

17. Salute mentale perinatale babycentered: prendersi cura dei bambini curando i genitori

di *Loredana Cena*

17.1. Cure materne/genitoriali e trasmissione di modalità di funzionamento neuromentale

Dalle ricerche empiriche e dagli studi in letteratura possiamo evincere che talune situazioni affettive della perinatalità genitoriale possono presentarsi come modalità di espressione al limite tra una normale preoccupazione e un disagio, un malessere, paragonato da Winnicott (1956) a una malattia e indicate come “preoccupazione materna primaria”, che si manifestano più o meno nelle madri, con modalità di esordio diverse anche nei padri, durante la filiazione. Più nette sindromi di ansia, stress, depressione, possono presentarsi come espressione di disregolazioni affettive della vulnerabilità nella transizione alla genitorialità, difficoltà connesse al processo individuale di “diventare genitori” fino alle più gravi psicopatologie. La genitorialità “non è una istanza della personalità” ma piuttosto un settore del funzionamento di tale istanza in cui è sempre presente consapevole o no la relazione (immaginaria o reale) con un bambino (Missonnier, 2005).

Negli anni '50 già Bowlby, nel famoso “Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children” (1954), il più importante studio mai effettuato e finanziato all'epoca dall'OMS, aveva evidenziato come una carenza di “cure materne” portasse a disagi e psicopatologie infantili con effetti di delinquenza minore. Bowlby era stato nominato Consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con il compito di studiare processi psichici dei bambini abbandonati. Il suo rapporto mise in luce come una precoce assenza di cure materne modificasse la normale “maturazione” dei processi affettivi, con profonde ripercussioni sullo sviluppo cognitivo e sociale. Questo rapporto storico mise in evidenza come la carenza delle cure materne e di assistenza

dei bambini rappresentassero un'esperienza le cui conseguenze segnavano inevitabilmente, nella grande maggioranza dei casi, anche l'età adulta.

Le indagini di Bowlby furono, e sono tuttora, di grande interesse non solo per i genitori, ma anche per tutti coloro che, a vario livello, si prendono cura dei bambini: insegnanti, educatori, pediatri, psicologi, psichiatri, assistenti sociali. Nel rapporto che ebbe diverse edizioni ("Cure materne e igiene mentale del fanciullo", 1951, tr. it. 1964 e più recente edizione "Cure materne e salute mentale del bambino", 1952, tr. it. 2012) si faceva riferimento alle cure materne delle madri nella società del dopoguerra, che prevalentemente si occupavano dell'accudimento dei bambini mentre i padri erano impegnati nella ricostruzione economica della società. Le indagini di Bowlby sono però diventate un punto di riferimento per le ricerche successive.

Dai recenti contributi delle neuroscienze, esposti negli studi della prima parte di questo volume, sappiamo che tale deficit nelle "cure materne" ha significati profondi e articolati, rilevanti agli effetti di un sano sviluppo psichico e psico somatico del bambino. Lungo un continuum, da segni di scarso rilievo si passa per gradi ad anomalie disfunzionali fino a un estremo che può essere denominato patologia. In tal senso possono essere interpretati i dati empirici ed epidemiologici rilevati nei precedenti capitoli. Facendo riferimento allo sviluppo del bambino occorre dunque considerare in altri termini non solo la quantità, ovvero il minimo di cure indispensabili alla sua sopravvivenza (nutrizione, protezione dalle infezioni, pericoli), ma soprattutto la "qualità" di queste cure per tutti quegli aspetti che possono caratterizzare benessere psichico piuttosto che patologia: questo è l'obiettivo della salute mentale perinatale *babycentered*.

Il concetto di "cure materne" è stato ampiamente rivoluzionato e articolato negli anni e lo si è accostato al significato del verbo inglese "to care" contrapposto a "to cure", con riferimento al caring, cioè alla relazionalità e alle capacità relazionali. In italiano il termine "accudimento" ha pertanto assunto il significato della "care": gli studi psicologici ne descrivono la qualità, agli effetti di uno sviluppo ottimale dei bambini piuttosto che a psicopatologie. L'ambiente affettivo in cui vive il bambino gli offrirà esperienze da cui potrà apprendere e con cui si strutturerà il suo cervello. Nella letteratura precedentemente esposta emergono ricerche prevalentemente basate su strumenti di monitoraggio della salute mentale dei genitori che si rilevano da dati e/o messaggi verbali coscienti: non vengono presi in considerazione quegli aspetti affettivi profondi di maggiore complessità, non consapevoli espressi invece da messaggi non verbali. Nella ricerca empirica prevale un "coscienzialismo" (Imbasciati, 2006a, 2006b) che non considera adeguatamente la comunicazione non verbale nelle relazioni primarie tra genitori e bambini: emerge un costante evitamento del considera-

re l'apprendimento non verbale come strutturante l'apparato neuro mentale codificato nella memoria implicita. Viene considerato esclusivamente ciò che può essere osservato e dichiarato coscienzialmente dai genitori, dunque i sintomi, e questi sono ciò che viene raccolto e ci fornisce la maggior parte delle ricerche epidemiologiche presenti in letteratura.

Parimenti la ricerca empirica non ha ancora sufficientemente indagato lo sviluppo neuropsicosomatico e tanto meno quale sia il suo funzionamento in età precoce, e la sua influenza su tutti i processi somatici di crescita e di sviluppo, regolando la vulnerabilità o la resistenza agli agenti esogeni (Imbasciati, Margiotta, 2005). Nel neonato evidentissime sono le manifestazioni somatiche di eventuali disfunzionalità, da intendersi come segnale somatico di un disagio psichico ignorato: i genitori si chiedono perché il mio bimbo piange così tanto? Perché dorme di giorno e sta sveglio e strilla tutta la notte? Perché soffre di coliche che lo rendono così inquieto? (cfr. 16.8).

L'attenzione di una psicologia clinica perinatale *babycentered* va in primis ai genitori, non solo ai sintomi con cui possono manifestare i loro disturbi affettivi, ma a com'è strutturata e a come funziona la loro mente: un funzionamento ottimale, funzionale, piuttosto che patogeno condizionerà lo sviluppo del bambino. Per prendersi cura dei bambini è indispensabile curarsi dei genitori.

Le scoperte sulla formazione della mente (Imbasciati, 2006a) indicano come non sia solo una "carenza" di qualcosa di concreto a generare inconvenienti nello sviluppo, e come una madre/padre coscienzosamente disponibile nell'accudimento possa ugualmente essere matrice di difetti, anche gravi, nel suo neonato. Potrà per esempio indurre effetti negativi se le sue cure saranno prive di un'intesa sintonica tra i propri affetti, l'espressione di questi e ciò che questi, nel dialogo o pseudo dialogo, generano nel suo bambino. Per questa intesa il genitore dovrà essere in grado di decifrare ciò che avviene nella propria mente, nel proprio corpo che emana messaggi di ciò che la mente elabora, nonché di decodificare adeguatamente ciò che il suo bimbo le trasmette. Se ciò non accade, si crea uno pseudo dialogo, e il bimbo apprenderà diversamente da quello che il genitore intendeva.

Nella prima parte del volume è stato messo in evidenza come sia determinante la modalità con cui un genitore e un neonato si trasmettono messaggi non verbali l'un l'altro: sintonizzando, cioè dialogando, o al contrario invadendosi l'un l'altro di messaggi contraddittori e dunque passibili di originare sintomi patologici. Si potrà avere sviluppo, nel bimbo, e anche nella madre/padre, oppure psicopatologia. La relazione è un presidio preventivo e terapeutico indispensabile che però può essere tossico, al pari di un farmaco.

Illustriamo nella tabella 1 in modo schematico che cosa si intende per relazione strutturante lo sviluppo neuro mentale del bambino, riprendendo concetti teorici sviluppati nella parte prima del presente volume.

Tab. 1 - Che cosa si intende per CURE MATERNE/GENITORIALI

- a) Significati veicolati dai significanti emessi dalla madre/padre.
- b) Correlati alla struttura psichica primaria della mente materna/paterna.
- c) Modulati dalle capacità della mente materna/paterna di sintonizzare (rêverie) coi messaggi emessi dal bimbo.
- d) Assimilabili dalla mente neonatale per costruire la struttura mentale primaria del bimbo.

