

*15. ECI e infant massage a sostegno della relazione genitore-bambino, parental sensitivity-embodied mentalizing**

di *Loredana Cena, Alice Trainini***

15.1. La funzione del contatto e la pelle psichica

Nel nostro sistema nervoso le sinapsi cambiano, quasi in continuazione ad ogni “esperienza” che il cervello organizza dalle afferenze che gli giungono: ne deriva un sistema complesso con funzioni interconnesse. Come sottolineato nei precedenti capitoli, il contatto corporeo precoce madre-bimbo, con le sollecitazioni multisensoriali trasmesse nell’intercorporeità della relazione diadica primaria, è indispensabile per lo sviluppo neuromentale, dei primi mille giorni di vita e di conseguenza anche successivo.

Alla nascita la madre, in contatto corporeo ed emozionale con il bimbo, ne può condividere e regolare, inconsapevolmente, più o meno sintomaticamente lo stato emozionale attraverso una comunicazione non verbale, plurisensoriale, corporea, costituita da manipolazioni, odori del corpo, calore della pelle, movimenti, e poi da sguardi, espressioni del volto, tono e ritmo della voce. Nelle relazioni precoci il bimbo viene coinvolto nel mondo affettivo della madre con le sue emozioni, positive e negative, influenzandola ed essendone influenzato. L’esperienza soggettiva nel contatto corporeo con la pelle della madre nei primi mille giorni di vita consente la formazione del Sé: l’*holding* e l’*handling* (Winnicott, 1962, 1984) dell’accudimento materno, il contatto e l’espressione emozionale a questo connessa, attivano meccanismi neuronali che strutturano il Sé

* Questo capitolo è arricchito da un’analisi della letteratura internazionale evidence-based, che costituisce un approfondimento della ricerca qui presentata utilizzabile per sviluppare progetti di prevenzione e intervento precoce ECI, consultabile sul sito online.

** Si ringraziano l’assistente sanitaria Anna Spada per la partecipazione alla ricerca sul massaggio infantile nel territorio bresciano; le psicologhe Vera Pagani e Francesca Apiani per la collaborazione allo studio.

dell'in-fans (Imbasciati, Cena, 2017). Per la salute mentale neonatale, è determinata la funzione di contenimento esercitata dal caregiver (cfr. cap. 13), perché permette al neonato di sviluppare un senso del Sé corporeo: quando questa funzione risulta carente, diventa difficile per il bambino stabilire una relazione e concepire una realtà fisica indipendente dal Sé (Setterberg, 2017).

La funzione del contatto pelle-pelle con la madre consente la formazione di processi psichici tra cui quello che la Bick aveva descritto come "pelle psichica" nel 1968 e Anzieu come "ego primario", lo "skin ego" neonatale (Anzieu, 1985). La Bick ritiene che la pelle svolga un ruolo di collegamento e contenimento delle componenti intrapsichiche della personalità del bambino che, nella loro forma più primitiva, non sono ancora integrate e proprio attraverso la funzione materna primaria di contenimento possono essere interiorizzate.

Anzieu considera essenziali le prime sensazioni cutanee che consentono al bambino di esperire un universo sociale e relazionale sempre più complesso. Ciò avviene fin dalle prime cure di cui il piccolo è oggetto, quando cioè viene tenuto in braccio, lavato, accudito, accarezzato dalla madre. A seguito di queste prime appaganti e rassicuranti esperienze di contatto, viene acquisita dal bimbo la percezione soggettiva della propria pelle, necessaria affinché possa essere garantita l'integrità dell'involucro psicocorporeo contro le angosce di frammentazione e di svuotamento. In questo senso, Anzieu ha introdotto il concetto di Io-Pelle, che può essere enucleato come una rappresentazione dell'Io che l'individuo utilizza sin dalle prime fasi dello sviluppo: il neonato potrà esperire così il proprio Io come contenitore di pensieri e di emozioni, a partire dalla consapevolezza di una superficie corporea che garantisce la possibilità di differenziare lo spazio interno da quello esterno.

Nella prospettiva evoluzionistica la maggior parte dei mammiferi protegge l'equilibrio termico dell'organismo avvolgendolo nel pelo. Da ciò deriva un beneficio secondario: i piccoli, che hanno conquistato l'autonomia di movimento, si aggrappano ai peli della madre per essere, nello stesso tempo, portati e rassicurati. Nel corso dell'evoluzione, la perdita della maggior parte dei peli, che si riducono alla protezione ed alla valorizzazione della testa e del sesso, ha consentito alla specie umana di sviluppare una sensibilità tattile tale che la sua intelligenza ed i suoi schemi comportamentali si sono evoluti secondo nuove modalità. La pelle "denudata" pone così a stretto contatto con gli altri e con il mondo e, al contempo, stimola lo sviluppo delle funzioni psichiche. La pelle dunque ha un ruolo fondamentale nella costituzione dell'Io psichico (Anzieu, 1985), ricopre tutto il corpo e fornisce all'apparato psichico le rappresentazioni che costituiscono l'Io e le sue funzioni. L'esperienza che il bambino acquisisce del proprio

corpo avviene a seguito dei momenti di contatto con il corpo della madre-caregiver (Montagu, 1986) che lo tiene in braccio, all'interno di una relazione rassicurante di attaccamento (cfr. cap. 13), con esperienze positive di *holding* (che favoriscono l'integrazione dell'Io nel tempo e nello spazio), di *handling* (che favoriscono la personalizzazione), e di *object presenting* (Winnicott, 1962) che consentono, secondo Anzieu, l'iscrizione delle tracce sensoriali.

Le modalità di stimolazione intercorporea genitore-neonato avrebbero dunque per il bimbo anche queste funzioni esperienziali emozionali: una loro promozione negli interventi ECI (*Early Childhood Intervention*) è volta a promuovere lo sviluppo neuropsichico neonatale e il benessere emozionale genitoriale. Oltre alle modalità KMC/SSC descritte nel precedente capitolo, possono essere attivati interventi precoci e preventivi di massaggio infantile (Infant Massage, IM).

