



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

XXV CICLO DEL DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE DELLA RIPRODUZIONE E DELLO SVILUPPO

indirizzo RELAZIONALE-EDUCATIVO

ESPERIENZE SONORO-MUSICALI PRENATALI E ATTACCAMENTO SICURO DEL BAMBINO

Settore scientifico-disciplinare: **MED/39**

**DOTTORANDA
ELENA BENEDETTI**

**COORDINATORE
PROF. ALESSANDRO VENTURA**

**SUPERVISORE DI TESI
PROF. ALESSANDRO PACE**

ANNO ACCADEMICO 2011 / 2012

Indice

Presentazione	1
Capitolo 1	2
PREMESSE TEORICHE.....	2
1.1 Unità gestante-feto come “matrice” del futuro sviluppo caratteriale del bambino: stato degli studi sull’ <i>infant research</i>	2
1.2 Sviluppo auditivo fetale e comunicazione materna.....	7
1.3 Attaccamento pre-natale	10
1.4 Attaccamento sicuro o di dipendenza	13
1.5 Parto, allattamento, <i>post partum blues</i> : variabili di influenza.....	15
Capitolo 2	17
UN PROGETTO CHE PARTE DA UNA STATISTICA.....	17
2.1 Prima di partire	17
2.2 L’inizio.....	18
Capitolo 3	20
LA RICERCA	20
3.1 Obiettivi dello studio.....	22
3.2 Procedura	22
3.3 Metodo	23
3.4 Strumenti.....	25
3.5 Procedura e criteri di scelta per il campione, analisi statistiche	27
Capitolo 4	29

RISULTATI	29
4.1 Primo stadio: periodo gravidanza	29
4.2 Secondo stadio: un mese dopo la nascita.....	31
4.3 Terzo stadio: post parto.....	31
Capitolo 5	33
DISCUSSIONE.....	33
CONCLUSIONI.....	38
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	40
SITOGRAFIA.....	47
APPENDICE.....	48
Appendice 1	49
Appendice 2	51
Appendice 3	65
Appendice 4	68
Appendice 5	69
Appendice 6	71
Appendice 7	73
RINGRAZIAMENTI.....	75

Presentazione

La presente ricerca ha come oggetto lo studio dello sviluppo della relazione materno-fetale e materno-infantile (rispettivamente prima e dopo il parto); del ruolo svolto in questo processo dalla comunicazione sonora, dalla consapevolezza materna della sincronia ritmica tra il proprio corpo e quello del feto; dell'influenza dell'interconnessione di questi fattori - pur nella variabilità delle componenti somatiche implicate nella gravidanza e nel parto - sullo sviluppo di un *attaccamento di tipo sicuro* nel bambino.

Nel primo capitolo viene presentata una sintetica panoramica delle idee e dei punti cardine che stanno alla base del progetto. Dal punto di vista teorico e scientifico, partendo dagli studi dell'*infant research* e da quelli più complessi del *fetal research*, ci si è concentrati sull'importanza dello sviluppo auditivo fetale e della percezione materna: fondamenti dell'attaccamento pre-natale. Si parla inoltre dei diversi concetti inerenti all'attaccamento del bambino, e di quanto esso possa influire sul rapporto tra madre e bambino nonché su alcuni fattori determinanti come il parto stesso, l'allattamento e le più comuni forme di stress materno.

Nel secondo capitolo si presentano le analisi teoriche che hanno portato alla nascita e alla progettazione di questa ricerca, descritta in modo specifico nel capitolo successivo.

Nel terzo capitolo vengono esposti gli strumenti, la campionatura e i risultati dei test effettuati sulle gestanti e i loro bambini con le relative analisi dei risultati e le statistiche.

Infine, dopo la discussione e le conclusioni dello studio, è stata inserita un'appendice in cui sono riportati gli strumenti utilizzati.

PREMESSE TEORICHE

1.1 Unità gestante-feto come “matrice” del futuro sviluppo caratteriale del bambino: stato degli studi sull’*infant research*.

Nella cultura popolare il periodo di gestazione della donna veniva individuato come “stato interessante”: lo stato fisico e psichico della madre viene dunque da sempre tenuta in attenta considerazione, per tutte le possibili ripercussioni non solo sullo sviluppo del feto, ma anche del bambino dopo la nascita. Negli ultimi decenni tale interesse ha trovato anche un riconoscimento scientifico a seguito delle ricerche sviluppatesi intorno alle vicende gestazionali e perinatali (Natanielz 1992).

Numerose ed intense risultano le interazioni comunicative tra gestante e feto e tra madre e neonato, ed esse sembrano costituire le fondamenta sia per ciò che concerne la formazione dell’attitudine psichica genitoriale sia, e soprattutto, per la costruzione della struttura mentale del feto, del neonato e successivamente dell’individuo nelle sue caratteristiche personologiche (Manfredi, Imbasciati 2004). La trasformazione materna e la costruzione mentale del bambino costituiscono quindi un’unità naturale gestante-feto.

Il processo individuale di sviluppo affettivo/emotivo e cognitivo dipende in misura significativa dal tipo di relazioni instaurate con le persone incontrate nel corso della vita; il bambino si rapporta con il mondo primariamente attraverso la figura della madre ed è proprio da questo primo rapporto, molto esclusivo, che il suo mondo esterno si arricchisce progressivamente fino ad includere altre figure di riferimento.

Winnicott (1974) asserisce che, all’inizio della vita, ogni essere esiste solo in quanto parte di una relazione, e che le sue possibilità di vivere e svilupparsi dipendono totalmente

dall'appagamento del bisogno primordiale di attaccamento e appartenenza ad un altro individuo (*caregiver*), che si prenda cura di lui e gli dia quella percezione di sicurezza ed intimità che sono basilari per lo sviluppo. Sarà proprio in rapporto alla qualità affettiva di tale relazione primaria che dipenderà lo sviluppo sano del vero Sé. «Il bambino da solo non esiste, né possiamo considerarlo a prescindere dalla madre, senza l'intimità e le cure costanti della figura parentale» (Winnicott 1965).

Il senso di Sé si forma, anche e soprattutto, nel rapporto con l'altro. L'immagine che ognuno ha di se stesso viene costruita sulla base della relazione con gli altri e, più precisamente, sulla base dell'immagine che questi altri ci rimandano di noi. Si parla di *meccanismo del rispecchiamento* come automatismo psicologico fondamentale nella formazione della propria identità. Secondo Winnicott (1971) «il precursore dello specchio è la faccia della madre».

Nei primi stadi del suo sviluppo emozionale, il bambino è assolutamente dipendente dall'ambiente, non ancora riconosciuto come Non-Me. «La parola "Io" implica un notevole sviluppo emotivo; e cioè che l'individuo si sia strutturato come unità; che l'integrazione sia ormai un dato di fatto; che il mondo esterno sia stato ripudiato e che sia diventato possibile un mondo interno». (Winnicott, 1971)

Quindi l'infante può esistere solo come un essere totalmente dipendente dal suo ambiente, il quale è costituito fondamentalmente dalle cure materne. Tali cure, che Winnicott (1971) riassume nel concetto di *holding* - ossia il sostenere fisicamente e psicologicamente il lattante, tenendo conto del fatto che egli non sa che esiste qualcos'altro oltre a Sé - giungono magicamente a soddisfare i bisogni del bambino, grazie all'identificazione con lui e ad un adattamento quasi totale della madre.

«Quando l'adattamento della madre ai bisogni del bambino è sufficientemente buono, esso dà al bambino l'illusione che vi sia una realtà esterna che corrisponde alla capacità propria del bambino di creare» (Winnicott (1971). Riuscendo in simile intento, la madre sostiene il bisogno di onnipotenza del figlio.

Ad un certo punto dello sviluppo, però, il bambino deve iniziare ad appropriarsi della sua indipendenza, separandosi gradatamente dalla madre, dopo che essa inizierà a favorire - se sufficientemente buona - tale processo di distacco non adattandosi più a soddisfare completamente i bisogni dell'infante. Quest'ultimo si troverà perciò ad affrontare quello che Winnicott (1965) definisce *stadio della dipendenza relativa*. Questo si rivela, sempre secondo l'Autore (*ibid.*) «come uno stadio di adattamento ad un graduale de-adattamento».

L'uomo è un essere relazionale sin dalla nascita, perché non si può pensare il neonato come un individuo singolo, ma, imprescindibilmente come uno dei due membri della diade madre-

bambino (Winnicott, 1965). Al di fuori di questa relazione il neonato non potrebbe sopravvivere; d'altra parte la madre è resa tale dal rapporto col figlio.

Per Kohnut (1978) «nel momento in cui la madre vede il bambino per la prima volta ed entra in contatto con lui, ha inizio la potenzialità di un processo attraverso il quale si stabilisce il Sé di una persona».

Il punto di partenza per connettere l'esperienza soggettiva del bambino con l'altro e col mondo è il senso del Sé, ed essendo tale esperienza in continua evoluzione - visto che si forma in relazione all'Altro - è importante che l'ambiente sia favorevole e sintonico, affinché divenga una forma di organizzazione stabile anche se in continuo divenire. Inoltre, interagendo con la madre, il bambino costruisce schemi di comportamento che tenderà a riprodurre per tutta la vita, e la madre compie fin dal primo momento una serie di gesti e attività che costituiscono le fondamenta su cui il figlio svilupperà il suo essere.

Diversi autori (Bion 1962; Melzer, Harris 1983; Stern 1985; Bucci 1997; Dennet 1978; Imbasciati 1998; Mitchell 2000; Fonagy 2001; Righetti 2003, sono solo alcuni esempi) sostengono che già alla nascita ogni individuo possiede una predisposizione sociale innata, che lo prepara ad avere rapporti con altre persone, anche se non è ancora capace di relazioni sociali reciproche e non possiede ancora il concetto di persona.

Tra madre e neonato le interazioni sono possibili perché fin dalla nascita è presente nel bambino una forma e una capacità di intersoggettività molto prima che egli diventi capace di comunicare verbalmente o gestualmente.

Per Trevarthen (1997) si tratta di un'*intersoggettività primaria*, cioè una competenza le cui basi sono determinate geneticamente e che si esprime in molti e diversi modi, come testimonia pure la capacità di imitazione precoce del neonato. Quindi il comportamento sociale del bambino sin dalle prime fasi è già in qualche modo strutturato, e alla madre spetta il compito di adattare il suo comportamento ad un'organizzazione comportamentale già disponibile nel bambino¹.

La funzione materna con la sua presenza costante, col rispetto dei ritmi attività/pausa, con l'alternanza del turno nelle vocalizzazioni, fornisce al bambino la prima esperienza della struttura di base delle comunicazioni. È proprio attraverso questi primi dialoghi che il bambino imparerà le nozioni di *reciprocità* e di *intenzionalità* che stanno alla base del linguaggio e delle relazioni sociali vere e proprie.

¹ Ad esempio una madre che culla tra le braccia il neonato durante l'allattamento gli fornisce un contesto sociale sicuro e stabile dove il bambino può abbandonarsi e sentirsi protetto. La voce, il sorriso e lo sguardo materni diventano i punti di riferimento sui quali il bambino ri-conosce l'ambiente che lo circonda e lo guidano anche nell'organizzazione del controllo sui cicli dei suoi ritmi biologici (ad esempio della fame e del sonno).

L'esperienza di "essere con l'altro" e di interagire con lui rappresenta una delle più significative esperienze della vita sociale. Ciò si completa se il senso di essere con l'altro è considerato una modalità attiva di completamento di due unità distinte (il Sé e l'altro), dove il bambino è parte integrante di una matrice sociale e dove gran parte della sua esperienza consegue alle azioni degli altri. Il bambino è attivo nella relazione fin dalla nascita, rivelandosi in grado di stimolare interazioni, di parteciparvi e di rispondere (Stern, 1984). Quindi il neonato nasce competente e con un'innata predisposizione a fare esperienze affettive; e in questa prospettiva alla madre spetta il delicato compito di fungere per lui/lei da *Io ausiliario* (*ibid.*).

Sarà fondamentale lo sviluppo delle qualità emozionali ed umane, l'empatia e, soprattutto, la competenza di sintonizzazione affettiva e di vicinanza emozionale fornite dalla gestante come *base sicura* (Bowlby, 1989). Stern (1987) asserisce che da quanto positivamente procede il primo anno di vita da un punto di vista affettivo, dipende l'evoluzione di tutta la vita psichica e relazionale futura. Se, la libera espressione del Sé e degli affetti dovesse incontrare incomprensione, umiliazione, disapprovazione, rifiuto, il bambino imparerà molto presto a controllare le emozioni «bloccando i muscoli espressivi dell'emozione negata».

Solamente con un Vero Sé l'individuo avrà un senso di unità e interezza, rendendo spontanei i suoi gesti; in altre parole, l'individuo cresciuto in una relazione stimolante, rispettosa e protettiva col genitore, può diventare crescendo una persona veramente socievole, costante nelle relazioni, in sintonia col mondo.

Solo il vero Sé, sostiene Winnicott (1987), è il luogo della prima azione creativa del bambino, che lui chiama *gesto spontaneo*, e può essere un sorriso, una vocalizzazione, un movimento del corpo: la cosa importante è che sorge dal nucleo emozionale del bambino. Egli non imita solamente il suo *caregiver*, ma crea qualcosa di spontaneo e di totalmente originale. Il compito del genitore è di osservare e incoraggiare ogni gesto spontaneo e creativo, evitando di interferire col suo controllo o il suo giudizio o con modelli di riferimento, ricordando che tutto dipende dalla qualità e quantità del suo supporto affettivo. Gli psicologi dell'età evolutiva sostengono che esiste un sistema molto efficiente di scambi emozionali che è essenzialmente non verbale; un sistema che rimane attivo, poi, per il resto di tutta l'esistenza e che rende possibile le comunicazioni affettive sentite intuitivamente e che nascono, appunto, nell'ambito delle relazioni basate sull'intimità con i propri genitori.

La conquista fondamentale dell'infanzia sta proprio nello sviluppo di questa capacità di sperimentare, comunicare e regolare le emozioni, le quali all'inizio della vita sono regolate dagli adulti ma successivamente diventano auto-regolate, anche in conformità allo sviluppo del sistema nervoso del bambino.

Resta fondamentale quindi la qualità dell'interazione al fine di poter stabilire le variabili condizionanti e affrontare le determinanti inconscie della relazionalità degli esseri umani nel gioco dell'evoluzione psichica di ogni persona.

Secondo Kohut (1982) è rilevante per lo sviluppo di una buona relazione e di un Sé indipendente che la madre sia capace di raffigurarsi il bambino come un'entità mentale autonoma.

Psicoanalisti come Sandler (1983), Stern (1985), Fonagy (2001) e gli studiosi dell'attaccamento come Bowlby (1989) - che hanno osservato lo sviluppo del mondo psichico del bambino e delle sue capacità meta-cognitive a partire dalla qualità della relazione madre-bambino e in riferimento ai fattori che rendono possibile il costituirsi di un attaccamento sicuro-sottolineano che il rafforzamento progressivo della funzione meta-cognitiva corrisponde all'aumento della coerenza della propria narrativa personale. Rilevano, inoltre, la grande importanza da parte del genitore di una buona capacità di mettersi in sintonizzazione emotiva e di rispondere in modo sensibile e accurato ai bisogni di vicinanza, protezione e contatto del bambino.

Naturalmente, per una buona relazione è fondamentale avere una buona comunicazione e saper dare spazio alle diverse possibilità comunicative. Comunicazioni intuitive anche non consapevoli, generano una strutturazione della mente del bambino il quale, a sua volta, diviene consapevole di essere in grado, egli stesso, di intervenire nei proto-dialoghi con l'adulto, e del fatto che con il tempo, il corpo e le espressioni gestuali occupano un ruolo crescente nei loro rapporti. È un processo regolato reciprocamente durante il quale il bambino impara a mandare messaggi specifici ai quali l'adulto deve saper rispondere.

Si crea così precocemente il legame di attaccamento tra il bambino e la madre. Grazie a questo legame il bambino può fare riferimento ad una sorta di base sicura per esplorare l'ambiente e ad un rifugio che funga da punto di ritorno; da questo punto riceverà indicazioni per muoversi nel mondo sociale, e quanto più il legame sarà forte e sicuro, tanto maggiore sarà la possibilità di sviluppare l'autonomia.

Ogni conoscenza, dunque, si origina da esperienze primitive di carattere emotivo nella relazione madre-bambino che funge da base di partenza per il primo rapporto di comunicazione col mondo.

Bethleim (1987) parla di madre *sufficientemente buona* la quale si preoccupa non solo di fornire cibo ma anche di soddisfare i bisogni di relazione. Essa permette al bambino di esprimere le sue angosce, le tollera e le contiene senza angosciarsi a sua volta: in questo modo ella restituisce al figlio le emozioni di lui, filtrate dal contenimento e bonificate.

Winnicott (1965), al pari di Bion (1962), afferma che una madre in grado di godere delle gioie dell'allattamento, di comunicare con amore col suo bambino mentre si prende cura di lui e lo guarda in modo particolare, è una madre che sta creando le basi affinché avvenga lo sviluppo della mente emozionale, garante dello sviluppo della mente cognitiva.

Pertanto un bambino che abbia avuto un attaccamento sicuro e che nutra fiducia nella disponibilità e nell'appoggio dell'adulto, sarà capace di esprimere i propri sentimenti, positivi e negativi e saprà separarsi dall'adulto per un tempo sempre più lungo al fine di esplorare l'ambiente, in una realtà intersoggettiva condivisa che gli lascia spazio per esprimere la propria originalità e passione.

1.2 Sviluppo auditivo fetale e comunicazione materna

Grazie ai contributi multidisciplinari - dalla neuroanatomia comparata, alla psicofisiologia clinica, dalla psicologia sperimentale, agli studi di tipo osservativo-ecografico e neonatale - è possibile ricostruire un'immagine sufficientemente fedele del bambino e della sua vita psicoemotiva fino dalle origini (Della Vedova, 1999).

Le abilità psicofisiologiche sensoriali iniziano a costituirsi a livello embrio-fetale (Della Vedova e Imbasciati, 1998), la sequenza dello sviluppo degli apparati sensoriali prevede che il primo apparato ad evolvere sia quello della sensibilità cutanea, in un secondo tempo quello vestibolare, poi uditivo e infine quello visivo.

Per quanto sia difficoltoso determinare quando e in che modo siano attivate in principio le capacità uditive, gli studi neurobiologici più attuali dimostrano che la coclea entra in funzione verso la 20esima settimana di gestazione e il sistema uditivo periferico completa la sua maturazione circa alla 32esima settimana (Giovanelli *et al.*, 1999).

L'apparato uditivo è perciò indubbiamente funzionante dall'inizio del settimo mese di gravidanza: studi condotti su feti hanno rilevato risposte a stimolazioni acustiche a partire dalla 25esima settimana (Birnholtz e Benacerraf, 1983) con una stabilizzazione alla 32esima settimana (Krumholz *et al.*, 1985). Reazioni a stimoli tra i 250 Hz e i 500 Hz, che si manifestano come alterazioni nella frequenza cardiaca e nell'attività motoria, si registrano già a 16 settimane di gestazione, mentre a 24 le capacità del sistema uditivo sono quasi del tutto equiparabili a quelle di una persona adulta.

Sempre in questo periodo si scoprono capacità di discriminazione tra stimoli con diverse caratteristiche sonore e risposte di *habituation sonora* (Shahidullah e Hepper, 1994). Si è dimostrato, ancora, che in utero sono percepibili stimoli acustici provenienti sia dall'interno del corpo materno (battito cardiaco, borborigmi intestinali, suoni corporei e voce materna) sia dall'ambiente esterno.

