

Ritmi di contenimento

Centro Studi Martha Harris Settembre 2024 Study Day

Copyright Jeanne Magagna

Oggi mi esprimerò con la voce ed *in identificazione con un bambino pretermine che riesce a comunicare i propri bisogni solo in modo non verbale*. A momenti alterni, sarò anche la voce del *Paladino del Bambino pretermine* nel tentativo di incoraggiare chiunque a prendere molto sul serio i primissimi giorni, settimane e mesi di vita che hanno un impatto ENORME sulla sopravvivenza del neonato prematuro. E' mia opinione che la presente ricerca indichi in modo definitivo che l'inizio della vita in terapia intensiva neonatale **ne delinea il resto della vita che verrà!** Di seguito inizierò a inframezzare la comunicazione non verbale del NEONATO PREMATURO da me messa in parole con la voce del suo PALADINO. Per sanitari, intendo qualunque membro dell'equipe di Terapia intensiva neonatale.



La voce del neonato pretermine

Sono un neonato, nato per essere amato e per amare. Il problema ora è che sono nato prematuro. Sapete che il 20% dei neonati ricoverati in Terapia intensiva neonatale sviluppano tratti autistici ed altre psicopatologie più in là nella vita? Ma perché?

Com'è possibile creare una **Comunità di interesse** tra i membri dell'equipe di terapia intensiva ed i miei genitori che mi aiuterà a non sviluppare quelle difese psicopatologiche che ostacoleranno la mia capacità di instaurare amorevoli relazioni di intimità con la mia famiglia ed i miei amici per tutto il resto della vita? Come mi potete aiutare ad evitare di usare quelle difese che ostacoleranno la mia capacità di sopportare la frustrazione dell'imparare? Se sono nato per l'amore, per amare ed essere amato, allora è necessario trasformare la Terapia intensiva affinché la mia esperienza lì favorisca in modo esplicito l'amore, l'attaccamento sicuro e fidato nei confronti dei miei genitori ed il senso di sicurezza. Mi sentirò più sicuro se durante il mio ricovero farete tutto il possibile per aiutare i miei genitori a stare con me ed a capirmi. Inoltre, mi sentirò molto più al sicuro se, quando all'ospedale avrò solo pochi infermieri chiave che impareranno personalmente come sono con i miei genitori e come loro sono con me.

La voce del Paladino del neonato pretermine

Un neonato gravemente prematuro necessita la presenza di genitori il più pronti possibile a rispondere ai suoi bisogni. E' utile incoraggiare ed insegnare ai genitori ad occuparsi fisicamente di tutte le procedure che si possano insegnare loro in sicurezza, come allattarlo, cambiarlo, monitorarlo, massaggiarlo e fare qualunque cosa si sentano e siano in grado di fare. Più i genitori si sentono parte dell'equipe di terapia intensiva, toccando, nutrendo, massaggiando, osservando e capendo il loro bambino, nonché aiutandolo a sopravvivere, e più si sentiranno intimamente legati a lui! L'intima e frequente interazione con il prematuro rafforzerà il suo desiderio di vivere! So bene a livello personale cosa aiuta le persone a vivere. Fin dall'iniziale nascita prematura, fa bene ai genitori osservare i punti di forza unici del proprio figlio nonché le sue difficoltà.

Il ruolo dei professionisti

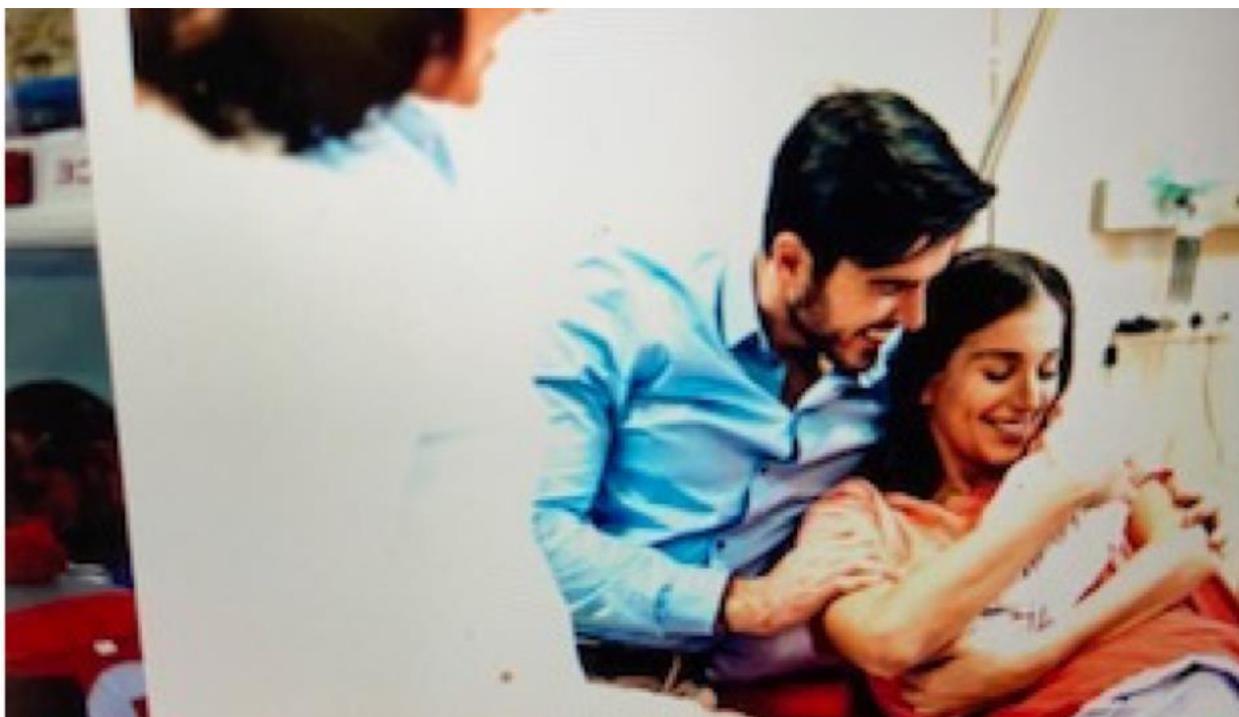
Uno dei migliori servizi pediatrici a me noti si trova presso l'Ospedale Italiano di Buenos Aires dove la D.ssa Monica Cardenal, psicoanalista del bambino, aiuta l'equipe pediatrica a studiare il Metodo di Osservazione del neonato secondo Esther Bick (Berta e Torchia: 1998). Tutti i membri dell'equipe pediatrica imparano ad osservare l'interazione reciproca tra genitore-neonato-sanitario nei minimi dettagli allo scopo di valutare cosa favorisca lo sviluppo del neonato e quali aspetti dell'interazione clinico-genitore-neonato debba essere modificata per fornire un buon contenimento dei sentimenti dei presenti. E' solo imparando ad osservare i più piccoli dettagli delle reciproche interazioni clinico-genitore-neonato che il sanitario può favorire la capacità del genitore di entrare in sintonia con un neonato meno fisicamente integrato, meno sano e meno responsivo. Il neonato pretermine reagisce facilmente in modo eccessivo agli input ambientali, si stressa ed è sovra stimolato più facilmente e richiede una strutturazione e delle tecniche più sintoniche. I genitori inoltre hanno bisogno di scoprire come interagire con il bambino facilmente disorganizzato. Beatrice Beebe (2014) e Doherty and Beebe (2016) nei video di *YouTube* e nei libri di Beebe consentono al sanitario di aiutare i genitori ad osservare le relazioni reciproche con il proprio bambino. L'intervento terapeutico del sanitario come ad esempio *parlare direttamente al bambino in maternese* dell'esperienza del neonato stesso nonché *parlare al genitore in identificazione con il neonato* di quanto osservato e di cosa si sta facendo o si sta per fare al bambino, può facilitare una benefica relazione intima di fiducia tra il neonato ed i genitori ed il sanitario (Salomonsson: 2014) Ad esempio, l'adulto osservante, in identificazione con il bambino potrebbe dire, 'Oh, mamma, che bello che mi guardi e mi parli .. vedi..sì che mi piace!"

Oppure, 'Mamma, basta latte ora, sono stanco!"

Un problema è che il genitore può diventare iperattivo quando il bambino distoglie lo sguardo. Inoltre il bambino pretermine dorme molto ed un genitore può diventare intrusivo quando non riceve messaggi e feed back adeguati dallo stesso. Per questo motivo la madre ed il padre hanno bisogno di aiuto ad osservare ed a identificarsi con l'esperienza del bambino nonché a cercare di dare senso al suo comportamento. Ciò aiuta i genitori a rallentare e *seguire il bambino* piuttosto che essere intrusivi. A quel punto, il neonato sarà più in grado di mantenere il contatto visivo con la madre o con il padre piuttosto che evitarlo.

Inoltre, è importante coinvolgere **entrambi il padre e la madre** nel creare *la culla della coppia per il proprio bambino interiore* incoraggiandoli entrambi ad ascoltare i sentimenti

profondi dell'uno e dell'altro (Magagna: 2014). Concentrarsi sull'aiutare la madre ed il padre a sopportare l'uno le emozioni dell'altro li aiuterà ad essere empatici e profondamente responsivi all'esperienza del loro piccolo.