15.2. Pregnancy massage: benessere fetale, prevenzione ansia e depressione materna

Interventi di *pregnancy massage* possono essere applicati già durante la gravidanza, nel periodo fetale (cfr. appendice on line par. 15.1A *Massaggio del feto in gravidanza per una prevenzione*) attraverso tecniche di massaggio/contatto sul corpo della gravida. La terapia del massaggio può essere effettuata con donne gravide affette da sintomatologie come nausea e vomito: questi disturbi che si possono manifestare nelle gravide comportano perdita di peso, disidratazione e alterazioni elettrolitiche; l'eziologia fisiopatologica non è chiara, ma probabilmente è di origine multifattoriale e implica motivazioni evolutive, biologiche e psicologiche. Nausea e vomito durante la gravidanza sono una condizione a eziologia psicosomatica (Imbasciati, Cena, 2015): per questi disturbi si cerca di ridurre la sofferenza delle donne sviluppando una relazione di cura in cui si sentano accolte.

La terapia del massaggio è promossa per i benefici e i costi ridotti che può apportare nei trattamenti per la depressione e ansia prenatale. Interventi di *massage therapy* possono essere attivati con le donne in gravidanza per prevenire e alleviare stati di ansia e di sofferenza emozionale come le sindromi depressive materne, con una riduzione delle nascite pretermine, un abbassamento del livello di cortisolo, e un aumento dei livelli di serotonina e dopamina (Field, 2014); i neonati beneficiano di un aumento del peso e mostrano migliori performance per quanto riguarda lo sviluppo psicomotorio. Il massaggio in gravidanza come “gentle tactile stimulation” avrebbe effetti anche sul temperamento del bimbo (Wang *et al.*, 2015). Un

contatto tattile regolare sarebbe in grado di ridurre il livello di emozioni negative nella madre, di calmare direttamente il feto che vive all'interno del fluido amniotico e le sollecitazioni tattili attraverso l'addome potrebbero migliorare il flusso del liquido e produrre stimolazioni piacevoli sulla pelle del feto, con effetti benefici sul suo temperamento. D'altra parte, la madre potrebbe ricevere una risposta (calcetto, movimenti fetali più attivi) e questo segnale può alleviare l'ansia e la depressione nella madre riducendo il livello di cortisolo nel sangue materno e nel liquido amniotico, con effetti positivi sullo sviluppo neuropsichico del feto (Baibazarova *et al.*, 2013).

Una riflessione è relativa agli aspetti connessi non tanto alle modalità di massaggio in sé, ma individuabili nel favorire nella gestante una maggiore attenzione al proprio corpo e all'esplorazione interiore dei propri stati fisiologici, delle proprie sensazioni enterocettive, in un contatto più intimo con il proprio ventre e dunque con il feto. Gli interventi di *massage therapy* possono essere effettuati dai partner e in questi casi i benefici si estendono alla relazione stessa della coppia: l'attenzione del partner alle modalità percettive corporee della donna, che possono avere efficacia sugli stati di sofferenza emozionale della gravida come quelli relativi alla sintomatologia depressiva, confermano che una maggiore considerazione dei vissuti corporei in gravidanza può costituire un valido processo di prevenzione di quelle psicopatologie che possono coinvolgere anche il feto. Nell'appendice online sono riportati i dati della ricerca bibliografica internazionale che documentano i benefici per la salute e il benessere in gravidanza.

I diversi termini con cui in letteratura si connota la pratica del massaggio infantile, come *infant massage (IM)*, *baby massage*, *massage therapy* ecc.¹ indicano diverse modalità di tocco tattile: una comparazione delle tecniche con cui viene applicata questa modalità di contatto attivo intercorporeo, nelle diverse culture, esula dai nostri specifici intenti: ciò che in questo contesto vorremmo evidenziare sono i benefici emozionali-affettivi e di conseguenza quelli neurobiologici, che dal contatto intercorporeo possono derivare, sollecitati in modo inconsapevole dal genitore: non è la sola tecnica in sé, che sarebbe funzionale al benessere riscontrato, ma è la qualità della trasmissione emozionale-affettiva che accompagna il massaggio del genitore che potrà consentire una maggiore efficacia all'intervento ECI, anche se nella maggior parte degli studi medico-infermieristici presenti in letteratura questa variabile è ancora poco indagata.

1. Il diverso uso della terminologia *infant massage*, *baby massage*, *massaggio infantile* nel presente capitolo è riferito alla terminologia utilizzata volta a volta dai diversi autori delle ricerche e degli articoli presenti in bibliografia.

15.2. Fattori protettivi dell'IM nella nascita a termine

Interventi di massaggio neonatale possono essere applicati dai genitori ai neonati a termine, in piccolo gruppo (cfr. negli approfondimenti on line par. 15.2A *Massaggio infantile nella nascita a termine: benefici neurobiologici per lo sviluppo del bimbo e della relazione*): il *baby massage* eseguito regolarmente, con un contatto intimo e prolungato madre-neonato, avrebbe effetti sullo sviluppo neuromotorio e cognitivo dei bambini (Inal, Yildiz, 2005), con miglioramenti nella crescita (Yilmaz, Conk, 2009) e aumento del peso corporeo (Field *et al.*, 2008); si evidenzia una riduzione degli indici dell'iperbilirubinemia: un abbassamento dei livelli di bilirubina nel sangue si ottiene in genere dopo il terzo/quarto giorno di massaggio (Eghbalian *et al.*, 2017), dunque a seguito di un contatto continuativo e prolungato. Interventi di IM alleviano i disturbi provocati dalle coliche e i disturbi funzionali del sonno: il riposo dei bambini diventa più tranquillo e prolungato (Lee, 2003). Nel bimbo nato a termine, la ricerca in letteratura si è focalizzata soprattutto sul sostegno alla relazione con la madre (Choi, Kim, 2002): il massaggio favorisce un maggiore coinvolgimento nelle risposte interattive diadiche, con una più intensa partecipazione emozionale madre-bimbo e facilita lo sviluppo del legame di attaccamento (Lee, 2006). Nell'interazione diadica, con il *baby massage*, il genitore può trascorrere un tempo di maggiore intimità col suo bimbo, con la possibilità di sperimentare la sua capacità di sintonizzazione nella relazione (Lorenz *et al.*, 2005). Attraverso questi interventi anche il genitore che abbia qualche difficoltà a maneggiare il suo bambino, vedendolo piccolo e fragile e temendo di fargli del male, può essere aiutato dagli operatori ad acquisire una maggiore sicurezza nella *care* genitoriale (Gürol, Polat, 2012).

