

Alessandra Sala

Appunti per una clinica della perinatalità

L'interesse per il periodo perinatale nasce per me in continuità con la pratica del lavoro terapeutico e formativo nell'ambito della clinica dell'età evolutiva: i contributi interdisciplinari della Psicologia Clinica Perinatale concorrono in modo significativo alla comprensione dell'origine e della natura di molte difficoltà psicologiche e psicopatologiche anche quando si rivelano in fasi di sviluppo successive ai primi due anni di vita.

L'importanza delle prime esperienze del bambino per il suo successivo sviluppo è una delle intuizioni originali di Freud e un legato fondamentale della prospettiva evolutiva psicoanalitica, all'interno della quale, progressivamente, dalle teorie originate a partire dal bambino ricostruito della metapsicologia freudiana e dalle intuizioni dei primi psicoanalisti di bambini fondate nell'incontro con il bambino clinico, grazie ai contributi della teoria dell'attaccamento e della ricerca evolutiva l'attenzione si è ampliata al bambino osservato nel contesto delle sue prime, fondamentali relazioni di accudimento, quelle con i suoi genitori, in primo luogo con la madre. Le neuroscienze confermano e precisano l'importanza di quanto accade nella fase perinatale.

Il bambino

La ricerca neuroscientifica ha evidenziato che il periodo più sensibile per lo sviluppo del cervello umano, il periodo della plasticità ottimale, sono i primi due-tre anni di vita, e ha dimostrato che l'ambiente di cura ha un impatto specifico sul cervello in maturazione del bambino poiché sono le interazioni con le figure dedite alla sua cura che facilitano la creazione dei circuiti neurali che rispecchiano le sue esperienze. La qualità dello sviluppo in questa fase della crescita lascia un esito, in termini di risorse o di vulnerabilità, che perdura in tutto il corso successivo della vita.

I neuroscienziati ci spiegano che il piccolo dell'uomo nasce con un cervello ancora in formazione, in cui la maggior parte dei neuroni sono presenti ma non sono ancora collegati in circuiti funzionali, e che il primo compito dello sviluppo cerebrale nei primi anni di vita è quello di formare e rinforzare le connessioni neuronali. L'eccesso di sinapsi va incontro a una drastica riduzione, mentre vengono rinforzate quelle più utilizzate. La ricerca suggerisce che le emozioni e le relazioni interpersonali operano come elemento centrale nel processo di organizzazione del cervello. Sono gli eventi emozionali e interpersonali che determinano quali circuiti verranno potenziati e quali dismessi. Il neonato ha dunque bisogno di interagire con un ambiente capace di rispondere alle sue proto-comunicazioni e di sostenere e stimolare la sua vitalità e il suo interesse. Come ha osservato Trevarthen, è proprio la precocità relazionale e comunicativa dei neonati che ci indica come le risposte emozionali ai caregiver siano "programmate" per un ruolo cruciale nello sviluppo del

cervello umano.

Nelle situazioni sufficientemente buone, il piccolo risponde alle attenzioni dei caregiver “formando connessioni”, affinando la sua competenza sociale e mostrando interesse e curiosità per gli stimoli ambientali che gli sono presentati. Al contrario, come dimostrano le ricerche sui bambini precocemente istituzionalizzati, un ambiente di accudimento carente o trascurante può lasciare alcune regioni cerebrali inutilizzate fino all'atrofia, provocando un meccanismo di potatura dei circuiti non stimolati, in primo luogo il sistema cortico- limbico, che riceve input dai sensi e regola le emozioni. Le conseguenze a lungo termine delle prime esperienze negative o mancate, con gli esiti che comportano, possono facilitare la comparsa successiva di una serie di difficoltà e problemi, come disregolazione emotiva e mancanza di empatia, disturbi dell'apprendimento, ritardo del linguaggio, iperattività associata a comportamenti dirompenti, distraibilità o ipervigilanza. L'abuso e le esperienze traumatiche hanno conseguenze particolarmente negative che si inscrivono nella memoria procedurale e pregiudicano lo sviluppo di una adeguata capacità di regolazione degli impulsi (Schoore 2001).

