

## Capitolo sesto

### **I modelli osservativi ad orientamento sistemico e comportamentale**

*(Loredana Cena, Antonio Imbasciati)*

#### **6.1 Studio della triade: la scuola di Losanna**

Stern (1985) propone di operare una distinzione tra il modello della terapia familiare che definisce le relazioni dei componenti della famiglia, a seconda che queste siano osservate a livello psicoanalitico, piuttosto che comportamentale o sistemico, e il modello propriamente sistemico, come modalità di intendere l'organizzazione degli elementi che formano il sistema, considerando la loro interdipendenza. Tra questi ultimi spicca quello della Fivaz-Depeursinge.

Le osservazioni delle relazioni e gli interventi ad orientamento sistemico-evolutivo come quelli proposti dalla Fivaz-Depeursinge (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, Frenck, 1999) si possono far risalire sia a modelli sistemici, sia ad altri modelli di terapia familiare. In questa metodologia inizialmente viene esplorata la situazione clinica, in quanto i disturbi della relazione genitore-bambino sono in genere all'origine della richiesta di terapia; poi vengono indagate le rappresentazioni genitoriali che influenzano lo sviluppo del bambino, e la funzione che il bambino ha nella storia generazionale; quindi le rappresentazioni della famiglia di origine, che hanno una notevole influenza nel modo in cui ciascuno dei genitori si pone come membro della triade.

Elemento fondamentale nelle osservazioni della intersoggettività indagate dalla Fivaz-Depeursinge (1999) è l'estensione della diade alle interazioni triadiche madre-padre-bambino. L'autrice evidenzia la presenza di una intersoggettività tridirezionale tra i componenti della triade, caratterizzata da reciprocità. Nella situazione di osservazione sperimentale creata dall'autrice il padre viene inserito insieme alla madre nelle interazioni di gioco con il bambino. Il principio di base di questo metodo di osservazione e valutazione delle interazioni familiari è che in una situazione sperimentale la famiglia può mettere in atto le in-

terazioni, piuttosto che parlarne soltanto. Si sottolinea così che l'osservazione diretta del bambino piccolo e della sua famiglia è l'unica via d'accesso alla comprensione dell'interazione e della comunicazione corporea tra il bambino e i genitori.

Vengono osservate due dimensioni, quella comportamentale e quelle intrapsichica. Il termine triadificazione (Lebovici, 1983) indica come si struttura una triade e triangolazione (Stern, 1995) il processo intrapsichico con cui si sperimenta soggettivamente una triade. Nel modello della Fivaz-Depeursinge (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, Frenck, 1999) entrambi i processi vengono tenuti in attenta osservazione. La Fivaz studia l'unità triadica, attraverso una situazione sperimentale, strutturata in laboratorio, il *Lausanne Trilogie Play, LTP*, che permette di osservare e registrare come i genitori e il loro bambino giocano e interagiscono all'interno del sistema triangolare. La situazione sperimentale prevede quattro configurazioni: una in cui i membri della triade sono attivi tutti insieme, e tre in cui ci sono due partner attivi e uno in posizione passiva. In pratica il bambino e i suoi genitori sono disposti in una posizione triangolare, il bambino sta seduto su un seggiolone e i due genitori si siedono di fronte a lui. Le quattro configurazioni si attuano in quattro momenti interattivi: prima il bambino gioca con un solo genitore e l'altro genitore osserva senza intervenire; nel secondo si invertono i ruoli; nel terzo i genitori intervengono e giocano entrambi con il bambino; infine si relazionano tra loro escludendo dall'interazione il bambino. Le diverse fasi nell'intervento vengono videoregistrate e utilizzate successivamente dal terapeuta.

È possibile effettuare una video-osservazione durante il periodo prenatale per valutare l'alleanza della coppia genitoriale: ai genitori viene richiesto di rappresentare il primo incontro con il loro bambino dopo la nascita, per vedere la futura influenza esercitata sul bambino. L'LTP consente di indagare l'alleanza della coppia genitoriale differenziandola dall'alleanza coniugale (Belsky, Rovine, Fish, 1989).