NON CONSISTE NELLE CURE E PREMURE FISICHE, NÉ NELLA PRESENZA ASSIDUA DEL GENITORE

EFFETTI

- a) Positivi nella misura in cui i significanti emessi dalla madre/padre corrispondono a significati precisi e gli uni e gli altri costituiscono risposte adeguate (vero dialogo e non pseudo-dialogo) rispetto ai significanti e significati emessi dal bimbo, ad un livello di elaborazione compatibile con le capacità di assimilazione e di elaborazione in quel momento in atto nella funzionalità della mente neonatale.
- b) Negativi nella misura in cui i significati materni/paterni non hanno corrispondenza precisa con rispettivi significati, non costituiscono risposta adeguata ai significati espressi dal neonato (significanti non compresi) e/o non sono assimilabili dalle capacità mentali del neonato in quel momento.

La trasmissione di messaggi – significanti non verbali – nell’interazione genitore/neonato, passa attraverso modalità sensoriali, visive, propriocettive, della motricità, della sonorità e soprattutto attraverso la sensorialità tattile. La pelle è il primo organo sensoriale sia a livello fetale che dei primi mesi di vita: la pelle del bimbo e il contatto con la pelle della madre/padre conferiscono allo scambio comunicativo una grande incisività (Bick, 1964, 1968). Grande rilievo hanno anche la propriocezione e la motricità, che implicano il modo con cui il bimbo viene maneggiato, viene tenuto in braccio. Sono questi, ed altri, gli indicatori del grado di sintonizzazione dei messaggi che passano all’interno della comunicazione primaria. Le cure materne/paterne pertanto rappresentano l’insieme dei significati che dalla struttura genitoriale, modulati dalla capacità genitoriale di sintonizzazione e di rêverie, passano a costituire la struttura mentale primaria del bimbo. Ciò che caratterizza la “bontà” delle cure non è data dalla presenza continua del genitore, né dalle cure fisiche, come talvolta nel senso comune si sente dire, e non è neppure l’eccessiva assiduità con cui essi vi si dedicano. A volte un’eccessiva assiduità ha un effetto disturbante sul bimbo: ci sono madri/padri che sono preoccupati di non essere “capaci” di assicurare al bimbo le cure dovute, e questo induce spesso il genitore a iperstimolare il bimbo. Ciò ha un effetto intrusivo e disorganizzante.

Non conta l’assiduità delle cure quanto la sintonizzazione di esse con la mente del bimbo, cioè quella capacità della madre/padre di emettere

inconsapevolmente, ovvero automaticamente, messaggi non verbali che risultino sintomici con quello che sta chiedendo il bimbo. È questa una capacità insita nella struttura del mente-cervello di un buon caregiver. Non tutte le persone le posseggono: chi non le possiede e crede di averle, può peggiorare gli effetti negativi nel bambino, a meno che egli stesso non si metta in cura. Sintonizzazione significa sensibilità di comprensione e responsività adeguata. Messaggi incongrui possono distruggere precedenti acquisizioni. Va ricordato che tutto ciò avviene in maniera inconscia, nella madre, nel padre e nel bimbo: ciò comporta dunque una valorizzazione dell'affettività primaria inconscia, dei processi inconsapevoli che stanno alla base delle modalità primarie attraverso cui un genitore trasmette al bimbo e il bimbo elabora quello che il genitore gli trasmette. I processi affettivi inconsapevoli sono strutturanti lo sviluppo del bambino a seconda del modo con cui verranno trasmessi, modulati, veicolati, trasformati e assimilati. L'affettività del bambino si costruisce per le relazioni: l'affettività primaria inconscia della madre è fondante per il bambino e si esprime e trasmette attraverso una regolazione emotiva reciproca (cfr. precedente capitolo).

La ricerca neurobiologica (Fox, 1994; Siegel, 1999, 2001; Schore, 2003a,b) ha studiato la regolazione emotiva nelle sue origini, nelle regolazioni affettivo-emotive che intercorrono entro la relazione primaria genitore-bimbo e nella loro strutturazione neurale nel bambino. Gli studi delle neuroscienze indagano lo sviluppo della regolazione emotiva in correlazione a quello cerebrale (Siegel, 2003): le esperienze affettivo-emotive sperimentate dal bimbo nei primi mille giorni di vita verrebbero codificate a livello inconsapevole attraverso una memoria di tipo implicito, non cosciente, non coscientizzabile, non rievocabile, né dunque dichiarativa (Schacter, 1996), che implica il coinvolgimento di strutture cerebrali primitive (amigdala, regioni limbiche, nuclei della base, corteccia motoria ed espressiva e in generale il cervello destro). Vengono richiamate le funzioni della memoria implicita primaria che sottende a quei processi inconsapevoli che modulano tra genitore e bimbo la trasmissione delle comunicazioni (significanti che veicolano significati) e regolano gli apprendimenti del bimbo con il suo genitore. La memoria implicita non potrà mai essere coscientizzata, ovvero ricordata: è sostanzialmente una memoria, non di "contenuti", bensì di funzionalità, di capacità funzionali; sono queste che vengono apprese e pertanto sono esse che fondano le modalità con le quali potrà avvenire ogni ulteriore apprendimento. La memoria implicita condiziona ogni ulteriore memoria: è il livello più precoce di memoria (Siegel, 1999, 2001) che si è costruita attraverso la molteplicità di tutti i canali di tipo percettivo ed è anteriore al senso di continuità del Sé (Siegel, 2003).

Dopo i primi mille giorni di vita, con la maturazione di altre aree cerebrali (lobo temporo-mediale, ippocampo, corteccia orbito-frontale, emisfe-

ro sinistro), le esperienze iniziano ad essere elaborate come memoria esplicita: semantica, autobiografica, episodica, e infine dichiarativa (Imbasciati, Margiotta, 2005). Il riconoscimento, l'espressione e la regolazione delle emozioni sono elaborate soprattutto dall'emisfero cerebrale destro, che viene indicato come dominante, rispetto a quello sinistro, entro i primi mille giorni di vita del bimbo, sia che successivamente questi sia destrimane che mancino (Fox, 1994; Schore, 1994, 2001, 2003a,b; Siegel, 2001). Con la crescita e nell'adulto, l'attività dell'emisfero destro viene ad essere integrata con quella svolta dall'emisfero cerebrale sinistro, che svolge un'attività di controllo delle emozioni, anche se permane dominante l'emisfero destro nei processi di elaborazione, comprensione e manifestazione delle emozioni stesse. L'apprendimento non è semplicemente registrazione di un evento, tanto meno nel bimbo una traccia mnestica incidentale, ma avviene sempre nell'ambito di una relazione, cioè viene modulato attraverso l'affettività di due dialoganti: non si apprendono contenuti, intesi a sé stanti, ma è la qualità della relazione che determina i contenuti stessi, cioè il modo con cui essi vengono elaborati e possono essere assimilati. L'apprendimento dipende da come il messaggio viene colto e il modo di chi lo apprenderà, cioè quello che effettivamente costui apprenderà, dipende sia dal modo con cui il messaggio gli viene modulato, sia dalla modalità di funzionamento fino allora appreso dalla struttura mentale del bimbo che apprende. Il concetto di maturazione neurale per apprendimenti relazionali mette in evidenza le connessioni tra la maturazione cerebrale e le esperienze relazionali (Schore, 1994, 2001, 2003a,b): la maturazione del sistema nervoso dipende dalle interazioni primarie; sono queste che comportano le connessioni sinaptiche, le reti neurali, la selezione di popolazioni neurali. Processi come l'attenzione condivisa con il genitore nel primo anno di vita favoriscono un'integrazione tra le aree corticali orbito-frontali e quelle limbiche. Da qui l'importanza della regolazione affettiva svolta dai genitori, funzione regolatrice e modulatrice psicobiologica.

L'inaccessibilità affettiva della madre, di una madre ansiosa e/o depressa, ad esempio, può provocare particolari strutturazioni nello sviluppo delle aree cerebrali, che si manifestano soprattutto come deficit nelle modalità di elaborazione delle emozioni nel bimbo (Schore, 2001; Siegel, 1999).

Nella tabella 2 è riassunto in modo schematico come si passi dalla relazione strutturante lo sviluppo neuro mentale del bambino all'effetto transgenerazionale.

Da quanto esposto risulta dunque che l'ottimalità dello sviluppo neuro-mentale e psicofisico di un bambino dipende dalla possibilità che i genitori siano dotati di una genitorialità "sufficientemente buona" (per dirla con Winnicott) oltre che dalla possibilità materiale di dare al bimbo una buona care. Tale genitorialità dipende dalla qualità della mente dei genitori; qual-

TRANSGENERAZIONALITÀ

LE CURE MATERNE/GENITORIALI COME MATRICE DELLO SVILUPPO PSICHICO (E PSICO-SOMATICO) DEL FUTURO INDIVIDUO

- Cosa fanno passare le cure materne/paterne? La struttura di base della mente della madre/padre.
- Cosa fanno assimilare? Capacità o incapacità di sintonizzazione, a seconda della responsabilità dialogica con il bimbo.
- Come una madre/padre le acquisisce? Dalla relazione che a suo tempo essi ebbero con i propri genitori o caregivers.