A partire dall'ultimo trimestre di gravidanza, il funzionamento e la capacità del sistema uditivo ed i processi neurali ad esso sottesi, si modificano oltre che per la maturazione biologica anche per il tipo di stimolazioni acustiche percepite: sembra esistere un apprendimento e una diversificazione del suono individuale già dagli ultimi mesi del periodo fetale; così come dimostrato da alcuni studi condotti su feti di 37-38 settimane che asseriscono l'abilità del feto nel percepire l'intensità degli stimoli acustici e nel distinguere la voce femminile da quella maschile (Lecannuet *et al.*, 1993). Dopo la nascita, il bambino preferisce una breve storia ripetutamente letta in gravidanza rispetto ad una nuova (De Casper, 1994). Anche alcuni studi condotti su neonati pretermine di 32/34 settimane mostrano una preferenza per la voce femminile rispetto alla voce maschile. Da uno studio di Giovanelli (1999) emerge che anche se il sistema uditivo periferico raggiunge la sua maturazione solo verso la 32esima settimana di età gestazionale, l'orecchio interno funziona già a partire dalla 20esima settimana e quindi, da quel momento, il feto è in grado di recepire stimoli acustici sia pure prevalentemente nelle basse frequenze (Spence e Freeman 1996).

Al bambino inoltre arrivano stimolazioni a struttura ritmica che possono essere recepite da altri sistemi sensoriali che maturano prima di quello acustico, come quello tattile, il propriocettivo e il vestibolare. Quindi si può affermare che la percezione degli stimoli a struttura ritmica comincia molto precocemente e tale percezione permette di integrare le informazioni che giungono da diversi sistemi sensoriali; quelli del battito cardiaco della madre, essendo a bassa frequenza, siano probabilmente avvertiti già prima della 25esima settimana di età gestazionale e che come osservati da Gottlieb (1976), il feto non avverta solo il battito cardiaco materno (a livello acustico e propriocettivo), ma anche il proprio battito cardiaco (anche se solo a livello propriocettivo).

Da ciò si può concludere che la sensibilità alle stimolazioni materne a struttura ritmica abbia una funzione regolatrice sull'elaborazione delle altre stimolazioni ambientali (Giovanelli, 1999).

Diversi studi hanno dimostrato che la funzione uditiva intrauterina è prevalentemente un sentire di tipo tattile per vibrazione del liquido amniotico: il nascituro risponde attivandosi di più se stimolato da una voce femminile poiché questa produce una vibrazione più veloce di quella maschile.

In merito alla presenza di forme di memoria prenatale due sono le ricerche più interessanti:

- Wilkin (1996) che invitando un gruppo di gestanti ad ascoltare tutti i giorni a partire dalla 32esima settimana, quattro frammenti musicali, osservando la reazione dei neonati dopo 6 settimane dal parto all'ascolto dei suddetti brani confrontandole con neonati che non avevano ascoltato tali musiche, i primi hanno dimostrato più attenzione, ricettività e risposte motorie rispetto a quelli del gruppo di controllo.
- Woodward (1992), che ha cercato di verificare la memoria prenatale controllandone il ritmo della suzione non nutritiva; un gruppo di gestanti ha ascoltato 2 volte al giorno, dalla 34esima settimana, un brano a scelta tra due proposti dal ricercatore. Tra il 3 e il 5 giorno dopo la nascita per mezzo di un succhiello in grado di registrare l'attività di suzione non nutritiva, facendo riascoltare il brano ai neonati, si analizzava dai tracciati che la suzione veniva interrotta per un periodo più lungo rispetto al periodo di interruzione riscontrato sulle note di un brano mai ascoltato.

Trehub (1993), una delle più grandi ricercatrici sul funzionamento della percezione uditiva neonatale, sottolinea come i bambini nascono con la predisposizione per la musica e che i principi basilari dell'organizzazione percettiva sono già operativi nella primissima infanzia. Si può sostenere, quindi, che i processi di apprendimento e di memorizzazione inizino durante il periodo prenatale e che nell'ontogenesi risultino privilegiati gli apprendimenti dati dagli stimoli a struttura ritmica, sia perché questi sono caratteristici del battito cardiaco di cui il feto ha una prolungata esperienza, sia perché sono mediati da substrati lateralizzati a destra che sono i primi a svilupparsi (Leppanen *et al.*, 1994).

Le ipotesi dei processi cognitivi individuati a livello prenatale derivano in gran parte dagli studi sulla percezione auditiva fetale: come detto, il fenomeno della *habituation* - cioè il crescente abbassamento della risposta fetale a stimoli sonori identici presentati ripetutamente in un determinato intervallo di tempo e la capacità di discriminare suoni diversi - è già presente a 27 settimane. Madison (1986) - come del resto anche altri esperti del settore - asseriscono che tali fenomeni siano testimonianza di una prima forma di plasticità comportamentale e di apprendimento. Facile ipotizzare, perciò, che ogni esperienza vissuta dal feto nella vita intrauterina rappresenti forme di memoria.

Quando si analizza la comunicazione tra gestante e feto, ci s'interessa non solo allo scambio sonoro e vibrazionale, ma anche alla "madre-medium" perché rappresenta il mezzo attraverso il quale il bambino entra in contatto con l'ambiente fisico e psichico circostante.

Alcuni studi hanno individuato l'intenso turbamento che influenza il feto a causa degli stati emotivi materni, rimanendo per alcune ore successive all'elemento disturbante in uno stato di

agitazione motoria; se la situazione di stress materno persiste, l'eccitazione motoria fetale diventa un tratto fisso che si contraddistingue con un minor peso alla nascita.

Inoltre l'atteggiamento della gestante verso la gravidanza è risultato essere in relazione con la personalità del bambino².

La letteratura scientifica sottolinea come la qualità dell'attaccamento prenatale possa influire sulle future relazioni genitori-bambini e quindi sul futuro attaccamento che il bambino svilupperà nei loro confronti. Tali condizioni sono intimamente collegate allo sviluppo psico-somatico del bambino e l'importanza di poter migliorare la qualità dell'attaccamento prenatale risulta essere sempre più rilevante³. La ricerca di Lunetta (1998) ha avvalorato che la consapevolezza di questo legame prenatale ha effetti favorevoli per la salute della madre e del bambino, in particolare favorisce la distensione e il rilassamento della cartilagine dell'osso pubico e delle articolazioni dell'osso sacro e dell'osso del bacino, utili al momento del parto.

Il feto pertanto partecipa a tutte le esperienze vissute dalla madre ricevendo da lei, attraverso la placenta, le informazioni di natura metabolica, endocrina, emotiva e psichica. Si può dire che il feto seleziona gli *input* che gli sono utili per formarsi con una precisa personalità (Soldera e Beghi, 2005).

1.3 Attaccamento pre-natale

L'attaccamento prenatale è quel particolare legame che i genitori sviluppano verso il feto durante il periodo della gravidanza. Diversi studi sullo sviluppo psichico infantile condotti nel secondo dopoguerra - tra i quali quelli di Winnicott (*op. cit.*) e Bowlby (*op. cit.*) hanno documentato il ruolo fondamentale della relazione tra il bambino ed il *care giver*. Hanno inoltre dimostrato nei neonati, oltre a competenze percettive, motorie e comportamentali in precedenza misconosciute, anche importanti capacità di attivarsi verso le figure di accudimento ed interagire con loro (Stern, 1998). Studi successivi sullo sviluppo fetale hanno dimostrato che il feto è attivo e reattivo, in grado di apprendere e di interagire con gli stimoli provenienti dal corpo materno e dall'ambiente.

² Da una ricerca effettuata su 163 donne in gravidanza e, in un secondo tempo sui loro bambini, ha rivelato che la non accettazione della gravidanza comporterebbe un comportamento deviante nei bambini.

³ Sorprendenti risultati sono stati ottenuti da programmi di stimolazione fetale e comunicazione tra genitori e nascituro (*bonding*): il feto dimostra chiara attenzione e responsabilità nei giochi tattili con i genitori rispondendo con egual numero di calcetti ai leggeri numeri colpi di dita sull'addome materno e di seguire con i suoi arti il percorso del dito del genitore sull'addome materno. È una presa di coscienza del legame che si instaura.

1.3.1. *Quando e come comincia a svilupparsi la relazione tra i genitori e il bambino?*

Winnicott (1958), introducendo il concetto di *preoccupazione materna primaria* e con i suoi studi sui primissimi stati mentali, ha evidenziato per primo come la relazione in oggetto abbia origine prima della nascita nell'impegno affettivo che la mente genitoriale sviluppa verso il bambino atteso. Bowlby (1969) con la sua *teoria dell'attaccamento* ha descritto la tendenza innata del bambino a ricercare la vicinanza, l'attenzione e le cure del genitore, e la corrispettiva necessità che nel genitore si sviluppi una pari tendenza e disponibilità all'attaccamento verso il bambino⁴. Ai nostri giorni la possibilità di monitorare la fisiologia della gravidanza con indagini ed esami diagnostici ecografici - ora anche tridimensionali - o con le nuove tecnologie ostetriche (amniocentesi, cardiotoconografia computerizzata, ecc.) consente non solo agli studiosi, ma anche alla madre e alla coppia, di seguire direttamente lo sviluppo della vita intrauterina del loro bambino e di sentirsene intensamente partecipi (Legros, 2003). Questo incrementa la loro disponibilità ad affinare la capacità di intervenire affettivamente e positivamente nella relazione comunicativa che promuove lo sviluppo del feto dapprima, e del neonato e del bimbo successivamente (Sarto, Righetti; Venturini, 1998).

Vedere il proprio bambino è un momento importante per lo sviluppo delle capacità genitoriali; ancora più significativo per la coppia è il vederlo assieme. Vedere inoltre che il proprio bambino cresce normalmente rassicura i genitori, soprattutto la madre, preoccupata spesso da pensieri su possibili malformazioni fetali. Molto spesso, infatti, le coppie non chiedono spontaneamente il sesso del nascituro, concentrate sul valore diagnostico dell'esame volto a rassicurare sul benessere del feto.

Secondo Stern (1998) il processo relativo alla creazione del *bambino immaginario*, che attraversa l'intera gravidanza, ha inizio generalmente dopo il terzo mese, quando dalle immagini diagnostiche si sono avute conferme del regolare procedere dello sviluppo. In questa fase la maggior parte delle donne comincia a fantasticare sulle caratteristiche fisiche e psicologiche del figlio; tra il quarto e il settimo mese si costruisce un'immagine sempre di più realistica del proprio bambino, perfetta od angosciante per possibili malformazioni (Brazelton, Cramer, Fornari, 1991).

Attualmente è possibile per i genitori seguire e partecipare in tempo reale a tutte le conoscenze mediche di sviluppo del proprio bambino; tutte queste informazioni hanno un notevole impatto d'influenza sulla relazione e costituiscono un'importante funzione di modulazione nelle comunicazioni intercorrenti tra gestante e feto.

⁴ Che tale disposizione parentale abbia origine prima della nascita, è dimostrato dalle reazioni di lutto e dai frequenti episodi depressivi riscontrabili nei genitori che hanno perso il bambino durante la gravidanza.

Naturalmente in questi processi di apprendimento - del tutto inconsapevoli e riguardanti le prime memorie implicite - è estremamente difficile determinare quali siano esattamente i significati dei messaggi emessi dalla madre, né come questi vengano codificati dalla mente del feto o quali strutture mentali si generino. È indubbio, però, il loro valore e ciò rende il campo di indagine estremamente interessante e in parte ancora da scoprire.

Durante il 5° mese di gravidanza i movimenti fetali solitamente diventano chiaramente percepibili dalla madre: ciò è assai più decisivo rispetto alla partecipazione ecografica in merito alla fonte di stimoli e al lavoro emotivo che compie la donna nel modulare la comunicazione verso il feto.

Il lavoro di adattamento della gestante in questi momenti è molto importante: la donna prende atto di una presenza viva e autonoma da lei nel suo corpo, interiormente ella va in contro a una riorganizzazione delle proprie relazioni interne per prepararsi alla separazione richiesta con l'evento della nascita (Bibbrig, 1959; Pines, 1972/1982). Fino a questo momento madre e bimbo sono stati un'unità; d'ora innanzi viene avvertita la presenza di *un altro essere* ed è qui che nasce la possibilità di una prima forma di attaccamento (Brazelton e Cramer, 1991).

L'idea dell'esistenza di una relazione di attaccamento tra una madre ed il feto non è, come si potrebbe pensare, uno sviluppo recente nell'ambito della psicologia della gravidanza; Deutsch (1945) fu il primo a supporre che l'attaccamento potesse iniziare durante la gestazione. Rubin (1975) ipotizzò l'esistenza di quattro "compiti" legati alla gravidanza:

1. la ricerca di una transizione sicura per sé e per il nascituro;
2. l'assicurarsi che il nascituro venga accettato dalle persone significative della propria famiglia;
3. il creare un legame (*binding-in*) con il proprio bambino sconosciuto e
4. l'imparare a donarsi. Il concetto di Rubin (1975) di "legame" (*binding-in*) è piuttosto simile a quello di "relazione" (*bonding*) e si è evoluto nel costrutto di *attaccamento prenatale*. Nell'ambito della letteratura sull'accudimento, l'attaccamento prenatale è stato definito come «la singolare relazione di amore che si sviluppa tra una donna e il suo feto» (Muller, 1993).

Soldera afferma che il feto si sviluppa all'interno del corpo materno, nutrendosi di tutto ciò che la madre gli offre, a livello chimico-biologico e anche a livello psico-emotivo. Scrive Soldera (2000) «Tutto ciò che la madre vive, il bambino lo vive con lei». Ed ancora: «l'utero non è solo la prima culla per il bambino ma è anche il suo primo vero mondo e il modo in cui lo sperimenta incide sulla formazione della sua futura personalità».

Niederhofer & Reiter (2004) dimostrano come lo stress vissuto dalla madre durante la gravidanza, se continuato ed intenso, danneggia enormemente lo sviluppo del feto, arrivando ad influire negativamente su di esso persino a livello di formazione del sistema nervoso e influenzando, a lungo termine, anche sulla sua componente temperamentale.

Negli ultimi vent'anni è andato sempre più amplificandosi l'interesse di studio sulle fasi dell'evoluzione prenatale, con particolare attenzione al rapporto che i genitori sviluppano, in uno spazio intermedio tra fantasia e pensiero, verso il bambino atteso. Quest'area di indagine esplora il complesso degli atteggiamenti, comportamenti, rappresentazioni cognitive e fantastiche che si sviluppano nella mente dei genitori nei confronti del feto; in sintesi, la ricerca s'interessa all'*attaccamento prenatale*. L'attaccamento in questione - ovvero la qualità dell'investimento affettivo prenatale - influisce sui processi della gravidanza, del parto, sulla successiva relazione di attaccamento genitori-bambino e sullo sviluppo psichico infantile.

1.4 Attaccamento sicuro o di dipendenza

Nell'ambito dell'ampio filone di studi e ricerche che ha indagato il legame madre-bambino, un posto di assoluto rilievo è occupato dalla Teoria dell'Attaccamento introdotta da Bowlby, psichiatra e psicoanalista inglese. Bowlby (1969) propose una visione del legame primario tra madre e bambino, e un'interpretazione dell'eziologia della psicopatologia dell'età evolutiva alquanto innovativa rispetto alle precedenti.

Col termine *legame di attaccamento* si definisce una relazione di lunga durata, emotivamente significativa, che si stabilisce con una persona specifica. Nei primi anni di vita, l'oggetto di tale attaccamento solitamente è un genitore o la persona che si prende cura costantemente dei bisogni fisiologici e psicologici del bambino.

Secondo Bowlby (1969, 1973, 1980) il bambino nasce dotato di una serie di comportamenti, preordinati geneticamente, che svolgono un'importante funzione adattiva. Il sorriso, il pianto, il vocalizzo, l'aggrapparsi alla mamma sono definiti comportamenti di attaccamento e fanno parte di un sistema comportamentale finalizzato a garantire al bambino la vicinanza fisica all'adulto, presupposto necessario per la sopravvivenza.

Il sistema comportamentale di attaccamento si attiva in base alle informazioni che il bambino riceve sulla base della distanziamento fisico dal suo *caregiver*, solitamente la madre; qualora la

distanza dalla madre diventi eccessiva, i comportamenti di attaccamento vengono immediatamente attivati, e persistono fintanto che non viene ristabilita la vicinanza con essa.

Per Bowlby (1969), assieme al sistema comportamentale di attaccamento il bambino dispone di altri importanti comportamenti quali l'esplorazione e l'affiliazione. Fondamentale è la capacità del bambino di coordinare tutti questi sistemi comportamentali, alcuni dei quali in competizione fra loro - come, ad esempio, i sistemi di attaccamento e di esplorazione - in un insieme adattato che assicuri all'individuo non solo la sopravvivenza fisica ma, e soprattutto, la padronanza sull'ambiente. Una simile coordinazione di comportamentali richiede l'esistenza di processi di integrazione e di controllo di ordine superiore, denominati *internal working models*.

In base a tale teoria, la costruzione di modelli operativi interni è influenzata da almeno due fattori: la quantità di tensione alla quale viene sottoposto il sistema comportamentale di attaccamento, e la disponibilità delle figure di attaccamento a mitigare questi stati di tensione. Qualora il bambino sia costretto ad affrontare situazioni ripetute di stress o a sperimentare con una certa frequenza l'inaccessibilità della figura di attaccamento, costruirà una rappresentazione dell'ambiente come pericolosa e una raffigurazione di sé e degli altri come persone incapaci di eliminare o alleviare le situazioni di pericolo. Ciò farà in modo che il bambino diventi timoroso nell'esplorazione dell'ambiente e poco fiducioso circa la possibilità di sentirsi sicuro; inoltre, potrà dubitare delle sue capacità di padroneggiare l'ambiente e della possibilità di fare affidamento sugli altri.

Il contributo più rilevante della Ainsworth alla *Teoria dell'Attaccamento* consiste nell'aver reso identificabili e misurabili le differenze individuali nei comportamenti di attaccamento (Ainsworth, Waters e Wall, 1978) attraverso una procedura di test standardizzata nota come Strange Situation Procedure. L'Autrice, a differenza di Bowlby, enfatizza il ruolo che gioca sui comportamenti di esplorazione, di affiliazione e di attaccamento, la consapevolezza da parte del bambino di poter disporre della sua base sicura in caso di necessità.

Per quanto riguarda l'*attaccamento sicuro* la ricerca evidenzia come la disponibilità emotiva della persona che si prende cura del piccolo sia associata all'esito di un attaccamento sicuro nel bambino. A tale riguardo Ainsworth (1969) scrive: «l'attaccamento sicuro si osserva non soltanto nell'accoglienza affettuosa che il bambino di un anno riserva alla figura di accudimento dopo una breve separazione, ma anche dalla capacità del piccolo di esplorare un nuovo ambiente in presenza della figura di accudimento stessa, cioè l'effetto base sicura».

Il bambino così detto "sicuro", che abbia, cioè, sviluppato una sufficiente fiducia circa la disponibilità del suo *caregiver* sarà più libero di esplorare l'ambiente rispetto ad un bambino più

“dipendente” che al contrario, in base alla sua esperienza interattiva col genitore, abbia maturato la consapevolezza di non poter contare su di lui.

Tre modelli principali di attaccamento, descritti per la prima volta dalla Ainsworth e dai suoi colleghi nel 1971, sono oggi così identificati:

- *insicuro Evitante* (tipo A);
- *insicuro Ambivalente* (tipo C);
- *sicuro* (tipo B).

I bambini di tipo A, attraverso il mantenimento di una moderata distanza dalla madre, detta *optimal distance*, evitano il rischio di essere rifiutati, come accadrebbe se si avvicinassero troppo; nello stesso tempo si pongono in condizione di essere eventualmente soccorsi nel caso il pericolo diventi eccessivo.

I bambini di tipo C, esagerando l'espressione dei loro bisogni, si fanno carico di mantenere vicina una madre altrimenti imprevedibile.

I bambini di tipo B esprimono in maniera chiara e con fiducia i loro bisogni, nella consapevolezza di essere aiutati e confortati in caso di necessità (Attili, 2000).

Oltre a questi tre *pattern* ne sono stati identificati altri, tra i quali lo stile di attaccamento disorganizzato/disorientato (tipo D) e quello confuso (Co), individuati da opera Main & Solomon (1986, 1990), George & Main (1990), Crittenden (1985) e Attili (2001). Si tratta di stili di attaccamento patologici, spesso conseguenti ad esperienze di maltrattamento, abuso, grave trascuratezza, orfanità, istituzionalizzazione.

1.5 Parto, allattamento, *post partum blues*: variabili di influenza

Con il taglio del cordone ombelicale il corpo materno e quello del neonato si separano definitivamente e la relazione affettiva instauratasi tra i due membri della diade madre - neonato deve trasformarsi nella situazione affettiva post-nascita.