Gli indicatori individuati per valutare le diverse tipologie relazionali familiari sono: il grado di partecipazione di ognuno dei partecipanti, l'organizzazione del comportamento, il contatto oculare e affettivo, l'interazione mediante la funzione esercitata da ogni membro attraverso il pro-

prio ruolo. L'autrice mette in evidenza che i bambini hanno una capacità di differenziazione negli sguardi che rivolgono ai genitori e a tre mesi alternano l'orientamento dello sguardo fra i due genitori diverse volte durante la seduta osservativa sperimentale: questo indica che a tre mesi sono sviluppate le coordinazioni triangolari e il bimbo condivide l'attenzione e gli affetti con entrambi i genitori. L'obiettivo del gioco triadico è quello di valutare la regolazione affettiva, la condivisione e la responsività dei membri della famiglia; non vengono valutati altri ambiti di funzionamento come la sicurezza dell'attaccamento.

Il setting è il laboratorio clinico-familiare con lo specchio unidirezionale che consente la videoregistrazione, anche se è possibile effettuare delle videoregistrazioni delle interazioni a casa. La Fivaz-Depeursinge (Fivaz-Depeursinge et al., 1999) ritiene che le relazioni familiari siano costituite da micro-processi triangolari che si possono rilevare a tre mesi e forse anche prima, anche se non ancora in forme troppo differenziate e dipendenti dal contesto, rispetto a quelle riscontrabili a nove mesi di età; questi micro-processi vengono da altri autori considerati parte della intersoggettività primaria (Trevarthen, 1979); la valutazione relazionale considera due aspetti: quello intersoggettivo e quello interattivo.

L'osservazione si focalizza sulle attività di gioco libero che vengono videoregistrate in modo da permettere ai ricercatori di analizzarle secondo quattro dimensioni denominate: funzionale-clinica; strutturale; del processo; evolutiva. La codifica viene effettuata seguendo le indicazioni di un manuale (GETCEF) da parte di operatori appositamente formati. Le informazioni provenienti da questa analisi consentono al clinico di ricostruire le relazioni tra i membri della famiglia secondo modalità definite di alleanza, cioè di coordinazione che i membri della famiglia attivano quando lavorano tutti insieme per raggiungere un obiettivo. Il modo con cui i partner coordinano le loro azioni intersoggettive per raggiungere l'obiettivo permette di individuare quattro tipi di alleanze familiari: «funzionali» (cooperative e attive) e «disfunzionali» (collusive e disturbate). Viene considerato il grado di alleanza familiare «funzionale», quando le interazioni della famiglia sono coordinate e raggiungono momenti di piacere condiviso, «disfunzionale» se le interazioni diventano problematiche, sono

poco coordinate, conflittuali o bloccate. Le ricerche hanno evidenziato che il tipo di alleanza triadica a tre mesi è abbastanza stabile fino a tutto il primo anno di vita e favorisce lo sviluppo socio-affettivo del bimbo.

Il gruppo di ricerca di Losanna esplora il processo di coordinazione che si attiva tra i membri della triade familiare nella transizione da una configurazione interattiva ad un'altra: viene effettuata una microanalisi dei vari momenti interattivi video-osservati. Si è visto che il bambino a tre mesi è in grado di adottare delle strategie triangolari: di fronte al comportamento di un genitore, ad esempio, può rivolgersi verso l'altro cercando informazioni per interpretare l'evento; oppure mentre è impegnato in uno scambio con un genitore può voltarsi e guardare brevemente l'altro per condividere la gioia. Sono i genitori che devono orientare le coordinazioni triadiche affinché esse si costituiscano come un contesto sicuro, in cui sia possibile per tutti fare l'esperienza della separazione, senza provare la spiacevole sensazione di perdere la persona da cui ci si separa. Genitori troppo coinvolti dalla preoccupazione di evitare conflitti, in cui non si sia sviluppata la fiducia relativa alle loro capacità genitoriali o non rassicurati nei loro sentimenti reciproci, possono avere difficoltà nell'accogliere il figlio o nel distacco da lui.

Il trattamento è utilizzato nelle terapie familiari con bambini molto piccoli e si basa fondamentalmente sull'analisi degli schemi interattivi non verbali videoregistrati di una interazione familiare, bimbo, madre e padre, che si svolge in un contesto strutturato di laboratorio.

