

Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori

Loredana Cena • Antonio Imbasciati • Franco Baldoni

Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori

La ricerca clinica per l'intervento

In collaborazione con:

Patricia M. Crittenden, Bruno Baldaro, Riccardo Bertaccini, Piera Brustia,
Paola Corsano, Elisa Facondini, Furio Lambruschi, Andrea Landini,
Marinella Majorano, Maria Dolores Masè, Mattia Minghetti, Paola Surcinelli

Loredana Cena

Professore Associato di Psicologia Clinica
Dipartimento Materno Infantile
Università degli Studi di Brescia
Brescia

Antonio Imbasciati

Professore Emerito di Psicologia Clinica
Dipartimento Materno Infantile
Università degli Studi di Brescia
Brescia

Franco Baldoni

Professore Associato di Psicologia Clinica
Laboratorio sulla valutazione dell'Attaccamento
Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Bologna
Bologna

ISBN 978-88-470-2471-7

e-ISBN 978-88-470-2472-4

DOI 978-88-470-2472-4

© Springer-Verlag Italia 2012

Quest'opera è protetta dalla legge sul diritto d'autore e la sua riproduzione anche parziale è ammessa esclusivamente nei limiti della stessa. Tutti i diritti, in particolare i diritti di traduzione, ristampa, riutilizzo di illustrazioni, recitazione, trasmissione radiotelevisiva, riproduzione su microfilm o altri supporti, inclusione in database o software, adattamento elettronico, o con altri mezzi oggi conosciuti o sviluppati in futuro, rimangono riservati. Sono esclusi brevi stralci utilizzati a fini didattici e materiale fornito ad uso esclusivo dell'acquirente dell'opera per utilizzazione su computer. I permessi di riproduzione devono essere autorizzati da Springer e possono essere richiesti attraverso RightsLink (Copyright Clearance Center). La violazione delle norme comporta le sanzioni previste dalla legge.

Le fotocopie per uso personale possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla legge, mentre quelle per finalità di carattere professionale, economico o commerciale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

L'utilizzo in questa pubblicazione di denominazioni generiche, nomi commerciali, marchi registrati, ecc. anche se non specificatamente identificati, non implica che tali denominazioni o marchi non siano protetti dalle relative leggi e regolamenti.

Le informazioni contenute nel libro sono da ritenersi veritiere ed esatte al momento della pubblicazione; tuttavia, gli autori, i curatori e l'editore declinano ogni responsabilità legale per qualsiasi involontario errore od omissione. L'editore non può quindi fornire alcuna garanzia circa i contenuti dell'opera.

9 8 7 6 5 4 3 2 1

Layout copertina: Ikona S.r.l., Milano

Impaginazione: Ikona S.r.l., Milano
Stampa: Fotoincisione Varesina, Varese
Stampato in Italia

Springer-Verlag Italia S.r.l., Via Decembrio 28, I-20137 Milano
Springer fa parte di Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Quanti sono i bambini che danno problemi ai genitori? Quanti sono i genitori che se ne accorgono? Ma soprattutto, quanti sono i genitori che vogliono curare il bambino?

Quest'ultimo interrogativo, che sembra scontato, è invece più problematico degli altri due, in quanto viene inteso all'incontrario.

Il primo interrogativo dice che molti genitori non si pongono un problema se scorgono qualche segno anomalo nel loro bambino, pensando che tutto si aggiusterà con la crescita, grazie a madre Natura, e che comunque, in caso di qualche disturbo, si porterà il bimbo dal pediatra. Il secondo dice che moltissimi genitori non si accorgono che il loro bambino ha un problema psichico in quanto pensano che, essendo piccolo, non ha una mente che possa avere un disagio, come invece pensano che accada nell'adulto, nonché credono che eventuali irregolarità che essi abbiano notato costituiscano "capricci", che si potranno via via correggere con la buona volontà e l'educazione; e non segni forieri di dissesto psichico. Alla base di tutto ciò sta il radicato e quasi unanime coscienzialismo della nostra tradizione occidentale.

Ma il terzo interrogativo risulta incompreso alla maggioranza perché tutti rispondono di sì, credendo alla loro coscienza e a ciò essi percepiscono, incapaci di considerare quali altre contrarie motivazioni rendano false le loro percezioni latenti e si oppongano alla loro pur buona intenzione. Questo interrogativo risulta, oltre che incompreso, incomprendibile: tutti (o quasi) ritengono che si debba curare il bambino, ma rifuggono dal fortunato incontro con un operatore competente che prospetti loro che l'oggetto principale della cura non è il bambino, ma loro stessi, nella loro relazione col bimbo, e che lo scopo di curarlo non è raggiungibile se non attraverso una "cura" per loro stessi. Questa prospettiva, nella mentalità corrente, risulta "incomprendibile", in quanto le "menti", della mentalità corrente, incontrerebbero angosce difficilmente superabili, perché le loro difese – "è il bambino che è malato" – sono state istituzionalizzate nella nostra società: l'istituzionalizzazione di tali situazioni interiori le colloca del tutto al di fuori della possibilità di una qualche coscienzializzazione individuale (Schoeck, 1974; Imbasciati, 1975); e ciò anche se il genitore interessato risulta d'accordo in modo accondiscendente nel corso del fortuito, oltre che fortunato, incontro con l'operatore competente.

