

NEOTENIA, EPIGENETICA E IMPLICAZIONI ETICHE. La sincronia polisensoriale del bebè confrontato con la depressione materna post-natale.

Bernard Golse e Lenio Rizzo

Introduzione

L'invito rivoltoci dai Colleghi dell'Università di Brescia ad intervenire al Corso di perfezionamento in "Psicologia clinica perinatale" ha rappresentato per noi anche l'occasione per proseguire una discussione, in corso ormai da anni, sui temi della perinatalità e dello sviluppo infantile precoce (Golse e Rizzo, 2018), in considerazione anche dei suoi più precoci ostacoli e fino alle più gravi patologie quali l'autismo infantile (Kanner, 1942; Frith, 1992; Ferrari, 1999). Mantenendo in primo piano l'interesse per il soggetto e la sua psiche e quindi rifiutando ogni ipotesi riduzionistica sia in ambito diagnostico che terapeutico. Per quanto riguarda il tema del corso, uno di noi (Rizzo) ha in corso una collaborazione con i Colleghi di Brescia da una decina di anni: abbiamo infatti già lavorato, con la collaborazione di Monique Bydlowski, sulla maternità sia fisiologica che complicata dalla psicopatologia e con Drina Candilis-Huisman sulle più recenti acquisizioni sulle competenze neurosensoriali del feto e del neonato. Ritornando, invece, agli autori del presente testo, questo tema ci ha visti impegnati insieme, da più di vent'anni, in numerose occasioni di lavoro : inviti reciproci presso le rispettive Istituzioni, giornate di studio nei nostri Paesi e numerosi convegni internazionali organizzati per lo più nell'ambito dell'Associazione Europea di Psicopatologia del Bambino e dell'Adolescente (AEPEA).

Anche sul piano editoriale, diverse sono già le collaborazioni, a partire dall'introduzione in Italia nel 1995 di un volume ("Il dire tra corpo e linguaggio"), che Golse ha pubblicato in Francia con Bursztejn. In seguito, con un articolo co-firmato per *Imago* ("La Psichiatria perinatale: prospettive, acquisizioni e problemi aperti", 2003) e più recentemente con la prefazione di Rizzo all'importante opera pubblicata in Francia da Golse e dalla sua équipe, sull'attività di *pedopsichiatria di liaison* all'interno dell'ospedale parigino Necker ("La Pédopsychiatrie de liaison. L'hôpital Necker au quotidien", Canoui P., Golse B., Seguret S., ed. Erès, Paris, 2012). Per quanto riguarda sempre i temi sintetizzati nel titolo, non è indifferente il percorso post-laurea: entrambi abbiamo praticato dapprima la pediatria e in seguito la pedo-psichiatria, con un costante interesse per gli insegnamenti dei fondatori della pedo-psichiatria francofona di orientamento psicoanalitico: Lebovici, Diatkine, e Michel Soulé, quest'ultimo un diretto Maestro per Golse e anche per Rizzo un riferimento importante nelle scelte professionali, insieme a Roger Misès. Infine, e ancora per marcare il comune interesse per il tema centrale di questo articolo, l'investimento teorico per la prima infanzia si è concretizzato per entrambi nel lavoro clinico rivolto ai bambini piccoli e alle triadi genitori-figlio, come pure nella collaborazione con le équipes pediatriche, operanti sia in ospedale che nel territorio. Ci teniamo ancora a sottolineare il comune impegno per un'etica nella professione pedo-psichiatrica, nei diversi ambiti in cui questa viene esercitata e insegnata. Queste pratiche e questi orientamenti ci hanno condotti a riflettere, talvolta anche insieme, sui grandi temi inerenti la genitorialità contemporanea, discutendone i differenti aspetti con esponenti di altre professioni - operatori del sociale, del diritto, ecc... - e, particolarmente nel caso di Golse, anche ad assumere importanti funzioni in organismi associativi ed istituzionali aventi al centro i grandi temi relativi ad *infanzia e perinatalità*.

La psicopatologia come metodo: alcuni concetti fondamentali

Alle attività dell'AEPEA noi abbiamo contribuito, con ruoli diversi, fin dalla sua fondazione più di venti anni orsono, a livello internazionale e dei nostri singoli Paesi. L'AEPEA ha nel suo statuto, come nel nome, l'impegno a tener vivo, all'interno della comunità dei professionisti che si dedicano all'infanzia, l'interesse e il metodo che si richiamano alla *psicopatologia*. Si tratta di una visione e di un approccio clinico che stanno attraversando sia in Francia che in Italia - ma certamente anche negli altri Paesi - un periodo molto travagliato. Infatti, anche nell'ambito operativo della pedo-psichiatria sono molti coloro che pensano che si tratti di un concetto da superare; non a caso molti studenti di medicina terminano gli studi universitari senza aver mai sentito parlare di psicopatologia, tanto meno dell'età evolutiva; in alcune facoltà di psicologia ancora la si insegna, ma il concetto stesso ne viene spesso travisato, mentre a nostro avviso esso rimane epistemologicamente valido, anche riprendendo studi di Autori divenuti dei classici (Wallon, 1925; Spitz, 1961; Mâle et alii, 1975). Vogliamo motivare questa nostra posizione con un esempio. Quando oggi si pensa ai disturbi mentali dell'infanzia e dell'adolescenza, si tende a proporre due ottiche tra loro contrapposte: li si considera disturbi di origine esclusivamente endogena, e si parla allora di "disturbi del neuro-sviluppo" (in particolare nel caso dell'autismo o delle sindromi ipercinetiche) usando questa espressione quale sinonimo di "neurologico"; oppure si considerano quale potenziale causa dei fattori esclusivamente esogeni secondo il modello del "trauma". Con la conseguenza logica che se teniamo conto solo dei fattori interni ci rifacciamo ad una visione puramente organicistica, mentre se privilegiamo i fattori esterni avremo sposato una visione psicogenetica orientata verso la sociologia.

La sfida della *psicopatologia*, divenuta oggi ardua ma non per questo meno appassionante, consiste dunque nel tentativo di tenere insieme fattori esogeni ed endogeni. Noi siamo anche portati a pensare che tra qualche decina d'anni una simile scissione verrà considerata priva di senso, dal momento che la clinica e la ricerca scientifica procedono attualmente con decisione verso teorie causali che potremmo definire *epigenetiche*, che tengono cioè conto sia delle componenti individuali proprie al singolo bambino che dell'influenza che l'ambiente esercita sullo stesso. Semplificando, potremmo dire che lo sviluppo psicologico del bambino e i disturbi stessi del suo sviluppo si effettuano a nostro parere proprio all'intersezione tra fattori interni ed esterni.

Altra questione che abbiamo più volte affrontato nelle occasioni congressuali promosse dalla nostra Associazione è la *valutazione*, che può essere variamente intesa e praticata. Infatti, è facilmente constatabile come oggi sia in Francia che in Italia che in molte altre parti del mondo vi sia una grande pressione sugli operatori della sanità - quindi anche della salute mentale - verso la "valutazione". Pressione che proviene dall'ambito amministrativo della sanità stessa, orientato a tenerne sotto controllo i costi, ma molte volte anche dalle famiglie - ansiose di ricevere "risposte concrete" per i disturbi dei figli - e che trova riscontro - talvolta acritico - anche in ampi settori operativi del campo sanitario. Certamente una valutazione è importante e anche necessaria, come hanno da tempo dimostrato i clinici e i ricercatori in ambito psicologico (Gesell, 1949; Brunet e Lézine, 1951; Bailey, 1969; Bruner, 1983), linguistico (Chevrie-Muller e Narbona, 1996) e neuro-psicomotorio (Brazelton, 1983; Bergès, 1995): occorre sapere come un bambino funziona in un preciso momento della sua vita sul piano neurologico, su quello psicologico, eventualmente quale sia il suo corredo genetico, anche nel caso di distorsioni psicopatologiche (Bénony, 1998) o di altre patologie gravi.

Ma una volta di più occorre intendersi sui concetti di fondo. Queste diverse valutazioni possono risultare utili, insieme ad una corretta indagine psicopatologica, per giungere ad una *diagnosi*, utilizzando allo scopo anche un manuale diagnostico adattato all'età (Guédénéy, 1999; Misès e Quemada, 2002; Misès et alii, 2002; Golse e Durand, 2002). Tuttavia, noi non consideriamo sufficiente allo scopo una valutazione limitata al momento della consultazione, che non prenda in considerazione la storia del soggetto, della sua famiglia e del suo ambiente sociale. Infatti, non possiamo dimenticare che anche in questa specifica attività le scissioni

sono in agguato: ci siamo già espressi a proposito della scissione tra organogenesi e psicogenesi, osservando come la *causalità epigenetica* ci permetta di evitarla.

Qui incontriamo un'altra potenziale scissione, tra una valutazione che potremmo definire "dell'attuale", di ciò che viene osservato nell'istante stesso della consultazione e, dall'altra parte, una clinica che tenga conto della storia del soggetto (Kaës, 1993). Il bebè, fin dal primo momento in cui ci propone la sua presenza, ci richiede nel modo più assoluto di tenere insieme l'istante presente e la storia, dunque sia gli aspetti sincronici che quelli diacronici. Ci rendiamo ben conto che si tratta di un'operazione complessa, ma bisogna riconoscere che si tratta anche di una parte appassionante del nostro lavoro, senza considerare che è proprio quanto è necessario fare.

Un ulteriore elemento che dobbiamo riconoscere quanto sia legato alla clinica della perinatalità, è l'importanza che assume il *corpo*. A questo proposito, è chiaro che dobbiamo massimamente al bebè, come d'altra parte anche all'adolescente, di aver rimesso il corpo al centro della riflessione psicanalitica (Dolto, 1984; Sami-Ali, 1977), psicopatologica e psichiatrica (Kreisler, Fain, Soulé, 1974; Kreisler, 1981). Non è possibile infatti oggi pensare al bebè senza pensare al suo corpo, e che corpo e psiche sono indissociabili fin dall'inizio della vita (Golse, 1998; Golse, 2000). Il bebè pensa certo con il suo cervello, ma pensa anche col suo corpo, con i suoi atti (Wallon, 1970), con le sue emozioni (Golse, 2001), quindi anche con tutto ciò che Piaget (1959) aveva definito *intelligenza senso-motoria*. In questo senso, già più di cinquant'anni fa un grande filosofo, che era anche medico, diceva: "Se la psicanalisi dimentica troppo il corpo, finirà per pagare un conto molto salato" (Maurice Merleau-Ponty, 1960).

Ulteriore osservazione: la psicopatologia del bebè e la psicopatologia perinatale non sono soltanto una piccola parte della psichiatria generale. Noi possiamo senza dubbio distinguere una psichiatria dell'adolescente, dell'anziano, dell'adulto, del bambino, e anche del bebè, con il rischio, così facendo, di fare a pezzi la psichiatria. Ma, ben più radicalmente, la psicopatologia del bebè ci permette di esplorare dei concetti che si riferiscono all'esistenza stessa dell'uomo, concetti che filosofi, antropologi e linguisti ci hanno già proposto con i loro studi sull'ontogenesi (Golse, 2008). Il bebè, e il suo studio, ci permette cioè di riprendere questi temi procedendo a ritroso, a livello dei *precursori*: possiamo così riandare alle domande fondamentali sul vivente, di come cioè si diventi un *soggetto*, di come il linguaggio funzioni per gli umani e di come ogni piccolo d'uomo entri nel *linguaggio*. In definitiva, la psichiatria del bebè ci offre una modalità di approccio alle basi stesse del nostro funzionamento.

La doppia negazione, tra biologia e linguaggio.

Un'altra notazione antropologica è molto legata alla storia biologica e psicologica della nascita e riguarda l'importanza della c.d. *doppia negazione* che possiamo ritrovare a livello biologico, ma anche fantasmatico e così pure linguistico. Per quanto riguarda il primo punto, se noi pensiamo alla biologia della gravidanza, possiamo concludere che la gravidanza è il solo esempio di eterotrapianto riuscito, che si instaura spontaneamente e che spontaneamente procede. Non sempre tiene, ma quando tiene, lo fa appunto spontaneamente, anche se talvolta si richiedono degli interventi medici. Considerando che ogni figlio ha una metà dei propri geni che non provengono alla madre, normalmente l'embrione e poi il feto dovrebbero essere rigettati, dal momento che la metà dei loro antigeni sono incompatibili con il sistema immunitario della madre. Infatti, una cosa che il corpo delle madri, con riferimento alla sola biologia, non dovrebbe essere in grado di sopportare del suo bebè è la parte che gli proviene dagli antigeni paterni, anche quando madre e padre appaiono molto compatibili psicologicamente. Tuttavia l'esperienza dimostra che non c'è bisogno di un trattamento antirigetto perché la gravidanza prosegua: infatti, appena l'embrione si è insediato nell'utero, una prima ondata di anticorpi viene prodotta dal corpo materno per rigettarlo, ma subito dopo una seconda

ondata va a bloccare la prima ondata. Ecco, dunque, in azione la "doppia negazione biologica": il corpo mostra di non volerne sapere di questo estraneo biologico, ma subito interviene un blocco di questo primo "no".