Se durante il periodo gravidico, il corpo materno è soggetto a diverse modificazioni metaboliche ed endocrine, conseguenti anche all'influenza dei fattori psichici legati alla gravidanza stessa ed alla relazione col bambino (Imbasciati, Drabassi e Cena 2007), dopo il parto l'allattamento è un fenomeno che consegue ad altre modificazioni ormonali e svolge funzioni altrettanto importanti.

L'allattamento ha innanzitutto una funzione riflessa di sollecitazione sulla muscolatura liscia dell'utero, favorendo il processo di ripristino dello stato pregravidico.

In alcuni casi l'allattamento può risultare doloroso, ed indurre reattivamente un'ipogalattia.

La "conflittualità" (Deutsch, 1946) tra individuazione ed avvicinamento inerente al parto stesso si ripresenta nel puerperio influenzando la predisposizione all'allattamento che, al di là della sua funzione nutritiva, assume funzioni di promozione della relazione e coinvolge, pertanto, le funzioni psichiche (D'Alessio, Fiandanca 1990). Tutte le modalità comunicative non verbali materne - prossemica, gesti, tensioni o rilassamento muscolare, modulazione della voce - convergono ad interessare il bambino ad attaccarsi al seno materno. La madre stimola il bambino alla suzione e il bambino ne stimola la produzione di latte; per le primipare si rende spesso necessario l'aiuto del personale sanitario che incoraggia l'instaurarsi questo "scambio".

Ne discende l'importanza del contatto precoce subito dopo il parto e la possibilità, durante il ricovero, di effettuare il *rooming-in*⁵ affinché la donna possa allattare il bimbo nei tempi e con i modi che più le risultano naturali.

Molto frequente nel periodo puerperale è il fenomeno del *depressing blues*: una depressione transitoria di media entità che si manifesta in genere al terzo/quarto giorno dopo il parto ed è caratterizzata da pianto, stanchezza, irritabilità, ansia e può durare da qualche ora a qualche giorno.

Esistono anche forme più gravi di depressione di durata maggiore e che assumono un carattere francamente patologico (psicosi puerperali) (Dalton 1971). Vastissima l'area di ricerca di tale fenomeno correlato a calo di progesterone (Yalom, Lunde, Moos, Hamburg, 1968; Smith 1975) o carenza di estrogeni (Klaiber, Broverman, Vogel, Kobayashiy, Monartry, 1972; Paul, Axelrod, 1977), da complicità del parto (Handley, Dunn, Baker, Cokot, Gould, 1977) e alle relazioni pregresse famigliari (Benedek 1959; De Beavoir 1953; Deutsch 1945; Bibring 1961; Kitzinger 1978; Pines 1972; Soifer 1985; Winnicott 1987; Ammaniti 1991S; Stern 1992; Klaus 1998).

⁵ Permanenza del bambino assieme alla madre nella stessa stanza d'ospedale per il periodo di tempo più lungo possibile nell'arco delle 24 ore, vale a dire sia di giorno che di notte, ad eccezione dei periodi legati alle cure ospedaliere, e con inizio dopo il parto, non appena la madre risulta essere in grado di rispondere alle richieste del bambino. Tale opzione rappresenta un'opportunità che andrebbe offerta in tutti i casi dove non è strettamente necessario l'allontanamento del neonato.

UN PROGETTO CHE PARTE DA UNA STATISTICA

2.1 Prima di partire

Considerata l'importanza riconosciuta alla voce materna ed al suono quali stimoli fondamentali per lo sviluppo somatopsichico fetale da diversi studi di neurofisiologia, neuropsicologia nonché di musicoterapia (Gordon, 1999; Benenzon, 1997). Appurato, cioè, che:

- già in gravidanza madre e feto sono in ascolto reciproco e risuonano l'uno per l'altra;
- nell'utero il feto è raggiunto da sensazioni vibratorie - "filtrate" dal liquido amniotico (battito cardiaco, respirazione, rumori intestinali e suoni esterni) e percepite a livello sensoriale, vibratorio ed emozionale, corporeo più che uditivo - le quali costituiscono un insieme di informazioni contribuenti a formare nel bambino la costruzione del Sé.

Trattasi cioè di una prima forma di comunicazione non verbale che andrà ad incidere in gran parte sull'universo affettivo e caratteriale del bambino; di quanto sia determinante secondo tutte le discipline psicologiche il rapporto primario con i genitori e di quanto si ripercuota in misura importante sul carattere dell'individuo per tutta la sua vita.

Avendo, per contro, trovato molto limitata per numero di pubblicazioni la letteratura in merito al rapporto tra i seguenti fattori: suono intrauterino, comunicazione gestante-feto, ripercussioni sull'attaccamento del bambino e le relative conseguenze sul carattere dell'individuo, ho deciso di intraprendere uno studio sull'argomento.

Tesi non facile da portare avanti per la carenza di strumenti scientifici disponibili e di campioni sensibili, e per la quantità e variabilità dei fattori di influenza riscontrabili in questo tipo di ricerca a carattere longitudinale.

Inoltre si imponevano due quesiti: “quanto ne sanno le madri di tutto questo?” ed “esistono dei corsi di musicoterapia per donne in gravidanza?”, e, in caso affermativo, “in quale contesto essi sono realizzati, forse solo presso strutture private, riservati ad un pubblico d’élite?”.

Da qui l’iniziativa di avvicinare possibilmente e direttamente le future mamme per un’intervista presso una struttura pubblica.

Dopo aver presentato la bozza del progetto di ricerca al *Comitato Etico Indipendente* dell’ASS n°1 ed avere acquisito la necessaria convenzione ed i permessi, il percorso di ricerca ha avuto inizio presso i Distretti Sanitari di Trieste.

Intervistando 50 mamme al primo e ultimo incontro dei corsi di accompagnamento alla nascita, è stato rilevato che:

- il desiderio e la necessità di parteciparvi era dettato dal “sentirsi sole e non adeguate” in questo particolare periodo della loro vita;
- a fine percorso, di sentirsi maggiormente preparate al parto e alle conseguenze dal punto di vista pratico, nella consapevolezza di conoscere davvero poco della realtà comunicativa ed emotiva/psichica del proprio bambino (affermazione confermata dalle stesse ostetriche dei corsi).

Questa “ignoranza” sarebbe conseguenza della scarsità di informazioni dedicata alle future mamme, ma anche all’esiguità numerica degli incontri (otto) dedicati al corso di preparazione al parto, dove il personale sanitario e le stesse mamme danno la priorità ad argomenti di tipo pratico su parto, allattamento e prime cure al bambino.

2.2 L’inizio...

Considerando la gravidanza come uno stato coinvolgente corpo e mente, diventa interessante comprendere se e come la donna inizi ad instaurare una relazione con il suo bambino, come rielabori il proprio mondo sensoriale ed emotivo rispetto anche al modo in cui affronterà l’evento parto ed il puerperio; nonché come si prepari e prepari lo sviluppo fisico e psichico del neonato, in altri termini: al tipo di attaccamento post natale.

In sintesi, la presente ricerca si propone l’obiettivo di valutare dapprima la relazione gestante-feto attraverso la rilevazione di indici relativi all’attaccamento prenatale, e quindi l’efficacia di un intervento - basato sulla sensibilizzazione all’ascolto di musica e al canto realizzato nell’ultimo periodo della gravidanza - sulla relazione madre-bambino dopo la nascita e sull’allattamento.

Stabilita l'ipotesi generale della ricerca, si è presentato il problema delle modalità disponibili per realizzarla. Le variabili cliniche della struttura relazionale della psiche materna non sono facilmente individuabili, essendo state descritte usando metodi di tipo psicoanalitico o psicoanalitico/sperimentali (*infant observation, infant research, psicoterapia madre/bambino, ecc.*). Non essendo reclutabili in questo caso specialisti del settore, né, tanto meno, costruibili strumenti *ad hoc*, è stato individuato il *Prenatal Attachment Inventory* (PAI) (Müller, 1993) - tradotto e validato in Italia da Della Vedova (2008) - come uno strumento idoneo a fornire la valutazione quantitativa dei fattori presi in considerazione (vedi cap. 3.4).

Analogo problema si è presentato nel cercare uno strumento che misurasse l'attaccamento del bambino in un'età abbastanza precoce da non permettere a troppe variabili di poter influenzarne il risultato, ma che fosse nel contempo pratico e di facile accesso per le mamme in questo particolare periodo della loro vita.

È stato così individuato l'*Attachment Questions Sort* (AQS) (Waters, 1987), tradotto e validato nella versione italiana da R. Cassibba (2008). L'AQS risulta uno strumento innovativo che riprende i capisaldi della *Strange Situation* adattandola ad una realtà meno stressante e più conosciuta al bambino: la propria casa.

LA RICERCA

Nel primo capitolo si è delineato la cornice teorica in cui si inserisce l'ambito degli studi sullo sviluppo della gestante-feto, considerata matrice del futuro sviluppo caratteriale del bambino. Nel secondo si è descritto come è maturato il progetto ed è stata indicata la traccia generale. Qui di seguito verrà descritta nei dettagli la ricerca che costituisce la parte centrale del progetto.

Introduzione

Da un esame della letteratura (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Winnicott, 1958, 1965) si evince come lo sviluppo mentale del bambino - e quindi del futuro adulto - non sia determinato solo da fattori biologici, ma anche da apprendimenti precoci che dipendono dalla qualità della relazione genitori bambino.

Recenti studi neurofisiologici hanno constatato che il sistema nervoso fetale si sviluppa in base al tipo di esperienza avuta (Gottlieb, 1976; Previc, 1991, Zara, Polatti, 1998). Inoltre, grazie ai progressi tecnici ecografici, è stato possibile osservare la capacità del feto di interagire con gli stimoli provenienti dal corpo materno e dall'ambiente già a partire dal secondo trimestre di gravidanza (Della Vedova, Imbasciati, 1998; Della Vedova, 1999; Righetti, Sette, 2000; Manfredi, Imbasciati, 2004). Ad esempio, studiando l'insieme delle "variabili ambientali" che possono modulare lo sviluppo psichico fetale, Monk e coll. (1999, 2000) hanno trovato una relazione tra gli effetti di ansia e stress materni e le variazioni della frequenza cardiaca fetale.

Particolarmente numerosi sono gli studi relativi sull'esperienza acustica fetale (Salk, 1960; De Casper e Fifer, 1980; Manfredi, Imbasciati, 2004), in quanto considerata la sensorialità di cui il feto

fa precoce esperienza, oltre che per la sua connotazione fortemente relazionale. A questo proposito ricordiamo il risultato dello studio di Manfredi, Della Vedova e Imbasciati (Manfredi, Imbasciati, 2004). Gli autori hanno indagato l'esperienza acustica su tre livelli: l'ascolto musicale da parte della madre, la rumorosità degli ambienti da essa frequentati e, infine, la comunicazione intenzionale da parte della madre stessa con il feto. Risultava che la variabile che dava luogo a maggiori rilievi statisticamente significativi era quella della comunicazione intenzionale diretta dalla madre al proprio figlio non ancora nato; il che rimanda all'importanza delle relazioni per lo sviluppo percettivo e cognitivo del feto.

Attualmente la relazione gestante-feto viene pertanto considerata l'elemento centrale dello "scambio dialogico" tra l'organismo materno e quello fetale (Manfredi, Imbasciati, 2004; Della Vedova e coll., 2005; Della Vedova, Imbasciati, 2005; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007), dialogo responsabile dello sviluppo fisico e psichico del bambino, nonché della qualità della sua struttura psicosomatica (Imbasciati, 2006).

Per questo motivo il campo della ricerca si è allargato ai processi relativi alla gravidanza, in quanto periodo nel quale iniziano tutti i processi citati. Il team composto da Morukoma, Doria, Ierullo, Kinukawa; Fakushima, Nakano, Arulkumaran e Papageorghiou (2007) al St. George Hospital di Londra ha dimostrato che su 27 feti esposti a suoni di bassa frequenza corrispondono lenti movimenti fetali. Una ricerca più recente condotta presso l'Università di Parigi ha dimostrato che variazioni temporali acustiche (veloce/lento) stimolano e rallentano il battito cardiaco fetale già dalla 24esima settimana di gestazione (Granier-Deferre; Ribeiro; Jacquet; Bassereau, 2010).

Le ricercatrici canadesi Kisilevsky e Hains (2010) hanno dimostrato su un campione di 143 feti che lo stimolo della voce materna aumenta la frequenza del loro battito cardiaco aumenta rispetto ai periodi di silenzio materno.

Verso le ultime settimane gestazionali il feto si dimostra capace di operare una discriminazione sia a riguardo di segmenti vocalici (a/i) o di strutture sillabiche (bi/ba), sia sul genere del locutore e anche nel distinguere la voce materna da quella delle altre persone, dimostrandosi pertanto sensibile a caratteristiche di tipo individuale (Kisilevsky, Hains, Lee, Xie, Huang, Ye, Zang e Wang; 2003).

In sintesi, la letteratura mette in evidenza che la comunicazione gestante-feto basata prevalentemente sulle esperienze sonore è di fondamentale importanza: per il benessere fetale e per la costruzione del sé neurofisiologico ed emotivo del bambino; per la presa di consapevolezza materna della vita che in lei si sviluppa; per lo stabilirsi del legame tra madre e feto prima e madre e

neonato poi; in sostanza per il buon andamento e il buon esito della gravidanza, del parto e del puerperio.

3.1 Obiettivi dello studio

L'ipotesi della ricerca è stata che le caratteristiche della comunicazione sonora gestante-feto nel periodo della gestazione siano correlate alla qualità dell'interazione tra mamma e bambino contribuendo allo stabilirsi di un attaccamento di tipo sicuro, verificato nel primo anno di vita del bambino.

Gli obiettivi della ricerca sono stati la valutazione dell'efficacia di un intervento basato sulla sensibilizzazione all'ascolto di musica e al canto realizzato nel periodo di gravidanza - in particolar modo dalla 24 settimana quando l'apparato uditivo è completamente formato - sulla relazione madre bambino pre e post natale.

Primo strumento dello studio è stata la valutazione dell'attaccamento madre-figlio ad un anno dalla nascita con il test AQS.

Altro strumento di verifica è stata la valutazione dell'attaccamento prenatale realizzato con il test PAI.

3.2 Procedura

Per lo studio in oggetto è stata essenziale la collaborazione del Distretto Sanitario N. 3 dell'ASS n° 1 "Triestina", in quanto la proposta di partecipazione ad esso è stata avanzata alle loro utenti.

Il campione era composto da donne che partecipavano ai corsi di *Accompagnamento alla nascita*, organizzati appunto dai Distretti Sanitari, e condotti da ostetriche e altro personale qualificato.

La partecipazione dei soggetti campione è avvenuta per scelta volontaria su proposta dell'ostetrica titolare del corso e della psicologa distrettuali. Al primo incontro al corso di *Accompagnamento alla nascita* le gravide hanno completato in forma anonima la versione italiana del PAI.

La ricerca è stata presentata nel primo giorno del corso in presenza dell'ostetrica, in modo sintetico affinché le risposte non fossero influenzate dai contenuti trasmessi durante il corso stesso, e per non creare eccessive aspettative o delusioni rispettivamente nelle mamme che avrebbero o non vi avrebbero partecipato attivamente.

Le gravide hanno sottoscritto il loro accordo a partecipare alla ricerca firmando il consenso informato ed hanno compilato i questionari in occasione degli incontri dei corsi di *Accompagnamento alla nascita* alla presenza di una psicologa e di un'ostetrica. Il periodo di raccolta dati è stato di sei mesi.

Successivamente, tramite procedura informatica, le donne sono state randomizzate in due gruppi: "il gruppo attivo" con l'invito a partecipare a delle sedute di musica e a partecipare ai test e "il gruppo di controllo" con l'invito ad essere ricontattate dopo tre mesi per compilare nuovamente il test e per un incontro insieme al bambino ad un anno dalla nascita.

3.3 Metodo

Entrambi i gruppi (uno di intervento, due di controllo), formati *random*, erano composti ciascuno da 71 soggetti, per un totale di 142 mamme. Si trattava di soggetti psicologicamente ritenuti sani e con gravidanza non a rischio, con un'età compresa tra i 18 e i 47 anni, di cittadinanza italiana.

Il "gruppo "attivo" era costituito dalle mamme che hanno seguito il programma musicale dalla 24° settimana di gravidanza.

Sono stati proposti incontri presso il Consultorio Familiare distrettuale a sottogruppi di non più di 10 mamme per volta, con cadenza settimanale, della durata di un'ora e trenta minuti, per un massimo di 5 riunioni. Il *setting* comprendeva: la dotazione di uno stereo per l'ascolto di musiche registrate; strumenti didattici a percussione, sia a suono indeterminato (tamburi di diverse dimensioni, grancassa, bongos, piatti, legnetti, triagoli... e qualsiasi altro strumento a percussione preferito dal soggetto) sia a suono determinato (xilofono contralto, xilofono soprano, metallofono); da strumenti non convenzionali. Fondamentale è stato l'uso del corpo - voce compresa - come primo strumento musicale a disposizione.

Sono stati proposti tendenzialmente 10 brani di musica di diversi stili e generi musicali: dalla musica elementare di matrice orffiana a forme più complesse tratte dalla musica classica, leggera, pop, folk... o anche di altro genere, concordata con le partecipanti a seconda delle loro preferenze.

Le mamme sono state invitate a partecipare settimanalmente agli incontri compatibilmente con i propri impegni - da notare che molto raramente qualcuna ha disertato! - e a dedicare giornalmente una decina di minuti all'ascolto di musica a domicilio.

Ad ogni incontro si analizzavano insieme le sensazioni della madre e ciò che sentiva nell'utero (calci o riposo o altro). Inaspettatamente per loro le mamme hanno imparato a percepire lo stato del bambino (di "tensione" e non rilassato, sonno attivo/passivo; veglia attiva/passiva) e a percepire il gradimento o meno da parte del bambino interpretandone i movimenti: se armoniosi o agitati. Era interessante rilevare che esse coglievano il gradimento del feto anche se la sua preferenza era diversa da quella della madre stessa, dimostrando, quindi, di saper discriminare tra le reazioni del bambino e quelle proprie. Emergevano, inoltre, altri tipi di emozioni, che erano evocative di esperienze passate; anch'esse venivano discusse insieme, riflettendo sui loro riflessi nel momento presente.





Le mamme inoltre tenevano un “diario di percorso” nel quale annotavano le sensazioni provate durante le giornate diverse da quelle degli incontri. Annotavano, ad esempio, se avevano saputo stimolare o tranquillizzare il feto con le musiche o cantando, ed eventuali nuove abitudini intraprese durante questo periodo.

Il gruppo di controllo ha continuato a condurre normalmente la propria vita, senza frequentare alcun tipo di corso musicale o musicoterapico.

3.4 Strumenti

Ai due gruppi è stata somministrata la scheda sociodemografica anamnestica e musicale (vedi appendice).

Il questionario proposto indagava: l’età, la nazionalità, il livello di istruzione, l’occupazione lavorativa, lo stato civile, gli anni di matrimonio/relazione di coppia; l’età gestazionale, se si tratta di gravidanza desiderata e pianificata, se a rischio, se ci sono stati precedenti aborti spontanei, morte perinatale e interruzione volontaria di gravidanza; inoltre, la storia sonoro/musicale e sociale del soggetto. Questi ultimi dati hanno permesso di verificare in tempo eventuali riferimenti a suoni e rumori graditi o sgraditi, onde pilotare il percorso dell’incontro.

Al primo e ultimo incontro (ovvero alla presentazione del corso pre-parto e a 10 giorni dalla scadenza) è stata somministrata in cieco la versione italiana del test *Prenatal Attachment Inventory* (PAI) di Müller (1993) tradotto e validato da Della Vedova (2007), scala di self report di tipo Likert con modalità ordinate da 1/“quasi mai” a 4/“quasi sempre”. Il punteggio totale può variare da 21 a 84; alti punteggi indicano un livello elevato di attaccamento prenatale. Lo strumento nella versione italiana ha mostrato una buona coerenza interna (α di Cronbach = 0,869).

