

### **3. Difficili percorsi della filiazione**

di *Loredana Cena*

#### **1. Perinatalità psichica: fragilità e sostegni multipli**

La perinatalità fisiologica (gravidanza, parto, puerperio), implica una processualità psichica che si sviluppa progressivamente nella mente delle madri e dei padri da una progettualità generativa (cfr. cap. 3 prima parte) che ha motivato consapevolmente o inconsapevolmente il desiderio di un figlio. La perinatalità psichica comporta una rielaborazione delle problematiche relative alla identità individuale dei due genitori ed eventuali conflitti presenti nella mente genitoriale. Il progetto di filiazione della coppia comporta rappresentazioni riferite sia all'essere genitore, con una identificazione alla genitorialità dei propri genitori e un coinvolgimento affettivo ed emotivo nei loro confronti, sia contemporaneamente una identificazione al bimbo desiderato o generato, e un riemergere di rappresentazioni relative a se stessi quando erano bambini.

Missioner fa riferimento al concetto di “perinatalità psichica” intesa come un “segmento” del processo di genitorialità già presente in diverse forme evolutive in ogni età della vita di ogni individuo (Missioner, 2005). La perinatalità psichica implica un periodo tra l'ipotetico progetto generativo/genitoriale di un bambino (Stoleru, 1995), la sua pianificazione e realizzazione, fino al primo sviluppo del bambino: la perinatalità psichica costituisce una delle prime sequenze del processo di genitorialità.

Una indagine sulla perinatalità psichica, consente di compiere un viaggio verso il luogo delle nostre origini, per capire sia il bambino che è ancora rimasto dentro agli adulti-genitori, sia il bambino che sta per nascere (Bouchart, Gadart, 1989). Riuscire a raccogliere dati significativi sulla origine, sviluppo ed evoluzione della dimensione generativa/genitoriale potrà consentire una prevenzione sempre più precoce dei disturbi della genitorialità e delle disarmonie relazionali per un adeguato sviluppo psicofisico del neonato (Missioner, 2005).

La perinatalità psichica viene a collocarsi in una prospettiva ampia che implica aspetti intrapsichici, interpersonali, relazionali e transgenerazionali. I recenti mutamenti sociali e culturali hanno consentito la diffusione di nuove strutture familiari e modalità diversificate di assunzione del ruolo genitoriale, attraverso sempre più articolati percorsi della filiazione (procreazione medicalmente assistita, prematurità ecc.): gli aspetti connessi alla perinatalità psichica possono comportare dunque processi sempre più complessi.

I vari percorsi della filiazione implicano una rielaborazione interiore, riedizione e trasferimento dei contenuti con modalità di funzionamento psichico per via transgenerazionale (Zurlo, 2009): ogni membro della coppia genitoriale ritrasmetterà ai propri figli, ciò che ha ricevuto dai propri genitori, attraverso l'intenso lavoro emotivo che questa trasmissione psichica comporta nel passaggio da una generazione ad un'altra. I legami della filiazione veicolano aspetti culturali condivisi dal gruppo di appartenenza su cui si strutturano i processi individuali di identità: in ogni cultura è rilevabile un codice corporeo implicito nelle modalità di accudimento dei figli, di regolazione emotiva, di comunicazione (Zurlo, 2009): queste dimensioni implicite comuni e condivise, trasmesse attraverso i legami della filiazione, costituiscono una base comune condivisa dal proprio gruppo sociale da cui prendono origine i processi di individuazione e di costruzione delle identità individuali. A partire dalla famiglia, primo nucleo sociale, la cultura è tramandata nell'ambito delle relazioni primarie, delle interazioni con la madre e i genitori, in primis.

Le funzioni psichiche individuali sono influenzate dalle dimensioni implicite comuni e condivise dal proprio gruppo sociale. Si prospetta come un circuito in cui le modalità culturali, caratterizzate da regole, valori, riti, norme, credenze influenzano l'individualità che, a sua volta, li rielabora e li rappresenta attraverso i propri vissuti personali (Zurlo, 2009).