Le connessioni o mancate connessioni emozionali precoci trovano dunque un'eco a livello biologico e si inscrivono nella strutturazione del cervello e della mente. Imbasciati e Cena parlano di “mentecervello” per indicare questa interrelazione tra processi neurobiologici e psichici rispetto a quanto viene appreso dalla mente neonatale nell'esperienza di dialogo non verbale e verbale con i suoi caregiver.

I genitori

Il modello del contenimento di Bion e il costrutto di funzione riflessiva di Fonagy e colleghi ci hanno allenati a considerare la centralità della mente del genitore come “mediatore, specchio, interprete e moderatore della mente del bambino” (Slade 2010).

Ne consegue, nelle attività preventive e nella clinica, la costante attenzione al funzionamento della mente dei genitori, ai loro vissuti, alle modalità con cui gestiscono i contenuti emozionali, alle loro rappresentazioni inconsce per come si traducono nell'interazione reale con il figlio, determinando la natura dell'apprendimento dall'esperienza (emozionale) che ne modellerà il funzionamento.

Nella clinica ad orientamento psicoanalitico per l'età evolutiva, quando vogliamo comprendere le difficoltà e la sofferenza psicologica di un bambino o di un ragazzo prendiamo sempre in considerazione la complessità del suo funzionamento psichico e la sua storia evolutiva e relazionale a partire dalle sue origini, fin dal suo concepimento, e ancora prima, a partire da come è nato il desiderio e poi il progetto di avere un figlio nella storia dei suoi genitori.

Non solo per il bambino le primissime esperienze lasciano un esito per il suo funzionamento in tutto il corso dello sviluppo futuro. Anche per le madri e i padri la fase del ciclo di vita che va dal

desiderio alla realizzazione della genitorialità è di importanza cruciale nel determinare che genitori saranno per quel bambino.

Per capire le difficoltà che le madri e i padri incontrano nell'assumere la funzione di contenimento emozionale dei figli, o, nella terminologia di Fonagy, nella loro capacità di funzionamento riflessivo, e quindi nel garantire al nuovo nato adeguata responsività e sintonizzazione nella formazione del primo legame, dobbiamo prendere in considerazione le vicende che hanno condizionato i processi psichici attraverso i quali sono diventati genitori, oltre agli eventi che nell'attualità li possono fragilizzare o ostacolare.

Quando ad esempio una diagnosi prenatale di anomalia sconvolge le aspettative della coppia rispetto al progetto del figlio, ogni coppia reagisce in modo diverso, per vari motivi consci e inconsci connessi alla loro storia personale, coniugale e familiare: gli stessi aspetti che modelleranno le modalità rappresentazionali e interattive di sé in quanto genitori di quel neonato determinano le loro reazioni e il loro processo di elaborazione e di decisione, ad esempio riguardo l'interruzione o prosecuzione della gravidanza, quando si pone la questione di una scelta tra queste alternative.

Diventare genitori

L'espressione "transizione verso la genitorialità" definisce l'insieme dei processi psicologici che avvengono quando un adulto diventa madre o padre, sia sul piano individuale che della coppia coniugale. La nozione di genitorialità ricopre processi di grande complessità, processi di natura multipla, che dipendono da fattori sociali, psicologici, culturali oltre che biologici. Gli studi sociologici mostrano che la transizione verso la genitorialità è condizionata da variabili socioeconomiche, mentre le ricerche transculturali evidenziano i diversi modi con cui questi processi si integrano nei sistemi simbolici tipici di una data società: il livello biologico si integra con quello del funzionamento psichico individuale, che a sua volta interagisce con il livello dell'organizzazione sociale e culturale in cui l'individuo è inserito.

I disturbi psichici perinatali delle madri sono un importante capitolo della psicopatologia dell'età adulta: gli studi attestano che circa il 15% delle madri attraversa una condizione depressiva, seppure di diversa entità. Occorre distinguere tra le più rare psicosi puerperali, i "post-partum blues" frequentemente a risoluzione spontanea, e le depressioni materne post-partum gravi, che sopravvengono alcune settimane dopo il parto e hanno importanti conseguenze per le interazioni tra madre e bambino.

