

## 12. La “consultazione terapeutica” nel periodo perinatale

di *Loredana Cena*<sup>1</sup>

### 1. Relazioni precoci e psicopatologia

Le prime concezioni psicoanalitiche sullo sviluppo infantile si sono fondate sul modello energetico-pulsionale intrapsichico freudiano (Imbasciati, 2005), centrato su una serie di fasi di sviluppo, focalizzate sul complesso edipico come nucleo centrale della vita psichica. Pur avendo intuito l'importanza relazionale e i processi di transfert e controtransfert presenti nel processo analitico, Freud ha tuttavia strutturato principalmente la sua teorizzazione su processi di difesa dalle pulsioni.

L'importanza della relazione primaria del bambino con i suoi genitori, viene invece ritenuta di considerevole importanza da Ferenczi (1929) per lo sviluppo della personalità. Sarà la Klein a portare l'attenzione prevalente sulla relazione, anche se la sua “psicoanalisi dei bambini” viene condotta individualmente.

La Klein (1932) struttura la tecnica del gioco dimostrando come tale tecnica permetta di rispettare nell'analisi infantile i principi teorici e tecnici su cui si fonda l'analisi degli adulti. Nella situazione di gioco, i bimbi possono esprimere aspetti di sé e fantasie inconsce delle proprie interazioni con i genitori che possono venire interpretati dall'analista attraverso le libere associazioni, come per i sogni nell'adulto. Nel gioco il bambino esprime sentimenti precoci che possono essere osservati mentre vengono vissuti e riattualizzati durante l'azione ludica. Il merito della Klein sta nell'aver colto il ripetersi di certi accadimenti nella psiche del bambino, evidenziando in ambito teorico processi costanti della mente infantile: ciò ha consentito un passaggio dalla osservazione clinica a successive formulazioni teoriche dello sviluppo psichico infantile. L'autrice evidenzia

1. Ringrazio il Prof. Imbasciati dei consigli e della revisione di questo capitolo.

l'importanza dell'analisi del transfert, quando si attiva un intervento psicoterapeutico con il bimbo: questo argomento ha sollecitato non poche discussioni e controversie soprattutto in opposizione a Anna Freud. Questa infatti (1965), al contrario della Klein, ritiene che la tecnica del gioco non possa essere utilizzata similmente alle libere associazioni dell'adulto, perché il bimbo, non avendo consapevolezza di essere in analisi, non riesce a rappresentarsi la sua guarigione e dunque non potrebbe attivare il transfert sul terapeuta. Attraverso la tecnica dell'osservazione infantile, interviene con i bimbi mediante tecniche dirette e molto attive, sensibilizzandoli al loro disagio.

Winnicott evidenzia come "A uno stadio molto precoce non è logico pensare a un individuo. Se si comincia a descrivere un bambino si scoprirà che si sta descrivendo un bambino e qualcun altro. Un bambino non può esistere da solo, ma è sostanzialmente una parte di una relazione" (Winnicott, 1987).

Bion (1962) propone il concetto di "rêverie materna", definita come quel particolare "stato sognante" in cui la madre dialoga con il proprio bambino, accogliendo i suoi stati affettivi negativi e restituendoglieli "bonificati", cioè con una attribuzione di significato. Questo gli consente di poter così elaborare altre modalità di pensiero.

Dunque, soprattutto con Winnicott (1970) e successivamente con Kreisler (1981), è stato possibile focalizzare meglio l'importanza, per lo sviluppo mentale precoce, della influenza della relazione con la figura di accudimento primaria: è la qualità dunque della relazione a determinare lo stato di salute psichica e psicosomatica dello sviluppo ed è l'influenza della relazione con la figura di accudimento primaria a favorire la manifestazione di problematiche che possano anche sfociare in patologie. Osservando le prime interazioni madre-neonato si può evidenziare come l'effetto patogeno di vissuti rimossi sia agito dalla madre nell'interazione precoce con il bimbo (Cramer, Stern, 1988), e come la madre può mettere in gioco con il suo bimbo i conflitti e le angosce che hanno animato la relazione primaria con la propria madre (Kreisler, Cramer, 1981). Si inizia così a ipotizzare una trasmissione intergenerazionale degli affetti.

I processi di regolazione madre-bambino si presentano a progressivi livelli di complessità: nei primi mesi si organizzano come microregolazioni descritte da Stern (Stern, 1971, 1974, 1977). Con il termine di "sintonizzazioni affettive", Stern descrive eventi al di fuori della consapevolezza che riguardano momenti interattivi positivi tra il neonato e le figure di accudimento, in particolare la madre. È stata osservata una similitudine tra gli scambi affettivi che intercorrono nella relazione primaria tra la madre e il bambino con quelli tra terapeuta e paziente: questi particolari aspetti sarebbero alla base delle potenzialità trasformative delle relazioni. Il genitore si sintonizza con lo stato affettivo del bimbo e rispecchiandone il com-

portamento lo traduce in differenti modalità espressive, utilizzando canali comunicativi diversi: questo scambio costituisce la base su cui il bambino fonda i propri apprendimenti e impara a modulare le sue risposte verso il mondo esterno (Stern *et al.*, 1984).

Nei primi tempi della vita del bimbo, il genitore, in particolare la madre, si trova in un particolare stato affettivo definito (Stern, 1995) “costellazione materna”, in cui la dipendenza del figlio e il suo accudimento hanno caratteristiche predominanti per l’organizzazione psichica (Stern *et al.*, 1999).

Stern contribuisce a implementare di dati l’area di intersezione tra la psicoanalisi e la psicologia dello sviluppo, focalizzando l’attenzione sugli scambi affettivi tra genitore e bambino: con la tecnica della microanalisi delle interazioni genitore-bambino e evidenzia come si sviluppi già nel bambino piccolo un “senso del Sé” (Stern, 1985), attraverso una continuità di esperienze di condivisione di significati e affetti (1986, 1988) entro la relazione con il caregiver. Sin dai primi tempi della vita sarebbe presente una concezione di un sé in relazione con l’altro (1983) che contribuisce ad una esperienza strutturante di organizzazione psichica nel bambino (1989). Il senso del sé ha il suo fondamento nella esperienza di condivisione degli affetti (1990) che il bimbo sperimenta nella relazione con il genitore: attraverso una continuità di rapporti sarà possibile per il bimbo una generalizzazione degli schemi e delle rappresentazioni degli eventi condivisi con il genitore, che gli consentirà di crearsi delle aspettative e confrontarsi rispetto a nuove interazioni sociali.

Gli studi nell’ambito dell’*Infant Research* (Brazelton, Koslowski, Main, 1974; Sroufe, 1977; Stern, 1977; Fogel, 1993; Tronick, Adamson, 1980; Tronick, Cohn, 1989; Brazelton, Cramer, 1990; Cassidy, 1994; Trevarthen, 1990), e della psicologia dello sviluppo con le teorie interattivo-costruzioniste (Bruner, 1986; Camaioni, Di Blasio, 1999), hanno evidenziato come le competenze percettive presenti già alla nascita si esplichino entro lo scambio comunicativo primario nella coppia genitore-bambino e consentano la nascita del pensiero: il neonato è in grado di stabilire forme di interazione differenziate con l’altro, che gli permettono di ricevere e di elaborare informazioni. Questa dotazione iniziale non è innata ma viene appresa precocemente in epoca neonatale, addirittura prenatale, attraverso l’interazione gestante/feto.