Lo sviluppo psichico individuale si struttura entro una rete di "appoggi" e "sostegni multipli" (Kaes, 1982), dei contesti intersoggettivi, familiari, transgenerazionali e sociali. Questi supporti sono stati descritti con modalità specifiche da diversi autori secondo i propri vertici teorici di riferimento: in psicoanalisi Winnicott li descrive come contenimento (Winnicott, 1965), Bion come rêverie (Bion, 1962); in psicologia dello sviluppo Bruner li identifica come supporto, impalcatura o scaffolding (Bruner, 1976), oppure vengono individuati come spazio in cui l'altro, il sociale, può partecipare ai processi elaborativi individuali per supportarne i processi trasformativi, all'interno di quella zona definita "sviluppo prossimale" di un individuo (Vygotskij, 1990). La funzione di questi sostegni non è soltanto supportiva, bensì trasformativa in quanto essi sono operanti entro l'intersoggettività e le diverse teorie, seppure con vertici diversi di comprensione, e intenti pedagogici o clinici, sono concordi

Il paradigma dei “sostegni multipli” di Kaes fa riferimento a tre ordini di esperienze che strutturano l’individuo: la prima è riferita alla esperienza soggettiva corporea, che alimenta la vita psichica; un secondo ordine di esperienze strutturanti sono quelle relazionali, attraverso le modalità di funzionamento psichico materno; un terzo ordine di esperienze si riferisce al più vasto sostegno che proviene dal sociale. Questa concettualizzazione di Kaes può essere funzionale per riflettere sui complessi processi che caratterizzano la filiazione (Zurlo, 2009): in primo luogo le funzioni strutturanti l’identità dell’individuo, nell’ambito della perinatalità psichica, si costruiscono a partire dalle esperienze corporee, comprese quelle relative alla propria sessualità maschile e femminile; l’altro ordine di esperienze è riferito a quelle relazionali, in particolare alle esperienze di accudimento fisico e psicologico ricevute dalla propria madre e dai propri genitori e un terzo ordine di esperienze è riferito al coinvolgimento del sociale: il riconoscimento della collettività alle necessità del singolo, della coppia e della famiglia permette che vengano forniti sostegni attraverso le istituzioni e le organizzazioni sociali che intervengono a supporto delle funzioni generative e genitoriali. Il supporto viene fornito da figure professionali come medici, ostetriche, infermieri, operatori sanitari, neonatologi, pediatri ma anche neuropsichiatri infantili, psicologi clinici della perinatalità, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione funzionale, e tutto il personale specializzato che si occupa della perinatalità nei reparti ospedalieri e nei servizi consultoriali e sociali.

Una molteplicità di sostegni intervengono a supporto dello sviluppo della psiche individuale: le formazioni culturali e sociali (istituzioni, associazioni sociali) influenzano lo psichismo individuale e questo si integra a sua volta con gli altri sostegni intrapsichici del soggetto. L’elaborazione delle esperienze personali è regolata dalle relazioni interpersonali, consapevoli e inconsapevoli, e i processi di identità individuale si strutturano a partire dai processi di identificazione con l’altro e dalle rappresentazioni trasmesse per via transgenerazionale, che costituiscono la base della individualità del soggetto e consentono una continuità di trasferimento dei contenuti, dei significati, degli ideali, delle credenze e dei processi psichici del gruppo familiare e sociale. La collocazione di un figlio entro il contesto transgenerazionale viene definita dal gruppo sociale di appartenenza, che in tal modo si assicura della continuità di quella che si potrebbe definire la propria eredità psichica, che si tramanda e rimane attiva nella psiche individuale.

Le dimensioni psichiche nella costruzione della genitorialità, vengono indicate dalla Darchis con una metafora, quella di un viaggio (Darchis, 2009), che descrive il processo di esplorazione e rielaborazione emotivo-affettiva entro cui si avventura la coppia, la donna e il suo partner, quando si apprestano a diventare genitori. Questo viaggio metaforico avviene tra pe-

rigli e difficoltà emotive attraverso due percorsi: uno di andata, di esplorazione di nuovi orizzonti emotivi, l'altro di ritorno all'interno di se stessi. Questi movimenti psichici sono caratterizzati da una doppia identificazione. Il viaggio comporta una proiezione verso il futuro e contemporaneamente un ritorno al passato.