Ritroviamo una "doppia negazione" anche a proposito della questione del *desiderio di figlio*: sempre più da quando si usano mezzi contraccettivi efficaci, aspettare un figlio significa aver smesso di non volerlo. Anche a questo livello, dunque, c'è un doppio no. Il primo no equivale ad un "non voglio figli", cui fa seguito un "mi rifiuto di non volerne". Il desiderio di figlio è dunque più l'effetto di una doppia negazione, piuttosto che del semplice e diretto desiderio di averne uno. Anche a livello di linguaggio troviamo un simile funzionamento, come Julia Kristeva ha sottolineato: la simbolizzazione è fondata sul lutto dell'oggetto primario, sulla differenziazione e sulla lontananza del bebè dall' "oggetto madre". Il fondamento del linguaggio si basa dunque su un doppio movimento di "negazione": "1°: "l'ho perduto"; 2° : "no, non l'ho perduto", perché posso ritrovare la madre nei simboli e nei segni che me la rappresentano. La questione della doppia negazione è dunque centrale in tutti questi ambiti e molti studi la stanno sviluppando.

Le vicende del legame tra natura e storia

Come è ormai noto, la psichiatria perinatale si occupa sia dell'epoca pre-natale che post-natale, ma qui ci soffermeremo particolarmente sulle fasi che riguardano il bebè, quando dunque il prodotto del concepimento è ormai all'esterno del corpo della madre.

Ci si può domandare come fa un bebè (questa espressione francese traduce il termine italiano "lattante", andando però oltre il senso di un essere passivo da nutrire) ad attivare i suoi primi legami con l'ambiente e come egli possa rappresentarsi mentalmente questi legami. Questo ci porta ad interrogarci anche su come i bambini autistici, quale esempio estremo, non riescano a costruire questi primi legami (Meltzer, 1980; Meltzer, 1986; Tustin, 1986). E da un'altra parte, su come faccia un bambino adottato ad organizzare questi legami con degli adulti che non l'hanno generato e che tuttavia diventeranno i suoi genitori per il resto della sua vita. Questo solo per dire tutta l'importanza e la complessità della questione del legame e della rappresentazione mentale dello stesso, sulla quale occorre necessariamente ritornare quando ci si occupa di bebè. Per quanto riguarda questa epoca della vita, infatti, al centro della nostra attenzione non dovrebbe essere unicamente il bebè o dall'altra parte l'adulto, bensì il legame che li unisce. Per questo è stato molto importante lo sguardo che sul legame, e ovviamente anche sulle difficoltà di questo legame, hanno appuntato in particolare alcuni studiosi che abbiamo avuto la fortuna di frequentare (Stern, 1989; Stern, 1995).

La visione che attualmente si ha del bambino è molto cambiata nell'ultima parte del ventesimo secolo. Fino a qualche decennio fa, i professionisti consideravano per lo più il bambino in prima infanzia un essere prevalentemente passivo, capace quasi unicamente di ricevere dall'esterno, una specie di sacco da riempire. Non tutti i genitori avevano questa visione, ma tra i professionisti questa era prevalente. Certamente dei professionisti erano anche genitori, ma ancora non bastava per modificare le opinioni più diffuse. Le cose sono molto cambiate soprattutto dopo la seconda guerra mondiale: un grande senso di colpa degli adulti per una guerra che aveva fatto soffrire in particolare i più giovani ha contribuito a determinare un fondamentale cambio di rotta (Freud A., Burlingham D., 1942).

Non è questa la sola volta che la storia si incarica di apportare importanti modifiche nel modo di pensare di studiosi e professionisti, ma alcune condizioni storicamente determinate sono risultate particolarmente importanti nello sviluppo delle teorie psicologiche e psicoanalitiche. Per esempio, è noto come ogni fine secolo induca delle specifiche preoccupazioni: la fine del diciannovesimo secolo ha evidenziato un grande interesse per *l'interno dei corpi e per l'interno della psiche*". Basti ricordare che nello stesso anno 1895 in cui Röntgen scopriva i raggi X, ciò che sicuramente rimanda alla curiosità per l'interno del corpo, Freud scriveva gli "Studi sull'isteria" (Freud S., Breuer J., 1895), testo che segna l'inizio della

riflessione psicanalitica e quindi anche dell'interesse per l'"interno" della psiche. Possiamo dire allora che la psicanalisi è nata alla fine del diciannovesimo secolo, sulla spinta delle preoccupazioni per ciò che è interno, per l'intrapsichico. La teoria dell'attaccamento, invece, è nata dopo la seconda guerra mondiale (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Ainsworth e Wittig, 1969)), un'epoca in cui era in atto un grande sconvolgimento della vita sociale: per questo, la teoria dell'attaccamento è molto centrata sulle questioni che riguardano la sicurezza degli individui e certamente si occupa più dell'interpersonale che dell'intrapsichico.

Proseguendo con le riflessioni sui passaggi significativi della storia delle idee, vediamo come la fine del ventesimo secolo sia stata invece contrassegnata da preoccupazioni di altro genere: a prevalere è stata la questione delle *origini*, certamente presente in ogni epoca, ma particolarmente sentita in quella specifica fase (Pontalis, 1986). Quale l'origine dell'universo? Quale l'origine della vita? E anche interessarsi del bambino piccolo comporta l'interesse per le origini: significa occuparsi dell'origine della vita biologica, della vita psichica, ma anche a partire da quando il feto possa essere considerato una persona, a partire da quando l'embrione possa essere considerato vivente, ecc...Tutte questioni queste che sono oggi vissute in modo particolarmente intenso.

I quattro grandi cantieri del bebè

Il bebè ha fin dall'inizio della vita la necessità di sviluppare dei grandi "cantieri", che potremmo definire anche i suoi "sistemi di motivazione primaria", oppure i suoi "sistemi pulsionali". Si tratta di quattro cantieri fondatori, che sono tra loro formalmente distinti, ma non indipendenti l'uno dall'altro: solo a fini didattici li consideriamo come fossero distinti, mentre in realtà essi sono tra loro estremamente intricati.

1. Il primo cantiere è quello dell'*autoconservazione*: il feto possiede un organismo già potenzialmente vitale, ma al momento della nascita le sue funzioni vitali devono essere attivate ed organizzarsi adeguatamente per garantire la sopravvivenza "autonoma" del bebè, dalla respirazione aerea al senso della sete, alla fame. In una sala parto, tutti, anche i membri delle équipes ostetriche più esperte, sono in ansiosa attesa di quel momento apparentemente insignificante, ma in realtà fondamentale, in cui il primo grido del neonato si fa infine sentire. In realtà, più che il grido, quel che si attende è che tutto proceda correttamente nella direzione della vita, che cioè le forze del legame siano più forti delle forze dello s-legame, della rottura. Come se ciascuno sentisse che non è sufficiente nascere, nel senso di uscire dal corpo della madre, ma che occorre che tutto proceda nel senso della vita. Si tratta di un momento particolarmente commovente per la madre ma anche per tutti coloro che assistono al parto. Michel Soulé diceva che in quel momento "bisogna che il bambino lotti per la vita, che desideri la vita", forse attribuendo fin troppa intenzionalità a questo atto, ma rendendo bene l'idea. Se le forze di autoconservazione non si mettono in atto, una storia individuale finisce lì.

2. Il secondo grande cantiere è il cantiere dell'*attaccamento*: con il termine "attaccamento" intendiamo l'insieme dei processi che permettono all'adulto di regolare nel modo più giusto la distanza fisica e spaziale rispetto al bambino: né troppo vicino, né troppo lontano, mantenendo quella che può essere definita una giusta distanza di sicurezza. Come nella parabola di Schopenhauer dei porcospini: se troppo vicini si ha caldo ma ci si punge, se invece troppo lontani si ha freddo. Si tratta dunque di trovare quella giusta distanza che permetterà al bambino di sviluppare un senso di sicurezza interno, con cui poter in seguito partire alla scoperta del mondo. Attaccamento non significa affatto incollamento, ma piuttosto un sistema di *appoggio*: appoggiarsi a qualcosa - o, più precisamente, a qualcuno - con sicurezza per potersi poi tranquillamente staccare. Questo cantiere consente un'apertura sul mondo, come dice il titolo del libro (appunto, "Attaccamento, un'apertura sul mondo") di uno studioso svizzero dell'attaccamento (Blaise Pierrehumbert, 2003), fino a poter gestire l'insieme dei processi che permetteranno all'adulto la giusta distanza psichica: sentirsi esistere come una persona diversa da un'altra, sapere che un altro esiste, essere in grado di creare

tra sé e l'altro uno *scarto intersoggettivo* (Golse, 1998; Golse, 1999), come condizione dei legami pre-verbali e in seguito del linguaggio (Spitz, 1958).

3. Il terzo cantiere riguarda l'*intersoggettività*. Oggi sempre più se ne conoscono i meccanismi, estremamente individuali e delicati. La grande maggioranza dei bambini riesce a staccarsi senza strappare e giunge a sentirsi esistere come una persona grazie ad una co-costruzione molto raffinata tra adulto e bambino. E' proprio quello che i bambini autistici non riescono a costruire: se i bambini autistici non parlano non è questione né di labbra né di gola; per poter parlare all'altro, occorre prima poter pensare che l'altro esiste e la figura dell'altro deve essere psichicamente ben stabilizzata (Laznik-Penot, 1992, 1996, 1999).

4. Il quarto cantiere, che non è certo il meno importante, riguarda la regolazione del *piacere e del dispiacere*. Questo riguarda lo specifico della psicanalisi dell'infanzia, che ne ha molto trattato, già a partire dallo stesso Freud (Freud S., 1905) e poi attraverso le esperienze di alcuni dei suoi seguaci (Bion, 1962; Bion, 1965). Bisogna che il bambino apprenda a ricercare situazioni di piacere e anche ad evitare le situazioni di dispiacere. Bisogna che egli apprenda ad attendere, poiché attendendo, il piacere può aumentare. Per questo spesso si dice ai bambini "aspetta, poi sarai contento"; quanto dovrebbe valere anche per molte persone adulte che non sanno attendere. Si tratta di un cantiere molto delicato, perché con le proprie azioni il bebè deve tenere conto anche del piacere e del dispiacere dell'altro.

Questi dunque sono i quattro sistemi di motivazione primaria, chiaramente tra loro interdipendenti, fino al punto da condizionarsi a vicenda: come oggi si sa molto bene, l'attaccamento sicuro favorisce l'intersoggettività, l'interpretazione interpersonale. E l'intersoggettività permette al bambino di prendere atto del piacere dell'altro, sempre che sia prima avvenuta una differenziazione dall'altro.

Neotenia, limite della specie o risorsa dell'individuo ?

Veniamo ora alla questione della neotenia, questione fondamentale oggi perché connessa ad aspetti essenziali dello sviluppo.

Il bebè umano è alla nascita e poi per qualche mese e ancora per qualche anno il più incompiuto, il più immaturo fisicamente e psicologicamente tra i mammiferi neonati. C'è una grandissima differenza tra il funzionamento del soggetto adulto e del bebè umano, molto maggiore di quella che osserviamo nel caso degli altri mammiferi.

Sicuramente ci siamo tutti inteneriti - e anche sorpresi - davanti allo spettacolo di un puledrino, che, appena uscito dal ventre della giumenta, si mette in piedi e va a cercare di attaccarsi alle mammelle della madre. Per noi umani non funziona così: se nessuno si occupa prontamente e adeguatamente del neonato, egli non vivrà, poiché egli nasce del tutto incompleto sia sul piano fisico che su quello psichico. Seguendo la teoria darwiniana, ci si può legittimamente chiedere perché l'evoluzione abbia "privilegiato" per la nostra specie una soluzione tanto rischiosa.

Già nel 1926, Freud aveva avuto un'intuizione al riguardo, esposta in "Inibizione, sintomo e angoscia" (Freud S., 1926), quando egli dà una risposta a Otto Rank a proposito del "trauma della nascita", teoria pubblicata due anni prima da colui che Freud considerava come un suo figlio spirituale. In effetti, nel 1924-25 Freud appare turbato, e forse anche irritato: è come se egli avesse capito attraverso questo dibattito che oltre all'importanza del complesso di Edipo, e delle fasi pre-edipiche, occorre esplorare anche quel che succede nell'età precedente. Su questo punto sicuramente il suo allievo preferito lo sfida: anche quanto succede prima della nascita - e durante la nascita in particolare - è passibile di trauma. Freud si turba, e nel '26 scrive appunto che "nella specie umana tutto succede come se mancasse un quarto trimestre di gravidanza". In realtà non si tratta solo di tre mesi che mancano. La neotenia fa sì che il cervello del bambino crescerà nei 5-6 anni che seguono alla nascita ed è per questo che si dà oggi molta importanza alla nozione

di *plasticità cerebrale*, molto importante ancora nell'adolescenza. Una gravidanza quindi, anche seguendo la suggestione freudiana, non potrebbe durare 4, 5 e tantomeno 17 anni!

Neotenia, epigenetica ed implicazioni etiche

Diremo subito che il fatto che il piccolo dell'uomo nasca così incompiuto può risultare un grande vantaggio, perché questa incompiutezza lascia un grande spazio all'*epigenetica*. Intendiamo qui per epigenesi l'effetto dell'ambiente sul nostro genoma. Attualmente non sembra che l'epigenesi comporti modifiche al nostro genoma, anche se dei cambiamenti si prospettano grazie alle terapie geniche, i cui effetti sono per ora limitati. Essa certamente modifica la maniera con cui noi esprimiamo il nostro genoma.