A 12 mesi dalla nascita è stato somministrato su 142 casi il test *Attachment Questions Sort* (AQS) di Everett Waters (1985), tradotto e validato in Italia da Rosalinda Cassibba, e utilizzato per la prima volta nel 2008 all'Università di Bari. Si tratta di uno strumento basato su 90 *items* osservativi che consente di rilevare la presenza di alcuni semplici comportamenti del bambino nel suo ambiente naturale di vita (la casa), mettendo in risalto le prime relazioni genitore-bambino. Esso distingue la relazione di attaccamento tra madre e bambino in “attaccamento sicuro” o “attaccamento dipendente”.

Per raccogliere questi dati si è condotta un'osservazione domiciliare, durata in media 4 ore (2 incontri nella stessa settimana di circa 2 ore ciascuna) al fine di osservare il comportamento abituale del bambino in un contesto a lui familiare. Al termine delle due sessioni di osservazione, l'osservatore ha descritto il tipo di attaccamento del bambino, ordinando i 90 cartoncini degli altrettanti *items* dell'AQS (vedi appendice).

L'osservatore divide i cartoncini in nove sezioni dove alla numero 1 vengono raccolti tutti i 10 comportamenti che non corrispondono affatto al bambino e alla sezione 9 i 10 comportamenti che lo descrivono alla perfezione, nelle rimanenti sezioni la descrizione varia dal “meno simile” al “più simile”.

Il punteggio è calcolato correlando la Q-descrizione dell'osservatore con il criterio di ordinamento di sicurezza effettuate con la versione 1.1 2000 del programma AQS, dove $>1,00$ corrisponde a “bambino perfettamente sicuro” e $<1,00$ corrisponde a bambino “insicuro o dipendente dalla mamma”.

Nelle prime 18 sedute (5 bambini del gruppo attivo e 4 del gruppo di controllo, visti per 2 sedute) il test è stato effettuato in cieco e da due osservatori diversi per verificare l'obiettività e la concordanza nell'assegnazione degli item. Il coefficiente di correlazione ottenuto per i punteggi AQS assegnati dai due osservatori indipendenti è stato di 0,94 (rho di Spearman). Tale punteggio ha dimostrato un'ottima concordanza tra osservatori.

Un colloquio informale post - parto, tenuto presso il Consultorio o telefonicamente, ha raccolto informazioni sulle eventuali variabili parto difficile/allattamento/incubatrice, allo scopo di

valutare eventuali influenze sull'effettivo attaccamento. Si è riscontrata una minima percentuale di parti difficili, distribuiti in misura equivalente in ambedue i gruppi.

3.5 Procedura e criteri di scelta per il campione, analisi statistiche

Il gruppo di soggetti che hanno partecipato alla ricerca è composta da 142 donne (un gruppo di controllo e un gruppo attivo di 71 elementi ciascuno), con caratteristiche molto simili.

Si può vedere nella tabella 1 una percentuale simile sia nel livello di scolarità che nel livello di occupazione.

Per quanto riguarda il titolo di studio, la maggior parte delle donne ha un diploma di scuola media superiore (49%) o di laurea (38.5%); il restante 12% ha un diploma di media inferiore o una qualifica professionale (6.5%).

Inoltre, la maggior parte delle donne (95%) svolgono un'attività impiegatizia, il 9.7% un'attività operaia, e il 5% sono disoccupate e casalinghe.

Tutte le donne risultano avere una situazione familiare buona e affermano di vivere stabilmente con il compagno.

In accordo con lo psicologo del Consultorio, si sono arruolate esclusivamente donne di cittadinanza italiana e in buona salute psichica per evitare sia la non comprensione del testo dei questionari sia eventuali ricadute emotive su persone considerate fragili psicologicamente.

L'età media delle donne varia tra i 18 e i 47 anni (mediana = 32 anni); l'età gestazionale varia tra la 21 e la 36 settimana; la maggioranza delle donne (76%) è primipara, sposata (56.5%), con un medio/alto livello di qualificazione scolastica e con un'occupazione lavorativa (95%).

Dopo la nascita del bambino le mamme venivano intervistate - telefonicamente o presso il Consultorio - oltre che sulle eventuali difficoltà connesse al parto o all'allattamento, per conoscere le modalità di crescita del bambino (ad esempio, se usufruissero dell'aiuto dei nonni, di una baby-sitter o dell'asilo nido) per verificare possibili fattori d'influenza (in appendice il testo dell'intervista).

Da questa intervista e dal colloquio con l'ostetrica è emerso che i due gruppi rimangono omogenei e con caratteristiche molto simili.

Per un dettaglio delle caratteristiche sociodemografiche e di quelle relative alla gravidanza si vedano le Tabelle 1 e 2.

Tabella 1. Descrizione della popolazione al momento dell'arruolamento nei due gruppi

	Gruppo di intervento n=71	Gruppo di controllo n=71	p
Età materna, media (deviazione standard)	32,1 (5,1)	31,9 (4,8)	0,8
Settimana di gravidanza, media (deviazione standard)	27,2 (1,2)	27,3 (1,3)	0,5
Cittadinanza italiana, n (%)	71 (100%)	71 (100%)	
provenienza da FVG, n (%)	64 (90%)	65 (91%)	0,8
provenienza da altra regione	7 (10%)	6 (9%)	
Scolarità, n (%)			0,9
- diploma di scuola media inferiore o meno	9 (13%)	8 (11%)	
- diploma di scuola superiore	35 (49%)	35 (49%)	
- laurea	27 (38%)	28 (39%)	
Anni di scolarità musicale, media (deviazione standard)	0,54 (1,4)	0,48 (1,3)	0,8
Occupazione, n (%)			0,7
- occupata	68 (96%)	67 (94%)	
- non occupata	3 (4%)	4 (6%)	
Stato civile, n (%)			0,2
- coniugata	36 (51%)	44 (62%)	
- non coniugata	35 (49%)	27 (38%)	
Anni di relazione con il partner, media (deviazione standard)	7 (4,5)	7,1 (4,3)	0,9
Precedenti figli, n (%)	17 (24%)	17 (24%)	1
Attuale gravidanza desiderata/pianificata, n (%)	63 (89%)	62 (87%)	0,8
Gravidanza ad alto rischio, n (%)	8 (11%)	5 (7%)	0,4

Tabella 2. Caratteristiche parto e puerperio nei due gruppi

	Gruppo di intervento n=71	Gruppo di controllo n=71	p
Tipo parto spontaneo, n (%)	58 (81,7%)	58 (81,7%)	1
Durata del travaglio in categoria, n (%)			0,8
- breve	19 (26,8%)	22 (31,0%)	
- medio	45 (63,4%)	44 (62,0%)	
- lungo	7 (9,9%)	5 (7,0%)	
Allattamento, n (%)			0,8
- seno	48 (67,6%)	48 (67,6%)	
- artificiale	12 (16,9%)	14 (19,7%)	
- misto	11 (15,5%)	9 (12,7%)	
Aiuti da terzi, n (%)			0,9
- nessuno	44 (62,0%)	41 (57,7%)	
- nonni	20 (28,2%)	23 (34,2%)	
- asilo nido	7 (9,9%)	7 (9,9%)	
- baby sitter	0	0	
Quanto tempo passa a giocare con il figlio, n (%)			0,3
- molto poco	0	1 (1,4%)	
- mezza giornata,	36 (50,7%)	43 (60,6%)	
- quasi tutto il giorno	35 (49,3%)	27 (38,0%)	

RISULTATI

4.1 Primo stadio: periodo gravidanza

La media del punteggio del PAI alla prima somministrazione, tra la 24esima e la 28esima settimana, per il gruppo “attivo” è stata di 62,5 (ds 7,7), valore pressoché simile nel gruppo di controllo.

I punteggi variano da 42 a 78 (su un possibile *range* da 21 a 84).

Alla seconda somministrazione, effettuata pochi giorni prima della scadenza, e quindi al termine del *training* che ha visto l'utilizzo della musica e in contemporanea la spiegazione di dinamiche relative alle teorie esistenti, i risultati ottenuti sono stati i seguenti 77,3 (ds 4,9) per il gruppo attivo contro 66 (ds 7) del gruppo di controllo.

I dati, riportati nelle Tabelle 3 e 4, evidenziano un risultato significativamente più alto nel gruppo in cui sono stati somministrati gli incontri di musica rispetto al gruppo di controllo.

Tabella 3. Confronto sul punteggio PAI tra i due gruppi prima e dopo l'intervento

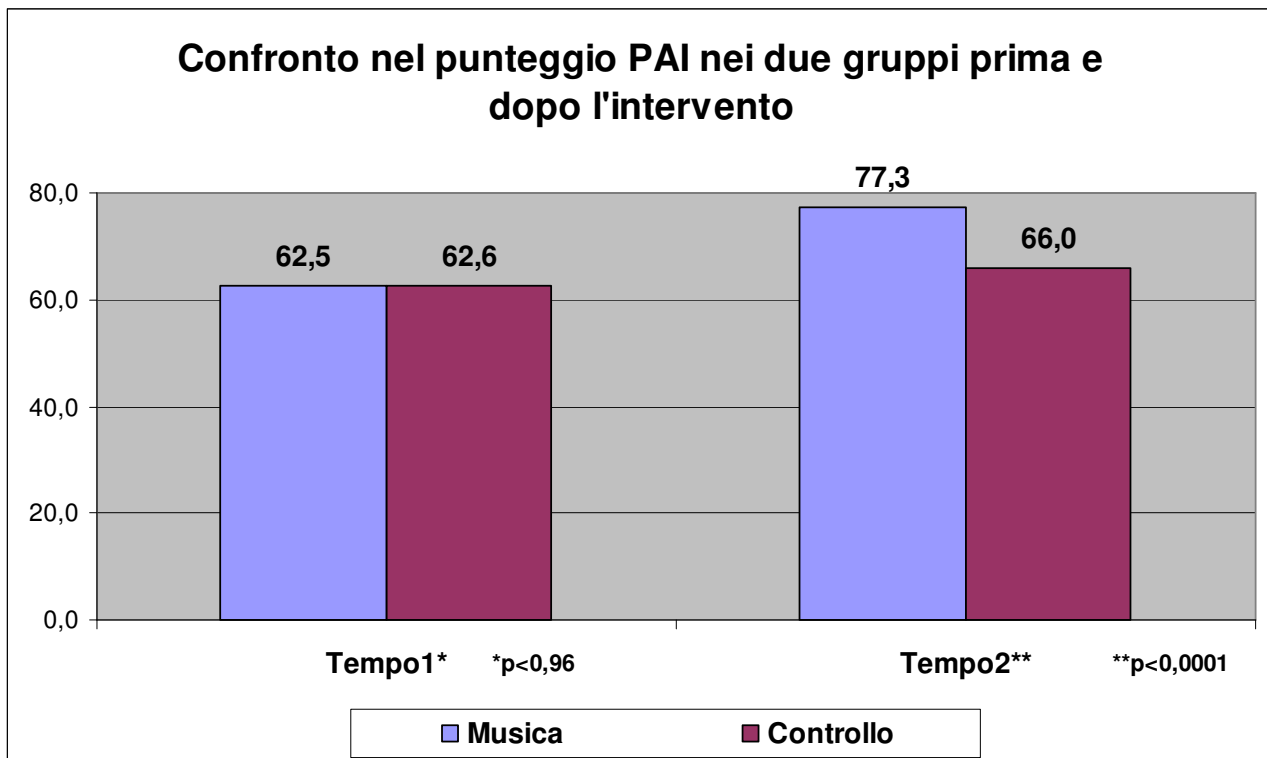


Tabella 4. Risultati

PAI pre-intervento, media (deviazione standard)	62,5 (7,7)	62,6 (9,3)	0,96
PAI post-intervento, media (deviazione standard)	77,3 (4,9)	66 (7)	<0,0001

4.2 Secondo stadio: un mese dopo la nascita

Le donne, durante l'intervista semistrutturata effettuata per via telefonica (l'esempio della telefonata è riportato in appendice), hanno riferito le seguenti modalità di parto: l'81,7% parto spontaneo.

Il ricordo della durata del parto riportata dalle donne durante l'intervista ha una media di 12.63 ± 12.455 ore con un *range* che varia da 1 a 72 ore.

La maggior parte delle donne (64.9%) riporta di essere rientrata a casa entro la terza giornata; la media è di 4.16 ± 2.555 con un *range* che varia da 2 a 15 giorni.

La maggior parte delle donne (67.7%) dichiara di avere in atto, al momento dell'intervista, un allattamento di tipo naturale, il 18.3% artificiale e il 14.1% misto.

Per quanto riguarda l'aiuto nell'allevamento del bambino da parte di terze persone: il 31.2% afferma di affidare per buona parte della giornata il bambino ai nonni, il 9.9% di affidarsi all'asilo nido, il 59.85% riesce ad organizzarsi nel gestire autonomamente il bambino.

Le percentuali in merito al tempo impiegato a giocare giornalmente con il bambino sono infine: 43.65% tutto il giorno, 55.65% mezza giornata e un debole 1.14% dichiara di non avere mai tempo.

4.3 Terzo stadio: post parto

L'obiettivo primario della ricerca era quello di verificare se i bambini delle mamme del "gruppo attivo", rispetto a quelle del "gruppo di controllo", alla distanza di 12 mesi dalla nascita, avessero un attaccamento definibile come "sicuro" ovvero "di dipendenza".

A 12 mesi dalla nascita è stato somministrato su 142 casi il test AQS, per una media di 4 ore (2 incontri nella stessa settimana di circa 2 ore ciascuna) per caso al domicilio abituale dei bambini, al fine di osservarne il comportamento abituale in un contesto familiare. Al termine delle due sessioni di osservazione, l'osservatore ha descritto il tipo di bambino, ordinando i 90 cartoncini degli altrettanti *items* dell'AQS (dove $>1,00$ corrisponde a "bambino perfettamente sicuro" e $<1,00$ corrisponde a bambino "insicuro o dipendente dalla mamma").

Tabella 5. Risultati finali

	Indice AQS medio (Deviazione Standard)	p
Gruppo di intervento (musicoterapia psicopedagogica)	0,10 (0,09)	<0,001
Gruppo di controllo	- 0,07 (0,05)	

Nel gruppo d'intervento la media dell'indice AQS è risultata essere di 0,10 (con deviazione standard di 0,09) mentre nel gruppo di controllo di - 0,07 (DS 0,05). La differenza tra i due gruppi è risultata essere statisticamente significativa (test ANOVA $p < 0,001$).

Pur in presenza di una piccola differenza tra i due gruppi nell'indice AQS l'intervento sembra aver determinato un miglior attaccamento.

DISCUSSIONE

In questo progetto è stata valutata l'efficacia di un intervento basato sulla sensibilizzazione all'ascolto di musica e al canto realizzato nell'ultimo trimestre di gravidanza con due esiti principali nello studio: la valutazione dell'attaccamento prenatale e la valutazione dell'attaccamento nel post-natale; dalla loro correlazione si è indagato sul carattere del bambino, ad un anno d'età, classificandolo in "sicuro" o "dipendente".

Sia nell'obiettivo primario che secondario abbiamo ottenuto risultati statisticamente significativi, pertanto possiamo ritenerci soddisfatti del lavoro svolto.

Innanzitutto, è necessario ricordare che si tratta di un campione di convenienza, selezionato dai criteri restrittivi richiesti dalle procedure e dagli strumenti disponibili, oltre che imposto dal Comitato Etico scientifico della Struttura ospitante: donne sane, di nazionalità italiana, con età compresa tra i 18 e i 47 anni, con prognosi senza complicanze.

Come emerge dai risultati esposti per le caratteristiche sociodemografiche, la maggior parte delle donne presenta un livello di istruzione medio-alto e svolge un'attività lavorativa di tipo impiegatizio. Tutte le donne vivono con il loro compagno: la maggior parte è coniugata, le restanti sono conviventi. L'età media delle donne si colloca intorno ai 32 anni.

Per quanto riguarda le caratteristiche relative alla gravidanza: la maggioranza riferisce di aver desiderato di avere un bambino e per la maggior parte di esse è stato anche programmato. La metà delle donne riferisce che non c'è stato nessun avvenimento che ha costituito fonte di preoccupazione durante la gravidanza, mentre per le restanti si tratta di preoccupazioni legate soltanto al lavoro o ai malesseri della gravidanza.

La maggior parte ritiene che sia importante frequentare un corso di accompagnamento alla nascita e un numero consistente di queste dichiara nulla la conoscenza del mondo sonoro-prenatale.

Da un'intervista svolta su un campione di 50 mamme tra gennaio e marzo 2010 a fine corso di accompagnamento alla nascita a *random* tra i Distretti, esse dichiarano di essere soddisfatte e sentirsi maggiormente preparate al parto e alle conseguenze dal punto di vista pratico, ma di conoscere davvero poco della realtà comunicativa ed emotiva/psichica del proprio bambino, inconsapevoli del più importante canale di comunicazione non verbale che hanno a portata di mano con il proprio bambino, ovvero il suono.

Ciò è stato confermato anche dalle ostetriche e dal personale dell'ASS, per una mancanza di formazione oltre che di tempo nelle poche ore dedicate al corso di accompagnamento alla nascita, dove l'interesse primario è fornire supporto alle mamme dal punto di vista tecnico/pratico sulla gravidanza in genere, le modalità del parto, l'allattamento e il puerperio.

Prendendo in considerazione i punteggi ottenuti dalle donne nei questionari somministrati nella fase prenatale, si conferma un profilo positivo. Il campione, infatti, presenta un buon livello di attaccamento prenatale, la media del punteggio del PAI alla prima somministrazione, tra la 24esima e la 28esima settimana, per il gruppo "attivo" è stata di 62,5 (ds 7,7), valore pressoché simile nel gruppo di controllo.

Alla seconda somministrazione, effettuata pochi giorni prima della scadenza, e quindi al termine del *training* che ha visto l'utilizzo della musica e in contemporanea, su esplicita richiesta delle mamme, la spiegazione di dinamiche relative alle teorie esistenti, i risultati ottenuti sono stati i seguenti: 77,3 (ds 4,9) per il gruppo attivo contro 66 (ds 7) del gruppo di controllo.

I dati evidenziano un risultato significativamente più alto nel gruppo in cui sono stati somministrati gli incontri di musica rispetto al gruppo di controllo.

Risultati che ci aspettavamo poiché tale gruppo si è impegnato quotidianamente per quasi 3 mesi a voler ricercare una comunicazione con il proprio bambino.

Le mamme che hanno partecipato al gruppo "attivo" si sono spontaneamente dichiarate per la maggior parte soddisfatte e contente di aver avuto la possibilità di parteciparvi; i diari che hanno riconsegnato alle ostetriche lo testimoniano e tutt'oggi nuove mamme chiedono informazioni su simili progetti.

Di seguito alcune sensazioni e dinamiche osservate più comunemente dalle mamme negli incontri:

- il feto si muove più frequentemente al suono del pianoforte (le mamme che hanno esperienza di chitarra in famiglia notano invece predilezione per quest'altro strumento);
- le mamme imparano autonomamente ad interpretare dalla prima seduta se il bambino è in stato di ascolto/tensione o se dorme;

- alla seconda seduta cominciano ad interpretare se una canzone già sentita piace in base ai movimenti armoniosi del feto, lo descrivono “che nuota dolcemente”;
- il piacere spesso è interpretato (come il bimbo una volta nato) nel movimento delle manine e un minor movimento dei piedi;
- imparano a tranquillizzare il feto a casa (specialmente la notte) usando un carillon;
- trovano riscontro e comportamenti di riconoscimento nel bambino una volta nato all’ascolto del cd musicale fatto a piacimento per la sala parto;
- testimoniano il fatto che il bambino si tranquillizza ascoltando le ninne nanne precedentemente cantate in gravidanza;
- spesso riferiscono di dormire senza interruzione tutta la notte precedente il nostro incontro, senza sentire il bambino agitarsi come abituate solitamente (richiamo alla ritualità);
- alcune hanno interpretato delle reazioni del bimbo solo all’ascolto della musica a questi incontri (es.: del feto che scalcia ad una musica improvvisata e forte = agli scalci alla frenata stridente del bus o in corrispondenza di suono molesto...);
- al sentire la mia voce (confermato dall’ostetrica per il suo ruolo nel corso pre e post natale e dalle mamme una quando reincontrate) i bambini una volta nati sono zitti e in ascolto, proprio come le loro mamme nel periodo degli incontri...