Strutture e capacità genitoriali positive producono figli con corrispondente dotazione di capacità genitoriali, e questi a loro volta le trasmetteranno ai propri figli.

Viceversa, strutture negative e difetti delle capacità genitoriali produrranno corrispondenti deficit nei figli, e questi a loro li trasmetteranno.

siasi loro disagio psichico, tanto più se rilevante o qualunque disturbo che si manifesti quando tale genitorialità sta maturando nel progetto di fare un figlio e nella sua realizzazione – gravidanza –, merita dunque l'attenzione per le conseguenze sullo sviluppo del bambino. Le ricerche hanno però dimostrato che l'osservazione di tale sviluppo non deve essere limitata ai disturbi più macroscopici del periodo perinatale dei genitori, ma deve essere approfondito nella prospettiva del futuro del bambino, considerando gli aspetti affettivi latenti che condizioneranno tale futuro sviluppo durante tutta la sua crescita fino a quando egli, adulto, diventerà a sua volta genitore.

Se non consideriamo a sufficienza tale futuro sviluppo, nei suoi aspetti più profondi e incisivi dal punto di vista transgenerazionale, si finisce per considerare il periodo perinatale dei genitori soltanto nei suoi aspetti evidenti e manifesti, a scapito di quella perinatalità del bimbo che condizionerà il suo futuro di genitore. Così sembra essere avvenuto nella letteratura: tanti studi sui disturbi della madre gestante e puerpera (cfr. ansia, stress, depressione, PTSD cap. 15), e meno su cosa si prevede e si deve prevenire di quello che potrà accadere al figlio. Questa trascuranza di quanto può accadere al bimbo è effetto dei pregiudizi, come esaminato al cap. 4, e fa sì che il termine “perinatalità” continui ad essere riferito ai genitori.

Nell'intento di sottolineare ciò che finora non è stato abbastanza considerato nelle ricerche, abbiamo voluto intitolare questo nostro quinto volume di Psicologia Clinica Perinatale come “babycentered”.

17.2. Prendersi cura dei bambini, curando i genitori

La strutturazione o meglio la costruzione del sistema neuromentale del bambino può realizzarsi in funzione della capacità della mente dei genitori di trasmettere nelle interazioni messaggi strutturanti piuttosto che destrutturanti: un eventuale intervento terapeutico o meglio preventivo nei confronti dei bambini a rischio non può dunque che rivolgersi alla mente dei genitori; o meglio al funzionamento emotivo del loro apparato mentale.

Il contesto relazionale è il punto di intervento in campo psichico. L'attenzione va sulla relazione che si svolge tra il bambino e i suoi genitori o meglio ai genitori e alla relazione che con le loro capacità psichiche adeguate o inadeguate modulano con il loro bimbo. Poiché i bimbi a rischio non possono certo notificarci le loro difficoltà e spesso neppure i loro genitori, che anzi non comprendono i deficit che avvengono finché questi non diventano macroscopici, occorre un'opera assistenziale di prevenzione, uno screening preventivo per le coppie con bimbi piccoli o in gestazione, una promozione della salute che depotenzi il senso di colpa dei genitori. È infatti un latente occulto senso di colpa dei genitori che impedisce loro di vedere la loro sofferenza psichica e come questa venga trasmessa nella relazione con il bambino: il senso di colpa procede dal riduttivismo coscienzialista per cui madri e padri vivono le proprie capacità mentali come fossero coscienti e controllabili dalla coscienza, implicando pertanto responsabilità. La qualità della ricerca in letteratura, ricca prevalentemente di dati empirici quantitativi, dimostra come non venga considerato o meglio non si voglia conoscere che la mente umana è essenzialmente inconscia, strutturata nel cervello di ogni individuo, nelle sue funzioni emozionali del tutto occulte al soggetto stesso. Ecco allora il senso di prendersi cura dei bambini a rischio curando i genitori, per aiutarli a vedere i loro limiti così che essi possano farsi aiutare da operatori si spera competenti a capire il tipo di relazione che sta strutturando il cervello del loro bimbo.

Una tale cura dei genitori non può consistere in interventi prescrittivi o meglio anche gli interventi prescrittivi potranno avere una diversa valenza terapeutica se mediati dalla capacità affettivo-emotive del terapeuta di trasmettere modalità di funzionamento mentale; altrimenti ogni intervento si riduce ad uno scivolamento in un coscienzialismo correttivo. Occorre un lavoro che abbia una incidenza sulla struttura emozionale dei genitori: a livello neurale si potrebbe parlare di memoria implicita, a livello psicoanalitico di strutture affettive. Occorrono servizi di consultazione in sede di screening e poi di intervento psicoterapeutico per i genitori dei bambini che si rivelano a rischio.

Un aspetto su cui la ricerca empirica converge è promuovere il sostegno sociale: una rete di supporto sociale è fondamentale per sostenere questo

intenso lavoro intrapsichico e interpersonale, non solo della donna ma anche del padre e del bambino. Oltre agli interventi psicosociali ad orientamento cognitivo-comportamentale (Milgrom *et al.*, 2015) di cui abbiamo accennato (cfr. cap. 15) si sono sviluppate in ambito clinico diverse modalità di trattamento, psicoeducative e psicoterapeutiche, che si diversificano a seconda delle metodologie e delle teorie di riferimento, come da noi trattate in precedenti nostri lavori (Imbasciati, Cena, 2010).

In questi anni sono stati sviluppati a partire dai paesi anglosassoni e poi in Italia interventi domiciliari di “Home visiting” (Ammaniti *et al.*, 2007) nel post-partum, applicati come strumenti preventivi per ridurre il rischio di psicopatologie quando il bambino è a rischio, nei casi di prematurità, vulnerabilità biologica, in situazioni di disagio sociale della famiglia. I programmi di “Home visiting” possono essere attivati con servizi eterogenei: possono iniziare in gravidanza oppure dopo il parto, variare nella durata e nella frequenza delle visite ed essere condotti da operatori diversi. Un modello italiano (Tambelli, Odorisio, 2012) è strutturato con interventi di “Home visiting” focalizzati a ridurre la depressione materna e a incoraggiare gli scambi interattivi tra la madre e il bambino, attraverso relazioni supportive delle operatrici che si recano a domicilio¹.

Negli interventi ad orientamento psicoanalitico le modalità utilizzate si diversificano nella tecnica, ma la focalizzazione è sulla relazione madre-bambino. Il terapeuta può intervenire sulla relazione con un trattamento congiunto bambino-caregiver: il modello della Fraiberg utilizza la “Psicoterapia in cucina” a domicilio con le madri e i loro bambini (Fraiberg *et al.*, 1975); Seligman (1994, 1999), Liebermann (1991, 2006) e Pawl (Liebermann, Pawl, 1988, 1990) fanno riferimento a modalità di intervento di altri modelli psicoanalitici.

La psicoterapia breve madre-bambino della Scuola di Ginevra (Cramer, 2000; Cramer, Palacio Espasa, 1995) prevede trattamenti con la madre in presenza del bambino; la “Psychothérapie Centrée sur la Parentalité” - PCP (Knauer, 2018) viene sviluppata in funzione dei conflitti della genitorialità; interventi con i genitori vengono focalizzati (Manzano, Palacio Espasa, 2001) sugli “scenari della genitorialità”.

Altri trattamenti si riferiscono a modelli teorici ad orientamento psicomotricità (Emde, 1991); oppure a modalità psicoeducative come la “Guida all’interazione” (McDonough, 2006) che ha il fine di promuovere la relazione di caregiving: attraverso tecniche di videoregistrazione vengono individuate e condivise con i genitori le modalità interattive disfunzionali e forniti consigli pratici e sostegno emotivo.

1. Problema italiano è che esistano operatori competenti e che le regole dell’Organizzazione consentano loro di applicarle (N.d.c.).

La psichiatria perinatale sviluppa una “consultazione terapeutica” che accoglie i differenti sintomi di sofferenza del “diventare genitori” per una prevenzione dei disturbi relazionali madre-bambino-padre (Missonnier, 2005).