L'IM viene praticato da entrambi i genitori su tutto il corpo del bimbo, utilizzando anche un olio vegetale, inodore che generalmente non ha particolari controindicazioni se utilizzato sulla pelle dei neonati (Li *et al.*, 2016). Gli interventi di *massage therapy* e di *baby massage*, sono stati valutati positivamente anche dai padri a sostegno delle loro funzioni di *care-giving*; il contatto con il bimbo riduce lo stress e consente di prestare una maggiore attenzione nei confronti del comportamento del proprio neonato, rinforzando così il legame padre-figlio (Cheng *et al.*, 2011).

15.3. Infant massage e fattori protettivi nella nascita pretermine

Nella nascita pretermine, un'esposizione ad un ambiente stressante come le NICU e la mancanza di stimolazione tattile, di cui il feto invece

beneficia in utero, possono causare deficit motori, ridotte performance cognitive e problemi comportamentali (Imbasciati, Cena, 2015): programmi di *infant massage* sono stati introdotti nelle *care* delle NICU attraverso interventi di contatto tattile e stimolazione multimodale (Vaivre-Douret *et al.*, 2009) (cfr. on line par. 15.3A *Infant massage nella nascita pretermine: “parental embodied mentalizing”, attivazione meccanismi di plasticità neurale e auto-riparazione cerebrale neonatale*). Si è evidenziata una riduzione dei tassi di infezione nosocomiale e mortalità nei neonati ospedalizzati (Field, 2003), un significativo aumento della temperatura (Diego *et al.*, 2008), una riduzione dei disturbi dei cicli sonno-veglia (Alvarez *et al.*, 2017), con miglioramenti nella crescita e minori complicanze neonatali. A seguito di IM si rileva un incremento del metabolismo basale e dell’assorbimento di sostanze nutrienti, attraverso effetti endocrini, con un miglioramento dello sviluppo nei pretermine a basso peso e un incremento del peso ponderale (Diego *et al.*, 2014). L’aumento di peso a seguito di interventi di *infant massage therapy* sarebbe associato a periodi di ricovero ospedaliero più brevi nelle NICU (a un minor numero di complicanze post-natali e a un significativo risparmio di costi per l’ospedale (Mendes, Procianoy, 2008).

L’IM nella nascita pretermine stimola il sistema circolatorio, respiratorio, muscolare, e gastro-intestinale, con ricadute positive sul sistema immunitario (Ang *et al.*, 2012) ed ha un’influenza positiva anche sulla variabilità della frequenza cardiaca (Smith *et al.*, 2013). Gli studi internazionali sono concordi su una migliore capacità di risposta alla stimolazione sociale, un comportamento motorio più organizzato e una minore vulnerabilità a stimoli poco rilevanti a seguito di interventi con *massage therapy* (Field, 2014); lo sviluppo neuropsichico nel prematuro viene sollecitato dalla stimolazione tattile che consente anche alla madre una maggiore conoscenza delle varie parti del corpo del suo bambino; le ricerche di Procianoy hanno monitorato i miglioramenti nello *sviluppo neurocomportamentale* dei primi due anni di vita del bimbo (Procianoy *et al.*, 2010), sono stati evidenziati anche esiti positivi sullo sviluppo psicomotorio e cognitivo (Underdown *et al.*, 2013).

Studi italiani hanno evidenziato come il massaggio dei prematuri, effettuato dai genitori e da personale specializzato, produrrebbe miglioramenti cerebrali sensibili, rilevati mediante EEG, con esiti sull’attività elettrica del cervello, favorendo un processo di sviluppo cerebrale simile a quello osservato nei bambini nati a termine: un aumento nei pretermine del potere spettrale, in uno stadio avanzato di sviluppo dei circuiti corticotalamici e intracorticali in termini di aumento di densità, connettività e funzione sinaptiche, è stato evidenziato dalle ricerche di Guzzetta (Guzzetta *et al.*, 2011). Benefici della stimolazione plurisensoriale provengono dal calore

delle mani dei genitori, dall'ascolto della loro voce, dal loro odore e dal contatto visivo (ndr. anche dalla emozionalità che la sensorialità intercorporea può sollecitare) che possono modulare il livello di fattori endogeni coinvolti nella regolazione della crescita del cervello.

Come per il KMC (*kangaroo mother care*) e SSC (*skin to skin contact*), anche l'*hand-massage*, se supportato dalla voce materna (Seltzer *et al.*, 2010), favorisce la suzione neonatale: interventi multisensoriali (massaggio, canto della madre) portano a miglioramenti nei tassi di crescita, di peso, e a una minore vulnerabilità del sistema immunitario.

Le risposte al dolore, per gli interventi medico-infermieristici indispensabili nella erogazione delle cure nelle NICU (Field, 2017), verrebbero attenuate dagli interventi di massaggio (Chik *et al.*, 2016); lo stress nel bimbo e nel genitore può venire ridotto attraverso modalità di *infant massage* e una più intima interazione di contatto madre-bambino (Holditch, Davis, 2014). Durante l'esperienza di IM neonato e genitore possono trasmettersi stati di benessere psicofisico reciproco in quanto le stimolazioni cutanee e plurisensoriali della vicinanza corporea attivano reazioni ormonali e di neurotrasmettitori deputati al piacere con una azione congiunta di ormoni e neuromediatrici (prolattina, oppioidi, dopamina, gaba, serotonina). Dalla ricerca empirica neurobiologica internazionale viene segnalato come il contatto emozionale intercorporeo favorisca la produzione di ossitocina (Pratt *et al.*, 2015), ormone che si attiva nelle relazioni di contatto affettivo intenso, e al contempo siano segnalate come situazioni più a rischio quelle connesse ad una disregolazione emozionale e a una incapacità genitoriale di reattività allo stress. La produzione di ossitocina favorisce l'attaccamento: il massaggio infantile è un mediatore nel legame precoce tra genitore e neonato, consente di supportare le complesse interazioni madre-bambino nella nascita pretermine. I bambini che hanno potuto sperimentare una relazione di contatto prolungato con una figura di accudimento accogliente, supportiva, pronta e capace di riconoscere i segnali di sconforto, di disagio e di rispondervi in modo sollecito, possono anche sperimentare la capacità di esprimere e modulare una regolazione emozionale-affettiva (Lee, 2006).

