia i genitori che i neonati e i bambini. Le proposte formative sono pianificate nel quadro di molteplici argomentazioni scientifiche di competenza della Psicologia Clinica Perinatale. Le tematiche affrontano, secondo una modalità multidisciplinare, la complessità dei processi di sviluppo del feto, del neonato e del bambino considerato nei suoi aspetti psicobiologici e relazionali.

L'individualità del feto/neonato/bimbo si sviluppa, fisicamente e psichicamente, in funzione della qualità della relazione con i suoi genitori. La mente dell'essere umano si costruisce progressivamente, a cominciare dal feto, attraverso le reti neurali che si formano per l'elaborazione delle afferenze provenienti dall'ambiente, ma soprattutto dalle comunicazioni inerenti le relazioni interumane. La qualità della mente ha le sue radici nella struttura primaria del cervello che si forma durante il periodo perinatale (nei primi mille giorni di vita) in funzione della qualità delle capacità genitoriali e della possibilità di esplicitarle. Di qui l'importanza di un'assistenza per i genitori e le famiglie a rischio, per circostanze ambientali e/o per la qualità delle strutture psichiche genitoriali. Il periodo perinatale di un bambino è indissolubilmente legato, forse determinato, dalla maturità psichica che avviene, o avrebbe dovuto avvenire, nella struttura mentale dei suoi genitori: si può dunque considerare, e studiare, una perinatalità psichica come caratteristica fondamentale dei genitori, condizionante nel suo evolversi il futuro del bimbo e dell'intera sua famiglia, nella prospettiva della tutela della salute mentale perinatale e di quella futura. Tale "perinatalità" si struttura progressivamente nella mente di ogni membro della coppia genitoriale durante il periodo della gestazione, ma anche già da prima, a partire dalla progettualità generativa che aveva motivato consapevolmente o inconsapevolmente il desiderio di un figlio. La qualità di tale perinatalità modula la struttura neuromentale dei genitori e del bimbo. I processi psichici sottesi alla filiazione sono costituiti dai vissuti intrapsichici dei futuri genitori, oltre che essere collegati al contesto sociale e culturale. La perinatalità psichica viene pertanto a collocarsi in una prospettiva ampia, che implica aspetti intrapsichici, interpersonali, relazionali, sociali e transgenerazionali.

Nei seminari nazionali e internazionali, nei corsi di aggiornamento e di perfezionamento post laurea del nostro Osservatorio le tematiche vengono trattate in percorsi integrati secondo la prospettiva di molteplici discipline: Psicologia Clinica, Psicosomatica, Psicoanalisi, Ostetricia, Ginecologia, Malattie Infettive, Neonatologia, Patologia Neonatale, Neuroscienze, Neuroscienze dello sviluppo, Psicologia dello Sviluppo, Pediatria, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria, in un percorso integrato.

Gli obiettivi formativi specifici dei diversificati percorsi propongono di fornire le basi teoriche e cliniche per la formazione di professionisti in grado di affrontare le problematiche specifiche della perinatalità: a) aggiornamento teorico-clinico in Psicologia Clinica Perinatale per la promozione della Salute e del Benessere (active and healthy aging); b) approfondimento di strumenti clinici specifici della perinatalità e di competenze specialistiche in riferimento alla coppia, alla famiglia e allo sviluppo del bambino nei suoi primi anni di vita; c) promozione di un'attenzione specifica alle dinamiche delle interazioni precoci genitore-bambino, attraverso un confronto e integrazione di competenze, in ordine alla valutazione di indicatori perinatali di rischio e di protezione per la tutela della salute mentale; d) promozione di una cultura perinatale multidisciplinare condivisa in riferimento alle nuove conoscenze scientifiche e integrazione delle diverse competenze professionali che operano nell'ambito della perinatalità.

7.4. Studi e ricerche

L'Osservatorio promuove programmi di ricerca multidisciplinare intrauniversitari (dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali e altri dipartimenti dell'Università di Brescia) e interuniversitari (università nazionali e internazionali). La condivisione e pianificazione dei programmi di screening, dei disegni della ricerca clinica e sperimentale e delle procedure operative, si stanno sviluppando in collaborazione con unità operative del territorio bresciano e nazionale, attraverso una rete costituita dagli operatori formati e coinvolti nell'organizzazione dei servizi della perinatalità; sono state stipulate convenzioni con enti di ricerca nazionali e internazionali (Istituto Superiore della Sanità, università italiane e internazionali ecc.) per una collaborazione al fine di contribuire a costruire una rete di servizi sul territorio, per l'organizzazione di progetti estensibili a livello nazionale ed internazionale. Vengono progressivamente identificate aree di interesse comune con tali enti e le "Unità Operative Territoriali" attraverso un approccio multidisciplinare alle problematiche relative alla perinatalità. I programmi di ricerca sono orientati al potenziamento della rete con gli operatori coinvolti nei percorsi nascita/crescita del bambino: servizi assistenziali,

dipartimenti materno-infantili, ambulatori pediatrici, con una attenzione alle reti sociali di supporto alla donna, coppia, famiglia in particolare alla relazione madre-bambino-padre.

Nel quadro dei programmi di ricerca confluiscono contributi ostetrici, ginecologici, neonatologici, pediatrici, neuropsichiatrici infantili, di assistenza sociale, sanitaria, educativa. Da tali professionisti possono essere sviluppate specifiche aree attinenti una assistenza ai genitori, anche futuri, nell'intento di prevenire le patologie, nonché di assicurare che la catena transgenerazionale (per cui la qualità genitoriale, buona o meno buona o patogena, determina la costruzione, ottimale o deficitaria del cervello del bimbo) possa prevenire deficit e problematiche nello sviluppo psichico, sociale e fisico delle future generazioni, e possa pertanto migliorarle piuttosto che perpetuarne o peggiorarne le condizioni.

Gli sviluppi della ricerca possono contribuire ad orientare e organizzare, come già in altri Paesi, adeguati servizi assistenziali attraverso il relativo personale sanitario e psico-sociale precedentemente formato.

Sono stati attivati progetti di screening al rischio di psicopatologie della perinatalità per consentire di trattare eventuali soggetti individuati e affetti da disagio e sofferenza psichica, con interventi precoci psicoeducativi e psicoterapeutici per una adeguata assistenza alla donna, coppia, bambino, famiglia e alle loro relazioni attraverso il supporto allo sviluppo infantile nel periodo dei primi mille giorni di vita in una sinergia fra i professionisti dei servizi assistenziali socio-sanitari. Vengono effettuate consulenze in merito alle procedure operative trasversali alle unità operative del territorio che sono coinvolte nei progetti di ricerca e intervento, alle metodologie e alla valutazione degli esiti nella pratica degli interventi.

Nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi studi e ricerche, di cui riportiamo brevemente gli estremi, che hanno scandito e documentato i percorsi da noi intrapresi.

7.4.1. *La vita psichica primaria. Affetto e cognizione nell'infante*

Le ricerche degli anni '90, prima formalizzazione della Psicologia Clinica Perinatale, confluirono in un seminario internazionale con l'università di Ginevra, sono state raccolte nel volume *La vita psichica primaria. Affetto e cognizione nell'infante* (Imbasciati, Cena, 1991). Gli indirizzi della Psicologia Evolutiva convergenti nell'interesse precipuo di studi centrati, sia pure attraverso metodi e approcci diversi a seconda delle varie Scuole, sullo sviluppo dei primi anni di vita dell'essere umano, hanno visto le nostre osservazioni in Psicologia Clinica Perinatale orientate alla prima infanzia e alla vita intrauterina. Le moderne tecniche diagnostiche effettuabili duran-

te la gravidanza (in primis l'ecografia) hanno apportato grande incremento a tali studi. Ciò che si è strutturato, come schema funzionale di base, nella mente del neonato, e prima ancora del feto, costituisce una condizione di estrema importanza nel determinare come avverrà tutto lo sviluppo successivo. Tale sviluppo non è determinato da un'automatica maturazione neurobiologica², ancorché questa necessiti, ma da un'acquisizione progressiva di strutture funzionali, che si costituiscono a seconda dell'esperienza e di come questa viene elaborata dall'incipiente sistema mente. Le esperienze dei primissimi anni della vita condizionano, dunque, il modo in cui le esperienze successive saranno elaborate e strutturate a costituire quella struttura, appunto, che è stata indicata globalmente con vari termini e concetti (intelligenza, personalità, carattere, psiche ecc.), che oggi tende ad essere denominata con il più generale termine di "mente". In letteratura numerosi sono gli studi sullo sviluppo primario della mente, che indicano come i processi psichici individuati possono stabilizzarsi come strutture funzionali di base, prescindono ovviamente dalla dimensione soggettiva cosciente e si rivelano con aspetti che sono stati indicati in termini di affetti. Questa caratteristica ha fatto sì che le Scuole psicoanalitiche si occupassero della vita psichica primaria e le nostre ricerche in questa direzione. Altre scuole psicologiche con diverso approccio si sono occupate dello sviluppo mentale dei bambini molto piccoli: da qui la nostra collaborazione con la scuola di Ginevra e con la prof.ssa Schmid Kitziakis e la suddetta pubblicazione con i contributi di tale cooperazione.