Il trattamento psicoterapeutico trae spunto da osservazioni e da teorie della attuale psicologia dello sviluppo e si differenzia dalle terapie familiari tradizionali che si rivolgono principalmente a famiglie con bambini più grandi, che hanno come riferimento la teoria generale dei sistemi. Il metodo è stato ideato originariamente per prendersi cura degli aspetti psicopatologici dei genitori: l'obiettivo è di liberare il bambino dagli effetti negativi della conflittualità genitoriale; successivamente l'intervento ha coinvolto anche famiglie con bambini che presentano problemi funzionali, come le difficoltà nel sonno e nell'alimentazione; non include bambini con psicopatologia grave. Il ruolo del terapeuta nella triade è quello di indagare prima le sue sensazioni, rispetto al fatto di avere un ruolo nel gruppo, e poi poter osservare

dall'interno del contesto le configurazioni interattive predominanti della famiglia. In una terza fase il terapeuta interviene con l'obiettivo di modificare le interazioni familiari. I cambiamenti vengono considerati come modificazioni della struttura del contesto, per la formazione di nuovi schermi interattivi: un cambiamento degli schermi consente una modificazione delle rappresentazioni stesse.

## 6.2 Interventi sistemici integrati

Uno strumento per l'osservazione indiretta della relazione bambino-caregiver è il *Working Model of the Child Interview* (WMCI) (Zeanah et al., 1995), un'intervista semistrutturata somministrata al genitore, che consente di esplorare le sue rappresentazioni genitoriali rispetto al figlio, valutando il suo modo personale di vivere la propria esperienza di genitorialità e le percezioni di tale esperienza. Le domande dell'intervista esplorano in modo sistematico i sentimenti del genitore riguardanti il bambino e i suoi comportamenti: viene indagata l'esperienza soggettiva del caregiver con il bambino, con particolare attenzione all'organizzazione narrativa e alla tonalità affettiva delle narrazioni. Relativamente alle rappresentazioni genitoriali sono valutati otto indicatori clinici: 1) la qualità delle percezioni (ricchezza o povertà dei dettagli forniti per descrivere il bambino, mantenendo l'attenzione su di lui e descrivendolo come persona dotata di individualità); 2) la disponibilità al cambiamento (quanto la narrazione del genitore si modifica per accogliere nuove informazioni e intuizioni sul bambino); 3) la coerenza (come per la scala di coerenza dell'AAI, valuta il grado di chiarezza, coerenza e credibilità della narrazione); 4) l'intensità del coinvolgimento (modalità con cui il genitore risulta immerso nella relazione con il bambino); 5) l'accettazione/rifiuto del bambino; 6) la sensibilità (le capacità genitoriali di mettersi nella prospettiva del bambino e di rispondergli riconoscendo i suoi bisogni e le sue esperienze emotive e affettive); 7) le risposte soggettive alle difficoltà del figlio (capacità genitoriale di modulare la tendenza verso attribuzioni negative, mantenendo un involucro protettivo intorno al bambino); 8) la paura di perdita del figlio (valutazione dell'irrazionalità di tale sentimento).

La valutazione delle suddette dimensioni narrative consente di individuare differenti tipologie di organizzazione nella narrazione, che vengono codificate. La codifica consente di elaborare un profilo rispetto alle rappresentazioni genitoriali secondo alcune categorie di rappresentazioni: rappresentazioni equilibrate (narrazioni chiare, ricche di dettagli, in cui il genitore è coinvolto nella relazione con la specifica individualità del bambino); rappresentazioni disinvestite (descrizioni distaccate e fredde, in cui il bambino è descritto in termini vaghi e il genitore non appare molto coinvolto); rappresentazioni distorte (descrizioni confuse, incoerenti e irrealistiche, derivate da eccessivo coinvolgimento, incapacità di assunzione del ruolo di caregiver, preoccupazione eccessiva per sé). Le rappresentazioni che i genitori hanno del loro bambino vengono correlate alla regolazione emotiva precoce del bimbo (Coolbear, Benoit, 1999), al comportamento del genitore (Rosenblum, Dayton, McDonough, 2006) e poi complessivamente sono correlate alla sicurezza dell'attaccamento del figlio. Le narrazioni sono un interessante strumento sia di valutazione delle rappresentazioni mentali genitoriali (Zeanah et al., 2000), sia anche terapeutico.

