

## **Genitori a rischio:la prevenzione precoce**

Università Cattolica, Aula Magna  
Brescia, 7 dicembre 2002

### Il sostegno alla relazione genitoriale

*Sergio Muscetta*

Le ragioni per cui in tutto il mondo da venti anni a questa parte si sta studiando come strutturare percorsi di sostegno alla genitorialità sono indubbiamente di varia natura.

Innanzitutto come background scientifico ci sono i dati ormai acquisiti che lo sviluppo dell'essere umano non è soltanto legato alle tappe maturazionali individuali. Per lo sviluppo, i fattori genetici e biologici sono naturalmente importanti, ma è un dato ormai acquisito che esso avviene nell'ambito delle relazioni che i bambini stabiliscono con i loro genitori e con le persone che si prendono cura di loro fin dal primo giorno di vita. Tutto questo ha cambiato molto la filosofia del sostegno all'infanzia indirizzata oggi molto più che nel passato a concretizzare la nota raccomandazione di John Bowlby che affermava che se la Società vuole proteggere i bambini deve trovare il modo di proteggere in primo luogo i genitori e le madri in particolare.

La seconda ragione per cui si cerca di sostenere precocemente la genitorialità è che risulta da ricerche ormai ben verificate che un accudimento disadattivo dà precocissimamente degli effetti negativi sullo sviluppo del bambino e che purtroppo questi effetti negativi tendono a rimanere stabili se non avvengono sostanziali cambiamenti nell'ambiente in cui vive.

Il terzo ordine di motivi per cui ci si continua a dedicare a questo argomento e che si è visto che quando si riesce a strutturare dei veri e propri programmi di sostegno nell'ambito di rigorosi progetti di ricerca, ebbene si è visto che questi progetti funzionano.

Le ragioni per cui funzionano sono molte e molto diverse io mi limiterò a dire che bisogna essere consapevoli dell'esistenza di fasi della vita delle persone, di fasi di transizione evolutiva, di fasi di cambiamento rapido (e la gravidanza e il primo anno di vita del bambino sono indubbiamente fasi di sviluppo rapido non solo del bambino ma anche dei genitori) di fasi della vita in cui modificazioni ambientali anche relativamente modeste possono avere degli effetti importanti a lunga distanza: un po' quello che succede quando si è alla guida di una imbarcazione: spostare anche di poco il timone, sul lungo percorso, può produrre grandi differenze sul punto finale di arrivo.

.E c'è da aggiungere che i dati degli studi epidemiologici ci spingono sempre più nell'area della prevenzione. L'apporto dell'epidemiologia è stata da questo punto di vista preziosa perché ha aiutato a individuare sia una serie di fattori di rischio per le patologie mentali e/o sociali sia una serie importante di fattori di protezione che consentono di definire il target, di questi progetti, di definire le popolazioni su cui fare questi interventi preventivi.

Io articolerò il mio contributo a questo convegno su 4 punti.

1. Per prima cosa illustrerò, con qualche dettaglio come si struttura la regolazione affettiva nella coppia genitore/ bambino fin dai primi giorni di vita.
2. farò quindi dei cenni sul concetto stesso di genitorialità e, su come si è profondamente modificato ed evoluto nel corso di pochi decenni.
3. Accennerò come terzo punto ad alcuni tipi di programmi di protezione della genitorialità a rischio.
4. Porterò per concludere una esemplificazione clinica sull'utilità di sostenere la relazione madre bambino nel caso di depressione con una videoregistrazione dell'intervento

L'attuale attenzione alla qualità della interazione adulto bambino fin dai primi giorni di vita poggia sulla ormai ricchissima documentazione delle precoci competenze comunicative del neonato. Sappiamo oggi, a differenza di quanto è stato per secoli sostenuto, che fin dalla nascita il neonato ha una capacità di rispondere e di reagire a stimoli esterni, che vede e manifesta delle preferenze visive, che gira la testa verso una persona che parla e che si muove seguendo il ritmo della voce.

Queste reazioni, che sono nello stesso tempo comportamentali e automatiche, dimostrano una disponibilità innata a ricevere regolazione e sostegno emotivo dalle cure parentali.

Vi sono, tuttavia, segni più sottili di una disponibilità al contatto umano e all'empatia, che hanno implicazioni maggiori. Il bambino appena nato può vedere e udire la madre come una partner preferita in una rudimentale protoconversazione. Un bambino uscito solo da poche ore dall'utero, perfino un bambino nato prematuro di due o tre mesi, può essere attratto dalle carezze, dai vocalizzi e dai movimenti del corpo di una persona che si occupa di lui in modo gentile e affettuoso. Viceversa, una creatura così immatura può rifiutare e cercare di difendersi dall'essere maneggiato in modo privo di empatia e mostrare una serie di comportamenti che nel loro insieme costituiscono un "evitamento" dell'interazione.

Sono molti anni però che gli studiosi della prima infanzia non studiano solo le "competenze" neonatali, ma hanno adottato un approccio sistemico per la comprensione delle interazioni adulto/bambino.

Diceva Donald Winnicott, pediatra e psicoanalista inglese che "non esiste il neonato come entità a se stante" e che tutte le volte che proviamo a descriverlo ci accorgiamo in realtà che stiamo descrivendo lui ma, contemporaneamente anche la mamma.

Questa affermazione ha avuto poi ampia conferma da una serie di studi empirici a cominciare da quelli di Sander (1989) che ha studiato il neonato e il suo ambiente di sviluppo come sistema biologico vivente.

Fin dagli anni 60 questo studioso ha utilizzato ampiamente alcuni concetti utilizzati dai biologi e in particolare quello di regolazione, concetto essenziale per studiare i processi di bioritmia.

Il primo compito che ha in effetti di fronte a se una madre è quello di regolare i ritmi biologici del suo

bambino, i ritmi circadiani sulle 24 ore, quelli ultradiani su intervalli di tempo inferiori alle 24 ore ma anche tutta una serie di comportamenti periodici che possono essere studiati a livello di secondi o di millisecondi.

Insomma il neonato va considerato un vero e proprio partner attivo nelle interazioni con un adulto: ha la capacità di iniziare l'interazione, ha la capacità di rispondere se è l'adulto a impegnarlo in un rapporto ma ha anche la capacità di rifiutare l'interazione, evitandola, se è proposta in maniera non adeguata alle sue capacità e alle sue esigenze emozionali.

La nascita è certamente un punto di rottura nei meccanismi di organizzazione temporale nel sistema materno-fetale ed è necessario che avvenga una riorganizzazione di nuovi scambi tra il neonato e l'ambiente un obiettivo che come sappiamo impegna molto la madre e che fa sì che, proprio per questo grande sforzo, fin dal decimo giorno di vita sia già possibile evidenziare, come ha documentato Sander, un apprezzabile grado di specificità nella adeguatezza regolativa tra il bambino e la sua figura di accudimento.

Ma i suoi studi, come anche quelli di Stern (1971), di Meltzoff e di Trevalthen hanno anche contribuito a sfatare le vecchie posizioni che davano praticamente per inesistente la vita mentale del bambino. Queste ricerche hanno invece mostrato che fin dall'inizio i neonati hanno una vita psicologica complessa e che ciò che appare un comportamento casuale e confuso è invece altamente organizzato.