Altri studi di impronta behaviorista e poi etologica, nonché quelli delle scuole cognitive, hanno focalizzato gli aspetti cognitivi dei processi primari. I due aspetti affettivo e cognitivo sono due facce degli stessi fenomeni: la differenza dipende dal punto di vista metodologico-teorico con cui si osservano. I processi psichici primari servono all'infante per la sua prima cognizione del mondo, per quanto egli possa, e sono al contempo la base dei suoi incipienti modi di sentire e di relazionarsi: sono dunque insieme cognizione e affetto. La contrapposizione tra sfera affettiva e cognitiva ha senso soltanto nella tradizionale osservazione dei processi psicologici dell'adulto. Quanto più invece si tratta di bambini, infanti, neonati, tanto più cognizione e affetti si dimostrano indistinguibili. A tale conclusione sembrano giungere gli studi più recenti, sia psicoanalitici che cognitivisti e i contributi delle nostre ricerche. Ciò malgrado, i contributi delle varie Scuole e indirizzi non sono facilmente confrontabili tra di loro. Tra questi ultimi non facili confronti furono quelli tra Freud e Piaget. La ricerca di un'integrazione tra contributi della psicologia di Piaget e la psicoanalisi è

2. Persino la capacità percettiva non viene acquisita automaticamente, bensì per apprendimenti, progressivi e gradualmente, dal feto e lungo i primi mille giorni di vita.

alquanto complessa, soprattutto metodologicamente, in riferimento ad un possibile setting integrato tra indirizzi neocognitivisti, la clinica neuropsichiatrica, infantile e fetale, e le Scuole psicoanalitiche neokleiniane. I dati emersi tra ricerche e confronti ci hanno permesso di focalizzare l'importanza sociale di una psicologia della salute, della prima infanzia e della vita perinatale. Le vicissitudini primarie costituiscono il condizionamento di partenza di tutto lo sviluppo psichico e psicosomatico: di qui la massima attenzione e cura che la società dovrebbe avere per questa epoca della vita dell'uomo e in particolare per le condizioni psicologiche in cui avvengono gravidanza, parto, allattamento, prime cure del bimbo.

7.4.2. *La “Psicologia Clinica Perinatale”*

Nelle decadi successive agli anni '90 i nostri lavori di ricerca, si sono orientati ad una sinergia di collaborazioni con le diverse figure professionali che operano nella perinatalità e sono confluiti in un *vademecum* per tutti gli addetti alla nascita, genitori in primis: *Psicologia Clinica Perinatale* (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007). La nascita di un bimbo è l'avvenimento più importante della vita di una famiglia: fin dalla gravidanza, preoccupazioni, ansie, gioie, impegni dominano l'esistenza quotidiana. Ostetriche e pediatri dispensano consigli, regole, prescrizioni, alle mamme in cerca di rassicurazione che tutto vada bene: la gravidanza ha qualcosa di insolito? Il bimbo non si muove, cosa ci si aspetta? Sarà sano? Dopo la nascita sopravvengono spesso molti disagi: il bimbo non si attacca al seno, il latte va via, mangia poco, o troppo, non dorme alle ore giuste. Qui si affannano molte mamme, e soprattutto per il sonno capita spesso che alcune, disperate per i ritmi che il neonato loro impone, invano cerchino di osservare tutte le prescrizioni e i consigli. Il fatto è che le “cure materne”, di cui tanto si parla, non possono venire soltanto dalla scrupolosa osservanza di regole: vengono dal “cuore”, spontanee nella maggior parte delle mamme, ma in alcune no. Qui allora interviene il contributo della Psicologia Clinica, dove “clinica” non significa cura di una patologia, ma entrare dentro nel mondo della relazione inconscia tra la madre e il suo bimbo: nel mondo interiore dei vissuti e delle emozioni che sfuggono a qualunque regola prescritta e ad ogni buona intenzione della mamma.

7.4.3. *I bambini e i loro caregiver. Metodi e strumenti per l'osservazione clinica della relazione e per l'intervento*

Lo sviluppo dei nostri studi si è progressivamente declinato negli anni sui contributi delle ricerche delle scienze psicologiche e neurologiche sullo

sviluppo infantile, psichico, psicosomatico e di qui anche fisico, condotte dal vertice psicoanalitico, psicologico-clinico, clinico-sperimentale e dal vertice delle neuroscienze. Lo sviluppo dei dati delle ricerche internazionali, avvalendosi di sempre nuovi set sperimentali, nonché di nuove tecnologie, come l'ecografia, la PET e altre, convergono nell'indicare l'importanza fondamentale della qualità dei primi sviluppi, fetali, neonatali e della prima infanzia, nel condizionare, forse determinare, lo sviluppo successivo: fino all'età adulta. Le diverse ricerche in letteratura hanno sempre più delineato come lo sviluppo avvenga in funzione del contesto relazionale, e da questo dipenda. Il concetto di maturazione neurologica ad oggi è fondamentalmente cambiato: la maturazione non avviene per natura, cioè per iscrizioni genetiche, ancorché da queste non prescinda, bensì per apprendimenti, e questi dipendono dal contesto relazionale. La qualità di tale contesto modula le comunicazioni preverbalì che intercorrono tra madre e bimbo, già da prima della nascita, e queste si svolgono in un "dialogo" che condiziona gli apprendimenti del bimbo, soprattutto quelli che concernono il tipo di funzionalità che acquisirà ed esplicherà la sua struttura neuromentale. La qualità di tale dialogo, ottimale o deficitario o patogeno, costruisce (Imbasciati, 2006) il suo cervello. Un neonato potrà crescere con uno sviluppo psiconeurale ottimale, piuttosto che in qualche modo deficitario, o a rischio di patologia, a seconda della qualità delle relazioni che si strutturano con la madre e gli altri care-givers. Tale "qualità" strutturerà il suo primo cervello, e con questo ogni ulteriore sviluppo. Le attuali conoscenze hanno pertanto portato all'attenzione l'importanza di una valutazione della relazione bambino/madre-caregivers ai fini di prevenire le situazioni a rischio con opportuni interventi psicoterapeutici, praticati questi, attualmente, con varie tecniche e diverse impostazioni teoriche, ma comunque centrati proprio sulla relazione. Le ricerche pubblicate nel volume *I bambini e i loro caregiver. Metodi e strumenti per l'osservazione clinica della relazione e per l'intervento* (Imbasciati, Cena, 2010) descrivono metodologie e tecniche che, nel quadro di teorie diverse, sono state sviluppate negli ultimi trent'anni per osservare, valutare, diagnosticare la situazione relazionale tra il bimbo piccolo, neonato in particolare, e chi si prende cura di lui. Queste metodologie e tecniche, elaborate per la ricerca, si sono rivelate indispensabili per impostare interventi terapeutici, nelle situazioni riconosciute patologiche, o comunque interventi preventivi per le situazioni a rischio, o anche interventi per ulteriormente migliorare la qualità della relazione e con questa il futuro individuo del bimbo. Anche tali interventi vanno effettuati nella relazione e sulla relazione: il "paziente" è la relazione, non il singolo individuo.