Occorre che uno genitore o un parente stia con il bambino prematuro il più umanamente possibile. Ciò significa aiutare i genitori a creare una **comunità di interesse** intorno a loro per aiutarli ad accudire il proprio bambino in modo costante, responsivo e sintonico. Inoltre, i genitori hanno bisogno di molto sostegno per cogliere ed annotare i progressi del proprio bambino ed aiutarsi l'un l'altro a sopportare la delusione quando non li vedono. La Neuropsichiatra e psicoterapeuta Romana Negri (1994) in *Il neonato in terapia intensiva* descrive quanto sia utile che i sanitari incontrino regolarmente i genitori al lato dell'incubatrice fin dai primissimi giorni di vita ed è fautrice dell'osservazione settimanale del neonato. Il compito della Prof.ssa Negri è di incoraggiare l'identificazione profonda dei genitori con il neonato. Inoltre cerca di essere emotivamente recettiva per tutto ciò che provano i genitori rispetto all'esperienza del proprio bambino. Formatasi al metodo osservativo con Martha Harris (1986), la Prof.ssa Negri sostiene in modo sensibile i genitori ad osservare il proprio figlio, parlargli ed esprimere a lui o a lei e l'un l'altro i propri sentimenti di amore, senso di colpa, paura di voler bene al bambino per l'ansia di morte per lo stesso, la pena per non aver avuto il bambino idealizzato ancora in utero, la rabbia quando sentono che le cose non vanno bene e la gioia quando il bambino mostra interesse nei loro confronti e riesce ad attaccarsi al seno. La disponibilità emotiva dei sanitari è così cruciale! Solo una profonda disponibilità ad accogliere i sentimenti dei genitori consente

l'accettazione piuttosto che la cancellazione degli aspetti tragici del neonato prematuro. Se i sanitari offrono un **contenimento piatto**, l'elaborazione del lutto da parte dei genitori sarà bloccato perché il piccolo non è nelle loro braccia a casa, ma piuttosto in incubatrice.

TRE MODALITÀ' DI RISPOSTA DEI SANITARI AI SENTIMENTI DEI GENITORI

Il contenimento da parte dei sanitari dei sentimenti dei genitori può essere piatto, convesso e concavo. (Briggs, S: 1997).

Contenimento piatto:

- Semplicemente rassicurare i genitori dicendo che andrà tutto bene e di non preoccuparsi troppo.
- Descrivere in modo intellettuale la condizione in cui versa il neonato piuttosto che provare empatia per quel che provano i genitori all'ascoltare il responso medico ed partecipano all'accudimento del bambino.
- Ignorare quando un genitore percepisce intuitivamente la comunicazione dal neonato.

Contenimento convesso:

- Dare un senso alle eccessivamente copiose lacrime, all'eccessiva ansia della madre e criticarla per vedere solo gli aspetti negativi nello sviluppo del piccolo.
- Il **Contenimento convesso** potrebbe anche includere 'frettolosità e rassicurazione eccessive', un tono eccessivamente predicatorio e controllante piuttosto che osservare e capire assieme ai genitori.
- oppure far passare possibilità catastrofiche spingendo i genitori ad essere troppo preoccupati per tutto ciò che potrebbe andare male per il bambino.

Contenimento concavo

- Osservare con sensibilità l'interazione reciproca tra genitori e piccolo.
- e parlare con loro dei segni di fiducioso ingaggio tra neonato e genitori stessi.
- soportare i sentimenti dei genitori legati al figlio bambino che non sta bene, non è

sviluppato ed è incapace all'inizio di attaccarsi al seno.

In particolare, i sanitari della Terapia intensiva devono essere emotivamente recettivi ed accettare:

- la grande paura dei genitori di attaccarsi al bambino perché ne temono la morte.
- il loro celato senso di repulsione perché il bambino non è 'normale' e
- la grandissima delusione e pena provate perché il piccolo non può essere preso in braccio e allattato normalmente ed invece è in Terapia intensiva.
- il senso di sopraffazione e persino il trauma legato all'arrivo di uno o di due gemellini prematuri.

Il feedback dei genitori: il valore di una regolare osservazione/discussione con i sanitari

I genitori indicano di sentirsi 'estremamente grati' per il supporto dato loro in questo momento di vulnerabilità nella vita e trovano 'di grande aiuto' osservare il bambino con il medico e condividere sia le proprie osservazioni che quelle empatiche del medico. Un genitore ha detto: "In particolare, incoraggiarmi a toccare il mio bambino è stato uno dei fattori più importanti di supporto e metaforici per me. Quando mio figlio sembrava "perduto", ho sentito ed ancora sento che c'erano e ci sono ancora 'fori' attraverso cui lo posso raggiungere '(Fedunina: 2024)



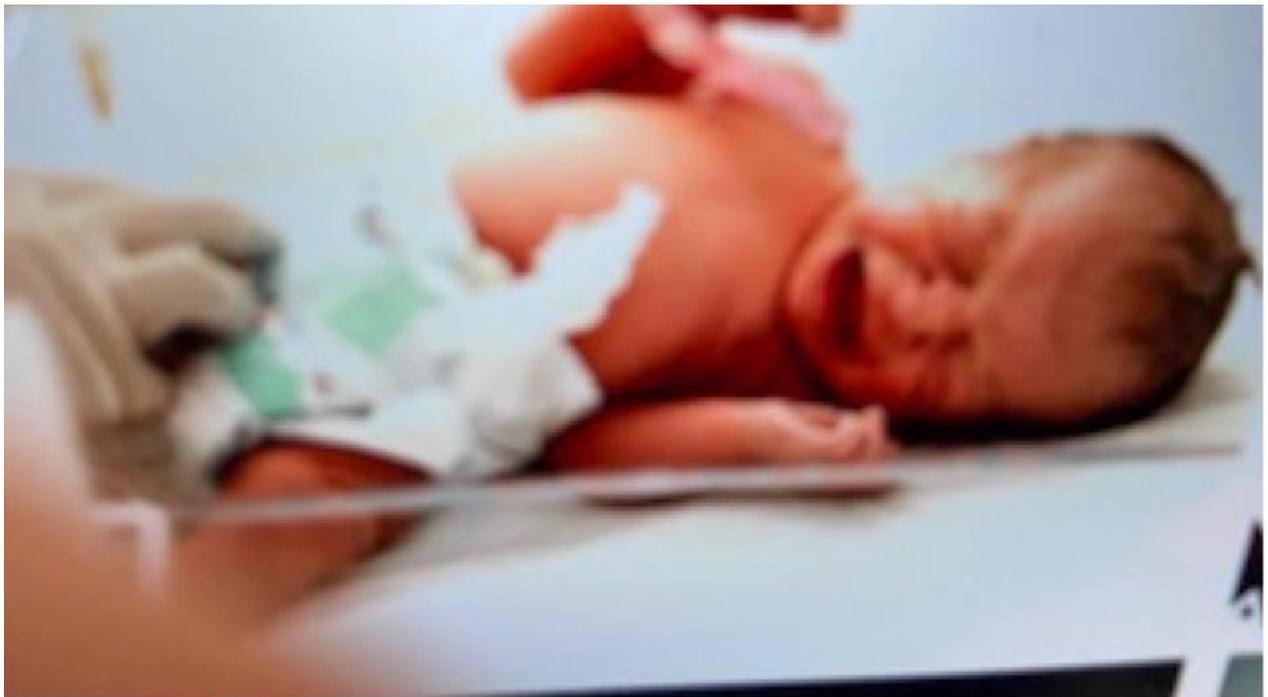
Un altro genitore: 'Avere qualcuno che aiuti a creare uno spazio per mio figlio, a pensare a lui, a fantasticare sulla nostra relazione mi ha aiutato tanto. La Kangaroo care comporta

benefici fisiologici, cognitivi ed emotivi a lungo termine e mi sento privilegiato ad essere riuscito a instaurare presto un legame con mio figlio, tenendolo pelle a pelle.'



Reclutare la capacità e la disponibilità dei genitori ad accogliere il bambino con responsivi ed utili *'ritmi di reciprocità'* promuove un migliore sviluppo cognitivo, fisico ed emotivo a lungo termine nel neonato ed è particolarmente importante per i neogenitori bisognosi di incoraggiamento allo scopo di scoprire e sviluppare la propria maternità e paternità interna. Dopo lo shock di un parto prematuro d'emergenza, può essere difficile per la madre rispondere al piccolo prematuro in modo amorevole e sintonico, quando invece sono proprio l'amore e la sintonia che lo tengono in vita!!!

LA VOCE DEL NEONATO PRETERMINE SUL SUO PIANTO



L'attrezzatura medica può dirti come mi batte il cuore e come respiro nonché i miei segni vitali, ma io non so parlare e quindi ti posso dire come mi sento solo attraverso i movimenti del corpo, delle mani, l'espressione del volto ed il diverso pianto. Certo a volte, ho così tanti tubicini che non riesco neanche a piangere e quindi per piacere imparo a guardarmi l'espressione del viso se sto bene o sono infastidito ed osservami i movimenti delle mani e delle dita ed anche delle gambine rilassate o tese. Cerca di capire il significato dei miei gesti, dei miei movimenti e del mio pianto. Io sono io, diverso da tutti gli altri ed ho bisogno che tu capisca come i miei sentimenti, la mia specifica personalità è riflessa con segnali non verbali sul viso e sul corpo e rispondi ad essi il meglio che puoi! Una mamma che parla al proprio bambino in *motherese*, con una prosodia acuta e melodica, riconosce che il bambino ha una mente. Per piacere mamma, papà, infermieri, parlatemi a prescindere da come io stia, perché mi aiuterà a lottare per la vita! Ecco alcuni segnali di come mi sento:



Le manine:

Anche se non piango, posso comunque essere afflitto e non usare per niente le manine. Quando inizio a lottare per la vita, stringo forte le dita a pugno e cerco di 'tenermi insieme' dal punto di vista emotivo e fisico (Bick:1968). Lo faccio quando sono spaventato e non sento di potermi fidare che la mamma o chi mi accudisce mi protegga e mi faccia sentire al sicuro. Sono importanti le mie manine per me perché mi aiutano a proteggere ed ad occuparmi di me stesso. Le uso anche per tenermi agli oggetti. Le uso per mettermi in bocca il pollice o per invitarti a stare con me! Per piacere non me le coprire che mi servono per sopravvivere!!!