Queste importanti indicazioni, in termini neuro scientifici, trovano corrispondenza con ciò che la psicologia clinica perinatale ha delineato in un ambito relazionale come sostegno ad uno stile emozionale-affettivo di tipo sensibile-responsivo (Ainsworth, 1979; Crittenden, Bonvilian, 1984; Crittenden, 2008) e riflessivo genitoriale (Slade, 2010), dunque *attachment oriented*, da promuovere negli interventi ECI per la formazione di un legame di attaccamento sicuro (Gürol, Polat, 2012): il *baby massage* media la regolazione e l'adattamento del neonato alla vita extrauterina e ne influenza positivamente l'adattamento neurocomportamentale. Massaggi praticati

giornalmente dalle mamme ai loro neonati prematuri promuovono il legame di attaccamento (Shoghi *et al.*, 2017).

15.4. IM e fattori protettivi per la coppia

Interventi di IM comporterebbero effetti benefici sulla salute mentale della coppia (cfr. appendice on line par. 15.4A *Infant massage e protezione della salute mentale della coppia*). Nei casi di sindromi depressive e ansiose nella madre nel post-partum, il contatto tattile attraverso la KMC ha effetti positivi sulla depressione materna: consente un miglioramento dell'umore delle madri che vengono stimolate a toccare il loro bambino attraverso il massaggio e vedendone le reazioni positive si sentono più coinvolte nella relazione con una efficace riduzione clinica della sintomatologia depressiva (O'Higgins *et al.*, 2008). Non solo nei casi di depressione ma anche di ansia (Afand *et al.*, 2017) a seguito di nascita pretermine, il massaggio infantile può avere effetti benefici se le madri vengono coinvolte direttamente e con un ruolo attivo nella interazione tattile di contatto corporeo con il loro neonato.

Nei casi di sintomatologia depressiva genitoriale sono state effettuate valutazioni dello stato di malessere del bambino, attraverso registrazioni del sonno, del livello di cortisolo salivare, peso e analisi delle urine, per monitorare gli ormoni associati allo stress: nei bambini nel gruppo di *massage therapy* sono stati osservati minori episodi di pianto prolungato, con bassi livelli di cortisolo e migliori performance neuro comportamentali; i bimbi sono significativamente più socievoli, più facilmente placabili e meno reattivi. La *massage therapy* si è rivelata un importante mediatore per la relazione madre-bambino. Come già evidenziato per gli interventi con KMC/SSC, la ricerca empirica segnala che curare la depressione materna orientando le terapie solo sulla madre (Forman *et al.*, 2007), ha scarso impatto sull'interazione madre-bambino: lo stato emozionale di stress e ansia materna perinatale può avere comunque effetti negativi duraturi per lo sviluppo psicologico del bambino. Si deve pertanto curare la diade, la relazione, la famiglia.

Secondo questi principi gli interventi con IM sembrano funzionare come preventivi del disagio emozionale genitoriale, protettivi soprattutto per la regolazione emozionale della coppia dopo il parto e anche per un miglioramento della loro percezione di stress (Gnazzo *et al.*, 2015). Il massaggio ha effetti benefici anche per il padre, simili a quelli dell'allattamento per la madre: lo farebbe sentire partecipe alla vita del figlio piccolo, aiutandolo a non considerarsi un estraneo rispetto alla diade madre-bambino. Nel caso in cui la madre non sia in grado di provvedere alla stimolazione

tattile immediatamente dopo la nascita, il padre può essere una valida alternativa: attraverso uno stile affettivo *parental sensitivity* il genitore potrà apprendere a modulare i suoi gesti nel contatto e nella relazione intercorpora, sostenendo così la crescita neurocomportamentale del bambino.

Alcuni studi hanno osservato l'efficacia della IM sullo stress correlato al ruolo parentale e al supporto sociale percepito, variabili spesso associate con la depressione (Verreault *et al.*, 2014).

Partecipare ad un corso di massaggio può aiutare anche i padri ad accettare il proprio ruolo aumentandone l'autostima, rafforza l'attaccamento e diminuisce gli eventuali sentimenti di depressione e isolamento (Cheng *et al.*, 2011).

Le modalità di intervento IM per il benessere perinatale, preventive di psicopatologie e a considerevoli costi ridotti per la sanità pubblica si rivelano dunque efficaci per proteggere non solo il bimbo, ma anche la madre, il padre e la coppia nelle difficoltà dopo il parto e per migliorare le competenze genitoriali.

In una ricerca di Vicente, Verissimo e Diniz (Vicente *et al.*, 2017), sono stati messi a confronto due gruppi di diadi madre-bambino: un gruppo sperimentale ha applicato il massaggio neonatale nell'ambito di un programma post-natale, una volta a settimana, con un fisioterapista, mentre il gruppo di controllo non ha sperimentato l'IM. I risultati della ricerca hanno confermato che le madri del primo gruppo erano meglio adattate al proprio ruolo materno, ricevevano più supporto da parte di mariti e nonni ed avevano più fiducia nelle loro capacità; inoltre, sembravano vivere una relazione più intensa con i loro bambini e la descrivevano anche in modo più positivo rispetto alle madri appartenenti al gruppo di controllo. Lo studio ha confermato che le madri che hanno imparato a praticare il massaggio avevano acquisito attitudini più positive verso l'esperienza della maternità in generale e ciò ha implicato un aumento dei livelli di conoscenza, regolazione affettiva e vicinanza all'interno della diade madre-bambino.