La nozione di *ambiente* è molto ampia e vi facciamo confluire tutto quanto è biologico, familiare, sociale, culturale. Nell'ambiente evidentemente il bambino incontrerà pure il lavoro psichico dell'adulto che lo proietta in avanti, in quella sorta di strettissima mutualità che la psicanalisi chiama "situazione antropologica fondamentale" (Laplanche, 1986)). Ogni bebè troverà un ambiente diverso e costruirà la sua mente in un ambiente specifico, e forse proprio a questo dobbiamo l'origine delle differenze, che sono tra le maggiori ricchezze della nostra specie. Prendiamo un esempio, per chiarire la questione. Noi non sappiamo cosa pensino di noi le mosche, mentre noi certamente siamo in grado di pensare sulle mosche. Nel nostro DNA noi non abbiamo molti più geni delle mosche: circa 35.000 geni ha la specie umana e circa 35.000 geni ha la mosca. Però, quando noi guardiamo le mosche abbiamo la netta impressione che vi siano poche differenze tra una mosca e un'altra, mentre molta più diversità vediamo tra un essere umano e l'altro. Ora, le mosche fruiscono di una scarsissima epigenetica, per cui possiamo dire che esse sono il prodotto esclusivo dei loro geni, mentre noi umani siamo sì il prodotto dei nostri geni, come è evidente anche per uno psicanalista, ma siamo anche e soprattutto il prodotto dell'epigenetica. Dunque, la neotenia corrisponde ad un bambino molto fragile e vulnerabile, ma al tempo stesso concede un grande spazio all'epigenetica, che dunque apre alle differenze individuali. Si tratta dunque paradossalmente di una soluzione preziosa dal punto di vista dell'evoluzione darwiniana, malgrado il rischio iniziale. A questo proposito, si può azzardare una previsione: se il ventesimo secolo è stato il secolo dello studio della genetica, con una certa probabilità il ventunesimo secolo sarà quello dello studio dell'epigenetica, cioè delle interazioni tra natura e cultura.

Molto collegate a neotenia, epigenesi e diversità, essenziali risultano delle considerazioni di ordine *etico*: occuparsi dei bebè per tutto il lungo tempo in cui sono impegnati a costruirsi, non comporta soltanto la necessità di essere "buoni" con loro. La vera questione è l'impatto su di essi della qualità delle cure precoci, poiché quella qualità si imprimerà psicologicamente e finanche neurologicamente con conseguenze a medio e a lungo termine (Robertson e Bowlby, 1952; Soulé, 1989; Cramer, 1993).

Proseguendo con queste osservazioni, è ben noto l'impatto della precarietà socio-economica sull'organizzazione cerebrale: i bambini che vivono in un ambiente povero e/o poco stimolante, non organizzano il loro SNC alla stregua di quelli più fortunati, con conseguenti notevoli rischi per il loro sviluppo. Ugualmente, dal momento che non tutti possono diventare autistici, se dei bambini portatori di geni di fragilità, che magari non lo sarebbero diventati in altre circostanze, vengono stabilmente confrontati con carenze ambientali e con una forte precarietà, possono evolvere nella direzione dell'autismo (Hochmann, 1990). Ci troviamo anche in tal caso confrontati ad una causalità che possiamo definire epigenetica. Possiamo ricordare, al proposito, quanto osservato negli orfanotrofi della Romania, dopo gli sconvolgimenti politici di qualche anno fa. E fenomeni simili sono stati descritti da grandi clinici del passato, come René Spitz (1961): tutti i bambini ricoverati negli orfanotrofi da lui visitati erano carenzati e deprivati ma "solo" il 30% di loro erano autistici. Il 30% è una percentuale enorme rispetto alla frequenza della stessa patologia nella popolazione generale, ma tuttavia non raggiunge il 100%, il che ci porta ad affermare che le difficoltà

ambientali certamente presenti in quelle, come in altre situazioni, hanno influenzato fortemente l'espressione di eventuali geni di fragilità.

Gli avanzamenti formidabili delle neuroscienze ci mostrano come la qualità delle cure precoci abbia un effetto molto concreto sull'organizzazione psichica (Stoleru e Morales-Huet, 1989). Questo ci dovrebbe portare a far valere le nostre ragioni in quanto professionisti della salute mentale precoce nei confronti dei nostri interlocutori sociali e politici, anche se in ogni caso la qualità delle cure all'infanzia non dovrebbe abbisognare di giustificazioni, trattandosi piuttosto di un vero imperativo categorico. Si dovrebbe poter dire semplicemente che occorre occuparsi bene dei bebè. Tanto meglio se oggi anche le neuroscienze vengono ad appoggiare questa posizione!

L'insistenza sulla neotenia, e quindi sulla dipendenza prolungata del bebè dall'ambiente e dalle cure dei care-givers, non deve tuttavia impedirci di considerare che ogni bebè è anche *coautore* del suo proprio sviluppo (Tardos e David, 1991): sicuramente egli è incompleto, sicuramente è immaturo, ma nostro dovere è anche di lasciarlo fare tutto ciò di cui è capace. L'adulto non dovrebbe assolutamente fare ogni cosa al suo posto, poiché in tal modo rischia di privarlo delle sue possibilità di scoprire le proprie risorse, le proprie competenze e anche di avere il piacere di mettere in gioco sé stesso attraverso le sue prestazioni; non diciamo che il bebè debba fare tutto da solo ma piuttosto vicino ad un adulto, che lo accompagna, che lo sostiene nelle sue scoperte (Stern, 1983) e che gli esprime la sua sorpresa.

Questa visione del bebè come coautore del suo sviluppo è stata centrale anche nell'approccio pedagogico di Maria Montessori e della sua scuola ed è stata anche il fulcro del lavoro sviluppato a Budapest da Emmie Pikler (Tardos e David, 1991). Sia in Italia che in Francia esistono dei gruppi di lavoro che operano in questa direzione.

Un altro punto connesso all'etica è strettamente collegato agli aspetti psicologici che riguardano sul piano individuale gli adulti che si occupano dei bebè. Per poterci occupare correttamente di quanto comporta una nostra responsabilità, sia in quanto genitori che in quanto professionisti, occorre del *rispetto*: etimologicamente *re-spectare* significa "guardare indietro", il che vuol dire che non ci si può occupare dei bebè propri e di quelli degli altri senza ricordare che noi stessi siamo stati bambini. Sicuramente questo comporta più di una riflessione sul bambino che siamo stati o sul bambino che pensiamo di essere stati. Il bambino che siamo stati in realtà è difficile ritrovarlo, a causa dell'amnesia infantile, cioè delle diverse rimozioni cui siamo andati incontro nel tempo. Il bambino che avremmo desiderato essere fa volgere i pensieri verso l'idealizzazione.

E' allora quella del bambino che si teme di essere stati la rappresentazione con cui ciascuno di noi prima o poi tende a confrontarsi. Ciascuno può immaginare, a torto o a ragione, di essere stato un bambino cattivo, deludente, non desiderato, oppure fastidioso. Forse ci sbagliamo, perché tanti anni dopo è difficile sapere ciò che si è stati veramente. E' proprio questo bambino che temiamo di essere stati che spesso ci fa anche optare per una professione a favore dei bambini, come se avessimo il desiderio di aiutare i bambini degli altri a non vivere le difficoltà che noi stessi riteniamo di aver vissuto. Questo bambino che ci portiamo dentro ci può però anche disturbare quando ci occupiamo dei bambini degli altri (come pure dei nostri!), perché se noi proiettiamo continuamente sui bambini degli altri sia i nostri problemi che le nostre ipotesi di soluzione, ci stiamo occupando di noi stessi e non del bambino che abbiamo davanti (Searles, 1979). Se vogliamo invece che quanto appartiene a questo bambino reale possa emergere, dobbiamo far attenzione a non proiettare su di lui i nostri timori. Questo vale soprattutto per coloro che diventeranno pedo-psichiatri, psicologi, educatori o pediatri: quello che ci fa paura di noi stessi ci rende più difficile il nostro lavoro in presenza e a favore dell'altro. Dobbiamo all'incontrario avere almeno un po' di fiducia in noi stessi perché l'altro possa sentirsi libero di esprimere la sua parte personale, senza sentirsi invaso da quanto appartiene solo a noi e più precisamente al nostro passato.

La simbolizzazione come condizione del contenimento psichico

E' ora opportuno che ci soffermiamo brevemente sul processo chiamato di *simbolizzazione primaria*, proprio perché strettamente connesso alla qualità delle cure precoci (Lebovici, 1960). Schematizzando un po', la simbolizzazione primaria si costituisce in presenza dell'oggetto, dell'altro, potremmo dire in presenza della funzione materna, mentre quella secondaria si fa nell'assenza dell'oggetto (Milner, 1990), permettendo in tal modo di pensare all'oggetto assente, grazie alla rappresentazione mentale e al linguaggio (Segal, 1957). Il passaggio dalla simbolizzazione primaria alla secondaria è un continuum a gradiente molto progressivo (Winnicott, 1971). Potremmo dunque dire che l'*attaccamento* si applica di più alla simbolizzazione primaria, in quanto l'attaccamento è centrato sull'oggetto, mentre la psicanalisi è più orientata alla simbolizzazione secondaria, all'assenza dell'oggetto (Green, 1987). Ma anche su questo occorre non operare delle scissioni troppo rigide, perché anche per la teoria psicoanalitica la presenza dell'oggetto ha un ruolo importante: abbiamo tutti presente la frase di Freud "L'oggetto nasce nell'assenza", ma Freud nel suo articolo sulla "Negazione" (Freud S., 1925) ci ammonisce dicendo che se possiamo avere una rappresentazione dell'oggetto assente, questa è possibile solo in quanto prima vi è stato un incontro con l'oggetto, anzi un rapporto buono, soddisfacente, con lo stesso. Egli scrive precisamente: "...l'esistenza della rappresentazione è essa stessa una garanzia della realtà del rappresentato". Freud tuttavia insiste sulla rappresentazione mentale, perché l'incontro con l'oggetto buono è condizione della simbolizzazione primaria e influisce sulla secondaria. Potremmo quindi dire che il linguaggio stesso non cade dal cielo, che anzi tutti i legami primari devono essere prima organizzati adeguatamente affinché il linguaggio possa svilupparsi.

La questione più rilevante nei rapporti del bebè con gli adulti per lui significativi è che si possa creare con loro uno scarto di differenziazione tessendo al tempo stesso dei legami, in modo tale che ci si possa sentire insieme anche se ci si allontana uno dall'altro. Potersi distanziare senza che si crei della violenza, potersi distanziare senza strappare quel che si è tessuto. Dunque la simbolizzazione primaria in presenza dell'oggetto, favorita dalla qualità delle cure precoci, permette un successivo allontanamento senza strappi. René Diatkine, che usava dire delle cose molto profonde con parole molto semplici, così si è espresso in proposito: "perché un giorno un bebè possa pensare alla madre assente, e, cosa ancora più difficile, possa pensare all'assenza stessa, deve prima aver beneficiato di una grande qualità di presenza di funzione materna". Questa funzione materna è il primo contenitore che permette la simbolizzazione primaria. Il bambino deve prima interiorizzare questa funzione contenitiva per poterla far funzionare dentro di sé, essere cioè in grado di auto-contenersi. A partire da questo momento, egli potrà allontanarsi dalla madre e la madre potrà allontanarsi da lui, senza che il bambino si senta non-contenuto. C'è quindi tutto un lavoro di contenimento che si sviluppa progressivamente a partire dall'interno. Aggiungeva Diatkine che c'è un momento essenziale nella vita del bebè: intorno al 6° - 7° mese il bebè pensa "se la mamma non è qui, la mamma è da qualche altra parte". Piaget, da parte sua e con le sue parole, parlava di permanenza dell'oggetto. "Se mia mamma non è qui..." - questo pensiero dà avvio ad una storia possibile, è un abbozzo di legame. Quando si è adulti, pensare che colui o colei che si ama è da un'altra parte non rassicura affatto, ma il passaggio dalla simbolizzazione primaria alla secondaria - dunque durante l'infanzia - non si gioca a tre, ma a due. In questo caso la fiducia nell'oggetto è sufficientemente rassicurante.

Psichiatria perinatale e genitorialità contemporanea: l'ambiente storico-sociale e la medicina perinatale

Il concepimento, la gestazione, la nascita e il primo divenire di ogni nuovo essere umano che per tanti aspetti, come abbiamo visto, è fortemente *prematuro* per una vita autonoma e quindi dipendente, sono stati

da sempre, come si può ancor oggi cogliere, contrassegnati da condizioni di aleatorietà, di rischio e anche, non raramente, di vero e proprio pregiudizio per le stesse condizioni di esistenza di ciascuno degli attori.

Infatti, da un lato i potenziali e poi effettivi genitori e dall'altro il figlio, sono consegnati dalla biologia e dalla società ad un singolare duplice e talora tragico destino: di essere cioè reciprocamente all'origine della loro specifica condizione (di genitori e di figlio) sul piano fisiologico, psicologico e sociale (Winnicott, 1965) e, di conseguenza, anche fattori potenziali di un'evoluzione sfavorevole, o almeno complicata (Fraiberg, 1975; Aulagnier, 1975).

I riferimenti all'esperienza storica della medicina dedicata alla gravidanza, alla nascita (Marcé, 1858) e alla prima infanzia (Robertson e Bowlby, 1952), come d'altra parte la ricorrenza dei miti e delle favole che raccontano le vicende tragiche connesse alla produzione e alla crescita di un figlio, accompagnano la riflessione odierna su quel che in molti casi "non va" durante l'attesa (Manzano, 1998), l'arrivo (Mazet e Lebovici, 1988) e il primo sviluppo di un figlio (Marty, 1976), particolarmente sul piano fisico (Spock, 1944; Salbreux, 1995; Swec e Abdominical, 2000; Missonnier e Boige, 1999; Debray, 2000) e psichico (Soulé, 1966) del bambino stesso. Coinvolgendo, secondo un movimento a spirale, ciascun elemento della triade, con effetti dunque anche a carico dei genitori, soprattutto per quanto attiene alla loro organizzazione psichica (Winnicott, 1958; Winnicott, 1990).