Attraverso il modello dei “sostegni multipli” dello psichismo (Kaes, 1982), nel primo processo identificatorio inteso come orientato verso il futuro ogni membro della coppia genitoriale si appoggia ai sostegni multipli su cui ha costruito la propria identità personale per farne una base di supporto e sostenere l'identità del bambino: i movimenti sono costituiti da una doppia identificazione della madre con se stessa bambina, che le consente una identificazione con il bimbo che ha in gestazione; analogamente il padre affonda le radici nel contenitore psichico del suo gruppo familiare per poter rivolgersi al futuro. Se questa rete è stata sufficientemente adeguata a sorreggere, attraverso le sue maglie relazionali, la coppia genitoriale, questa potrà avere quella sufficiente sicurezza per rivolgersi al futuro, e costituire a sua volta un nuovo contenitore psichico familiare. Attraverso un avvicinamento e una differenziazione dal contenitore psichico della propria famiglia, i nuovi genitori potranno strutturare un nuovo contenitore psichico per il loro bimbo e collocarvi anche all'interno se stessi, come genitori.

Nel secondo movimento identificatorio, i due membri della coppia genitoriale hanno necessità di ritrovare i propri genitori, quelli reali e quelli delle proprie rappresentazioni interiori, avvicinandosi ad essi per prendere poi da questi le giuste distanze e costruire una propria identità genitoriale. In questo processo di trasformazione identitaria (Darchis, 2009), la riorganizzazione psichica consente l'accesso a nuovi ruoli: di se stessi come genitori, dei propri genitori come nonni e del bimbo come figlio. Il genitore nasce contemporaneamente al proprio figlio. Questo viaggio verso il passato per ritrovare il “terreno psichico” delle proprie origini identitarie comporta però anche dover riaffrontare antiche conflittualità, sofferenze dovute a traumi o lutti irrisolti e così il rincontrarsi con la propria infanzia e i propri genitori può essere molto doloroso, talmente che il viaggio può risultare addirittura impossibile da iniziare o non giungere mai a termine, e l'assunzione del nuovo ruolo genitoriale non può venire intrapresa. Possono presentarsi ostacoli psichici inconsapevoli alla generatività, sia attraverso modalità di evitamento che si manifestano con interruzioni volontarie o patologiche della gravidanza e/o infertilità psicogene, sia, dopo la nascita del figlio, attraverso difficoltà relazionali e di accudimento del bimbo, con una trasmissione transgenerazionale dei traumi irrisolti. Ci possono essere profonde lacerazioni nei percorsi della filiazione che spesso impediscono la transizione alla genitorialità, paralizzandone il processo evolutivo.



## 2. Incrinature nella funzione della genitorialità psichica

Come abbiamo precedentemente rilevato (capp. 3 e 4 parte prima), il percorso interiore che porta alla genitorialità si presenta come un processo complesso: quando la nascita avviene prima della conclusione fisiologica della gestazione, o il bambino presenta malformazioni o deficit, questa stessa complessità può moltiplicarsi in modo esponenziale (Goldberg, DiVitto, 1995). La nascita pretermine o di un bimbo con deficit ha connotazioni di un evento disorganizzante per il funzionamento mentale genitoriale.

La genitorialità psichica inizia in gravidanza, in cui soprattutto è la donna ad essere soggetta a cambiamenti. Le continue trasformazioni emotive e psicologiche che comportano l'elaborazione di nuove rappresentazioni mentali relative alla costruzione dell'identità genitoriale, necessitano la creazione di uno spazio mentale ed affettivo in cui per la donna sia possibile sviluppare la sua dimensione genitoriale e al bimbo di crescere; così avviene anche per il padre: vi è la necessità di creare uno spazio mentale per "sentire" e "pensare" il bambino (Winnicott, 1987).

Se per motivi diversi e contingenti la gravidanza si interrompe prima dei nove mesi necessari alla gestazione, o il bimbo presenta deficit inaspettati, la transizione alla genitorialità può presentare problemi. La nascita prematura del bimbo consente ai genitori di poter vedere il loro figlio prima del tempo, ma questo interrompe quel processo di mentalizzazione che scandisce l'evoluzione della crescita del bimbo dentro la mente dei genitori e che accompagna anche la crescita di sé come genitori durante tutti i nove mesi della gestazione. Si viene a interrompere l'organizzazione psichica che caratterizza il processo della gestazione: la madre, ma anche il padre, non sono ancora pronti ad accogliere il feto, che diventa un neonato pretermine; è presente una vulnerabilità somatopsichica non solo del bimbo ma anche dei suoi genitori.