Si segnala che uno studio italiano (Porreca *et al.*, 2017) ha valutato longitudinalmente la qualità delle interazioni e in particolar modo l'"emotional availability" (EA), ovvero la "disponibilità emotiva", in un gruppo di coppie madre-bambino (da 2 a 7 mesi di età) che hanno partecipato ad applicazioni di massaggio infantile. La valutazione è stata effettuata in tre momenti: all'inizio del corso di massaggio, alla sua conclusione e dopo un mese (follow up). La regolazione emozionale è stata valutata ad ogni step con la Emotional Availability Scale (Biringen *et al.*, 1998; Biringen, 2008): i risultati hanno evidenziato un miglioramento significativo nella qualità delle interazioni madre-bambino tra la prima e l'ultima valutazione, parallelamente allo svolgimento del corso di massaggio, confermando un miglioramento generale nella disponibilità emotiva all'interno della diade.

15.5. Progetti ECI con il massaggio infantile

I dati delle ricerche internazionali evidence based (on line) riportano i benefici neurobiologici nel bambino e nei genitori, che possono essere considerate a supporto di progetti applicativi ECI di massaggio infantile da sviluppare nei servizi socio-sanitari territoriali.

Tra le esperienze internazionali da diversi anni sono attivi, nei servizi post-natali di ospedali britannici, interventi di IM in corsi di “Parent Education”. Questi progetti di intervento precoce con madri vulnerabili (Van den Boom, 1994) confermano che aiutare i genitori a rispondere in modo adeguato ai loro bambini è di importanza primaria per favorire la formazione di legami di attaccamento; le capacità genitoriali di regolazione affettiva durante i periodi di distress del bimbo diventano dunque un fattore protettivo per lo sviluppo del il bimbo.

L'accessibilità dei genitori ai gruppi di *infant massage* (indicate in letteratura come Classi di Massaggio Infantile) vengono promosse attraverso adeguate informazioni circa tale intervento, divulgate anche attraverso i social network. Le Classi di Massaggio Infantile (Simpson, 2001) proposte a livello internazionale consistono in genere in una serie di lezioni/sessioni di gruppo rivolte ai genitori, che si svolgono di solito una volta a settimana: per cinque settimane un gruppo di cinque/trentuno genitori con i loro bambini, apprendono a fare interventi di IM con l'aiuto di un conduttore esperto e qualificato (Clarke *et al.*, 2003).

I gruppi di IM vengono promossi con una doppia valenza: educativa e di sviluppo della sensibilità genitoriale (Stein *et al.*, 1997; Hart *et al.*, 2003; Lorenz *et al.*, 2005). Si è rilevato un alto livello di apprezzamento dei genitori nei confronti dei gruppi, derivante dall'utilità riscontrata nei confronti del processo di apprendimento e condivisione con altri genitori ed operatori esperti di informazioni sui diversi modi di approcciarsi al piccolo: i gruppi consentono sia di sviluppare conoscenze e capacità genitoriali grazie agli esperti, sia di scambiare riflessioni sui contenuti esperienziali con altri genitori, imparando (*peer to peer education*) gli uni dagli altri (Hart *et al.*, 2003).

L'International Association of Infant Massage (IAIM) nel Regno Unito fornisce linee guida in questo senso, insegnando e incoraggiando l'utilizzo di modalità efficaci di relazione: è attiva la diffusione di informazioni e formazione in numerosi paesi tra cui Stati Uniti, Canada, Spagna, Danimarca, Italia, Norvegia, Australia, Svezia, Nuova Zelanda, Germania. L'International Association of Infant Massage, coinvolge entrambi i genitori nelle sessioni di gruppo, con interventi volti a favorire la relazione affettiva genitore-bambino a medio/lungo termine (Simpson, 2001).

Tra gli studi individuati in letteratura, ci è sembrato particolarmente innovativo e interessante da segnalare, il modello proposto da Belsky e collaboratori, per le interessanti traiettorie future degli *early interventions* attraverso l'IM: nei casi di maggiore vulnerabilità, come la nascita pre-termine, viene promossa l'attivazione di interventi abilitativi e riabilitativi che si collocano, in relazione a fattori epigenetici, nelle prospettive più promettenti delle neuroscienze, per lo sviluppo mentale neonatale. Belsky sostiene che l'intervento di IM aiuta la madre a sostenere la relazione con il bambino, offrendole l'opportunità di imparare a regolare i rispettivi stati emotivi nel maggiore contatto fisico ed emozionale (Shai, Belsky, 2011): anche se non vi sono evidenze definitive circa gli effetti a lungo termine degli interventi di IM sullo sviluppo neuropsichico, ciò non di meno essi appaiono estremamente promettenti da un punto di vista clinico e teorico, proiettando un nuovo scenario di intervento terapeutico/riabilitativo, basato non più soltanto sulle procedure mediche «tradizionali» di tipo farmacologico, chirurgico ecc., ma anche sull'utilizzo di pratiche basate sul contatto corporeo nell'interazione madre-bambino, attraverso processi di comunicazione e regolazione emozionale.

Questo modello fornisce un punto di vista di sintesi sui processi di interazione tra fattori genetici/ambientali nello sviluppo neuro-cognitivo del prematuro, assegnando un ruolo specifico, diverso da quanto si intende nel senso comune, cioè di esperienza esterna legata al concetto di esperienza sistema sensoriale a cui il bambino è passivamente esposto, bensì come interazione affettiva madre-bambino di cui esso è parte fondamentale intersoggettiva; come del resto confermano le neuroscienze (cfr. cap. 2).

In questa linea di ricerca (Shai, Belsky, 2011) Belsky fa riferimento alla prospettiva di aiutare i genitori attraverso processi di *mentalizzazione incarnata*. Nell'articolo "When words just won't do: introducing parental embodied mentalizing" propone interessanti ipotesi sugli aspetti della corporeità nell'interazione genitore-bambino, al di là delle parole: se stimolato in maniera appropriata (es. interazione affettiva-tattile materna) e/o attraverso pratiche manipolatorie mirate (es. massaggio), il cervello del prematuro sarebbe in grado di innescare meccanismi di plasticità neurale di auto-riparazione che possono condurre ad esiti clinicamente positivi, anche se gli effetti a lungo termine di tali pratiche non sono ancora per ora del tutto noti.