Questi aspetti, connessi alle reciproche interazioni all'interno della triade, emergono sempre più nettamente man mano che sono state ridimensionate o debellate le principali cause di morbilità organica riguardanti sia il piccolo bambino che la gravida e la neo-madre durante e dopo il travaglio, anche se un numero ancora apparentemente incompressibile di eventi luttuosi lega strettamente l'arrivo di una nuova vita alla scomparsa della madre o del piccolo neonato (Lebovici e Mazet, 1996).

L'esperienza della genitorialità tende inoltre ad assumere nella nostra epoca delle caratteristiche che appaiono molto particolari a chi è stato figlio e poi genitore in un altro secolo e che come clinico abbia attraversato le specifiche vicende della medicina e della società negli ultimi decenni.

Infatti, le tradizionali problematiche che i futuri e poi neo-genitori incontravano durante la gravidanza, il parto e i primi tempi di vita del / col loro figlio (Wallon, 1925) sono rese attualmente ancora più complesse da alcuni fenomeni sociali e culturali che il nostro mondo occidentale affronta per la prima volta con questa intensità (Palacio-Espasa e Manzano, 1999; Rizzo, 2018), tanto da renderne spesso difficile l'elaborazione e opportuna la riflessione per i singoli e per i gruppi, in particolare tra i professionisti della salute.

Complessivamente, queste si possono riassumere nel nuovo e crescente interesse per la nascita e l'infanzia dei figli (Pontalis, 1986), almeno nell'occidente sviluppato (le condizioni dell'infanzia nelle altre parti del mondo ne costituiscono il paradossale contraltare), ove vengono anche da tempo proposti dei metodi per le cure e le prevenzioni delle relazioni ((MC Donough, 1993): sempre più rari, ricercati e tendenzialmente selezionati, i bambini si portano dietro, ora più che nel passato, un mandato genitoriale e collettivo alla perfezione sui vari piani, fisico e prestazionale; essi vengono dunque sollecitati con grande tensione ad assumere su di sé immagini e competenze idealizzate, mentre una società in rapido cambiamento - ma senza una sufficiente auto-consapevolezza - sa sempre meno proporre valori di riferimento.

Assumono importanza, in questo contesto, specifici fenomeni quali il calo delle nascite (1,3 per ogni donna sono oggi i figli in Italia, poco di più in altri Paesi europei), la frequenza delle nascite premature con le relative conseguenze sui diversi piani ((Druon, 2000), la corsa alle gravidanze medicalmente assistite (PMA), l'elevata prevalenza di famiglie mono-genitoriali fin dalla gravidanza, i fenomeni storico-sociali e migratori con le loro conseguenze sia per i migranti che per i residenti (Moro e Nathan 1995; Moro, 1998) .

Fenomeni tutti resi ancor più ridondanti nei loro effetti a causa dei riflettori dei mezzi di comunicazione di massa puntati appunto sull'argomento "infanzia".

Pensiamo ad esempio alla pervasività mediatica di ogni parziale risultato della ricerca negli ambiti specialistici inerenti la perinatalità nei diversi settori (sui piani sanitario, sociale, del diritto), tra i quali non è secondario lo studio delle relazioni precoci entro la triade, con i rispettivi risvolti psicopatologici (Fivaz, 1987).

Ma pensiamo anche alle recenti, o ancora solo auspiccate, possibilità di interventi diagnostici e terapeutici attuabili grazie alla disponibilità di strumenti tecnologici raffinatissimi: dalle ormai diffuse tecniche ecografiche in 4 D, fino agli interventi chirurgici sul feto e ai progetti di riparazione genica intra-utero.

Attraverso l'influenza esercitata sull'immaginario sia individuale che collettivo, tali fenomeni giungono talvolta a monopolizzare il pensiero delle coppie impegnate nella generazione di un figlio, ampliando le ansie e le preoccupazioni che "da sempre" abitano i futuri genitori.

Così avviene ad esempio per qualcuno che stia aspettando una gravidanza: le ansie sociali sul piano collettivo a proposito del calo della natalità, attivano delle fantasie sull'origine individuale di tale situazione, tra valutazioni centrate sull'ambiente ed idee ipocondriache. Diverse, dunque, dalle ipotesi sociologiche legate alle modificazioni del ruolo della donna e dall'eventuale riduzione del desiderio di maternità, da cui il ritardo dell'età in cui le stesse si avviano.

Inoltre, il tema del controllo individuale e collettivo delle nascite acuisce ed amplifica le fantasie sulle possibili conseguenze delle recenti epocali migrazioni all'interno dei confini nazionali, col progressivo aumento percentuale di bambini di differente etnia (Houzel e Moggio, 2000).

E ancora: le difficoltà di ordine educativo che singoli e coppie oggi incontrano anche come conseguenza del diffuso venir meno del tessuto familiare allargato e spesso anche amicale; la scarsa disponibilità personale verso il figlio attribuita agli onnipresenti impegni (di lavoro e non), ma che ogni singolo genitore può, almeno confusamente, avvertire come legata alle incertezze sulla propria nuova condizione e quindi su ogni scelta da operare rispetto al figlio. Fino alle più profonde riflessioni che in questi anni si stanno conducendo sulla caduta della dimensione stessa di autorità, tradizionalmente attribuita alla funzione paterna, sostenuta all'interno della famiglia tradizionale dalla figura del genitore di sesso maschile (This, 1980).

A nostro parere, i due nuclei di questioni, le prime di ordine prevalentemente tecnico-scientifico e le seconde maggiormente legate alla collocazione psicologica e sociale degli individui, si contendono, a seconda del momento e del luogo, la palma del maggiore interesse nell'accrescere le preoccupazioni genitoriali per quanto "non va" prima, durante e dopo una gravidanza o nei primi tempi di vita di un figlio.

Tali questioni richiamano anche l'opportunità di approfondire in termini teorici e di pratica clinica il campo ormai aperto della "consultazione perinatale", rivolta proprio ai nuclei e ai singoli che si trovano a soffrire, interagendo tra loro, le conseguenze di un punto di fragilità della triade (Watillon-Naveau, 1996; Winnicott, 1990).

E si va anche annunciando, al suo interno, un ambito specifico, quello della "psichiatria fetale" (Bergeret, 1986; Soubieux e Soulé, 2007).

Il feto, i genitori e l'ambiente "interno" bio-psicologico.

Una polemica ha occupato qualche anno fa la stampa medica e non, coinvolgendo, per la diffusione della pratica cui l'argomento si riferisce, strati ampi della popolazione: si tratta dei risultati di una ricerca eseguita negli USA, pubblicata sulla rivista dell'Accademia americana delle scienze, dai quali si ricava che nei topi l'esposizione prolungata del feto agli ultrasuoni può compromettere la normale capacità di migrazione delle cellule nervose appena formate, con la conseguenza, temuta dunque anche per gli umani, di poter sviluppare, a seguito di esposizione a tecniche ecografiche a scopo diagnostico, un'anomala migrazione neuronale e quindi le patologie che vengono a quella associate, e di cui non ci si spiega altrimenti la diffusione.

Nel dibattito che ne è seguito, secondo competenti neurofisiologi, tali risultati non dovrebbero essere interpretati come un allarme nei confronti dell'ecografia in gravidanza, dovendo semmai suggerire un semplice principio di cautela. Si tratterebbe, per esempio, di difendere la popolazione americana da un uso scriteriato e "autosomministrato" degli ecografi. Come si può vedere, dunque, un esempio molto centrale di quanto i media, sollecitati anche da notizie non pertinenti, contribuiscano ad angosciare i pensieri dei futuri genitori, rendendo poco rassicuranti anche le acquisizioni più accreditate.

E si tratta inoltre di un esempio di come una tecnica e una strumentazione introdotte e diffuse per finalità di aiuto essenziale alla diagnosi e alla corretta igiene della gravidanza, porti con sé qualcosa di inquietante, legato all'impudicizia dello sguardo che penetra il corpo materno e soprattutto quella relazione così intima che si sta creando. Si tratta di un affronto che la razionalità tecnologica non esorcizza, e che anzi si specifica attraverso idee di danneggiamento, ora attribuito alla macchina, mentre ciascun genitore rimuove o denega le proprie fantasie di danno del feto che la macchina aiuta momentaneamente ad allontanare, nel momento stesso in cui avvicina all'occhio la figura straniante del figlio in divenire, prima d'ora relegata all'immaginario e alle sue fantasie.

Quanto agli effetti sul feto e sul futuro bambino da parte dell'ambiente fisico e psicologico in cui esso è calato durante la gestazione, a parte l'ovvia constatazione della sua temporanea completa dipendenza dallo stesso sul piano di tutti gli eventi accidentali e traumatici, ne sono state riscontrate conseguenze anche nelle età successive:

importanti sono stati al proposito gli studi con cui Barker ha dimostrato sul piano epidemiologico come i figli nati con basso peso da madri esposte a prolungata carenza alimentare durante la 2a guerra mondiale in Olanda abbiano in età adulta sviluppato in percentuale significativamente più elevata della media delle malattie come il diabete, l'ipertensione e altri problemi cardiocircolatori, come se l'esposizione a quantità limitate di nutrienti avesse modificato, oltre che la loro crescita intrauterina, anche le basi genetiche del loro metabolismo (epigenetica!). Una riprova di tale fenomeno, che avrebbe alla sua base proprio una *modificazione epigenetica del DNA dei linfociti T dei figli*, resi metilati a seguito di un particolare stress sofferto dalle madri in gravidanza, è stata ottenuta attraverso un'importante ricerca effettuata in Canada dal farmacologo Moshe Szyf della McGill University: i figli di 140 donne che si trovarono incinte nel corso di una tempesta artica che distrusse la rete elettrica, lasciando le persone al buio e al freddo per settimane, presentavano un'elevata percentuale di danno di 957 geni connessi al metabolismo e al sistema immunitario, con rischio più elevato della media dei coetanei di incorrere in asma, diabete e obesità (Venerdì di Repubblica, 24.10.14).

Numerose sono attualmente le osservazioni che mettono in rapporto un comportamento alimentare o una specifica carenza nella dieta della madre (non solo i classici folati per la presenza della spina bifida, ma ad es. della vit. E per la comparsa dell'asma nel bambino dopo i 5 anni), come pure abitudini giudicate incongrue, come ad es. il fumo per quanto riguarda il basso peso alla nascita, fino alla cannabis, che sperimentata sulle femmine di topo, renderebbe più difficile il concepimento e la prosecuzione della gravidanza.

Ma anche il genitore maschio, che era rimasto fino ad ora indenne da tali considerazioni, riceve attualmente delle attenzioni: quando egli supera i 35 anni, secondo una recente ricerca, si triplicherebbe il rischio di aborto spontaneo (rispetto ai genitori maschi minori di 25 anni).

Altro elemento che viene sempre più all'attenzione è la percentuale sempre più elevata di parti prematuri (almeno il 10% del totale dei parti), attribuiti ad una serie di motivi, tra cui lo "stress" della madre nell'ultimo trimestre.

Tra genitori e figlio: l'ambiente "esterno" e il sintomo.

Da considerare particolarmente è quella parte dell'"ambiente" rappresentata dal contesto genitoriale. Nell'interesse dei clinici, assumono sempre maggiore importanza i disturbi dell'umore della madre, e particolarmente d'ansia durante la gravidanza (Marcé, 1858; Kristeva, 1987; Manzano, 1998; Mazet, 1990), capaci di interferire, come pure i disturbi di personalità materni (Danon et alii, 2001) con l'andamento complessivo del soggetto e di prefigurare la successiva condizione materna di depressione del post-partum, un elemento ritrovato frequentemente in associazione con disturbi del piccolo bambino, quando questi ad esempio nel primo anno di vita sviluppa dei disturbi delle funzioni fisiologiche, sonno o alimentazione (Kreisler, 1987; Kreisler, 2000; Benchetrit, 2000; Daws, 1999; Houzel, Soulé, Kreisler, Benoit, 1977; Carey, 1984; Golse, 2000). Nelle nostre considerazioni di ordine etiologico, noi consideriamo l'importanza di questo fattore, certamente però non esclusivo e unidirezionale, nel determinismo di disturbi del bebè, e comunque nell'ambito di una valutazione che deve in ogni caso risultare multifattoriale e mai aprioristicamente mono-causale. Nella considerazione che si è data a questi disturbi materni dell'umore, c'è chi ha particolarmente sottolineato le particolarità e le differenze che li caratterizzano, mettendoli proprio in rapporto alla genitorialità e al genere di conflitti che tale condizione produce (Cramer, 1993). Infatti, in molte situazioni che afferiscono ai nostri ambulatori, dopo essere talvolta transitate dagli ostetrici e dai pediatri, ritroviamo nella presentazione clinica e nel racconto dei genitori quegli "scenari della genitorialità" descritti come strettamente collegati alle organizzazioni psicopatologiche che legano l'uno all'altro i componenti della triade e in cui il sintomo collega la nuova famiglia ai nodi irrisolti presenti nelle rappresentazioni che ciascuno dei genitori porta della propria famiglia di origine (Fraiberg, 1977; Debray, 1987; Dayan, 1999).

Scenari tra loro anche molto diversi, legati gli uni a funzionamenti più normo-nevrotici, altri maggiormente narcisistici, con conseguenze diverse sui comportamenti sintomatici del bambino, che giungono fino alla strutturazione di disturbi complessi dello sviluppo. La metodologia e la pratica delle psicoterapie congiunte genitori-figlio è stata formalizzata e sviluppata per affrontare proprio questo genere complesso di situazioni ((Lebovici, 1994; Cramer e Palacio-Espasa, 1994; Klein F., 1994).