Le “consultazioni partecipate” di Dina Vallino (Vallino, 2009) hanno “adattato” il setting terapeutico ad orientamento psicoanalitico coinvolgendo genitori e bimbi insieme. Il setting di Giocoterapia focale (GF) consente interventi precoci in relazione a problematiche alimentari ed evacuative dei bambini (Trombini, 2018). I disturbi alimentari dell’infanzia vengono trattati anche attraverso percorsi psicoeducativi, di counselling psicologico, con l’uso del video-feedback o di psicoterapia genitore-bambino secondo modelli relazionali sistemici orientati alla famiglia (Lucarelli, Sechi, 2017).

Diverse modalità di intervento precoce sono poi quelle derivate dalla teoria dell’attaccamento (Ainsworth *et al.*, 1978; Crittenden, 2008) come gli interventi secondo il modello DMM- Modello Dinamico Maturativo della Crittenden: mediante l’utilizzo clinico del CARE Index come video-feedback (Bertaccini, Nuccini, 2018) si promuove e sostiene una genitorialità sensibile.

Un interessante programma di intervento che applica modalità di video feedback con giovani madri adolescenti e il loro bambino è il “Promoting responsiveness, emotion regulation and attachment in young mothers and infants (PRERAYMI)”: attraverso un supporto psicologico viene promosso un attaccamento sicuro nei casi di maternità in adolescenza, in cui si manifesta un duplice rischio sia per le giovani madri di sviluppare depressione perinatale, sia per il bambino, quando la qualità non adeguata del parenting materno influisce negativamente sul suo sviluppo (Riva Crugnola, Ierardi, 2015). Un contributo recente (Steele H., Steele M., 2020) presenta e valuta l’efficacia di diversi modelli di intervento focalizzati sull’attaccamento nella pratica clinica con bambini e genitori: può essere un interessante riferimento per i fondamenti concettuali ed empirici, le indicazioni di particolari tecniche utilizzate nei training e delle risorse necessarie all’attuazione dei programmi terapeutici.

Altre modalità di trattamento considerano invece la triade madre-bambino-padre e si riferiscono a orientamenti teorici di tipo sistemico (Carneiro *et al.*, 2006; Fivaz-Depeursinge *et al.*, 1999; Sameroff *et al.*, 2004).

Gli strumenti per un’opera di assistenza ai genitori sono attualmente sempre più numerosi, derivati da vari approcci differenti, ma soprattutto da loro proficue integrazioni. Stern propone un modello unico e flessibile, esclusivo per gli specialisti della psicoterapia perinatale, in quanto gran parte degli studi comparativi (Cramer, 1990) evidenziano come i diversi approcci teorici e metodologici giungano agli stessi risultati: negli interventi perinatali precoci possono essere diverse le “vie di ingresso”, come le

definisce Stern, alle dinamiche interattive genitore-bambino, che cambiano a seconda delle teorie di riferimento, ma i risultati evidenziano l'equifinalità di tutti gli approcci (Stern, 2006).

Molteplici sono le modalità terapeutiche ad orientamento psicosociale, cognitivo-comportamentale e psicoanalitico che si trovano in letteratura e Stern ricerca gli aspetti comuni ai vari modelli che in ambito perinatale devono coinvolgere necessariamente i genitori e i bambini, ipotizzando che vi siano peculiarità di base comuni: ogni terapia in cui sia presente un genitore e un bambino ha sue specifiche connotazioni, che la rendono unica e diversa dagli altri ambiti terapeutici.

Secondo Stern dunque non è fondamentale quale *via di accesso* si scelga per entrare nel sistema dal punto di vista clinico: le tecniche ad orientamento psicosociale, psicodinamico, psicoanalitico, sistemico, della teoria dell'attaccamento, potranno essere diverse. Per l'esito positivo del trattamento è fondamentale invece che si crei un particolare "contesto di holding": una figura buona, che accompagni la donna, i genitori, in questo cambiamento di ruolo, in cui essi possano essere apprezzati, e una relazione terapeutica con un setting che consenta al terapeuta una maggiore libertà di espressione verbale e non verbale, di comportamenti di affettuosa condivisione, di comprensione. Si tratta di un setting diverso da quelle che sono le alleanze terapeutiche tradizionali e che può accomunare approcci diversi.

Stern utilizza livelli di indagine ad orientamento psicoanalitico, comportamentale, cognitivista e sistemico, che si differenziano in base all'attenzione rivolta alle azioni, piuttosto che ai pensieri: si tratta semmai di diversità di tecnica. Nei modelli comportamentali e in quelli sistemici il campo clinico è limitato alle azioni manifeste e alle interazioni; nei modelli psicoanalitici si inferiscono i sentimenti, le fantasie e i pensieri. Mentre la prospettiva psicodinamica è centrata sulla ricostruzione psichica, nei modelli cognitivisti si fa riferimento alle situazioni mentali collegate alle azioni.

17.3. Caratteristiche di una particolare popolazione clinica perinatale: i genitori con i loro bambini

I bambini piccoli e i loro genitori devono venire esaminati come una nuova e diversa "popolazione clinica" (Stern, 2006), che necessita di essere trattata con interventi specifici sia nell'ambito preventivo, sia in quello psicoterapeutico. Questa popolazione clinica presenta alcune specificità: i genitori hanno una struttura psichica diversa da altre popolazioni cliniche; un genitore è tale per la nascita di un bambino e dunque le problematiche

della genitorialità vanno esaminate all'interno del sistema genitore-bambino, negli aspetti intrapsichico e interpersonale. Winnicott (1958) faceva riferimento alla unità madre-bambino: quando c'è un bambino piccolo, non c'è solo un bambino con la sua mamma ma essi costituiscono una "unità" e come tale va osservata; nella "cura" del genitore va considerato sempre "il neonato con la sua mamma".

Secondo il modello di Stern alla nascita del loro bimbo le madri e forse anche i padri, sviluppano un'organizzazione psicologica particolare detta "costellazione materna" (Stern, 1995), si tratta di un'organizzazione speciale e unica della vita psichica, che si attiva solo quando nasce un figlio, caratterizzata dalla funzione del "prendersi cura" di un bimbo. Secondo Stern questa particolare organizzazione fa dunque del genitore un paziente speciale, con uno stato psichico che non può essere trattato con un modello terapeutico applicabile ad altre tipologie di pazienti. L'alleanza terapeutica entro cui lavora il terapeuta è diversa da quella utilizzata negli approcci terapeutici tradizionali, in quanto l'organizzazione psichica del genitore nel periodo perinatale ha specifiche connotazioni di una particolare "costellazione affettiva" caratterizzata da un costrutto complesso con cui si organizzano i desideri, le paure, i ricordi, i sentimenti e le relazioni interpersonali che costituiscono la "genitorialità interiore" della madre, e forse anche del padre. Se la mente della madre e del padre è travagliata da disturbi che minacciano la sua affettività, questi vanno esaminati nella complessità della costellazione affettiva che implica la relazione col bimbo, col partner con cui si è generato, con i propri genitori presenti nella vita reale o nelle rappresentazioni attraverso i modelli operativi interni. La relazione reale o immaginaria della madre col suo bimbo, secondo Stern, è l'organizzazione psichica più pregnante nella costellazione affettiva perinatale e si sviluppa quasi esclusivamente attraverso una comunicazione non verbale; la patologia è l'esito di interazioni preverbalmente inadeguate.

Stern denomina "sistema clinico" genitore-bambino questa specifica entità che presenta particolari caratteristiche e come tale va trattato: esso è costituito prevalentemente dalle rappresentazioni che i genitori hanno del loro legame con il figlio e dalle rappresentazioni che il bambino ha delle relazioni genitoriali. La "costellazione affettiva genitoriale", potremmo dire, è il costrutto che meglio sintetizza nel periodo perinatale questi aspetti in un'unica prospettiva; le modificazioni nella tecnica e nel setting terapeutico devono considerare questa particolare organizzazione psichica che potrebbe diventare la matrice unificante nelle diverse modalità precoci di trattamento. La psicoterapia si focalizza sull'alleanza e sul transfert della costellazione affettiva genitoriale: il terapeuta sostiene e valorizza la madre/padre, in modo che le funzioni genitoriali possano esprimersi; questo potrà aiutare il genitore a ricollegare le sue rappresentazioni attraverso

l'esperienza emotiva correttiva, le interpretazioni e il modellamento; il transfert positivo accompagna la durata della fase della "costellazione affettiva genitoriale" e si conclude naturalmente quando la madre e il padre ne escono.