Le ricerche evidence based della letteratura internazionale esaminate confermano come il IM inserito in progetti di promozione della salute mentale infantile e genitoriale possa favorire una regolazione neurocomportamentale e affettiva del bimbo: la provata efficacia è relativa non solo per la regolazione affettiva e gli esiti sullo sviluppo neuropsichico del bimbo, ma anche per il benessere emozionale degli stessi genitori. Tali in-

terventi precoci (Underdown, Barlow, 2011) possono essere attivati in programmi di sostegno alla genitorialità e alla relazione genitore-bambino, *attachment-based*. In ambito di Psicologia Clinica Perinatale, intendiamo promuovere queste modalità di intervento ECI che si sono rivelate funzionali (Underdown *et al.*, 2013) nei primi mille giorni di vita: il IM si costituisce come uno *strumento di mediazione nella relazione genitore-bambino* che ha particolari connotazioni di attivazione intercorporea per la posizione del bambino e la vicinanza del genitore, favorisce il contatto visivo ravvicinato della diade, attraverso multisensorialità (Underdown *et al.*, 2010) tattili, uditive (voce del genitore), olfattive, termiche (vicinanza corporea), ma soprattutto può venire sollecitato un coinvolgimento della *parental sensitivity*, del genitore nell'interazione: questi potrà sperimentare le proprie competenze genitoriali di osservazione del bambino e di regolazione reciproca degli stati affettivi (Schore, 2003; Tronick, 2007). Il genitore potrà rispecchiare e apprendere a regolare le emozioni nell'interazione diadica insegnando al suo bimbo a modulare i propri stati interni (Fonagy *et al.*, 2004): attraverso questa comunicazione non verbale intercorporea si potranno considerare e sviluppare le capacità riflessive genitoriali di partecipazione allo stato emozionale del bimbo, secondo il modello "Minding the baby" della Slade (Slade, 2005), con programmi psicoeducativi attivati nelle modalità descritte dalla Psicologia Clinica Perinatale (cfr. capp. 6 e 13).

Si possono sostenere interventi psicoeducativi ECI di prevenzione, con l'utilizzo del massaggio infantile, attivati a livello consultoriale territoriale con finalità di prevenzione del disagio emozionale e dei disturbi funzionali dello sviluppo (sonno, coliche ecc.), o di psicopatologie perinatali, come depressione e ansia della coppia. Le modalità di organizzazione delle proposte, in genere con cadenza settimanale, possono essere pianificate a seconda delle realtà assistenziali territoriali: importante che gli incontri di IM siano condotti da figure di operatori multiprofessionali competenti della perinatalità (ostetriche, assistenti sanitarie) e da psicologi clinici perinatali a sostegno della relazione genitore-bambino, orientati a favorire la regolazione affettiva dell'"unità diadica". Viene proposta una modalità di organizzazione in piccolo gruppo per sollecitare i genitori alla partecipazione ad attività sociali anche con il supporto nel gruppo degli altri genitori: l'intervento dello psicologo clinico perinatale negli interventi di IM sarà orientato a facilitare uno stile *parental-sensitivity* di contatto responsivo-sensibile, focalizzato ad una osservazione attenta dei segnali inviati dal bambino per aiutare i genitori a diventare più consapevoli dei bisogni del bimbo e a rispondervi in modo efficace: madre e padre possono interagire attivamente con il loro bimbo imparando ad utilizzare i canali multisensoriali in particolare il contatto visivo, il linguaggio non verbale e, più in

generale, la comunicazione emozionale e la capacità riflessiva genitoriale (Slade, 2010).

Durante questi interventi psicoeducativi di IM i genitori possono apprendere a restare nel campo visivo del neonato e a cercare di stabilire con lui un contatto oculare diretto: il contatto incoraggia a mantenere l'interazione mediata dalle espressioni facciali di piacere condiviso, di rispecchiamento e contenimento dello stato emozionale del bimbo, in un interscambio reciproco tra risposte affettive e comportamentali nel rispetto dei tempi e dei ritmi del neonato.

In particolare l'uso di videofeedback con il CARE-Index (cfr. Bertaccini, Nuccini, cap. 12; Bertaccini, Landini, 2015) potrà supportare i genitori a comprendere i “momenti affettivamente intensi e/o disregolati”, sia nel proprio Sé genitoriale, sia nel bimbo, nonché nella reciproca relazione; momenti che potrebbero creare disagio, o incomunicabilità, e a riflettere sulla possibilità di dare un significato a questi momenti, verso una più adeguata regolazione. I genitori potranno essere aiutati a riflettere su quanto la loro espressione emozionale possa influenzare lo stato affettivo del bambino, “mettendosi dalla parte del bambino” per imparare ad esercitare una funzione riflessiva. In particolare verrà stimolata la capacità genitoriale di capire come i propri pensieri e i propri sentimenti possano influenzare il bimbo.

Secondo le indicazioni del modello della Slade (Slade, 2010), si cercherà di rendere il bambino “percepibile” dal genitore, con l'evidenza sulle connessioni tra comportamenti e stati mentali reciproci, aiutandolo ad essere curioso circa l'esperienza che sta provando insieme al suo bambino, dando voce all'esperienza interna del bimbo: il percorso psicoeducativo si strutturerà a partire dal “momento presente” dell'interazione, cercando di stimolare il genitore ad esprimere quale affetto “sta provando lui e il suo bambino”: questi primitivi approcci ad un funzionamento mentale riflessivo, secondo la Slade sono funzionali all'attaccamento. La funzione riflessiva potrà essere attivata quando il genitore, nei momenti emozionalmente intensi durante l'interazione, potrà immaginarsi gli stati mentali suoi, quelli del suo bambino, e la loro relazione, con modalità differenti da come abitualmente li ha vissuti o li può vivere.