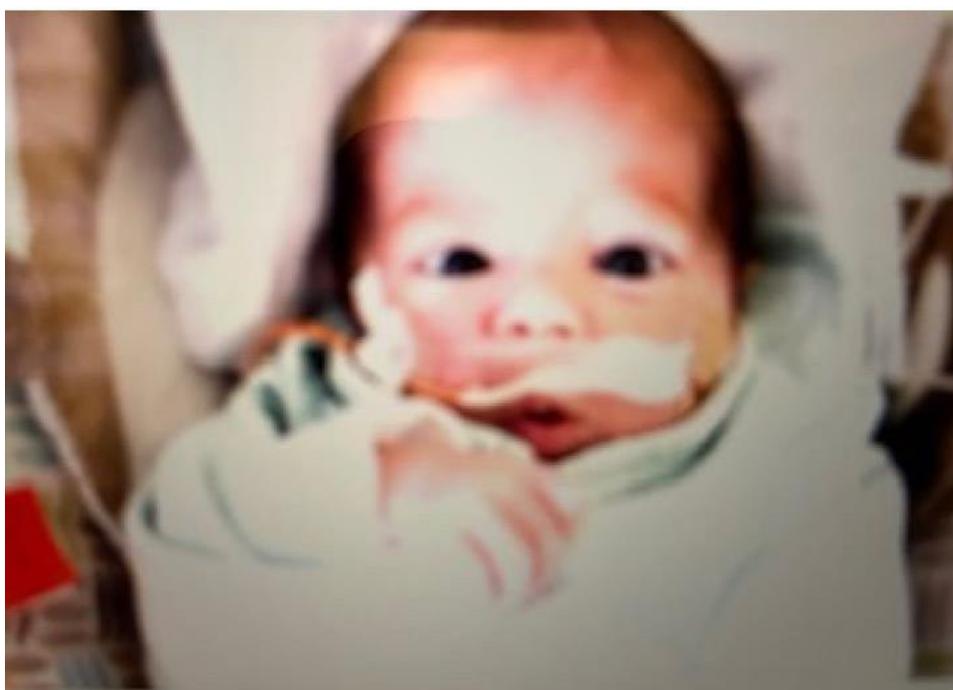
Quando ho le dita distese con forza, sono preso dal panico o sto male. Ho bisogno che tu mi soccorra parlandomi e consolandomi con le mani attraverso l'incubatrice.

Se tengo un braccio rigido, su dritto, di nuovo sono preso dal panico o sto male. Parlami ti prego e consolami fisicamente.

Anche agitare braccia e gambe è un modo di evacuare sensazioni fisiche sgradevoli o dolorose o 'tenermi insieme' emotivamente e fisicamente per sopravvivere (Negri e Harris:1986). Ricordati che prima nuotavo nella pancia della mamma quando mi sentivo a disagio. Inoltre mi agito anche perché ho bisogno di aiuto con la pena che provo a sentirmi solo con i miei sentimenti. Ho bisogno della tua voce amorevole, che tu mi tenga e capisca come darmi conforto quando sono colto di sorpresa da ciò che avviene intorno e dentro di me.

Quando piango:

A volte, non sono ancora nato psicologicamente e quindi è più probabile che dorma quando mi sento a disagio come se fossi ancora nella pancia. Piano piano, appena ci riesco, mettermi a piangere è il modo più potente di dirti 'ho bisogno di te ora!!!' Sono arrivato in questo mondo piccolo ed indifeso con l'idea innata che ci sarà sempre chi mi accudisce, un genitore buono che mi ami, mi nutra, mi protegga e capisca i miei bisogni emotivi e fisici. Appena nato, se non sono troppo sedato, non ho troppi tubicini in gola e sto abbastanza bene da poter piangere, **per piacere preoccupati se non lo faccio!**



Occhi spalancati di panico o di stupore per quanto sta accadendo

Quando ho troppi tubicini per mettermi a piangere, guardami gli occhi e gli arti e descrivi cosa senti quando mi guardi. Quando sto immobile, per piacere parlami in tono calmo o cantami una canzoncina. Inoltre, quando riesco a piangere, se ignori spesso il mio pianto e non accorri, perdo la fiducia in una 'mamma o un caregiver buono'. Questo è pericoloso per il mio benessere fisico ed emotivo! Se piango da non poterne più, provo così tanta ansia che poi smetto (Magagna: 2012).

Mi dissocio e mi addormento. A volte dormire può essere una semplice difesa contro l'ansia angosciante di essere solo. A volte, se mi sento abbandonato, trascurato e/o sono troppo disturbato da tutte le intrusioni e gli stimoli eccessivi, poi distolgo lo sguardo dalla mamma, dal papà e da tutti! Giro le spalle al mondo come se non fosse il posto per me! Questo mio bisogno di evitare tutti per ansia può continuare anche più tardi nella mia vita se non noti e rispondi con sensibilità ai miei segnali non verbali e non mi tieni e non mi parli. Ho bisogno che tu capisca cosa ti sto comunicando. Non ignorare i miei sentimenti! Amami, tienimi, toccami, impariamo a conoscerci in modo da volerci ancora più bene! Sono nato per avere genitori amorevoli, responsivi e protettivi che capiscano le mie comunicazioni non verbali di cosa sento per loro!

LA VOCE DEL PALADINO SUL PIANTO

Quando un bambino prematuro instaura fiducia ed attaccamento sicuro nei confronti dei genitori, diventa allora in grado di accettare in parte i disagi, la fame ed il dolore fisico. Il bisogno di conforto emotivo si fa sopportabile per qualche minuto di pianto, ma non finché viene stabilita internamente fiducia nei confronti del 'genitore buono'. Quando c'è fiducia (Bowlby:1969) il pianto del bambino acquisisce un tratto particolare che fa pensare che piange ricordando che arriverà qualcuno che si occuperà di lui. Sapere che c'è qualcuno che verrà aiuta il bambino a pensare che non c'è così bisogno di avere paura in quel momento difficile!



Occorre distinguere i diversi tipi di pianto e di comunicazioni del bambino. Ciò significa che a volte il genitore deve dedurre i bisogni ed i desideri, perché il neonato non sa cosa non vada. Il pianto di un neonato che si fida, spesso sembra più una protesta nei confronti di qualcuno che non arriva. Questo è diverso dal pianto acuto impanicato che spesso è accompagnato da un visino tutto rosso e braccia e gambe agitatissime. Il pianto è quel segno vitale del bambino che contribuisce a regolare l'interazione caregiver-neonato promuovendone così *la sopravvivenza fisica ed emotiva* (Lester: 2004). Ogni tipo diverso di pianto richiede una risposta diversa e sintonica del caregiver perché il bambino non si senta disperato! (Spitz: 1945 e 1962).

La permanenza in Terapia intensiva neonatale è un momento critico in cui il neonato prematuro crea una rappresentazione interna, un ricordo di com'è il mondo dell'accudimento. Insuccessi regolari nella risposta sintonica al suo pianto con significati diversi può portare ad *un attaccamenti insicuro, evitante o disregolato* caratterizzato da ansia (Ainsworth et. al: 1978). La Teoria polivagale di Stephen Porges (2017) indica che ignorare il pianto di un bambino prematuro può impattare negativamente sullo sviluppo delle connessioni neurali del nervo vago non ancora pienamente sviluppate. Quando perturbato dal pianto, il nervo vago porta alla disregolazione del sistema nervoso parasimpatico, responsabile della regolazione di varie funzioni corporee involontarie che includono il battito cardiaco, la digestione, la frequenza respiratoria e la risposta immunitaria

alle infezioni. La mancanza ripetuta di responsività al pianto del bambino quindi causa stress ed ansia. Se l'ansia del bambino non viene trasformata con un intervento terapeutico, la regolare non responsività del caregiver che lascia il bambino a piangere ha un effetto deleterio sul benessere fisico, emotivo e cognitivo durante la permanenza in Terapia intensiva e per il resto della vita.

Come accennato, la non-responsività della famiglia e dei sanitari al pianto del neonato pretermine può portare a rotture importanti nelle relazioni e nello sviluppo. La non-responsività o la responsività non sintonica ai diversi significati del pianto del bambino può anche essere causa di ritardo nello sviluppo del linguaggio, delle competenze motorie e del funzionamento cognitivo (Brazelton: 1973). Peter Fonagy et. col (2002) suggeriscono inoltre che la mancanza di responsività al pianto del bambino può compromettere la capacità di mentalizzazione dello stesso, cioè la capacità di contenere i propri sentimenti e capire gli stati mentali degli altri. La mancanza di responsività ai sentimenti ed ai bisogni del bambino significa che il bambino avrà un ingaggio sociale ed emotivo inadeguato con gli altri.