7.4.4. *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche della teoria dell'attaccamento*

Nel quadro degli sviluppi di una Psicologia Clinica Perinatale come da noi intesa, e nell'ottica di una integrazione tra psicoanalisi infantile e interventi clinico-sperimentali derivati dalla Teoria dell'Attaccamento, si sono strutturate collaborazioni internazionali di ricerca scientifica con Patricia Crittenden, fondatrice della IASA (International Association for the Study of Attachment), allieva di John Bowlby e di Mary Ainsworth, che ha sviluppato il suo "Modello Dinamico Maturativo" (Crittenden, 2008a). In specifico le nostre ricerche sperimentali si sono progressivamente rivolte alla nascita pretermine o con anomalie attraverso un approfondimento delle metodologie e degli strumenti della Teoria dell'Attaccamento. Gli sviluppi di una rilevazione dell'*Attaccamento-Nascita Pretermine* ha consolidato la nostra collaborazione – intrauniversitaria – tra Spedali Civili, reparto UOTIN (prof. Chirico) e – interuniversitaria – con il Dipartimento di Psicologia della Università di Bologna (prof. Baldoni) e l'Ospedale degli Infermi di Rimini, reparto UOTIN (prof.ssa Gina Ancora e dott.ssa Faccardini Elisa). Nel volume *La relazione genitore-bambino (2010). Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche della teoria dell'attaccamento* (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010) sono state sintetizzate alcune di queste ricerche, i contributi di Patricia Crittenden e di una nostra integrazione della Psicologia Clinica Perinatale con le nuove prospettive evoluzionistiche della teoria dell'attaccamento.

La relazione genitore-bambino, fulcro fondante lo sviluppo psicoaffettivo e neuromentale del bimbo, comporta una comunicazione continuativa, costituita da messaggi non verbali, emessi e recepiti, codificati e decodificati in maniera automatica e inconsapevole. In questo modo, il neonato-bambino impara e questo si traduce in una strutturazione cerebrale che cambia la funzionalità del cervello stesso: ciò può avvenire sia in senso positivo sia patogenetico, a seconda del tipo di relazione, che può assumere valenze negative, come fattore di rischio per lo sviluppo neuropsichico del bambino, così come può essere anche un importante fattore protettivo. Da tale scoperta discende l'importanza di tutte le procedure psicologiche che possano diagnosticare le relazioni a rischio, così da proporre interventi atti a prevenire future anomalie psichiche e/o a migliorare la maturazione neuropsichica dei bambini. Nell'ambito della Teoria dell'Attaccamento con setting sperimentali, Patricia Crittenden ha potuto strutturare il Child-Adult Relationship Experimental Index (CARE-Index), uno strumento di video-osservazione (Crittenden, 1979-2004) per la valutazione della qualità delle configurazioni precoci di interazione tra caregiver e bambino (dalla nascita fino a 36 mesi), per misurare le "caratteristiche diadiche associate all'attac-

camento”, in particolare la “sensibilità”, che una madre e un padre manifestano nella relazione con il bimbo. Questo strumento viene da noi utilizzato ampiamente nella ricerca e nella clinica per la valutazione della relazione primaria: consente di effettuare screening precoci per individuare situazioni relazionali a rischio, o che non sono adeguate o addirittura dannose per lo sviluppo del bambino, nell’intento di apportare quanto prima un aiuto alla diade in difficoltà attraverso un intervento psicoeducativo e/o psicoterapico.

7.4.5. Psicologia Clinica Perinatale per lo sviluppo del futuro individuo: un uomo transgenerazionale

In questi ultimi decenni le ricerche della Psicologia dello Sviluppo (in particolare l’*Infant Research*), della Psicologia Clinica, della Psicoanalisi, della Neuropsichiatria Infantile e delle Neuroscienze sono sempre più convergenti nel dimostrare come i primissimi tempi della vita siano decisivi per la strutturazione della mente, cioè del cervello stesso, e come tale strutturazione sia la base condizionante per ogni ulteriore apprendimento e pertanto di ogni ulteriore strutturazione neuropsichica, funzionale e mnestica. Di qui un sempre crescente sviluppo di ricerche, da vari vertici condotte, sulle condizioni che determinano la qualità individuale della struttura neuromentale di base. Quanto fino a qualche decade addietro era creduto maturazione neurologica “naturale”, si è rivelato invece frutto di esperienze individuali, mediate dal tipo, o meglio dalle qualità delle relazioni in cui si è trovato il feto, il neonato, il bimbo. Gli studi concorrono a dimostrare come tale “strutturazione relazionale” dipenda dalla madre, dai caregiver, dalla struttura emotiva della loro mente (cervello emotivo) nelle condizioni in cui accudiscono al bimbo.

La psicoanalisi aveva anticipato, fin dai tempi delle scoperte kleiniane e poi soprattutto con le ricerche della Harris e della Bick negli anni ’60 e poi ’80, attraverso l’*Infant Observation*, l’intuizione clinica di quanto rilevante fosse lo sviluppo psichico delle epoche perinatali acquisito entro le prime relazioni, agli effetti di ogni successivo sviluppo della mente dell’individuo, e ciò sia nei riguardi di eventuali patologie, che anche e soprattutto nei confronti del tipo e della qualità della struttura psichica che si verrà a formare, dell’intera personalità nei suoi vari aspetti, affettivi e cognitivi, caratteriali e comportamentali. Fini metodologie hanno scoperto la natura e la qualità dei primi apprendimenti umani, fetali, perinatali, neonatali e del primo anno di vita, e come tali apprendimenti siano condizionanti, quasi determinanti ogni successivo sviluppo neuromentale: ma soprattutto si è scoperto come questi apprendimenti non siano affatto automatici o “naturali”, ma modulati dalle persone, in primis dalla madre, che si oc-

cupano del bambino. La loro interiore e inconscia disposizione affettiva e caratteriale e la loro stessa struttura mentale organizzano una specifica e individuale relazione con il singolo bimbo, che non solo veicola, ma condiziona i di lui apprendimenti. Si sta indagando in altri termini quanto il concetto di relazione, specificato nei suoi aspetti prima sconosciuti, sia determinante per la qualità degli apprendimenti e come questi costruiscano le strutture neurologiche del cervello del bimbo: queste a loro volta condizioneranno ogni futuro sviluppo, anche fisico, e psicosomatico, ma soprattutto psichico, del futuro individuo. Tale concetto di “costruzione” è stato confermato ed evidenziato dalle neuroscienze: quanto fino a qualche decade fa era considerato una naturale maturazione neurologica, dovuta al patrimonio genico, individuale e della specie, si è invece rivelato costruzione di reti neurali che dipendono da quanto viene appreso nelle relazioni primarie. La biologia cerebrale non è indipendente dall’esperienza che l’individuo attraversa, e tale esperienza non consiste semplicemente nelle condizioni esterne in cui si è allevato il bimbo, ma da come la relazione con cui i caregivers le fa apprendere, ovvero le trasforma, attraverso un dialogo affettivo: l’affettività è la prima fonte della cognizione, al di fuori di qualsiasi consapevolezza. In tale contesto sono le azioni, o meglio le interazioni, che avvengono sempre e comunque tra madre e bimbo in ogni forma di accudimento, che veicolano altrettanti messaggi: la struttura affettiva della madre li modula e così modulati vengono elaborati dal bambino, cioè vengono appresi.

Le relazioni modulano – si potrebbe dire “determinano” – ciò che un individuo, cioè il suo cervello, impara: l’imparare sempre corrisponde a strutturazioni e ristrutturazioni neurali, che costituiscono memoria di ciò che quel cervello in un dato momento si dimostra capace. Di enorme rilevanza sono quelle strutturazioni che vengono a costruirsi nelle prime epoche della vita e che comunque avvengono sempre, in ogni epoca della vita dell’uomo, in tutte le sue relazioni. Nessun individuo potrà mai avere una mente uguale a quella di un altro: il termine mente (mind) oggi lo si intende in senso molto ampio, comprendendovi ogni manifestazione comportamentale dell’individuo, intenzionale o non che sia, consapevole o inconscia, e ciò che è stato in passato chiamato, non solo intelligenza e pensiero, ma anche affettività, carattere, temperamento e via dicendo ogni attività, manifesta o no, dell’essere umano. Anzi, è proprio ciò che fu chiamato affettività che è la manifestazione più importante del cervello: il “cervello emotivo”, che occupa la maggior parte dell’encefalo e regola le stesse capacità cognitive, in un lavoro continuo, silenzioso, inconsapevole. Il cervello regola lo stesso sviluppo fisico, nell’equilibrio dello psicosoma. L’importanza della relazione per la costruzione di ogni futuro individuo ha portato l’accento, in questi ultimi anni, su quanto in ogni specifica rela-

zione si trasmetta da un individuo all'altro e in particolare su quanto nelle epoche perinatali possa passare dalla struttura neuromentale del caregiver a quella costruenda del bimbo.