Ad esempio sappiamo che, dopo la nascita, il bambino dà una risposta preferenziale a stimoli umani rispetto a stimoli inanimati. Sono evidenti preferenze e discriminazioni percettive in ogni modalità sensoriale e in particolare la preferenza da parte di ogni bambino per alcune caratteristiche delle persone che si prendono cura di lui, (la voce, il viso, l'odore). Queste preferenze che mostrano un preadattamento del neonato agli esseri umani sono ulteriormente documentate dalle precocissime capacità imitative del neonato perché se sollecitato adeguatamente con uno sforzo volontario ed esploratorio il neonato è in grado di focalizzare l'attenzione e di imitare un'ampia gamma di espressioni inclusi movimenti facciali, vocali e gestuali.

Le imitazioni del neonato si manifestano con maggiore probabilità quando la comunicazione con il modello è reciproca quando esista in particolare un'interazione comunicativa regolata in modo affettivo. Si è visto inoltre che quando un'imitazione viene "appresa" dal bambino, tale comportamento può venire elicitato dalla ricomparsa dell'adulto anche molte ore dopo. Per tale ragione, l'imitazione delle espressioni facciali è chiaramente associata a qualche rudimentale tipo di "rappresentazione" che è immagazzinata nella mente del bambino piccolo (Meltzoff e Moore, 1992).

Queste sorprendenti capacità presenti anche nelle prime settimane di vita, questa sua capacità di risposte sociali, è ovviamente una competenza molto adattiva dal momento che il piccolo della nostra specie è totalmente dipendente dalle persone che lo accudiscono.

Per descrivere questo particolare aspetto delle relazioni affettive adulto/neonato si è parlato di un sistema di ricompense su base biologica (Emde, 1980) sia per i neonati che per i genitori, un sistema ovviamente interattivo e molto utile, come dicevo, sul piano evolutivo.

Sono vari gli stimoli che nell'adulto e in particolare nella madre innescano un comportamento di accudimento. Ciò ha fatto pensare a descrivere le interazioni di accudimento nei termini di una specie di ricompensa emotiva per l'adulto.

Nel periodo neonatale in senso stretto è rilevabile innanzitutto ciò che un famoso etologo, Eibesfeldt, ha chiamato la "babyness" (e cioè quell'insieme di aspetti particolari, fisici, costituiti da: testa grande, fronte ampia, guance tonde e protrudenti ecc.).

Ma oltre a questo stimolo generale vanno in particolare considerati certi comportamenti motori:, ad esempio quando il bambino comincia ad agitare le braccia e le gambe alla vista della madre.

Questo è certamente uno stimolo che innesca nella madre un comportamento di accudimento.

Anche il rannicchiarsi del bambino è stato identificato come una specie di ricompensa, di soddisfazione. La mamma si sente soddisfatta quando il b. si accovaccia, quando si rannicchia, quando adatta il suo corpo in una postura tale che può essere ben tenuto nelle sue braccia e quando è capace di modificare il suo stato generale non solo attraverso l'essere consolato (cioè a dire di passare dall'attivazione alla tranquillità) ma anche quando è in grado di passare da uno stato di agitazione ad uno stato di allerta, di attenzione e di interesse :quando comincia cioè a guardarla in volto mentre è tenuto in braccio.

In generale dunque la consolabilità del bambino è considerata una ricompensa, cioè il suo saper passare da uno stato di agitazione motoria e di pianto a uno stato di tranquillità e/o di attenzione vigile.

Anche altri aspetti del neonato sono seducenti per i genitori: Alcuni autori hanno sottolineato quella specie di unità cinestesica tra m. e b., quel senso di insieme armonioso che si stabilisce tra la madre e il bambino che è stato spesso rappresentato dai grandi pittori. Spitz ha sottolineato gli aspetti seduttivi del neonato che mentre viene allattato al seno guarda il viso della madre con quella inconfondibile espressione di completa beatitudine .

Altri autori (come Erickson e Winnicott) hanno invece sottolineato il fatto che via via che cresce, il bambino sembra sempre meno un essere privo di speranza e inerme; e questo è di per sé un fatto che è remunerativo per invogliare il genitore a continuare ad accudirlo.

E forse è quindi da condividere l'affermazione di chi ha affermato , con indubbio senso del paradosso, che se un tempo si diceva che erano i genitori a fare i bambini, oggi si può documentare che sono i bambini a trasformare gli adulti in genitori.

Queste ricompense reciproche vanno inquadrare nel più ampio sistema di disponibilità emozionale che nella prima infanzia ha la funzione di assicurare la sopravvivenza della prole e, col crescere, di fornire uno sviluppo sempre più adeguato all'apprendimento, all'esplorazione e all'integrazione sociale. In questo sistema il bambino attraverso la segnalazione emozionale si sintonizza con la madre e dal canto suo la madre fa altrettanto.

.Le emozioni dei bambini sono ben riconosciute dagli adulti come si può desumere da studi che ormai durano da molti anni e che evidenziano un accordo di massima sulla lettura delle espressioni facciali del bambino.

Anche se non ci sono chiare differenziazioni nel messaggio emozionale, le madri sembrano comunque preintonate a rispondere. Le madri tendono ovviamente a servirsi del contesto per assegnare un significato al messaggio comunicativo del bambino :Una madre diceva Bruner, un grande studioso della prima infanzia , sa sempre perché il bambino piange o ride, piange perché ha fame, perché ha sonno perché ha freddo ed è proprio questa costante attività di assegnazione di significato che fa sì che gradatamente, con lo sviluppo, le segnalazioni affettive del bambino diventino sempre più specifiche e che si stabilisca quell'intreccio sempre più inestricabile tra comportamenti che fanno parte della

dotazione genetica del neonato e che sono regolati dall'interno, dal neonato stesso, e che però sono arricchiti dall'esperienza, e quei comportamenti appresi che invece sono regolati dalla figura di accudimento.

Attraverso l'osservazione dei sottili modelli di espressione e di gestualità dei bambini e dando loro dei significati diversi i genitori possono diventare consapevoli della ricchezza della vita psicologica del bambino e si è così visto che quella che sarà l'intersoggettività adulta che opera a livello esplicito, linguistico, simbolico o narrativo ha dei precursori importanti in una intersoggettività neonatale, una forma pre-simbolica di intersoggettività che presuppone la strutturazione nella mente del neonato di particolari modelli di memoria oggi studiati come eventi interattivi.

Il neonato non ha certamente una mente simbolica, non ha certo la capacità di fare dei riferimenti tra un simbolo e un suo referente e tuttavia fin dalle prime settimane di vita è capace di costruire delle attese relazionali, è capace di aspettarsi delle sequenze interattive, è capace di aspettarsi ciò che verrà dopo in termini di spazio, tempo, affetti e attivazione.

Cosa vuol dire dunque che si sviluppano delle aspettative?

Vuol dire che il neonato, fin dai primi giorni di vita è capace di apprendimento, è capace di memoria. Il cervello del bambino è capace di creare modelli multimodali del mondo e di creare delle generalizzazioni dall'esperienza e, per la sua ininterrotta attività di scansione dell'ambiente nel tentativo di rendersi conto di ciò che accadrà in seguito, è stato definito "una macchina per anticipare". I modelli mentali del mondo che permettono alle nostre menti di espletare questa funzione vitale, questa funzione così importante per la nostra sopravvivenza, sono dunque influenzati dalle esperienze che abbiamo già fatto ed è per questo che è stato usato il termine "memoria prospettica", un termine che vuole indicare che la nostra mente, sulla base di esperienze passate tenta, come è stato detto in modo suggestivo, di "ricordare il futuro".