Ruth Feldman, nella sua splendida intervista in Mind in Mind, suggerisce che la sincronia tra genitori e neonati è essenziale per lo sviluppo della corteccia temporale destra, il cuore del cervello sociale. I primi nove mesi di vita sono fondamentali per la produzione di ossitocina nella corteccia temporale destra.

Il pianto acuto e le interazioni reciproche dei genitori e dei sanitari con il bambino

E' importante ricordare che stiamo cercando *relazioni reciproche* tra il bambino prematuro e le persone per lui rilevanti. Questo pianto acuto insolitamente intenso, prolungato e difficile da consolare da parte dei genitori può a volte essere segno di danno neurologico. Inoltre, se il bambino prematuro non può essere facilmente consolato, l'angoscia dei genitori può bombardare il neonato con un **contenimento convesso**. In tal caso, i genitori necessitano il sostegno dei sanitari per aiutarli a capire di che si tratta. Sono necessari inoltre accertamenti medici. Inoltre, il pianto acuto può portare ad una maggiore attenzione e intervento da parte del caregiver o di converso maggiore stress per lo stesso

e di potenziale trascuratezza se il pianto è percepito come troppo irritante o sopraffacente per la personalità dei genitori o dei caregiver. Possono insorgere anche sentimenti di ostilità nel caregiver come difesa quando si sente impotente senza riuscire a confortare l'angosciante pianto acuto. Sia l'ostilità del genitore che quella del caregiver possono contribuire inavvertitamente alle potenziali future psicopatologie del bambino. Questo è uno dei motivi per cui è essenziale avere un gruppo di sostegno in seno alla Terapia intensiva per lo staff ed i genitori. I genitori dicono che i gruppi di genitori sono molto utili se ben contenuti dal punto di vista emotivo da parte di operatori esperti. Un buon gruppo di genitori consente ai genitori di costruire una comunità di sostegno ed amicizia per anni! Inoltre, nel mentre si sostengono l'un l'altro, i genitori di alcuni ospedali di Londra hanno creato una banca del latte e rispondono al pianto dei bambini di altri genitori quando essi non sono presenti.

Vi sono oltre 37 tipi di pianto, ciascuno indicante a genitori e sanitari il richiamo emotivo o fisico del bambino (Dunstan: 2012). E' importante che i sanitari aiutino i genitori ad osservare la sequenza delle interazioni reciproche del bambino con loro. E' necessario che sanitari e i genitori imparino il significato dei diversi pianti ed espressioni non verbali di quel particolare bambino, per imparare a conoscere intimamente proprio quel piccolo prematuro. Osservare regolarmente il bambino con i genitori e parlare di quando si sente a suo agio, cosa lo consola o lo disturba, con un pianto specifico costituisce una parte importante del lavoro con **entrambi i genitori, non solo con la madre!**

Circa il 40-50 % dei bambini pretermine nati prima delle 32 settimane mostra disturbi del neuro-sviluppo a livello di disturbi cognitivi, disfunzioni motorie e ritardo nel linguaggio (Johnson: 2015). Ora capiamo che parte del problema per il bambino prematuro è che abbiamo trascurato di ottenere il supporto economico sufficiente nonché il sostegno al personale ed ai genitori allo scopo di **creare le migliori condizioni possibili** per lo sviluppo della fiducia e del senso di sicurezza da parte del prematuro durante i dolorosi interventi medici eseguiti senza preavviso e l'assenza di caregiver responsivi. La mancanza di continue e sane relazioni reciproche tra il bambino ed i genitori ed i caregiver ausiliari ha un impatto a lungo termine sul bambino.

E cosa molto importante, da adulto, se questo bimbo in Terapia intensiva era stato trascurato, avrà difficoltà ad accudire in modo sintonico propri figli che spesso risveglieranno le sue ansie precoci infantili non contenute. Inoltre, in tal caso, da grande potrebbe

cercare di riparare i legami lacerati della propria infanzia attraverso un bisogno eccessivo di essere amato dai figli, in modo da promuoverne la psicopatologia (Roitman: 2024). Di conseguenza, le strategie di regolazione emotiva del neonato prematuro, se non adeguatamente modificate internamente, possono essere trasmesse per generazioni!

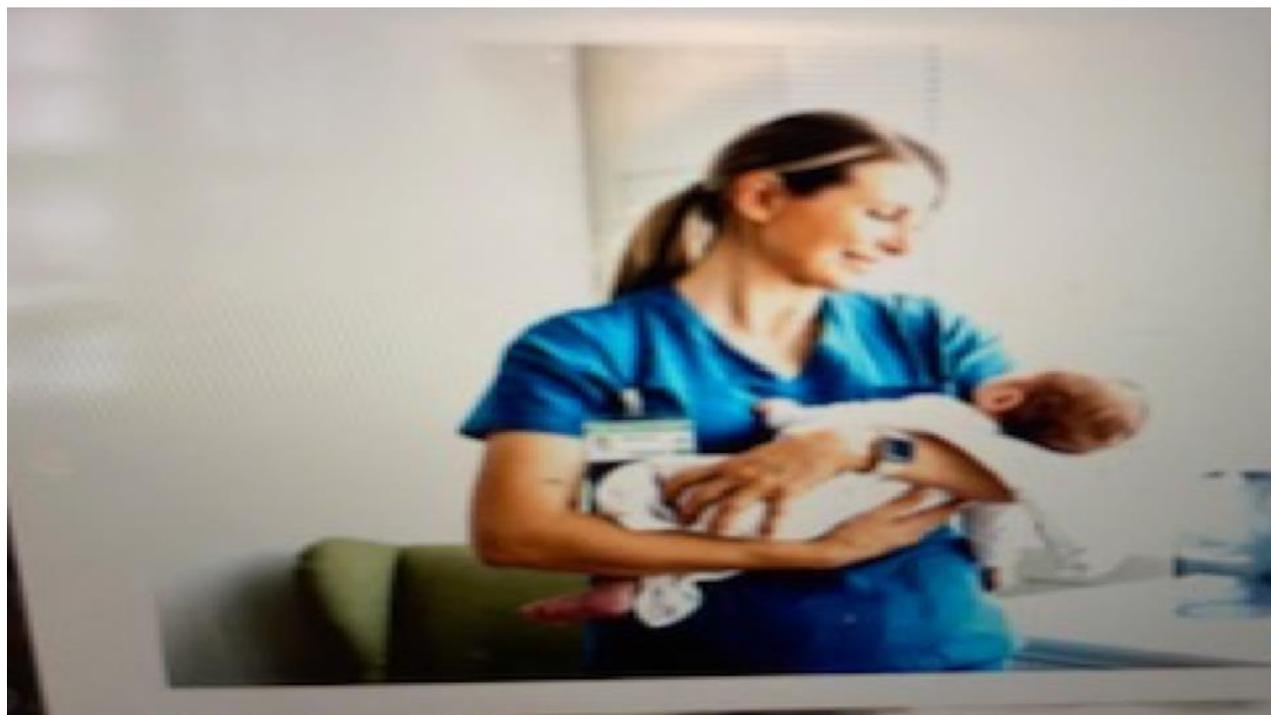
LA VOCE DEL BAMBINO PREMATURO: HO PAURA DI MORIRE

Sapete che è normale e necessario che una madre o un padre mi amino e stiano sempre con me nei primi mesi di vita. Prima ero nel grembo della mamma, ma poi sono nato con l'aspettativa di una necessaria responsività continua di qualcuno che si prenda cura di me! Quando sono in quella teca di vetro, l'incubatrice che mi imprigiona, posso sentirmi molto privo di ciò di cui ho bisogno per sentirmi al sicuro, in particolare se non mi batte bene il cuore, se non respiro bene o se sento male da qualche parte nel mio corpo. Allora temo di morire ed il mio pianto esprime la paura di non sapere cosa sta accadendo.



Se non riesco a piangere e solo il mio corpo mostra stress fisico è orribile perché non ho nessuno che sappia di dovermi salvare!!! È terrificante!!! Il terrore danneggia le mie funzioni corporee, quindi per favore guardate come mi sento, anche se non riesco a piangere. Per favore, restate con me! Quando suona il campanello d'allarme, per favore pensate a quello che sto provando emotivamente e parlatemi in modo rassicurante. Medici e infermieri, per

favore non rispondete ai miei bisogni solo fisicamente!!!!!!!



LA VOCE DEL PALADINO: LA PAURA DI MORIRE

Lo psicoanalista Rene Spitz (1945 e 1952) ha parlato di quanto sia fondamentale essere responsivi al disagio del bambino, non solo a quello che mostra attraverso il pianto. Inoltre, Spitz affermava che i neonati che non rispondono emotivamente, pur quando i loro bisogni fisici vengono soddisfatti, possono soffrire di depressione anaclitica, di gravi conseguenze emotive e di sviluppo, di ritiro emotivo e persino di un più alto tasso di mortalità! I neonati hanno bisogno non solo di cure fisiche, ma anche di una risposta emotiva da parte di chi li accudisce, affinché abbiano **la volontà di lottare per vivere!** Il compito dei genitori con qualsiasi neonato è quello di sopportare il terrore del bambino di morire e, accogliendolo nel loro cuore, dandogli un significato e parlando al bambino in modo consolatorio, i genitori possono trasformare e migliorare le intense paure del bambino. Naturalmente, se possibile, anche tenere il bambino in braccio è utilissimo per attenuare l'angoscia del corpo e della mente del bambino. Questo è il concetto di contenimento di Wilfred Bion (1952), che Beatrice Beebe descrive come una sana reciprocità genitore-neonato (Beebe:2014).