Le ricerche da noi sviluppate in questa prospettiva vertono sulla transgenerazionalità delle strutture neuromentali, e pertanto su una transgenerazionalità di un patrimonio "mentale": non è affatto detto che le relazioni trasmettano qualcosa di uguale per tutti, né che trasmettano ciò che si vorrebbe, né che trasmettano elementi positivi: se nella struttura neuromentale dei caregivers vi sono difetti, patologie o comunque disfunzionalità, anche occulte, queste si possono tramandare, condizionando negativamente la costruenda struttura del futuro individuo. Parimenti, se le relazioni sono disturbate o impedito, l'esperienza, gli apprendimenti e la struttura neuromentale dell'individuo ne risentiranno negativamente: si pensi a tutte le circostanze che possono ostacolare, disturbare, interferire la cura che una madre (o comunque un caregiver) può avere col bimbo; si pensi agli stress, alle disgrazie, ai dissidi familiari o più semplicemente al lavoro, che spesso obbliga madri e padri a rimediare in qualche modo all'accudimento del bimbo. L'accudimento veicola nelle interazioni la trasmissione transgenerazionale, nel bene come purtroppo e più spesso nel male. È in particolare l'elemento detto "affettività" che modula i messaggi inconsapevoli che strutturano le basi mentali del bimbo: ogni turbamento della vita affettiva del caregiver può ripercuotersi sul bimbo. Negli ultimi trent'anni i costumi e le condizioni sociali che concernono la struttura familiare sono profondamente cambiate, in particolare nei confronti delle condizioni della donna e dell'accudimento, allevamento, educazione dei piccoli. La qualità delle relazioni strutturanti la mente del bimbo si sono modificate, quasi sempre restringendo gli spazi relazionali e ancor più la disponibilità emotiva dei caregivers. Ci si domanda pertanto come cambierà la struttura neuromentale dei futuri individui. Da qui un'attenzione, di portata sociologica antropologica e futurologica, a come l'andamento della nostra civiltà, sia nei costumi che nelle modificate strutture di personalità, possa portare a future generazioni: migliori oppure peggio strutturate. Così le nostre ricerche, raccolte in una *"Psicologia Clinica Perinatale per lo sviluppo del futuro individuo: un uomo transgenerazionale"* (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011) pongono particolarmente accento sugli interrogativi transgenerazionali che possono attenderci e su come si possa e debba prevenire con adeguate forme di assistenza un eventuale deterioramento delle generazioni future. Di qui un'attenzione a una possibile, ancorché non facile da attuarsi, assistenza, preventiva, a tutte le famiglie.

7.4.6. *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori. La ricerca clinica per l'intervento*

Nella prospettiva degli sviluppi della clinica perinatale è stato per noi indispensabile pensare a interventi precoci preventivi e/o psicoterapeutici nelle relazioni genitore-bambino: l'attenzione si è focalizzata sulla ricerca di strumenti e metodi per individuare i bambini di famiglie a rischio per orientare un'assistenza efficace. “*Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*” (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2012) significa coinvolgere numerose figure professionali: psicologi, pediatri, neuropsichiatri infantili, neonatologi, ostetriche, ginecologi, educatori, assistenti sociali e sanitari, ma anche insegnanti, periti del tribunale e giudici. I dati di queste ricerche sono indicativi delle funzioni genitoriali: le modalità con cui queste si esplicano soprattutto nei contesti della perinatalità condizionano la patologia piuttosto che l'ottimalità dello sviluppo fisico e psichico del bambino.

Le funzioni genitoriali sullo sviluppo in alcuni contesti (gravidanza, nascita pretermine, gemellarità, psicopatologie dello sviluppo) sono state da noi considerate anche secondo i modelli evuzionistici della Teoria dell'Attaccamento, proseguendo nella collaborazione di ricerca con Patricia Crittenden (Crittenden, 2008a,b; Crittenden, Landini, 2010, 2011). Le sue personali indicazioni sui livelli di funzionamento familiare (Crittenden, Landini, 2012) e gli strumenti di valutazione delle strategie di protezione del Sé, riportate nel nostro volume, sono preziose indicazioni cliniche attraverso casi ed esempi per aiutare a crescere bambini e genitori, attraverso prospettive e modalità di intervento *attachment-based*.

7.4.7. *Curare i bambini curando i genitori*

L'assistenza nella prevenzione e nel sostegno svolta dai diversi servizi territoriali istituzionali (educativi, sociali, ospedalieri, consultoriali) cui le famiglie si rivolgono, necessita di un approccio multiprofessionale integrato tra le varie figure delle professioni sanitarie e psico-sociali. La struttura squisitamente individuale della mente umana viene a costruirsi sulla base della qualità delle relazioni che l'individuo poté avere nella sua prima infanzia: le patologie e gran parte dei disagi psichici hanno radici infantili nelle relazioni che il bimbo poté avere con gli adulti che si occuparono di lui. Per prevenire la sorte dei bambini che si ritrovano a crescere in costellazioni familiari non ottimali, cioè a rischio, occorre un'assistenza preventiva ai genitori. Nello studio “*Curare i bambini curando i genitori*” (Imbasciati, Cena, 2014) si intende sottolineare come in una Psicologia Clinica Perinatale il curare psichicamente i bambini si attua curando i

loro genitori³: occorre assistere i genitori perché la loro dimensione genitoriale possa essere sviluppata al meglio. Per prevenire le psicopatologie dello sviluppo è indispensabile quindi dedicare sempre più grande cura alla relazione genitore-bambino, specialmente quando sopravvengono condizioni particolari come nascita pretermine o gemellare, in modo tale da promuovere un buon sviluppo psichico delle future generazioni.

7.4.8. Neuroscienze e teoria psicoanalitica. Verso una teoria integrata del funzionamento mentale

Gli studi scientifici di questi ultimi anni attraverso la sperimentazione delle neuroscienze, hanno dimostrato la validità delle teorie e delle scoperte cliniche della psicoanalisi, fornendone allo stesso tempo un importante aggiornamento. La clinica psicoanalitica in queste ultime decadi si è enormemente sviluppata e rivoluzionata nelle teorie e nel metodo, e nella formazione dei nuovi analisti. Questa evoluzione, in gran parte dovuta all'applicazione della psicoanalisi ai bambini e ai genitori, nelle epoche neonatali e perinatali, si sta integrando sempre più con le psicoterapie derivate dalla teoria dell'attaccamento e con le neuroscienze. Da tale integrazione si possono oggi enucleare nuove teorie sulle origini e lo sviluppo della mente. Il concetto di maturazione neurologica è stato rivoluzionato: il cervello, già a partire dagli ultimi mesi di gravidanza, non matura per leggi naturali del genoma dell'homo sapiens, bensì per quanto il bimbo impara da chi si cura di lui, fin già dalla gestazione. L'apprendimento è del tutto non verbale e non riguarda contenuti esplicitabili: si apprendono progressive capacità, percettive, motorie, ma soprattutto si apprendono i sentimenti primordiali di essere autori delle proprie azioni, e poi dei propri pensieri, di essere se stessi, nel mondo e con le altre persone; ciò che alcuni neuroscienziati hanno chiamato la "soggettività". Questo tipo di apprendimento costituisce la memoria implicita, non cosciente e mai coscientizzabile (cfr. cap. 24), averbale, asimbolica, che condiziona lo sviluppo di ogni futuro carattere di quel singolo individuo. La relazione con la madre e gli altri caregivers attraverso le varie forme di accudimento e di altra comunicazione, struttura le reti neurali, organizzando il cervello del singolo bimbo. Da questa matrice di base nasce e

3. È questo il compito più difficile per qualunque operatore, in quanto nei genitori possono attivarsi sensi di colpa cosicché essi negano tale stato respingendo l'idea che si debba operare con loro, in ciò confortati dai radicati pregiudizi della tradizione (cfr. cap. 22): che il cervello debba svilupparsi per natura e che, se il loro bimbo ha "qualcosa", ce ne deve esser causa, ma non in loro, poiché han fatto il loro "dovere" in tutta "coscienza". E se l'operatore ha entro il proprio inconscio gli stessi pre-giudizi, non potrà esimersi dall'emancipare, anch'egli, una colpevolizzazione dei genitori.