Quando si riscontrano relazioni genitore-bambino con gravi problemi di trascuratezza e maltrattamento del bambino, per avere una valutazione clinica adeguata della situazione problematica, oltre alla somministrazione dell'intervista semistrutturata ai genitori, sono previsti moduli di osservazione della diade o della famiglia, secondo una procedura di valutazione standardizzata che si focalizza sull'interazione genitore-bambino (Zeanah et al., 2000). L'obiettivo è la costruzione di un programma di trattamento che tenga conto dei bisogni del bambino e del genitore, basato sulla relazione e calibrato specificamente per una certa situazione clinica problematica, che consenta di modificare le relazioni patologiche, in modo che il bambino non sia più in pericolo e possa proseguire il suo sviluppo in modo adeguato. Si interviene presso i genitori biologici il cui figlio è stato dato in affidamento per problematiche di maltrattamento e trascuratezza per migliorare i loro sistemi di cura e presso i genitori affidatari. Con approcci multidisciplinari integrati ci si rivolge non soltanto alla diade e alla famiglia patologica, ma ad un sistema più allargato che comprende i servizi clinici legali e sociali; gli interventi con

famiglie multiproblematiche che si trovano in situazioni di elevato rischio sociale comportano un lavoro in équipe multidisciplinare, *l'Infant Team* (Larrieu, Zeanah, 2006): i servizi sociali prevedono, nei casi di affido, che i genitori naturali, il bambino e anche i genitori affidatari seguano progetti di riabilitazione; il programma riabilitativo prevede che vengono utilizzate tecniche terapeutiche integrate con il contributo di più figure professionali impegnate in una collaborazione coordinata e continuativa, al fine di favorire nei genitori un apprendimento delle competenze di cura da rivolgere al proprio bambino, e consentirne un rientro in famiglia.

Il genitore biologico e il bambino seguono una psicoterapia intensiva, così come il genitore affidatario; l'intervento è complesso e multifocale: prevede una psicoterapia individuale con il bambino, una psicoterapia individuale con il genitore biologico e una psicoterapia genitore-bambino, in cui i bambini e i genitori vengono osservati contemporaneamente, il focus dell'attenzione è posto sul loro legame.

Il processo di cambiamento prevede diverse trasformazioni possibili, a livello comportamentale e delle rappresentazioni del caregiver, per aiutarlo ad acquisire la capacità di fornire cure genitoriali adeguate. Gli interventi utilizzano una rielaborazione delle rappresentazioni del passato, che i caregiver hanno nei confronti dei loro genitori, e del presente, rispetto al loro bambino. Le tecniche utilizzate nel setting terapeutico sono le video-osservazioni e il videofeedback (Bakermans-Kranenburg, Juffer, van Ijzendoorn, 1998); i genitori vengono incontrati regolarmente e vengono modulate tecniche individualizzate per ogni famiglia.

L'intervento viene sviluppato a più livelli: ad un primo livello il bambino è coinvolto all'interno delle relazioni con i caregiver che si occupano di lui; ad un secondo livello interviene il sistema legale; ad un terzo livello sono coinvolti i sistemi multipli dei servizi; viene facilitato l'accesso delle famiglie ai servizi cercando di migliorare la loro integrazione sociale perché possano seguire meglio i programmi riabilitativi previsti.

### 6.3 Guida alla Interazione per i genitori

In un altro modello ideato dalla McDonough (McDonough, 1991, 1992) l'osservazione della relazione si focalizza sulla reciprocità del comportamento interattivo della diade e costituisce anche il nucleo fondamentale dell'intervento terapeutico: i caregiver vengono coinvolti attivamente nell'osservazione dei comportamenti del bambino e del proprio stile di interazione con lui, e vengono aiutati a comprenderne lo sviluppo attraverso le interazioni di gioco. Viene utilizzata la videoregistrazione come metodologia integrante del trattamento, che permette di dare ai genitori un riscontro immediato dell'effetto della loro interazione sul bambino; la terapia prevede che i genitori siano coinvolti in un ruolo attivo nella valutazione del proprio trattamento, per poter raggiungere una maggiore consapevolezza dei punti di forza e degli aspetti più vulnerabili dell'interazione.