Tuttavia, Margaret Cohen in *Sent Before Their Time* (2003) (Mandati prima del tempo) descrive come il rischio di morte di un bambino prematuro malato possa indurre i genitori a essere così angosciati e perseguitati dallo stato del bambino e dalla paura di perderlo,

da ritirarsi emotivamente e fisicamente o da rendersi effettivamente indisponibili al bambino e cessare di fargli regolare visita. Per questo motivo, è essenziale la presenza regolare di uno psicoterapeuta che sia in grado di impegnarsi nell'*Ascolto Attivo* (Scabia et coll: 2024) per comprendere cosa provano i genitori e trovare il modo di trasformare le ansie che ne disturbano la funzione genitoriale di essere amorevolmente presenti e nutrire e proteggere il proprio bambino. Ciò è fondamentale perché il bambino sviluppi un attaccamento sicuro ai genitori, essenziale per una buona vita (Main et. Al: 1985), dato che gli schemi di attaccamento a 4-12 mesi stabiliscono a lungo termine modelli di interazione con gli altri!!!!!!! Quando genitori e parenti non possono essere presenti per il neonato in Terapia Intensiva, alcuni ospedali organizzano la presenza quotidiana di un volontario presente che si occupi specificamente di stare con il neonato trascurato in Terapia Intensiva allo scopo di promuoverne un sano sviluppo. Anche gli studenti possono essere coinvolti nell'ambito del programma di studio sull'osservazione dei neonati (Magagna e Dominguez: 1997).

Naturalmente, alcuni neonati non ce la fanno e ciò rende necessario al responsabile della Terapia Intensiva Neonatale di disporre di tempo e spazio per dare un sostegno psicologico, in modo che sia i genitori che gli operatori della Terapia Intensiva Neonatale possano elaborare il lutto. Ciò favorisce la loro salute emotiva e fisica e contribuisce a evitare che siano colpiti da burnout, senso di colpa e depressione (Cohen: 2003) e (Botero: 2003).

LA VOCE DEL BAMBINO PREMATURO: DOVE SONO LA MIA MAMMA ED IL MIO PAPA'?



Sono nato per essere amato. Dove sono la mia mamma e il mio papà? Perché almeno uno di loro non è con me? Perché sono tutto solo in questa teca di vetro con tutte queste intrusioni nel mio corpo, con i rumori che mi fanno male alle orecchie e con le luci che a volte mi stordiscono? Loro dove sono?

LA VOCE DEL PALADINO: UN ATTACCAMENTO SICURO NECESSITA LA PRESENZA GENITORIALE

Molte spese mediche e per la salute mentale legate alle difficoltà dei bambini diventati adulti potrebbero essere ridotte se solo potessimo avere maggiore sostegno finanziario e pensare all'importanza vitale **dei primi mesi di vita dei bambini prematuri!** È forse vero che i genitori sono troppo angosciati e sopraffatti per chiedere più risorse per la Terapia intensiva neonatale? Oppure, quando finalmente possono lasciare la Terapia Intensiva, sono così sollevati di essere lontani dall'ospedale che non si attivano per ottenere condizioni ottimali favorevoli le MIGLIORI relazioni reciproche tra i sanitari della Terapia Intensiva Neonatale, i genitori e il bambino e le MIGLIORI condizioni fisiche e di personale della Terapia Intensiva Neonatale? In qualche modo, il bambino di tre anni ricoverato in ospedale, con cui gli adulti possono parlare e giocare, riesce a coinvolgere molto di più gli amministratori dell'ospedale, i sanitari ed i genitori *nell'attivarsi di più* per

ottenere le migliori condizioni emotive e fisiche in ospedale.

Il bambino pretermine chiede: 'Dove sono i miei genitori?' Il personale ospedaliero può chiedersi, 'Come sostenere al meglio i genitori, la famiglia allargata, i sanitari ed i volontari ad essere presenti per il neonato prematuro in modo empatico e regolare? L'Ospedale pediatrico Golisano di Rochester, nello Stato di New York, ha seguito le migliori pratiche per i bambini prematuri e malati ricoverati in terapia intensiva, con un'assistenza individualizzata per ciascun bambino. Forniscono inoltre anche grande sostegno emotivo ai genitori per sostenerne le forti ansie, per imparare a capire le problematiche mediche del bambino, per accudirlo, per tenerlo in braccio e parlargli e canticchiare teneramente quanto da lui vissuto o che vivrà. Inoltre, l'Ospedale Golisano dispone di un luogo dove ospitare i genitori in modo da permettere loro di restare accanto al loro bambino. L'ospedale fornisce l'ospitalità in modo che i genitori possano dormire a turno e restare sempre vicino al bambino nel momento in cui la sua vita è a rischio. Una madre ha detto: 'L'abbraccio dell'assistenza dell'Ospedale Golisano è stato incredibile. L'ospedale è stato come un liquido che si adattava e costantemente rispondeva ai nostri bisogni senza bisogno di chiedere. I consulenti per l'allattamento venivano da noi spontaneamente. I medici sempre ci includevano durante le visite parlando con noi, commentando le immagini, spiegando esattamente che stesse accadendo, senza mai liquidare rapidamente le nostre tante domande!

Effetti benefici della *Kangaroo Care*

Un'ovvia disposizione della Terapia intensiva neonatale è la *kangaroo care* con un genitore o un parente che tenga il bambino pelle a pelle se sta sufficientemente bene e pesa almeno 1 kg. La psicoterapeuta infantile colombiana Hilda Botero, sostiene in modo pionieristico l'uso del marsupio in *Nace un Bebe* (Nasce un bambino) (2023). La ricerca attuale indica che se genitori, parenti o caregiver tengono il bambino pretermine nel *marsupio*, gli effetti a lungo termine saranno significativamente migliori rispetto al lasciarlo solo nell'incubatrice.



Da *Nace un Bebe di Botero (2023)*

Benefici della Kangaroo Care

1. Posizionare il bambino sul petto nudo del genitore promuove la vicinanza fisica ed il calore. Beatrice Beebe (2020) importante ricercatrice della primissima infanzia suggerisce che l'uso del **contenimento concavo** (Magagna: 2012) per sostenere emotivamente i genitori nel mentre accudiscono il proprio bambino pelle a pelle non solo promuove l'intimità fisica ma inoltre potenzia la capacità del genitore di accogliere i sentimenti del bambino e rispondere in modo appropriato ai suoi segnali. Ciò rafforza *l'attaccamento sicuro* cruciale per lo sviluppo emotivo e sociale del bambino per IL RESTO DELLA VITA!! Occorre ricordare che gli schemi di risposta al mondo si radicano alquanto fermamente nella personalità del neonato durante i primi giorni, mesi ed anno di vita!!

La *Kangaroo Care* secondo la Teoria polivagale di Porges (2011) attiva il sistema nervoso parasimpatico che promuove uno stato di calma e di ingaggio sociale. Tale risposta biologica può aiutare sia il genitore che il bambino a sentirsi più legati e sicuri.



Anche il legame del padre con il neonato è estremamente importante per un sano sviluppo emotivo, cognitivo e sociale per il resto della vita adulta.

Il parlare in modo sintonico con il neonato, toccandolo e tenendolo fisicamente e con **un contenimento emotivo concavo** aiuta davvero a regolare il battito cardiaco, la respirazione, la temperatura corporea e riduce in modo significativo il dolore del bambino pretermine.(Johnson et al: 2003). Inoltre anche il pianto per ragioni varie diminuisce.

L'accudimento fisico pelle a pelle e la reciprocità emotiva: assieme alla Kangaroo Care, deve venirsi a creare uno spazio nella mente della madre e del padre per sviluppare un'amorevole intimità con il proprio bambino ed identificarsi con e capire cosa egli stia vivendo a livello fisico ed emotivo. Arieta Slade (2005), un'importante terapeuta neonatogenitori, lo definisce *funzionamento riflessivo genitoriale* che occorre sostenere affinché i genitori *possano interpretare e rispondere ai segnali di disagio del bambino che necessita di conforto*. È questo che implica lo sviluppo delle capacità materne e paterne. Quando tali capacità evolvono, i genitori accompagneranno la Kangaroo Care con delicatezza, vocalizzando e imitando il bambino per identificarsi con i suoi suoni, guardando il suo visino e cantandogli sommessamente (Trevarthen: 2001) Lo sviluppo della maternità e della paternità implica la capacità di fondamentalmente innamorarsi del proprio bambino e di comportarsi in modo amorevole con lui. Vi sono studi sul contributo del canto amorevole al neonato pretermine può dare per regolare gli stati fisiologici dei neonati fragili, promuovere il legame genitore-bambino, ridurre l'ansia materna e promuovere il

legame emotivo del bambino con la mamma nonché promuovere lo sviluppo cognitivo e linguistico ed emotivo del bambino stesso (Shoemark:2008). Tale collegamento amorevole con i genitori, accompagnato da un funzionamento genitoriale riflessivo costituisce un importantissimo aiuto al bambino per restare in vita!

Sviluppi evolutivi a lungo termine di un maggiore coinvolgimento genitoriale

I neonati i cui genitori erano più coinvolti durante la degenza in terapia intensiva neonatale hanno mostrato un migliore sviluppo cognitivo ed emotivo all'età di due anni rispetto a quelli i cui genitori erano meno coinvolti nelle loro cure (Pediatrics).