In realtà, per curare i bambini occorre curare i genitori: visto quanto appena sopra, l'impresa non è facile, incomprensibile, dunque, all'impossibilità di un vero "comprendere".

A suggello di quanto siano complessi i tre problemi sopra elencati, e in vista di una loro soluzione, sopravvivono molte convinzioni radicate ed errate:

1) che non esista una mente che va al di là della consapevolezza del soggetto, anche se essa gli appartiene, e che questa mente lo governa in modo ben più efficace di quanto egli pensi coscientemente, spesso in opposizione a ogni sua volontà e intenzione; e che questa mente agisca, sempre, su tutti gli altri, al di là di qualsiasi comunicazione volontaria; ciò vale sia per la mente del genitore che per quella del bambino;

2) che, in conseguenza di quanto sopra, il proprio comportamento dipenda dalle proprie intenzioni e volontà;

3) che ciò che appare, cioè il comportamento del bimbo, ma anche eventualmente il proprio, si possa correggere sia pure con un po' di pazienza e con un'efficace educazione;

4) che i bambini, soprattutto se piccoli, non abbiano ancora una vera "mente";

5) che la mente, intesa nella sua globalità affettiva e comportamentale, non molto abbia a che fare col cervello;

6) che il cervello si sviluppi per la natura del corredo genico della specie e non a seguito di quanto il bimbo fin dall'epoca prenatale sperimenta;

7) che ogni trasmissione di pensiero passi attraverso il linguaggio verbale.

A convergenza di quanto sopra si radica l'idea che sia il bimbo da curare, in quanto portatore di un disturbo che va eliminato, riportando il suo comportamento a una presunta norma naturale. Nella dicotomia medicalistica normalità/patologia impropriamente trasferita allo psichico, il "disturbo" va "corretto": il bambino va curato, secondo il paradigma medico. Accade così che il bambino, portatore di un sintomo che appartiene invece a un male proprio dell'insieme familiare, sia considerato, egli, il "malato": da curare.

In altri termini il sintomo è scambiato per malattia. E questa è considerata di pertinenza medica, di questa considerandone solo la prospettiva correttiva, anziché preventiva.

A confermare nella nostra gente queste errate convinzioni sta un altro fatto: la nostra organizzazione assistenziale cosa offre? A chi si chiede, nelle convinzioni cui sopra, di curare il bambino?

Si offre il pediatra.

Vero è che oggi non pochi pediatri hanno conseguito una formazione e una sensibilità a percepire più adeguatamente la complessità relazionale che condiziona i disturbi dei bambini, tuttavia il pediatra, pur preparato, non basta da solo a fronteggiare la richiesta genitoriale che sia il bimbo a essere curato. Resta di solito vittima di quanto gli psicoanalisti chiamano la "controidentificazione proiettiva". È indispensabile un'équipe, psicologo clinico-pediatra-assistente sociale-neonatologo-neuropsichiatra infantile ed altri (ostetrica, infermiere, assistente sanitario, educatore), per far fronte ai metamesaggi intrusivi dei genitori in modo che cambi la loro radicata idea: occorre un'atmosfera idonea a far comprendere agli "inviati" (genitori) che il problema non può riguardare il bimbo, se non come portatore manifesto di un disturbo relazionale. Tale "com-

preensione” non può essere ottenuta con messaggi espliciti, perché costituita da un assetto emozionale non consapevole; e inoltre “istituzionalizzato”, come detto sopra. Per ottenere un mutamento occorrono altri metamessaggi, che emanino direttamente al di sotto delle coscienze. Ciò non è possibile se non in un apposito clima assistenziale, e comunque non è facile da creare. Occorre smontare radicate convinzioni, e oltretutto radicate abitudini del nostro sistema assistenziale. A mantenere tali idee, nei genitori e negli operatori, stanno potenti angosce di colpevolizzazione.

I genitori, infatti, al pensiero che il bimbo presenti segni di un disturbo che è da attribuirsi alla relazione con loro e non al bimbo in sé, pensano di “aver sbagliato”, si sentono responsabili e quindi “cattivi genitori”. “Sbagliato” in quanto ignorano la complessità inconscia della mente, di cui ai punti 1-7 sopra descritti, e nonostante oggi la cultura ne offra adeguati aggiornamenti: agisce al fondo lo sgomento di ogni essere umano di fronte all’intuizione che egli non è il padrone della propria mente; si preferisce la colpa, rispetto all’impotenza, di fronte alla struttura inconscia della mente. Le radicate errate convinzioni sono dunque sostenute da una base emotiva non consapevole: pertanto resistono alla persuasione e alle prescrizioni; per ottenerne un cambiamento occorre un lavoro psicologico che non potrà mai essere svolto da un singolo, tanto meno dal pediatra, ma neppure dal solo psicologo, bensì necessita di un insieme relazionale, di un “sistema” che coinvolga tutto l’ambiente umano in cui si trova immerso il richiedente, e che in lui possa operare il mutamento, attraverso le molteplici comunicazioni non verbali, interattive, che l’ambiente stesso emana; ovvero in un particolare “clima”, o atmosfera. E la metacomunicazione che può, e non sempre, agire sulle strutture inconse.