L'impatto delle depressioni materne post-natali sulla sincronia polisensoriale del bebè

Abbiamo già detto che quello della perinatalità costituisce un campo relativamente recente, che affronta problemi di salute pubblica molto importanti. Ricordiamo che la perinatalità per i pediatri comprende un periodo molto più breve che per gli operatori *psi*. Quando i pediatri parlano di perinatalità, si riferiscono a un periodo che va da qualche settimana prima del parto a qualche settimana dopo il parto, mentre gli *psi*, quando parlano di perinatalità, pensano ad un periodo che va dal concepimento fino più o meno alla comparsa del linguaggio, dunque un periodo molto più ampio, in accordo con quanto indicano le società scientifiche (la Società "Marcé" che si occupa della perinatalità a partire dallo sguardo sui genitori, mentre la Waimh considera piuttosto il bambino). In ogni caso la perinatalità riguarda sia il periodo prenatale che il periodo postnatale e non concerne solo il bambino, ma anche entrambi i genitori.

Prima di ogni altra considerazione, ricordiamo che ci collochiamo all'interno di un *modello polifattoriale*: quando, cioè, pensiamo alle depressioni della madre, e più in generale quando parliamo della psicopatologia dei genitori, non dovremmo mai pensare a relazioni dirette fra tali condizioni e la situazione psichica del bebè, non potremo cioè mai dire "*la madre è depressa e dunque il bambino è anche lui depressa*", perché in ogni caso occorre almeno tener conto dei terzi.

Quando un bambino soffre in presenza di una psicopatologia materna, questo avviene anche perché i terzi, che avrebbero potuto o dovuto proteggerlo, non sono presenti, oppure non sono stati efficaci. Il ruolo dei terzi è essenziale. Se un bambino presenta un disturbo dell'attaccamento con la propria madre ma arriva ad un attaccamento sicuro con altri adulti, questo fattore risulterà per lui protettivo. Se invece la depressione

materna dura molto tempo e i terzi sono insufficienti, si organizzeranno sicuramente dei disturbi dell'attaccamento e questi, come si è visto molto bene, conducono a difficoltà nella gestione delle proprie emozioni, della propria aggressività, anche a difficoltà cognitive e a disturbi del legame sociale in generale. Difficoltà di apprendimento, come conseguenza di relazioni precocemente alterate, sono state frequentemente osservate, e possono essere comprese sia in termini psicoanalitici che in termini cognitivi: una madre, o anche un padre, costantemente depressi, per il bebè costituisce un enigma che gli fa paura e che egli non ha alcuna voglia di decifrare. Infatti, il desiderio di apprendere è fondato sul desiderio di sapere e in particolare in termini analitici, sul desiderio di sapere cosa c'è dentro la madre.

D'altra parte, anche dal punto di vista cognitivo, gli apprendimenti sono molto collegati al contesto affettivo: le cose che si apprendono in un contesto di gioco sono molto meglio memorizzate di quelle che si apprendono in un contesto di paura, e si può perciò comprendere come questo possa dare l'avvio a difficoltà di apprendimento

In conclusione, può non essere così grave avere una madre depressa, se ci sono intorno altre persone che non lo sono. E inoltre quando si parla di "depressione materna", non è sempre la madre ad essere depressa ma può essere la babysitter, o in generale chi si occupa del bambino, che può avere un impatto negativo sul bebè. Quando si parla di depressione materna, in senso più ampio intendiamo dunque la depressione di chi svolge la funzione materna.

Tutte queste considerazioni ci dovrebbero portare ad evitare l'errore di pensare ad una psicopatologia lineare, ad un'idea cioè di causalità diretta tra psicopatologia dell'adulto e psicopatologia del bambino, cosa che, tra l'altro, potrebbe risultare colpevolizzante per i genitori. Anche quando una madre sta bene, l'assenza del terzo è un problema per il bambino; tanto più, dunque, quando la madre è depressa, o il bambino è depresso, questa assenza non gli fa certo bene. Oggi è ancora molto difficile sapere se egli soffre direttamente della depressione materna o dell'assenza del terzo che avrebbe dovuto proteggerlo. È veramente molto difficile tenere distinti i due fattori.

Si può al proposito ricordare i buonissimi consigli che dava Harold Searles (Searles, 1979): egli diceva che non ci si può occupare bene di un bambino avendo in testa la teoria che tutte le sue disgrazie verrebbero dai genitori. Prima di tutto questo è falso, se noi diamo valore al modello polifattoriale appena ricordato; secondo, anche se ipoteticamente fosse vero, sarebbe nocivo per l'alleanza che va sempre stabilita coi genitori, come per esempio vediamo nel campo dell'autismo; e in più, anche se fosse vero e non fosse nocivo per l'alleanza terapeutica, sarebbe nocivo per il bebè stesso perché tutti i bebè hanno il desiderio o il fantasma di curare i loro genitori (Tisseron, 1985) e se ci si occupa di loro passando loro il messaggio che i loro genitori sono malati, e che tutte le difficoltà derivano da loro, in un secondo tempo sarà il bambino ad auto-colpevolizzarsi, poiché si sentirà di essere stato incapace di curare i suoi genitori.

Dunque vanno tenuti ben presenti questi concetti prudenziali.

La clinica del vuoto

Le depressioni materne rappresentano un capitolo sicuramente molto importante della psicopatologia della genitorialità, ma anche un elemento di un campo molto più ampio.

Al giorno d'oggi le depressioni materne rientrano in quella che è chiamata la *Clinica del vuoto*. Si tratta di un'espressione di cui siamo debitori ad André Green e a Léon Kreisler (Green, 1980; Kreisler, 1992): ciascuno dei due, il primo sul piano psicoanalitico, il secondo sul piano della psicosomatica infantile, ha contribuito con i propri studi clinici alla definizione di questa situazione clinica. Inoltre, per meglio intendere questo concetto, dobbiamo anche tener conto del fatto che le teorie psicoanalitiche sono andate incontro ad importanti sviluppi nel corso del XX° secolo.

La prima metà del XX° secolo ha visto lo sviluppo della teoria freudiana delle pulsioni (Freud S., 1915; Laplanche, 1984), si sono stabiliti i criteri della metapsicologia (Freud, 1915-17). Durante questo periodo dello studio delle pulsioni parziali - orali, anali, falliche - la psicoanalisi si è molto interessata agli orifizi corporei, bocca, ano, orifizi sessuali e i traumi infantili che venivano presi in considerazione erano allora soprattutto dei *traumi per un eccesso* di eccitazione, che debordava le capacità di metabolizzazione da parte dei bambini (vedi le diverse storie di seduzione, di abusi sessuali, ecc...) (Gabel, 1985).

Nella seconda metà del XX° secolo, la scuola kleiniana e postkleiniana (Bion, 1963) hanno un po' decentrato lo sguardo, e la teoria delle pulsioni è stata completata con la teoria delle relazioni d'oggetto (Green, 1990), considerando dunque anche il ruolo dell'altro e non soltanto il ruolo del soggetto, e gli psicoanalisti kleiniani e postkleiniani si sono allora interessati più alla pelle che agli orifizi: basti considerare per esempio i lavori di Esther Bick sui contenitori psichici (Bick, 1964; Bick, 1968) e di Didier Anzieu su "L'io pelle" (Anzieu, 1985; Anzieu, 1989; Anzieu, 1994); inoltre, sono andati nella stessa direzione i lavori di Didier Houzel (Houzel, 1987) e di Geneviève Haag (Haag, 1985; Haag, 1991).

Durante questo secondo periodo ci si è interessati a traumi diversi che non risultavano più da un eccesso di eccitazione, ma piuttosto da un *difetto di eccitazione*, da una mancanza di stimolazione, da una carenza.

E' a questo punto che si fa largo il concetto di *Clinica del vuoto*: da un lato, quindi, abbiamo la teoria delle pulsioni con l'importanza degli orifizi e dell'eccesso di eccitazione e i traumi per troppa eccitazione, mentre, dopo il 1950 circa, prende sempre maggiore spazio la teoria delle relazioni d'oggetto (Lebovici, 1960) in cui assumono importanza la pelle e i contenitori, con i relativi traumi per difetto di eccitazione. Possiamo anche aggiungere che non c'è una vera e propria scissione tra questi due aspetti, perché un bambino che è confrontato con una carenza ambientale subisce certamente un trauma per difetto, ma viene a soffrire anche di un difetto del suo sistema di protezione contro l'eccitazione, quindi è mal protetto nei confronti di ogni eccitazione che può venire dall'esterno, da fuori di sé. Possiamo sintetizzare, dicendo che una carenza materna non fornisce dunque al bambino un buon sistema di para-eccitazione rispetto all'eccitazione esterna.

La clinica delle depressioni materne post-natali

L'argomento "depressioni materne" è sicuramente importante, ma occorre anche relativizzare le cose. Bisogna precisare un paio di questioni: da un paio di decenni c'è un grande interesse intorno a questo tema, determinando una sorta di effetto di fascinazione, a tal punto che la relativa letteratura è cresciuta esponenzialmente. L'ipotesi, allora, è che questo fenomeno sia legato all'aumento del desiderio di autonomizzazione, come se per tutti, ricercatori e clinici, diventar grandi significasse lasciare i propri genitori. E per tanti bambini diventar grandi significa anche sentirsi molto colpevolizzati perché comporta andarsene: forse allora risulta consolatorio pensare che non siamo noi a lasciare i nostri genitori andandocene, ma che invece sono stati loro a lasciarci e ad abbandonarci, proprio in quanto sono depressi. E' sicuramente meno colpevolizzante essere lasciati piuttosto che essere coloro che lasciano.

A proposito delle depressioni e dei traumi per difetto, bisognerebbe cioè fare lo stesso lavoro che Freud ha fatto a proposito dei traumi per eccesso di stimolazione. Egli aveva dapprima considerato che tutte le storie di abuso sessuale che ascoltava fossero delle storie reali, storicamente vere, mentre solo in un secondo tempo è passato alla teoria del trauma immaginario, per arrivare, ancora più tardi, a considerare valide le due ipotesi, sia del trauma reale che di quello immaginario. Oggi, a proposito delle depressioni materne, ogni volta che se ne parla, ci si comporta come se si trattasse di qualcosa di reale e di storico, mentre in realtà può esistere nel bambino un fantasma della depressione materna, a fronte di una madre

che magari non si era effettivamente depressa, perché, come dicevamo, è più facile, diventando grande e quindi autonomo, pensare che è stata lei a lasciarci.

Sul piano didattico, abbiamo ormai la consuetudine, seguendo la classificazione del collega statunitense Charles Zeanah (Zeanah, 1993), di distinguere i disturbi materni della post-natalità in tre grandi entità.

1. Incontriamo dapprima i *postpartum blues*, che non rappresentano una vera patologia, quanto piuttosto un fenomeno para-fisiologico, che in tutte le culture del mondo riguarda tra il 60% e il 75% delle donne che hanno avuto un bambino; si tratta di un breve periodo depressivo che può durare qualche ora o qualche giorno, facendo seguito al parto. In seconda, terza o quarta giornata la madre può sentirsi inquieta, talvolta anche molto triste, sentendosi incompetente nelle cure materne: avverte la paura di non arrivare a occuparsi del suo bambino e durante un giorno o due può presentare delle oscillazioni piuttosto importanti dell'umore. Ci sono dunque blues tristi ma anche dei blues eccitati, ipomaniacali.

Sarah Bydlowski ha dedicato un lavoro di tesi molto importante a questa questione: secondo i risultati della sua ampia ricerca, le situazioni che si riveleranno più preoccupanti sono quelle in cui le madri non presentano un blues, anzi proprio l'assenza di blues, perché probabilmente il blues ha una funzione. Il bebè esce dal corpo della madre e in un momento successivo la madre fa il lutto della gravidanza, mentre contemporaneamente va incontro anche ad una fase endocrinologicamente molto complessa, denominata "tempesta dopaminergica", che va a marcare anche la fine della gravidanza psicologica nella madre, contrassegnata appunto da questo periodo "depressivo". Importante anche ricordare che il blues è sì normale, ma un blues troppo precoce, troppo intenso o troppo prolungato può costituire un segnale per reperire le donne che rischiano di sviluppare una vera depressione materna post-natale qualche tempo dopo.

Attualmente le donne escono molto presto dal reparto di ostetricia, dopo un giorno e mezzo o due dall'ingresso, mentre in passato il tempo dell'ospedalizzazione era molto più lungo; di conseguenza, il personale del reparto ospedaliero rischia di non avere la possibilità di osservare il blues, perché appunto oggi il blues si presenta quando la madre è già tornata a casa; quindi occorre trovare il modo per andare a trovare la mamma a domicilio tra il terzo e il quinto giorno dopo il parto, per poter individuare le donne a rischio di vera depressione materna.

Questa dunque è la prima categoria: non si tratta di una patologia ma di un momento clinico importante e che richiede di essere osservato.

2. La seconda categoria è rappresentata dalle vere e proprie depressioni materne, che sono più tardive, con un massimo di frequenza alla sesta settimana del periodo post-partum. Sono noti i lavori storici di Dean Murrey e la scala di Cox, l'EPDS (Scala di Edinburgo della Depressione Postnatale): si tratta di un metodo per reperire le donne a rischio, non di una scala diagnostica, dunque, ma di una scala per valutare il rischio.