La realtà del bimbo pretermine o con deficit e malformazioni viene a stravolgere le fasi dello sviluppo dei processi di transizione alla genitorialità: la genitorialità in cui questi si trovano è diversa da quella prefigurata. Nella mente delle madri (Ammaniti, 2008), durante i mesi dell'attesa si costruiscono delle rappresentazioni del bimbo (Ammaniti *et al.*, 1990) e della coppia come genitori. Il parto prematuro o se il bimbo presenta deficit o malformazioni non diagnosticate nel periodo prenatale, viene ad alterare bruscamente questo processo e soprattutto la madre deve elaborare vissuti dolorosi di perdita.

La nascita prematura interrompe la gravidanza, proprio nelle ultime fasi di elaborazione psichica, cruciali per la differenziazione e la separazione dal bambino: l'ultimo trimestre della gravidanza è caratterizzato da un

processo di differenziazione tra il sé della madre e il nascituro, in preparazione della separazione del parto. Nella nascita pretermine la madre deve riuscire ad acquisire ugualmente una differenziazione tra il figlio, i suoi bisogni e se stessa: la consapevolezza di quanto sta avvenendo nel proprio mondo interiore, rispetto a quanto sta accadendo al bambino è importante per l'attuazione del processo di separazione-individuazione, ma si presenta difficile da raggiungere quando la nascita è prematura (Negri, 1998). È necessaria la costruzione di una relazione basata sulla capacità di regressione, identificazione, ma soprattutto di quella che viene definita come sintonizzazione affettiva (Stern, 1989), della madre con il suo bimbo: processi che consentono al genitore di rapportarsi con i reali bisogni fisici e psichici del proprio figlio. Tale situazione affettiva può portare spesso ad uno sbilanciamento dell'investimento sul figlio: se da un punto di vista operativo il bambino è iperinvestito, con un'attenzione verso il "fare" e un'eccessiva razionalizzazione delle cure, dal punto di vista della maturazione come genitore c'è incapacità di quella sintonizzazione affettivo-emotiva fondamentale per la costruzione della mente del bimbo (Imbasciati, 2008).

### **3. Difficili percorsi verso la genitorialità**

Secondo le prospettive delineate dalla Darchis (Darchis, 2009), un buon incontro genitore-bambino potrà essere possibile se potrà avvenire una rielaborazione nei futuri genitori del proprio passato infantile. La ricerca della identità genitoriale viene descritta dalla Darchis come un viaggio denso di insidie e perigli: un genitore per diventare tale dovrebbe riuscire a recuperare le sue radici generazionali per legarsi ad esse, al fine di separarsene meglio. I due movimenti identificatori che dovrebbe poter fare il genitore, verso se stesso come bambino, per riconoscere il proprio bambino e verso i propri genitori per costruire la propria identità di genitore, possono non giungere a buon fine, quando la nascita è pretermine, o il bimbo non rispecchia le aspettative genitoriali, e può diventare causa di un trauma o un forte stress, con uno sconvolgimento emotivo nei genitori: il viaggio allora può interrompersi o bloccarsi.

La costruzione del primo legame con il bimbo inizia già prima della nascita, durante la gestazione (Brazelton, Cramer, 1991). Recenti esplorazioni cliniche hanno messo in evidenza come alla nascita progressivamente esso attraversi tre stadi integrativi: il primo stadio è quello del primo incontro in cui deve avvenire l'"adozione" del proprio bambino da parte dei genitori; il genitore compie un processo integrativo tra la propria identità di padre e madre e quella del figlio. Un secondo processo integrativo in questo primo stadio è quello tra la rappresentazione del proprio bambino immaginario,

il bimbo della notte (Vegetti, 1995), con il bimbo reale. Nella nascita prematura o se il neonato presenta qualche deficit, handicap o malformazioni, il bimbo reale può essere vissuto come un estraneo, e suscitare terrore nel genitore che non lo riconosce, che può percepirlo come un oggetto persecutore mostruoso (Darchis, 2009).