Questo vale anche per quelle degli operatori, che condividono le difese inconsce degli invianti (nonché dei pazienti), e pertanto le “agiscono” nelle loro condotte confermando così quelle degli invianti, anche se consapevolmente gli operatori sono stati aggiornati sulla questione. Accade così che la pressione emozionale colluda con la richiesta esplicita dell’inviant: “Curate il bambino!”.

Un qualunque operatore da solo, anche lo psicologo, può facilmente venir soverchiato dall’identificazione proiettiva dell’inviant, prepotentemente intrusiva nella mente di chi pur sappia quanto difficile sia il sottrarsi. Qualunque operatore, pertanto, ha bisogno della “rete”, di un sistema umano che lo contenga, sostenga, difenda: non tanto dalle angosce, quanto dai tentativi degli invianti di sedarle facendoli agire coi modelli biomedici; come se il paziente fosse, appunto, il bimbo. Malgrado i bimbi siano cari e i genitori possano dichiararsi pronti a morire per loro, più di questo amore è forte l’interiore angoscia di sentirsi implicati in un “male” che non è “sopravvenuto” al povero bimbo, bensì maturato nella famiglia e nelle sue passate generazioni.

Per questo è così difficile organizzare una prevenzione. Occorrerà un lavoro immane, a livello culturale, sociale, politico, economico. Per quest’ultimo, però, vale la pena di pensare quanto enormemente di più costeranno tutte le “cure” praticate lungo tutta la vita dei soggetti disturbati, e ancor più quanto costerà curare i disturbi ipotocati per le future generazioni.

Intento del presente testo è allora dare un contributo affinché il nostro costume cambi, e che le sue radici siano messe in luce, per essere sradicate, tollerando le angosce che il loro metterle in luce inevitabilmente produce: per tale tolleranza occorrerà un siste-

ma sociale di mutuo contenimento e sostegno.

Detto questo abbiamo concepito il presente libro, che segue nel medesimo intento altri nostri precedenti (Imbasciati, Cena, 2009; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007, 2011), dei quali il più direttamente connesso (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010) è pubblicato da questa medesima Editrice.

L'interesse del mio gruppo bresciano per l'origine e lo sviluppo dei primi processi psichici, nel neonato, può datarsi al 1991 (Imbasciati, Cena, 1991), promosso da un mio precedente personale interesse psicoanalitico alla formulazione di una teoria sulle origini psichiche diverse da quella della tradizione freudiana (Imbasciati, Calorio, 1981). Tale iniziale impostazione, collocata nel più ampio vertice in cui parallelamente avevo sviluppato metodi e contenuti della Psicologia Clinica (Imbasciati, 1986, 1994; Imbasciati, Margiotta, 2005, 2008) diede origine a prime ricerche sperimentali sul campo e quindi a configurare una Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007). Il nostro approccio, sia teorico che clinico, nasce pertanto da un'integrazione dell'ottica e della ricerca psicoanalitica con il vertice della psicologia sperimentale e l'ampia area della Psicologia Clinica (Imbasciati, 1994, 2008b, 2012), cui negli ultimi anni si è aggiunto l'apporto degli sviluppi clinici della Teoria dell'Attaccamento, con le particolari innovazioni apportate dalla Scuola di Patricia Crittenden e della IASA (International Association for the Study of Attachment). In quest'ultimo quadro i nostri studi si sono collegati agli omologhi svolti dal collega Franco Baldoni nel suo "Laboratorio di valutazione dell'Attaccamento", all'Università di Bologna. Da quest'ultima integrazione sono nati questo e il precedente volume (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010), preceduti e seguiti da numerosi articoli, dal 1997 a tutt'oggi (www.imbasciati.it).

Il focus dell'indirizzo clinico che stiamo sviluppando è rappresentato dall'emergente necessità di aver cura dei genitori fin dalla loro nascita come tali ("quando nascono i genitori?"), se vogliamo curare i bambini con efficacia; per tale intento è indispensabile promuovere una mentalità di prevenzione e miglioramento che tenga conto delle future generazioni e demolire la concezione, purtroppo ancora operante in Italia, che i disturbi psichici e comportamentali dei bambini vadano curati quando ne emerga una qualche "psicopatologia"; e centrandosi sul bambino. Ciò non potrà essere ottenuto se non con una sensibilizzazione culturale e politica che possa condurre a una trasformazione delle nostre istituzioni assistenziali e soprattutto a una nuova, non facile ma necessaria formazione di tutti gli operatori della salute.