Nelle attuali ricerche, la nascita del pensiero viene collocata nelle prime relazioni affettive che il neonato stabilisce con la madre o con chi svolge la funzione di caregiver: è l’introiezione di queste prime esperienze a costituire le basi poi di quelle future, comunicative, relazionali e di pensiero dell’individuo. Lo sviluppo di un sistema relazionale si manifesta attraverso l’attenzione e la cura delle figure affettive di riferimento, mediante una

regolazione di reciproche interazioni che consentono al bimbo di sviluppare un senso di Sé.

La ricerca in questo settore ha avuto un impulso notevole dopo la seconda metà del secolo scorso e si rivolge soprattutto ad indagare (cfr. cap. 3) i dati relativi allo sviluppo mentale all'interno della relazione madre-bambino: a partire dalla vita fetale e attraverso le esperienze di interazione con il corpo della madre si costituirebbe una progressiva costruzione di strutture mentali primarie.

La relazione con i genitori viene via via ad assumere nell'ambito della letteratura una valenza fondamentale per lo sviluppo infantile (Same- roff, Emde, 1989); i problemi del bimbo non possono più venire letti solo a livello intrapsichico, ma c'è un coinvolgimento degli aspetti di relazione con il caregiver. Quanto più il bimbo è piccolo, quanto più la relazione di dipendenza è caratterizzata dall'"unità" e la terapia deve prendere in considerazione modalità diverse di trattamento, in cui la diade genitore-bambino si pone nella sua complessità: si fa riferimento così a "disturbi relazionali" e l'obiettivo allora diventa intervenire sulle modalità disfunzionali attraverso i membri della relazione, bimbo e caregiver simultaneamente.

## **2. I disturbi della regolazione**

I disturbi più frequenti che vengono osservati nei bambini molto piccoli sono riferiti ai processi di "regolazione". Nella Classificazione diagnostica 0-3 (National Centre for Clinical Infant Programs, 1994) i disturbi della regolazione sono contraddistinti come difficoltà del bambino di regolare i propri processi fisiologici, sensoriali, attentivi, motori, affettivi, di apprendimento e comportamentali, e di organizzazione di stati di calma e di vigilanza. I disturbi della regolazione possono manifestarsi attraverso irregolarità respiratorie, attacchi di vomito, rigurgiti frequenti, motricità disorganizzata, ritmi alimentari, di evacuazione e del sonno irregolari (Greenspan, 1992; Greenspan, Wieder, 1993). I disturbi possono presentarsi attraverso pattern comportamentali di autoregolazione: succhiarsi il pollice, dondolarsi frequentemente con correlate problematiche di elaborazione sensoriale e senso-motoria. Quanto più il bambino si trova in un'età di sviluppo al di sotto dei tre anni, quanto più ha difficoltà ad esprimere il proprio disagio attraverso il linguaggio e utilizzerà il corpo come mezzo di espressione: ogni sua manifestazione, sia che risulti disturbante, sia che passi inosservata, va esaminata all'interno del processo di auto regolazione del bambino e di regolazione reciproca con la figura affettiva di riferimento (Greenspan, 1992).

Nella interazione bambino-caregiver è fondamentale il processo di continuità e regolarità del legame: gli studi di Spitz (1946) hanno messo in evidenza che i bambini che non possono avere un contatto continuo e regolare con la madre mostrano sintomi di chiusura in se stessi, attraverso quella che viene definita la depressione anaclitica, con gravi disturbi dello sviluppo e della crescita.

La regolazione emotiva è un paradigma teorico molto utilizzato, sia nell'Infant Research, sia nella teoria dell'attaccamento (Sander, 1987; Trevarthen, 1984, 1989; Murray Trevarthen, 1985; Stern, 1986; Sroufe, 1996; Beebe *et al.*, 1998), per spiegare la formazione dei pattern di attaccamento nei primi anni di vita, considerati come stili di regolazione delle emozioni, che il bambino struttura rispetto alla disponibilità emotiva dei genitori (Cassidy, 1994). La relazione con le figure affettive di riferimento consente al bambino di attivare strategie regolative primarie che vengono apprese all'interno del legame di attaccamento; la regolazione emotiva (Tronick, 2008) è una funzione fondamentale per lo sviluppo di un legame equilibrato. Disturbi di tale regolazione, spesso espressi con disfunzioni dei ritmi fisiologici fondamentali, sono rivelatori di disturbi relazionali.

Quando il bambino è piccolo, dalla nascita fino al primo anno di vita, la regolazione del legame viene individuata attraverso indicatori quali continuità, regolarità, responsività del genitore. Nei piccoli degli animali la mancanza di un contatto continuo con la madre o la non regolarità di cure, o la carenza di esse hanno un effetto disorganizzante sull'omeostasi del piccolo (Hofer, 1994, 2006: cfr. cap. 5.8 parte prima del volume *Neonato e radici della salute mentale*).

### **3. La relazione nell'intervento psicoterapeutico: la “consultazione terapeutica perinatale”**

La situazione clinica nella psicoterapia genitore-bambino è generalmente costituita da un bambino e uno o due dei suoi genitori. Il genitore coinvolto è in genere quello che accudisce prevalentemente il piccolo e può non essere sempre la madre: il “paziente” non è il bambino, ma è la “relazione”, diadica madre-bambino oppure triadica madre-padre-bambino (Stern, 1992).

Le problematiche della regolazione focalizzate nella osservazione clinica, connesse a difficoltà relazionali dei bambini con i loro caregivers, rendono la “relazione” oggetto specifico dell'intervento terapeutico.

A seconda di come si manifesta l'adattamento e l'autoregolazione, nel bambino si potrà intervenire con approcci psicoterapeutici diversi in funzione dell'età del soggetto e del modello teorico di riferimento (Lojkasek, Cohen, Muir, 1994).

La psicoterapia bambino-caregiver è una modalità di intervento sulla relazione quando il bimbo, piccolo e in età prescolare, rivela disagio, o comunque quando il legame con il caregiver si è strutturato negativamente in seguito ad esempio a situazioni ambientali e sociali problematiche, come la malattia fisica e psichica di un genitore, un lutto, uno stress (Liebermann, 2006). Questo modello, che pone al centro della cura l'interazione tra il bambino e il genitore, ha avuto una progressiva e lenta evoluzione: nell'antichità era la pedagogia, sostenuta dal pensiero filosofico, ad utilizzare interventi rivolti prevalentemente al bambino e solo col secolo scorso è stata la psicoanalisi, che iniziando ad occuparsi di terapia con bambini, ha sempre più centrato i genitori.

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

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

L'origine della psicoanalisi infantile è stata contraddistinta da conflitti tra i diversi orientamenti, così come anche lo sviluppo delle applicazioni psicoterapeutiche non ha avuto una altrettanto facile evoluzione. Ogni autore ha sviluppato intuizioni metodologiche che hanno contraddistinto le sue modalità di intervento.

Alla Tavistock Clinic di Londra il processo terapeutico si viene strutturando nel gruppo di cui fanno parte genitori-bebè-terapeuti. L'"oggetto gruppale" diventa sia il bimbo che i suoi genitori e i co-terapeuti: il cambiamento è perseguito attraverso colloqui clinici che permettano l'emergere di fantasmi dei genitori e le loro ricostruzioni intorno ai sintomi del bambino.