si sviluppa la mente: la “qualità” che ne risulta è condizionata dalla struttura inconscia dei caregivers. Si delinea così l’assoluta individualità dell’essere umano, condizionata dall’unicità dell’insieme di apprendimenti derivanti dalle relazioni in cui si è venuto a trovare il singolo neonato-bimbo-individuo. In questo sviluppo i neuroni specchio svolgono ruolo basilare. Le neuroscienze hanno rivoluzionato il concetto di inconscio: oggi sappiamo che la mente si origina, si sviluppa e funziona in modo essenzialmente inconscio. Tutto l’encefalo svolge un continuo lavoro di cui solo una piccola parte viene elaborata in quelle connessioni neurali che possono dare al soggetto una qualche spesso ingannevole coscienza: di ciò che pensa a sua insaputa e di quanto lo agisce. La memoria inconsapevole di ciò che lo anima, definita “implicita”, non potrà mai essere consapevolizzata: la si inferisce e solo in parte, dal comportamento ed è la base su cui si struttura ogni progressiva successiva memoria, fino a quella che potrà tradursi in un qualche ricordo. Le neuroscienze hanno oggi rivoluzionato il concetto stesso di inconscio ed è possibile formulare una nuova teoria psicoanalitica integrata che spieghi le origini e il funzionamento mentale, attraverso le conoscenze sulla memoria implicita, la sua formazione, la continua trasformazione delle sue tracce nelle reti neurali e l’insieme delle connessioni che costruiscono la soggettività.

In particolare la scoperta dei neuroni specchio e una collaborazione nel 2012 con Vittorio Gallese, neuroscienziato che ne è uno degli scopritori, ci ha permesso di ampliare gli orizzonti sui nuovi risvolti e i promettenti sviluppi degli studi su soggettività e intersoggettività (Imbasciati, 2018a,b). La collaborazione con Cristina Maria Alberini, del Center Neural Science, New York University e i suoi contributi sulla “Memoria: traccia fragile e dinamica” attraverso le applicazioni sperimentali con modelli animali in relazione al consolidamento e riconsolidamento della traccia mnestica, ci ha consentito, d’altrapiù, di apprendere notevoli prospettive sulle funzioni della memoria.

Nella storia del nostro Osservatorio la sinergia di queste ricerche tra neuroscienziati e psicoanalisti ha potuto dare origine a *“Neuroscienze e teoria Psicoanalitica. Verso una teoria integrata del funzionamento mentale”* (Cena, Imbasciati, 2014).

7.4.9. *Psicologia Clinica Perinatale per gli operatori sanitari e psicosociali: neonato e radici della salute mentale; genitorialità e sviluppo della mente del bambino*

Psicoanalisi, Infant Research, Teoria dell’Attaccamento e Neuroscienze formano il quadro di riferimento della Psicologia Clinica Perinatale che si è andata evolvendo in questi decenni dei nostri studi come una nuova disciplina specialistica integrata.

L'attuale società impone oggi crescenti problemi riguardanti l'accoppiamento, la PMA (Procreazione Medicalmente Assistita), il concepimento, la gestazione, il parto, la prematuranza, le sindromi puerperali, la famiglia, la genitorialità, ma anche gli abbandoni, le separazioni, la tutela dei minori: alcuni dei principali nuclei tematici affrontati nei nostri percorsi di perfezionamento post-laurea. Hanno partecipato in questi anni con noi allo sviluppo di alcune di queste tematiche docenti del nostro dipartimento: ostetriche (prof.ssa Guana), ginecologi (prof. Sartori e ricercatori dott. Omodei, dott.ssa Gambino), infettivologi (prof. Castelli), pediatri (prof. Plebani e prof. Badolato), neuropsichiatri infantili (prof.ssa Fazzi), psichiatri (prof. Vita). Dalle collaborazioni multidisciplinari si sono potuti strutturare due volumi specialistici: *Psicologia Clinica Perinatale per gli operatori sanitari e psicosociali. Vol. Primo: neonato e radici della salute mentale* e *Vol. Secondo: genitorialità e sviluppo della mente del bambino* (Imbasciati, Cena, 2015a) in cui si sono approfonditi da professionalità diverse, strumenti per il lavoro sanitario, psicosociale ed educativo.

Dalle neuroscienze viene evidenziato come il funzionamento e la microstruttura del cervello umano dipendono dai particolari apprendimenti che progressivamente vanno a costruire le reti neurali di quel singolo cervello: i primi apprendimenti sono essenzialmente apprendimenti di funzioni: il cervello deve imparare a funzionare e a come funzionare nelle modalità che caratterizzeranno il singolo individuo. La qualità di tali apprendimenti e pertanto le reti neurali che genereranno il funzionamento mentale di quel singolo individuo, dipendono dal tipo di relazioni che si potranno via via stabilire, a cominciare dalla vita fetale, tra la mente degli adulti che si pre-occupano del nascituro e successivamente si occupano del neonato, e la costruenda mente del bimbo. La qualità dello sviluppo neuromentale del bambino dipende dalla qualità strutturale (inconscia) della mente dei caregiver. Il funzionamento che il cervello impara nei primi due anni di vita è determinante per ogni ulteriore apprendimento: da qui dipende la futura salute mentale di una persona, nell'ottimalità piuttosto che nelle maggiori o minori anomalie, fino alla psicopatologia; da qui l'importanza appunto delle *radici* della salute mentale infantile, data dalla "qualità" in primis della mente della madre, del padre e di tutti i caregiver che accudiranno neonato e bambino.

Nel secondo volume *Psicologia Clinica Perinatale per gli operatori sanitari e psicosociali. Vol. Secondo: genitorialità e sviluppo della mente del bambino* (Imbasciati, Cena, 2015a,b), le ricerche hanno approfondito aspetti della genitorialità intesa come dimensione psichica in base alla struttura neuromentale che si è costruita nel cervello-mente di ogni singolo genitore nella propria prima infanzia: ogni adulto che diventa genitore avrà una sua specifica inconscia dimensione genitoriale, buona o meno buona, dall'ot-

timalità fino alla patologia, o spesso a una latente patogenicità. Ciò che si struttura in un cervello (come mente di un singolo individuo) nel periodo perinatale e nei primi anni di vita condizionerà ogni successivo apprendimento. Il cervello impara a funzionare secondo quelle specifiche funzionalità apprese dalle interazioni coi genitori (o da chi per essi) nel periodo perinatale e infantile. Ciò dipende non semplicemente da quanto i genitori si possono dedicare al loro bambino, ma soprattutto dalla qualità della loro mente inconscia, così come essa si era strutturata nel loro cervello quando a loro volta erano neonati e bambini, in una catena transgenerazionale.

Le ricerche approfondiscono lo sviluppo della mente del bambino nelle sue origini dalla qualità della mente di coloro che lo crebbero, nelle vicissitudini psichiche, sociali, sanitarie: particolare attenzione è dedicata a specifiche quanto attuali tematiche – maltrattamenti e traumi infantili, maternità in adolescenza, abbandoni, madri migranti, affidamento e adozione, implicazioni sociali e giuridiche. In particolare una collaborazione scientifica con Bertran Cramer della Università di Ginevra, psicoanalista, ci ha consentito di esaminare temi relativi alla prevenzione e cura dei disturbi funzionali dello sviluppo della prima infanzia, attraverso le modalità di intervento psicoterapeutico precoce genitore-bambino, come strutturati dalla Scuola di Ginevra.

7.4.10. Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e psicoanalisi... *la ricerca continua*

La collaborazione con la neuroscienziata Cristina Alberini, che nel 2015 ci ha aggiornato con i dati della ricerca sperimentale sulla memoria e i suoi risvolti per la psicoanalisi con il tema “Memory reconsolidation and psychoanalysis”, è proseguita nel suo dibattito in un incontro da noi organizzato a Brescia con il neuroscienziato Pierre Magistretti della Università di Losanna e lo psicoanalista Françoise Ansermet della Università di Ginevra, che hanno sviluppato il tema “Neuronal plasticity and the dynamic unconscious”, contribuendo ad incrementare la Psicologia Clinica Perinatale di nuove prospettive di studio, nella integrazione tra psicoanalisi e neuroscienze.