Da molte decadi le Scuole Sistemiche ci hanno edotto sugli errori derivanti dal curare il "paziente designato", indirizzando invece il fuoco di osservazione e cura sull'insieme relazionale, inteso come effettivo "paziente". Tuttavia tale fondamentale scoperta sembra essere rimasta in ombra: quando si rivela un disturbo nei bambini, si pretende di curare questi, secondo la tradizione medica, anziché il loro sviluppo relazionale, in questo caso il rapporto continuato con i genitori/caregiver. Rapporto che le neuroscienze hanno dimostrato essere strutturante per l'organizzazione micromorfologica e funzionale del sistema nervoso centrale fin dall'epoca fetale: ecco allora che lo studio e l'intervento clinico inizia dalla coppia, dalla relazione dell'uomo con la donna nella prospettiva di generare un figlio.

Per intervento clinico, preventivo e terapeutico, si intende un quadro di assistenza psicologica, organizzato in appositi servizi, entro cui l'opera di differenti specialisti –

psicologi clinici, assistenti sociali, ostetriche e ostetrici, pediatri, neuropsichiatri infantili, psichiatri, infermieri, assistenti sanitari – coordinatamente si integri in un'accoglienza e sostegno di tutte le coppie, nell'intento sia di promuovere la migliore Salute mentale sia di individuare le situazioni a rischio: coppie che per la loro struttura psichica, la qualità della loro relazione e la situazione sociale in cui si trovano, hanno probabilità di allevare bambini che svilupperanno strutture psichiche non ottimali, al limite patologiche; i quali bambini, a loro volta diventati adulti, potranno ulteriormente influire negativamente sulle future generazioni (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011). Per le situazioni a rischio si interverrà con le più appropriate forme di psicoterapia.

Una difficoltà della cultura sanitaria corrente è il comprendere appieno quanto un intervento di cura, o meglio di *care*, praticato per vie psichiche possa avere incidenza sullo sviluppo delle strutture neurali che si formano già nel feto e si completano nel neonato e nei primi anni di vita di un individuo, condizionando il futuro del funzionamento del cervello della persona, e di qui il suo destino. Si tratta della difficoltà a rendersi conto come la cura della Relazione strutturi l'apparato neuromentale. Lo sviluppo delle neuroscienze, in un quadro di competente osservazione di psicologia clinica – si parla oggi di neuro psicoanalisi – ha dimostrato come in ogni relazione, soprattutto se intima e in età precoce, comportamenti messaggi che strutturano le reti neurali (Schoore, 2003a,b): quanto in passato era stato focalizzato come comunicazione di affetti tra madre e neonato e indicato come fattore essenziale dello sviluppo psichico, è stato in queste ultime decadi scoperto come serie di apprendimenti, non verbali, che strutturano il cervello. La cosiddetta maturazione neurologica si è scoperto essere dovuta ad apprendimenti, molto più che alla genetica (Merciai, Cannella, 2009).

Le interazioni che compongono ogni relazione veicolano messaggi, non consapevoli e non verbalizzabili, che costituiscono il tessuto di ciò che oggi si intende come Relazione, e che determinano un apprendimento mediante un affetto neurale strutturante, tanto più quanto esse sono precoci nella vita di un individuo. La maturazione neurologica avviene per questi apprendimenti in modo qualitativamente differenziato e, a seconda delle singole relazioni, può condurre a una ottimalità neuropsichica, piuttosto che verso la disfunzionalità e la patologia. Di qui la necessità che l'obiettivo della cura per i bambini debba essere non il bimbo, ma la Relazione con i suoi genitori e caregivers, a cominciare dall'unione di una coppia generativa. Di qui la comprensione di quanto una cura psichica condizioni la biologia; e non solo a livello neurologico, ma anche, attraverso il cervello, l'intero sviluppo psicosomatico dell'organismo.

Focalizzare la cura sul bambino, e intraprenderla quando si rivela un disturbo, sono le vie meno efficaci per modificare qualcosa: tale nozione, anche se conosciuta, viene quanto mai messa in ombra nei nostri servizi, che facilmente slittano da una "cura" intesa nel senso dato a questo termine dal vertice e dai metodi adeguati a curare la relazione, come nel nostro testo definita, alla vecchia concezione medicalistico-psichiatrica, per cui si pensa che si possa e si debba curare il bimbo con gli stessi sistemi e mezzi – farmacologici! – con cui si curano le malattie; e quindi soltanto quando queste si manifestano. Questo slittamento si riferisce a una concezione di "clinica" come rimedio quando si rivela un disturbo: al contrario il senso del termine "clinico" in Psicologia Clinica assume significato diverso ben più ampio e differenziato rispetto a quello che la parola ha nell'area medica; lo si intende sempre in senso longitudinale e indipen-

dente dall'evidenziarsi del disturbo. Il disturbo psichico, infatti, ben prima di emergere all'evidenza si radica nelle origini della struttura neuropsichica: di qui l'indispensabile necessità di prevenzione prima ancora di qualunque "cura" (Imbasciati, 2008a,b); di qui l'attenzione alla promozione della salute (intesa come ottimalità) anche per le future generazioni (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011).