Sono tutte interpretazioni che a noi del settore sembrano naturali da scoprire, in realtà viviamo in una società talmente frenetica dove l’inquinamento acustico è arrivato ad un livello tale dove ormai siamo giunti alla necessità di qualcuno che ci inviti semplicemente ad ascoltarci.

Nel gruppo di controllo, il livello del Pai, come è naturale che sia a pochi giorni dalla nascita, si è alzato comunque di 3,5(%) punti rispetto alla prima misurazione, ma le ds (deviazione standard) tra le misurazioni dei due gruppi confermano quella inesperienza da parte della madre di fantasticare, simbolizzare e sapersi raffigurare mentalmente il bambino atteso, anche quando questo è atteso: è noto che la capacità permette alla madre di pensare al bambino non come un’entità astratta, ma come un essere “visibile”, con una vera e propria fisionomia umana e, quindi, di entrare in relazione con lui. Si potrebbe pensare che queste donne, con un pensiero probabilmente molto pragmatico, corrispondano a quelle madri che Raphael-Leff (1983, 1985, 1986) definisce “regolatrici”, cioè quelle donne che considerano la gravidanza e il *post-partum* come fasi della vita pressoché normali, senza particolari cambiamenti, che avvertono i movimenti fetali come una presenza estranea e che fantasticano poco sul feto. Sembra che facciano fatica a costituirsi quello specifico “spazio mentale” occupato dal bambino che sta per nascere che, se nel primo periodo

gravidico è assente - Soulè (1982) parla di *blanc d'enfant* -, dovrebbe essere presente con la comparsa dei movimenti fetali e la visualizzazione del bambino reale in ecografia. Soulè (1990) sottolinea come lo sviluppo del bambino nella mente dei genitori, in particolare quella della madre, dipenda anche dalla capacità di fantasticare su di lui. Si ricorda inoltre che la seconda somministrazione prenatale è avvenuta a pochi giorni dalla data del parto, quando l'immagine del bambino dovrebbe essersi già costituita ed essersi differenziata (Candelori, Pola, Tambelli, 1991).

Per quanto riguarda i risultati ottenuti dalle interviste telefoniche effettuate a circa un mese di distanza dal parto, si ricorda che si tratta non di dati obiettivi relativi all'andamento clinico del parto, ma vissuti soggettivi delle donne. Tali dati riferiti dalle donne e successivamente verificati dalle ostetriche, sono serviti a tenere conto delle possibili variabili di influenza in tema di attaccamento (parto difficile, tipo di allattamento, aiuto nell'allevare il bambino). Variabili che a fine statistica abbiamo ritenuto di non dover indagare ulteriormente poiché i due gruppi si sono rivelati fortunatamente omogenei e con caratteristiche molto simili.

In merito al test AQS, effettuato come è possibile ad un anno d'età del bambino - quando il carattere di un individuo risulta essere già formato - i risultati sono stati i seguenti: 0,10 (con deviazione standard di 0,09) nel gruppo "attivo", mentre nel gruppo di controllo -0,07 (DS 0,05). La differenza tra i due gruppi è risultata essere statisticamente significativa (test ANOVA $p < 0,001$).

Pur in presenza di una piccola differenza tra i due gruppi nell'indice AQS l'intervento sembra aver determinato un miglior attaccamento.

I bambini che hanno sperimentato una madre sensibile in modo consistente, sviluppano una rappresentazione della madre come capace di venire incontro ai loro bisogni e, questo li ha resi capaci di utilizzare la madre, come base sicura. Al contrario, i bambini che hanno avuto modo di verificare l'inconsistenza o la non appropriatezza delle risposte materne ai loro bisogni, sono incerti circa la disponibilità della madre a svolgere il ruolo della base sicura. Di conseguenza nel corso del periodo di osservazione questi ultimi e in percentuale maggiore nei bambini nati dalle mamme afferenti al gruppo di controllo, hanno dimostrato sostanzialmente meno propensione ad esplorare l'ambiente circostante e verso l'osservatore, manifestando inoltre livelli più alti di tensione.

Nel gruppo di controllo spesso si è potuto verificare che all'uscita momentanea della madre dalla stanza del *setting osservativo*, il bambino la seguisse o si mettesse a piangere; che urtando qualche mobile o pianta non si accorgesse dell'accaduto, che alla caduta di un giocattolo si mettesse a piangere o che seguisse meticolosamente la *caregiver* con lo sguardo in tutti i suoi spostamenti.

Nel bambino del gruppo "attivo" è emerso che si lasciava abbracciare dalla madre senza aggrapparsi a lei o lamentarsi quando lo rimetteva giù, giocava autonomamente allontanandosi dalla

madre e mostrandole qualcosa cercando la sua approvazione e soprattutto la figura dell'osservatore non è risultata una presenza di disturbo.

Relativamente alla relazione emersa tra il livello di attaccamento prenatale e l'attaccamento post natale possiamo affermare che chi inizia un rapporto basato su un già valido attaccamento prenatale, può esser in buona posizione di vantaggio nel post natale nel continuare in questo processo di comunicazione con il suo bambino ritrovando quei momenti di *habituation* già vissuti in fase pre-natale e di trasmettere al figlio le basi di un attaccamento sicuro.

CONCLUSIONI

La coerenza tra i dati dell'indagine prenatale e quelli ottenuti dal *follow up* ai 12 mesi costituisce certamente il dato più significativo di questa ricerca, ma già l'analisi dei dati relativi alla scheda socio-anamnestica e sonora risulta interessante. Naturalmente un questionario auto-compilato non consente un rilievo diretto ed oggettivo dell'effettiva conoscenza musicale e dell'esposizione acustica, ma coglie la valutazione della stessa da parte delle mamme.

Tale "lettura materna" acquista rilievo in riferimento alle premesse teoriche dello studio: la relazione madre-bambino è la matrice delle caratteristiche dello sviluppo psico-emotivo primario del bambino e la madre è capace di distinguere precocemente ciò che è un rumore non adatto al bambino (stimolazioni acustiche non gradite) dal suono che induce il benessere del bimbo e facilita l'armonia nella comunicazione. In proposito, dal test PAI ci è parso significativo il dato concernente la relazione inversa tra l'esposizione acustica ambientale e la frequenza del dialogo tra i due membri della diade, che si escludono l'un l'altra (ad esempio, con la televisione accesa la madre si accarezza la pancia senza emettere suoni vocali).

Va tenuto comunque presente che questo studio si è occupato di dimensioni psicoemozionali piuttosto complesse, non facilmente rilevabili con gli strumenti psicometrici consentiti dalle risorse a nostra disposizione, e con le difficoltà presenti in un contesto come quello del Consultorio, l'esclusione dal campione di cittadini di lingua e nazionalità non italiana, per le possibili variabili determinate dalla non comprensione della lingua o derivare dalla diversità delle culture sotto il profilo religioso e musicale. Un altro possibile *bias* poteva derivare dalla specificità del luogo di reclutamento: è verosimile che le mamme che si interessano ai corsi di accompagnamento alla nascita siano per lo più primipare e perciò particolarmente interessate ad approfondire la nuova conoscenza di quanto può giovare alla conoscenza e alle cure del proprio bambino.

Un'altra difficoltà è stata quella di reperire strumenti validati ed esaustivi, però di facile somministrazione, data anche la peculiarità del campione, e la scelta ricaduta sull'AQS ci è sembrata un'ottima alternativa alla SSP.

Anche la scelta di usare il PAI, un questionario autovalutativo (anche se anonimo) è stata in qualche misura limitativa, in quanto sappiamo che ogni individuo è «soggetto a processi difensivi difficilmente controllabili» (Solano, 2005).

Va sottolineato, infine, che i risultati della ricerca non vanno estesi alla popolazione generale delle donne gravide, e la ricerca stessa è da considerarsi solo uno studio pilota in questo campo, che attende conferme e perfezionamento nei metodi, così come un arricchimento nelle risorse e nel numero dei soggetti campione, posto che l'ambito delle variabili interrelate appare molto vasto.

Nonostante tutti i limiti sopra esposti, questo studio è stato per chi scrive una ricca fonte di soddisfazioni: quella di avere raggiunto un risultato statisticamente significativo dalla verifica della validità delle ipotesi della ricerca e quella di avere ricevuto calorose conferme di interesse e di gradimento per l'esperienza vissuta da parte delle mamme del "gruppo attivo". A queste si è aggiunta recentemente la richiesta da parte dell'ASS N° 1 di organizzare nello stesso Distretto 3 degli incontri di presentazione del materiale studiato e dei risultati ottenuti, aperti a tutte le ostetriche dell'Azienda, ai pediatri e a tutti gli operatori socio-sanitari impegnati nell'assistenza alla "fascia 0-1 anno d'età" della popolazione cittadina.

Da segnalare, inoltre, l'interesse per l'argomento stesso di questo studio dimostrato dall'associazione A.L.MA (Gruppo Studi Musicoterapia di Trieste), dall'Associazione Italiana professionisti della Musicoterapia (AIM), dal Centro Studi Musicoterapia Altovicentino e dalla European Music Therapy Confederation (E.M.T.C.).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ainsworth, M.D.S. *Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development*, Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1985, 61: 771-791
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., Stayton, D.J *Infant-mother attachment and social development: socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals*, in: Richards, M.P.M. (a cura di) *The integration of a child into a social world*, Cambridge University Press, London, 1974
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S., *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*, Erlbaum, Hillsdale, 1978
- Ammaniti, M. *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1982
- Ammaniti, M., Cimino, S., Trentini, C., *Quando le madri non sono felici, La depressione post-partum*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007
- Armstrong, D., Hulti, M., *Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment*. Journal of obstetric, gynaecologic and neonatal nursing, 1998, 27: 183-189
- Atkinson J., Braddick O., *Sensory and perceptual capacities of the neonate*; in: Paul Stratton (Ed.), *Psychobiology of the Human Newborn*, London: John Wiley 1982, pp. 191-220
- Benassi E., *il feto apprende in utero?* in: Zara C., Polatti F., (a cura di), *Nuove prospettive in ostetricia e ginecologia. Aspetti del benessere fetale e interazioni biologiche-madre nascituro*, 1998
- Benenzon R., *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 2005
- Benzoni S., *Il presente discontinuo. Esperienza, conoscenza e soggettività del neonato*, Il Saggiatore, Milano, 2004
- Berkman, L.F., *The role of social relations in health promotion*. Psychosomatic Medicine, 1995, 57(3): 245-254

- Berryman, J.C., Windridge, K.C., *Pregnancy after 35 and attachment to the fetus*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1996, 14: 133-143
- Bettelheim B., *Un genitore quasi perfetto*, Feltrinelli, 2002
- Bion W., *Apprendere dall'esperienza*, A. Armando, 1972
- Birnholz J.C., *The development of human fetal Eye Movement Patterns*. Science, 1981; 213: 679-681
- Bloom, K.C. *The development of attachment behaviours in pregnant adolescents*. Nursing Research, 1995, 14: 133-143
- Bowlby J., *Una base sicura*, R. Cortina, 1989
- Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, vol. 1°: *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino, 1972
- Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, vol. 2°: *La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino, 1975
- Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, vol. 3°: *La perdita della madre*, Boringhieri, Torino, 1983
- Bowlby J., *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano, 1989
- Breen, D., *Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale*, in: Ammaniti, M. (a cura di). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il PensieroScientifico, Roma, 1992
- Bucci, F., Solano, L., Donati, V., San Martini, P., *Regolazione affettiva e salute in gravidanza e nel puerperio: effetti di un intervento di scrittura in 39 gestanti primipare*. *Infanzia e Adolescenza*, 2004, 4(2): 114-128
- Bydlowski, M., *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Edizioni QuattroVenti, Urbino, 2000
- Bydlowski, M., *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*, Edizioni Pendragon, Bologna, 2004
- Calvi K., *La musica come strumento nella relazione madre-bambino*, in: Pace A., Calvi K., Papaioannou I. et al., *Musicoterapia Psicopedagogica. Educare, integrare e curare con l'arte dei suoni*, Luglio Editore, Trieste, 2010
- Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R., *Considerazioni su bambino immaginario e bambino ecografico in gravidanza*. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 1991, 58: 261-271.
- Cannella, B.L., *Maternal-fetal attachment: an integrative review*. Journal of Advanced Nursing, 2005, 50(1): 60-68
- Carey-Smith M.J., *Before birth: effects of prenatal influences on later life*. New Zealand Medical Journal, 1984; Jan 11: 15-17
- Carli L., *La genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento*, FrancoAngeli, Milano, 2002
- Cassibba R., *La valutazione dell'attaccamento nella prima infanzia. L'adattamento italiano dell'AQS di Everett Waters*, Franco Angeli Editore, Milano, 2010

- Cassidy J., Shaver P.R., *Manuale dell'attaccamento*, Ed. Fioriti, Roma, 2002
- Condon J.T., Corkindale C., *The correlates of antenatal attachment in pregnant women*. *Journal of Medical Psychology*, 1997, 70: 359-372
- Condon, J.T., Dunn, D.J., *Nature and determinants of parent to infant attachment in the early postnatal period*. *Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry*, 1988, 28: 293-299
- D'Alessio, M., *Psicologia neonatale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988
- D'Alessio, M., Fiandaca, G., *La costruzione dell'interazione nell'allattamento*, In: D'Alessio M. (a cura di). *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1990
- De Casper A.J., Fifer W.P., *Of human bonding: newborns prefer their mother's voices*. *Science*, 1980; 208: 1174
- Dabrassi, F., Imbasciati, A., *Attaccamento neonatale*. In: Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (a cura di). *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Piccin, Padova, 2007
- De Casper A.J., Prescott P.A., *Human newborn's perception of male voices: preference, discrimination and reinforcing value*. *Developmental Psychobiology*, 1984; 17: 481-491
- De Casper A.J., Spence M.J., *Prenatal maternal speech influences newborns perception of speech sound*. *Infant Behavior and Development*, 1986; 9: 133-150
- Della Vedova, A.M., Tomasoni, V., Imbasciati, A., *Mother-Fetus Communicative Relationship: A Longitudinal Study on 58 Primiparae and their Children during the First 18 Months*. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 2006, 20: 249-262
- Emde R.N., Sameroff A.J., *Relationship disturbances in early childhood*, Basic Book, New York, 1989
- Fava, Vizziello G., Maestro P., Calvo V., Simonelli A., *Sicurezza ed insicurezza dell'attaccamento nella prima infanzia in una prospettiva interculturale*. *Età Evolutiva*, 2003, 75(6), 36-50
- Ferraro, F., Nunziante Cesaro, A., *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione*, Franco Angeli, Milano, 1985
- Fonagy P., *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Cortina, 2002
- Fonagy P., *Psicopatologia evolutiva*, Cortina, 2005
- Fonagy P., Gergely G., Target M., *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, Cortina, 2005
- Fonagy P., Target M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, 2001

- Garcia, J., Bricker, L., Henderson, J., Martin, M., Mugford, M., Nielson, J., Roberts, T., *Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review*. Birth, 2002, 29: 225-250
- Grace, J.T., *Development of maternal-fetal attachment during pregnancy*. Nursing Research, 1989, 38: 228-232
- Gordon, *Developmental and Stabilized Music Aptitudes, further evidence of the duality*, GIA publications, Chicago, 2002
- Hepper P.G., Human fetal 'olfactory' learning. International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Medicine, 1995; 7: 147-151
- Kate, V.H., Page, C.K. , *Maternal prenatal attachment in normal and highrisk pregnancy*. Journal of obstetric and gynaecologic and neonatal nursing, 1986, 16: 179-184
- Kohut H., *Narcisismo e analisi del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976
- Kohut H., *La ricerca del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1982
- Imbasciati, A. *Le origini della mente*. In: Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Piccin, Padova, 2007
- Imbasciati, A, *Fantasmatica dell'allattamento e comunicazione*. In: Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (a cura di). *Psicologia clinica - perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin, Padova, 2007
- Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L., *Psicologia clinica perinatale, Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Piccin, Padova, 2007
- Lecaunet J.P., *L'expérience auditive prénatale in Deliège, I., Sloboda J.A.* (a cura di), Naissance et développement du sens musical, presses Universitaire de France, Paris, 1995
- Lindgren, K., *Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy*. Research in Nursing and Health, 2001, 24: 203-217
- Madison L.S., Aduvato S.A., Madison J.K. et al., *Fetal response decrement: true habituation?*. Developmental and Behavioural Pediatrics, 1986; 7(1), 14-20
- Mahler M., *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, 1970
- Manfredi, P., Imbasciati, A. , *Il feto ci ascolta...e impara*. Borla, Roma, 2004
- Mercer, R.T., Ferketich, L.S. , *Predictors of parental attachment during early parenthood*. Journal of Advanced Nursing, 1990, 15: 268-280
- Mercer, R.T., Ferketich, L.S., May, K., De Joseph, J., Sollid, D. , *Further exploration of maternal and paternal fetal attachment*. Research in Nursing and Health, 1988, 11: 83-95

- Monk, C., Fifer, W., Myers, M.M., Sloan, R.P., Trien, L., Hurtado, A. ,*Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate*. Developmental Psychobiology, 2000, 6: 67-77.
- Monk, C., Fifer, W.P., Sloan, R.P., Myers, M.M. ,*Fetal heart rate is influenced by maternal stress and anxiety*. Psychosomatic Medicine, 1999, 61(1): 96
- Monti, F., Agostini, F. ,*La depressione post-partum*, Carocci, Roma. 2006
- Müller, M.E., *Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation*. Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing, 1996, 25: 161-166.
- Murray, L., Cooper,P. ,*Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC, Edizioni Internazionali, Roma, 1999
- Negri, R. ,*Sensorialità e vita prenatale*. In: Righetti, P.L., Sette, L. (a cura di). *Non c'è due senza tre*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000
- Negri R., Guareschi-Cazzullo A., Vergani P., Mariani S., Roncaglia N., *Correlazione tra la vita prenatale e formazione della personalità*. Studio preliminare attraverso l'osservazione di due gemelli. Quaderni di psicoterapia infantile, Roma: Borla, 1990
- Orff G. , Musicoterapia Orff., *Un'attiva stimolazione allo sviluppo del bambino*, Cittadella, Assisi, 1982
- Pace A, Calvi C., Papaioannou I. *et al.*, *Musicoterapia psicopedagogica*, Luglio Editore, Trieste, 2010
- Palacio Espasa, F. , *Fantasie dei genitori e psicopatologia del bambino*, In *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*, Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, Borla, Roma, 1991
- Piontelli A., *Infant observation from before birth*. International Journal of Psychoanalysis, 1987, 68 (Pt 4): 453-463
- Piontelli, A., *From fetus to child*. The New Library of Psychoanalysis, London, 1992
- Prechtl H.F.R., *Continuity of neural functions from prenatal to postnatal life*, Oxford: Blackwell, 1984
- Previc, F.H. *A general theory concerning the prenatal origins of cerebral lateralization in humans*. Psychological Review, 1991, 98(3): 299-334
- Querleu D., Renard X., *Les perceptions auditives du foetus humain*. in *Mèdecine et Higiène*, Genève, 1981
- Rascowsky A., *La vita psichica del feto*, Il Formichiere, Milano, 1980
- Righetti P., *Le emozioni e gli stati dell'Io Prenatale*. Atti del III Congresso Internazionale OMAEP: Fondamenti Biologici e Psicologici dell'Educazione Prenatale - Comunicazione. Roma, 1998