Il genitore pensa che “*quello lì*” non può essere il suo bambino: il viaggio verso il passato alla ricerca di una identificazione con se stessi bambini non ha funzionato. Il genitore non riesce a ritrovare nel passato se stesso, per poter riconoscere il suo bambino. Così pure non riesce a identificarsi con il proprio genitore, che invece non lo ha generato in modo immaturo o con qualche deformità o con qualche deficit sensomotorio o cerebrale. Antichi traumi irrisolti nell’ambito della propria storia o provenienti per via transgenerazionale possono riattivarsi a seguito di questa nuova esperienza traumatica.

Nei casi più dolorosi, può avvenire anche un’esplosione dell’identità del genitore (psicosi puerperali) (Bydlowski, Rauolu Duval, 1978): il legame della filiazione non riesce a instaurarsi. Un’altra eventualità, che potrebbe verificarsi sempre nel primo stadio, è che il legame di filiazione si possa instaurare secondo modalità fusionali: la madre non riconosce l’esistenza separata del bambino, le sue parti infantili trovano espressione diretta nel neonato stesso. Attraverso processi di identificazione proiettiva ella cura e protegge parti sofferenti del proprio sé nel bimbo immaturo o con deficit. Si occupa del bimbo allora molto rapidamente ma in modo molto apprensivo ed esagerato, spesso non lasciando spazio all’altro genitore. Occorre allora un sostegno terapeutico: il genitore deve venire aiutato a costruire la sua genitorialità secondo quelle che sono le esigenze del bimbo reale.

Quando l’“adozione” del bimbo si è realizzata, il genitore può accedere al secondo stadio e funzionare secondo modalità inerenti al suo nuovo ruolo, attraverso l’accudimento del bimbo. Questo implica che nella madre deve subentrare quella esperienza interiore descritta da Winnicott come “preoccupazione materna primaria” (1956), che le potrà permettere di essere una “madre sufficientemente buona” (1958). La funzione paterna è un indispensabile sostegno in questo processo. Le difficoltà riscontrate più frequentemente possono essere dovute a proiezioni troppo massicce, per cui la madre non riesce a viverci in una immagine di sé sufficientemente buona, malgrado le difficoltà occorse: resta così nell’illusione di poter soddisfare in modo onnipotente tutte le esigenze del bimbo, e potrà allora adottare modalità maniacali di funzionamento mentale. Il bimbo pretermine, o con malformazioni o deficit diventa così il nemico che ostacola la realizzazione dei desideri genitoriali onnipotenti.

Un’altra modalità di funzionamento mentale può essere invece di tipo depressivo: il genitore durante il processo di disillusione tra la rappresenta-

zione del bimbo immaginario e quello reale viene sopraffatto. Sente di non essere stato sufficientemente adeguato e vive se stesso come un cattivo genitore: un genitore che ha generato un bimbo imperfetto. Insicurezze nei propri movimenti identificatori con una perdita delle rappresentazioni genitoriali positive possono condurre a effetti depressivi. La prematurità in questi casi rafforza il sentimento di inefficacia della madre. Il padre allora può diventare un sostegno molto valido e contribuire alla prevenzione di una depressione materna, oppure colludere con questo sentimento materno di inadeguatezza e intensificarlo. La relazione genitore-bambino sarà a rischio di maltrattamenti o abbandoni.

Un buon funzionamento può invece sopraggiungere quando la madre, superati i sentimenti di inadeguatezza, si adatta al bimbo, abbandonando le sue rappresentazioni del bimbo immaginario e della madre perfetta: l'accudimento e la soddisfazione dei bisogni reali del bimbo rinforzano allora le sue capacità genitoriali, di contenimento e di rêverie (Bion, 1962). In questo caso anche il padre ha svolto una funzione rassicurante e ha sostenuto la funzione di madre sufficientemente buona, consentendo la costruzione di un legame che si potrà consolidare in un legame di attaccamento, via via con la crescita e lo sviluppo del bimbo. Per il bimbo in uno stato di handicap psicofisico, questa situazione non può che verificarsi con il ritorno a casa dopo l'ospedalizzazione.