17.4. Le "vie di accesso" negli interventi precoci nelle dinamiche interattive genitori-bambino

Abbiamo visto nel precedente capitolo varie modalità di intervento psicosociale, ora esploriamo secondo l'indagine di Stern, altre possibili "vie d'ingresso" alle dinamiche interattive genitore-bambino: quella dell'approccio psicodinamico utilizza modalità di intervento interpersonali e intrapsichiche e si focalizza sulle rappresentazioni della madre, sul suo passato, sui suoi conflitti, sulle fantasie relative al proprio bambino e a se stessa come madre. Le esperienze passate della madre e i suoi conflitti fanno ipotizzare le modalità di comportamento che essa avrà col suo bambino, così come le difficoltà di regolazione del sonno, dell'alimentazione e dell'attaccamento che manifesta il bambino. Una dimensione del passato è sempre presente nella mente della madre e può influenzare l'interazione col bambino: è questo il modello relativo ai "fantasmi nella nursery" della Fraiberg (Fraiberg *et al.*, 1975) e della Lieberman (Lieberman, 2006); il terapeuta si focalizza sulla madre, sulla sua storia e sull'esperienza attuale e orienta l'attenzione alla relazione attuale genitore-bambino solo quando può essere necessario, per evidenziare gli aspetti della rappresentazione materna/paterna che vengono coinvolti.

Un'altra "via d'ingresso" considera le dinamiche interattive della relazione, causa e problemi della diade (McDonought, 2006): questo l'intervento utilizza videoregistrazioni delle interazioni genitore-bambino, che vengono poi riviste con i genitori: la terapia si focalizza sugli aspetti positivi del comportamento e sulle competenze genitoriali.

Un'altra "via d'ingresso" è quella dell'osservazione condotta secondo l'approccio sistemico-relazionale (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warney, 1999), in cui gli obiettivi dell'osservazione sono la triade, padre-madre e bambino e i pattern interattivi, invece che le rappresentazioni. Anche aspetti di questo approccio possono essere adattati alla "costellazione materna" (Stern, 2006): la figura paterna può essere matrice di supporto alla madre, anche se ci sono però due punti critici che vanno tenuti in attesa considerazione e cioè il fatto che il padre non può consigliare o porsi come modello per la madre, in quanto genitore inesperto come lei e non può neanche porsi come figura materna, in quanto il suo ruolo di marito-padre-uomo è di un ordine diverso. Ai nostri giorni, tuttavia, nelle attuali

famiglie nucleari il bisogno di sostegno di una madre è rivolto soprattutto al marito, che viene maternalizzato, anche se lui non sempre si sente adeguato a svolgere questo compito.

Ulteriori “vie d’ingresso” sono quelle relative alle competenze del bambino: l’approccio pediatrico evolutivo sviluppato da Brazelton (Brazelton, Cramer, 1990) e quello proposto dalla Bruschiweiler-Stern (2006). L’intervento proposto dalla Bruschiweiler-Stern (2006) osserva in modo particolare le interazioni, le rappresentazioni e i comportamenti in un’ottica multifocale e si differenzia sia da quello di Brazelton, in cui le osservazioni del comportamento neonatale servono al terapeuta per indirizzare i genitori sulle competenze del loro bambino, sia da quello ad orientamento psicodinamico, in cui le rappresentazioni della madre costituiscono il nucleo centrale del processo psichico.

Secondo la Bruschiweiler (2006) in ambito neonatale l’osservazione e la valutazione del comportamento sono centrati non solo sul bambino reale, ma anche sulla rappresentazione che la madre ha del proprio bambino, quello immaginario e dalla loro sovrapposizione. Durante la gravidanza la donna elabora un intenso lavoro mentale (Stern, 1998): si possono riscontrare nella mente della madre due gruppi di rappresentazioni riguardanti il proprio bambino, quello desiderato e quello temuto (mal formato, debole, brutto). Le rappresentazioni del passato della madre possono avere un effetto patologico nel presente e il terapeuta, nel suo intervento, deve usare soprattutto quelle positive, cioè parafrasando la Fraiberg (Fraiberg *et al.*, 1975) solo quelli che sono i “fantasmi buoni” nella nursery.

Il modello ad orientamento psicoanalitico proposto dalla Bruschiweiler (2006), relativo alla rappresentazione che la madre ha del proprio bambino, quello immaginario e costituito dalla sovrapposizione di questo col bambino reale, fornisce interessanti suggerimenti nei casi in cui il bambino nasce pretermine. Se la nascita è prematura, non ci sarà solo un bambino prematuro, ma anche una madre “nata pretermine”. Nel testo “Nascita di una madre” (Stern, Bruschiweiler-Stern, 1998) è messo bene in evidenza come la gravidanza non sia soltanto un evento fisiologico, ma anche “mentale”, e necessiti di un tempo, nove mesi appunto, per elaborare vissuti che hanno una evoluzione correlata all’evoluzione fisiologica della gravidanza. La madre di un bimbo nato pretermine deve affrontare sentimenti molto dolorosi, in quanto non è stata capace di portare a termine la gravidanza e diventare una “madre vera”. Sopraggiungono vissuti di incompetenza che non sono solo dovuti alla necessità di una strumentazione sofisticata e di specialisti che si prendano cura del suo bambino, perché questi possa sopravvivere, ma sono dovuti al fatto che lei non può fare molto per accudirlo: parafrasando Winnicott (1956) non riesce ad attivare il vissuto di essere “una madre sufficientemente buona”; può sperimentare sentimenti di inutilità, che

vengono rinforzati anche dalla separazione fisica del bimbo, ricoverato in un'unità di terapia intensiva neonatale. La Bruschiweiler (2006) dà interessanti indicazioni di sostegno alle madri dei bambini nati prematuri, aiutandole a riconoscere la loro vulnerabilità e a costruire un'interazione positiva con il bimbo, a seconda dei suoi ritmi.

Possono sopraggiungere sindromi ansiose per le incertezze sulla salute del bimbo e depressive perché la donna non si sente la madre “sufficientemente buona” che sperava di essere per il suo bambino e ha necessità di un sostegno in questo percorso difficile di cambiamento, in quanto è stata investita prima del tempo dovuto del “ruolo di madre”, ma non è ancora pronta a sostenerlo. Questa mancanza di equilibrio psichico materno può essere la motivazione che consente una riorganizzazione e un cambiamento rispetto alle rappresentazioni del proprio bambino: la donna può venire sostenuta nella costruzione delle rappresentazioni integrative del bambino, quello immaginario rispetto a quello reale con cui si incontra quotidianamente, che tuttora è in una incubatrice, magari intubato, la cui immagine è troppo discrepante da quella del bimbo, bello e paffutello, che lei si porta dentro da quando era bambina (Vegetti Finzi, 1995). È necessario aiutare la madre a scoprire che le competenze e le vulnerabilità del bambino possono venire integrate alle rappresentazioni, ai comportamenti e all'interazione che la donna sta vivendo realmente: nei casi di “madre pretermine” solo se il terapeuta è riuscito a creare una “base sicura”, anche attraverso un ambiente di holding, di contenimento, delle angosce genitoriali, la donna può essere accompagnata a costruire esperienze e rappresentazioni positive. Secondo l'autrice le modificazioni nelle rappresentazioni possono cambiare i comportamenti e viceversa: per avviare un processo di cambiamento rappresentazionale è necessario a volte dover prima passare attraverso ad una modifica comportamentale; se i comportamenti problematici e la sintomatologia di un disturbo specifico del bambino diminuiscono, il genitore può percepire il bambino in modo più positivo e la relazione ne trarrà giovamento. Nella diade allora si attivano interazioni più positive che possono a loro volta favorire attribuzioni positive del genitore al bambino: i cambiamenti della rappresentazione sono quelli che consentono un cambiamento comportamentale più stabile nel tempo. L'intervento multifocale proposto dalla Bruschiweiler (2006) tende a evidenziare gli aspetti positivi della relazione; vengono proposte linee guida generali che danno la possibilità di intervenire ad uno stadio precoce del disturbo, e cioè quanto prima possibile.