- Salk L., *Mother's heartbeat as an imprinting stimulus*. Transactions of the New York Academy of Science, 1962; 24: 761-762
- Salk L., *The effects of the normal heartbeat sound on the behaviour of the newborn infant: implications for mental health*. Technical paper presented at the Annual Meeting of The World Federation of Mental Health. Edinburgh, December 1960
- Sandler J., *L'analisi delle difese*, Bollati Boringhieri, 1990
- Sandler J., *La tecnica della psicanalisi infantile*, Bollati Boringhieri, 1983
- Shahidullah S., Hepper P.G., *Frequency discrimination by the fetus*. *Early Human Development*, 1994; 36(1): 13-26
- Siddiqui, A., Hagglof, B., Eisemann, M., *An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1999, 17(4): 369-380.
- Siddiqui, A., Hagglof, B., Eisemann, M., *Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2000, 18: 67-74
- Stern, D.N. *L'uso dello sguardo, della voce, e delle espressioni facciali nell'interazione diadica tra madre e bambino che giocano*. In: Stern, D.N. (a cura di). *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*, Raffaello Cortina, Milano, 1998
- Stern D.N., *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*, Sovera Multimedia, Roma, 1989
- Stern D.N., *Le interazioni madre-bambino*, Cortina, 1998
- Stern D.N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987
- Treverthen C. *Empatia e biologia*, R. Cortina, 1997
- Stern, D.N., *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books, New York. Trad. it. *La costellazione materna*. Bollati Boringhieri, Torino, 1997
- Tafuri J. *Nascere musicali*, EDT Srl, Torino, 2007
- Valoriani, V., Benvenuti, P., Pazzagli, A., *L'esperienza soggettiva della maternità: un'analisi qualitativa*. In: La Sala, G.B., Iori, V., Monti, F., Fagandini, P. (a cura di). *La "normale" complessità del venire al mondo*. Edizioni Guerini, Milano, 2006
- Van de Car M.D., Leherer M., *Enhancing early speech, parental bonding and infant physical development using prenatal intervention in standard obstetric practice*. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 1986; 1(1)
- Verny T., Weintraub P., *Le coccole dei nove mesi*, Riccardo Bonomi Editore, Pavia, 1996
- Vicario, M., Di Paolo, A.M., Guana, M., Cinotti, A., Faden, D., Zatti, S., *Gravidanza, parto e puerperio: dimensione biologica*. In: Guana, M., Cappadona, R., Di Paolo, A.M., Pellegrini, M.G.,

- Piga, M.D., Vicario, M. (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*, McGraw-Hill, Milano, 2006
- Wilson, M.E., White, M.A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., Popovich, D., *Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament*. Journal of Advanced Nursing, 2000, 31: 204-210
- Winnicott D.W., *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, A. Armando, Roma, 1968
- Winnicott D.W., *Sviluppo affettivo e ambiente*, A. Armando, Roma, 1970
- Winnicott, D.W., *I bambini e le loro madri*. Raffaello Cortina, Milano, 1987
- Winnicott, D.W., *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina, Milano, 1995
- Zara, C., Polatti, F., *Nuove prospettive in ostetricia e neonatologia, aspetti del benessere fetale e interazioni biologiche madre-nascituro*, Università degli studi di Pavia, 1998
- Zeaneah, C.H., Barton, M.L., *Introduction: internal representations and parent-infant relationships*. Infant Mental Health Journal, 1989, 10: 135-141.
- Zeaneah, C.H., Keener, M.A., Anders, T.F., *Adolescent mothers' prenatal fantasies and working models of their infants*. Psychiatry, 1986, 49: 193-203
- Zimmermann, P., Grossmann, K.E., *Attaccamento, emozioni e comportamento aggressivo*. In: Attili, G. (a cura di). *Attaccamento e disadattamento*. Età evolutiva, 1994, 47: 92-98.
- Zweig-Frank, H., Paris, J., *Parents emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder*. American Journal of Psychiatry, 1991, 148: 648-651

SITOGRAFIA

<http://psichepedia.it/infant-research/article/psicologia/approcci-teorici/59-infant-research/379-m-ainsworth-modelli-di-attaccamento.html>

www.anpep.it

http://www.atuttascuola.it/siti/schiavone/teoria_attaccamento_john_bowlby.htm

<http://www.centrobenenzon.it/ilmodello.html>

<http://www.curvedicrescita.com/2009/01/29/attaccamento-madre-bambino/>

www.iss.it (annale vol. 36, n°4 – 2000)

[www.saperidoc.it/print ques 240.html](http://www.saperidoc.it/print_ques_240.html)

<http://www.disturbipsichici.info/mio%20sito/stilidiattaccamento.html>

<http://www.med.unifi.it/segreteria/didattica/master/2006->

[07/disturbi_alim_eta_evol/matdid/relazione_madre_bimbo.pdf](http://www.med.unifi.it/segreteria/didattica/master/2006-07/disturbi_alim_eta_evol/matdid/relazione_madre_bimbo.pdf)

http://www.nostrofiglio.it/il-bambino/educazione/bambino_mammone.html

www.psiche-spi.it/attaccamenti/2/MUSCETTA-0.pdf

<http://www.psicoterapiapsicologia.it/articoli-psicologia-psicoterapia/il-rapporto-madre-bambino-nella-formazione-del-se>

APPENDICE

Appendice 1

Versione italiana del *Prenatal Attachment Inventory (PAI)*: Della Vedova, A.M., Dabrassi, F., Imbasciati, A.

Le seguenti affermazioni descrivono pensieri, sentimenti e situazioni che le donne potrebbero provare durante la gravidanza. Siamo interessati alla vostra esperienza in quest'ultimo mese. Per cortesia, indicate con una crocetta il numero posto sotto la parola che meglio descrive la Sua esperienza.

- 1 = **Quasi mai**
- 2 = **Qualche volta**
- 3 = **Spesso**
- 4 = **Quasi sempre**

1 Mi chiedo come sia adesso il bambino 1 2 3 4

2 Mi immagino di chiamare per nome il bambino 1 2 3 4

3 Mi piace sentire il bambino che si muove 1 2 3 4

4 Penso che il bambino abbia già una sua Personalità 1 2 3 4

5 Lascio che altre persone mettano le mani sulla pancia per sentire il bambino che si muove 1 2 3 4

6 So che il bambino risente delle cose che faccio 1 2 3 4

7 Progetto le cose che farò con il bambino 1 2 3 4

8 Dico agli altri quello che il bambino fa dentro di me 1 2 3 4

9 Immagino quale parte del bambino sto toccando 1 2 3 4

10 So quando il bambino dorme 1 2 3 4

11 Posso far muovere il bambino 1 2 3 4

12 Comproffaccio cose per il bambino 1 2 3 4

13 Provo amore per il bambino 1 2 3 4

14 Provo a immaginare cosa il bambino stia facendo là dentro 1 2 3 4

15 Mi piace stare seduta con le braccia attorno alla pancia 1 2 3 4

16 Sogno il bambino 1 2 3 4

17 So perché il bambino si muove 1 2 3 4

18 Accarezzo il bambino attraverso la pancia 1 2 3 4

19 Condivido dei segreti con il bambino 1 2 3 4

20 So che il bambino mi sente 1 2 3 4

21 Sono molto emozionata quando penso al Bambino 1 2 3 4

Appendice 2

Versione italiana del *Attachment Question Sorts* (AQS): R. Cassibba, L. D'Odorico

ITEMS «AQS »

1. Il bambino condivide volentieri le sue cose con la madre o, a richiesta della madre, lascia che lei le prenda.

BASSO: il bambino si rifiuta di condividere le sue cose con la madre.

2. Quando il bambino torna dalla madre dopo aver giocato, qualche volta è noioso senza un motivo.

BASSO: il bambino è contento e affettuoso quando, negli intervalli del gioco o quando ha finito di giocare, torna dalla madre.

3. Se il bambino è contrariato o si è fatto male, si lascia consolare anche da adulti diversi dalla madre.

BASSO: la madre è l'unica persona da cui il bambino si fa consolare.

4. Il bambino tratta con cura e delicatezza i giocattoli e gli animali.

5. Il bambino è più interessato alle persone che alle cose.

BASSO: il bambino è più interessato alle cose che alle persone.

6. Se il bambino si trova vicino alla madre e vede qualcosa con cui vorrebbe giocare, frigna o cerca di trascinare la madre verso l'oggetto.

BASSO: il bambino va verso l'oggetto che desidera senza frignare o trascinarvi la madre.

7. Il bambino ride e sorride facilmente agli altri.

BASSO: la madre è la persona che riesce a farlo ridere o sorridere più facilmente di qualsiasi altra

È un item di riempimento che esprime la disponibilità del bambino al contatto sociale.

8. In caso di pianto, il bambino piange forte.

BASSO: il bambino versa lacrime, singhiozza, ma non piange forte, o se piange forte non lo fa mai a lungo.

9. Il bambino è allegro e giocherellone per la maggior parte del tempo.

BASSO: il bambino tende ad essere triste, irritato, serio per gran parte della giornata.

10. Il bambino spesso piange o fa resistenza quando la madre lo porta a letto per il pisolino o alla sera.

Si tratta di un *item* di riempimento che spesso viene collocato nel gruppo 5, sia perché è difficile ricavare l'informazione in modo diretto (spesso l'informazione viene chiesta alla madre), sia perché è un *item* che discrimina poco i soggetti.

11. Il bambino spesso abbraccia o si stringe alla madre senza che sia lei a invitarlo o a chiedergli di farlo.

BASSO: il bambino non abbraccia né si stringe alla madre, a meno che lei non lo abbracci per prima o non lo inviti a farlo.

12. Il bambino si abitua rapidamente a persone o cose che inizialmente l'hanno reso timido o impaurito.

MEDIO: Il bambino non è mai timido o impaurito.

13. Quando il bambino è turbato perché la madre si allontana, continua a piangere o addirittura si arrabbia dopo che lei è andata via.

BASSO: il pianto del bambino cessa in fretta dopo l'allontanamento della madre.

MEDIO: il bambino non è turbato quando la madre si allontana.

14. Quando il bambino trova qualcosa di nuovo con cui giocare, lo porta alla madre o glielo mostra a distanza.

BASSO: il bambino gioca tranquillamente con l'oggetto nuovo o si sposta dove non verrà interrotto.

15. Il bambino parla volentieri con le persone che non conosce, mostra loro i suoi giocattoli, o mostra loro cosa riesce a fare se la madre glielo chiede

16. Il bambino preferisce giocattoli che raffigurano esseri viventi (per esempio, bambole, animaletti di peluche...).

BASSO: il bambino preferisce palloni, costruzioni, pentole e piatti...

È un *item* di riempimento. Risente delle differenze legate al sesso.

17. Il bambino perde velocemente l'interesse verso adulti che non conosce se questi fanno qualcosa che lo infastidisce.

Ancora una volta si tratta di un *item* di riempimento che può riflettere una bassa propensione del bambino agli scambi sociali.

18. Il bambino segue prontamente le indicazioni della madre anche quando è chiaro che si tratta di suggerimenti e non di comandi.

BASSO: il bambino ignora o rifiuta le indicazioni della madre a meno che non si tratti di comandi.

19. Quando la madre chiede al bambino di portarle o di darle qualcosa, il bambino obbedisce. (Non sono da considerare i rifiuti scherzosi o che sono parte di un gioco, a meno che non diventino chiaramente disubbidienza).

BASSO: la madre deve prendere lei l'oggetto o alzare la voce per ottenerlo.

20. Il bambino non dà quasi mai peso quando urta contro qualche cosa, cade o qualcosa di improvviso lo fa sobbalzare.

BASSO: il bambino piange ad ogni minima botta, caduta o spavento.

21. Il bambino controlla attentamente gli spostamenti della madre mentre gioca all'interno della casa. La chiama ogni tanto. Si accorge se lei si sposta da una stanza all'altra o se cambia attività.

BASSO: il bambino non segue con attenzione gli spostamenti della madre.

MEDIO: al bambino non è permesso di stare lontano dalla madre o non ha una stanza per giocare lontano dalla madre.

22. Il bambino si comporta come un genitore affettuoso verso le bambole, gli animali o i bambini più piccoli.

BASSO: Il bambino utilizza questi giocattoli in altro modo.

MEDIO: il bambino non gioca con bambole o animali, oppure non frequenta normalmente bambini più piccoli.

23. Quando la madre è insieme ad altri membri della famiglia o è affettuosa con loro il bambino cerca di attirare verso di sé la sua attenzione.

BASSO: il bambino lascia che la madre sia affettuosa con gli altri. Può unirsi a loro senza mostrare gelosia.

24. Quando la madre parla con fermezza o alza la voce con il bambino, lui diventa turbato, dispiaciuto o si vergogna di averla fatta dispiacere.

(non attribuire un punteggio alto se il bambino è turbato semplicemente perché la madre ha alzato la voce o perché ha paura di essere punito).

25. Per la madre è facile perdere di vista il bambino quando gioca lontano da lei.

BASSO: quando è fuori dalla vista della madre il bambino parla con lei o la chiama. È facile capire dove si trova e con che cosa sta giocando.

MEDIO: il bambino non gioca mai lontano dalla madre.

In una relazione di attaccamento sicuro, sia la madre che il bambino giocano un ruolo attivo nel monitorare gli spostamenti dell'altro. Attraverso le modalità più svariate (vocalizzi, controlli a distanza, ricerca di vicinanza, ecc.), e nelle normali situazioni di gioco, sia la madre che il bambino riescono a "seguire" le tracce dell'altro.

26. Il bambino piange quando la madre lo lascia a casa con la baby-sitter, col papà o coi nonni

BASSO: il bambino non piange quando è in compagnia di qualcuna di queste persone.

Questo *item* solitamente viene valutato in modo indiretto rivolgendo la domanda alla madre. Per questa ragione non va collocato nei gruppi di item che occupano posizioni molto distanti da quella centrale. Si tratta di uno degli item che indagano il modo in cui il bambino utilizza il pianto in contesti specifici. L'ipotesi di fondo è che il pianto non sia un indice temperamentale ma un comportamento il cui significato è fortemente influenzato dal contesto.

27. Il bambino ride se la madre lo prende in giro.

BASSO: il bambino è infastidito quando la madre lo prende in giro.

MEDIO: la madre non prende mai in giro il bambino durante il gioco.

È un comportamento osservabile soprattutto nelle interazioni tra padre e bambino; le madri tendono ad utilizzarlo solo con i bambini più grandi. Solitamente la presenza di un osservatore inibisce la comparsa di questo comportamento. L'item dovrebbe dare delle informazioni su quanto il bambino percepisce come invadente il comportamento del genitore.

28. Al bambino piace rilassarsi sulle ginocchia della madre.

BASSO: il bambino preferisce rilassarsi sul pavimento o sul divano.

MEDIO: il bambino non sta mai seduto fermo.

È un comportamento tipico di base sicura. Ci si aspetta che un bambino che gradisce il contatto fisico col genitore sia, a maggior ragione, portato a cercarlo nelle situazioni in cui ha bisogno di essere confortato o rassicurato. È importante osservare con attenzione ciò che succede quando il contatto si è stabilito. All'item va attribuito un punteggio alto se il bambino assume una postura rilassata, si lascia coccolare, e gradisce che il contatto si mantenga per un po'. Nei casi in cui il bambino sembra disturbato da questo contatto e cerca di interromperlo al più presto, l'item va collocato nei gruppi con punteggio basso. Se il bambino è sempre in movimento e non sta mai seduto, l'item va collocato nel gruppo 5.

Questo item può essere valutato anche sulla base di un solo episodio di contatto fisico prolungato e gradito.

29. A volte il bambino è così impegnato in qualche attività che sembra non sentire quando qualcuno gli parla.

BASSO: anche quando il bambino è molto coinvolto nel gioco, si accorge se le persone parlano con lui.

Si tratta di un item di riempimento che si riferisce alle caratteristiche attentive del bambino.

30. Il bambino si arrabbia facilmente coi giocattoli.

È un item riempitivo. Riflette la tolleranza alla frustrazione o una bassa soglia all'espressione di emozioni negative.

31. Il bambino vuole essere al centro dell'attenzione della madre. Se la mamma è occupata o sta parlando con qualcuno, lui la interrompe

BASSO: il bambino non nota o non dà importanza al fatto di non essere al centro dell'attenzione della madre

L'item riflette una mancanza di fiducia, da parte del bambino, circa la disponibilità e sensibilità della madre verso i suoi bisogni. All'item vanno attribuiti punteggi alti soprattutto se il comportamento del bambino è accompagnato da evidenti segni di fastidio e di agitazione. Nel caso in cui si ha l'impressione che la madre rinforzi nel bambino questo atteggiamento, o che il bambino interrompa continuamente la madre perché sa di ottenere facilmente una risposta da lei, all'item non va assegnato un punteggio superiore a 7. Si assegna un punteggio basso quando il bambino continua a giocare tranquillamente o non è infastidito dal fatto che la madre stia parlando con qualcuno. Un basso punteggio a questo item non è necessariamente un indicatore di insicurezza.

Se il bambino è consistentemente indifferente a ciò che la madre fa, l'item va collocato nel gruppo 5.

32. Quando la madre dice "no" o lo punisce, il bambino smette di comportarsi male (almeno per un po'). Non occorre che gli venga detto due volte

È un item riempitivo che può dare informazioni sulla capacità della madre di scegliere le strategie giuste per farsi ubbidire dal bambino. Può essere considerato un indice di sensibilità materna.

33. Il bambino qualche volta chiede alla madre di metterlo giù (o dà l'impressione di desiderarlo), e poi piagnucola o vuole che lei lo riprenda in braccio.

BASSO: il bambino è sempre pronto a riprendere il gioco nel momento in cui chiede alla madre di metterlo giù

Nella *Strange Situation* questo comportamento è un chiaro indice di attaccamento ansioso-resistente. Indica un problema nella ricerca e mantenimento del contatto e nel suo utilizzo per la funzione di base sicura. Per valutare questo *item* bisogna far riferimento a quelle situazioni in cui il bambino ricerca la vicinanza o il contatto con la madre e rimane triste e insoddisfatto anche quando la madre è vicina e il contatto viene stabilito. Non bisogna confondere questo comportamento con le situazioni in cui il bambino "lotta" per ottenere qualcosa che la madre si rifiuta di dare. Non si deve attribuire un punteggio alto all'*item* se la tristezza del bambino è causata da una mancata disponibilità del genitore al contatto o da un suo comportamento invadente.

34. Quando il bambino è turbato perché la madre sta andando via, sta fermo dov'è e piange. Non le corre dietro.

BASSO: quando il bambino è turbato o sta piangendo, corre dietro alla madre.

MEDIO: il bambino non è mai turbato quando la madre va via.

L'efficacia dei segnali inviati, la ricerca di vicinanza e il mantenimento del contatto sono elementi caratteristici del buon funzionamento di una relazione di base sicura. Nella *Strange Situation*, i comportamenti evidenziati da questo *item* sono un chiaro segno di attaccamento insicuro.

35. Il bambino è indipendente dalla madre. Preferisce giocare per conto proprio; si allontana facilmente dalla madre quando vuole giocare.

BASSO: il bambino preferisce giocare con la madre o vicino a lei.

MEDIO: al bambino non è permesso di giocare da solo o non esiste spazio sufficiente perché possa giocare lontano dalla madre.

Questo *item* si riferisce ai tratti di dipendenza/indipendenza del bambino. Tali tratti non sono correlati alla sicurezza dell'attaccamento. Un bambino, infatti, può essere indipendente e, nello stesso tempo, molto attento a monitorare gli spostamenti della madre. Allo stesso modo, un bambino può preferire giocare con la madre o vicino a lei, pur essendo fiducioso nella disponibilità e nella sensibilità della madre. Nella valutazione di questo *item* non si deve tener conto dell'umore che accompagna questi comportamenti.

36. Il bambino mostra chiaramente di utilizzare la madre come base sicura per l'esplorazione. Si allontana da lei per giocare; torna o gioca vicino a lei; si allontana di nuovo per giocare, e così via.

BASSO: il bambino non ritorna quasi mai dalla madre a meno che non sia riportato indietro, oppure sta sempre vicino a lei.

Questo *item* indaga l'esistenza di un legame di attaccamento piuttosto che la sua qualità. Per la teoria dell'attaccamento, i cicli di "gioco-contatto-gioco" sono considerati i principali indicatori dell'esistenza di un legame di attaccamento. Questi cicli di "gioco-contatto-gioco" si presentano più frequentemente in ambienti poco familiari; nelle visite osservative condotte a casa, invece, l'osservatore può avere l'opportunità di osservarli 1-2 volte al massimo nel corso di ogni visita. Va ricordato, nella valutazione di questo *item*, che il punteggio alto non va attribuito tenendo conto di quanto frequenti siano questi cicli di comportamenti, ma valutando quanto essi siano caratteristici rispetto al repertorio comportamentale del bambino.