Ciò che accade tra il genitore e il bimbo, soprattutto nei momenti “affettivamente intensi” sperimentabili nel loro contatto sensitivo-sensoriale-intercorporeo, attraverso l'attivazione della funzione riflessiva genitoriale, potrà costituire un processo di crescita nella funzione di *parenting*: queste modalità di intervento ECI *attachment oriented*, promuovono la formazione di legami di attaccamento sicuro (Beebe, Lachmann, 2015).

Il supporto clinico perinatale potrà proseguire in ulteriori percorsi, a seconda delle esigenze di ogni “unità diadica” anche attraverso modalità

di intervento psicoterapeutico, secondo il modello della CP, “Consultazione partecipata” (Vallino, 2004); potranno essere individuati differenti spazi e tempi per psicoterapie brevi centrate sulla genitorialità e/o relative alla cura di psicopatologie genitoriali.

Bibliografia²

- Afand N., Keshavarz M., Fatemi N.S., Montazeri A. (2017), “Effects of infant massage on state anxiety in mothers of preterm infants prior to hospital discharge”, *Journal of Clinical Nursing*, 26, 13-14.
- Ainsworth M.S. (1979), “Infant-mother attachment”, *American Psychologist*, 34 (10), 834-841.
- Álvarez M.J., Fernandez D., Gómez-Salgado J., Rodríguez-González D., Rosón M., Lapeñad S. (2017), “The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review”, *International Journal of Nursing Studies*, 69, 119-136.
- Ang J.Y., Lua J.L., Mathur A., Thomas R., Asmar B.I., Savasan S., Buck S., Long M., Shankaran S. (2012), “Randomized placebo-controlled trial of massage therapy on the immune system of pre term infants”, *Pediatrics*, 130, 1549-1558.
- Anzieu D. (1985), *L'Io-Pelle*, Borla, Roma, 2005.
- Baibazarova E., van de Beek C., Cohen-Kettenis P.T., Buitelaar J., Shelton K.H., van Goozen S.M.H. (2013), “Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months”, *Psychoneuroendocrinology*, 38 (6), 907-915.
- Beebe B., Lachmann F. (2015), *Le origini dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bertaccini R., Landini A. (2015), “L'utilizzo del Care Index per l'assessment e il video-feed-back”, in Lambruschi F., Lionetti F., *La genitorialità*, Carocci, Roma.
- Bick E. (1968), “The Experience of the Skin in Early Object-Relations”, *The International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484-486.
- Biringen Z. (2008), The EA Professionals and Parent Curricula. Available at www.emotionalavailability.com. And The Emotional Availability Scales, 4th ed.
- Biringen Z., Robinson J., Emde R.N. (1998), *The emotional availability scales* (3rd ed.), unpublished manuscript, Department of Human Development & Family Studies, Colorado State University, Fort Collins, CO.
- Cheng C.D., Volk A.A., Marini Z.A. (2011), “Supporting Fathering Through Infant Massage”, *Journal of Perinatal Education*, 20 (4), 200-209.
- Chik Y., Ip W., Choi K. (2016), “The effect of upper limb massage on infants' venipuncture pain”, *Pain Management Nursing*, 18 (1), 50-57.

2. Più ampi e descrittivi riferimenti bibliografici sono riportati negli approfondimenti sul sito FrancoAngeli.

- Choi S.Y., Kim Y.H. (2002), "The effect of infant massage on mother-infant play interaction", *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32, 823-831.
- Clarke C.L., Gibb C., Hart J., Davidson A. (2003), "Infant massage: developing an evidence base for health visiting practice", *Clinical Effectiveness in Nursing*, 6 (3-4), 121-128.
- Crittenden P.M. (2008), *Raising parents: Attachment, parenting, and child safety*, Routledge/Willan Publishing, Collumpton, UK.
- Crittenden P.M., Bonvillian, J.D. (1984), "The effect of maternal risk status on maternal sensitivity to infant cues", *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 250-262.
- Diego M., Field T., Hernandez-Reif M. (2008), "Temperature increases during preterm infant massage therapy", *Infant Behavior and Development*, 31, 149-152.
- Diego M.A., Field T., Hernandez-Reif M. (2014), "Preterm infant weight gain is increased by massage therapy and exercise via different underlying mechanisms", *Early Human Development*, 90, 137-140.
- Eghbalian F., Rafienezhad H., Farmal J. (2017), "The lowering of bilirubin levels in patients with neonatal jaundice using massage therapy: A randomized, double-blind clinical trial", *Infant Behavior and Development*, 49, 31-36.
- Field T. (2003), "Health visitor run baby massage classes: investigating the effects", *Health Visitor*, 76 (4), 138-142.
- Field T. (2014), "Massage therapy research review", *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20, 224-229.
- Field T. (2017), "Preterm newborn pain research review", *Infant Behavior and Development*, 49, 141-150.
- Field T., Hernandez-Reif M., Diego M., Feijo L., Vera Y., Gil K. (2008), "Massage therapy by parents improves early growth and development", *Infant Behavior and Development*, 31, 149-52.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2004), *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, Karnak Book, London.
- Forman D.R., O'Hara M.W., Stuart S., Gorman L.L., Larsen K.E., Coy K.C. (2007), "Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship", *Development Psychopathology Spring*, 19 (2), 582-602.
- Gnazzo A., Guerriero V., Di Folco S., Zavattini G.C., De Campora D. (2015), "Skin to skin interactions. Does the infant massage improve the couple functioning?", *Frontiers in Psychology*, 6 (1468).
- Gürol A., Polat S. (2012), "The Effects of Baby Massage on Attachment between Mother and their Infants March", *Asian Nursing research*, 6 (1), 35-41.
- Guzzetta A., D'acunto M.G., Carotenuto M., Berardi N., Bancale A., Biagioni E., Boldrini A., Ghirri A., Maffei L., Cioni G. (2011), "The effects of preterm infant massage on brain electrical activity", *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 46-51.
- Hart J., Davidson A., Clark C.L., Gibb C. (2003), "Health visitor run baby massage classes: investigating the effects", *Health Visitor*, 76 (4), 138-142.
- Holditch-Davis D., Rosemary C., White-Traut R.C., Levy J.A., O'Shea M., Geraldo V., David R.J. (2014), "Maternally administered interventions for