Cominciano ad essere studiati anche i processi psichici di assunzione del ruolo genitoriale dei padri: la frequenza degli scompensi psicopatologici dell'uomo durante la gravidanza della compagna o subito dopo la nascita del bambino e il sensibile aumento delle rotture coniugali nei primi due anni

dalla nascita di un figlio testimoniano l'intensità e la difficoltà dei rimaneggiamenti che possono prodursi anche nei padri e nella coppia durante questo periodo di transizione verso la genitorialità. Come per le donne che diventano madri, anche per gli uomini che diventano padri l'intensità e il superamento della crisi evolutiva che definisce l'accesso alla genitorialità dipendono dalla storia infantile, dall'organizzazione di personalità, dal momento e dalle circostanze del concepimento e della gravidanza, dalle dinamiche della coppia coniugale. La clinica psicoanalitica della paternità considera le problematiche della neo-paternità in relazione ad una molteplicità di fattori, tra cui l'incidenza di una potenziale ferita narcisistica risalente al passato infantile e collegata ai vissuti relativi alla differenza tra i sessi o ad un riattivarsi del complesso fraterno, con la presenza del bambino nel grembo materno sperimentata come la nascita di un fratellino che arriva a prendere per sé tutto l'amore della madre, escludendo il padre.

In una coppia coniugale che si trasforma in coppia genitoriale, il tema della triangolazione in una relazione che permetta di includere un terzo verso il quale funzionare come coppia solidale e alleata, tollerando anche momenti di esclusione nella dinamica con l'altro genitore impegnato con il figlio senza ritirarsi dalla co-genitorialità, è cruciale sia per i padri che per le madri.

Stern (1995) ha evidenziato come diventare genitore implichi una ridefinizione a livello intrapsichico e relazionale della propria immagine, del rapporto di coppia, del rapporto con la propria famiglia d'origine.

Il punto di vista psicoanalitico studia la genitorialità dell'adulto nella sua storia e nelle sue radici infantili: la genitorialità non si avvia improvvisamente con la nascita del figlio, anche se l'evento nascita segna una svolta importante nel suo sviluppo, evidenziandone gli esiti e contribuendo a definirli. Il desiderio di un figlio si radica fin dalla prima infanzia sia nelle donne che negli uomini. Il bambino desiderato è il figlio immaginario, una fisiologica estensione narcisistica di se stessi, il bambino "perfetto" che viene a riparare, esaudire, rispondere ai bisogni e ai desideri dei suoi genitori.

La qualità del funzionamento dell'adulto nel ruolo genitoriale sarà fortemente influenzata dalle vicende del processo di transizione alla genitorialità, in particolare con il primo figlio, ma con ciascun figlio in relazione alle dinamiche interne, alle caratteristiche originali di quel figlio e agli aspetti di realtà che accompagnano ogni gravidanza, il parto, la fase perinatale.

L'annuncio di un'anomalia fetale, ad esempio, può causare vergogna e senso di colpa nella donna incinta. Le questioni irrisolte del passato, le vulnerabilità preesistenti, riaperte dalla gravidanza, potrebbero cristallizzarsi attorno a questo annuncio. Così il feto, se immaginato come "mostruoso", potrebbe essere fantasticato come il risultato di una propria inadeguatezza o indegnità. Anche il futuro padre può sperimentare una riattivazione di vulnerabilità nell'immagine di sé nella

confrontazione con il lutto per il figlio ideale che avrebbe potuto essere e non sarà, e anche la relazione coniugale può risentire delle questioni irrisolte che si riaprono rispetto al legame tra i partner e il figlio desiderato.

Anche una diagnosi di sterilità comporta per gli aspiranti genitori una impegnativa elaborazione personale e di coppia della patologia propria, del partner, o dell'infertilità di coppia, che intrude nel processo di costruzione della genitorialità avviato dalla decisione di avere un figlio, alterandolo fino a minare l'autostima e produrre un vissuto di insufficienza che può persistere anche nel caso il ricorso alla PMA consenta di realizzare il progetto generativo.

E ancora, dall'esperienza clinica sappiamo quanto drammaticamente intervenga a complicare i processi di transizione alla genitorialità la perdita reale di un genitore in coincidenza con l'attesa o la nascita di un figlio, imponendo all'adulto che diventa genitore un lutto reale che complica l'elaborazione del fisiologico "lutto evolutivo" – il lutto della perdita dello proprio stato di figlio - necessaria per assumere il nuovo ruolo di responsabilità.