In Francia e Svizzera (Lebovici, Soulè, Manzano, Missioner, Cramer, Palacio Espasa) l'intervento breve genitori-bambino viene definito "consultazione terapeutica", rivolta alla interazione del bambino con i suoi genitori: viene considerato "breve" un intervento che non supera le 10 sedute e ha per oggetto la relazione; il termine breve sta di solito a indicare il numero delle sedute che possono avvenire in un tempo relativamente lungo a seconda di come vengono distanziate.

Nell'intervento breve l'azione terapeutica e il cambiamento si fondano sulla elaborazione fantasmatica sollecitata dal transfert dei genitori, in cui i sintomi del bambino vengono messi in relazione con le rappresentazioni dei genitori. L'azione terapeutica porta al cambiamento quando può essere esplicitata la relazione latente, a livello precosciente, di contenuti non consapevoli o conflitti pregressi, o attuali con i propri genitori, o lutti irrisolti: sono questi alcuni dei nuclei tematici più frequenti oggetto di interpretazione (Palacio Espasa, Manzano, 1982). Il cambiamento si può verificare non solo attraverso le verbalizzazioni dell'interpretazione, ma anche, in alcuni approcci, attraverso l'agire del terapeuta. Gli atteggiamenti adottati nei confronti del bambino possono trasmettere un certo significato che potrà venire integrato dai genitori.

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

Secondo invece il vertice teorico ad indirizzo comportamentale, proposto da Susane McDounough (McDounough, 1992, 2006) la tecnica utilizzata nei trattamenti dei disturbi precoci è quella della videoregistrazione che consente al terapeuta di evidenziare quegli aspetti dell'interazione che possono attivare processi di cambiamento nel comportamento genito-

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

Altri interventi terapeutici in ambito perinatale si fondano sulla promozione della "capacità di previsione" nel genitore. Questi approcci (Brazelton, Als, 1979; Brazelton *et al.*, 1979) si focalizzano sulla qualità dell'interazione tra genitore e bambino intesa come predittiva dello sviluppo successivo del bambino e indicano che quando il genitore diventa consapevole del modo in cui stimola il proprio bambino, diventa anche più cosciente degli effetti prodotti dalle sue azioni sullo sviluppo stesso del bambino. Il comportamento interattivo del genitore riflette la sua adeguatezza a sostenere lo stadio evolutivo attuale del bambino, ma implica anche la possibilità di anticipare imminenti cambiamenti evolutivi. Viene definito "comportamento di previsione" la capacità genitoriale di promuovere e sostenere lo sviluppo del bambino, attraverso capacità intuitive (Papousek H., Papousek N., 1975) di sincronizzazione affettiva (Stern, 1985; Stern *et al.*, 1984) e processi di empatia (Hoffman, 1994), in modo da capire i segnali e i comportamenti del bambino e di prevederne l'evoluzione, favorendo la loro organizzazione in un'ottica di sviluppo. Il "comportamento di previsione" implica una capacità del genitore di attribuire un significato alla comunicazione e al comportamento del bambino e di rispondergli trasformando i segnali in messaggi significativi e riconoscibili, favorendo una risposta adeguata nel bambino. Questi interventi terapeutici hanno come obietti-

vo la promozione nell'ambito della interazione primaria di comportamenti genitoriali adeguati e della capacità di previsione, in modo che il genitore possa costituire una struttura di sostegno, uno scaffolding allo sviluppo del suo bambino, prevedendone i cambiamenti evolutivi e favorendoli: il genitore viene aiutato ad esprimere come “prevede” di poter offrire sostegno al suo bimbo per consolidarne le tappe evolutive e il terapeuta attraverso l'osservazione della diade e le tecniche dell'inchiesta e della chiarificazione può fornire un significato ai pattern interattivi.

#### **4. La consultazione terapeutica prenatale**

Il processo mentale della genitorialità è una “costruzione” che si sviluppa evolutivamente nel corso dello sviluppo dell'individuo (Bydlowski, 1989), attraverso l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta: per quanto riguarda la madre, la presenza di conflittualità o antiche ferite può riflettersi non solo nelle interazioni col neonato e col bimbo, ma già nel livello di tolleranza materna ai cambiamenti psicofisiologici della gestazione, nelle sue interazioni con il feto, nelle anticipazioni del possibile dolore del parto, e sarà rispecchiata da eventuali complicanze ostetriche e pediatriche (Bydlowski, Rauolu Duval, 1978).

La fragilità della donna durante la gestazione è una potenziale fonte di pericolo, ma contemporaneamente anche di creatività, se adeguatamente supportata da un sostegno psicologico, che potrà consentire ristrutturazioni psichiche benefiche (Cramer, Palacio-Espasa, 1993).

La nascita di un bambino veicola un triplice significato: nascita in senso biologico del bambino, nascita come psiche del bambino e nascita della rappresentazione della psiche del bambino nella mente dei genitori (Carel, 1990).

La genitorialità implica la costituzione di un involucro psichico che possa contenere la nascita fisica e psicologica del bambino, ma implica anche una triplice capacità di contenimento da parte dei genitori: della propria storia individuale, coniugale, e generazionale. Essa deve poter contenere il Sé “psicofisiologico” (Mancia, 1989) prenatale del bimbo, che potrà svilupparsi entro una continuità biologica, verso un “Sé emergente” post natale (Stern, 1989), di neonato, se la nascita avviene entro un “contenitore” genitoriale.

Missioner (2005) sottolinea la continuità nella linea dello sviluppo dalla prenatalità alla postnatalità, facendo riferimento già ad un “Individuo” nel periodo antecedente la nascita, con la possibilità di una continuità tra la funzione di contenimento interno genitoriale durante la gestazione, nell'utero materno, e quella di un contenimento dell'ambiente esterno (Golse, 1995).

A questi concetti Missonnier aggiunge quello di funzionamento psichico “materno prenatale placentare”, per evidenziare anche la capacità funzionale di una gestazione psichica di contenimento e di interazione da parte della madre nei confronti del prodotto del concepimento (Missonnier, 2005).

Nella consultazione terapeutica prenatale il “bimbo è virtuale” (Missonnier, 2005), ma può ugualmente essere investito di una relazione carica di identificazioni proiettive, in cui si sviluppa l’attaccamento del genitore verso il bimbo. La durata temporale della consulenza terapeutica prenatale può variare, da un intervento specifico breve di alcuni colloqui a seguito di una crisi genitoriale, a una terapia breve da 3 a 10 sedute, fino ad una più lunga terapia psicoanalitica.

La consultazione terapeutica prenatale può consentire uno spazio e un tempo in cui sia possibile per i genitori rivedere i problemi interiori riattivati durante la gestazione, e così essere poi in grado alla nascita del bimbo di ripristinare una realtà con il loro bambino liberandolo dalle identificazioni distorte derivate dalla propria storia generazionale. Il setting della consultazione terapeutica prenatale viene inteso come uno scenario teatrale, perché può consentire ai genitori di esprimere le proprie identificazioni proiettive negative, mentre il terapeuta come un regista ne assicura il contenimento. Con il terapeuta vengono prese in considerazione le proto rappresentazioni, su cui il terapeuta attiva processi di intervento.