- preterm infants in the NICU: Effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship”, *Infant Behavior and Development*, 37 (4), 695-710.
- Imbasciati A., Cena L. (2015), *Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. I. Neonato e radici della salute mentale*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2017), *Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e Psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano.
- Inal S., Yildiz S. (2005), “Effect of regular baby massage on growing and mental and motor development of healthy term babies”, *Nursing Bulletin*, 13 (54), 35-52.
- Lee H.K. (2006), “The effects of infant massage on weight, height, and mother-infant interaction”, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36, 1331-1339.
- Lee K.A. (2003), “Impaired sleep”, in Carrieri-Kohlman V., Lindsey A.M., West C.M. (a cura di), *Pathophysiological phenomena in nursing*, Saunders, St Louis.
- Li X., Zhong Q., Tang L. (2016), “A Meta-Analysis of the Efficacy and Safety of Using Oil Massage to Promote Infant Growth”, *Journal of Pediatric Nursing*, 31, e313-e322.
- Lorenz L., Moyse K., Surguy H. (2005), “The benefits of baby massage”, *Pediatric Nursing*, 17 (2), 15-18.
- Mendes E.W., Procianoy R.S. (2008), “Massage therapy reduces hospital stay and occurrence of late-onset sepsis in very preterm neonates”, *Journal Perinatology*, 28, 815-820.
- Montagu A. (1986), *Touching the human significance of skin*, Harper and Row, New York.
- O’Higgins M., Roberts I.S.J., Glover V. (2008), “Postnatal depression and mother and infant outcomes after infant massage”, *Journal of Affective Disorders*, 109, 189-192.
- Porreca A., Parolin M., Bozza G., Freato S., Simonelli A. (2017), “Infant Massage and Quality of Early Mother-Infant Interactions: Are There Associations with Maternal Psychological Wellbeing, Marital Quality, and Social Support?”, *Frontiers in Psychology*, 7, 2049.
- Pratt M., Apter-Levi Y., Vakart A., Feldman M., Fishman R., Feldman T., Zagoory-Sharon O., Feldman R. (2015), “Maternal depression and child oxytocin response; Moderation by maternal oxytocin and relational behavior”, *Depression and Anxiety*, 81.
- Procianoy R.S., Mendes E.W., Silveira R.C. (2010), “Massage therapy improves neurodevelopment outcome at two years corrected age for very low birth weight infants”, *Early Human Development*, 86, 7-11.
- Schore A.N. (2003), *Affect dysregulation and disorders of the self*, Norton, New York.
- Seltzer L.J., Ziegler T.E., Pollak S.D. (2010), “Social vocalizations can release oxytocin in humans”, *Proceedings. Biological Sciences*, 277, 2661-2666.
- Setterberg S. (2017), “The Development of the Mind: A Three Month Old Infant”, *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29 (1), 51-54.

- Shai D., Belsky J. (2011), "When Words Just Won't Do: Introducing Parental Embodied Mentalizing", *Child Development Perspective*, 5 (3), 173-180.
- Shoghi M., Sohrabi S., Rasouli M. (2017), *The Effects of Massage by Mothers on Mother-Infant Attachment*, Alternative Therapies In Health And Medicine.
- Simpson R. (2001), "Baby massage classes and the work of the International Association of Infant Massage", *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 7, 25-33.
- Slade A. (2005), "Parental reflective functioning: an introduction", *Attachment & Human Development*, 7, 269-281.
- Slade A. (2010), *Relazione genitoriale e funzione riflessiva*, Astrolabio, Roma.
- Smith S.L., Lux R., Haley S., Slater H., Beechy J., Moyer-Mileur L.J. (2013), "The effect of massage on heart rate variability in preterm infants", *Journal of Perinatology*, 33, 59-64.
- Stein A., Wheatcroft R., Woolley H. (1997), "Facilitating parenting into the millennium", Conference Proceedings: Families come First, CPHVA National conference, 19 Sept., London.
- Tronick E. (2007), *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*, WW Norton & Company, New York.
- Underdown A., Barlow J. (2011), "Interventions to support early relationships: Mechanisms identified within infant massage programmes", *Community Practitioner*, 84 (4), 21-26.
- Underdown A., Barlow J., Stewart Brown S. (2010), "Tactile stimulation in physically healthy infants: Results of a systematic review", *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 11-29.
- Underdown A., Norwood R., Barlow J. (2013), "A realist evaluation of the processes and outcomes of infant massage programs", *Infant Mental Health Journal*, 34, 483-495.
- Vaivre-Douret L., Oriot D., Blossier P., Py A., Kasolter-Péré M., Zwang J. (2009), "The effect of multimodal stimulation and cutaneous application of vegetable oils on neonatal development in preterm infants: a randomized controlled trial", *Child Care Health Development*, 35, 96-105.
- Vallino D. (2004), La consultazione partecipata: figli e genitori nella stanza di analisi, *Quaderni di psicoterapia infantile*, 48.
- Van den Boom D.C. (1994), "The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants", *Child Development*, 65 (5), 1457-77.
- Verreault N., Da Costa D., Marchand A., Ireland K., Dritsa M., Khalifé S. (2014), "Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset", *Journal of Psychosomatic, Obstetric Gynecology*, 35, 84-91.
- Vicente S., Verissimo M., Diniz E. (2017), "Infant massage improves attitudes toward childbearing, maternal satisfaction and pleasure in parenting", *Infant Behavior and Development*, 49, 114-119.

- Wang Zhe-Wei, Jing Hua, Yu-Hong Xu (2015), “The Relationship between Gentle Tactile Stimulation on the Fetus and Its Temperament 3 Months after Birth”, *Behavioural Neurology*, 1-9.
- Winnicott D. (1962), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1979.
- Winnicott D. (1984), *Il bambino deprivato*, Raffaello Cortina, Milano, 1986.
- Yilmaz H.B., Conk Z. (2009), “The Effect of Massage by Mothers on Growth in Healthy Full Term Infants”, *International Journal of Human Sciences*, 6, 969-977.