Lo sviluppo delle neuroscienze – Affective Neuroscience – con evidenza ha oggi confermato quanto da tempo la psicoanalisi aveva documentato nella clinica dei genitori con bambini: le esperienze relazionali strutturano il cervello fin dal concepimento e la prima struttura individuale condiziona l'ulteriore sviluppo di quel futuro individuo. Non esiste un cervello uguale ad un altro: “ognuno ha il suo cervello” (Ansermet, Magistretti, 2004) costruito, bene o male, sulla base delle esperienze interpersonali che un individuo ha attraversato a cominciare dall'epoca fetale e che a suo individuale modo ha elaborato.

L'individualità della persona umana comincia ben prima della nascita: ciò che vi si struttura condizionerà la capacità funzionale di quel cervello nell'utilizzare ogni futura esperienza, con un progressivo effetto cascata (cfr. cap. 2.2). Neuroscienze e psicoanalisi indagano oggi in che cosa consista il "contatto affettivo", cosa siano i messaggi che vi transitano e che vanno a strutturare uno specifico individuale cervello. Tale trasmissione avviene al di là della consapevolezza di chi si occupa del bimbo. Dalle attuali scoperte discende l'importanza di una cura dei genitori: le qualità funzionali del cervello dei genitori possono essere determinanti, attraverso il contatto psichico con l'infante, nello strutturare le qualità del suo futuro "Mindbrain". La prevenzione del disagio mentale e della patologia delle future generazioni deve attuarsi, non tanto nel bambino, quanto invece rivolta alle coppie, per assicurare loro capacità genitoriali "sufficientemente buone" a strutturare sufficientemente il "mentecervello" dei loro figli. Ogni esperienza del bambino, del fanciullo e del giovane si strutturerà sulla base di quello che fu generato nell'infante dai genitori: lo studio longitudinale dello sviluppo neuropsichico infantile serve pertanto a individuare nei genitori, nelle famiglie, e preventivamente in tutte le coppie, le condizioni di rischio in cui potrebbe svilupparsi un bambino; in modo da intervenire precocemente con una adeguata assistenza e cura ai genitori stessi e alla famiglia, nell'ottica di una effettiva prevenzione per la salute mentale.

La plasticità neuronale e l'epigenetica aprono la prospettiva del futuro dell'umanità. Il volume *Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e psicoanalisi* (Imbasciati, Cena, 2017) raccoglie i contributi di più autori neuroscienziati e psicoanalisti proseguendo nel percorso intrapreso di una Psicologia Clinica Perinatale come disciplina psicologica specifica che si integri con le diverse scienze mediche e sociali che si occupano delle vicende dei genitori con i loro bambini, dal concepimento a tutti i primi mille giorni di vita.

7.5. Ricerche-intervento in progress

7.5.1. Ricerche-intervento ECI: skin-to-skin/kangaroo mother care e infant massage

Alcune nostre ricerche-intervento sono focalizzate sullo studio degli effetti del contatto genitore-bambino, sia per il benessere del bambino, sia soprattutto quando si rilevano situazioni di disagio psichico, emozionale, nei genitori (depressione, stress, disturbi funzionali), nonché difficoltà neuro-comportamentali col bimbo e nel bimbo (sonno, alimentazione): prolungate e intense modalità di contatto plurisensoriale sono un utile supporto alla

funzione genitoriale col neonato, con benefici sia per il bimbo che per il genitore stesso, nel quale il contatto promuove attitudini affettive comunicazionali.

Alla nascita la madre, in contatto corporeo ed emozionale con il bimbo, ne può condividere e regolare, più o meno sintonicamente, lo stato emozionale attraverso una comunicazione non verbale, corporea, costituita soprattutto da sguardi, espressioni del volto, tono e ritmo della voce, odore del corpo, gestualità. Nelle relazioni precoci il bimbo viene coinvolto nel mondo affettivo della madre con le sue emozioni, positive e negative, quali espresse dalla di lei corporeità. Il bambino si colloca in questa relazione, influenzando la madre ed essendone influenzato. L'esperienza soggettiva nel contatto corporeo con la madre consente la formazione del Sé: l'*holding* e l'*handling* dell'accudimento materno, il contatto e l'espressione emozionale a questo connessa, attivano i meccanismi neuronali che hanno funzioni strutturanti lo sviluppo del Sé dell'infans (cfr. Imbasciati, Cena, 2017).

Il contatto tattile comunicativo neonatale nell'accudimento quotidiano dei primi mesi di vita costituisce un supporto funzionale alla relazione negli interventi precoci genitore-bambino. Nelle modalità di intervento precoce comunicativo-relazionale, il contatto corporeo *skin to skin contact/kangaroo mother care (SSC/KMC)* e la manipolazione tattile dolce – *infant massage IM* – che consentono ai genitori una maggiore comunicazione con il loro bambino, unitamente alle altre plurisensorialità corporee del bimbo sollecitate dal genitore, possono diventare mediatori affettivo-emozionali nella relazione primaria genitore-bambino. Oltre al tatto la tonicità muscolare della manipolazione e tutte le altre concomitanti stimolazioni di diverse sensorialità di vicinanza corporea, come l'odore della pelle genitoriale, il suono della voce materna, il ravvicinato e diretto contatto oculare, possono fungere da veicoli di comunicazioni strutturanti la mente-cervello del bimbo.

La ricerca internazionale evidence-based riporta numerosi studi sui benefici neurobiologici del contatto corporeo con la *kangaroo mother care* o la *skin to skin contact* (cfr. allegato online cap. 14) nella nascita pretermine. I nati prima del termine o a basso peso alla nascita peso (LBW) sono a rischio elevato di mortalità neonatale e morbilità, ritardi nella crescita, malattie croniche e richiedono terapie mediche spesso prolungate in reparti UTIN, che precludono il pieno contatto corporeo materno-infantile. La nascita prematura ha influenza sullo sviluppo del cervello: la neurogenesi continua nel terzo trimestre della gravidanza e viene a cessare nella nascita prematura con relative conseguenze sulla mielinizzazione. Le neuroscienze attraverso brain imaging studiano le conseguenze anatomiche e funzionali sullo sviluppo cerebrale della nascita pretermine e ne hanno messo in evidenza i deficit, fino in tarda infanzia e in adolescenza. Nella nascita pretermine il trattamento con KMC/SSC, o marsupio terapia, è tra

gli interventi precoci che si sono rivelati più adeguati nel passaggio alla vita extrauterina, a supporto delle cure erogate. Queste procedure vengono applicate anche nei paesi industrializzati, per i neonati che necessitano o hanno necessitato di terapia intensiva neonatale, a integrazione delle altre cure. In letteratura sono ormai numerosi gli studi che rilevano i benefici del trattamento prolungato di KMC madri-neonati: gli interventi con la KMC vengono comparati con le cure neonatali convenzionali. La KMC diminuisce il bisogno di trattamento con l'incubatrice, con benefici monitorati fino ad un anno di età del bambino. In alcuni reparti maternità ostetriche, neonatologi e puericultrici promuovono questa modalità di contatto nel post-partum anche della nascita a termine per favorire l'allattamento esclusivo al seno.

La letteratura internazionale (cfr. allegato on line cap. 15) conferma dati sui benefici neurobiologici di modalità dette di "massaggio" neonatale, *infant massage* (IM) nella nascita a termine e pretermine. Nei primi mesi dopo la nascita, a supporto del post-partum possono essere istituiti nei servizi neonatali e consultoriali territoriali interventi di IM: una prassi per cui un operatore e i genitori stessi eseguono tecniche di massaggio, in piccolo gruppo che si ritrova periodicamente, per promuovere eventuali ulteriori e diverse modalità di contatto corporeo.

Nella nascita pretermine è stato rilevato a seguito di interventi di *infant massage* un aumento di peso nei bambini prematuri con incremento del metabolismo basale e assorbimento di sostanze nutrienti attraverso effetti endocrini. Sono stati rilevati effetti benefici sulla attività vagale: il massaggio stimola il sistema circolatorio, respiratorio, muscolare e gastro-intestinale, con ricadute positive sul sistema immunitario e una influenza positiva anche sulla variabilità della frequenza cardiaca. Lo sviluppo neurologico nel prematuro viene sollecitato dalla stimolazione tattile, che consente anche alla madre una maggiore conoscenza delle varie parti del corpo del suo bambino, con miglioramenti nello sviluppo neurocomportamentale dei primi due anni di vita del bimbo. Gli studi internazionali sono concordi su una migliore capacità di risposta alla stimolazione sociale, un comportamento motorio più organizzato e una minore vulnerabilità a stimoli poco rilevanti. Il massaggio dei prematuri, effettuato dai genitori e da personale specializzato, produrrebbe miglioramenti cerebrali sensibili, rilevati mediante EEG, con effetti sull'attività elettrica del cervello favorendo un processo di sviluppo cerebrale simile a quello osservato nei bambini nati a termine. Sono in studio i benefici neurobiologici dell'*infant massage* anche attraverso un supporto "parental embodied mentalizing", attivatore dei meccanismi di plasticità neurale e auto-riparazione cerebrale neonatale (cfr. cap. 15 e allegato on line).