Occorre ricordare che la genitorialità costituisce una fase del ciclo di vita distinta dall'età adulta, che comporta la necessità di attraversare una vera e propria crisi evolutiva, per affrontare e integrare il nuovo compito nel complesso di una riorganizzazione profonda del Sè e delle proprie relazioni. L'arrivo di un figlio richiede infatti una ristrutturazione del sentimento di identità, l'assunzione di un nuovo ruolo sociale e di una nuova identificazione attraverso la revisione delle esperienze vissute con i propri genitori nell'infanzia e nell'adolescenza, la riorganizzazione dell'equilibrio della coppia che si apre ad accogliere il figlio come terzo condiviso. Questa mobilitazione del mondo interno offre nuove possibilità maturative, evolutive, agli adulti che diventano genitori, che possono permettere una rielaborazione di quanto rimasto in sospeso dal passato. A seconda dell'esito di questi processi e delle condizioni esterne relazionali e di realtà che li accompagnano, l'accesso alla genitorialità avverrà con caratteristiche che proteggeranno la relazione con il bambino o la caricheranno di interferenze legate alle vicende e tensioni irrisolte del passato. In questo caso, i fantasmi del passato si insedieranno nella stanza dei bambini (Freiberg 1975) e il nuovo nato sarà caricato dalle proiezioni provenienti dalle rappresentazioni interne di uno o di entrambi i genitori invece che scoperto e sostenuto nelle sue caratteristiche originali. La riedizione con il proprio bambino delle questioni in sospeso con i propri genitori è uno dei modi in cui più frequentemente queste interferenze si attualizzano, compromettendo la capacità di una adeguata disponibilità a riconoscere e accogliere i bisogni emozionali autentici del figlio e a contenerli.

È qui in gioco quella che viene definita l'"ereditarietà psichica", i processi inconsci attraverso i quali il funzionamento della mente genitoriale incide sulla strutturazione della mente del bambino, modellandola. Lebovici ha indicato l'importanza di riconoscere un ruolo determinante ai mandati

transgenerazionali inconsci dei genitori anche nelle situazioni in cui sono gli eventi perinatali traumatici che creano condizioni patologiche o di specifico rischio, per l'elevato potere induttivo degli eventi reali nel risvegliare i fantasmi genitoriali.

Fonagy e colleghi hanno descritto il costrutto di funzione riflessiva all'interno dei loro studi sulla trasmissione transgenerazionale dei modelli di attaccamento. La funzione riflessiva genitoriale, che descrive la capacità di un genitore di rappresentare e comprendere la qualità e l'intensità dell'esperienza interna del bambino, è correlata alla capacità di riconoscere gli stati mentali propri e del figlio collegandoli al comportamento in modo sensibile e accurato.

La competenza genitoriale, con le capacità di sintonizzazione, rispecchiamento, responsività, è una funzione dinamica della mente, influenzata non solo dalle vicende del passato, ma anche dalle condizioni interne ed esterne che nell'attualità impattano su madri e padri, condizionandone il funzionamento.

Le complicanze che possono intervenire nel corso di una gravidanza, nel post partum, nei primi mesi della vita del piccolo, si pongono come eventi traumatici che contribuiscono ad aumentare la vulnerabilità di madri e padri impegnati nei complessi processi psicologici di accesso alla genitorialità. Le circostanze che accompagnano la nascita, le caratteristiche del bambino, da una parte, e gli aspetti interni dei genitori che derivano dal loro passato, come risorse positive o come fantasmi interferenti, intervengono dunque in modo combinato a determinare la qualità delle attitudini, che si traducono nelle modalità di interazione che madri e padri metteranno in campo nei confronti del loro nuovo bambino.

Una gravidanza ad alto rischio, una diagnosi prenatale di patologia del feto, nascite premature, lutti e perdite significative per i genitori, depressione materna, ma anche difficoltà o asimmetrie importanti nella coppia coniugale, il desiderio di un figlio che non riesce a realizzarsi, il ricorso alla PMA sono eventi destabilizzanti che intervengono in un momento già estremamente delicato nella vita dell'adulto che desidera diventare genitore.