Nell’approccio psicoanalitico di Missioner (2005), l’intervento precoce prenatale è basato sulla promozione nei genitori di quella che viene definita come capacità di “anticipazione” degli eventi futuri, che diventa fondamentale per il sostegno alla coppia genitoriale. Il lavoro del terapeuta in ambito prenatale è orientato a favorire una espressione ed un contenimento delle problematiche conflittuali, non solo reali ma anche “previste” dai genitori, attraverso modalità di “anticipazione” e di previsione di quello che potrebbe accadere dopo la nascita del bambino. Il terapeuta garantisce, attraverso una continuità di sostegno ai genitori, quando verrà il momento metaforico della alzata del sipario – la nascita –, di poter proseguire nel sostenerli nella elaborazione dei loro vissuti precedentemente “anticipati”, e che ora potranno essere ulteriormente messi a confronto con la realtà della nascita stessa.

La consultazione terapeutica prenatale secondo Missioner consente uno spazio e un tempo ai genitori in cui è possibile per loro ripensare al presente, durante la gestazione, ma anche prevedere eventuali problematiche che potrebbero manifestarsi con la nascita del bambino. Per il terapeuta è importante poter aiutare i genitori a ripristinare una relazione con il loro bambino “virtuale” e poi “reale”, liberandolo dalle identificazioni distorte derivate dalla loro storia generazionale che essi potrebbero aver proiettato su di lui o proiettare alla nascita. L’Autore fa riferimento a strategie di “an-

“anticipazione preventiva”, che vengono mobilitate dall’intervento terapeutico: i genitori vengono aiutati a “metterle in scena” attraverso una narrazione che svela i fantasmi del loro passato, e del presente, entro il contenitore protettivo terapeutico che ascolta e contiene.

Quattro sono i postulati teorici che il terapeuta deve tenere in considerazione nel corso della consultazione prenatale:

1. il bambino occupa un posto intermedio tra lo spazio intrapsichico e quello extrapsichico genitoriale;
2. il feto non va considerato come estensione narcisistica materna: secondo l’autore il feto è un “bambino virtuale” con cui la madre stabilisce una relazione;
3. gli aspetti transgenerazionali della dinamica familiare devono essere considerati, valutando la stratificazione di rappresentazioni transgenerazionali presenti in ogni filiazione;
4. la maggiore “trasparenza psichica” (Bydlovski, 1997) favorita dai processi della gestazione può riattivare conflitti antichi con i propri genitori.

È pertanto indispensabile sostenere i genitori che hanno avuto esperienze traumatiche durante il periodo della gestazione.

Il terapeuta può aiutarli in un contesto di contenimento attraverso una presenza empatica di condivisione degli affetti. L’intersoggettività verbale e non verbale e l’empatia sono così i principali strumenti terapeutici.

Il setting delle consultazioni terapeutiche prenatali è spesso quello istituzionale, dei reparti di maternità ospedalieri: pertanto il contenimento terapeutico fa parte di un “meta-contenimento” istituzionale più vasto. Il lavoro del terapeuta è orientato a mantenere una continuità che consenta ai genitori, quando verrà il momento della nascita, di poter proseguire nell’elaborazione di vissuti che sono stati già da parte loro “anticipati” e che potranno ora essere messi a confronto con la realtà. Questa ricongiunzione, alla nascita del bimbo, potrà essere semplice se il bambino non presenta anomalie: l’instaurarsi invece di patologie, prenatali e perinatali, o una diagnosi prenatale infausta rendono questo percorso molto complesso e il cambiamento difficile e doloroso.

Il percorso che conduce alla genitorialità può prendere infatti vie diverse e imprevedibili, se si presenta un handicap o un problema psicofisico alla nascita del bambino: fattore preventivo di eventuali disturbi psichici che possono insorgere nei genitori a seguito di questo infelice evento, sta proprio nella funzione mentale protettrice di “anticipazione”, intesa come la capacità di immaginare eventuali fatti imprevisti. Questa capacità può essere già presente nella mente del genitore o può venire sollecitata e supportata da interventi di consulenza o psicoterapeutici.

L’anticipazione preventiva è considerata una funzione importante che ritroviamo comune e trasversale ad altri diversi vertici teorici di riferimen-

to (Brazelton, Als, 1979; Brazelton *et al.*, 1979; Mc Hale, 2010). La capacità di anticipare implica saper attivare un cambiamento, saper immaginare un futuro eventualmente diverso da quello progettato e prevedere le proprie reazioni emotive e comportamentali in relazione alle conseguenze che potrebbero eventualmente accadere: è fare ipotesi sulle diverse soluzioni possibili e sulle proprie risposte (Ionescu *et al.*, 1997).

Il concetto di anticipazione è sottinteso anche nella teoria dell'attaccamento di Bowlby (1988) con i modelli operativi interni: il bimbo attraverso i MOI ha dei modelli di relazione di sé con l'altro che gli consentono di anticipare le modalità relazionali con altri individui

Il concetto di anticipazione preventiva è stato operazionalizzato attraverso una procedura sperimentale prenatale (Fivaz *et al.*, 2002), negli interventi psicoterapeutici sistemici. Questa procedura consente di indagare le modalità relazionali che i genitori prevedono di adottare alla nascita con il futuro bambino. Nello studio della transizione alla genitorialità, la Fivaz-Depeursinge ha rivolto l'attenzione alle interazioni triadiche madre-padre-bambino (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999). Dal punto di vista teorico, il riferimento è ad un approccio intersoggettivo sistemico-familiare secondo cui la triade viene definita come un sistema co-evolutivo non riducibile alla somma dei sistemi diadici che la compongono. In questa prospettiva, vengono studiate le interazioni triadiche già a partire dalla gravidanza, che rappresenta il momento di preparazione all'emergere della triade relazionale (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1992).

A tal scopo la Fivaz-Depeursinge ha sviluppato una procedura osservativa che consente di valutare la qualità delle interazioni del sistema triadico padre-madre-bambino già in gravidanza, prima che compaia il bambino reale della triade. Tale procedura è denominata il Lausanne Triadic Play (LTP) (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999), e prevede una situazione di interazioni con l'utilizzo di una bambola al posto del bambino, con un successivo confronto al 4° mese post-partum una volta nato il figlio. L'LTP è un procedura che consente di predire i comportamenti che poi i genitori avranno con il loro neonato. L'interazione dei genitori tra loro e con il bambino durante la gestazione viene osservata in laboratorio e poi in diversi altri momenti dopo la nascita. La coppia genitore-bambino e la triade madre-bambino-padre, vengono considerate dei sistemi tra loro interdipendenti. Le osservazioni vengono videoregistrate e analizzate con modalità di microanalisi. L'intervento ha luogo spesso all'interno di una rete terapeutica, secondo l'approccio sistemico, in cui spesso vengono coinvolti diversi professionisti (pediatra, infermiere, psicologo, neuropsichiatra). La terapia è multifocale cioè può orientarsi su molteplici aspetti dell'interazione, dal conflitto all'accordo: il terapeuta entra nel sistema con la modalità ritenuta più pertinente, sia in fase di osservazione e proposta preventiva, sia

in fase di attuazione della situazione terapeutica. L'approccio della Fivaz ha come obiettivo quello di attivare le risorse della famiglia anticipandone le rappresentazioni genitoriali prima che il bimbo agisca e in tal modo esercitando una funzione preventiva nel promuovere una co-evoluzione (Fivaz *et al.*, 1992) del sistema genitoriale e del sistema bambino.