Gli studi sulla memoria hanno fatto dei grandi passi in avanti in questi ultimi 20 anni. Sono stati identificati vari "sistemi di memoria" ognuno dei quali fa riferimento a circuiti neuroanatomici distinti. E si parla di una "memoria implicita" o "procedurale" che è attiva fin dalla nascita una memoria che non necessita di attenzione focale per la registrazione delle esperienze una memoria che è costituita da informazioni riguardanti l'acquisizione di regole

Valgano come esempio le molte esperienze di apprendimento cui è esposto il neonato per ciò che attiene l'acquisizione della "presa di turno", una competenza che viene dalla madre trasmessa attraverso mille modi, dai ritmi che si stabiliscono durante la suzione, ai contatti oculari di sguardo, alle pause che la madre suole rispettare durante le conversazioni che fa con il figlio anche fin dai primi giorni di vita. Si tratta di interventi didattici, rilevabili solo con studi microanalitici, basati su comportamenti che occupano una posizione intermedia tra le categorie di riflessi innati e le risposte che invece richiedono delle decisioni razionali, dei comportamenti intuitivi, così vengono definiti, che hanno un periodo di latenza compreso tra i 200 e i 600 msec., il che vuol dire un periodo maggiore di quello della latenza di semplici riflessi innati e minore di quello riguardante decisioni coscienti e razionali. Per spiegare la stabilità dei comportamenti di attaccamento si comincia ad ipotizzare che essi siano legati proprio alla memoria procedurale. Questi comportamenti sono universalmente diffusi, sono indipendenti dal sesso, dall'età e dalle culture, alcuni di essi sono presenti fin dalla nascita e persistono per tutto il ciclo della vita. Questa loro universalità testimonia la profonda radice filogenetica da essi posseduta ed è anche una buona

spiegazione del fatto di comune riscontro che ogni membro esperto dell'ambiente circostante possiede capacità didattiche simili a quelle dei genitori se essi non sono presenti, il che è stato certamente una fortuna quando la mortalità materna per infezioni puerperali era elevata e in quelle culture con bassa frequenza di scambi interattivi tra genitori e bambini, in quelle culture cioè in cui una gran parte delle interazioni è affidata ad altri membri della famiglia o del gruppo.

Questa memoria procedurale comprende la memoria comportamentale, quella emotiva, quella percettiva e sensomotoria, ed è una memoria che non ha bisogno di elaborazione a livello del lobo temporale mediale e dell'ippocampo. Come dicevo la memoria implicita è attiva fin dalla nascita: non è costituita da ricordi che potremo volontariamente rievocare, non ricorderemo mai cioè che tipo di sensibilità aveva nostra madre nell'accudirci, quante interazioni di sguardo abbiamo avuto con lei, come ci carezzava o come ci parlava, ma paradossalmente non ce lo dimenticheremo mai. E' un tipo di memoria dunque molto diversa da quella esplicita, da quella semantica che si comincia a sviluppare solo dal primo-secondo anno di vita e da quella autobiografica che si sviluppa solo dopo il secondo anno di età man mano che aree corticali specifiche arrivano a un adeguato processo di maturazione.

Ma vorrei a questo punto passare al tema della genitorialità e sottolineare innanzitutto che, sempre in dipendenza del passato paradigma teorico le tappe evolutive venivano studiate secondo un riferimento di tipo maturazionale: nell'ambito delle varie tappe evolutive c'era anche quella della genitorialità come sapevamo fin dai lavori di Benedek di una quarantina di anni fa.

Man mano però questo punto di vista è stato modificato e si è riconosciuto prima di tutto che si tratta in realtà di un processo evolutivo piuttosto che di una fase ma, cosa ancora più rilevante, che la competenza genitoriale di una persona ha molte radici diverse: ed è in realtà qualcosa di molto complesso ovviamente non solo legato a caratteristiche di specie. La capacità che abbiamo di accudire un bambino ha infatti radici psicologiche ed esperienziali molto lontane e si può dire che la valorizzazione del mondo psichico dei genitori in tema di figli ha gradualmente modificato l'approccio allo studio della genitorialità perché si è passati dal considerarla essenzialmente una tappa dello sviluppo al sottolineare invece che si tratta anche di una particolare competenza ancorata al mondo psichico dei genitori e credo importante sottolineare che sono proprio le "fantasie dei genitori a giocare un ruolo essenziale nella loro interazione con i bambini, che li spingono a mantenere il dialogo, a fare dei giochi, a fare dei segni convenzionali e ad attribuire gradualmente dei significati adeguati ai gesti dei loro bambini". (Kenneth Kaye, 18.) e dall'altra parte, è oggi chiaro che questo patrimonio di capacità accuditive si comincia a formare molto prima che i bambini reali siano concepiti e nascano.

Molto prima di avere una capacità biologica di procreare, infatti, gli esseri umani, i bambini, sia maschi che femmine, hanno frequentemente fantasie di avere figli nella pancia. I bambini si costruiscono delle loro teorie sul concepimento e sulla nascita che hanno nel fondo un visione preformista, potremmo dire, una visione cioè che presuppone i figli come stabilmente esistenti nel corpo dei loro genitori. La fantasia di poterli incorporare con tutti i figli che essi contengono è un primitivo e rudimentale tentativo di identificarsi con essi e di acquisirne qualità e funzioni tra le quali quelle riproduttive. Queste teorie "naturali" (naturali perché riconoscono le loro basi nell'esperienza che ogni bambino ha del proprio corpo) verranno successivamente rielaborate e trasformate nelle varie tappe evolutive.

Per inciso vorrei ricordare che le teorie preformiste dei bambini fino al 1700 sono state la base utilizzata dagli studiosi, dai biologi e dai medici che proponevano che durante la gravidanza il corpo della donna fosse in sostanza un mero contenitore di un microscopico essere umano già

completamente formato e che doveva solo ingrandirsi, un bambino microscopico alternativamente ipotizzato nell'oozite (secondo le teorie oozite) o nello spermatozoo secondo le teorie animalculiste. Il mondo dei piccoli non nati, quello di cui parla Walt Disney nella favola di Dumbo, è stato spesso rappresentato dai poeti. Se andrete a rileggere o a leggere i primi dodici sonetti di Shakespeare, che sono tutti sonetti, potremmo dire, demografici perché sono tutti volti ad incoraggiare un giovane interlocutore a fare un figlio, ne troverete uno che si conclude così:

"un padre aveste fate che vostro figlio dica lo stesso":

come dire il figlio non ancora nato esiste, cionondimeno, da qualche parte nella mente del giovane a cui è indirizzato il sonetto, il figlio che sta ad attendere che il padre lo faccia nascere. La strutturazione della genitorialità ha dunque una componente di un'esperienza psicologica che può precedere la sessualità e la procreatività adulta ed è molto importante il significato conscio ed inconscio che quel particolare figlio ha per la coppia genitoriale. L'interazione col bambino reale è dunque fortemente condizionata dal mondo psichico dei genitori, da come i genitori rappresentano nella loro mente il bambino stesso e come essi rappresentano le esperienze del loro stesso accudimento, di come sono stati accuditi da piccoli.