Molti sono i vertici scientifici in cui tale "cura", del bambino nelle sue relazioni, può essere inquadrata: il primo e forse più noto è quello psicoanalitico, l'analisi del bimbo insieme ai suoi genitori, dall'Infant Observation della Bick (1964) alle opere di Dina Vallino (Vallino, 2009). La laboriosità (e quindi la bassa economia) del metodo psicoanalitico, che pur rimane quello più radicale, ha spinto molti ricercatori a mettere a punto differenti psicoterapie: indirizzi psicodinamici si sono ibridati con matrici sistemiche, cognitivo-comportamentali, transazionali, psicopedagogiche, costruttiviste, mentre le tecniche gruppali hanno fornito un riferimento agli interventi sul piccolo gruppo familiare. Le tecnologie di ripresa audiovisive sono state sempre più e in vario modo utilizzate per riprendere sedute di terapia: il rivederle serve allo psicoterapeuta, il rivederle insieme ai pazienti interessati, cioè i genitori, ha un effetto terapeutico, che può essere corroborato da un contemporaneo intervento sia dello/degli psicoterapeuta/i, sia di altri genitori-pazienti in analoghe situazioni, utilizzando tecniche di gruppo.

La maggior evoluzione in tale iter è a mio avviso rappresentata dal saper integrare uno "spirito psicoanalitico", centrato sull'analisi delle emozioni inconscie che trascorrono entro il terapeuta ed entro il paziente e tra di loro, con l'apporto attinto dalle scienze sperimentali, che ha da sempre costituito il terreno di studio della psicologia evolutiva classica, per approntare su questa base set di tipo diagnostico che contemporaneamente possono essere usati per l'intervento psicoterapeutico. In questo incontro, tra spirito clinico e approccio sperimentale, pionieristica fu l'opera di John Bowlby. Le sue allieve – rammentiamo Mary Ainsworth e Mary Main – svilupparono classiche situazioni madre-bimbo per farne terreno standard per una diagnostica che contemporaneamente potesse servire come psicoterapia.

In questo quadro Patricia Crittenden ha sviluppato sia la teoria, coniugando apporti psicoanalitici, sistemici, evolutivistici, sperimentali, sia gli strumenti, oggetto ora anche dei nostri studi, sia modalità psicoterapeutiche che assommano il pregio di una relativa economicità ad una loro efficacia.

Il testo che presentiamo si apre con una panoramica sui temi generali per sottolineare l'importanza di una "perinatalità dei genitori": il periodo lungo il quale una coppia pensa, progetta e poi attua il concepimento, la gestazione e l'accudimento del neonato, è contrassegnato da enormi trasformazioni psichiche dei futuri genitori. In questa perinatalità psichica nascono, per così dire, i genitori stessi, ovvero si forma in loro quella struttura che si rende necessaria per allevare un bimbo: la dimensione della genitorialità. In questo periodo di perinatalità della coppia, quanto mai opportuna se non necessaria è un'assistenza della coppia stessa: una cura dei futuri genitori, in un'ottica di prevenzione per evitare che coppie con strutture neuromentali non ottimali e/o in circostanze esterne avverse possano condizionare la struttura in via di formazione del bimbo in modo non ottimale, deficitario, disfunzionale, forse patologico. Si prospetta pertanto l'opportunità di screening preventivi, quale quello di uno studio pilota da noi effettuato (Cena, Imbasciati et al., 2011).

In questo quadro il libro prosegue presentando alcune ricerche in atto, per aprire poi la seconda parte, sulle applicazioni del Modello Dinamico-Maturativo derivato dalla Teoria dell'Attaccamento negli studi e nelle ricerche della Crittenden. Qui il terzo autore del nostro libro, il prof. Baldoni dell'Università di Bologna, presenta le sue ricerche con un'attenzione all'integrazione tra psicoterapia dinamica e il quadro diagnostico terapeutico individuato dall'approccio della Crittenden.

In questa seconda parte, il nostro testo delinea con il capitolo 11 la centralità di una formazione degli operatori adeguata alla sostanza emozionale che governa la relazione genitori-bambino-operatori, e pertanto da attuarsi con metodologie didattiche non tradizionali. Tale formazione è di importanza primaria, fondamentale e preliminare: essa ha lo scopo non soltanto di preparare operatori idonei, quanto soprattutto di creare una cultura assistenziale nuova per questo genere di "cura", del tutto diversa da quella dello spirito medicalistico tradizionale, che operi come rete contenitiva, in cui le diverse competenze specialistiche dovranno integrarsi in uno spirito sensibile alle correnti emozionali profonde, soprattutto quelle collettive, ed ancor più quelle istituzionalizzate. L'istituzione, intesa nel senso di Jacques (1955), deve il più possibile sfociare in un'Organizzazione che serva al cliente, anziché all'operatore, come purtroppo in genere accade. Una tale formazione ha pertanto un profondo valore sociale, per l'intera collettività prima ancora che per le singole famiglie.

In questo quadro si delinea anche, nel medesimo capitolo, la possibilità che un'integrazione tra la Teoria dell'Attaccamento e la psicoanalisi, quale del resto è perseguita dalla Scuola di Fonagy, possa facilitare una più estesa osmosi culturale tra i vari vertici di differenti Scuole.