## **5. Gli organizzatori psichici nel processo di genitorialità**

Rituali connessi alla nascita sono da sempre esistiti in ogni epoca e cultura, con una funzione simbolica protettiva nei confronti della donna del nascituro e della famiglia. Questo ruolo nella nostra attuale società viene svolto ed efficacemente rinforzato da tutta la serie dei controlli sanitari cui ben volentieri le donne e le coppie si sottopongono: essi svolgono, oltre le loro funzioni sanitarie, anche una funzione rituale che come tale, nella prospettiva sociale, ha funzioni di “organizzatore psichico” nel processo di genitorialità (Missioner, 2005).

Organizzatori psichici sarebbero attivati attraverso la funzione simbolica che assumono gli esami medici e le consultazioni ostetrico/ginecologiche (Missioner 2005): i controlli medici nel periodo perinatale fungerebbero da “organizzatori psichici”, poiché comportano un cambiamento nella organizzazione psichica nel processo di genitorialità. I momenti di consultazione e di confronto con medici, ostetriche e altri operatori della nascita, attraverso le indagini specialistiche di routine durante la gravidanza, parto e post-partum, solleciterebbero processi di simbolizzazione che scandiscono il percorso interiore della gestazione, nascita, parto e puerperio, accompagnando l'evoluzione psichica della genitorialità.

I reparti maternità sono uno spazio rituale di iniziazione, in cui più figure professionali intervengono e esercitano cooperativamente una funzione preventiva delle angosce, attraverso una elaborazione creativa e condivisa della nascita. Tra gli organizzatori psichici viene segnalata l'ecografia, come uno di quegli esami, punto di incontro tra professionisti-feto-genitori ed operatori, che si costituisce come luogo privilegiato per una “riflessione” pre-natale (Missioner, 2005): induce nei genitori un confronto con il feto reale e una risonanza con il bambino immaginato, retaggio della storia individuale, coniugale e generazionale. Le valenze emotive dell'immagine ecografica si collocano tra due polarità: confermano il processo di genitorialità e le funzioni di contenimento, oppure conducono a una crisi psichica, piena di identificazioni proiettive patologiche, nei casi di anomalie. In questi ultimi anni l'ecografia consente l'accesso a una consultazione psicoterapeutica che può consentire la metabolizzazione genitoriale delle inquietanti ripercussioni inerenti la rivelazione di dati eventualmente negativi, e

fornire un supporto dinamico dell'anticipazione del bambino. Su questi vissuti si potrà elaborare un percorso psicoterapeutico.

L'ecografia può diventare anche uno spazio transizionale, luogo di transizione (Perucon, 1997), per la elaborazione di vissuti relativi alla salute del bambino. Nella donna si attua una "anticipazione immaginaria" che la conforta come un "organizzatore psichico" contro le angosce, spesso inevitabili, di eventuali malformazioni del nascituro: le quali di per se stesse possono avere potenzialità strutturanti o distruttive, a seconda dei conflitti che accompagnano la genitorialità (Cramer, Palacio-Espasa, 1993). Alcuni autori fanno riferimento ai significati positivi che possono assumere anche le angosce rispetto al feto, in quanto rappresentano un aspetto del legame di attaccamento materno: la loro mancanza potrebbe significare al contrario un segno negativo di tale attaccamento (Leifer, 1977). In assenza di anomalie fetali questi timori sono interpretati sia come una manifestazione di difficoltà del processo della maternità, sia come una "anticipazione creatrice" che tutela dalla imprevedibilità di eventuali fatti traumatici.

Anche una diagnosi prenatale viene considerata come altro "organizzatore psichico" a funzione protettiva, e condurre a un accompagnamento perinatale multidisciplinare integrato e a un servizio di consultazione e di sostegno terapeutico condiviso.

Il dolore del parto può fungere come un "organizzatore psichico": comporta un dolore fisico e un dolore psichico. Il timore del dolore comporta la richiesta di analgesia: Missioner (2005) evidenzia come un parto programmato per convenienza personale e non per motivi obiettivi medici, sottintenda una vulnerabilità psichica che può costituire fattore di rischio, e che come tale va presa in considerazione. L'autore indica pertanto come sia necessario comprenderne il significato e favorirne una sua eventuale elaborazione.

Il confronto con il neonato reale è considerato un altro "organizzatore psichico". Anche la depressione post-partum, secondo Missioner funziona come organizzatore psichico: essa rappresenta un momento di ritiro psichico dalla realtà che reclama aiuto, che in tal modo può essere offerto alla donna.

## **6. Fattori comuni nei diversi approcci terapeutici perinatali: vie di accesso nel sistema dinamico interdipendente "genitore-bambino"**

Il cambiamento che si rileva a seguito dei trattamenti terapeutici perinatali è generalmente positivo anche se perseguito secondo modelli diversi e

questo sarebbe dovuto, secondo Stern, a “fattori comuni” compresenti nelle diverse terapie; Stern (1992) ne segnala prevalentemente quattro.

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

Il transfert è il secondo fattore comune ai diversi approcci terapeutici: il transfert positivo viene anche definito alleanza terapeutica, facilitante il cambiamento. L'analisi del proprio controtransfert consente al clinico di sostenere la risonanza dei disturbi della relazione e dovrà essere utilizzato in modo equilibrato, nei confronti di padre, madre e “bambino”.

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

Le psicoterapie in ambito perinatale sono in genere caratterizzate da interventi a breve termine e/o consultazioni terapeutiche. Il termine breve può essere riferito al numero ridotto delle sedute terapeutiche (3-10) oppure alla durata nel tempo. Interventi ripetuti nel tempo consentono ai bambini e ai loro genitori di accedere ad elaborazioni progressive nella transizione a ogni nuova fase di sviluppo. Ciò che in ambito perinatale e della prima infanzia può essere ottenuto con trattamenti ripetuti ha la stessa efficacia dei trattamenti continui, a lungo termine, necessari in altre situazioni cliniche. Queste modalità sono caratteristiche dei trattamenti nella prima infanzia e non vanno considerate con connotazioni negative o incomplete, ma come un processo in cui i cambiamenti avvengono a “tappe” successive, intese come una necessità insita nel trattamento specifico per la popolazione clinica, che è in fase di sviluppo. Da alcuni autori (Missioner, 2005; Vallino, 2009) infatti le psicoterapie in ambito perinatale vengo-

no considerate come modalità di “consultazione”, considerando il fatto che può rendersi necessario reiterare l’intervento più volte nel corso della crescita del bimbo.

Il quarto fattore comune nei trattamenti psicoterapeutici perinatali considera gli effetti positivi del trattamento, focalizzando l’attenzione su ciò che è “sano” nel quadro clinico, rispetto ciò che è, o rimane, patologico: per la rapida progressione dello sviluppo, l’intero sistema è comunque sempre sottoposto a riorganizzazione in diversi momenti di transizione e queste riorganizzazioni possono favorire una maggiore apertura al cambiamento, a cui è già predisposto il sistema stesso. Quando sono presenti disturbi precoci della relazione spesso il ruolo del bambino come portatore il disturbo è per i genitori il fulcro che direziona tutto il trattamento e che li conduce dallo specialista. Il genitore si rivolge generalmente allo specialista per un problema manifestato dal bambino, ma raramente lo ritiene collegato alla sua relazione con lui: questo crea difficoltà, rispetto alle idee tradizionali della terapia.