Va infine tenuto presente che non tutti i ritorni alla madre hanno la stessa funzione: nella valutazione di questo *item* acquistano maggiore peso quelli che hanno come scopo il "farsi confortare" o la "condivisione emotiva" piuttosto che il raggiungimento di un oggetto o la richiesta

di un permesso. L'*item*, infatti, fa riferimento al contatto con la madre intesa come base sicura. I cicli di "gioco-contatto-gioco" possono manifestarsi anche attraverso l'interazione a distanza.

In alcuni casi l'*item* può risultare difficile da valutare. Esistono delle situazioni in cui il genitore continuamente partecipa ai giochi del bambino chiamandolo e facendo domande. Ci sono altri casi, invece, in cui l'ambiente di casa è talmente piccolo che il bambino è costretto a stare sempre vicino alla madre. In tutti questi casi, l'*item* va collocato nel gruppo 5.

Nei casi in cui il ciclo di "gioco-contatto-gioco" non si manifesta, prima di collocare l'*item* nei gruppi con punteggi bassi, bisogna accertarsi che esiste una chiara assenza di interesse per le attività della madre e per i suoi spostamenti, o, al contrario, che il bambino stia sempre accanto alla madre e non si allontani mai.

37. Il bambino è molto attivo. Si muove in continuazione. Preferisce i giochi attivi a quelli tranquilli. È un *item* di riempimento. Si riferisce alla caratteristica temperamentale relativa al "livello di attività".

38. Il bambino è insistente nelle richieste e impaziente con la madre. Fa storie e continua a chiedere a meno che la madre non faccia subito ciò che lui desidera.

Questo *item* dà informazioni sulla sensibilità materna. Secondo Bowlby ed Ainsworth, la sensibilità materna è un fattore cruciale nello sviluppo dell'attaccamento. Per sensibilità materna si intende la capacità della madre di cogliere i segnali del bambino, di essere disponibile sia fisicamente che psicologicamente alle sue richieste, di riconoscere i bisogni e le esigenze del piccolo e di cooperare con lui per il loro soddisfacimento. Questo *item* dovrebbe riflettere la storia di eventuali interferenze del comportamento materno sugli obiettivi del bambino.

39. Il bambino è spesso serio e organizzato quando sta giocando lontano dalla madre o da solo con i giocattoli.

BASSO: il bambino fa spesso il pagliaccio e ride quando gioca lontano dalla madre o da solo con i giocattoli.

È un *item* riempitivo. Si tratta di un comportamento che mette insieme parametri quali l'umore, il livello attentivo e il livello di attività.

40. Il bambino esamina gli oggetti nuovi o i giocattoli nei dettagli. Cerca di usarli in molti modi differenti o di smontarli.

BASSO: il primo sguardo del bambino agli oggetti o ai giocattoli nuovi è generalmente breve. (Tuttavia può tornare ad interessarsi ad essi più tardi).

È un *item* di riempimento. Combina insieme parametri legati al livello di attenzione, al livello di attività e allo stile cognitivo. È conveniente che l'osservatore porti con sé degli oggetti nuovi da mostrare al bambino, poiché è difficile che nell'ambiente di casa il bambino trovi giocattoli nuovi o oggetti del tutto sconosciuti.

41. Quando la madre gli dice di seguirla, il bambino lo fa. (Non considerare i rifiuti o i ritardi che sono scherzosi o parte di un gioco, a meno che non diventino chiaramente disubbidienza).

È un *item* di riempimento. Più che indicare un tratto temperamentale del bambino, l'*item* offre informazioni sulla capacità della madre di porre al bambino le richieste in modo adeguato, tale da riuscire a farsi ubbidire.

42. Il bambino capisce quando la mamma è turbata. Diventa tranquillo o turbato anche lui. Cerca di confortarla o chiede se c'è qualcosa che non va.

BASSO: il bambino non se ne accorge; continua a giocare; si comporta come se lei stesse bene.

Secondo alcuni autori che si sono occupati di attaccamento, l'empatia è una caratteristica dei bambini con attaccamento sicuro. Questo *item* è difficile da osservare poiché può capitare che, nelle 2-3 visite previste, l'osservatore non abbia l'opportunità di notare un turbamento nella madre.

43. Il bambino sta molto vicino alla madre; la cerca più spesso di quanto lo richieda il seguire i suoi spostamenti.

BASSO: il bambino non sta molto attento agli spostamenti della madre e alle sue attività.

Questo *item* esprime la fiducia del bambino nella disponibilità materna e nella sua sensibilità ai bisogni da lui espressi. Il bambino con attaccamento sicuro si allontana facilmente dalla madre per giocare, sebbene controlli a distanza i suoi spostamenti ricercando, di tanto in tanto, il contatto vero e proprio. Alcuni bambini, pur essendo sicuri, amano stare il più possibile vicini alla madre. In questi casi, però, non manifestano né rabbia nei confronti della madre, né atteggiamenti ambivalenti; si tratta di bambini sicuri con forti tratti di dipendenza.

44. Il bambino chiede di stare in contatto con la madre, di essere abbracciato e coccolato, e gli piace.

BASSO: il bambino non gradisce molto queste cose. Le tollera ma non le ricerca; oppure si divincola perché vuole che la madre lo rimetta giù.

È un aspetto fondamentale del fenomeno di base sicura (vedi anche item 11). Se non si verificano episodi di contatto fisico, collocare l'*item* nel gruppo 5. Fare attenzione a non assumere che il bambino non gradisca il contatto fisico solo perché non si è verificato nessun episodio. L'*item* va collocato nei gruppi con punteggio basso solo se il bambino è visibilmente infastidito dal contatto. Questo *item* si riferisce alle situazioni in cui il bambino prende l'iniziativa di ricercare il contatto, mentre l'*item* 11 fa riferimento alle situazioni in cui il comportamento può verificarsi incidentalmente poiché la situazione di gioco lo consente.

45. Il bambino si diverte a ballare o a cantare quando ascolta la musica.

BASSO: al bambino la musica non gli piace, né gli dispiace.

È un *item* di riempimento. Serve soprattutto a ridurre gli effetti della desiderabilità sociale degli *item*.

46. Il bambino cammina e corre senza urtare, senza buttarsi a terra o inciampare.

BASSO: nel corso della giornata capita che il bambino urti, si butti a terra o inciampi (anche se non si fa male).

Anche in questo caso si tratta di un *item* riempitivo.

47. Al bambino piacciono i suoni forti e i giochi movimentati (come essere buttato per aria), se la madre sorride o mostra che questo è divertente.

BASSO: il bambino è turbato anche se la madre fa capire che il rumore o il gioco non è pericoloso ma divertente.

Secondo Bowlby, la figura di attaccamento viene vista come più forte e più saggia di se stessi, e come una persona di cui fidarsi. L'*item* si propone di misurare la fiducia del bambino nella capacità della madre di sostenerlo e di rassicurarlo. Tuttavia, questo comportamento è influenzato, oltre che dalla storia relazionale della diade, anche da fattori temperamentali e dal contesto di gioco.

48. Il bambino accetta facilmente che persone nuove tocchino le sue cose, o le condivide con loro se glielo chiedono.

Questo *item* dovrebbe misurare, in modo indiretto, le riposte o le aspettative positive che il bambino ha rispetto alla madre. Se la madre è visibilmente invadente, è necessario dare meno peso ai rifiuti o

alle proteste che il bambino mette in atto. Va tenuto presente che le madri, nel richiedere al bambino di condividere le proprie cose con gli altri, non sempre utilizzano modalità esplicite; possono, ad esempio, porgere o avvicinare gli oggetti verso queste persone.

49. Il bambino corre dalla madre con un sorriso timido quando arriva in casa gente nuova.

BASSO: il bambino inizialmente corre dalla madre preoccupato o piangendo, anche se dopo un po' di tempo comincia a familiarizzare con gli ospiti.

MEDIO: il bambino non corre dalla madre quando arriva gente.

L'*item* intende analizzare se la risposta all'estraneo è prevalentemente negativa o se è la risultante di un misto di interesse e timore per la novità. Non si tratta di un comportamento direttamente collegato alla funzione di base sicura ma di una caratteristica temperamentale del bambino. Per valutare questo *item* si può far riferimento alle reazioni che il bambino manifesta nei confronti dell'osservatore all'inizio della prima visita.

50. La reazione iniziale del bambino quando arriva gente in casa è quella di ignorarla o di evitarla, anche se in un secondo tempo può prendere confidenza.

Più che la fiducia nella disponibilità della madre, questo *item* sembra esprimere una caratteristica temperamentale del bambino. Nel valutarlo, occorre prestare attenzione proprio alla reazione iniziale del bambino alla vista di un estraneo; di conseguenza, la valutazione di questo *item* può essere fatta sulla base della reazione che il bambino manifesta nei confronti dell'osservatore quando la madre apre la porta e il bambino lo vede per la prima volta. Se il bambino manifesta un misto di curiosità e timore, l'*item* va collocato nei gruppi con punteggi bassi.

51. Al bambino piace aggrapparsi agli ospiti quando gioca con loro.

BASSO: il bambino non ricerca il contatto fisico con gli ospiti quando gioca con loro.

MEDIO: il bambino non vuole giocare con gli ospiti.

È un *item* di riempimento. Fornisce indicazioni circa le differenze individuali dei bambini nelle risposte sociali positive al contatto fisico inteso in senso generale. Non dà informazioni circa la funzione di base sicura della madre, tranne nei casi in cui il bambino cerca e accetta volentieri il contatto con gli estranei, non facendo mai riferimento alla madre prima di iniziare questo contatto o quando il contatto è stabilito.

52. Il bambino ha difficoltà a tenere in mano oggetti piccoli o a mettere insieme cose piccole.

BASSO: il bambino è molto abile con oggetti piccoli, matite, ecc.

Si tratta di un *item* riempitivo che fornisce informazioni sullo sviluppo motorio del bambino.

53. Il bambino abbraccia la madre o le mette le mani sulle spalle quando lei lo prende in braccio.

BASSO: il bambino accetta di essere preso in braccio ma non aiuta la madre, né si aggrappa a lei quando lo prende.

È un aspetto cruciale del fenomeno di base sicura. La postura rilassata del bambino indica che il bambino non teme né che la madre sia invadente durante il contatto, né che il contatto terminerà prima che il bambino lo desideri. Nel caso in cui il bambino sia stressato, una postura rilassata indica, inoltre, che il bambino trae conforto dal contatto fisico.

54. Se la madre cerca semplicemente di aiutare il bambino, lui si comporta come se la madre dovesse intralciarlo

BASSO: il bambino accetta prontamente l'aiuto della madre, a meno che la madre realmente non lo ostacoli.

L'*item* dà informazioni circa le interferenze che il bambino ha sperimentato da parte della madre; rivela, inoltre, una difficoltà del bambino ad utilizzare la madre come fonte di informazioni durante il gioco o l'esplorazione. Nell'assegnare un punteggio alto acquistano rilevanza i comportamenti quali: frignare, sbattere o lanciare con rabbia un gioco, mandare via la madre.

55. Il bambino imita gran parte dei comportamenti o dei modi di fare della madre osservandola.

BASSO: il bambino non imita in modo rilevante il comportamento della madre.

È un *item* di riempimento che fornisce indicazioni sull'identificazione del bambino con la madre. Non è direttamente collegato alla sicurezza dell'attaccamento.

56. Il bambino diventa timido o perde l'interesse quando un'attività gli sembra difficile.

BASSO: il bambino prova a fare anche cose difficili.

È un *item* di riempimento. Riflette (in senso inverso) una caratteristica del temperamento legata alla motivazione alla competenza, o anche alla persistenza.

57. Il bambino non ha paura di niente

BASSO: il bambino è cauto o pauroso

È un *item* di riempimento che riflette la disposizione del bambino verso emozioni positive o negative.

58. Il bambino di norma ignora gli adulti che vengono in casa. Trova più interessanti le proprie attività.

BASSO: il bambino trova la gente che viene in casa molto interessante, anche se all'inizio è un po' timido.

Questo *item* di riempimento esprime la disponibilità del bambino agli scambi sociali.

59. Quando il bambino termina un gioco o un'attività, generalmente trova qualcos'altro da fare senza tornare dalla madre nell'intervallo fra un gioco e l'altro

BASSO: quando finisce un'attività o un gioco, il bambino ritorna dalla madre per giocare, per farsi coccolare o per farsi aiutare a trovare qualcos'altro da fare

La figura di attaccamento sostiene l'esplorazione e gli apprendimenti del bambino fornendo informazioni, aiuto e stimolazioni. Questo *item* valuta in che misura il bambino utilizza la madre come base sicura durante l'esplorazione. Nella relazione caratterizzata da un attaccamento sicuro, sia la madre che il bambino giocano un ruolo attivo. Da parte sua, la madre controlla l'attività del bambino, fornisce sostegno e suggerimenti, sottolinea gli aspetti più interessanti della situazione. Il ruolo del bambino, invece, è quello di tenere sotto controllo gli spostamenti della madre, in modo da poterla raggiungere quando ha bisogno del suo aiuto e del suo sostegno. Bisogna fare attenzione a non assegnare un punteggio basso ai casi in cui la madre offre continuamente suggerimenti senza che il bambino abbia la possibilità di richiederli. In tali casi, infatti, l'**item** va collocato nei gruppi centrali.

60. Se la madre rassicura il bambino dicendo "va bene" o "non ti farà male", il bambino si avvicina o gioca con oggetti che inizialmente l'avevano reso cauto o timoroso

MEDIO: il bambino non è mai cauto o timoroso

Vedi *item* 47.

61. Il bambino gioca in modo turbolento con la madre. La spinge, la graffia o la morde durante giochi di azione. (Non significa necessariamente far male alla mamma).

BASSO: il bambino gioca in modo attivo senza colpire la madre.

MEDIO: il bambino non fa mai giochi molto attivi.

È un *item* di riempimento. L'*item* dà informazioni sulle caratteristiche temperamentali del bambino; può essere anche considerato un indice indiretto dell'esistenza di problemi di relazione. È difficile che si manifesti durante le osservazioni; si consiglia di non chiedere informazioni alle madri che, solitamente, si rivelano poco attendibili nel descrivere questo comportamento.

62. Quando il bambino è di buon umore, tale stato permane facilmente per tutto il giorno.

BASSO: il buon umore del bambino è molto instabile.

È un *item* di riempimento che dà informazioni su una componente temperamentale del bambino. Esprime la soglia del bambino nel manifestare emozioni positive e negative.

63. Anche prima di cercare le cose da solo, il bambino cerca di farsi aiutare da qualcuno.

Questo *item* di riempimento dà informazioni sui comportamenti di dipendenza/indipendenza del bambino.

64. Al bambino piace arrampicarsi sulla madre quando giocano insieme.

BASSO: il bambino non ricerca in modo specifico un contatto fisico stretto quando giocano.

Questo *item* dà delle indicazioni su quanto il bambino gradisca il contatto fisico. È presumibile che un bambino che ami stabilire un contatto fisico con la madre nelle situazioni di gioco sia, a maggior ragione, portato a ricercare il contatto quando ha bisogno di essere confortato o rassicurato. Un bambino molto attivo può non abbracciare molto la madre, né stare seduto a lungo in braccio a lei ma, ciononostante, dimostrare di gradire il contatto fisico stretto abbracciando la madre o appoggiandosi a lei alla fine di un inseguimento, arrampicandosi sulle sue ginocchia in modo giocoso quando lei è seduta, correndo verso di lei e aggrappandosi alla sua gonna, ecc. Se non si osservano episodi di gioco molto attivo, l'*item* va collocato nel gruppo 5. Se, invece, si osservano episodi di gioco movimentato ma il contatto con la madre avviene solo accidentalmente, l'*item* va collocato nei gruppi con punteggi bassi.

65. Il bambino diventa facilmente turbato quando la madre lo fa passare da un'attività ad un'altra (anche se la nuova attività è qualcosa che in genere diverte il bambino).

Questo *item* di riempimento esprime l'interazione fra le caratteristiche temperamentali del bambino e la probabile esperienza di un comportamento spesso invadente da parte della madre.

66. Il bambino si affeziona facilmente agli adulti che frequentano la casa e sono gentili con lui.

BASSO: il bambino non si affeziona facilmente a persone nuove.

Secondo alcuni teorici dell'attaccamento, la sicurezza dell'attaccamento è associata a una gamma di risposte emotive positive, quali l'empatia e l'apertura. Questo non vuol dire, però, che nel bambino sicuro siano presenti solo e tutte le caratteristiche comportamentali positive insieme.

67. Quando la famiglia ha ospiti, il bambino vuole che essi gli prestino molta attenzione.

L'*item* esprime il grado di socievolezza del bambino. È un *item* di riempimento. Se il bambino è completamente disinteressato all'osservatore, l'*item* va collocato in un gruppo con punteggio basso. Se il bambino sta sempre con la madre o è diffidente verso l'osservatore, l'*item* va collocato nei gruppi centrali.

68. Generalmente il bambino è una persona più attiva della madre.

BASSO: il bambino è generalmente una persona meno attiva della madre.

È un *item* di riempimento che esprime il livello di attività del bambino.

69. Il bambino raramente chiede aiuto alla madre.

BASSO: Il bambino spesso chiede aiuto alla madre.

MEDIO: il bambino è troppo piccolo per fare richieste.

Questo *item* intende rilevare l'esistenza di un problema nella relazione di attaccamento, piuttosto che l'indipendenza del bambino. Il bambino che utilizza la madre come base sicura ricorre a lei quando ha bisogno di informazioni; chiedere aiuto, difatti, significa aver fiducia nella disponibilità della madre a rispondere. I bambini che temono l'invasione della madre o che prevedono di non ricevere alcuna risposta sono portati, di solito, a non chiedere aiuto. L'*item* va collocato nei gruppi con punteggio basso solo se il bambino chiede aiuto alla madre con facilità; nel caso in cui il bambino sia piagnucoloso o eccessivamente dipendente dalla madre, l'*item* va collocato nei gruppi centrali.

70. Quando la madre entra nella stanza, il bambino la saluta subito con un grande sorriso (le mostra un giocattolo, fa o dice "ciao mamma").

BASSO: il bambino non saluta la mamma a meno che non sia lei a farlo per prima.

Vedi *item* 66.

71. Quando è turbato o spaventato, se la madre lo prende in braccio il bambino smette di piangere o si riprende subito.

BASSO: il bambino non è facilmente consolabile.

La funzione di base sicura opera sia nelle situazioni ordinarie che in quelle di emergenza. Nelle situazioni di emergenza, il comportamento di esplorazione cessa per lasciare il posto alla ricerca di vicinanza e di contatto. Secondo Bowlby, il contatto fisico che si stabilisce tra la madre e il bambino quando questi viene preso in braccio, ha l'effetto, nei bambini con attaccamento sicuro, di ridurre lo stato di disagio del bambino. Nella *Strange Situation*, la ricerca del contatto fisico e l'incapacità da parte del bambino di lasciarsi confortare da tale contatto sono un chiaro indice di attaccamento insicuro. Per valutare questo *item* occorre tener conto solo delle situazioni in cui il contatto fisico è cercato come possibilità di conforto nelle situazioni di emergenza. Non bisogna considerare, invece, le situazioni in cui il bambino piange perché la madre si rifiuta di dargli qualcosa da lui richiesta. Va tenuto presente, inoltre, che il temperamento del bambino influenza poco questo comportamento. Un bambino sicuro che si trova in difficoltà tenderà a cercare di mantenere più a lungo il contatto con la madre, ma non reagirà arrabbiandosi con lei o adottando un comportamento di resistenza.

72. Se gli ospiti ridono o approvano qualcosa che il bambino fa, lui la ripete più volte.

BASSO: le reazioni degli ospiti non influenzano il bambino.

È un *item* di riempimento che analizza la risposta del bambino all'osservatore.

73. Il bambino ha un giocattolo morbido o una copertina che lo rassicura, che porta in giro con sé, porta a letto, o stringe quando è turbato (Non includere il biberon o il ciuccio se il bambino ha meno di due anni).

BASSO: il bambino può tenere o lasciare questi oggetti senza problemi, oppure non ne ha.

Gli oggetti transizionali vengono considerati degli "equivalenti" o "sostituti" di una figura di attaccamento. Se non è possibile valutare questo *item* attraverso l'osservazione, l'informazione può essere chiesta alla madre o direttamente al bambino.

74. Quando la madre non fa subito ciò che il bambino vuole, egli si comporta come se la madre non volesse farlo affatto (fa storie, si arrabbia, passa ad altre attività, ecc.).