Il contenimento emotivo di genitori e staff

Tuttavia, non possiamo pensare che l'abbraccio fisico sia risposta sufficiente per la salute fisica e mentale del bambino! Una madre ha detto: “All'inizio il marsupio non andava affatto bene per me. Avevo difficoltà, innanzitutto, a sentirmi emotivamente vicina al mio bambino. Mi sentivo così turbata dalle sue complicazioni mediche, dalla sua prematurità, che dovevo fare un grande sforzo emotivo per creargli un posto sicuro e ospitale nel mio cuore. Ho provato a tenerlo in braccio meccanicamente. Meccanico era anche il mio sguardo così come lo erano le mie parole, finché non sono riuscita a parlare con un terapeuta che mi ha aiutato a riflettere sui miei sentimenti ed a creare uno spazio materno dentro di me” (Fedunina: 2024) Questa madre sottolinea quanto sia stato cruciale avere a disposizione una presenza psicoterapeutica a tempo pieno per fornire supporto emotivo ai genitori e al personale della Terapia Intensiva Neonatale.

Turni di lavoro concepiti come difese

La turnazione di due o tre infermieri diurni può essere organizzata per creare uno spazio di contenimento per i genitori/neonati, ma come suggerito da Isabel Menzies (1960) in *“Sistemi sociali come difesa dall'ansia”*, senza sufficiente supporto emotivo, l'equipe medica esita ad organizzare i turni in modo che gli infermieri diurni chiave siano regolarmente presenti per ciascun bambino/famiglia. I turni invece sono organizzati in modo inconscio o meno a mo' di difesa dalle relazioni di dipendenza e fiducia e dalla tristezza provata dal personale nonché dalla tristezza, rabbia, sofferenza, paura e/o senso di colpa dei genitori e dei sanitari rispetto a se il neonato vivrà o morirà.

Inoltre, la depersonalizzazione del personale che deriva da questi sistemi difensivi riduce

l'empatia nei confronti dei singoli genitori e del neonato e porta anche ad una più bassa soddisfazione lavorativa.

È interessante notare che il Journal of Pediatric Nursing (2018) riporta una ricerca sull'utilizzo di *un modello di assistenza primaria*, con un numero molto limitato di caregiver infermieristici, che favorisca nel neonato un maggiore senso di sicurezza, minori livelli di stress e migliori risultati nello sviluppo rispetto a quelli sperimentati dai neonati assistiti con un modello tradizionale a rotazione che eviti uno stretto legame tra infermieri e neonato.

LA VOCE DEL NEONATO PRETERMINE: COME MI PROTEGGI DAGLI STIMOLI INTRUSIVI?

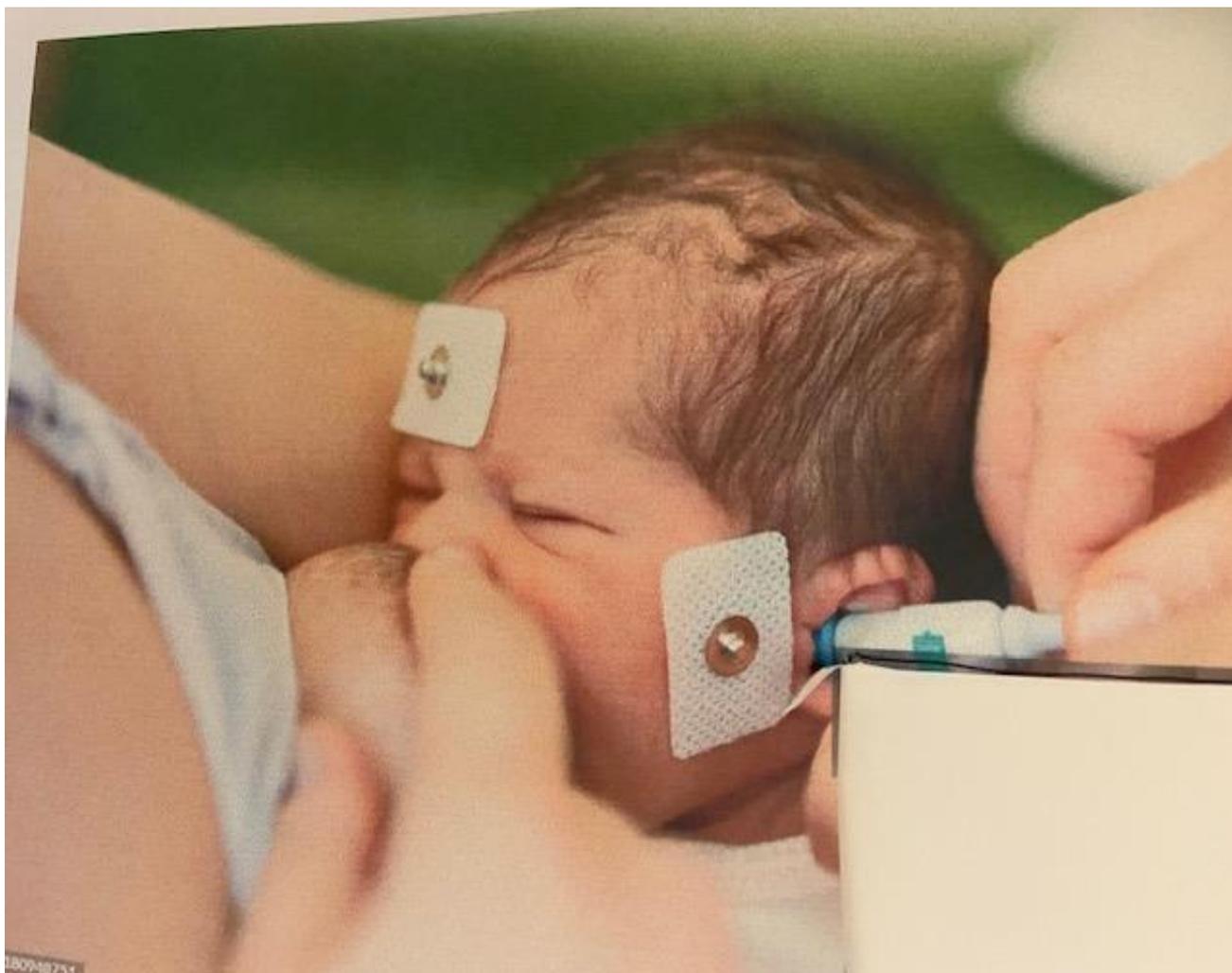
Perché non riuscite a fare qualcosa per quelle luci forti, quei bip e quei rumori improvvisi che a volte mi fanno male agli occhi o alle orecchie o mi spaventano? Sapete che questo alto livello di sovraccarico sensoriale mi porta a sospendere alcune risposte sensoriali per concentrarmi sulla sopravvivenza? Perché sono solo e nessuno mi consola quando mi punzecchiano con gli aghi e all'inizio mi mettono nel corpo dispositivi medici che mi fanno male?



Quando sto male ho bisogno che tu mi parli con calma e che mi abbracci! So che non posso parlare, ma posso pensare! Ho una mente e penso e sento cosa provate nei miei confronti! Non sono solo un bambino fisico!!! So quando mi sento amato e qualcuno pensa proprio a come mi sento!!! Inoltre, ho bisogno che uno dei miei genitori sia con me quando agito stressato gambe e braccia, faccio smorfie o piango quando i medici mi fanno qualcosa e sento male. Altrimenti sono così terrorizzato, sentendomi non protetto da qualcuno che mi ama e che ha il dovere di prendersi cura di me e di proteggermi!!! **Non sono solo un bambino fisico** che ha bisogno di interventi fisici salvavita! Capite che ho anche il bisogno emotivo di essere amato e di amare?

LA VOCE DEL PALADINO: RIDURRE IL DANNO DELLE INTRUSIONI NEL CORPO E NELLA PSICHE DEL BAMBINO

Sì, il neonato pretermine ha assolutamente ragione a sentirsi così! La convinzione dei medici degli anni '60 che il bambino non fosse sufficientemente sviluppato dal punto di vista neurologico per provare dolore è stata definitivamente abbandonata! Per tale convinzione hanno eseguito interventi chirurgici, punture sul tallone, inserimento di tubi per l'alimentazione senza un minimo di sostegno fisico e di compassione emotiva. Ora i pediatri sanno che i bambini sono terrorizzati e sentono male quando subiscono intrusioni fisiche! Far star male il bambino senza che un genitore lo tenga in braccio attacca *l'attaccamento sicuro* che il bambino sta sviluppando verso i genitori incaricati di proteggerlo così vulnerabile. Le ricerche suggeriscono che, ogni volta possibile, quando un bambino viene sottoposto a un intervento medico doloroso, un genitore dovrebbe tenerlo in braccio, accoglierne la pena, parlare con lui di ciò che accadrà e sta accadendo e di come finirà (Shaw: 2012).



Allattare durante le procedure

1. L'allattamento al seno durante procedure come la puntura del tallone può ridurre significativamente il punteggio del dolore nel bambino. La combinazione della presenza della madre, dell'atto di succhiare e del sapore del latte materno fornisce un effetto analgesico poliedrico. (Shah: 2012). Tuttavia, non è solo il sostegno fisico o l'allattamento ad alleviare il dolore del bambino: Sebbene il bambino non capisca il linguaggio, mentre i genitori e i sanitari lo guardano, pensano con lui e gli parlano, il neonato conosce e sente gli stati d'animo premurosi o meno dei genitori e dei sanitari, le qualità del tono di voce, il modo premuroso o meno di toccarlo, e prova piacere quando gli viene parlato in *maternese o prosodia*, quando si mostrano espressioni facciali premurose, quando lo si tiene teneramente e quando si capisce ciò che prova (Solomonsson: 2014). Il maternese comporta un'intonazione lenta e più alta del normale, una voce cantilenante e può essere usato sia dai sanitari che dai genitori.