Il contatto tattile prolungato genitore-bambino ha valenze comunicativo-relazionali e apporta considerevoli benefici affettivo-emozionali, anche

se in letteratura vengono prevalentemente considerati solo gli effetti neurobiologici positivi per lo sviluppo neuro-comportamentale del neonato, rilevabili in termini di salute e benessere psicofisico del bambino e del genitore. Il valore “emozionale” di tale contatto, seppur notato nella ricerca internazionale, è ancora poco indagato rispetto al messaggio implicito che viene trasmesso. Nell’attività di contatto *skin to skin* e di manipolazione corporea non è l’azione fisica in sé del contatto o del massaggio ad essere funzionale al benessere psicofisico, sono le esperienze emozionali connesse e da questo sollecitate nei genitori, che costituiscono il messaggio recepito dal neonato, al di là di quanto l’operatore voleva trasmettere. Il contatto consente al genitore che lo effettua una memorizzazione positiva di esperienze corporee. L’esperienza emozionale trasmessa attraverso le modalità di “contatto” consente il consolidamento nella memoria a lungo termine dell’esperienza affettiva.

Gli interventi preventivi e abilitativo/riabilitativi precoci ECI (Early Child Intervention) strutturano le reti neurali della mente neonatale purché il genitore sia in grado di trasmettere, nella propria comunicazione gestuale, valenze affettivo-emozionali positive: se invece, nonostante la tecnica nel genitore circolano emozioni di incerto o dubbio valore, nel neonato si possono strutturare effetti negativi.

7.5.2. *Lutto perinatale*

Un altro tema di rilevanza clinica in studio nell’Osservatorio è relativo agli effetti di esperienze che possono essere vissute non solo dai genitori ma anche dagli operatori dei servizi, in modo anche per essi drammatico: la perdita di un bambino per morte nel periodo perinatale.

A livello nazionale e internazionale sono operanti gruppi scientifici di “Death Study” e “Death Education” che stanno sviluppando prospettive interdisciplinari di ricerca per la formazione di professionisti operatori socio-sanitari, che possano essere preparati ad affrontare e a dedicare “cura” ai diversi aspetti della morte e dei suoi risvolti individuali, sociali, psichici, istituzionali. L’Osservatorio partecipa al Gruppo tematico di “Psicologia delle relazioni di fine-vita, lutto, perdita e morte”, della Associazione Italiana di Psicologia Clinica.

Sono inoltre attive collaborazioni con associazioni di genitori⁴, che supportano madri e padri con modalità di intervento anche attraverso i social networks.

4. In Italia con riscontri internazionali è operante l’Associazione Ciao Lapo.

Nella ricerca internazionale viene prevalentemente usato il termine “perinatal loss”, per fare riferimento al concetto di perdita del bimbo in gravidanza o nei primi giorni di vita. In Psicologia Clinica Perinatale il termine *lutto perinatale* è preferibile a “*perinatal loss*”, per sottolineare l’indispensabile elaborazione dei vissuti emozionali, interiori profondi che i genitori si trovano a dover affrontare una esperienza traumatica nei casi di morte endouterina o neonatale del loro bimbo. La morte in un precoce periodo della vita comporta un’attenzione particolare anche alla formazione degli operatori che nei servizi istituzionali seguono e accompagnano i genitori in questo percorso doloroso.

Il lutto è una risposta naturale alla morte di una persona cara, è un’esperienza che implica una notevole variazione individuale di sentimenti e reazioni emozionali e comportamentali differenti in intensità e durata, in riferimento anche al gruppo culturale di appartenenza. I vissuti inerenti al lutto si sviluppano attraverso un “processo” che può oscillare tra momenti di maggiore consapevolezza e momenti di diniego o rimozione circa la dolorosa realtà della perdita e del desiderio di rivedere/riavere la persona scomparsa. Il processo di lutto perinatale può comportare intenso dolore mentale, sofferenza-grief, disturbi emozionali, cognitivi, sociali e comportamentali, con profondi stati di angoscia e di comportamento disfunzionale, shock, rabbia per la perdita, senso di colpa, rammarico, ansia, paura, senso di solitudine, infelicità, depressione, immagini intrusive, depersonalizzazione e sensazione di essere sopraffatti. Nel processo di lutto l’esperienza del dolore si mescola e si può alternare a sentimenti positivi, senso di sollievo, gioia, pace e serenità, che possono paradossalmente evocare, a loro volta, emozioni negative o sensi di colpa. Nel processo del lutto si può rivivere la complessità del lavoro di rielaborazione emotiva di significati, compresi anche quei processi sociali – *mourning* – legati a segni, simboli, ricordi, comportamenti e rituali che lo contrassegnano. Deve poter avvenire un lento lavoro interiore di trasformazione della sofferenza, alla ricerca di significati e trasformazione di ricordi, che aiutino i genitori a gestire l’angoscia della morte perinatale, per poter progettare sanamente una nuova generatività e genitorialità (cfr. capp. 17, 18, 19, 20).

7.5.3. *Screening e trattamento precoce delle sindromi d’ansia e della depressione perinatale. Prevenzione e promozione salute mentale della madre-bambino-padre*

Un accordo di collaborazione scientifica tra Istituto Superiore Sanità e l’Osservatorio ha consentito di ampliare, in comune sinergia tra le due Istituzioni, lo studio che l’Istituto aveva precedentemente sviluppato “Pre-

venzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum” (illustrato nel cap. 8 da Gabriella Palumbo) in alcune unità operative (Roma, Bergamo, Treviso, Campobasso). Attraverso l’Osservatorio tale studio ha avuto una prosecuzione ma soprattutto un ampliamento, con un nuovo progetto condiviso con l’Istituto Superiore di Sanità, negli obiettivi e procedure di screening e intervento precoce, per ansia e depressione nel periodo perinatale: *Screening e trattamento precoce delle sindromi d’ansia e della depressione perinatale. Prevenzione e promozione della salute mentale della madre-bambino-padre*” Lo studio viene sviluppato sul territorio nazionale attraverso undici Unità Operative dell’Osservatorio (vedi Box).

Box 1

**Unità Operative del progetto
Screening e trattamento precoce delle sindromi d’ansia
e della depressione perinatale**

Prevenzione e Promozione salute mentale della madre-bambino-padre

BERGAMO – Consultorio e centro famiglie “Mani di Scorta” – Coordinamento *Dott.ssa Ravasi Barbara*

BOLOGNA – UOC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza Servizi Territoriali – Coordinamento *Dott.ssa Impagliazzo Sandra*

BOLOGNA – Ostetricia e Ginecologia Ospedale Maggiore – Coordinamento *Dott.ssa Carini Anna, Dott.ssa Lenzi Marinella*

BRESCIA – Istituto Clinico Città di Brescia – Coordinamento *Dott.ssa Gerardi Giuseppa Serena*

COLLEGNO (TO) – Ambulatorio Psicologia Prenatale e Perinatale ASL-TO3 – Coordinamento *Dott.ssa Bertuzzi Emma*

ENNA – Ostetricia e Ginecologia Ospedale Umberto I – Coordinamento *Dott.ssa Pistillo Maria*

FIRENZE – Servizio di Psicologia Consultoriale – UFCAT – Dipartimento attività territoriali – USL Toscana Centro – Coordinamento *Dott.ssa Lapi Isabella*

MANTOVA – Servizio di Psicologia Clinica ASST Mantova – Coordinamento *Dott. Benlodi Andrea*

MILANO – Ostetricia e Ginecologia – Ospedale San Giuseppe – Coordinamento *Dott.ssa Elli Margherita*