Secondo il modello di intervento precoce in ambito perinatale sviluppato da Stern (2006) la situazione clinica presenta due aspetti: il mondo esterno reale e il mondo psichico interno delle rappresentazioni dell'immaginario; nel mondo interiore del genitore c'è il bambino reale e il

bambino immaginario. Le rappresentazioni genitoriali sono costituite sia dalle esperienze concrete che i genitori fanno con il loro bambino, sia dalle loro fantasie, paure, sogni o ricordi che nascono nei suoi confronti: le rappresentazioni si basano sull'esperienza soggettiva di un legame reale e immaginario con un'altra persona e secondo Stern possono essere descritte con il costrutto "dell'essere con" qualcuno, vissuto realmente in un legame, oppure soltanto fantasticato. Gli interventi terapeutici possono venire condotti alla nascita del bambino o, ancora prima, durante la gravidanza: il bambino è presente in entrambi i casi. Le rappresentazioni sono prevalentemente esperienze di relazione con qualcuno. Lo schema di "essere con" è un modello psichico in una situazione (anche in gravidanza) in cui si è "con qualcuno", felici o tristi. In ambito clinico viene considerata l'influenza delle rappresentazioni della madre nel suo modo di prendersi cura del bambino (Winnicott, 1965, 1971a, 1987; Bion, 1963, 1967): tali rappresentazioni hanno costituito le basi delle terapie genitore-bambino della maggior parte delle scuole, che si sono sviluppate dagli anni '60 in poi a livello internazionale. Le emozioni, i sentimenti e le identificazioni, come forme di rappresentazione della madre riguardo al suo bambino, vengono considerate fondamentali nello sviluppo psichico e nella costruzione del senso di identità del bimbo.

Le rappresentazioni materne hanno inizio nell'epoca prenatale e si evolvono, seguendo le vicissitudini della storia della gravidanza della madre e della sua relazione con il padre del bambino. Con la nascita i genitori interagiscono col bambino reale, facendo i conti con le rappresentazioni del loro passato: il primo cambiamento richiesto al genitore è la transizione dal ruolo di figlio a quello di padre e madre. Un altro importante cambiamento è quello realistico di anteporre i bisogni e gli interessi del bambino, in un passaggio dal narcisismo all'altruismo. In questa modificazione di rappresentazione, richiesta in particolar modo a chi si prende cura principalmente del bimbo, va ricercato secondo Stern il nucleo del problema clinico (Stern, 1995).

Un altro importante cambiamento è il passaggio dalla coppia alla triade, che comporta una ristrutturazione dei ruoli di entrambi i membri della coppia uomo-marito, donna-moglie a padre-madre. La disponibilità della coppia ad accogliere il bambino può essere anche una fonte potenziale di conflittualità, con conseguenti ricadute negative sul legame col bambino: le rappresentazioni che i genitori hanno del loro bambino includono rappresentazioni complesse e allargate che essi hanno di sé come marito e moglie, della loro coppia, e del loro modo di rappresentarsi e vivere il legame coniugale. Questa complessità influenza la clinica e le modalità di trattamento dei diversi modelli terapeutici.

Lebovici (1989) fa riferimento alla "trasmissione generazionale": nella madre si formano degli schemi di rappresentazione delle interazioni con

la propria madre, che influenzano il modo con cui una donna sarà madre. Questo processo viene ripreso da altri autori (Fonagy *et al.*, 1991; Main *et al.*, 1985; Sroufe, 2005) come influenza intergenerazionale, quale indicatore di previsione del modello di attaccamento che la donna stabilirà con il proprio bimbo nel primo anno di vita e dell'attaccamento che il bambino a sua volta manifesterà nelle età successive, nel periodo pre-scolare e nei primi anni scolastici con altre figure di attaccamento (Grossmann *et al.*, 1999; Pianta *et al.*, 1996). L'immagine della rappresentazione materna della propria madre è predittiva del futuro comportamento materno, ma non corrisponde sempre alla relazione reale del passato, bensì dipende dal modo con cui la donna vive e parla attualmente della propria madre, cioè da come il passato è vissuto nella presente attualità. Nel processo terapeutico la madre può rielaborare la rappresentazione di una infelice esperienza precoce con la propria madre, e questo dovrebbe poterle consentire, nel presente, di superare il proprio passato negativo e di evitare di doverlo ripetere. Questo può essere conseguito attraverso un lavoro clinico che le consenta di poter rendere più coerente il proprio passato, e di stabilire una relazione più positiva con il suo bambino, in modo da favorire anche lo sviluppo di un legame di attaccamento sicuro nel bambino (Fonagy *et al.*, 1991, Stern, 1995).

Secondo Stern ci sono poi anche altre rappresentazioni più allargate, che comprendono il sociale, attraverso i suoi mezzi di informazione e le sue modalità di trasmissione di un modello ideale di madre e bambino la cui influenza sulla madre non va sottovalutata. Anche il mondo delle rappresentazioni paterne comporta un lavoro di riorganizzazione di reti multiple di schemi, che richiede un tempo maggiore di rielaborazione e questo può essere fonte di una non sintonia tra i genitori e diventare una potenziale fonte di conflitto.

17.5. La specifica “organizzazione mentale genitoriale” e il contesto di intervento terapeutico precoce

Stern valuta diversi modelli di intervento precoci, che hanno in comune un bambino e i suoi genitori, considerati secondo l'insieme delle relazioni che li lega e il contesto terapeutico, con i processi di transfert e controtransfert, che viene denominato “contesto terapeutico di holding”, così definito per le peculiarità positive, di contenimento e di accompagnamento, che lo diversificano dalle altre alleanze terapeutiche tradizionali. Secondo Stern dunque la via d'accesso all'interazione non è determinante rispetto all'esito, in quanto l'interdipendenza dei vari elementi che costituiscono il sistema assicura che ogni cambiamento si distribuisca in tutto il sistema stesso (Stern, 2006).

I neo-genitori sono una particolare “popolazione clinica” che ha necessità di un approccio terapeutico diverso, nella teoria e nella clinica, per una specifica “organizzazione mentale genitoriale”. Tale organizzazione è differente da quella delle altre donne, uomini, perché si tratta di madri e padri, nonché della loro modalità di interazione con il bimbo. Fulcro di osservazione e di analisi sono le rappresentazioni dei genitori e le relazioni tra genitore e bambino: nei loro aspetti intrapsichici e interpersonali. Le due aree si influenzano reciprocamente e l’approccio alla relazione può avvenire attraverso più vie: le rappresentazioni del genitore, l’interazione, le competenze del bambino o il contesto.

Nel modello sviluppato da Stern (2006) i comportamenti interattivi si organizzano sotto l’influenza di “schemi di essere con”, attivati nel momento presente dell’interazione: quando lo schema è attivato, il modo in cui si realizza dipende dal momento presente. Ci possono essere, in termini clinici, uno o più temi fondamentali conflittuali che possono essere presenti costantemente: la loro soglia di attivazione parte dagli eventi esterni; l’interazione ha un ruolo importante nell’attivare specifiche rappresentazioni latenti. Nella relazione genitore-bambino si possono leggere le reti rappresentazionali presenti nei due genitori rispetto al bambino e contemporaneamente le rappresentazioni del bambino che influenzano i genitori. La relazione attiva reti di rappresentazioni del genitore e del bambino, che è anche la modalità con cui si esprime l’influenza sociale e culturale, che può condizionare la qualità e la quantità dei comportamenti interattivi specifici diretti al bimbo nel primo anno di vita. L’interazione ha una funzione fondamentale nel determinare il sintomo e il problema emergente durante la perinatalità: il sintomo va valutato in base al contesto in cui si presenta.

Compito del terapeuta è individuare gli elementi clinicamente importanti, che in genere sono quelli non verbali. Ci si concentra sui microeventi che fanno parte di macroeventi: la depressione materna, ad esempio, è considerata un macro-evento che viene vissuta dal bambino attraverso microeventi, ciascuno dei quali è sperimentato attraverso un “modo di essere con” la madre, una madre sofferente.

Stern utilizza le video-osservazioni delle interazioni diadiche e dà delle interessanti indicazioni: nella psicoterapia delle prime interazioni genitore-bambino, la storia clinica viene descritta inizialmente sulla base delle azioni e delle interazioni non verbali che si osservano nell’interazione videoregistrata; la descrizione non necessita di conoscenze del passato della diade né di spiegazioni sul “perché” il genitore utilizzi quel tipo di regolazione, o perché lo attivi in quel momento (Stern, 1977). L’osservatore deve trascurare le informazioni verbali e soffermarsi sul “ritmo prosodico”, non sulle parole. È necessaria una descrizione minuziosa di ciò che si osserva a livello comportamentale nell’interazione: le spiegazioni possono accompa-

gnare le descrizioni, ma non sostituirle; la finalità è individuare gli schemi e le sequenze ripetute delle azioni, che formano il sistema fondamentale dell'interazione. La valutazione del processo interattivo riguarda la regolazione fisiologica dell'arousal e dell'attivazione, la qualità dell'affetto; la sensibilità, la reattività e la contingenza sono gli indicatori fondamentali che caratterizzano ogni attività di tale processo.