Nei percorsi alla filiazione che presentano maggiori complessità, come una nascita prematura o la presenza di deficit o malformazioni nel bambino, se i processi identificatori genitoriali non si sono adeguatamente conclusi o si sono bloccati, il legame genitore-bambino può costruirsi nella confusione delle storie passate e strutturarsi con modalità patologiche di ripetizione di antichi traumi transgenerazionali. La non differenziazione tra genitore e bambino sollecita meccanismi di identificazione proiettiva e non consente una adeguata sintonizzazione con i reali bisogni del bimbo. Il bimbo è imprigionato dai fantasmi dei genitori: i fantasmi nella camera dei bambini (Fraiberg *et al.*, 1975). La funzione genitoriale allora non è contenitiva dei reali bisogni fisici ed emotivi del bambino, ma sono i genitori ad aver bisogno loro stessi di un contenimento per poter nascere nel loro nuovo ruolo come genitori.

Attraverso un supporto terapeutico il procedere delle tappe evolutive della perinatalità psichica potrà avvenire con modalità e ritmi diversi, a seconda della dinamica di funzionamento mentale genitoriale. Lo spazio della terapia ha secondo la Darchis (2009) funzione di matrice contenitiva entro cui possono essere rivissute e rielaborate le emozioni e le identificazioni primitive. Il terapeuta-contenitore consente al genitore uno spazio per riappropriarsi degli eventi traumatici, senza restarne annientato, consentendogli di ripensare ai vissuti e alle esperienze del passato, ricon-



ciliandosi con le antiche figure genitoriali ma prendendo da esse le dovute distanze e differenziandosi: solo allora il viaggio di ritorno potrà concludersi.

## Bibliografia

- Ammaniti M. (2008), *Pensare per due*, Laterza, Bari.
- Ammaniti M., Baumgartner E., Candelori C., Pola M., Tambelli R., Zampino F. (1990), "Rappresentazioni materne in gravidanza: contributi preliminari", *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 36-50.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1972.
- Bouchart-Godart A. (1989), "Mère ou nourrice", in "D'amour et de lait", *Les cahiers nouveau-né*, 3, 277-283, Stock, Paris.
- Brazelton T.B., Cramer B. (1991), *Il primo legame*, Frassinelli, Milano.
- Bruner J.S., Ross G., Wood D. (1976), "The role of tutoring in problem solving", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 17, Pergamon Press.
- Bydlowski M., Rauolu Duval A. (1978), "Un avatar psychique méconnu: La névrose traumatique postobstétricale", *Perspective Psychiatrique*, 68, 321-328.
- Darchis E. (2009), "L'instaurazione della genitorialità e le sue vicissitudini", in Zurlo M.C. (a cura di), *Percorsi della filiazione*, FrancoAngeli, 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., *Il sostegno allo sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano, 1999, 179-216.
- Goldberg S., DiVitto B. (1995), "Parenting children born preterm", in Bornstein M.H. (a cura di), *Handbook of parenting*, Erlbaum, Mahwah, NJ, 209-231.
- Imbasciati A. (2008), "Le cure materne matrice dello sviluppo del futuro individuo", *Nascere*, XXXVI, 104, 4-14.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007), *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin, Padova.
- Kaes R. (1982), "Il sostenimento gruppale dello psichismo individuale: alcune conseguenze teoriche riguardo i concetti di individuo e di gruppo", *Quaderni di Psicoterapia di Gruppo*, 1, 57-73.
- Missioner S. (2005), *La consultazione terapeutica perinatale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Negri R. (1998), *Il neonato in terapia intensiva: un modello neuropsicoanalitico di prevenzione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Stern D.N. (1989), "Le interazioni affettive", in Lebovici S., Weil-Halpern F. (a cura di) *Psicopatologia della prima infanzia. Vol. 1: Il mondo del neonato*, Boringhieri, Torino, 1994.
- Stoleru S. (1995), "Le couple et le project d'enfant. L'étape initiale du passage à la parentalité", *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 43, 4-5, 164-170.
- Vegetti Finzi S. (1995), *Il bambino della notte. Divenire donna, divenire madre*, Mondadori, Milano.
- Winnicott D.W. (1956), "La preoccupazione materna primaria", in Winnicott D.W. (1958), *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Tr.it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.

- Winnicott D.W. (1958), *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Tr. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.
- Winnicott D.W. (1987), *I bambini e le loro madri*, Raffaello Cortina, Milano.
- Vygotskij L. (1990), *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche*, Laterza, Roma-Bari.
- Zurlo M.C. (2009), *Percorsi della filiazione*, FrancoAngeli, Milano.