Seguono in quest'ultima linea alcuni contributi di psicologi e psicoterapeuti appartenenti alla IASA, che presentano casi clinici di psicopatologia dello sviluppo. L'approccio, come si può notare, dice della difficoltà di integrazione tra i vari vertici, in questo caso molto diversi tra di loro, con i quali vengono inquadrati i problemi.

Un esempio a mio avviso paradigmatico di come l'approccio secondo il Modello Dinamico-Maturativo e la Teoria dell'Attaccamento possano essere utilizzati nei più vari contenuti sociali, chiude il libro: si tratta dell'applicazione diagnostica e terapeutica nei Servizi Tutela Minori.

Complessivamente questo nostro testo vuole realizzare un coinvolgimento delle molte professionalità che oggi operano ognuna separatamente nei servizi assistenziali dell'infanzia: pediatri, psicologi, neonatologi, neuropsichiatri infantili e psichiatri, ostetrici, assistenti sociali, giudici minorili, educatori, puericultrici e assistenti dell'infanzia e ogni altra figura professionale che nei nostri servizi operi nell'area della perinatalità; dei bimbi e come detto dei genitori. Un tale coinvolgimento apre la strada a un'integrazione multidisciplinare che potrà realizzarsi in una riorganizzazione degli attuali servizi che si occupano dell'infanzia e della donna, in un comune interesse per la promozione della salute. Essenziale quindi l'apporto di psicologi clinici esperti di perinatalità, in un lavoro comune, quale quello da noi iniziato per la formazione di tutti i diversi operatori: una formazione permanente che sottolinei l'assetto emozionale essenziale affinché alle diverse metodologie tecniche si accompagnino a un clima che favorisca l'accoglienza dell'utenza. Occorre qui sottolineare come nella nostra cultura siano proprio le famiglie, e le coppie, più bisognose d'aiuto quelle che invece non accedono all'aiuto of-

ferto, o vi si sottraggono, o comunque non possiedono lo spirito per comprendere i propri bisogni e l'importanza di questi per lo sviluppo dei figli.

Occorre d'altra parte creare a livello sociale una nuova cultura della Salute, intesa nel suo completo aspetto psichico e fisico, nella prospettiva di un futuro transgenerazionale: è nostra opinione che la tendenza dell'attuale civiltà non favorisca un futuro positivo e pertanto che sia indispensabile un impegno perché tecnologia e mass media non fungano da alibi politici, per ingannare l'utenza, colludendo con radicate, nefaste e purtroppo non consapevoli idee che qui abbiamo stigmatizzato, e in tal trascuratezza demagogica lasciare che si distrugga ciò che in secoli l'homo sapiens ha costruito nello spazio mentale transgenerazionale.

Brescia, Marzo 2012

Antonio Imbasciati
www.imbasciati.it

Bibliografia

- Bick E (1964) Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. In: Bonaminio V, Iaccarino A (a cura di) *L'osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino
- Cena L, Imbasciati A, Baldoni F (2010) *La relazione genitore-bambino*. Springer Verlag, Milano
- Cena L, Imbasciati A, Gambino A, Doneda C (2011) Diventare genitori nel terzo millennio. *Psycofenia* 25:103-156
- Imbasciati A (1975) *L'invidia e la Società*. Il Raguaglio Librario 42:188-190
- Imbasciati A (1986) *Istituzioni di Psicologia*, Vol. 1, Introduzione alle scienze psicologiche. UTET, Torino
- Imbasciati A (1994) *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*. UTET Libreria, Torino.
- Imbasciati A (2008a) "Clinico" e Psicologia Clinica: breve storia di qualche equivoco. *Giornale Italiano di Psicologia* XXXV:13-35
- Imbasciati A (2008b) *La mente medica*. Springer Verlag, Milano
- Imbasciati A (2012) *Nascita, morte e trasfigurazione della Psicologia Clinica Italiana*. Antigone, Torino (in press)
- Imbasciati A, Calorio D (1981) *Il protomentale*. Boringhieri, Torino
- Imbasciati A, Cena L (1991) *La vita psichica primaria*. Masson, Milano
- Imbasciati A, Cena L (2009) *Il bambino e i suoi caregivers*. Borla, Roma
- Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (2007) *Psicologia clinica perinatale*. Piccin, Padova.
- Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (2011) *Psicologia Clinica Perinatale per lo sviluppo del futuro individuo: un uomo transgenerazionale*. *Espress Edizioni*, Torino
- Imbasciati A, Margiotta M (2005). *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*. Piccin, Padova
- Imbasciati A, Margiotta M (2008) *Psicologia Clinica per gli operatori della Salute*. Piccin, Padova
- Jacques E (1955) I sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali. In: Klein M, Heimann P, Money Kyrle R, (a cura di) *Nuove vie della psicoanalisi*. Il Saggiatore, Milano
- Merciai S, Cannella B (2009) *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Cortina, Milano
- Schoeck H (1974) *L'invidia e la Società*. Rusconi, Milano. Riedizione: *Liberilibri*, Roma, 2006
- Schore AN (2003a) *Affect dysregulation and Disorders of the Self*. Norton & Company Ltd, New York
- Schore AN (2003b) *Affect regulation and the Repair of the Self*. Norton & Company Ltd, New York
- Vallino D (2009) *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma

Parte I Ricerca, formazione, prevenzione, intervento a sostegno dei genitori e dei loro bambini	1
1 Curare i genitori per aver cura dei bambini	3
Antonio Imbasciati	
1.1 Curare i bambini	3
1.2 Dalle cure materne alla scoperta della Relazione	8
2 Prendersi cura della generatività, genitorialità e cogenitorialità con gli operatori socio-sanitari del percorso- nascita, per una profilassi psicoeducativa	19
Loredana Cena, Antonio Imbasciati	
2.1 Premessa	19
2.2 Genitori: progettualità generativa, genitoriale, transgenerazionale	20
2.3 Viaggi di “andata e ritorno” nella perinatalità psichica dei genitori: quando nascono i genitori?	26
2.4 La relazione primaria genitore-bambino	31
2.5 La cogenitorialità	35
2.6 Aspettative e predittività nei progetti di sostegno alle coppie	38
Bibliografia	42
3 La ricerca in Psicologia Clinica Perinatale: fattori di rischio e protezione per la tutela della salute mentale.	47
Loredana Cena, Antonio Imbasciati	
3.1 I multiformi aspetti della perinatalità psichica: che cosa esplorare in un’indagine per la tutela della salute mentale?	47
3.2 Fattori di rischio perinatale: sintomi di ansia, depressione, alessitimia	53

3.3	Fattori di protezione: sostenere la relazione genitore-bambino, la sensibilità e l'alleanza cogenitoriale	56
3.4	La nascita del secondo figlio	63
	Bibliografia	64
4	L'intervento in Psicologia Clinica Perinatale. Integrazione con i percorsi di cura in ostetricia, neonatologia, pediatria e neuropsichiatria infantile . . .	71
	Loredana Cena, Antonio Imbasciati	
4.1	Le disfunzioni precoci nella relazione genitore-bambino	71
4.2	La mente che nasce dal corpo	77
4.3	Sviluppi applicativi della Teoria dell'Attaccamento	80
4.4	Modelli di intervento in Psicologia Clinica Perinatale	82
4.5	La consultazione terapeutica prenatale: l'anticipazione preventiva come fattore protettivo	86
4.6	Gli organizzatori psichici del cambiamento perinatale genitoriale: funzione simbolica degli esami medici e delle consultazioni ostetrico-ginecologiche	90
4.7	Integrazione tra ricerca e clinica per monitorare il cambiamento	92
4.8	I fattori fondamentali di cambiamento comuni alle diverse vie di accesso all'intervento	93
4.9	Il Modello Dinamico di Interdipendenza di Stern: un'integrazione tra i diversi interventi perinatali	96
4.10	Le diverse "vie d'ingresso" nella consultazione terapeutica secondo la Teoria dell'Attaccamento	97
4.11	Crescita e cambiamento genitoriale con il Modello Dinamico-Maturativo di Patricia Crittenden	101
	Bibliografia	105
5	Prendersi cura della complessità genitoriale, quando nascono i gemelli . .	113
	Piera Brustia	
5.1	Idillio e travaglio della gestazione	113
5.2	La gemellarità	116
5.3	Un progetto di sostegno alla genitorialità	118
	Bibliografia	123
6	La scuola che accoglie le famiglie per il benessere dei bambini	125
	Paola Corsano, Marinella Majorano	
6.1	Voce del verbo "accogliere"	125
6.2	L'identità del bambino tra narrazione, autonomia e connessione	127
6.3	La scuola che accoglie le famiglie e le famiglie che accolgono la scuola: una ricerca-azione nei nidi d'infanzia	129
	Bibliografia	133

Parte II Nuove prospettive evolutivistiche dell'attaccamento	135
7 I livelli di ragionamento genitoriale e funzionamento familiare	137
Patricia Crittenden, Andrea Landini	
7.1 I livelli di ragionamento genitoriale e funzionamento familiare	137
7.2 Le strategie di protezione del Sé	139
7.3 Le interazioni diadiche madre-bambino con il CARE-Index: esempi clinici	147
7.4 Pericolo e strategia: i modificatori	156
7.5 Gli strumenti DMM di valutazione delle strategie di protezione del Sé ...	157
7.6 Livelli di ragionamento genitoriale e di funzionamento familiare	159
7.7 Casi clinici: Anna e il suo bambino	160
7.8 Gradiente di interventi	166
7.9 Cluster genitoriali	167
Letture consigliate	170
8 Trasmissione dell'attaccamento e Modello Dinamico-Maturativo	183
Franco Baldoni, Mattia Minghetti, Elisa Facondini	
8.1 La trasmissione dell'attaccamento	183
8.2 Una prospettiva dinamico-maturativa	189
Bibliografia	193
9 La trasmissione dell'attaccamento tra madre e figlio: uno studio italiano ...	197
Franco Baldoni, Bruno Baldaro, Mattia Minghetti, Paola Surcinelli, Andrea Landini, Patricia M. Crittenden	
9.1 Introduzione	197
9.2 Campione	197
9.3 Materiale e metodi	198
9.4 Risultati	200
9.5 Discussione	205
Bibliografia	206
10 La Psicoterapia Dinamica basata sul Modello Dinamico-Maturativo	209
Franco Baldoni	
10.1 La psicoterapia dinamica contemporanea	209
10.2 Attaccamento e psicoterapia dinamica	210
10.3 La psicoterapia dinamica basata sul Modello Dinamico-Maturativo ...	213
Bibliografia	224