E' attraverso transazioni continue col mondo delle persone e degli oggetti che il bambino costruisce modelli operativi interni di complessità crescente che si riferiscono sia alle persone significative per lui che al proprio Se.

Questi modelli sono utili per valutare e guidare il comportamento nelle nuove situazioni, tendono ad operare al di fuori della consapevolezza cosciente e giacché abbiamo detto che si ricostruiscono in esperienze di coppia, è forse preferibile parlare di modelli operativi interni della relazione.

Il concetto di internal working model (modelli operativi interni) uno degli aspetti centrali della ricerca nel campo della teoria dell'attaccamento, una ricerca che si sta rivelando molto feconda per tutta una serie di problemi.

Mi limiterò ad accennare a due temi di attualità senza alcuna pretesa di esaustività: la trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento e le nuove modalità di interventi preventivi nel campo infantile che stanno emergendo da questi nuovi approcci teorici.

Per ciò che concerne le ricerche in corso sulla trasmissione intergenerazionale, mi limiterò a fare un brevissimo cenno all'esistenza di strumenti come l'AAI che valuta le rappresentazioni interne dell'attaccamento. E' un'intervista semistrutturata di 17 domande e dall'insieme di una serie di caratteristiche che si possono desumere dalle risposte, dalla sua coerenza, alle particolari tonalità affettive che colorano le affermazioni del soggetto è possibile fare delle inferenze sugli aspetti strutturali delle rappresentazioni interne delle persone.

Ed è uno strumento importante perché il sistema di classificazione dell'attaccamento di una persona serve anche a fare delle previsioni sull'attaccamento del figlio di questa persona e ciò è possibile in quanto il Sè adulto, nel momento in cui fa un'esperienza genitoriale è guidato dall'esperienza del tipo di accudimento ricevuto che viene riattivato nelle relazioni con i propri figli.

Oltre a poter classificare dei modelli di attaccamento nell'adulto ci sono strumenti come la SS che ci consentono di classificare il modello di attaccamento del bambino ai 13 mesi.

E ci sono, come dicevo, delle correlazioni tra i patterns comportamentali del bambino rilevabile alla SS e quelli di pensiero, linguaggio e ricordi dei loro genitori all'AAI così che genitori e figli sembrano

condividere modelli simili di "arousal" affettivo e di elaborazione delle informazioni che riguardano l'attaccamento.

Questa relazione è prevedibile in una percentuale che varia dal 75 all'82% dei casi e di per sé, visto che in psicologia non si è mai stati particolarmente forti quanto a previsioni, mi sembrerebbe un dato rilevante.

Tutte le ricerche che si ispirano questi principi costituiscono una base importante per lo studio della trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento.

A partire da esse era anche prevedibile che fosse possibile individuare un nuovo focus dei programmi di trattamento e di prevenzione.

Queste conoscenze sulla trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento hanno infatti dato un grande impulso all'elaborazione di programmi di sostegno alla genitorialità ai quali volevo, come terzo punto della mia relazione, rapidamente accennare.

I programmi di sostegno alla genitorialità sono numerosi e molto disomogenei: alcuni hanno come focus dell'intervento il bambino, altri invece i genitori, alcuni si prolungano fino al terzo anno di vita del bambino, molto di frequente essi utilizzano la visita domiciliare come mezzo di intervento. In certi progetti le visite domiciliari sono fatte da infermiere, in altri da psicologi o da altri tipi di professionisti, certi interventi sono ad ampio spettro di azione alcuni più sul versante educativo, altri sono più comportamentali altri invece hanno un maggiore orientamento psicodinamico. Non è dunque sempre facile porre a confronto questi studi ma in generale si può affermare che gli interventi di tipo preventivo sembrano promettenti sia per i bambini sia per i loro genitori. Per quanto riguarda i bambini c'è innanzitutto un miglioramento delle loro condizioni di salute a breve termine: una nutrizione più adeguata, una maggiore salute fisica, meno problemi alimentari, meno bambini a basso peso alla nascita, una diminuzione dei rischi di incidenti ai bambini e una forte riduzione del potenziale di maltrattamento. Per quanto riguarda i genitori invece c'è uno sviluppo a una maggiore capacità di realizzare degli obiettivi di lavoro, un miglior uso dei servizi esistenti, un aumento dell'autoefficacia come genitori e una tendenza a un notevole miglioramento dei rapporti sia col bambino sia con il partner. Nel lungo periodo ci sono degli indubbi miglioramenti per i bambini sul piano comportamentale (nel senso della diminuzione delle condotte aggressive e della delinquenza). Questi miglioramenti sono stati riscontrati sia sul piano educativo (con miglior attitudine alla scuola) sia sul piano di un generale miglioramento di atteggiamenti prosociali la dove invece i genitori traggono beneficio sia nell'ambito del lavoro che del benessere mentale.

Dunque ottime ragioni per puntare sulla attuazione di progetti di sostegno orientati alla prevenzione. Naturalmente c'è da fare una serie di considerazioni sugli strumenti oggi utilizzati ma in linea generale si può affermare che spesso essi si differenziano da quelli usati in passato perché piuttosto che offrire delle competenze sostitutive oggi si punta piuttosto sull'induzione di competenze nei genitori stessi. Un punto molto dibattuto attualmente è se destinare questi programmi solo ad alcune popolazioni, a determinate fasce a rischio o se invece fornire questo tipo di sostegno a tutte le famiglie. Farlo a tutte le famiglie naturalmente evita di produrre quella sorta di etichetta negativa che si crea inevitabilmente sulle famiglie cui viene dato il sostegno.

Dare un sostegno a tutte le famiglie ovviamente implica la necessità di differenziare la ricchezza e l'intensità dell'intervento a seconda dei casi.

I problemi attualmente allo studio sono certamente numerosi: che quantità d'intervento è necessaria dare per avere degli effetti positivi? Di quanto sostegno e supervisione necessitano a loro volta i

visitatori domiciliari per garantire la riuscita dei programmi di prevenzione? Quale professionalità è da preferirsi per questi visitatori?

In che modo si può integrare al meglio questo tipo di servizio nell'ambito di tutti gli altri oggi esistenti? E' stato elaborato un programma da David Olds e dai suoi colleghi che è stato oggetto di tre distinti progetti randomizzati in tre diverse regioni degli Stati Uniti con tre diverse popolazioni DI giovani primipare

A basso reddito. Questo studio è stato condotto in una cittadina di 40000 persone vicino a New York. In questo caso il programma delle visite domiciliari prevedeva che le infermiere si occupassero essenzialmente di tre aspetti che riguardavano la madre e il bambino: 1) la gravidanza, 2) la qualità dell'accudimento del bambino da parte dei genitori, 3) l'evoluzione della madre come persona per quanto riguarda la sua eventuale scolarizzazione, il suo lavoro e la pianificazione delle gravidanze successive.