Nell’infanzia e durante tutta l’età evolutiva diversi possono essere gli approcci psicoterapeutici, focali o meno, a breve o a lungo termine, individuali e più spesso familiari: approcci psicoterapeutici diversi utilizzano un vertice teorico con diverso modo di leggere il materiale clinico, oppure può essere diversa la modalità su cui verte prevalentemente l’azione terapeutica (interpersonale o intrapsichica): le tecniche utilizzate così come il setting sono differenti a seconda del vertice teorico di riferimento, così come le modalità terapeutiche, che vanno dalla terapia individuale per il genitore e il bambino a sedute congiunte genitore-bambino.

Negli approcci terapeutici precoci può essere molto complesso identificare il paziente, così come mettere fine ad alcune interazioni che portano disagi. Secondo Stern tuttavia non è così fondamentale che sia noto chi è il “paziente” o a chi sia indirizzata principalmente la terapia, perché essa si sviluppa comunque all’interno del contesto “genitore-bambino”. Il primo fattore comune a tutti gli approcci terapeutici perinatali è che i soggetti costituiti dai singoli, la madre, il bambino, il padre sono considerati gli elementi di un “sistema interdipendente” e in costante interazione dinamica. I diversi vertici di riferimento teorico e le rispettive modalità terapeutiche possono essere rivolte sia ad un elemento del sistema sia alla relazione, individuati come “bersaglio” (Stern, 1992): anche se le teorie sono diverse agiscono comunque sullo stesso “sistema funzionale”. Ciò che diversifica gli approcci terapeutici sono i “diversi punti di entrata” nel sistema. Il cambiamento può implicare modificazioni anche in uno solo degli elementi del sistema, ma tutti gli altri elementi ne vengono comunque coinvolti, per adeguarsi alla modificazione intervenuta; non ha molta importanza il punto prescelto per entrare nel sistema con le modalità terapeutiche individuate, perché una volta innescato un cambiamento, tutto il sistema sarà comunque coinvolto nelle modificazioni.

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

Stern riporta l'esempio del confronto tra due modalità terapeutiche con punti di accesso molto diversi, in cui i risultati terapeutici si sono manifestati con modalità abbastanza simili. L'approccio psicoanalitico di Ginevra (Palacio-Espasa, Manzano, 1982; Manzano *et al.*, 2001) è rivolto prevalentemente ad intervenire nelle rappresentazioni dei genitori mentre l'approccio della McDonough (1992, 2006) ad orientamento comportamentista educativo è rivolto prevalentemente al cambiamento del comportamento genitoriale nell'interazione. Le aspettative relative al primo approccio sono riferite ad un cambiamento delle rappresentazioni genitoriali, mentre per l'altro sono prevalentemente rivolte al comportamento nella relazione. Entrambi i trattamenti portano però a cambiamenti sia nelle rappresentazioni genitoriali, sia nei comportamenti, evidenti dalle interazioni video registrate (Cramer, 1990). La ragione di questi risultati sta secondo Stern nella presenza di un "modello dinamico di interdipendenza", che trasferisce all'interno dell'intero sistema genitore-bambino l'intervento terapeutico applicato in un solo punto. Il modello ad orientamento psicoanalitico è prevalentemente focalizzato sulle rappresentazioni genitoriali, prende in considerazione le proiezioni, le identificazioni, le attribuzioni, le paure, i desideri, i conflitti, le fantasie del mondo rappresentazionale genitoriale, "attivo" nell'interazione col bambino (Stern, 1991). Non tutto il mondo rappresentazionale dell'adulto tuttavia viene considerato, ma solo gli aspetti più significativi per i problemi clinici della relazione col bambino. Secondo Stern nell'interazione sono presenti queste "rappresentazioni attive": è possibile una loro identificazione attraverso l'osservazione clinica (Cramer, Stern, 1988). Le rappresentazioni che si animano nella mente dei genitori durante la gravidanza tra di loro e nella loro relazione con il proprio futuro bambino organizzano le interrelazioni che essi avranno poi con il neonato (Stoleru, 1989; Stoleru *et al.*, 1985, Ammanniti, Stern, 1991; Ammanniti, 1992; Ammanniti *et al.*, 1995). I comportamenti intervengono per mantenere o rinforzare le rappresentazioni attive genitoriali. Il cambiamento del mondo rappresentativo genitoriale diventa evidente perché si può rilevare attraverso i comportamenti sensibili che questi rivolge al bambino.

## Bibliografia

- Ammanniti M. (1992), *Gravidanza e maternità tra rappresentazioni e narrazioni*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Ammanniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995), *Maternità e gravidanza: studio delle rappresentazioni materne*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ammanniti M., Stern D.N. (a cura di) (1991), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Roma-Bari.
- Beebe B., Lachmann F. (1998), "Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment", *Psychoanalytic Psychology*, 15, 1-37.
- Bertini M. (a cura di) (1988), *Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Bick E. (1964), *Nota sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico*. Tr. it. in Bonaminio V., Iaccarino B. (a cura di), *L'osservazione diretta del bambino*, Boringhieri, Torino, 1984.
- Bion W.R. (1962), *Learning from experience*, Heinemann, London. Tr. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1972.
- Bowlby J. (1988), "Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo", *Rivista di Psichiatria*, 2.
- Brazelton T.B., Yogman M., Als H., Tronick E. (1979), "The infant as a focus in family reciprocity", in Lewis M., Rosenblum M. (a cura di), *The child and its family*, Plenum Press, New York.
- Brazelton T.B., Als H. (1979), "Four early stages in the development of mother-infant interaction", *Psychoanalytic Study Child*, 34, 349-369.
- Brazelton T.B., Cramer B.G. (1990), *Il Primo Legame*, Frassinelli, Milano, 1991.
- Brazelton T.B., Koslowski B., Main M. (1974), "The origin of reciprocity: The early mother-infant interaction", in Lewis M., Rosenblum L. (a cura di), *The effect of the infant on its caretaker*, Wiley, New York.
- Bruner J.S. (1986), *Actual Minds, Possible Worlds*. Tr. it. *La mente a più dimensioni*, Laterza, Roma-Bari, 1993.
- Bucci W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, Guilford, New York. Tr. it. *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, Giovanni Fioriti, Roma, 1999.
- Bydlowski M. (1997), *La dette de vie*, Presses Universitaires de France.
- Bydlowski M. (1989), "Desiderio di un bambino, desiderio di gravidanza. Evoluzione delle pratiche di procreazione", in Lebovici S., Weil-Halpern F., *Psicopatologia della prima infanzia*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
- Bydlowski M., Rauolu Duval A. (1978), "Un avatar psychique méconnu: La névrose traumatique postobstétricale", *Perspective Psychiatrique*, 68, 321-328.
- Camaioni L., Di Blasio P. (1999), *Psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Capodieci S., Ferraro I., Dall'Alba B., Ruolo G., Baldo M. et al. (1990), "Gravidanza, maternità, paternità e vita sessuale di coppia", *Rivista di Sessuologia*, 14 (4), 331-346.
- Carel A. (1990), "Le traumatisme à la naissance et les dysfonctionnements précoces au sein du groupe famille", in Carel A. et al. (a cura di), *Le nourrisson et sa famille*, Cesura Lyon Edition, 99-112.
- Cassidy J. (1994), "Emotion regulation: Influences of attachment relationships", *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 228-249.

- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2010), *La relazione genitore-bambino*, Springer Verlag, Milano.
- Chamberlain D.B. (1988), *Babies remember birth*, Tarcher, Los Angeles.
- Cramer B., Palacio-Espasa F. (1993), *Le psicoterapie madre-bambino*. Tr. it. Mas-son, Milano, 1995.
- Cramer B., Stern D.N. (1988), “La valutazione dei cambiamenti nella psicoterapia breve madre-bambino”, in Stern D.N., *Le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cramer B. (1990), “Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report”, *Infant Mental Health Journal*, 11, 278-300.
- De Renoche I., Della Giustina L. (1989), “Ambivalenze e conflittualità nel divenire madre”, *Bambino Incompiuto*, 1, 73-80.
- DeCasper A., Fifer, W. (1980), “Of human bonding: Newborns prefer their mother’s voices”, *Science*, 208, 1174-1176.
- Dennett D.C. (1978), *Brainstorm*, MIT Press, Cambridge MA.
- Ferenczi S. (1929), “Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte”, in *Fondamenti di psicoanalisi*, 3, Guaraldi, Rimini, 1974; “Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte”, in *Opere Sigmund Freud*, 4, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., Frenck A. (1992), “L’approccio sistematico”, in Fava Viziello G., Stern D.N. (a cura di), *Dalle cure materne all’interpretazione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., Frenck A. (1999), *Il triangolo primario: le prime interazioni tradiche tra padre, madre e bambino*, Raffaello Cortina, Milano, 2000.
- Fivaz-Depeursinge E. et al. (2002), *Coding manual for the GETCEF (Evaluation grid of the Lausanne Triadic Play)*, Third version, Manoscritto non pubblicato, Centre d’Etude de la Famille, Lausanne.
- Fogel A. (1993), *Developing through relationship*, University of Chicago Press, Chicago.
- Fonagy P. (2001), *Psicanalisi e teoria dell’attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fraiberg S.H. (1999), *Il sostegno allo sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fraiberg S.H., Adelson E., Shapiro V. (1975), *I fantasmi nella stanza dei bambini. Un approccio psicoanalitico ai problemi posti da relazioni disturbate madre-bambino*. Tr. it. in Fraiberg S.H., *Il sostegno allo sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano, 1999.
- Freud A. (1965), *Normality and Pathology in Childhood. Assessment of development*, International Universities Press, New York.
- Golse B. (1995), “Le bébé, l’hôpital, les équipes soignantes et les ‘psys’”, in *Le bébé à l’hôpital* (ouvrage collectif publié sous la direction de P. Bensoussan), Editions Syros, Paris, 31-47.
- Greenspan S.I. (1992), *Infancy and Early Childhood: The Practice of Clinical Assessment and Intervention with Emotional and Developmental Challenges*, International Universities Press, Madison, CT.
- Greenspan S.I., Wieder S. (1993), “Regulatory disorders”, in Zeanah C.H. (a cura di), *Handbook of Infant Mental Health*, 280-290, The Guilford Press, New York.
- Harris M. (1980), *L’osservazione dei bambini*. Tr. it. Speciale-Bagliacca R. (a cura di), *Formazione e percezione psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano.

- Hepper P.G. (1988), "Letter. Fetal 'soap' addiction", *Lancet June*, 11, 1347-1348.
- Hepper P. (2002), *Introduction to Infant Development*, Slater A., Lewis M. (a cura di), Oxford University Press, 39-60.
- Hofer M.A. (1994), "Hidden regulators in attachment, separation, and loss", *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 192-207.
- Hofer M.A. (2006), "Psychobiological Roots of early Attachments", *Current Directions in Psychological Science*, 15, 2, 84-88.
- Hoffman I.Z. (1994), "Dialectic thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process", *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 187-218.
- Ianniruberto A., Tajani E. (1981), "Ultrasonographic study of fetal movements", *Seminars in Perinatology*, 5, 175-181.
- Imbasciati A. (1998), *Nascita e Costruzione della Mente*, Utet, Torino.
- Imbasciati A. (2005), *La sessualità e la teoria energetico-pulsionale. Freud e le conclusioni sbagliate di un percorso geniale*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2010), *I bambini e i loro caregiver*, Borla, Roma.
- Ionescu S., Jacquette M.J., Lhote C. (1997), *Les mécanismes de défense, théorie et clinique*, Nathan, Paris.
- Kaye K., Fogel A. (1980), "The temporal structure of face-to-face communication between mothers and infants", *Developmental Psychology*, 16, 454-464.
- Klein M. (1932), *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze, 1969.
- Kreisler L. (1981), *Clinica psicosomatica del bambino*, Raffaello Cortina, Milano.
- Kreisler L., Cramer B. (1981), "Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson", *Psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 1, 223-263.
- Laing R.D. (1978), *I fatti della vita*, Einaudi, Torino.
- Lebovici S. (1983), *Il neonato, la madre e lo psicoanalista*, Le interazioni precoci. Tr. it. Borla, Roma, 1988.
- Leifer M. (1977), "Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood", *Genetics Psychology and Monographs*, 95, 55-96.
- Lichtenberg J.D. (1989), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Lieberman A.F. (2006), "Trauma and the inner life of babies", *San Francisco Medicine*, 79 (6), 12-13.
- Lieberman A.F., Pawl J.H. (1993), "Infant-parent psychoterapy", in Zeanah C.H., *Handbook of infant mental health*, Guilford, New York.
- Lojkasek M., Cohen N.J., Muir E. (1994), "Where is the infant in infant intervention? A review of the literature on changing troubled mother-infant relationships", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 31, 208-220.
- Mancia M. (1989), "Vita prenatale e organizzazione della mente", in Ammaniti M. (a cura di), *La nascita del Sé*, Laterza, Roma-Bari.
- Manfredi P., Imbasciati A. (2004), *Il feto ci ascolta... e impara*, Borla, Roma.
- Manzano J., Palacio-Espasa F., Zilkha N. (2001), *Scenari della genitorialità*, Raffaello Cortina, Milano.
- McDougall J. (1989), *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*, Raffaello Cortina, Milano, 1990.
- McDonough S.C. (1992), "L'aiuto all'interazione: una tecnica per il trattamento dei disturbi relazionali precoci", in Stern D.N., Fava Vizziello G. (a cura di), *Dalle cure materne all'interpretazione*, Raffaello Cortina, Milano.
- McDonough S.C. (2006), "Guida all'interazione: promuovere e sostenere la relazione di Caregiving", in Sameroff A.J., McDonough S.C., Rosenblum K.L. (a

- cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, Il Mulino, Bologna.
- McHale J. (2010), *La sfida della cogenitorialità*, Raffaello Cortina, Milano.
- Meltzer D.W. (1980), "The diameter of the circle", in Wilfred Bion's work, in Hahn A. (a cura di), *Sincerity and Other Works: Collected Papers of Donald Meltzer*, Karnac, London, 1994, 469-474.
- Milani Comparetti A. (1981), "The neurophysiological and clinical implications of studies on fetal motor behaviour", *Seminars in Perinatology*, 5, 183-189.
- Missioner S. (2005), *La consultazione terapeutica perinatale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mitchell S.A. (2000), *Il modello relazionale: dall'attaccamento all'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Murray L., Trevarthen C. (1985), "Emotional regulation of interactions between two-month-olds and their mothers", in Field T.M., Fox N.A. (a cura di), *Social Perception in Infants*, Ablex Publishers, Norwood, NJ, 177-197.
- Negri R., Guareschi-Cazzullo A., Vergani P., Mariani S., Roncaglia N. (1990), "Correlazione tra la vita prenatale e formazione della personalità. Studio preliminare attraverso l'osservazione di due gemelli", *Quaderni di psicoterapia infantile*, 2, Borla, Roma, 148-165.
- Palacio-Espasa F., Cramer B. (1989), "Psychotherapie de la relation mère-enfant", *Revue de Médecine Psychosomatique*, 19, 59-70.
- Palacio-Espasa F., Manzano J. (1982), "La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leur mère", *Psychiatrie de l'enfant*, XXI, 1, 5, 25.
- Papousek H., Papousek N. (1975), "Cognitive aspects of preverbal social interaction between human infants and adults", in O'Connor (a cura di), *Parent-infant interaction*, Elsevier, Amsterdam.
- Pasini W. et al. (1989), *Le Foetus et Son Entourage*. Ed. lit. Willy Pasini et al., *Médecine et Hygiène*, Genève.
- Perucon M. (1997), "Le rituel et son pouvoir de liaison. Perspectives Psychanalytiques", in Perucon M., *Rites de vie, rites de mort*, Puff, Paris.
- Piontelli A. (1987), "Infant observation from before birth", *International Journal of Psychoanalysis*, 68 (4), 453-463.
- Rascovsky A. (1977), *El psiquismo fetal*, Paidós, Buenos Aires.
- Righetti P.L. (2003), *Elementi di Psicologia Prenatale*, MaGi., Roma.
- Righetti P.L., Sette L. (2000), *Non c'è due senza tre. L'emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Sameroff A.J., Emde R.N. (1989), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Boringhieri, Torino, 1991.
- Sander L. (1987), "Awareness of inner experience: a system perspective on self-regulatory process in early development", *Child Abuse and Neglect*, 11, 339-346.
- Seligman S. (1994), "Applying Psychoanalysis in an Unconventional Context: Adapting Infant-Parent Psychotherapy to a Changing Population", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 481-500.
- Spitz R.A. (1946), "Anaclitic depression", *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Spitz R.A. (1965), *The first year of life: a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*, International Universities Press, New York.

- Sroufe L.A. (1977), *Knowing and enjoying your baby*, Prentice Hall (Spectrum), New York.
- Sroufe L.A. (1996), *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*, Cambridge University Press, New York.
- Stern D.N. (1971), “Una microanalisi dell’interazione madre-bambino”, in Stern D.N. (a cura di) *Le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina, Milano.
- Stern D.N. (1974), “Mother and infant at play: The diadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviours”, in Lewis M., Roseblum L. (a cura di), *The Effects of the Infant on its Caregiver*, Wiley, New York.
- Stern D.N. (1977), *The first relationship: Infant and mother*, Harvard university, Cambridge, MA.
- Stern D.N. (1983), “The early development of schemes of self., of other, and of various experiences of ‘self with others’”, in Kaplan S., Lichtenberg J. (a cura di), *Reflections on self psychology*, International Universities Press, New York.
- Stern D.N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York. Tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern D.N. (1986), “The problem of sharing affective states between mother and infant”, *Giornale di Neuropsichiatria dell’Età Evolutiva*, 6 (1), 91-99.
- Stern D.N. (1988), “Affect in the context of the Infant’s lived experience: some considerations”, *International Journal of Psychoanalysis*, 69 (2), 233-238.
- Stern D.N. (1989), “La rappresentazione dei modelli di relazione”, in Sameroff A., Emde R.N. (a cura di), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Boringhieri, Torino, 1991.
- Stern D.N. (1990), “Il vissuto e la rappresentazione degli affetti nell’esperienza soggettiva del bambino”, in Ammaniti M., Dazzi N. (a cura di), *Affetti*, Laterza, Bari.
- Stern D.N. (1991), “Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view”, *Infant Mental Health Journal*, 12, 3, 173-185.
- Stern D.N. (1992), “Aspetti fondamentali delle terapie genitore-bambino: I fattori comuni nei diversi approcci”, in Fava-Vizziello G., Stern D.N. (a cura di), *Dalle cure materne all’interpretazione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Stern D.N. (1995), *La costellazione materna*, Boringhieri, Torino.
- Stern D.N., Bruschiweiler Stern N. (1999), *Nascita di una madre*, Mondadori, Milano.
- Stern D.N., Hofer L., Haft W., Dore J. (1984), *La sintonizzazione affettiva*. Tr. it. in Stern D.N., *Le interazioni madre-bambino nella sviluppo e nella clinica*, tr. it. a cura di Ammaniti e Dazzi, Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- Stoleru S., Morales-Huet M. (1989), “Processus de recherche et processus psychothérapique”, in *L’evaluation des interactions précoces*, Eshel, Paris.
- Stoleru S., Morales M., Grinschpoun M.F. (1985), “De l’enfant fantasmatique de la grossesse à l’interaction mère-nourisson”, *Psychiatrie de l’enfant*, 2, 41-484.
- Trevarthen C. (1984), “Emotions in infancy: Regulators of contacts and relationships with persons”, in Scherer K., Ekman P. (a cura di), *Approaches to Emotion*, Erlbaum, Hillsdale, N.J., 129-157.
- Trevarthen C. (1989), “Development of early social interactions and the affective regulation of brain growth”, in von Euler C., Forssberg H., Lagercrantz H. (a cura di), *Neurobiology of early infant behaviour*, Wenner-Gren Center International Symposium Series, 55. Macmillan, Basingstoke, U.K., Stockton Press, New York, 191-216.

- Trevarthen C. (1990), "Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino", in Ammaniti M., Dazzi N. (a cura di), *Affetti, Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*, Laterza, Bari.
- Tronick E., Adamson L. (1980), *Babies as People. New Findings on Our Social Beginnings*, Macmillan, New York, NY.
- Tronick E. (2008), *La regolazione emotiva*, Raffaello Cortina, Milano.
- Tronick E.Z., Cohn J.F. (1989), "Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and occurrence of miscoordination", *Child Development*, 60, 85-92.
- Vallino D. (2009), *Fare Psicoanalisi con Genitori e Bambini*, Borla, Roma.
- Wallerstein R.S. (1965), "The goals of psychoanalysis: a survey of analytic viewpoints", *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 13, 748-770.
- Winnicott D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.
- Winnicott D.W. (1970), "Le basi di Sé nel corpo", *Esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Winnicott D.W. (1987), *Babies and their Mothers*, Free Association Books; Reading, Mass., Addison-Wesley. Perseus Press, London, 1990.