Per esaminare l'interazione il terapeuta può utilizzare una differente "finestra clinica" a seconda delle fasi dello sviluppo del bambino. Stern richiama il modello dei punti salienti di Brazelton (Brazelton, 1992; Brazelton, Greenspan, 2001): da 0-2 mesi l'alimentazione e i ritmi del sonno, il pianto e la consolazione sono gli eventi che costituiscono la prima finestra clinica; la regolazione del ciclo dell'alimentazione, del sonno-veglia, dell'attività del bambino, gli scambi sociali sono gli elementi fondamentali dello scambio interattivo. Attraverso queste attività si possono osservare la reattività del genitore e del bimbo, il grado di sensibilità, l'adattamento, il controllo; il pianto è soprattutto il problema che spinge maggiormente i genitori a cercare un aiuto clinico per i bambini al di sotto dei tre mesi d'età. Da 2 mesi e mezzo a 5 mesi e mezzo, l'interazione sociale faccia a faccia è l'altra finestra clinica di riferimento (Stern, 1977; Beebe Stern, 1977; Cohn, Tronick, 1989): il sistema nervoso del bambino a questa età è di solito programmato per la situazione del gioco faccia a faccia, che si organizza attraverso il controllo dello sguardo, il sorriso e la vocalizzazione, dando origine alla regolazione reciproca dell'interazione sociale. Si possono osservare le stesse tematiche cliniche che si sono rilevate nel periodo precedente: se la madre era sofferente, depressa e/o ansiosa, potrà manifestare un comportamento di ritiro o intrusivo col bimbo. Se era eccessivamente controllante nell'alimentazione, potrà attivare una eccessiva regolazione dell'interazione faccia a faccia, cioè potrà decidere quando un episodio di gioco deve finire, oppure se il bimbo distoglie lo sguardo e lei non è d'accordo, potrà cercare di ristabilire il contatto oculare, decidendo poi quando sarà ora di concluderlo (Beebe, Stern, 1977). Si possono riscontrare delle continuità nelle tematiche di intrusione o di ritiro, pur nella diversità della manifestazione (alimentazione, gioco). Da 5 mesi e mezzo a 9 mesi il bambino ha acquisito una buona coordinazione occhio-mano e il gioco con gli oggetti costituisce un'altra finestra clinica: le modalità con cui il genitore e il bambino organizzano il tempo, la direzione, l'attenzione, l'elaborazione, la struttura, il cambiamento di gioco sono ora le nuove manifestazioni della stessa tematica (intrusione, ritiro, controllo) del periodo precedente, che qui si può osservare attraverso il comportamento materno di eccessivo controllo oppure nessun controllo, nel gioco del bimbo: mentre il bambino è attento ad un giocattolo, la madre interviene proponendogli continuamente giocattoli diversi oppure rimane distante e inaccessibile. Da 8-12 mesi la

finestra clinica riguarda le caratteristiche dell'attaccamento e dell'intersoggettività. Il bambino individua che la madre possiede dei contenuti mentali che possono essere differenti dai suoi: la presenza dell'intersoggettività si manifesta attraverso diversi atteggiamenti come le modalità di sintonizzazione degli affetti (Stern, 1985) e delle interazioni con l'altro (Trevarthen, 1979).

I pattern di attaccamento tra genitore-bambino sono indicativi nella qualità della relazione: il modo con cui il genitore e il bambino gestiscono i comportamenti di separazione e avvicinamento è indicativo delle caratteristiche che assumerà l'attaccamento. Da 18-24 mesi si riscontrano altri due punti salienti: lo sviluppo del linguaggio e l'aumento della mobilità nell'ambiente. Ora le rappresentazioni del bambino sono indicative di ciò che ci si aspetta all'interno della relazione con i genitori (Stern, 1995): queste vengono costruite a partire dalle prime esperienze interattive dell'"essere con" un altro, e pertanto non sono verbali. Le possibilità dell'intervento terapeutico sono quelle di sollecitare nella madre immagini alternative e più positive di se stessa, in quanto madre: il terapeuta deve valutare quali interazioni con il bambino possono essere considerate utili per l'intervento e quali potrebbero ostacolarlo. Alcuni terapeuti orientano principalmente l'attenzione verso i genitori, indirizzandosi al bambino solo quando questi si rivolge direttamente a loro; altri ritengono l'interazione con il bambino parte integrante dell'indagine diagnostica e terapeutica e intervengono per aiutare il bambino attraverso esperienze interattive e alternative, o si rivolgono al genitore per aiutarlo a trovare un modello di comportamento adeguato al bambino.

17.6. Terapia o prevenzione? Le difficoltà di una psicologia clinica perinatale *babycentered*

In sostanza la visione di Stern sottintende l'assunto che non vi sono tecniche precise e protocolli da seguire a seconda di una catalogazione diagnostica, sia questa riferita ai disturbi lamentati, sia risultante dall'osservazione, del bambino, della diade, della triade o del contesto, bensì è in gioco la complessa capacità di un operatore nel saper combinare i molteplici fattori rilevati del singolo caso clinico con le proprie risonanze interiori, la propria formazione: da queste viene la scelta della metodologia da portare avanti per un esito positivo della terapia.

L'accento di Stern è sulla specificità di una popolazione clinica: questa è da intendersi non semplicemente nella sua composizione genitore-bambino, ma come occasione privilegiata di rendersi conto, dal piano clinico, dell'esistenza di uno specifico oggetto di indagine al di là della popolazione in

cui più si evidenzia. Vero oggetto di indagine di una Psicologia Clinica Perinatale può allora essere definito come “la relazione che struttura la mente”; che la struttura sempre, comunque, al di là delle impellenze cliniche, e che tale strutturazione possa essere positiva per la prevenzione. Di solito questo oggetto lo si coglie nella terapia, cioè quando un caregiver cercando aiuto denuncia un danno già avvenuto: meglio lo si potrebbe studiare nel suo primo nascere, e quindi assistere preventivamente tutti i genitori. Non facile è tale impresa a livello sociale, soprattutto in Italia. I genitori sono restii – è stato descritto il senso di colpa – a partecipare a interventi preventivi, quando non riscontrano nessun disturbo: non lo riscontrano tanto più quanto essi sono poco sensibili, nella misura di una loro Alessitimia; ma proprio questa caratteristica è quella che renderà patogeni questi genitori.

Il cammino sociale per una effettiva opera di prevenzione, per i bambini che a loro volta diventeranno genitori è tutt'altro che facile: per questo si spera che potrà esser di aiuto il contributo delle neuroscienze, come in questo e in altri nostri testi evidenziamo, con la sua immagine sociale “più scientifica”, per lo studio del cervello e su come questo viene ad essere costruito in maniera squisitamente individuale in ogni persona.

Bibliografia

- Ainsworth M.S.D., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of Attachment. Psychological Study of Strange Situation*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Ammaniti M., Speranza A.M., Tambelli E.R., Odorisio F., Vismara L. (2007), “Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia”, *Infanzia e adolescenza*, 6(2), 67-83.
- Beebe B., Lachman F. (2002), *Infant research and adult treatment: Co-Constructing Interaction*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Beebe B., Stern D.N. (1977), “Comportamenti di impegno e disimpegno e prime relazioni oggettuali”, in Stern D.N. (a cura di), *Le interazioni madre-bambino*, Cortina, Milano, 1998.
- Bertaccini R., Nuccini F. (2018), “Promuovere e sostenere una genitorialità sensibile: l'utilizzo clinico del CARE Index come videofeedback”, in Imbasciati A., Cena L., *Il futuro dei primi mille gironi di vita. Psicologia Clinica Perinatale: prevenzione e interventi precoci*, FrancoAngeli, Milano.
- 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.
- Bick E. (1968), “L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali”, 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.
- Bion W.R. (1963), *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1973.
- Bion W.R. (1967), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Tr. it. Armando, Roma, 1970.
- Bowlby J. (1951), *Cure materne e igiene mentale del bambino*. Tr. it. Ed. Univ., Firenze, 1964.
- Bowlby J. (1952), *Cure materne e salute mentale del bambino*. Tr. it. Giunti, Firenze, 2012.
- Bowlby J. (1954), "Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children", *World Health Organization*.
- Brazelton T.B. (1992), *Touchpoints: Your child's emotional and behavioural development*, Perseus Publishing, Cambridge.
- Brazelton T.B., Cramer B. (1990), *Il primo legame*, Frassinelli, Milano.
- Brazelton T.B., Greenspan S.I. (2001), *I bisogni irrinunciabili dei bambini*, Cortina, Milano.
- Bruschweiler-Stern N. (2006), "Un intervento multifocale in età neonatale", in Sameroff A.J., McDonough S.C., Rosenblum K.L. (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, Il Mulino, Bologna.
- Carneiro C., Corboz-Warnery A., Fivaz-Depeursinge E. (2006), "The prenatal Lausanne Trilogue Play: A new observational assessment tool of the pre-natal co-parenting alliance", *Infant Mental Health Journal*, 27(2), 207-228.
- Cohn J.F., Tronick E.Z. (1989), "Specificity of infant's response to mother's affective behaviour", *Journal of American Academy of child and adolescent Psychiatry*, 28, 242-248.
- Cramer B. (1990), "Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report", *Infant Mental Health Journal*, 11, 278-300.
- Cramer B. (2000), *Cosa diventeranno i nostri bambini? Curare le ferite precoci in modo che non lascino traccia*, Cortina, Milano.
- Cramer B., Palacio Espasa F. (1995), *Le psicoterapie madre bambino. Metodologia e studi clinici*, Masson, Milano.
- Crittenden P.M. (2008), *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'Attaccamento*, Cortina, Milano.
- Emde R.N. (1991), "Positive emotions for psychoanalytic theory: Surprises from infancy research and new directions", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 5-44.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., Frenck A. (1999), *Il triangolo primario: le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*, Cortina, Milano, 2000.
- Fonagy P., Steele M., Moran G., Steele M., Higgitt A.C. (1991), "The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment", *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-216.
- Fox N.A. (1994), "Dynamic cerebral processes underlying emotion regulation", in Fox N.A. (a cura di), "The Development of emotion regulation. Biological and