BASSO: il bambino aspetta per un tempo ragionevole, aspettandosi che la madre farà presto ciò che lui ha chiesto.

Questo *item* misura la fiducia del bambino riguardo alla sensibilità del genitore a cogliere i suoi segnali e a rispondervi in maniera appropriata.

75 A casa il bambino diventa triste o piange se la madre si sposta in un'altra stanza (può seguirla o meno).

BASSO: il bambino si accorge del suo allontanamento; può seguirla, ma senza diventare triste.

Un bambino sicuro che ha fiducia nella disponibilità del genitore e nella sua sensibilità, non dovrebbe piangere quando il genitore si allontana momentaneamente lasciandolo in un ambiente familiare. Se il bambino piange perché la madre si allontana prima che lui abbia familiarizzato abbastanza con l'osservatore, tale episodio non va considerato nella valutazione di questo *item*. È necessario tener conto del comportamento tipico del bambino e non di un singolo episodio. Nel caso il bambino pianga, chiedere alla madre se quella osservata è la reazione tipica del bambino.

76. Se può scegliere, il bambino preferisce giocare con i giocattoli piuttosto che con gli adulti.

BASSO: il bambino preferisce giocare con gli adulti piuttosto che con i giocattoli.

È un *item* di riempimento che si riferisce al tratto di personalità "orientamento verso le persone o verso gli oggetti" analizzato dagli studi sulla personalità adulta.

77. Quando la madre chiede al bambino di fare qualcosa, egli comprende subito ciò che lei vuole (può ubbidire o meno).

BASSO: il bambino qualche volta è incerto e perplesso nel capire ciò che la madre vuole.

MEDIO: il bambino è troppo piccolo per comprendere.

È un *item* di riempimento che fornisce informazioni sulle abilità cognitive del bambino.

78. Il bambino ama essere tenuto o abbracciato da persone diverse dai genitori e dai nonni

Sebbene i bambini siano propensi ad entrare in contatto con le persone nuove che vengono in visita, essi di solito rifiutano o accettano malvolentieri il contatto con questi se l'iniziativa viene presa dagli ospiti. A partire da un anno di età il contatto fisico indiscriminato sia con persone familiari che estranee, è un indice di attaccamento insicuro. Per valutare questo *item* occorre focalizzare l'attenzione sulle proposte di contatto fatte dagli adulti non familiari nel corso della prima visita. L'osservatore può, ad esempio, proporre al bambino di dargli la mano, di sedere sulle sue ginocchia o può provare a prenderlo in braccio per verificare le sue reazioni.

79. Il bambino si arrabbia facilmente con la madre.

BASSO: il bambino non si arrabbia con la mamma a meno che lei non diventi molto invadente o il bambino non sia molto stanco.

Questo comportamento dà informazioni sulla fiducia che il bambino ha circa la disponibilità, la sensibilità e la prontezza della madre a rispondere. Se il bambino diventa arrabbiato perché la madre non risponde o è invadente, all'*item* non può essere assegnato un punteggio molto alto. Se il bambino non dimostra chiaramente di essere paziente e di accettare ciò che la madre propone, evitare di dare un punteggio inferiore a 3. Se non si ha una chiara percezione di come il bambino si comporti in queste situazioni, il punteggio più corretto è 5.

Questo *item* tocca alcuni aspetti indagati dall'*item* 54. Mentre però l'*item* 54 si riferisce alla reazione di rabbia del bambino quando la madre offre un aiuto, il presente *item* fa riferimento a più contesti diversi. Se il bambino dimostra rabbia solo quando la madre offre aiuto, e piccoli segni di irritazione nelle altre situazioni, all'*item* 54 va assegnato un punteggio alto, mentre all'*item* 79 un punteggio medio.

80. Il bambino utilizza le espressioni facciali della madre come fonte di informazioni quando una situazione gli sembra rischiosa o minacciosa.

BASSO: il bambino decide di testa sua senza controllare prima l'espressione della madre.

Questo *item* analizza un comportamento di base sicura molto importante: la capacità del bambino di guardare la madre sia per ottenere informazioni su un oggetto o su un'azione che intende fare, sia per "leggere" i segni di approvazione o disapprovazione della madre per ciò che il bambino si appresta a fare. Questo comportamento può essere difficile da osservare se la madre è un po' invadente e interviene continuamente per dare informazioni al bambino. Per valutare bene l'*item* occorre anticipare i comportamenti del bambino, osservando attentamente quelle situazioni in cui si prevede che il bambino cercherà un qualche indizio di approvazione o disapprovazione guardando la madre.

81. Il bambino piange per far sì che la madre faccia ciò che lui desidera.

BASSO: il bambino piange solo in caso di reale disagio (se è stanco, triste, impaurito, ecc.).

Secondo i teorici dell'attaccamento, questo comportamento è tipico dei bambini che presentano scarse capacità di comunicazione, che dimostrano una certa incapacità nella conduzione di attività di gioco o di esplorazioni prolungate, e che sono soliti ricevere risposte poco sensibili dalle madri. L'attenzione dell'osservatore deve focalizzarsi sull'uso del pianto come modalità principale di comunicazione. All'*item* va attribuito un punteggio alto se il bambino utilizza il pianto ogni qualvolta voglia ottenere qualcosa dalla madre. Il punteggio resta alto anche se il pianto è l'unico segnale al quale la madre presta attenzione.

82. Il bambino passa la maggior parte del suo tempo impegnato con qualche giocattolo o in attività preferiti

È un *item* di riempimento. Raramente riceve un punteggio inferiore a 3 o superiore a 7. Il primo caso si verifica quando un bambino passa continuamente e rapidamente da un giocattolo all'altro. Il secondo caso quando ogni altra attività viene sacrificata a favore del gioco con un oggetto in particolare.

83. Quando il bambino è annoiato, va dalla madre per cercare qualcosa da fare.

BASSO: il bambino gironzola o non fa niente per un po' finché non salta fuori qualcosa da fare.

Si tratta di un aspetto importante del comportamento di base sicura. L'*item* si focalizza sulla capacità del bambino di utilizzare la madre come base sicura per l'esplorazione. Sia il bambino che la madre giocano un ruolo attivo nella funzione di base sicura. Se la madre ha il compito di sostenere l'esplorazione del bambino, fornendo suggerimenti, aiuti e stimolazioni, il bambino ha il compito di tenere sotto controllo gli spostamenti della madre per raggiungerla non appena se ne presenti la necessità.

84. Il bambino fa almeno qualche sforzo per tenersi pulito e ordinato in casa.

BASSO: in genere il bambino rovescia e sparge le cose per terra o si imbratta i vestiti.

È un *item* di riempimento. Raramente si danno punteggi inferiori a 3 e superiori a 7. Ai bambini piccoli solitamente si attribuisce un punteggio di 5.

85. Il bambino è molto attratto da attività e giocattoli nuovi.

BASSO: le cose nuove non distolgono il bambino da giochi o attività familiari.

Si tratta di un *item* riempitivo che può dare informazioni sullo stile cognitivo del bambino. È conveniente che l'osservatore porti con sé oggetti insoliti o nuovi al bambino, per poter osservare le reazioni del piccolo. L'osservatore può anche proporre attività nuove che non richiedano l'uso di oggetti (per esempio: imitazioni di gesti, la costruzione della torre con le mani, ecc.); dare un punteggio basso solo se il bambino si dimostra ripetutamente disinteressato alle novità proposte

dall'osservatore o dalla madre. Non considerare l'interesse mostrato dal bambino per le proposte che riguardano giochi o azioni abituali.

86. Il bambino cerca di farsi imitare dalla madre, oppure nota subito e si diverte se la madre lo imita di sua iniziativa.

Questo comportamento combina insieme aspetti legati alla condivisione emotiva e al *social referencing*. L'osservatore deve far riferimento, nella valutazione dell'item, solo ai comportamenti del bambino indirizzati alla madre. È un comportamento raramente osservabile; per questa ragione l'item viene spesso collocato nei gruppi che occupano una posizione centrale.

87. Se la madre ride o approva qualcosa che il bambino ha fatto, la ripete più volte.

BASSO: il bambino non è particolarmente influenzato da questo.

È un *item* di riempimento che fornisce informazioni su aspetti del temperamento del bambino. Va comunque detto che questo comportamento pone le basi per una interazione facile e contribuisce, se la madre collabora, alla costruzione della funzione di base sicura.

88. Se il bambino è turbato da qualcosa, si ferma dove si trova e piange.

BASSO: quando il bambino piange va dalla madre. Non aspetta che sia lei a raggiungerlo.

Questo comportamento è l'equivalente del comportamento passivo che alla *Strange Situation* viene definito come resistenza al contatto. Va ricordato che nella relazione di base sicura entrambi i partner giocano un ruolo attivo: la responsabilità dell'insuccesso è quindi da attribuire non solo all'adulto ma anche al bambino. All'item va attribuito un punteggio più alto se il bambino mostra questa passività come prima risposta; si dà minor peso al comportamento del bambino se il comportamento si verifica perché la madre non risponde alle sue richieste di conforto.

89. Quando il bambino sta giocando con qualcosa, le sue espressioni sono intense e chiare.

È un *item* di riempimento che analizza le espressioni facciali usate dal bambino per esprimere emozioni positive. Non vanno prese in considerazione le espressioni facciali legate al pianto.

90. Se la madre si allontana troppo, il bambino la segue e continua a giocare nell'area in cui la madre si è spostata. (Non deve essere chiamato o portato altrove; non smette di giocare e non si turba).

MEDIO: al bambino non è permesso di allontanarsi dalla madre o non c'è abbastanza spazio per stare distanti.

L'item fa riferimento al ruolo attivo del bambino nella relazione di base sicura. Il bambino impara a coordinare il gioco attivo con l'attività di monitoraggio degli spostamenti della madre. Si tratta di un comportamento meglio osservabile in un contesto non familiare o quando il bambino ha ancora poca familiarità con l'estraneo.

Appendice 3

SCHEDA SOCIO ANAGRAFICA, ANAMNESTICA E SONORO-MUSICALE

Cognome

Nome

Età

Settimana di gravidanza

Scadenza

Paese e Regione d'origine

Titolo di studio:

Eventuali anni di scolarità musicale:

Professione attuale:

Stato civile:

Anni di relazione complessiva con il partner:

Ha altri figli? Se sì quanti

Questa gravidanza è stata:

- desiderata
- capitata
- pianificata

Si tratta di gravidanza ad alto o basso rischio?

Ha avuto in precedenza:

Gravidanze precedenti ad alto rischio	SI	NO
Aborti spontanei	SI	NO
Interruzioni volontari di gravidanza	SI	NO
Morte Perinatale	SI	NO
Lutti/traumi gravi nell'ultimo anno	SI	NO
Altro.....	SI	NO

Ha mai sofferto di:

Ansia	SI	NO
Depressione	SI	NO
Problemi alimentari	SI	NO
Patologie croniche (ipertensione, diabete)	SI	NO
Altro...	SI	NO

Avete qualche abitudine folkloristica relativa a questa origine? NO SI (Quale?)

Gusti e particolarità dei genitori

Ricordi da bambino quali erano le vostre preferenze musicali e strumentali?

Avete imparato musica? Come?

FATTI ATTUALI:

Le vostre preferenze musicali sono cambiate? Perché?

Avete un particolare desiderio a proposito di questo tipo di musica?

Quali suoni o rumori vi piacciono?

Quali sono o rumori rifiutate?

Strumenti graditi e strumenti rifiutati?

La zona in cui abitate risente di rumori particolari (aeroporto/treno/ambulanze)?

Avete qualche suggerimento o apprensione da suggerirmi o che pensiate possa essere utile?

RECAPITO TELEFONICO:

E-MAIL:

I dati raccolti in forma anonima, saranno conservati presso il *Consultorio Familiare del Distretto 3 di Valmaura*, in conformità alla Legge sulla privacy (L. 196/03)

Si ringrazia per la preziosa collaborazione

Appendice 4

CONSENSO INFORMATO

PROGETTO *Percezione psico-educativa nel rapporto materno-fetale e promozione del rapporto madre-bambino attraverso la musica*

Gentile Signora.....,

il progetto dal titolo “Percezione psico-educativa nel rapporto materno-fetale e promozione del rapporto madre-bambino attraverso la musica” prevede l’utilizzo di una serie di riprese videoregistrate durante una seduta di musicoterapia psico-pedagogica.

In pratica, dietro Suo consenso, verranno effettuate delle riprese video della Sua immagine e della pancia in particolare, durante una seduta di musicoterapia psico-pedagogica, allo scopo di verificarne gli effetti fisici ed emotivi. Queste immagini saranno visualizzate da ricercatori e studenti. In singoli casi potranno essere utilizzati (dietro ulteriore Suo consenso) per la partecipazione a Congressi o Corsi di aggiornamento.

In nessun caso saranno mai rivelati i Suoi dati anagrafici.

Se Lei è d’accordo a partecipare al progetto La preghiamo di apporre la sua firma:

Data 31/03/2011

Firma

Appendice 5

Informativa all'assistito per il trattamento dei dati personali e sensibili a scopo di ricerca (art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003)

Gentile Signora,

La informiamo che il Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo e di Scienze delle Medicine pubbliche dell'Università di Trieste in collaborazione con l'ASS Triestina promuove un progetto di ricerca dal titolo: "Percezione psico-educativa nel rapporto materno fetale e promozione del rapporto madre-bambino attraverso la musica", il quale si propone di valutare l'efficacia di un intervento basato sulla sensibilizzazione all'ascolto di musica a al canto, realizzato nell'ultimo periodo della gravidanza, per favorire la relazione madre bambino.

Se vorrà partecipare Le verrà richiesto di:

- 1- Compilare una scheda socio-anamnestica (che avrà per oggetto i Suoi dati personali e sensibili tra cui in particolare quelli idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sociale) e sonoro-musicale (al fine di rilevare le Sue musiche preferite ed eventuali suoni graditi o meno).
- 2- Compilare il test "Prenatal Attachment Inventory", che Le verrà proposto al 6° e al 9° mese di gravidanza. Si tratta di un breve test composto da 21 domande self-report con scala da 1 a 4 (es: 1="quasi mai"; 4 = "quasi sempre"), che ha lo scopo di rilevare il livello di attaccamento al feto.
- 3- Ad un anno dal parto verrà ricontattata dal dottorando-responsabile del progetto al fine di programmare un incontro, della durata indicativa di un'ora presso il Suo domicilio, per un breve colloquio sulle modalità del parto e per verificare (per mezzo del test osservativo "Attachment Questions Sort", effettuato dal dottorando stesso) il livello di attaccamento bambino-genitore.

I dati verranno raccolti e trattati esclusivamente dal personale incaricato dall'Azienda Sanitaria e dal dottorando responsabile del progetto.

I risultati della ricerca non potranno essere diffusi se non nel rispetto dell'assoluto anonimato.

Il conferimento dei Suoi dati in relazione al progetto di cui sopra, è facoltativo ed un eventuale rifiuto da parte Sua non ha alcuna conseguenza sulle cure o prestazioni cui Lei ha diritto.

Ai fini della ricerca, una volta accettato di parteciparvi, verrà inserita casualmente o nel gruppo A (dove verrà invitata a partecipare ad alcuni incontri di informazione e di sensibilizzazione all'ascolto musicale e al canto) o nel gruppo B (nel quale Le verrà richiesta solo ed esclusivamente l'osservazione dei punti 1-2-3 sopra descritti).

La sottoscritta (cognome nome) _____ nata il

a _____ residente (indirizzo) _____

dichiarando, dopo essere stata informata ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196 del 30 giugno 2003)

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

L'Azienda Sanitaria ed i componenti dell'equipe interdisciplinare del progetto di ricerca dal titolo "Percezione psico-educativa nel rapporto materno fetale e promozione del rapporto madre-bambino attraverso la musica", a trattare i propri dati sensibili, con le modalità e per le finalità descritte nell'informativa.

Data: _____

(firma) _____

Appendice 6

Esempio di intervista semistrutturata telefonica

Come è andato il parto?

Me lo può descrivere?

In totale è durato?

Le hanno messo il neonato subito vicino?

Ha provato ad attaccarla?

Il bagnetto lo ha fatto subito o prima che lei la potesse prendere in braccio?

Suo marito era con lei in sala parto?

Quando ha rivisto la bambina?

In quel momento l'ha attaccata?

Come è andato?

Sta facendo allattamento naturale?

Come va con le richieste, con i tempi dell'allattamento?

E con gli altri ritmi, con il sonno come va?

È venuta l'ostetrica in casa?

Si è trovata bene?

C'è qualcuno che la aiuta a casa nell'organizzazione della giornata?

(Se del gruppo attivo)

Utilizza dei momenti musicali e in che modo con il bambino?

Che riscontri ha dell'esperienza musicale pre-natale con il bambino oggi?

Appendice 7

Repertorio

Brani utilizzati nelle sedute di ascolto e confronto.

Go with the flow (Allevi)
Come sei veramente (Allevi)
Minuet in G Major (Bach)
Minuet (Bach)
Prelude in C (Bach)
6th Symphony (Beethoven)
Minuet in G (Beethoven)
Piano Concerto n°5 (Beethoven)
Minuet (Boccherini)
Lullaby (Brahms)
Minute Waltz (Chopin)
Arabesque (Debussy)
Pizzicato (Delibes)
Humoresque (Dvorak)
Morning (Grieg)
The Harmonious Black smith (Handel)
Water Music (Handel)
Caribbean Blue (Enja)
Only time (Enja)

Canti popolari infantili utilizzati nei laboratori di musicoterapia psicopedagogica.

Tun, tun, tun, gattino mio (conta)
Piove, pioviccia (protomelodia sulla cellula sol-la-sol-mi)
Lucciola, lucciola vie da me (melodia su scala pentatonica)
Terra di betulla (melodia su scala pentatonica)
Sopra al mulin (modale)

Renzo, lorenzo (filastrocca su scala eptafonica, tonica - dominante - tonica)
Sette sorelle (canto narrativo)
La bella Rosina (canto iterativo)
Il grillo e la formica (canto narrativo)
Oh, che bel castello (canto-gioco)
Kala Majco (girotondo)

RINGRAZIAMENTI

La stesura di questa tesi di dottorato si pone a conclusione di un lungo lavoro di ricerca, in cui sono intervenute più persone a vario titolo.

Innanzitutto, vorrei ringraziare il prof. Alessandro Pace, supervisore di questo progetto di ricerca e della mia crescita professionale, essenziale per me e presente ad ogni mio momento di difficoltà.

Una grazie speciale va alla dott.ssa e ostetrica Marina Serreghi, persona splendida e disponibile, che mi ha permesso di credere in questa difficile avventura, aiutandomi nel realizzarla.

Vorrei ringraziare di cuore la Prof.ssa Majla Paci per le sue preziose correzioni e i numerosi consigli, il Prof. Andrea Clarici, il Prof. Tecilazich, la dott.ssa musicoterapeuta Johanna, la dott.ssa Cinzia Scheriani, la dott.ssa Vanessa Greco, tutte le ostetriche, i ginecologi, i pediatri (in particolare la dott.ssa Carbonara e il dott. Ronfani) che hanno contribuito a definire gli strumenti, al reclutamento delle gestanti e all'inserimento dei dati.

Vorrei anche ringraziare il Prof. Fulvio Camerini del Comitato Etico Indipendente per la sua fiducia nel mio progetto e il Distretto n. 3 dell'ASS n°1 Triestina in cui è stato possibile reclutare i soggetti, nelle figure della Direttrice dott.ssa Angelina Pianca e la dott.ssa Vittoria Sola.

Un sincero ringraziamento va a tutte le mamme e ai loro bambini, che hanno reso possibile questo lavoro.

Un ringraziamento speciale va ai miei migliori amici, colleghi e Pedro, che con il loro affetto e la loro pazienza non hanno mai smesso di credere in me e mi hanno sempre incoraggiato e sostenuto.

A mamma e Stefano... la mia piccola e, per questo speciale famiglia, che amo profondamente.

Alle mie nonne che, non ce l'hanno fatta a vedere i miei risultati, ma che hanno creduto in me per prime all'inizio di questa mia avventura.

Last but not least... grazie a mio marito per l'aiuto prezioso nella stesura della tesi e, cosa più importante, per il suo amore.