Naturalmente, Cohen (2014) suggerisce che i genitori potrebbero aver bisogno di aiuto a livello terapeutico per trasformare le proprie risposte emotive allo stato di salute del bambino pretermine. Alcuni genitori si difendono dal dolore e dall'ansia allontanandosi dal bambino stesso. Potrebbero sentirsi così perseguitati dal pessimo stato del bambino da difendersi in modo da non essere in grado di rispondere alle sue delicate esortazioni. Questo è il motivo per cui Arieta Slade et coll. (2019) suggerisce buoni interventi nel suo programma *Mind the Baby Programme* (Attenzione al bambino) che sono molto utili da applicare per i sanitari in Terapia intensiva. Come Beebe, Slade suggerisce che la relazione reciproca tra genitore e bambino richieda un'osservazione frequente e dettagliata da parte del sanitario e di un sostegno emotivo per aiutare i genitori a rispondere in modo fisicamente ed emotivamente contenitivo al disagio del bambino. Non è un semplice intervento educativo, ma piuttosto è l'osservazione regolare e ravvicinata delle interazioni genitore-bambino che permetterà ai genitori di vedere il crescente attaccamento del neonato nei loro confronti e, con l'aiuto dei sanitari, di trovare il modo di promuovere con delicatezza il legame per rispondere emotivamente e fisicamente al loro unico e prezioso bambino (Negri: 1994). Naturalmente, Botero (2023) suggerisce che è essenziale fornire a tutta l'equipe di Terapia intensiva neonatale una formazione di base sull'osservazione del neonato. Se ciò non è possibile, sarebbe utile leggere indispensabili testi sui neonati, come il libro di Romana Negri *“La storia dello sviluppo infantile”*. Raccomando anche l'osservazione video del neonato nel primo anno di vita come formazione di base per tutti i sanitari prima del conseguimento della qualifica.



Benefici offerti dello stare in braccio sui pathways neurobiologici

Quando un genitore o un sanitario tiene in braccio un bambino durante procedure dolorose lo aiuta molto. Lo stimolo tattile quando il bambino è tenuto in braccio attiva degli specifici pathways neurali che promuovono il rilascio di ossitocina, un ormone associato alla riduzione del dolore e alla creazione di legami sociali. Tale risposta ormonale contribuisce a mitigare gli effetti avversi del dolore e promuove un senso di benessere (Montirosso et. Al: 2017).

Effetti a lungo termine del tenere fisicamente ed emotivamente il neonato

Le prime esperienze di vita, compreso l'abbraccio dei genitori nei momenti di dolore, possono avere effetti epigenetici che influenzano la salute a lungo termine. I bambini che hanno vissuto con frequenza l'abbraccio amorevole da parte dei genitori mostrano cambiamenti positivi nell'espressione genica legata alla risposta allo stress e alla funzione immunitaria. Tali modifiche epigenetiche possono portare alla resilienza a fronte di fattori stressogeni futuri e migliorare la salute generale (Provenzi, Guida e Montirosso: 2018).

La ricerca di Porges evidenzia l'importanza degli interventi migliorativi della regolazione autonoma dei neonati pretermine. Ad esempio, è stato dimostrato che l'intervento di cura familiare (FNI) in terapia intensiva neonatale migliora la regolazione autonoma e promuove risultati migliori sia per i neonati che per le madri. Tali interventi aiutano a stabilizzare il battito cardiaco e la respirazione del neonato, a ridurre lo stress ed a sostenere il legame emotivo (Welch, M. G. et al: 2016) e (Gooding et al: 2011).

LA VOCE DEL NEONATO PRETERMINE SULL'ATTACCAMENTO INTERROTTO

Quando mi guardate, vi prego di pensare a me nel contesto dei miei genitori e della mia famiglia che, normalmente, dovrebbero accudirmi, proteggermi ed essere emotivamente presenti per me. Per piacere, notate come la nostra *relazione reciproca* può promuovere la mia crescita emotiva. Quando i miei genitori sono assenti, vi prego di lasciare una registrazione di quando mi parlano o mi cantano. Le registrazioni vocali dei miei genitori mi aiutano a non distaccarmi internamente da loro quando sono angosciato perché non sono con me (Poulet: 2024). La separazione dai miei genitori o un'interazione reciproca patologica con loro può spingermi ad allontanarmi dal "mondo". Mi ritiro dal "mondo" se i genitori/caregiver non sono stati abbastanza presenti, abbastanza responsivi, abbastanza capaci di contenere emotivamente il mio disagio. Inoltre, VI PREGO di osservare come io influisca profondamente sui miei genitori, che a loro volta possono proiettare in maniera non utile la loro disperazione, il loro distacco, i loro sentimenti di antipatia o condividere interazioni compassionevolmente sintonizzate e piene di speranza nella loro relazione reciproca con me!

LA VOCE DEL PALADINO: NOTARE E RIPARARE LE LACERAZIONI NELLE RELAZIONI DI LEGAME E DI RECIPROCIÀ TRA GENITORE E NEONATO

Dobbiamo ricordare che un neonato percepisce il mondo in modo consapevole e reagisce in modo simile al modo in cui reagisce il cervello cosciente di un adulto (Passos-Ferreira: 2024).

Di seguito sono riportate alcune relazioni reciproche patologiche a rischio tra i genitori e

bambino che richiedono un intervento precoce:

Contatto visivo evitante:

Se il neonato non è ingaggiato in uno scambio di sguardi reciproci e non entra in contatto visivo con la madre o viceversa, significa che la madre sta evitando il neonato che non si è aperto con lei o che la sta evitando. Un neonato che evita costantemente di guardare il volto dei genitori è un bambino in difficoltà. I bambini evitano lo sguardo delle madri depresse (Murray e Cooper: 1997).

Mancanza di piacere



Se i genitori non riescono a condividere il piacere di stare con il proprio prezioso bambino sorridendo e parlandogli e/o se il bambino non è in grado di rispondere smettendo di piangere, rilassando il corpo e successivamente sorridendo in risposta al sorriso dei genitori, vi può essere una preoccupante mancanza di ingaggio reciproco tra genitore e bambino. L'ansia estrema dei genitori per lo stato di salute del bambino, la paura che non ce la faccia o un lutto non elaborato possono spezzare il legame di attaccamento. Se i genitori hanno trovato il proprio sé materno e paterno, sono in grado di capire il bambino, di parlargli e di scambiare sorrisi con lui. In seguito, quando il bambino sarà più forte, potranno giocare in modo delicato ed ingaggiato, seguendo e amplificando le sue risposte nel gioco con un oggetto.

Uso eccessivo e/o insolito di gesti corporei da parte del bambino al posto dell'attaccamento sicuro ai genitori

Vi sono molte osservazioni dettagliate sull'uso delle mani da parte del neonato con i genitori che suggeriscono una possibile interazione patologica (Beebe: 2014; Bick, 1968; Haag, 2022; Tustin:1981); Acquarone: 2007; Magagna: 2022 . Esther Bick (1968) descrive come il neonato usi le mani come metodo di protezione della psiche dalla paura di disintegrazione personale o di dolore psicofisico. ecco perché è così importante lasciare le manine scoperte, se possibile. Se i genitori continuano a fare fatica ad essere responsivi e/o il bambino continua a fare fatica per motivi genetici o per un eccesso di cortisolo nel grembo materno, le mani del neonato diventano più interessanti per il bambino dei caregiver. A loro volta, i genitori possono sentirsi rifiutati, disperati e depressi perché non riescono ad instaurare un rapporto intimo con il loro bambino e la spirale verso la patologia cresce. I sanitari devono assolutamente essere capaci di valutare ed **intervenire precocemente** nelle interazioni genitori-neonato, come suggerito da Houzel (1999). Di seguito sono riportati alcune esempi indicativi di attaccamento patologico ai movimenti delle mani e delle braccia da parte del neonato pretermine per sentirsi psicologicamente sicuro:

1. Il neonato continua ad agitare le mani, a torcere i polsi, a tenere il braccio su in modo insolitamente rigido, a stringere le dita in modo persistente e ripetitivo o a tenerle in posizione rigida. In tal modo, il neonato è in uno stato mentale precario,

il legame con i genitori è lacerato e si lacera ulteriormente anche per i genitori che si sentono rifiutati dal proprio bambino.

2. Il neonato prematuro perde la speranza e le mani e le braccia rimangono flosce e senza vita, senza afferrare il dito dei genitori, senza agitare le manine e le braccine per dire “venite ad aiutarmi” e smette di piangere. È come se il neonato fosse tornato in letargo nel grembo materno e si fosse ritirato in quello che Meltzer (1992) descrive come “il claustrum”. La speranza lascia il posto alla disperazione perché legame affettivo non esiste più. Alla luce di tali ansie psicotiche, i sanitari dovrebbero fare ogni tentativo possibile per far nascere legami buoni e sicuri tra bambino e caregiver. Ciò significa che il **compito più importante ed essenziale** è quello di trovare il modo di permettere al bambino di avere la presenza continua di genitori/caregiver di supporto, vivificanti, sintonici e reattivi.. Ciò comporta la creazione di *una comunità di interesse* che sia sempre presente per il bambino. In India le altre madri spesso intervengono per aiutare il bambino quando la madre non si sente bene.