11	Psicoanalisi e prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento: un progetto di prevenzione per la tutela della salute mentale perinatale	229
	Loredana Cena, Antonio Imbasciati	
11.1	Psicoanalisi e Teoria dell'Attaccamento verso convergenze e integrazioni: i punti di sovrapposizione epistemologica secondo la prospettiva di Fonagy	229
11.2	Ulteriori aree di intermediazione epistemologica tra la Psicoanalisi e la Teoria dell'Attaccamento	232
11.3	Approccio psicoanalitico e prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento con il DMM: possibili punti di forza e integrazione	236
11.4	Il Modello Dinamico-Maturativo in un progetto integrato di prevenzione perinatale	238
11.5	Strumenti per un progetto di prevenzione perinatale integrato	242
11.6	La formazione alla perinatalità secondo un approccio integrativo	248
	Bibliografia	249
12	Presa in carico di casi clinici nei servizi ASL: l'ADHD in un'ottica cognitivo-evolutiva	253
	Furio Lambruschi, Riccardo Bertaccini	
12.1	Introduzione	253
12.2	Le caratteristiche cliniche del bambino con ADHD	254
12.3	Eziopatogenesi	256
12.4	L'attaccamento	258
12.5	Ricerche empiriche su ADHD e attaccamento	260
12.6	Regolazione emotiva ed espressività sintomatologica	262
12.7	Diagnosi funzionale e definizione degli obiettivi terapeutici	263
12.8	Esemplificazioni cliniche: Andrea e i suoi genitori	266
	Bibliografia	270
13	La promozione della genitorialità in un servizio di Tutela Minori	273
	Maria Dolores Masè	
13.1	I genitori maltrattanti secondo il DMM	273
13.2	Applicazioni del DMM in un servizio tutela minori	276
13.3	Esemplificazioni cliniche: Alberto, il padre di Filippo	279
13.4	Riflessioni conclusive	287
	Bibliografia	288

Elenco degli Autori

Bruno Baldaro

Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Bologna

Franco Baldoni

MD, PhD, Psicoterapeuta
Professore Associato di Psicologia Clinica
Laboratorio sulla Valutazione
dell'Attaccamento
Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Bologna
Founder member e Board member della
International Association for the Study of
Attachment (IASA)

Riccardo Bertaccini

Psicologo psicoterapeuta
UONPIA – Azienda USL Cesena
Responsabile Centro Terapia Cognitiva,
Forlì
Didatta Scuola Bolognese di Psicoterapia
Cognitiva

Piera Brustia

Professore Ordinario di Psicologia
Dinamica
Dipartimento di Psicologia
Università di Torino

Loredana Cena

PhD, Psicoterapeuta
Professore Associato di Psicologia Clinica
Dipartimento Materno Infantile,
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Brescia
Full membership della International
Association for the Study of Attachment
(IASA)

Paola Corsano

Professore Associato di Psicologia dello
sviluppo
e Psicologia dell'educazione
Dipartimento di Psicologia,
Università degli Studi di Parma

Patricia M. Crittenden

Family Relations Institute, Miami (USA)
Presidente della International Association
for the Study of Attachment (IASA)

Elisa Facondini

Psicologa, Psicoterapeuta
Laboratorio sulla Valutazione
dell'Attaccamento,
Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Bologna

Antonio Imbasciati

MD, Professore Emerito di Psicologia
Clinica
Dipartimento Materno Infantile,
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Brescia
Psicoanalista Membro Ordinario e Didatta
della Società Psicoanalitica Italiana e
dell'International Psychoanalytical
Association
www.imbasciati.it

Furio Lambruschi

Psicologo psicoterapeuta
UONPIA – Azienda USL Cesena
Direttore Scuola Bolognese Psicoterapia
Cognitiva, Forlì
Didatta SITCC
Founder member della International
Association
for the Study of Attachment (IASA)

Andrea Landini

Family Relations Institute Italia
Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva
Bologna

Founder member della International
Association
for the Study of Attachment (IASA)

Marinella Majorano

Ricercatrice di Psicologia dello sviluppo
e Psicologia dell'educazione
Università degli Studi di Verona

Maria Dolores Masè

Psicologa psicoterapeuta
Servizio Tutela Minori
Consultorio Adolescenti, ASL Brescia
Founder member della International
Association
for the Study of Attachment (IASA)

Mattia Minghetti

Laboratorio sulla Valutazione
dell'Attaccamento,
Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Bologna

Paola Surcinelli

Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Bologna