NOVARA – Az. Osp. Maggiore della Carità – Coordinamento *Dott.ssa Lucca Elena*

ROMA – Ostetricia e Ginecologia Ospedale Cristo Re – Coordinamento *Dott.ssa Triggiani Antonella*

Da diversi anni nelle nostre ricerche di Psicologia Clinica Perinatale abbiamo evidenziato come ansia e depressione nella perinatalità, – intendendo i primi mille giorni di vita del bambino –, possano portare conseguenze non solo sulla salute della madre bambino, padre, ma anche nelle loro interazioni e quindi sulla famiglia nella sua totalità. Il periodo perinatale è considerato un momento sensibile per il benessere emotivo della donna, caratterizzato da fluttuazioni dei livelli ormonali, da numerosi cambiamenti fisici e psicologici e dalla necessità di adattarsi al nuovo ruolo genitoriale. Alcune donne possono sperimentare difficoltà più o meno gravi in questa fase di adattamento, sia durante la gravidanza che nel post-partum. I sintomi depressivi sono abbastanza frequenti durante il periodo perinatale, con una prevalenza stimata dal 10 al 20% nei Paesi Occidentali. Si possono presentare durante la gravidanza, dopo la nascita del bambino o in entrambi i periodi. È stato rilevato che alti livelli di ansia si presentano spesso in co-morbidità alla depressione e che i livelli di ansia sono maggiori rispetto a quelli della depressione in ogni fase della gravidanza, con prevalenza nel primo e terzo trimestre (Agostini, Minnelli, 2015; Agostini, 2017).

È importante evidenziare che sintomi ansiosi e depressivi possono verificarsi anche nei padri (Baldoni, 2015), anche se con modalità differenti, attualmente in studio (Baldoni *et al.*, 2016; Baldoni, Giannotti, 2017).

Ansia e depressione perinatale (Milgrom, Gemmill, 2015) possono comportare sofferenza psichica nei soggetti implicati, e situazioni di rischio psicopatologico con dannose conseguenze per la madre, il padre e lo sviluppo neuropsicologico del bambino. È a rischio la continuità dell'interazione emotiva a causa o di un maggiore ritiro e perdita dell'iniziativa o di un'iperstimolazione intrusiva materna. La depressione perinatale infatti può compromettere la capacità materna, di regolare reciprocamente l'interazione madre-bambino (Cohn, Tronick, 1989; Egmore *et al.*, 2017) e il legame di attaccamento (Smith-Nielsen *et al.*, 2016; Cena Imbasciati, Baldoni, 2010).

Gli studi sviluppati dall'Osservatorio promuovono l'importanza di condurre un assessment psicosociale generale, preventivo, per ridurre l'impatto delle sindromi che si potrebbero sviluppare durante il periodo perinatale: nel progetto congiunto Osservatorio/ISS sono stati organizzati programmi di screening delle situazioni di ansia e depressione perinatale e nella rilevazione di casi a rischio è stato attivato un approfondimento diagnostico. Il progetto prevede inoltre l'applicazione nella pratica clinica di un intervento psicologico precoce di provata efficacia, per la depressione perinatale, secondo il metodo Milgrom (Milgrom *et al.*, 1999; Milgrom, Holt, 2014) che verrà descritto nel prossimo capitolo. Lo studio è attualmente in progress. Il disegno dello studio e aspetti in specifico del comune progetto verranno illustrati più dettagliatamente in prossime congiunte pubblicazioni Osservatorio/Istituto Superiore di Sanità.

Bibliografia

- Agostini F., Minelli M. (2015), “Depressione e ansia perinatale materna: strumenti di valutazione”, in Imbasciati, Cena, *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali*, vol. I, FrancoAngeli, Milano.
- Agostini F. (2017), *Disturbi di ansia perinatale nelle madri e nei padri*. Corso di Perfezionamento in Psicologia Clinica Perinatale 2017, Università di Brescia.
- Ansermet F., Magistretti P. (2004), *Ognuno ha il suo cervello*, Boringhieri, Torino.
- Baldoni F. (2015), “Attaccamento e disturbi affettivi paterni nel periodo perinatale”, in Imbasciati, Cena, *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali*, vol. 1, FrancoAngeli, Milano.
- Baldoni F., Giannotti M. (2017), “I disturbi affettivi perinatali paterni: valutazione, prevenzione e trattamento”, in Baldoni F., *Attaccamento familiare e disturbi affettivi perinatali: il ruolo del padre*. Corso di Perfezionamento in Psicologia Clinica Perinatale 2017, Università di Brescia.
- Baldoni F., Matthey S., Agostini F., Schimmenti A., Caretti V. (2016), “Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA): preliminary report on a new screening tool”, *Infant Mental Health Journal*, 37 (Suppl. 1), 132-133.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2010), *La relazione genitore/bambino*, Springer Verlag, Milano.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2012), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*, Springer Verlag, Milano.
- Cena L., Imbasciati A. (2014), *Neuroscienze e teoria psicoanalitica*, Springer Verlag, Milano.
- Cohn J.F., Tronick E.Z. (1989), “Specificity of infants’ response to mothers’ affective behaviour”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 242-248.
- Crittenden P.M. (1979-2004), *CARE-Index: Coding Manual*. Unpublished manuscript, Miami, F.L.
- Crittenden P.M. (2008a), *Il Modello Dinamico-Maturativo dell’attaccamento*. Libreria Cortina, Milano.
- Crittenden P. (2008b), *Raising Parents: Attachment, Parenting and Child Safety*, Willan Publishing.
- Crittenden P., Landini A (2010), “Un modello evolutivistico della teoria dell’attaccamento”, in Cena, Imbasciati, Baldoni, *La relazione genitore bambino*, Springer Verlag, Milano.
- Crittenden P.M., Landini A (2011), *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Method of Discourse Analysis*, Norton, New York.
- Crittenden P., Landini A. (2012) “I livelli di ragionamento genitoriale e funzionamento familiare”, in Cena, Imbasciati, Baldoni, *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*, Springer Verlag, Milano.
- Egmoose I., Cordes K., Smith-Nielsen J., Skovgaard Væver M., Kjøppe S. (2017), “Mutual regulation between infant facial affect and maternal touch in depressed and nondepressed dyads”, *Infant Behavior and Development*.
- Imbasciati A. (2005), *Constructing a Mind*, Routledge, London.

- Imbasciati A. (2006), *Il Sistema Protomentale*, LED, Milano.
- Imbasciati A. (2018a), *Inconscio e memoria: un contributo dalle neuroscienze*, in print.
- Imbasciati A. (2018b), *Lo sviluppo dell'empatia nella storia dell'umanità*, in print.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007), *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin, Padova.
- Imbasciati A., Cena L. (1991), *La vita psichica primaria*, Masson, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2010), *Il bambini e i loro caregiver*, Borla, Roma.
- Imbasciati A., Cena L. (2014), "Curare i bambini curando i genitori", in Artoni C., Ceccarelli E., Gatti P., *Bambini a rischio di ingiustizia*, Borla, Roma, 193-206.
- Imbasciati A., Cena L. (2015a). *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali*, vol. I *Neonato e radici della salute mentale*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2015b) *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali*, vol. 2 *Genitorialità e origine della mente nel bambino*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2017), *Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e Psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2011), *Psicologia Clinica Perinatale per lo sviluppo del futuro individuo*, Express Edizioni, Torino. Edizioni del Capricorno, Torino 2018.
- Milgrom J., Martin P., Negri L. (1999), *Treating postnatal depression: a psychological approach for health care practitioners*, Wiley, Sons Ltd, Chichester, England.
- Milgrom J., Holt C. (2014), "Early intervention to protect the mother-infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomised controlled trial", *Trials*, Oct 3, 15-385.
- Milgrom J., Gemmill A.W. (2015), *Identifying Perinatal Depression and Anxiety*, John Wiley & Sons.
- Smith-Nielsen J., Tharner A., Steele H., Cordes K., Mehlhasea H., Skovgaard Vaever M. (2016), "Postpartum depression and infant-mother attachment security at one year: The impact of co-morbid maternal personality disorders", *Infant Behavior & Development*, 44, 148-158.
- Sito Osservatorio Psicologia Clinica Perinatale: www.unibs.it/dipartimenti/scienze-cliniche-e-sperimentali/osservatori-e-laboratori/osservatorio-psicologia-clinica-perinatale-profssa-l-cena.