- behavioural considerations”, *Monograph of the society for research in child development*, 59, 152-166.
- Fraiberg S.H., Adelson E., Shapiro V. (1975), “I fantasmi nella stanza dei bambini. Un approccio psicoanalitico ai problemi posti da relazioni disturbate madre-bambino”. Tr. it. in Fraiberg S., *Il sostegno allo sviluppo*, Cortina, Milano, 1999.
- Grossmann K.E., Grossmann K. (1999), “Una visione più ampia dell’attaccamento e dell’esplorazione”, in Cassidy J., Shaver P., *Manuale dell’attaccamento*, Fioriti, Roma, 2002.
- Knauer D. (2018), “Psychotérapie Centrée sur la Parentalité (PCP): un caso clinico”, in Imbasciati A., Cena L., *Il futuro dei primi mille giorni di vita. Psicologia Clinica Perinatale: prevenzione e interventi precoci*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A. (2006a), *Constructing a Mind. A new basis for Psychoanalytic theory*, Brunner & Routledge, London.
- Imbasciati A. (2006b), *Il sistema protomentale*, LED, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2010), *I bambini e i loro caregivers: Metodi e strumenti per l’osservazione clinica della relazione e per l’intervento*, Borla, Roma.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2005), *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*, Piccin, Padova.
- Lebovici S. (1989), “I legami intergenerazionali. Le interazioni fantasmatiche”. Tr. it. Lebovici S., Weil-Halpern F., *Psicopatologia della prima infanzia*, Boringhieri, Torino, 1994.
- Lieberman A.F. (1991), “Attachment theory and infant-parent psychotherapy: some conceptual, clinical and research considerations”, in Cicchetti D., Toth S. (a cura di), *Models and integrations*, vol. 3, Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Lieberman A.F. (2006), “La psicoterapia genitore-bambino: un approccio basato sulla relazione per il trattamento dei disturbi della salute mentale nell’infanzia e nella fanciullezza”, in Sameroff A.J., McDonough S.C., Rosenblum K.L. (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, Il Mulino, Bologna.
- Lieberman A.F., Pawl J.H. (1988), “Clinical applications of Attachment Theory”, in Belsky J., Nezworski T.M. (a cura di), *Clinical implications of attachment*, Lawrence Erlbaum Associate Publishers, New York.
- Lieberman A.F., Pawl J.H. (1990), “Disorders of attachment and secure base behavior in the second year of life: Conceptual issues and clinical intervention”, in Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M. (a cura di), *Attachment in the Preschool Years*, University of Chicago Press, Chicago.
- Lucarelli L., Sechi C. (2017), “Genitorialità e disturbi alimentari dell’infanzia: percorsi evolutivi ‘a rischio’ e strategie di intervento sulla relazione genitore-bambino”, in Imbasciati A., Cena L., *Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano
- Main M., Kaplan N., Cassidy J. (1985), “Security in infancy childhood and adulthood: a move to the level of representation”. Tr. it. Riva Crugnola C. (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Cortina, Milano, 1993.

- Manzano J., Palacio Espasa F., Nathalie Zilkha N. (2001), *Scenari della genitorialità*, 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.
- Milgrom J., Holt C., Holt C.J., Ross J., Ericksen J., Gemmill A.W. (2015), “Feasibility study and pilot randomised trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up”, *Archives of women’s mental health*, 18(5), 717-730.
- Missonnier S. (2005), *La consultazione terapeutica perinatale*, Cortina, Milano.
- Pianta R.C., Walsh D. (1996), *High-risk children in schools: Constructing Sustaining Relationships*, Routledge, New York.
- Riva Crugnola C., Ierardi E. (2015), “Il sostegno alla genitorialità rivolto a madri adolescenti: valutazione del rischio e modalità di intervento”, in Imbasciati A., Cena L., *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. 2. Genitorialità e origine della mente nel bambino*, FrancoAngeli, Milano.
- Sameroff A.J., McDonough S.C., Rosenblum K. (2004), *Treating Parent-infant Relationship Problems: Strategies for Intervention*, Guilford Press, New York.
- Schacter D.L. (1996), *Alla ricerca della memoria*. Tr. it. Einaudi, Torino, 2001.
- Schore A. (1994), *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*, Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Schore A. (2001), “Effect of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health”, *Infant Mental Journal*, 22, 201-269.
- Schore A. (2003a), *Affect dysregulation and the disorders of the Self*, Norton & Company Ltd, New York.
- Schore A. (2003b), *Affect regulation and the repair of the Self*, Norton & Company Ltd, New York.
- 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.
- Seligman S. (1999), “Infant-parent interactions phantasies and an internal two person psychology”, *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 235-243.
- Siegel D. (1999), *La mente relazionale. Neurobiologia dell’esperienza interpersonale*, Cortina, Milano.
- Siegel D.J. (2001), “Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationship mindsight and neural integration”, *Infant Mental Health Journal*, 22, 67-94.
- Siegel D.J. (2003), *Errori da non ripetere*. Tr. it. Cortina, Milano, 2005.
- Sroufe L.A. (2005), “Attachment and development: a prospective longitudinal study from birth to adulthood”, *Attachment and Human Development*, 7(4), 349-367.
- Stern D.N. (1977), “The development of conversation between mothers and babies”, *Journal of Child Language*, 4, 1-22.

- 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. (1995), *La costellazione materna*, Boringhieri, Torino.
- Stern D.N. (1998), *Le interazioni madre-bambino*, Cortina, Milano.
- Stern D.N. (2006), “La costellazione materna: approcci terapeutici ai problemi relazionali precoci”, in Sameroff A.J., McDonough S.C., Rosenblum K.L. (a cura di), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, Il Mulino, Bologna.
- Stern D.N., Bruschiweiler-Stern N. (1998), *Nascita di una madre*, Mondadori, Milano, 1999.
- Tambelli R., Odorisio F. (2012), “Un intervento elettivo per la prevenzione: Home Visiting”, in Tambelli R., *Psicologia clinica dell'età evolutiva*, Il Mulino, Bologna.
- Trevarthen C. (1979), “Communication and cooperative in early infancy: A description of primary intersubjectivity”, in Bullona M. (a cura di), *Before Speech: The Beginning of Human Communication*, Cambridge University Press, London, 321-347.
- Trombini E. (2018), “Interventi precoci: la Giocoterapia focale (GF) con bambini e genitori”, in Imbasciati A., Cena L., *Il futuro dei primi mille giorni di vita. Psicologia Clinica perinatale: prevenzione e interventi precoci*, FrancoAngeli, Milano.
- Vallino D. (2009), *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*, Borla, Roma.
- Vegetti Finzi S. (1995), *Il bambino della notte. Divenire donna, divenire madre*, Mondadori, Milano.
- Winnicott D.W. (1956), “La preoccupazione materna primaria”, in *Through pediatrics to psychoanalysis*, Tavistock Publ., London. Tr. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Patologia e normalità nel bambino. Un approccio innovatore*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1958), *Through pediatrics to psychoanalysis*, Tavistock Publ., London. Tr. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Patologia e normalità nel bambino. Un approccio innovatore*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.
- Winnicott D.W. (1971a), “La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile”. Tr. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D.W. (1987), *I bambini e le loro madri*, Cortina, Milano.