Nel perseguire gli obiettivi sopraelencati, le infermiere aiutavano le donne a migliorare i loro comportamenti rispetto al proprio stato di salute, alla qualità dell'accudimento del bambino, allo sviluppo sul piano personale incoraggiando le mamme al perseguimento di obiettivi facilmente raggiungibili, all'uso di metodi di problem-solving allo scopo di far loro acquisire una capacità di gestire le difficoltà quotidiane. Nello sforzo di raggiungere un comportamento ottimale rispetto alla salute le infermiere coinvolsero anche gli altri membri della famiglia e gli amici sia durante la gravidanza sia durante il puerperio e si sforzarono anche di creare dei collegamenti con i Servizi sanitari e Sociali già esistenti.

Furono assunte cinque infermiere diplomate tramite un'agenzia privata specificatamente per questo programma sperimentale. Ogni infermiera si interessava di 20-25 famiglie a partire dalla gravidanza fino al 2° anno di vita del bambino. Le infermiere lavoravano a gruppi di due e ogni membro serviva da supporto per il proprio collega.

Ci sono molte indicazioni sull'effettiva efficacia del programma nel migliorare la genitorialità, la salute del bambino, la riduzione del maltrattamento infantile, e il miglioramento e lo sviluppo del corso della vita delle madri (Olds et al. 1999) con un follow-up incredibilmente lungo fatto al compimento del 17° anno di vita del bambino.

Il programma inglese prima accennato

basato su Operatori sanitari che fanno visite domiciliari è molto diverso ed è un programma coordinato da Lynne Murray e da Peter Cooper, destinato prevalentemente a contenere gli esiti disadattivi sul bambino della depressione post-partum, dura molto meno tempo ma è molto più strutturato ed intenso. Consiste infatti in due visite pre natali (una alla 35 e una alla 37 settimana di gravidanza e di otto visite post natali, una alla settimana fino all'ottava settimana

Il programma mira a stabilire una relazione di sostegno emotivo alle madri nelle ultime settimane della gravidanza e nei primi mesi dopo il parto e si propone di rendere la maternità e le successive cure materne soddisfacenti e godibili e di aiutare le madri a prendersi cura dei figli in modo tale da promuoverne un sano sviluppo. Il programma si basa sulla consulenza associata all'individuazione di metodi e strategie volte a facilitare le cure materne e la relazione madre-figlio. Ci sono essenzialmente quattro componenti in questo intervento preventivo: la componente di consulenza con un approccio incentrato sulla persona, la valutazione delle capacità interattive del bambino appena nato, la gestione di alcuni aspetti del comportamento del bambino potenzialmente difficili (dormire, mangiare piangere) e la promozione del rapporto interpersonale madre-figlio.

Per la valutazione interattiva del bambino si utilizza un Brazelton modificato soprattutto nel senso che non è tanto utilizzato per obbiettivare lo sviluppo neurocomportamentale del bambino ma piuttosto per condividere con la madre da una parte le eccezionali competenze comunicative del bambino presenti

fin dal primo giorno DI vita e dall'altra per individuare le caratteristiche specifiche del bambino per ciò che concerne la sensibilità agli odori, ai rumori, agli stimoli visivi al fine di ottimizzare le risposte della madre sia per stimolare il dialogo e il gioco col bambino sia per individuare le strategie migliori per calmarlo e consolarlo.

E per venire all'ultimo punto della mia relazione vorrei a questo proposito parlare di un caso di una madre depressa e del suo bambino di 38 giorni e farvi vedere alcuni minuti di una videoregistrazione di questa interazione videoregistrazione che è stata ripetuta a distanza di dieci giorni e che documenta l'immediata utilità, a breve termine di questi interventi didattici.

## STORIA.

Il caso in questione è il caso di Giovanna, una primipara di 33 anni che nel '90 aveva deciso una IVG da cui era residuo un forte senso di colpa e molte ansie sulla possibilità di avere nuove gravidanze, come se l'IVG avesse potuto determinare nella sua fantasia un danno permanente alle capacità procreative. Giovanna, che forse per questa ragione aveva vissuto con particolare ansia una minaccia d'aborto nel corso dell'attuale gravidanza, aveva seguito il normale corso di preparazione al parto ma in gruppo si era mostrata poco partecipe, aveva poche fantasie sul futuro bambino, spesso si addormentava durante gli esercizi, e il suo aspetto fisico era notevolmente trascurato. Si mostrava preoccupata dei cambiamenti del corpo, esprimeva il timore di essere deformata dalla gravidanza e d'altra parte Giovanna aveva sempre avuto un rapporto problematico col proprio corpo. In gruppo parlava dei suoi problemi di lavoro con grande rabbia perché era stata licenziata a motivo della sua gravidanza.

Giovanna dopo un parto spontaneo a termine con anestesia epidurale, si presenta in Consultorio dopo pochi giorni per partecipare al gruppo di incontri previsti per le neomamme. È preoccupata perché il bambino non ha recuperato il calo fisiologico. Alla nascita Carlo pesava kg 3.250.

Viene sempre accompagnata dalla mamma la quale ha un atteggiamento invasivo e svalutante.

Giovanna non mostra reattività al comportamento della madre così come non mostra reattività nella relazione col bambino. Si evidenziano subito degli allarmanti segni di inadeguatezza nell'accudimento (lo lascia nel passeggino, non lo prende in braccio, lo manipola con difficoltà.).

La nonna è contraddittoria perché tende a rafforzare con i suoi commenti l'incapacità della figlia a svolgere il ruolo materno ma d'altra parte è lei stessa a segnalare la depressione della figlia ("Mia figlia, tra una poppata e l'altra, resta immobile, seduta a guardare il bambino nel timore che possa succedergli qualcosa") ed è lei che spinge la figlia a cercare un sostegno psicologico al Consultorio. Sono stati effettuati oltre gli incontri di gruppo settimanali, un colloquio individuale con Giovanna durante il quale è chiaramente emerso il suo senso di inadeguatezza nell'accudire il bambino oltre che forti angosce persecutorie nei confronti della suocera, e un colloquio con la coppia madre figlia. In questa sede si è cercato di stabilire un'alleanza con la madre di Giovanna sottolineando positivamente i nuovi ruoli di nonna e mamma, cercando di differenziarli il più possibile. Molta attenzione è stata fatta a richiamare la loro attenzione su Carlo, sui suoi bisogni e sulla necessità di capire i segnali che manda. A questo scopo viene fissato un appuntamento con l'assistente sanitaria Anna Maria con lo scopo di osservare insieme le caratteristiche individuali del bambino. La procedura di valutazione interattiva di Carlo sarebbe stata videoregistrata per poter discutere insieme.

### ***Commento prima di proiettare la video cassetta***

Come vedrete da una parte della video registrazione della valutazione interattiva che è stata fatta quando il bambino, Carlo, aveva 38 giorni, era molto difficile impegnarlo in un'interazione se non per frazioni di secondo.

Carlo manteneva ostinatamente la testa girata verso destra nonostante il fatto che durante la procedura di valutazione la mamma si trovasse dal lato sinistro e ci aspettavamo quindi che voltasse il capo verso l'altro lato in direzione della voce materna. Ma ciò non accadeva. La spiegazione che dava la madre era che nella carrozzina in questo modo si trovava in direzione del letto dei genitori.

Non sembrava rispondere a stimoli sonori inanimati.

Non sembrava rispondere a stimoli visivi.