La ricerca evolutiva ha dimostrato quanto la stabilità psichica di un genitore determini la sua responsività e accessibilità psicologica per il figlio, due aspetti che predicono lo sviluppo emozionale armonico di un bambino. Quando la mente di un genitore è occupata da lutti o da traumi non elaborati, la sua possibilità di sintonizzazione con il figlio risulta significativamente ridotta, con un esito sulla capacità di autoregolazione del bambino, che dipende dall'aver sentito accolti e compresi i propri stati emozionali, anche conflittuali, difficili o negativi, dalla riflessività genitoriale.

Gli eventi traumatici non elaborati, osserva Fonagy, interferiscono profondamente con il funzionamento riflessivo genitoriale, lasciano una traccia che riduce la possibilità di comprendere

empaticamente le ansietà espresse dal bambino nel presente e nei passaggi evolutivi successivi, quando un nuovo evento o un nuovo compito evolutivo risvegliano le angosce precoci, per cui per il genitore viene a mancare la possibilità di affrontarle e contenerle in modo sufficientemente efficace. I genitori che hanno subito un trauma sperimentano le ansietà e le paure dei loro figli come intollerabili, perché le paure dei figli rievocano la loro impossibilità di affrontarle, e quindi possono difensivamente sottovalutarle o negarle. E quando un bambino, specie se molto piccolo, è lasciato da solo a regolare i suoi stati emozionali, non può che ricorrere a difese patologiche. Diventa quindi indispensabile acquisire la conoscenza e la competenza specifica per orientare e modulare il lavoro preventivo e clinico con i genitori.

La clinica psicologica e psicoterapeutica perinatale

Mentre le neuroscienze studiano e spiegano i fattori che facilitano la creazione delle reti neuronali e predispongono il bambino all'apprendimento dall'esperienza, la prospettiva psicoanalitica relazionale fornisce la cornice teorica di riferimento, i dispositivi e gli strumenti per affrontare i disturbi precoci della relazione genitori-figlio e promuovere la competenza dei genitori recuperando le loro risorse positive per sostenere le potenzialità evolutive del bambino.

La valutazione e la cura tempestiva dei problemi precoci della relazione genitori-figlio è di importanza cruciale sia per risolvere le criticità che interferiscono nell'attualità con lo sviluppo ottimale del bambino, sia per prevenirne gli esiti a lungo termine.

Per gli psicologi e gli psicoterapeuti che lavorano nell'ambito della perinatalità, gli interventi riguardano competenze nella prevenzione e nella clinica precoce, in molteplici ambiti e settori. Sul versante delle équipe multidisciplinari degli operatori - ostetriche, ginecologi, ecografisti, neonatologi, operatori delle TIN e dei servizi di PMA - il ruolo di consulenza al personale, negli ambulatori, nei reparti, nelle riunioni di équipe, nei gruppi di discussione casi, sostiene l'impegno, la complessità, il sovraccarico psicologico di questi operatori per espandere la loro capacità di comprendere anche gli aspetti emozionali nelle procedure di cura e affinare le modalità di comunicazione in particolare di fronte a situazioni compromesse o ad alto rischio, per facilitare i processi elaborativi dei genitori prestando attenzione ai loro vissuti.

Missonnier, psicoanalista perinatale che lavora nel reparto maternità di un grande ospedale parigino, osserva ad esempio come il contesto ecografico, offrendo uno specchio materiale e psichico del processo evolutivo del feto *e della genitorialità*, può agire da catalizzatore dei processi psichici genitoriali se l'ecografista offre un contesto relazionale contenitivo. In assenza di questa consapevolezza, il perturbante del potere induttivo della diagnosi prenatale può determinare una paralisi psichica nel processo di genitorializzazione di quel feto-bambino, oppure delle identificazioni proiettive patologiche per saturazione delle riapparizioni traumatiche di madre e

padre.

Una nascita pretermine, con l'elevato rischio per la sopravvivenza e lo sviluppo del bambino e l'alterazione del ruolo di genitore a causa della inevitabile separazione fisica dal proprio piccolo nell'ambiente tecnologico della Terapia Intensiva Neonatale, possono costituire un'esperienza traumatica per i genitori che interferisce con lo sviluppo di un positivo primo legame con il neonato. Non è infrequente osservare nelle madri e nei padri dei bambini pretermine una sintomatologia ansiosa o depressiva che può tuttavia essere attenuata da un'organizzazione della TIN attenta agli aspetti relazionali e da un tempestivo intervento di sostegno psicologico.