Questo modello di intervento è conosciuto come «Guida alla Interazione», G.I.: pur essendo di tipo psicopedagogico, tiene conto di aspetti transferali e controtransferali, come nelle terapie brevi ad orientamento psicoanalitico, senza però interpretarli. Il trattamento terapeutico è anche qui orientato alla relazione bambino-genitore, piuttosto che sui due membri della diade considerati singolarmente, ed è prevalentemente utilizzato quando i genitori hanno poche capacità di insight, limitazioni cognitive, o sono molto giovani, o non disponibili emotivamente a seguito di traumi subiti; è un modello pensato specificamente per le famiglie caratterizzate da fattori di rischio, quali malattia mentale, abuso di sostanze, mancanza di supporto sociale.

La metodologia adottata dalla Guida all'Interazione prevede un insieme di principi che indicano al terapeuta quale deve essere la sua posizione terapeutica e forniscono una serie di tecniche o pratiche terapeutiche ai genitori che possono essere utilizzate per aiutare la diade ad attivare un processo di cambiamento: l'intervento è strutturato attraverso una serie di fasi progressive con visite domiciliari, video replay con la famiglia, follow-up periodici.

L'obiettivo terapeutico è rivolto al cambiamento del comportamento manifesto della madre e del bambino; non vengono mai esplorate le rappresentazioni della madre e non viene fatto nessun riferimento esplicito alla sua storia pas-



sata; il terapeuta si limita a restare nell'ambito del «qui ed ora», rinforzando le interazioni positive. La capacità del terapeuta sta nel trattenere in terapia la diade, pertanto è molto importante riuscire a stabilire un'alleanza terapeutica positiva con il genitore: vengono utilizzate diverse strategie come consigli, un intervento di supporto ai familiari o di agenzie educative.

Il setting terapeutico prevede una stanza da gioco, arredata adeguatamente per accogliere la famiglia, con un tappeto, sedie per i bambini e i genitori, un divano, un'area destinata al cambio di pannolini e giocattoli adeguati all'età del bambino. Le famiglie accedono al trattamento una volta la settimana per un'ora: il terapeuta non interviene direttamente nello scambio interattivo genitore-bambino ma assume un ruolo di guida all'interazione. I momenti critici dell'interazione, su cui si svilupperà il lavoro terapeutico, vengono individuati attraverso le video-registrazioni; il genitore viene invitato a interagire con il bambino per 5 minuti svolgendo un gioco libero o un compito richiesto dal terapeuta e l'interazione della diade viene video osservata: possono essere filmati alcuni minuti di gioco libero, il momento del pasto, il cambio del pannolino, momenti di vita quotidiana che, secondo l'autrice consentono di reperire molte più informazioni, di quante non se ne possano ricavare da lunghe conversazioni.

L'intervento terapeutico si fonda principalmente su un rinforzo dei comportamenti e delle interazioni funzionali tra i genitori e il bimbo: i genitori possono osservare direttamente dal video quanto accade nella relazione, quali comportamenti il bambino manifesta e le modalità con cui essi si rivolgono a lui e gli rispondono; il terapeuta non si ferma subito sui comportamenti non corretti ma ricerca prima quegli aspetti positivi della relazione che possono essere utilizzati terapeuticamente, solo in un secondo momento si concentra sui punti di debolezza e sui comportamenti meno efficaci; non interagisce con il bambino, al posto della madre, per modificarne i comportamenti, perché questo comporterebbe un aumento della sfiducia in se stesso del genitore, collocando il terapeuta in una posizione competitiva, invece che di alleanza terapeutica positiva.

Alcuni momenti della seduta videoregistrata vengono esaminati, insieme ai genitori, durante l'ultima parte dell'ora di terapia: l'osservazione del comportamento videoregistra-

strato consente di avere un impatto indiretto sulle rappresentazioni della madre e del bambino. Attraverso le tecniche del fermo immagine, il terapeuta può soffermarsi sugli spezzoni più significativi del filmato e indirizzare l'attenzione del genitore su particolari aspetti della relazione col figlio. Le videoregistrazioni sono una risorsa informativa molto importante per il progresso del trattamento, perché consentono ai caregiver di rivedere e ascoltare ciò che hanno fatto con il loro bimbo, mentre il terapeuta si sofferma sui comportamenti positivi e su quegli aspetti della relazione che necessitano di un cambiamento, accompagnando così il genitore alla scoperta delle proprie competenze di cura e accudimento più adeguate per il suo bambino. Un altro vantaggio della videoregistrazione è il poter rivedere con la famiglia i cambiamenti che si sono verificati durante tutto il trattamento: quando la terapia è faticosa e complicata, la possibilità di poter rivedere i progressi raggiunti può incoraggiare la famiglia a proseguire. La conclusione dell'intervento prevede una valutazione da parte del terapeuta dei progressi e delle difficoltà che permangono e la famiglia viene invitata ad esprimere le sue considerazioni in merito. Dalle valutazioni fatte dalle madri, rispetto al trattamento, emerge una riduzione significativa dei sintomi (McDonough, 1993) manifestati dal figlio, come la difficoltà ad addormentarsi, e viene rilevato che i bimbi sono meno piagnucolosi e mostrano comportamenti più cooperativi.