La depressione materna postnatale colpisce dal 15% al 20% delle donne, e comporta quindi un enorme problema di salute pubblica (Guédénay N., 2001), perché giustamente anche i neonati possono risentire di questa depressione materna, la cui frequenza sale fino al 50% in caso di nascita di gemelli e al 60% dei casi di parto trigemino, ora più frequente che in passato a causa delle gravidanze medicalmente assistite (PMA). Farsi carico di queste ultime situazioni per i genitori è molto complicato se non dispongono di aiuti sufficienti, perché in mancanza di validi aiuti i genitori sono perennemente stanchi, e ancor più vivono intensamente il timore di abbandonare un figlio per occuparsi dell'altro, ciò che induce un'auto-colpevolizzazione.

Queste depressioni materne postnatali possono prendere aspetti diversi: possono presentare un *rallentamento* psichico (Widlocher, 1983) oppure un'eccitazione, possono anche essere associate a *fobie d'impulso* che molto difficilmente la madre è in condizione di esprimere per farsi aiutare, perché la fobia d'impulso prende l'aspetto della paura di far del male al proprio bambino, ciò che sul piano socioculturale molto difficilmente può essere accettato. In ogni caso, qualsiasi sia la loro forma prevalente, queste

depressioni materne postnatali sono spesso molto dolorose perché sono miste, narcisistiche e oggettuali: narcisistiche perché sono centrate sulla *vergogna*, vergogna di essere tristi quando quello presente dovrebbe essere un periodo di felicità, e oggettuali perché sono centrate sul *senso di colpa* della madre che può pensare che è per colpa sua che non riesce ad essere felice. La vergogna e la colpa arrivano a essere molto intricate tra loro: la madre non osa parlarne a nessuno, perché si vergogna di sentirsi colpevole, si sente colpevole di essere vergognosa e dunque tutto gira in tondo come in un circolo vizioso. Si vede qui come il ruolo dei terzi è essenziale: il padre per primo, certo, ma anche la nonna e, a seconda dell'organizzazione sociale, potrebbe anche essere il gruppo delle donne, cioè quelle componenti della vita e della psichiatria comunitaria che si stanno perdendo nella nostra società occidentale.

3. La terza grande categoria delle problematiche psichiche materne del post-partum è rappresentata dalle cosiddette *psicosi puerperali* (Morisseau, Chardeau, 2001; Racamier, 1961), per fortuna molto più rare, un caso circa ogni mille gravidanze circa. Queste pongono seri problemi di presa in carico perché anche in caso di psicosi puerperale bisognerebbe disporre delle condizioni per tenere insieme mamma e bambino in un dispositivo sicuro. Questo non è affatto facile perché allo scopo occorrerebbero delle unità madre-bambino (Durand, 1996) che in Francia non sono affatto numerose e in Italia non sono mai state create. Bisogna, inoltre, ricordare che una donna che abbia sviluppato una psicosi puerperale ha un rischio su due (50%) di sviluppare un episodio simile in occasione della gravidanza successiva; evidentemente, si tratta di donne che vanno seguite molto attentamente nel corso delle gravidanze successive.

A questi quadri si sono poi aggiunte anche le descrizioni di depressioni prenatali (Manzano, 1998), che possono coinvolgere la madre come anche il padre, delle quali ancora poco si conosce l'impatto sul feto.

Come dicevamo più sopra, le depressioni materne postnatali confrontano il bambino a quella che può essere considerata una carenza qualitativa. La madre c'è, non c'è dunque una reale assenza materna, ma la madre è presa nella sua depressione, arriva magari ad occuparsi del figlio ma le loro interazioni non sono così vive e calorose come potrebbero essere, sono, potremmo dire, meccaniche, tendenzialmente operatorie. La madre non è sufficientemente accessibile psichicamente. Mary Ainsworth, che ha descritto la "Strange situation" nella relazione madre-bambino (Ainsworth e Wittig, 1969), ha proposto anche di distinguere le carenze quantitative e qualitative: le carenze quantitative portano ai quadri clinici di cui hanno parlato Spitz e Bolwby negli anni '50, quando il bambino è stato separato di fatto dal suo ambiente normale a causa della guerra, perché collocato altrove, o perché allontanato per la morte dei genitori.

Lo studio delle carenze qualitative è invece più recente (Tronick, 1978) e corrisponde dunque alle situazioni in cui la madre c'è, non esistendo un'effettiva separazione ma, al tempo stesso, ella non è disponibile psichicamente e i suoi sostituti sono insufficienti. Il quadro clinico nel bebè è molto meno drammatico di quelli descritti da Spitz e Bolwby: presenta un nucleo sintomatico che bisogna conoscere ma che è più discreto, potremmo definirlo un quadro in negativo. Talvolta la serie carenziale e la serie autistica si toccano: una madre molto depressa e in assenza del terzo non riesce più ad aiutare il bambino verso la sincronizzazione; non è questo certamente che lo rende autistico, ma certamente lo ostacola nel suo accesso all'intersoggettività.

E quando è depresso il neonato? I quattro segni clinici.

I grandi segni di questo quadro clinico vanno certo conosciuti, ma quel che conta è che bisogna interiormente essere capaci di vederli, perché è molto facile resistere all'idea che un bambino possa essere depresso: infatti, non è sufficiente conoscerli se non si è intimamente convinti che un bambino così piccolo possa soffrire e stare molto male psichicamente, altrimenti non si vedranno i segni e non si capirà il bambino.

Sono quattro i segni clinici della depressione del bebè (Marcelli, 1996):

1. Il primo segno clinico è la mancanza di tono psichico del bebè, quel che potremmo giustappunto chiamare la "de-pressione", la *caduta di pressione della pulsione di vita*. Noi possiamo vedere un bebè inerte, un po' triste, un po' apatico, che non mostra alcun piacere a funzionare, che sembra non provi alcun interesse a esplorare. I bambini piccoli depressi non giocano, talvolta anzi rompono i loro giocattoli quando sono un po' più grandi. Quando prevale questa atonia psichica, gli autoerotismi sono molto deboli, il bebè non mostra piacere a esplorare il suo corpo, a scoprire il suo corpo quando è nudo; le masturbazioni primarie, come ad esempio succhiarsi il dito, sono inesistenti.

2. Il secondo segno, che accompagna il primo, è il *ritiro interattivo*. Sono bambini che non mostrano alcuna voglia di stabilire un contatto. Il bebè che sta bene ha molto potere su di noi, ci mette voglia di metterci a giocare con lui, è capace di avviare una relazione ed è anche capace di staccarsi lui stesso dalla relazione, un bebè che sta bene fa il clown, sorride, imita l'adulto. In questo caso invece il bebè è ritirato. È importante qui ricordare che non tutti i ritiri sono autistici: ci sono certamente i ritiri autistici, ma ci sono anche questi ritiri depressivi, come pure ci sono dei ritiri per dolore. I pediatri sanno bene che quando un bambino ha male fisicamente può mettersi in ritiro come per proteggersi dal dolore. E ci sono anche i ritiri dei bambini solo stanchi.

Cosa ci può far pensare più ad un ritiro autistico piuttosto che ad un ritiro depressivo? Poiché sul piano descrittivo un ritiro rimane comunque un ritiro, la differenza non si nota tanto a livello del bambino, quanto piuttosto a livello di ciò che noi stessi sentiamo. Un ritiro che si rivelerà piuttosto autistico ci tiene distanti, non ci fa avvertire il desiderio di andare a cercare il bambino, è semmai un ritiro che tende ad annullare la nostra esistenza, mentre un ritiro depressivo - paradossalmente - è un ritiro che ci richiama, che ci induce il desiderio di andare a cercare il bambino là dove si trova perché lo sentiamo solo e triste.

3. Il terzo segno è il *rallentamento psicomotorio*: i bambini in questa situazione non sono facilmente stimolabili. Quando gli presentiamo un oggetto che dovrebbe interessarli per la sua forma o per il suo colore, vediamo un bambino che guarda l'oggetto, che magari abbozza un gesto verso l'oggetto, ma un gesto molle, un gesto lento, un gesto che spesso anche si arresta prima di prendere l'oggetto, un gesto ripetitivo e interrotto, piuttosto lento soprattutto a livello delle spalle. Se il bambino arriva comunque a prendere l'oggetto, dopo lo manipolerà più o meno normalmente.

Infatti, il rallentamento concerne soprattutto la radice degli arti, meno le estremità degli arti, a differenza del rallentamento dei bebè malati che sono completamente rallentati. È questa una differenza tra un rallentamentoastenico e un rallentamento depressivo.

4. Il quarto e ultimo segno, dopo la mancanza di tono psichico, il ritiro e il rallentamento, sono i *disturbi funzionali*, che in passato venivano chiamati disturbi psicosomatici: l'insonnia, l'agitazione, le coliche, tutta una serie di segni corporei, come ad esempio i disturbi alimentari; anche in questo caso dobbiamo interrogarci su quello che noi stessi sentiamo dinanzi a questi bambini (Houzel, 1997). La domanda è, di fronte a questi diversi segni: sentiamo che il bambino sta facendo appello all'altro, come se la madre non fosse più come prima, o fosse depressa e lui in qualche modo cerca di curarla, di rianimarla? Ci troveremo allora di fronte a quello che chiamiamo il *bebè terapeuta*, che anche Freud è stato in rapporto a sua madre: Freud aveva 18 mesi quando suo fratello Julius è morto e sicuramente il piccolo Sigmund ha dovuto con grande difficoltà rianimare sua madre. Le nostre radici professionali possono dunque essere molto precoci, anche se non tutti i figli di madri depresse diventano dei Freud, bisogna tenerlo ben presente!

Queste turbe funzionali possono costituire dei segni di appello, di richiamo, dei segnali di lotta ma se le cose durano troppo a lungo senza che il bambino arrivi a curare sua madre, va a finire che il bambino si stanca e rinuncia e allora egli può lasciar andare tutto, può non farcela più, farsi prendere dalla rinuncia.

La pratica clinica col bebè

Bisogna ricordare che quando si osservano i bebè e in particolare i bebè di genitori in difficoltà e più particolarmente ancora i figli di madri depresse, la nostra pratica clinica deve essere molto *finemente descrittiva*, bisogna essere in grado di guardare con molta cura tutto ciò che il bebè ci mostra con il suo corpo e il suo comportamento, dal momento che non possiede ancora le parole (Marcelli, 1992; Golse, 2001).

La pratica clinica, inoltre, deve essere anche *interattiva*, bisogna cioè saper osservare il bambino ma ancor più occorre rendersi capaci di entrare in relazione con lui, per esempio, se vogliamo renderci conto se un ritiro è più di ordine depressivo od autistico.

La nostra pratica clinica deve essere anche *contro-transferale* (Lebovici, 1984), dobbiamo cioè saper prendere in considerazione anche tutto ciò che noi avvertiamo, non soltanto dunque solo quello che vediamo dal lato del bambino ma anche quello che sentiamo in noi stessi, come abbiamo ricordato più sopra.

E infine deve essere anche una clinica in grado di *ricostruire la storia* del disturbo: abbiamo, ad esempio, l'impressione che il bambino sia ancora nello stadio di voler aiutare, di salvare sua madre? O si trova piuttosto nella situazione in cui sta rinunciando e si sta rinchiudendo in sé stesso?

Queste piste di riflessione sono state tutte esposte in maniera illustrativa in un articolo celebre di André Green che s'intitola "*Il complesso della madre morta*" (Green, 1980) che fa parte del suo testo "*Narcisismo di vita, narcisismo di morte*" in cui egli mostra tutti i meccanismi di difesa che un bebè può mettere in opera per lottare contro la depressione materna e non deprimersi lui stesso a specchio. Sono questi dei meccanismi psichicamente molto costosi che Green ha ritrovato negli adulti nell'ambito della cura analitica, ma che Léon Kreisler aveva a sua volta individuato come pediatra nel suo rapporto diretto di cura dei bambini.

Interazioni madre-bambino e polisensorialità

Ci siamo dunque fin qui occupati della clinica delle depressioni materne e delle eventuali ripercussioni cliniche sul bambino, ma questo può anche aiutarci a riflettere su cosa più in generale passi tra madre e figlio, e di cosa il bambino soffra veramente, quando soffre. E forse bisognerebbe fare una differenza tra i casi in cui la madre si deprime dopo essere stata prima in buona salute, e i casi in cui la madre, o qualche altro della famiglia che svolga le funzioni materne, era depressa da tempo. Se la madre dapprima funzionava normalmente e si deprime dopo qualche settimana o mese dalla nascita, capiamo bene che il bambino avverte un cambiamento, una perdita di qualcosa, la perdita di un piacere interattivo. Se il bambino ha conosciuto sua madre fin dall'inizio con questa difficoltà, per lui ne deriverà una difficoltà allo sviluppo, mentre la condizione in cui le madri diventano depresse comporterà differenti difficoltà.

Può risultare più istruttivo pensare al caso in cui la madre è depressa da tempo, perché se la madre è stata sempre depressa, è così che il neonato la conosce. Possiamo chiederci cosa allora lo faccia soffrire in questa situazione.

A questo punto possiamo utilizzare qualche modello interessante.

Per introdurre la questione porteremo una citazione di André Breton, scrittore surrealista autore di un libro intitolato "*L'amore folle*" (Breton, 1974), in cui egli descrive l'amore fra adulti con una frase molto poetica: "l'amore folle alla fine è questo: mi ero perduto a me stesso e tu sei venuta a darmi mie notizie".