L'inserimento della consulenza psicologica nei servizi di PMA può contribuire a migliorare le possibilità di successo dell'intervento medico e sostenere la coppia nel corso delle procedure, specie se ripetute, che richiedono un impegno fisico e mentale notevole soprattutto per la donna e possono causare o acuire difficoltà nella relazione di coppia proprio in ragione della asimmetria del coinvolgimento richiesto ai due partner. La procreazione medicalmente assistita è un'acquisizione importante come risorsa per consentire il superamento delle difficoltà a concepire naturalmente, ma può trasformarsi in un fattore di rischio quando l'intervento medico non è accompagnato da una adeguata elaborazione della ferita narcisistica che la sterilità comporta. Dal superamento di questo lutto dipende lo sviluppo di una maternità e di una paternità *interiore* sufficientemente libera da conflitti, tale da predisporre uno spazio mentale "sgombro" per accogliere il bambino e un sentimento di co-genitorialità alleata e solidale nella coppia, all'interno di una dinamica in cui ognuno dei partner partecipa alla rielaborazione dell'altro e la influenza.

Sul versante dei genitori e del neonato, il ruolo dello psicologo perinatale può riguardare anche interventi più specificamente terapeutici, attraverso consultazioni terapeutiche individuali, coniugali e familiari a seconda di quanto appaia più opportuno nelle diverse situazioni.

Le consultazioni terapeutiche, gli interventi di sostegno ai genitori e le psicoterapie brevi genitori-bambino sono strumenti di cura che possono a pieno titolo essere inseriti tra gli interventi multidisciplinari perinatali di rete, in modo da consentire un approccio globale al bambino e ai suoi genitori rispettando l'intreccio tra il corpo e la psiche e tra intrapsichico e relazionale.

La plasticità del sistema relazionale genitore-bambino in questa fase precoce della sua costituzione rende particolarmente indicati gli interventi terapeutici brevi e focali centrati sugli aspetti che confluiscono nel modulare la qualità del primo reciproco riconoscimento, nell'incontro tra i processi di costruzione della genitorialità da una parte e lo sviluppo della mente del bambino dall'altra.

L'importanza degli esiti del processo di transizione alla genitorialità è sottolineata dall'osservazione di Cramer che molte depressioni post-partum possono essere meglio comprese se considerate come

un disturbo relazionale, “una patologia della preoccupazione materna primaria”, quando le ansietà soverchianti sollecitate dai cambiamenti legati ai processi somato-psichici che accompagnano la gravidanza e il parto e l’assunzione delle responsabilità imposte dalla cura del neonato inducono un disturbo che impatta sulla neo-genitorialità e sugli scambi madre-bambino. Questa ipotesi è sostenuta dall’evidenza clinica e dalle ricerche che dimostrano come la depressione materna risulti spesso alleggerita, a volte in tempi sorprendentemente brevi, quando l’intervento clinico è rivolto alla relazione madre-bambino. Per quanto le diverse forme di depressione post-partum siano collegate ad una pluralità di fattori di rischio, come precedenti episodi depressivi, familiarità per la depressione, qualità dell’intesa di coppia e della funzione di sostegno del partner, un ruolo cruciale attiene alla rappresentazione svalutata, insufficiente, di sé stessa in quanto madre e alle proiezioni negative sul figlio, che possono essere efficacemente trattate con una psicoterapia congiunta. Si tratta di interventi che necessitano di una coerente cornice teorico-tecnica che consideri la complessità dell’incontro *con e tra* i genitori e il bambino nel contesto della relazione terapeutica triadica e circolare che si instaura, e quindi sono interventi che richiedono una specifica formazione psicoterapeutica, che preveda anche l’esperienza personale di Infant Observation, L’esperienza osservativa affina la capacità di osservare, contenere e di attribuire senso a quello che accade nell’interazione tra il neonato i genitori e gli altri famigliari entrando in contatto con i diversi stati mentali, una competenza che costituisce un prerequisito specifico per le psicoterapie congiunte genitori-bambino.

La teoria psicoanalitica delle relazioni oggettuali, il classico contributo di Winnicott su holding e rispecchiamento, il pensiero di Bowlby sull’attaccamento, la concettualizzazione della funzione di contenimento di Bion, e poi il costrutto di funzione riflessiva genitoriale descritta da Fonagy, gli studi psicoanalitici sul funzionamento della famiglia e della coppia, hanno reso disponibili conoscenze che forniscono una cornice teorica coerente agli interventi sulla genitorialità.