Alla fine del trattamento il terapeuta consegna alla famiglia una copia delle video-osservazioni effettuate durante le sedute, che contengono gli sviluppi dell'interazione: questo filmato documenta la storia della famiglia e può essere condiviso poi con altre figure affettive di riferimento.

Ancora possiamo ricordare le Scale di Valutazione Comportamentale, SVC della Laicardi (Laicardi, 1998), usate per una osservazione indiretta della capacità relazionale del bambino piccolo dai due ai sei mesi, in interazione con il genitore. Queste Scale consentono ai genitori di raccogliere dati in un modo rapido ed economico, durante le attività di vita quotidiana del bimbo. Questo strumento valorizza l'importanza dell'interazione sociale, vengono valutati i comportamenti che si verificano nelle interazioni faccia a faccia e nei primi giochi sociali. I dati dei comportamenti globali del bimbo sono raggruppati in cinque situazioni diverse del-

la vita quotidiana, circoscrivendo l'osservazione a situazioni predeterminate e contestualizzate. Per ogni contesto il genitore osserva la frequenza di unità comportamentali come l'orientamento del capo, degli occhi e del corpo, le espressioni facciali e le vocalizzazioni, spontanee o dialogiche; le stesse situazioni sono osservate in contesti diversi.

Lo strumento viene utilizzato nell'ambito preventivo, clinico e educativo. Esiste in ambito clinico una versione ridotta dello strumento con 24 item per individuare i bambini con difficoltà di sviluppo, a rischio, come prematuri e con grave sottopeso alla nascita o bambini con malattie dismetaboliche o genetiche. Lo strumento può avere anche una valenza educativa per i genitori, perché permette di sviluppare e promuovere le loro capacità di osservazione nei confronti del bimbo, favorendo lo sviluppo della genitorialità.

#### **6.4 «I touch-point» e la disponibilità al cambiamento**

Brazelton ha costruito la *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS) (Brazelton, 1973), che consente di effettuare osservazioni cliniche naturalistiche, dalla nascita del bimbo. Si tratta di uno strumento per osservare come il neonato sperimenta e si muove nel suo nuovo ambiente. La scala è stata costruita per una valutazione dello sviluppo del neonato attraverso un'osservazione guidata del suo comportamento. Questa scala viene impiegata in programmi di prevenzione/supporto in situazioni a rischio, ed ha lo scopo di valutare la disponibilità delle risposte del bambino al suo ambiente e della sua influenza sull'ambiente stesso. La scala può essere somministrata a partire dal terzo giorno di vita, e le valutazioni successive possono essere effettuate a 7-10 giorni, a due settimane e a un mese di vita. L'osservazione e l'*assessment* sono di tipo interattivo: l'osservatore partecipa attivamente nella produzione di risposte da parte del neonato; questo consente di valutare le capacità di socializzazione del bimbo. La scala valuta il modello dinamico dei cambiamenti dello stato di coscienza del neonato durante l'osservazione clinica, e la capacità del bimbo di modulare i suoi stati di attivazione, cioè di restare vigile nelle situazioni interattive o di tranquillizzarsi in situazioni di intensa attivazione. Il cambia-

mento di stato diventa una dimensione dello sviluppo e del funzionamento adattivo, che mostra la capacità del bimbo di autoregolazione, per mantenere il controllo delle sue reazioni a stimoli interni e ambientali. Il cambiamento di stato osservato dipende da una serie di variazioni fisiologiche come fame, condizione di nutrizione, ritmo sonno-veglia, misurate durante sei stati di attivazione/non attivazione: stato di sonno profondo; stato di sonno leggero; stato di dormiveglia; stato di veglia attiva; stato di veglia agitata; stato di pianto. Lo strumento consente di sottoporre il neonato ad uno screening neurologico, della responsività sociale e delle capacità regolative.