Ascolterete una risposta alla voce nel senso che rispondeva con qualche gorgheggio alle parole di Anna Maria, l'assistente sanitaria che, molto spesso forzando l'evidenza, non mancava di mandare dei rinforzi positivi a Giovanna su di lei e sul comportamento di bambino.

Complessivamente sembrava che Carlo mantenesse un atteggiamento di evitamento dalle interazioni. Vedrete che l'atteggiamento di Giovanna nel corso della seduta è molto passivo e prevalentemente intento a guardare Anna Maria, quasi pendesse dalle sue labbra.

### **PROIETTARE LA PRIMA META' DELLA CASSETTA.**

#### ***E quando è finita:***

Nella prima riunione del gruppo delle madri successiva a questa seduta col bambino, Giovanna va per la prima volta da sola al gruppo, ha un atteggiamento molto più positivo verso se stessa, è molto orgogliosa perché dopo la videoregistrazione il bambino ha ripreso a crescere di peso.

Vedrete che Giovanna mostra un atteggiamento molto più attivo anche per i commenti che fa: ha notato che Carlo gira il capo dall'altra parte, ha capito - dice - che deve assecondare i suoi ritmi e quando si ripete la video registrazione della valutazione interattiva ha un atteggiamento complessivamente molto più partecipativo: sentirete che dice: ho notato questo... ho notato quello... lo capisco di più e anche mio marito, ho capito che Carlo è proprio innamorato di me... Fa molte attribuzioni di significato ai comportamenti del bambino complessivamente adeguati e per parte sua il bambino sembra aver scoperto la metà sinistra del mondo.

Vedrete che Carlo è ancora difficile da impegnare con il solo stimolo sonoro inanimato ma complessivamente sembra un altro bambino così come Giovanna sembra un'altra madre, una madre che, per dirla in breve, sembra avere un senso di autoefficacia decisamente più definito.

### **PROIETTARE LA SECONDA META' DELLA CASSETTA**

Dopo che è finita la seconda metà della cassetta

Come dicevo siamo stati colpiti dalla rapidità dei cambiamenti che ci sono sembrati legati a un processo di riattivazione e di normalizzazione del sistema motivazionale dell'accudimento in entrambi i genitori.

La depressione materna non sembra in questo caso clinicamente modificata ma quello che ci sembra interessante è che nonostante questo sembrerebbe interrotto un'accudimento disadattivo.

E se è vero quello che sostengono i neurobiologi e cioè che la memoria procedurale del neonato è in grado precocemente di fissare dei pattern relazionali distorti, il risultato di disconnettere la depressione della madre dall'espletamento delle sue attività genitoriali diverse.

Non ci sembra un risultato da sottovalutare per l'ipotizzabile contenimento degli esiti evolutivi negativi del bambino a media e a lunga distanza.

Dagli studi sulla prima infanzia emerge dunque sia la segnalazione preoccupante che delle sistematiche interazioni distorte, possono avere degli esiti negativi anche a lunga distanza, ma anche quella incoraggiante che forse perché sia la madre che il bambino si trovano in una fase di cambiamento rapido, in una di quelle fasi del ciclo vitale che gli evolutivisti chiamano "transizioni evolutive" c'è una grande sensibilità agli input esterni e dunque una possibilità importante di interventi di prevenzione che puntino al sostegno della genitorialità, più difficili da realizzare in fasi del ciclo vitale caratterizzate da maggiore stabilità.

## BIBLIOGRAFIA

Sander L.W. Investigation of the infant and its Caregiving Environment as a Biological System sta in *"The Course of Life"* ed. by Stanley I. Greenspan e George E. Pollock, Vol 1°, pag359-391, International University Press, 1989

Melzoff A.N., Moore M.K. (1992) Early imitation within a functional framework: The importance of personal identity, movement and development. *Infant Behaviour and development*, 15, pp.479-505.

Vasudevi Reddy, Dale Hay, Lynne Murray, Colwin Trewarthen: La comunicazione nell'infanzia: regolazione reciproca degli affetti e dell'attenzione. Sta in : *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, a cura di Cristina Crugnola, Cortina Editore, 1999.

Emde, R.N. (1980) Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. Sta in P.M. Taylor (Ed.) *Parent-infant relationships* (pp.87-115) New York Grune and Stratton.

Un esempio molto importante di utilizzazione della visita domiciliare in una popolazione clinica è quello attuato dalla Selma Fraiberg negli anni 70 con i bambini ciechi.

La Selma Fraiberg era a conoscenza della grande incidenza di deviazioni dell'Io che si riscontrano tra i bambini ciechi fin dalla nascita. Il quadro clinico che si instaura in questi casi ricorda molto da vicino quello dell'autismo nel bambino che non ha disturbi visivi.

Poichè molti di questi casi possono però raggiungere un livello di integrazione dell'Io paragonabile a quella dei bambini normali, era giunta alla conclusione che la mancanza della vista non era il fattore primario della deviazione dello sviluppo .

Il bambino cieco deviante mostrava un arresto di sviluppo uniforme e una specie di congelamento della personalità al livello orale. Questi ed altri dettagli nelle storie retrospettive facevano pensare che il processo della formazione dell'Io era stato bloccato durante il periodo critico compreso tra il nono e il diciottesimo mese. Diventò subito ovvio notare che nella storia dei bambini ciechi devianti si incontra di regola l'incapacità da parte della madre di offrire una stimolazione adeguata e di avere un contatto emotivo con il bambino. La strutturazione di una partnership umana stabile nel corso dei primi diciotto mesi, in un bambino normale, avviene, come è noto, attraverso lo scambio di segnali affettivi e attraverso una sequenza di comportamenti in grado di discriminare sempre di più il partner. I segnali affettivi sono senza eccezione mediati dalla visione. Come fa allora il bambino cieco ad apprendere come discriminare la madre dalle altre persone? Come esprime la preferenza per lei, come ne valuta la presenza e in che modo il deficit visivo finisce per alterare la reciprocità tra il bambino e i suoi partner? Tutti questi interrogativi sono stati affrontati con grande accuratezza dalla Fraiberg in uno studio sistematico delle variazioni dello sviluppo dell'attaccamento umano nei bambini ciechi fin dalla nascita. Sono prese in considerazione essenzialmente cinque aree: l'attaccamento, lo sviluppo della prensione, lo sviluppo motorio, il linguaggio e la permanenza dell'oggetto (Fraiberg, 1987a). Attraverso prolungate visite domiciliari si è in particolare osservato il momento in cui il bambino veniva nutrito, il momento in cui veniva lavato, il periodo in cui giocava con la madre, quando la madre lo cambiava, quando il bambino giocava e quando se ne stava per conto suo, con o senza giocattoli. Un'attenzione particolare era stata data fin dall'inizio allo studio dello sviluppo del sorriso che come noto è un importantissimo strumento attraverso cui si struttura il legame di attaccamento. Anche il bambino cieco nasce capace di sorridere (il sorriso automatico) ma la trasformazione del sorriso da automatico in selettivo non segue ovviamente gli stessi passi caratteristici del percorso evolutivo normale. È ovviamente la voce della madre il primo stimolo del sorriso ma laddove nel bambino normale è la configurazione visiva del viso umano a fornire lo stimolo che, dal secondo mese in poi, è in grado di sollecitare una risposta sempre più regolare, ciò non avviene per i bambini ciechi: la voce non è infatti capace di determinare delle risposte altrettanto regolari. È soltanto un grossolano stimolo tattile, ad esempio il solletico, che è regolarmente in grado di sollecitare il sorriso. In ogni caso tra il settimo e il quindicesimo mese di età il bambino cieco, come il bambino normale, respinge gli estranei, fa dei movimenti di opposizione, piange protestando se l'estraneo si avvicina troppo a lui e vuole prenderlo in braccio, ed è confortato soltanto dalla voce e dall'abbraccio della madre. In un certo senso il bambino cieco è riuscito a mantenere il suo appuntamento con lo sviluppo e reincontra il bambino normale in un certo periodo ed in un certo luogo del percorso evolutivo arrivandoci però da un'altra strada. Questo beninteso sempre che le madri siano veramente dotate di grande talento accuditivo e di grande flessibilità e determinazione nel cercare le strade migliori per stabilire un contatto emozionale con il bambino. Molto più frequentemente di quanto accade quando il bambino è normale, le madri non sono all'altezza del compito. Sono le madri in genere che, prima che venga diagnosticata con chiarezza, si accorgono delle cecità del bambino. Si accorgono che il bambino è un bambino che risponde in