All’interno della prospettiva psicoanalitica disponiamo di una pluralità di modelli, che pur nella diversità degli approcci tecnici sostenuti dalle specifiche teorie di riferimento, condividono gli obiettivi e sottolineano il concorso di due fattori mutativi che contribuiscono a promuovere la capacità riflessiva genitoriale: la facilitazione dell’insight rispetto all’incidenza delle proprie rappresentazioni interne e la funzione di contenimento delle ansietà emergenti.

Gli interventi di psicoterapia congiunta hanno per oggetto, come sottolinea Stern, un nuovo “paziente prototipico”, non una persona, ma una relazione, per quanto una relazione oggettivamente asimmetrica come quella tra un bambino piccolo e i suoi genitori.

Il classico lavoro di Selma Fraiberg sui “fantasmi nella stanza dei bambini” ha mostrato come il passato dei genitori si ripeta nella loro relazione con il figlio, e come solo l’elaborazione

dell'esperienza emozionale che ha caratterizzato la propria storia infantile protegga dal rischio di riprodurre dinamiche disfunzionali con il nuovo bambino.

Cramer e Palacio Espasa, partendo dal concetto di interazione fantasmatica tra genitori e figlio, hanno approfondito lo studio dei conflitti di genitorialità e della loro incidenza sulle interazioni reali. A partire dagli studi sulle interazioni precoci madre-neonato, gli autori della “Scuola di Ginevra” hanno descritto una modalità di psicoterapia psicoanalitica breve congiunta genitori-neonato che si focalizza sui fattori disturbanti responsabili della comparsa dei sintomi funzionali nel piccolo – disturbi del sonno e dell'alimentazione in prima istanza, ma successivamente anche difficoltà nell'educazione sfinterica e leggeri disturbi del comportamento – per comprendere le costellazioni interattive dell'attualità in cui i disturbi si manifestano alla luce delle esperienze interiorizzate e irrisolte delle neo-madri e dei neo-padri nella loro relazione infantile con i propri genitori.

Per sottolineare la complementarietà di una molteplicità di vertici diversamente articolati che nel loro insieme concorrono ad espandere la comprensione delle complessità da affrontare e ampliano la gamma degli strumenti con cui intervenire, cito ancora il modello Tavistock “Under Fives”, il modello della Consultazione Partecipata della psicoanalista milanese Dina Vallino e i contributi di Solomonsson, che evidenziano l'opportunità di prestare una dedicata considerazione al bambino, sin dalle prime settimane di vita, come soggetto che svilupperà una specifica relazione con il terapeuta e risponderà al contenimento analitico così come i suoi genitori.

Nonostante la sottolineatura dei diversi autori sugli aspetti qualificanti il proprio metodo, è evidente come i diversi modelli utilizzino approcci combinati, ad esempio l'esplorazione del passato dei genitori e il sostegno alla funzione riflessiva, l'attenzione alle rappresentazioni inconsce dei genitori e alle interazioni reali in seduta, dal momento che i confini tra intrapsichico e interpersonale appaiono in questa popolazione clinica altamente permeabili, e aspetti del funzionamento individuale, della coppia coniugale, della coppia genitoriale, del bambino, sono strettamente interrelati nel sistema familiare.

Penso sia importante segnalare anche come le esperienze cliniche con le famiglie dei più piccoli suggeriscano la validità di estendere l'attenzione a questi aspetti anche al lavoro clinico con le famiglie con figli di tutte le età, in setting variabili e diversificati proposti “su misura” nelle diverse situazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti, M.** (2010) *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi di rischio*, Raffaello Cortina Milano
- Bion W. R.** (1962) *Apprendere dall'esperienza*, tr. it. Armando, Roma 1972.
- Bowlby, J.** (1969, 1972, 1980) *Attaccamento e perdita*, vol. I, II, III, trad. it. Bollati Boringhieri Torino.
- Cramer, B.** (2002) Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire? *Devenir*, 2002/2 Vol. 14: 89 – 99
- Cramer B., Palacio-Espasa F.** (1993) *Le psicoterapie madre-bambino*, trad. it. Masson 1995.
- Disnan, G., Alvarez, L.** (2010) *Adaptation du cadre des psychothérapies parents/bébé aux*