Qualcuno che viene a darci delle notizie di noi stessi è vero che lo si può amare di un amore folle, ed è per questo che la relazione madre-bambino è paragonabile ad un amore folle. Il bambino, quando tutto va bene e la madre non è depressa, potrebbe dire "io non mi sono ancora ritrovato, e già tu vieni a darmi notizie di me stesso", e che cosa potrebbe significare "darmi notizie"? E' ciò che potremmo chiamare la "funzione dello specchio". Potremmo dire, con Winnicott, che il viso della madre funziona come specchio per il bambino, il bambino guarda la madre che, quando sta bene, lo guarda, mentre quando la madre sta male, lui guarda la madre per tenerla in vita attraverso lo sguardo.

In seguito abbiamo avuto in proposito i contributi di Stern (Stern, 1983), con la sua nozione di *sintonizzazione affettiva*. Egli ci dice bene che tramite la sintonizzazione affettiva ciascuno rinvia all'altro delle risposte a specchio ai segnali che riceve: il bambino invia un segnale interattivo alla madre che gli rinvierà una risposta, *unimodale o transmodale*, più o meno forte, immediata o differita, comparabile a quella che il bambino le ha inviato. È questo che possiamo chiamare uno specchio interattivo.

Se la madre è depressa o diversamente disturbata, le sue risposte non saranno più corrispondenti ai segnali del figlio, e così il bambino non potrà essere re-informato dalla madre dei segnali che lui stesso le ha mandato; normalmente il bambino non è cosciente dei propri segnali, ma prende coscienza dei suoi segnali a partire dalle risposte della madre. Se la madre è depressa le risposte che lei gli dà non sono più adeguate, e quindi non costituiscono più delle informazioni per il bebè - la madre non gli dà più delle "sue notizie" - e le sue radici narcisistiche risultano *fragilizzate*: è allora quello che René Roussillon chiama un *oggetto deludente*, deludente perché non rinvia più al bambino delle informazioni vive su lui stesso.

In "Lutto e melanconia" di Freud troviamo questa frase ben nota: "*l'ombra dell'oggetto è caduta sull'io*" (Abraham, Torok, 1972), un caso classico di perdita melanconica dell'oggetto. Secondo lo stesso processo, *l'oggetto deludente* di Roussillon è come un oggetto melancoliforme per il bambino, non rinvia più segnali, non lo riflette più, e di conseguenza il bambino si trova nell'ombra. Potremmo dire, parafrasando Freud, che *l'ombra della madre depressa ricade sul bambino*.

Quindi abbiamo convocato Winnicott, Stern, Roussillon ma noi ora possiamo procedere anche considerando la questione della sincronizzazione polisensoriale: abbiamo buone ragioni di pensare, sia sul piano psicoanalitico che neuroscientifico, che per accedere adeguatamente alla funzione dell'*intersoggettività* bisogna prima essere in grado di percepire l'oggetto attraverso diversi canali sensoriali contemporaneamente; non tramite un solo canale sensoriale, dunque, ma due, tre o più canali.

Se noi fossimo paradossalmente in grado di percepire un oggetto attraverso un solo canale sensoriale, forse non potremmo neppure sentirlo come esterno a noi. È quanto Donald Meltzer aveva descritto a proposito dell'allattamento, quando sosteneva che quello dell'allattamento è un momento in cui il bebè ha la possibilità di mettere insieme tutto quello che viene dalla madre: il gusto, l'odore del latte, il calore della madre, l'espressione del volto, la voce della madre, il ritmo di come viene portato in braccio. Durante questi momenti interattivi molto forti, grazie ai suoi processi di attenzione, il bebè riesce a tenere insieme tutti questi flussi sensoriali e in tal modo egli comincia a sentire che tutte queste sue impressioni sensoriali gli provengono da un solo punto che gli è esterno. I cognitivisti hanno a loro volta confermato queste osservazioni, utilizzando nei loro studi degli oggetti materiali.

Si pensi allora ai bambini autistici, quando escono dalla condizione autistica e cominciano a scoprire degli oggetti del loro ambiente: sono allora presi da un sorta di inquietudine, di disturbo, nel momento stesso in cui escono dalla chiusura autistica, e a quel punto si ripiegano nelle stereotipie mono-sensoriali come per incollarsi occhio a occhio al terapeuta o al genitore; come se nel momento in cui scoprono l'oggetto, dovessero rapidamente difendersi e annullarne l'esteriorità richiudendosi in una stereotipia mono-sensoriale. A questo punto tutto l'impegno del terapeuta va nella direzione di mantenere la poli-sensorialità. Sosteniamo dunque l'idea che l'accesso all'*intersoggettività* prevede la scoperta dell'oggetto come esterno a sé, a condizione di poterlo percepire attraverso diversi canali sensoriali contemporaneamente.

I termini linguistici non sono ovviamente gli stessi per gli psicoanalisti e per i cognitivisti, ma l'idea è la stessa: mettere insieme i flussi sensoriali, ma per poter metterli insieme bisogna che questi diversi flussi sensoriali siano più o meno sincroni. Un flusso sensoriale non è qualcosa di fisso, è qualcosa che si modula nel tempo, per esempio con le nostre palpebre noi moduliamo i nostri flussi visivi e anche qui vediamo come i bambini autistici si colpiscono gli occhi determinando una *segmentazione patologica* del flusso visivo. I bambini molto *carenzati* si chiudono le orecchie in maniera stereotipata e anche questa operazione determina una segmentazione patologica del flusso uditivo.

Quindi possiamo concludere che il bambino ha delle sue capacità di sincronizzazione, ma l'adulto deve essere sufficientemente sincronizzante. Se Winnicott visse oggi, forse direbbe che una buona madre è una *madre sufficientemente sincronizzante*, formulazione molto meno poetica delle sue ma forse più in accordo con le attuali cognizioni. Si può dunque ben intendere come una madre o un padre depressi o psicotici non riescano ad aiutare il bambino a sincronizzare i flussi.

In tutte le culture conosciute, in Europa, in Africa come in America, esistono dei giochi mimici e sonori tra madre e bambino che mettono insieme mani e voci nella composizione di semplici canzoncine ritmiche che i genitori, le madri in particolare, cantano ripetutamente al loro piccolo. Se si vuole cantare al proprio bambino queste canzoncine, prima di tutto non bisogna essere troppo depressi: poi, istintivamente, ci si avvicina al bambino ad una distanza di circa 30/40 centimetri tra i due volti, che è più o meno la distanza tra i volti di madre e bambino durante l'allattamento al seno (ma anche al biberon); è questa anche la distanza a cui la vista del bebè accomoda meglio; poi, anche se si sa cantare male, si fa procedere ugualmente secondo un ritmo sincrono il movimento delle mani, la voce e la mimica facciale, mantenendo lo sguardo diretto sul volto del piccolo. Quando si fa questo, in effetti si produce una "ginnastica" del lobo temporale superiore del bebè, perché è lì – ma non nel caso dei bambini autistici – che si mettono insieme i movimenti delle mani, la mimica, i gesti e la voce e dunque questa sincronizzazione che si offre al bambino e che lo aiuta ad andare verso l'intersoggettività, e prima ancora verso la scoperta che l'oggetto gli è esterno.

Bibliografia

- ABRAHAM N., TOROK M. (1972), « Introjecter-Incorporer. Deuil ou mélancolie », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 6, 111-122.
- AINSWORTH M.D. WITTIG B.A. (1969), « Attachment and exploration behavior of one-year-olds in a strange situation », in Foss B.M. (éd.), *Determinants of infant behavior*, vol. 4, Londres, Methuen, 111-136.
- ANZIEU D. (1985), *L'io-pelle*, Borla, Roma.
- ANZIEU A. (1989), « De la chair au verbe », in Anzieu D. (sous la dir. de), *Psychanalyse et Langage : Du corps à la parole*, Paris, Dunod, coll. « Inconscient et Culture », 103-131.
- ANZIEU D. (1994), *Dall'io-pelle all'io-pensante*, Borla, Roma.
- AULAGNIER P. (1975), *La violenza dell'interpretazione. Dal pittogramma all'enunciato*, Borla, Roma.
- BAILEY N. (1969), *Manual for the Bailey Scales of Infant Development*, New York, The Psychological Corporation.
- BENCHETRIT B. (2000), « Le reflux gastro-œsophagien », *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 621-623.
- BÉNONY H. (1998), *Le développement de l'enfant et ses psychopathologies*, Paris, Nathan.
- BERGERET J. (1986), *Psicologia patologica*, Masson, Milano.
- BERGÈS J. (1995), « Du tonus et de la motricité dans l'examen de l'enfant » in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, t. 1.

- BICK., E. (1964), « Notes on infant observation in psychoanalytic training », *Int. J. Psychoanal.*, 45, 558-566. Trad. fr. par Alcorn D., « Remarques sur l'observation des bébés dans la formation des analystes », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1992, 12, 14-35.
- BICK. E. (1968), « The experience of the skin in early object-relations », *Int. J. Psycho-Anal.*, 49, 484-486. Trad. fr par Haag G. et al., in Meltzer D. et al., *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot, 1980, 240-244.
- BION W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma.
- BION W.R. (1963), *Gli elementi della Psicoanalisi*, Armando, Roma..
- BION W.R. (1965), *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance*, Paris, PUF, 1982 (1^{re} éd.).
- BOWLBY J. (1969), *Attaccamento e perdita*, Vol. 1, Bollati Boringhieri, Torino.
- BOWLBY J. (1973), *Attaccamento e perdita*, Vol. 2, *La separazione, angoscia e collera*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BOWLBY J. (1980), *Attaccamento e perdita*, Vol. 3, *Perdita, tristezza e depressione*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BRAZELTON T. B. (1983), « Échelle d'évaluation du comportement néonatal », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 31, 2-3, 61-96.
- BRUNER J.S. (1983), *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire*, Paris, PUF.
- BRUNET O., LÉZINE I. (1951), *Le développement psychologique de la première enfance*, Paris, PUF.
- BYDŁOWSKI M., CALMUS C-H. (1988), « La recherche psychanalytique dans une maternité hospitalière », *Psychosomatique*, 14, 19-30.
- CAREY W.B. (1984), « « Colic ». Primary Excessive Crying as an Infant Environment Interaction », *Pediatr. Clinic. North Amer.*, 5, 993-1005.
- CHEVRIE-MULLER C., NARBONA J. (1996), *Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques*, Paris, Masson, 27-42.
- CRAMER B. (1985), « Le post-partum, opportunité pour la prévention des troubles psychiques », *Médecine et Hygiène*, 43, 1852-1856.
- CRAMER B. (1993), « Are post-partum depressions a mother-infant relationship disorder ? », *Infant Mental health Journal*, 14, 4, 283-297.
- CRAMER B. et PALACIO-ESPASA F. (1993), *La psicoterapia madre-bambino –Metodologia e studi clinici* Raffaello Cortina, Milano
- CRAMER B. et PALACIO-ESPASA F. (1994), « Les bébés font-ils un transfert ? Réponse à Serge Lebovici », *La Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII, 2, 429-441.
- DANON G. et al. (2001), « Maternal Borderline Personality Disorder, motherhood, and mother-infant interaction », *Archives of Women's Mental Health*, vol 3-4.
- DAYAN J. (1999), « Abord psychothérapique en psychiatrie périnatale : modalités offertes par la psychiatrie de liaison. Interventions psychologiques en périnatalité », in Guédénéy A., Allilaire J.F. (sous la dir. de), *Médecine et Psychothérapie*, Paris, Masson, 105-118.
- DAWS D. (1999), *Les enfants qui ne dorment pas la nuit*, Paris, Payot, coll. « Désir », 1999.
- DEBRAY R. (1987), *Bébés/mères en révolte. Traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces*, Paris, Le Centurion, coll. « Païdos ».

- DEBRAY R. (2000), « Les coliques idiopathiques », *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 127-128.
- DOLTO F. (1984), *L'immagine inconscia del corpo*, Bompiani, Milano.
- DURAND B. (1996), « Les unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant en France : des structures expérimentales ? » in Dugnat, *Troubles relationnels père-mère/bébé. Quels soins ?* Toulouse, Erès, 169-177.
- DRUON C. (2000), « La prématurité », *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 523-525.
- FERRARI P. (1999), *L'autisme infantile*, Paris, PUF, « Que sais-je ? ».
- FIVAZ E. (1987), « Les microprocessus dans le dialogue précoce mère-bébé », *La Psychiatrie de l'enfant*, XXX, 1.
- FRAIBERG S. (1975), « Fantômes dans la chambre d'enfants », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1983, XXVI, 1, 57-98.
- FRAIBERG S. (1977), *Insights from the blind*, New York, Basic Books.
- FREUD A., BURLINGHAM D. (1942), *War and children*, New York, International Universities Press, 1943.
- FREUD S., Breuer J. (1895), *Studi sull'isteri*, Boringhieri, Torino.
- FREUD S. (1905), *Tre saggi sulla teoria della sessualità*, Boringhieri, Torino .
- FREUD S. (1915), « Pulsioni e loro destini », Boringhieri, Torino.
- FREUD S. (1915-17), *Introduzione alla psicoanalisi*, Boringhieri, Torino.
- FREUD S. (1925), *La negazione*, Boringhieri, Torino.
- FREUD S., (1926), *Inibizione, sintomo e angoscia*, Boringhieri, Torino.
- FRITH U. (1992), *L'énigme de l'autisme*, Paris, Editions O. Jacob, coll. « Sciences humaines ».
- GABEL M. (1985), « Définir la maltraitance : limites des études épidémiologiques » in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, t. 2 (2^e éd. 1995).
- GESELL A. et al. (1949), *Gesell developmental schedules*, NY, Psychological Corporation.
- GOLSE B. et BURSZTEJN C. (sous la dir. de) (1990), *Il dire: tra corpo e linguaggio*, Trad. it. a cura di Rizzo L., Masson, 1995.
- GOLSE B. (1998), « Attachement, modèles internes opérants ou comment ne pas jeter l'eau du bain avec le bébé ? » in Braconnier A., Sipos J. (sous la dir. de), *Le bébé et les interactions précoces*, Paris, PUF, coll. « Monographies de psychopathologie », 149-165.
- GOLSE B. (1998), « Du corporel au psychique », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 23, 113-119.
- GOLSE B. (1999), « L'attachement entre théorie des pulsions et théorie de la relation d'objet », *Le Carnet-Psy*, 48, 16-18.
- GOLSE B. (2000), « La naissance et l'organisation de la pensée », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 26, 23-28.
- GOLSE B. (2001), « Emotions, affects, représentations, interactions et périnatalité », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 29, 47-63.
- GOLSE B., DURAND B. (2002), « Révision CFTMEA : Proposition pour le bébé (0 à 3 ans), Axe I bébé (Compléments de l'Axe I général) », *Ann. Méd. Psychol.*, 160, 220-223.