maniera anomala alle loro necessità interattive ed è molto facile che vadano incontro ad uno scoraggiamento e ad una depressione. Questo naturalmente può innescare un circolo vizioso di un reciproco e progressivo allontanamento con un'arresto o una deviazione dallo sviluppo normale. Il lavoro con i bambini ciechi permise alla Fraiberg di elaborare delle tecniche di intervento con questi bambini ad alto rischio e a sviluppare delle metodologie di lavoro fondate su interventi domiciliari e utilizzati successivamente anche al di fuori delle situazioni di deficit visivo. Questa metodologia si è rivelata estremamente utile nel caso di famiglie molto disturbate, non solo perchè consente di acquisire una serie di dati sull'interazione madre/bambino nel contesto naturale, ma perchè si tratta di famiglie che sono in genere molto riluttanti ad accettare un qualsiasi tipo di psicoterapia convenzionale. Nel caso dei bambini ciechi era ovvio che anche un genitore potenzialmente adeguato potesse trovarsi in difficoltà. Quasi tutti i genitori però, se adeguatamente sostenuti, sono in grado di dare il meglio di sé al bambino. Questo è il grande merito della Selma Fraiberg: aver scoperto che il dialogo interrotto può essere ripreso a volte con sorprendente rapidità.

### Il programma di intervento genitori/bambini

Come sappiamo però è molto più frequente che il dialogo si interrompa per problemi psicologici della madre. Sono questi infatti che determinano con grande frequenza situazioni di trascuratezza, situazioni di abbandono, comportamenti violenti etc. Le famiglie che hanno un bambino maltrattato hanno una più o meno chiara consapevolezza dei propri limiti e dei propri difetti e non sono infrequenti sentimenti di persecuzione e/o di colpa per l'atteso e temuto allontanamento del bambino. Questi sentimenti non solo non favoriscono la richiesta di aiuto ma sono spesso alla base della sospettosità con cui vengono in genere accolte eventuali offerte di sostegno.

Sappiamo bene, d'altra parte, che non si può fare nessun vero lavoro con dei bambini se non si è in grado di stabilire un'alleanza con i genitori. Ciò viene tentato, nella metodologia della Fraiberg, attraverso l'approccio di una assistente domiciliare che, attentamente sostenuta da una supervisione diventa la "responsabile del caso".

E' un lavoro preliminare molto difficile e spesso frustrante che può richiedere un certo numero di settimane e, nei casi più gravi, anche un certo numero di mesi. Le madri infatti tendono a boicottare in molti modi gli appuntamenti mettendo a dura prova la pazienza e la professionalità degli operatori. Un punto è estremamente importante da chiarire: succede molto spesso che le madri chiedano più aiuto per loro stesse che per il bambino.

Quando questo avviene bisogna in tutti i modi trovare una strada per rispondere alla richiesta perchè si è visto che è la soluzione migliore per ottenere la successiva collaborazione della madre. Il lavoro con la madre è dunque un preliminare indispensabile per passare alla valutazione vera e propria della situazione. Questa valutazione consiste in un'accurata osservazione delle interazioni madre-bambino con almeno 5 visite domiciliari prolungate fatte da un operatore con competenze specifiche per la prima infanzia e uno psicologo o un assistente sociale. Non si tratta però di pura osservazione perchè nel corso di questi interventi precoci gli operatori continuano a incoraggiare la madre a parlare delle sue esperienze infantili e anche di quelle successive. L'obiettivo è quello di modificare quelle rappresentazioni mentali della madre che influiscono negativamente sui suoi comportamenti di accudimento. Perchè una madre sembra non sentire il pianto del suo bambino? Perchè evita di toccarlo e di abbracciarlo? Perchè può continuamente fare giochi a sfondo sadico che sembrano assumere qualità di vendetta? Per chiarire il punto di vista della Fraiberg credo utile citare l'inizio del più famoso dei suoi lavori (Fraiberg et al., 1980) dal titolo: "I fantasmi nella nursery":

"In ogni nursery vivono dei fantasmi: sono visitatori del passato ormai dimenticato dei genitori, ospiti non graditi alla nascita del bambino e tuttavia presenti. In circostanze favorevoli questi spiriti ostili e non invitati sono scacciati dai nido e fanno ritorno alle loro sotterranee residenze. E' il bambino stesso a

reclamare l'amore dei genitori e, in stretta analogia con le favole, i legami d'amore proteggono lui e i suoi genitori da questi intrusi e malevoli fantasmi.

Ciò non significa che essi non possano ugualmente provocare qualche danno; anche quando i legami all'interno della famiglia sono stabili e forti questi "intrusi" possono, irrompere dal passato dei genitori in un momento di distrazione, e così il genitore e il suo bambino possono trovarsi a recitare di nuovo una scena già vissuta in un altro tempo e recitata da attori diversi. Tali eventi non sembrano eccezionali nel "teatro" familiare: e tuttavia nè il bambino nè i suoi genitori nè il legame tra di loro sono necessariamente messi in pericolo da questa breve intrusione.

Esistono famiglie però per le quali questi intrusi del passato possono causare problemi reali. Sembra che ci sia un certo numero di fantasmi, per così dire di passaggio, che scelgono di installarsi in alcune nursery operando una vera e propria selezione. Sembra che essi producano dei danni seguendo una sorta di taccuino del presente o del passato, soprattutto in aree come la nutrizione, il sonno, l'educazione la pulizia personale o la disciplina secondo le vulnerabilità specifiche del passato del genitore. In tali circostanze, per quanto forte possa essere il legame tra il bambino e i genitori, essi possono sentirsi indifesi contro tale intrusione e cercano in una figura professionale una guida. Ed in effetti durante il nostro lavoro abbiamo rilevato che questi genitori riescono ad allearsi con noi saldamente proprio per sconfiggere gli invasori che li minacciano.

Non sembra difficile immaginare il significato terapeutico ed educativo di trattare questi invasori passeggeri.

Ma come spiegare che in altri casi i genitori appaiono come posseduti da questi fantasmi? A volte, infatti, questi intrusi si stabiliscono realmente nelle nursery e rivendicano tradizione e diritti di proprietà.