In base alla valutazione si può predisporre un intervento (Brazelton et al., 1974, 1979) orientato ad una pratica pediatrica comportamentale, in cui l'attenzione è rivolta al comportamento manifesto del neonato. L'intervento terapeutico comporta un coinvolgimento della madre circa le possibilità interattive del bimbo e i suoi limiti, insegnandole anche il modo più adeguato in cui questi può essere aiutato nei momenti difficili.

Il terapeuta stimola le rappresentazioni materne e poi cerca di intervenire per modificare il modo con cui la madre vede il suo bimbo. Le rappresentazioni della madre sono il punto focale della terapia: a cominciare dalla gravidanza, ma ancora prima del momento del concepimento, i genitori, soprattutto la madre, costruiscono le proprie rappresentazioni sul bambino futuro; le rappresentazioni genitoriali, dopo il concepimento seguono l'evoluzione dello sviluppo fetale e dal settimo mese subiscono delle modificazioni, in quanto la madre e la coppia si preparano alla nascita del bambino.

Conoscere la storia delle rappresentazioni precoci può essere utile, in determinati casi, e può svolgere un ruolo importante per comprendere meglio la situazione clinica: la rappresentazione di un bambino difficile, problematico, può coinvolgere la rappresentazione di sé come madre incompetente e solo quando ella riuscirà a vedere in modo obiettivo il comportamento del suo bambino e le proprie precedenti iniziative fallite, potrà cominciare a modificare le rappresentazioni disturbate.

Nella concezione generale dello sviluppo del bambino, dalla nascita ai tre anni, vengono evidenziati da Brazelton dei punti sensibili, i «touch point» (Brazelton, 1992), che so-

no particolari momenti critici in cui avviene il passaggio ad aspetti evolutivi più complessi dello sviluppo, con l'acquisizione di nuove capacità: il terapeuta può focalizzare l'intervento terapeutico in questi momenti, per una maggiore efficacia. La finalità è quella di modificare la modalità con cui la madre vede il suo bimbo, attraverso consigli e informazioni; lo sviluppo progredisce per processi anche discontinui a cui seguono periodi di relativo consolidamento delle nuove acquisizioni; i cosiddetti punti salienti segnano la transizione ad una nuova fase evolutiva della crescita e in prossimità di ogni transizione i genitori sono maggiormente disponibili al cambiamento. Nei primi tre anni di vita questi «punti sensibili» si ritrovano a 2-3 mesi, a 5-6 mesi, a 8-12 mesi e a 18 mesi; ogni «punto sensibile» consente di organizzare nuove capacità motorie, affettive, cognitive, e l'interazione con i genitori è soggetta ad una riorganizzazione.

Altre e non poche metodologie e strumenti sono stati ideati, applicati e studiati per valutare lo sviluppo neonatale e della primissima infanzia, basate sull'osservazione di comportamenti del bambino: molte di queste da tempo sono state usate a scopo diagnostico e di ricerca, come per esempio le Scale di Huzgiris e Hunt (Huzgiris, Hunt, 1975; Manfredi, Imbasciati, 2004), così come altri studiosi e terapeuti le hanno applicate per impostare interventi terapeutici.

Ogni autore ha «inventato» la sua metodologia, se non il proprio strumento. L'innumerabile quantità di contributi presenti nella letteratura, il loro intrecciarsi, combinarsi e moltiplicarsi quanto a matrici teoriche, modalità di approccio, considerazione dell'oggetto (per esempio, solo il bimbo, o la diade, o la relazione interiorizzata, o la triade, o il sistema sociale), invenzione di setting e metodologie di scaling, nonché la loro altrettanto variabile applicazione terapeutica, testimoniano l'enorme interesse che studiosi di ogni provenienza hanno in queste ultime decadi dimostrato per indagare il primo sviluppo neonatale e infantile. Ciò ne dimostra l'importanza rispetto ad ogni futuro sviluppo dell'individuo, ai fini non solo della salvaguardia dei bimbi da un loro probabile destino negativo, cioè di una prevenzione rispetto al rischio di patologie ma anche ai fini più generali di una promozione di uno sviluppo migliore per ogni individuo umano, attuato attraverso una cura per tutti coloro che generano bambini.