- GOLSE B., RIZZO L. (2003), «La Psichiatria perinatale : prospettive, acquisizioni e problemi aperti », *Imago* , vol. X, n.4.
- GOLSE B. (2008), *L'essere Bebè*, Raffaello Cortina, Milano.
- GOLSE B., RIZZO L., "NEOTENIA, EPIGENETICA, LIVELLI PRIMARI DELLA SIMBOLIZZAZIONE ED IMPLICAZIONI ETICHE PER GLI ADULTI. L'impatto delle depressioni materne post-natali sulla sincronia polisensoriale del bebè", in *Il futuro dei primi mille giorni di vita*, a cura di Imbasciati A. e Cena L., FrancoAngeli, Milano, 2018.
- GREEN A. (1990), « Introduction et conclusions du Colloque de la SPP : La psychanalyse : questions pour demain (UNESCO, Paris, 14-15 janvier 1989) », *Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF (1^{re} éd.), « Du tiers », 9-16 et « De la tiercéité », 243-277.
- GREEN A. (1980) « La madre morta », *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*, Borla, Roma.
- GREEN A. (1987), « La représentation de chose entre pulsion et langage », *Psychanalyse à l'Université*, 12, 47, 357-372.
- GUÉDENEY A. (1999), Classification et Psychopathologie : Intérêt du « Zero to Three », *Bulletin du groupe WAIMH-Francophone*, vol. 6, n° 2, 3-14.
- GUÉDENEY N. (2001), « Les dépressions du post-partum : sémiologie et diagnostic », in Guédénéy A., Allilaire J.F. (sous la dir. de), *Interventions psychologiques en périnatalité*, Paris, Masson, Médecine et Psychothérapie, 73-87.
- HAAG G. (1985), « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 33, 2-3, 107-114.
- HAAG G. (1991), « Nature de quelques identifications dans l'image du corps. Hypothèses », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 10, 73-92.
- HOCHMANN J. (1990), « L'autisme infantile : déficit ou défense ? », *Soigner, éduquer l'enfant autiste ?* Paris, Masson, 33-55.
- HOUZEL D., SOULÉ M., KREISLER L., BENOIT O. (1977), *Les troubles du sommeil de l'enfant*, Paris, Expansion Scientifique.
- HOUZEL D. (1987), « Le concept d'enveloppe psychique » , in Anzieu D. et al., *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 23-54.
- HOUZEL D. (1997), « Le bébé et son action sur l'équipe », *Devenir*, 1997, 9, 2, 7-19.
- HOUZEL D., MOGGIO F. (2000), « Ethnopsychiatrie », *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.
- KAES R. (1993), « Introductione : Il soggetto dell'eredità», in Kaes R. et al., *Transmissione della vita psichica tra le generazioni*, Borla, Roma.
- KANNER L. (1942), « Autistic disturbances of affective contact », *Nervous Child*, 1942-43, 3, 2, 217-230.
- KLEIN F. (1994), « À propos des thérapies conjointes mère-bébé chez des mères séropositives », *Devenir*, 3, 27-51.
- KREISLER L., FAIN M., SOULÉ M. (1974), *Il bambino e il suo corpo*, Astrolabio.
- KREISLER L. (1982), « Le bébé du désordre psychosomatique », in Soulé et al., *La dynamique du nourrisson*, Paris, ESF, 84-101.
- KREISLER L. (1987), *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat.
- KREISLER L. (1992), « Les origines de la dépression essentielle - La lignée dépressive », *Revue Française de Psychosomatique*, 2, 163-185.

- KREISLER L. (2000), « L'anorexie du bébé », *Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant de l'adolescent*, Paris, PUF, 50-51.
- KRISTEVA J. (1987), *Sole nero - Depressione e melanconia*, Donzelli.
- LAPLANCHE J. (1984), « La pulsion et son objet-source : son destin dans le transfert », in ouvrage collectif, *La pulsion, pour quoi faire ?* Débats, Documents, Recherches de l'Association Psychanalytique de France, Paris, 9-24.
- LAPLANCHE J. (1986), « De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée », *Études Freudiennes*, 27, 7-25.
- LAZNIK-PENOT M.C. (1992), « Du ratage de l'instauration de l'image du corps au ratage de l'installation du circuit pulsionnel ; quand l'aliénation fait défaut », in Actes de la Fondation Européenne pour la Psychanalyse, *La clinique de l'autisme, son enseignement psychanalytique*, Paris, Point Hors Ligne, 107-125.
- LAZNIK-PENOT M.C. (1999), « Discussion critique du CHAT (Test pour le dépistage de l'autisme chez les enfants de moins de 18 mois) », *Bulletin du Groupe WAIMH-Francophone*, 6, 1, 14-15.
- LEBOVICI S. (1960), « La relation objectale chez l'enfant », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1960, VIII, 1, 147-226.
- LEBOVICI S. (1994), « Empathie et « enactment » dans le travail de contre transfert », *Revue Française de Psychanalyse*, LVIII, 5, 1551-1561.
- LEBOVICI S. (1994), « La pratique des psychothérapies mères-bébés par Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa », *La Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII, 2, 415-427.
- LEBOVICI S., MAZET P (1996), *Mort subite du nourrisson : un deuil impossible ?* Paris, PUF.
- MALE P., DOUMIC-GIRARD A., BENHAMOU F. et SCHOTT M.-C. (1975), *Psychothérapie du premier âge*, Paris, PUF (1^{re} éd.).
- MC DONOUGH S.C. (1993), « Interaction guidance : understanding and treating early infant care-giver relationship disorders », in Zeanah C. (ed.), *Handbook of Infant Mental health*, NY, Guilford Press, 414-426.
- MANZANO J. (1998), « De la psychopathologie du post-partum à la psychopathologie du pré-partum », in Mazet P., Lebovici S. (sous la dir. de), *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF, 131-139.
- MARCÉ L-V. (1858), *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales se rattachant à ce sujet*, Paris, Baillière et fils.
- MARCELLI D. (1992), « Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson », *Psychiatrie de l'enfant*, XXV, 1, 57-82.
- MARCELLI D. (1996), « La dépression chez l'enfant », in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, t. II.
- MARTY P. (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot.
- MAZET P., LEBOVICI S. (1988), *Psychiatrie Périnatale – Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie*, Paris, PUF (1^{re} éd.).
- MAZET P. et al. (1990), « Bébés et mères déprimées », *Devenir*, 1, 4, 71-80.
- MELTZER D. et al (1980), *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot.

- MELTZER D. *et al* (1986), « Conférence du 17 novembre 1985 à Paris », *Bulletin du GERPEN* (Groupe d'Etudes et de Recherches Psychanalytiques pour le développement de l'Enfant et du Nourrisson), 5, 44-49.
- MERLEAU-PONTY M. (1960), *Signes*, Paris, Gallimard.
- MILNER M. (1990), « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole - Les concepts psychanalytiques sur les deux fonctions du symbole », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 8 (« Rêves, jeux, dessins »), 244-278.
- MISES R., QUEMADA N., GOLSE B. *et al.* (2002), « Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R-2000 », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50, 1, 1-24.
- MISES R., QUEMADA N. (2002), *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. R 2000*, Paris, CTNERHI.
- MISSONNIER S., BOIGE N. (1999), « Je régurgite donc je suis », *Devenir*, 11, n° 3, 51-84.
- MORO M.R., NATHAN T. (1995), « Ethnopsychiatrie de l'enfant », *in* Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, t. 1.
- MORO M.R. (1998), *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris, Dunod.
- MORISSEAU L., CHARDEAU P. (2001), « Les psychoses puerpérales. Interventions psychologiques en périnatalité », *in* Guédénéy A., Allilaire J.F. (sous la dir. de), *Médecine et Psychothérapie*, Paris, Masson, 119-129.
- PALACIO-ESPASA F., MANZANO J. (1999), *Scenari della genitorialità*, Raffaello Cortina, Milano.
- PIERREHUMBERT B. (2003), *Le premier lien, Théorie de l'attachement*, Paris, O. Jacob.
- PIAGET J. (1959), *La nascita dell'intelligenza nel bambino*, La Nuova Italia.
- PONTALIS J.B. (1986), *L'amour des commencements*, Paris, Gallimard.
- SEGAL H. (1957), « Notes on symbol formation », *Int. J. Psycho-Anal*, 37, 6, 391-397.
- RACAMIER P.C. *et al.* (1961), « La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum », *L'évolution psychiatrique*, 26, 525-570.
- RIZZO L., *Introduzione a "Il dire: tra corpo e linguaggio"* di B. Golse e C. Bursztejn, Masson ed., 1995.
- RIZZO L. (2012) *Introduzione a «La Pédopsychiatrie de liaison. L'hôpital Necker au quotidien»*, Canoui P., Golse B., Seguret S., Erès, Paris.
- RIZZO L., "Nuove famiglie, nuovi figli. Considerazioni in tema di organizzazione psichica e di psicopatologia", in attesa di pubblicazione a cura di Imbasciati A. e Cena L.
- ROBERTSON J., BOWLBY J. (1952), « Responses of young children to separation from their mothers », *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 2, 131-142.
- SALBREUX R. (1995), « Hypotonies », *in* Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, t. III.
- SAMI-ALI. (1977), *Corps réel, corps imaginaire - Pour une épistémologie psychanalytique*, Paris, Dunod.
- SEARLES H. (1979), *Il contro-transfert*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Soubieux M.J., Soulé M., *La Psichiatria Fetale* (ed. a cura di Rizzo L.), Franco Angeli, Milano, 2007.
- SOULÉ M. (1966), « Le mérycisme du nourrisson », *Rev. franç. Psychan.*, 30, 735-743.
- SOULÉ *et al.* (1989), « Le travail préventif auprès de la famille en faveur du très jeune enfant », *in* Lebovici S., Weil-Halpern, *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF.

- SPITZ R. (1958), *Dalla nascita alla parola - Il primo anno di vita del bambino*, Giunti.
- SPITZ R. (1961), « The psychogenic diseases in infancy », *Psychoan. Study Child*, 6, 255-275.
- SPOCK B. (1944), « Etiological factors in hypertrophic pyloric stenosis and infantile colic », *Psychosom. Med.*, 6, 162-165.
- STERN D.N. (1983), « Micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson », *La Psychiatrie de l'enfant*, XXVI, 1, 193-216.
- STERN D.N. (1989), *Il Mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- STERN D.N. (1995), *La costellazione materna*, Bollati Boringhieri, Torino.
- STOLERU S., MORALES-HUET M. (1989), *Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples*, Paris, PUF.
- SWEC G., & ADOMNICAL I. (2000), « Eczéma », *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 223-224.
- TARDOS A., DAVID M. (1991), « De la valeur de l'activité libre du bébé dans l'élaboration du Self - Résultats et discussions de quelques recherches de l'Institut Emmi Pikler à Budapest, Hongrie », *Devenir*, 3, 4, 9-33.
- THIS B. (1980), *Le père : acte de naissance*, Paris, Le Seuil.
- TISSERON S. (1985), « Le patient-parent et le thérapeute-enfant. A propos de quelques difficultés thérapeutiques et de leur interprétation », *L'Évolution Psychiatrique*, 50, 1, 173-185.
- TRONICK E. *et al.* (1978), « The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction », *Journal of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- TUSTIN F. (1986), *Gli stati autistici nel bambino*, Armando.
- WALLON H. (1925), *L'enfant turbulent*, Paris, Alcan.
- WALLON H. (1970), *De l'acte à la pensée*, Paris, Flammarion.
- WATILLON-NAVEAU A. (1996), « Essais d'élaboration théorique des thérapies conjointes : Magie ou Psychanalyse », *Revue de Psychanalyse Belge*, 28, 51-65.
- WIDLÖCHER D. (1983), *Les logiques de la dépression*, Paris, Fayard.
- WINNICOTT D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli.
- WINNICOTT D.W. (1965), *Processus de maturation chez l'enfant* Paris, Payot, 1970 (1^{re} éd.).
- WINNICOTT D.W. (1971), *Gioco e realtà*, Armando.
- WINNICOTT D.W. (1971), *La consultazione terapeutica col bambino*, Armando.
- WINNICOTT D.W. (1990), *La natura umana*, Raffaello Cortina.
- ZEANAH C. (ed.), (1993) *Handbook of Infant Mental health*, NY, Guilford Press, 414-426.