Nel nostro lavoro di ricerca per la salute mentale nell'infanzia ci capita spesso di incontrare queste famiglie; il bambino è in pericolo, mostra spesso segni di carenze affettive, oppure gravi sintomi clinici o anche ritardi di sviluppo.

Sembra che il bambino, fin dal momento in cui è venuto al mondo porti sulle proprie spalle il peso del passato dei genitori, attore muto ed inerte della tragedia familiare; mentre i genitori sono condannati a ripetere la tragedia della propria infanzia insieme al loro bambino, in ogni terribile e preciso dettaglio.

E' un approccio dunque che cerca di capire i comportamenti del genitore, che studia le sue interazioni con il bambino ma che cerca di articularle alle sue esperienze passate.

Ma che cosa è che fa in modo che i conflitti del passato di un genitore si ripetano con il suo bambino? Era già ben chiaro alla Fraiberg che se la storia di una persona è indispensabile per capire la sua condizione attuale ciò non significa che debba necessariamente diventare il suo "destino". Esistono infatti genitori che pur avendo vissuto infanzie terribili non per questo infliggono ai propri figli i tormenti subiti; si tratta di persone dotate essenzialmente di una precisa caratteristica: esse sono in grado di verbalizzare ed elaborare quelle paure e quelle angosce che forse sono state solo parzialmente represses: sembra che sia questo a proteggere loro stesse e i loro figli dalla ripetizione inconsapevole del passato. Qual'è il meccanismo psicologico che media la ripetizione? La Fraiberg propone che queste storie di "fantasmi nelle nursery" siano legati al destino particolare cui possono andare incontro gli affetti infantili: quando si ha un libero accesso alle sofferenze del passato si crea un potente deterrente contro il rischio di una ripetizione delle qualità genitoriali, mentre l'isolamento e la repressione di tali sentimenti aprirebbe la strada a "l'identificazione con l'aggressore".

## Bibliografia

- Achenbach T.M, (1997) *Caregiver-teacher report form for ages 2-5*. University of Vermont: Center for Children, Youth, and Families.
- Ainsworth M.D., Blehar M., Waters E., Wall S, (1978) *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates,
- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995) *Maternità e gravidanza: Studio delle rappresentazioni materne*, Milano: Cortina Editore,
- .Chatoor I. (1997) Feeding disorders of infants and toddlers, In J.D. Noshpitz, S. Greenspan, S. Wieder, J. Osofsky (eds.) *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. I, 367-86. New York; John Wiley & Sons.
- Cohn,J.F.,Tronick E.Z. (1983) Specificity of infants' response to mothers' affective behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,28, (2),242-8.
- Derogatis L.R. (1977) *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research,
- Fraiberg S. (1999) Lo sviluppo dell'attaccamento nei bambini ciechi dalla nascita,in:*Il Sostegno allo sviluppo*,a cura DI Sergio Muscetta (ed. orig.1975) Cortina Editore.
- Fraiberg S. (1999) La Musa in cucina, in:*Il Sostegno allo sviluppo*,a cura DI Sergio Muscetta (ed. orig.1987) Cortina Editore.
- Klass C. (1996) *Home visiting:Promoting healthy Parent and Child Development*,Paul Brookes ,Baltimore.
- Korfmacher J.: Home visiting: Promise and Peril,*The Signal*,vol 7,n°3,pag.1-8,1999
- Main M., Goldwyn R, (1997) *Adult attachment scoring and classification systems. Manuale non pubblicato*. U.C, Berkeley,
- Murray L. (1992) *The impact of postnatal depression on infant development*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33 (3), 543-61.
- Murray L., Kempton C., Woolgar M., Hooper R, (1993) *Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (7), 1083-101.

Olds D.L., Eckenrode J., Henderson C.R., Kitzman H., Powers J., Cole R., Sodora K., Marris P., Pettitt L.M., Luckey D, (1997) Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15 year follow-up of a randomized trial. *Jama*, 278 (8), 637-43,

Olds,D.L.,Henderson,C.R.,Kitzman,H.J.,Eckenrode,J.J.,Cole,R.E.,&Tatelbaum,R.C. (1999).Prenatal and infancy home visitation by nurses:recent findings.*The Future of Children*,9(1),44-65.

Pierfederici, Fava, Munari, Rossi, Badaro, Pasquali Evangelisti, Grandi, Bernardi, Zecchino (1982) Validazione italiana del CES-D per la misurazione della depressione. In R. Canestrari (ed.) *Nuovi metodi in psicomatria*. Firenze; Organizzazioni Speciali.

Weinberg M.K., Tronik E.Z, (1997) Maternal depression and infant maladjustment: A failure of mutual regulation, In Noshpitz J. (ed.) *The Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) D. Meltzer (1973) La realtà... psichica dei bambini non nati, sta in Stati sessuali della mente, Armando 1975
- 2) Benedek T. Parenthood as a developmental phase. J. Amer Psychoanal. Assen., 7:389-417
- 3) E.H. Erikson: Il ciclo della vita, Armando 1982
- 4) S. Freud (1940) Sommario di psicoanalisi, Boringhieri.
- 5) H. Deutsch: (1945) Psicologia della donna adulta e madre, Einaudi 1957
- 6) Bibbring G. et al. (1961) A study of the psychological process in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. psychoanal. Study Child, 16:9-44
- 7) D. Pines: Pregnancy, miscarriage and abortion. A psychoanalytic perspective. Int. J. Psychoanal. 1990. 71.301
- 8) Zeanah C.H., Keener M.A., Stewart L. & Anders T.F. (1985) Prenatal perception of infant personality: A preliminary investigation. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24, 204-210
- 9) Papousek H. and Papousek M.: Intuitive Parenting: A dialectic Counterpart to the Infant's Integrative competence. Sta in "Handbook of Infant Development", J.D. Sroufe ed., Wiley & Sons 1987.
- 10) M. Gill: The Point of View of Psychoanalysis: Energy Discharge or person, sta in: Attachment and the therapeutic process, International University press, 1987

- 11) H.Rosenfeld:(1987) Impasse and interpretation, London.
- 12) J.Bowlby:(1988) Attaccamento, comunicazione e processo terapeutico: sta in Una base sicura. Cortina,1989.
- 13) S.Freud (1914) Ricordare, ripetere ed elaborare.
- 14) S.Freud (1925) Al di l... del principio del piacere.
- 15) M.Ainsworth (1967) Infancy in Uganda:infant care and the growth of love, Baltimore, John Hopkins Univ. Press.
- 16) J.D.Lichtemberg:(1989) Psychoanalysis and Motivation,The Analytic Press.
- 17) K.Kaye : Family and Self (Chapter to be published in Valeria Ugazio (ed.) The psychology of education in early infancy. Milano Franco Angeli 1987.)
- 18) "Attachement:the parental perspective. I.Bretherton, Z. Biringen, D. Ridgeway, C.Maslin, M.Sherman. In Infant Mental Health Journal, vol.10, No.3, 1989
- 19) M.Main & Goldwin R. (1990) Interview-based adult attachment classification related to infant-mother and infant-father attachment. Developmental Psychology:
- 20) Alicia F. lieberman, Jeree h. Pawl: Clinical applications of attachment theory, sta in Clinical Implications of attachment, LEA 1988.