- nouvelles connaissances en psychopathologie périnatale, *La Psychiatrie de l'enfant*, 53: 115-166
- Emanuel, L., Bradley, E.** (2008) *What can the matter be? Therapeutic interventions with parents, infants and young children*, Karnac, London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M.** (2002) *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sè*, trad. it Raffaello Cortina Milano 2002.
- Freiberg, S.** (1975) I fantasmi nella stanza dei bambini, trad. it. In: *Il sostegno allo sviluppo*, Raffaello Cortina Milano 1999
- Golse, B.** (2012) Les psychothérapies conjointes parent(s)/enfant d'inspiration psychanalytique, in *Revue française de psychosomatique*, n. 41,1, 2012, pp.107-117.
- Imbasciati, A. Cena, L.** (2017) *Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e Psicoanalisi*, FrancoAngeli Milano.
- Knauer, D. Palacio Espasa, F.** (2010) *Difficoltà evolutive e crescita psicologica, tr.it.*, Raffaello Cortina Milano 2012.
- Lebovici, S.** (1983) *Il neonato, la madre e lo psicoanalista. Le interazioni precoci*, tr.it., Borla Roma 1988.
- Manzano J., Palacio Espasa F., Zilkha N.** (2001) *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori – bambino*. Raffaello Cortina, Milano.
- Missonnier, S.** (2010) Gli aspetti psicologici della diagnosi prenatale: uno spazio comune di prevenzione tra il somatico e lo psichico. *Setting* 29: 61-77
- Nanzer, N.** (2012) *Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità*, tr. it, Raffaello Cortina, Milano
- Palacio Espasa, F.** (2004) Parent-infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: implication for treatment in *Journal of Child Psychotherapy*, .30, 155-171.
- Palacio Espasa F., Knauer, D.** (2007) La psicoterapia breve madre-padre-bambino: aspetti clinici e tecnici, in: Pozzi-Monzo M.E., Tydeman, B. (2007): *Nuove prospettive nella psicoterapia psicoanalitica genitore-bambino*, tr. it. Borla, Roma 2012.
- Ruggiero, I.** (2007) Il laborioso sviluppo delle funzioni genitoriali nei genitori di un bambino nato con la procreazione assistita, *Interazioni*, 1: 61-71
- Sala A.** (2013) Il sostegno alla funzione genitoriale, in Sala, A. Albertini E. (a cura di) *Psicoterapia Psicoanalitica dell'Età evolutiva: Clinica e Formazione*, Mimesis, Milano.
- Sala A.** (2019) Gli interventi di psicoterapia breve per la prima infanzia, in: Sala A. (a cura di) *Psicoterapia Psicoanalitica breve per l'Età Evolutiva. Modelli e applicazioni*, Mimesis Milano.
- Sala A. Gulotta N.** (2013) La funzione terapeutica della consultazione, in Sala A., Albertini E. (a cura di) *Psicoterapia Psicoanalitica dell'Età evolutiva: Clinica e Formazione*, Mimesis Milano.
- Schore, A.**(2001a) Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health'. *Infant Mental Health Journal*, 22: 7–66.
- Schore, A.** (2001b) The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22: 201–69.
- Salomonsson, B.** (2014) *Terapia psicoanalitica con bambini e genitori*, tr. it. Mimesis, Milano 2016.
- Salomonsson, B.** (2015) Brevi ma profonde. Consultazioni psicoanalitiche nel Centro Pediatrico Mama Mia, in *Interazioni*, n.38, pp. 11-19.
- Sameroff, A., Emde, R.** (1989) *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, tr.it., Bollati Boringhieri, Torino 1991.
- Slade, A.** (2010) *Relazione genitoriale e funzione riflessiva*, Astrolabio, Roma.
- Trevarthen, C., Aitken, K. J.** (2001) Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1): 3–48.
- Stern D.** (1995) *La costellazione materna*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino.
- Vallino, D.** (2010) *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*, Borla, Roma.
- Winnicott D.W.** (1945) *Lo sviluppo emozionale primario*. tr. it. in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- Winnicott, D.W.** (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente*. tr. it., Armando, Roma 1970.