3. I bambini prematuri lasciati piangere a lungo, possono ritirarsi nel “claustrum”, smettere di agitare le braccia, smettere di piangere e sotto sotto provare grande terrore (Magagna:2012). Dovremmo preoccuparci se nella prima infanzia il bambino prematuro che prima piangeva, smette di piangere quando sente dolore, è spaventato o semplicemente ha bisogno di un caregiver responsivo!!!!

Scarsa o eccessiva reattività a suoni, luci e stimoli sensoriali

Un problema enorme per il neonato pretermine è che in Terapia Intensiva Neonatale ci sono suoni, luci ed interventi medici che, sebbene necessari per la sopravvivenza, sono fastidiosi ed estremamente stressanti sia per lui che per i caregiver. I neonati prematuri possono avere una frequenza cardiaca elevata, soffrire di disturbi del sonno, necessitare più ossigeno e, soprattutto, avere problemi di udito e un ritardo nello sviluppo se non vengono tranquillizzati e protetti dagli operatori da stimoli eccessivamente avversi. È importante che l'ospedale investa per ridurre il livello di rumore in Terapia intensiva neonatale. Liu della Northwestern Illinois University ha sviluppato il Neosis Active Noise Control, che prevede una tecnologia di cancellazione delle onde per ridurre in modo significativo i rumori dannosi all'interno delle incubatrici, consentendo comunque ai suoni essenziali, come le voci dei genitori, di raggiungere i neonati. (American Academy of

Audiology: 2023).

Kuhn et al. (2018) hanno studiato come la riduzione del livello di rumore in Terapia intensiva porti ad un maggiore benessere dei neonati. Nonostante la riduzione del rumore, l'assenza della presenza costante dei genitori durante la permanenza nell'incubatrice e i deficit neurologici del neonato possono portarlo ad essere un bambino difficile da calmare che vive una dolorosa ipersensibilità ai rumori, ai suoni e agli stimoli sensoriali.

La risposta reciproca patologica dei genitori al neonato prematuro impedisce anziché promuovere lo sviluppo psicologico del bambino.

Purtroppo, per quanto stabile fosse la struttura psichica interna dei genitori prima del ricovero del loro bambino pretermine in Terapia Intensiva Neonatale, la stabilità emotiva viene messa a dura prova quando il neonato è separato da loro e messo in incubatrice. Hanno bisogno di una “**comunità di interesse**” composta da familiari, amici e sanitari che li assista in questo percorso ansiogeno con il loro bambino. I traumi infantili di separazione e perdita precedentemente interiorizzati dai genitori possono essere risvegliati dalla nascita prematura, dalle ansie di morte del bambino, dai gemelli e dalle complicazioni mediche. Di conseguenza, *le interazioni reciproche genitore-neonato* possono influire negativamente sia sul bambino che sui genitori. Dobbiamo osservare regolarmente le interazioni e, non appena notiamo delle difficoltà, dobbiamo intervenire terapeuticamente per trasformare tali *interazioni reciproche patologiche* tra genitore e bambino delineate da Lyons-Ruth et al: 1999):

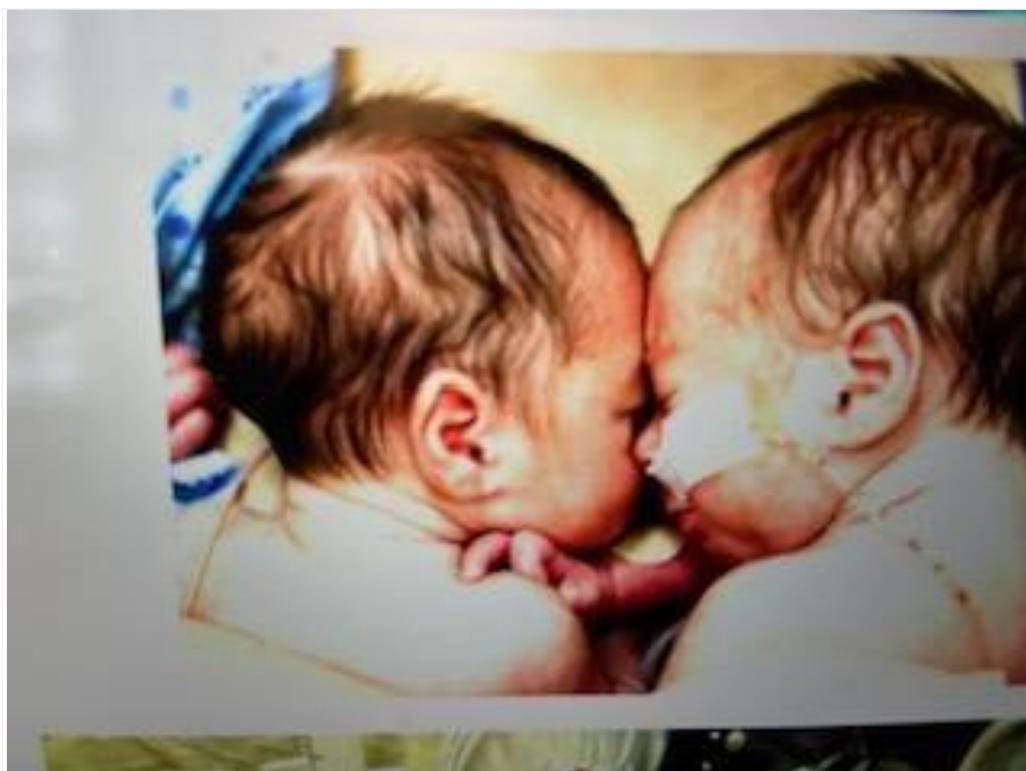
-L'esperienza del parto può essere così dolorosa, con punti di sutura o conseguenze dolorose di un parto cesareo, che le madri ne possono uscire traumatizzate. Una madre ha detto: “Mi sento come se avessi avuto un incidente d'auto”. Dopo un parto prematuro traumatico, molto doloroso e con punti di sutura un'altra madre dice al marito, “Non mi piace! E a te?”. In seguito, sono emersi alimentazione ed il sonno difficili del bambino nonché gli scatti d'ira perché la madre e il padre non hanno ricevuto un sostegno precoce per creare un legame con il figlio.

- I genitori vedono lo stato di salute del loro bambino e si spaventano e si sentono così confusi da ritirarsi dal bambino o da rispondere in modo meccanico ed emotivamente non rispondente al loro bambino. Si tratta di *un contenimento piatto indicante* che i genitori hanno bisogno di sostegno terapeutico.
- Quando il bambino è così evitante, i genitori diventano negativamente intrusivi, ad esempio tenendolo in braccio o toccandolo in modo brusco o diventando beffardi, dispettosi, rumorosi o stimolandolo in modo inappropriato con oggetti per renderlo più vitale. Questo è il **contenimento convesso** descritto da Gianna Williams nel suo articolo “La funzione Omega” (1997).
- I genitori possono sentirsi così disturbati dalla mancanza di risposta del neonato evitante, dalla sua fragilità fisica o dalle complicazioni mediche, al punto da avere un approccio meccanico, emotivamente distante, depresso o ostile nei confronti del fragile neonato, in modo da proiettare tale disturbo su di lui. Questi ultimi due esempi di *contenimento convesso* richiedono anche interventi terapeutici da parte dei sanitari per prevenire l'insorgenza di psicopatologie nel bambino a lungo termine.
- Per i genitori traumatizzati dal permanere del piccolo in incubatrice è difficile mantenere la propria stabilità interiore. È facile che vengano messe in atto difese maniacali contro l'angoscia, la rabbia e la tristezza, cosicché, invece di sintonizzarsi con sensibilità con il piccolo, i genitori sorridono in modo difensivo quando il neonato è angosciato o non rispondono ai momenti in cui esso li chiama o li saluta in cerca di intimità con loro.

L'aiuto ai genitori in queste *interazioni reciproche disturbate* con il neonato pretermine è descritto in modo approfondito nel libro di Beebe *The Origins of Attachment* (2014) e in *Psychoanalytic Therapy with Infants and Parents* (2014) di Salomonsson. Desidero inoltre segnalarvi gli utilissimi interventi terapeutici in terapia intensiva neonatale dei nostri giovani psicoterapeuti infantili italiani, Scabia, Dioli, Testa e Colletti, che hanno scritto “Getting in touch: Helping parents and newborn babies to connect in the NICU” (Entrare in contatto: aiutare i genitori e i neonati ad entrare in contatto in terapia intensiva neonatale) pubblicato nella rivista *International Journal of Infant Observation* (2024).

Esempio di reciprocità madre-bambino

Il sanitario può promuovere maggiore interesse nei genitori e nel personale, se riesce ad osservare la comunicazione genitore-neonato. Ad esempio, possono essere osservati molti aspetti diversi nel comportamento non verbale, come i cambiamenti nello sguardo, nelle espressioni facciali, nell'orientamento della testa o nel sollevamento delle sopracciglia. Probabilmente si tratta di attività di elaborazione personale, nate per la sopravvivenza. Esiste un'influenza reciproca bidirezionale tra madre e neonato e la cosa più importante è riconoscere che la responsività non completa del "neonato pretermine non ancora completamente nato" può scoraggiare la naturale responsività dei genitori. Per tale motivo occorre prestare attenzione alle più minime interrelazioni tra neonato e genitori. I sanitari che descrivono e incoraggiano l'osservazione da parte dei genitori di quanto accade favoriranno un maggiore apprezzamento dell'interdipendenza tra neonato prematuro e genitori (Beebe: 2014).

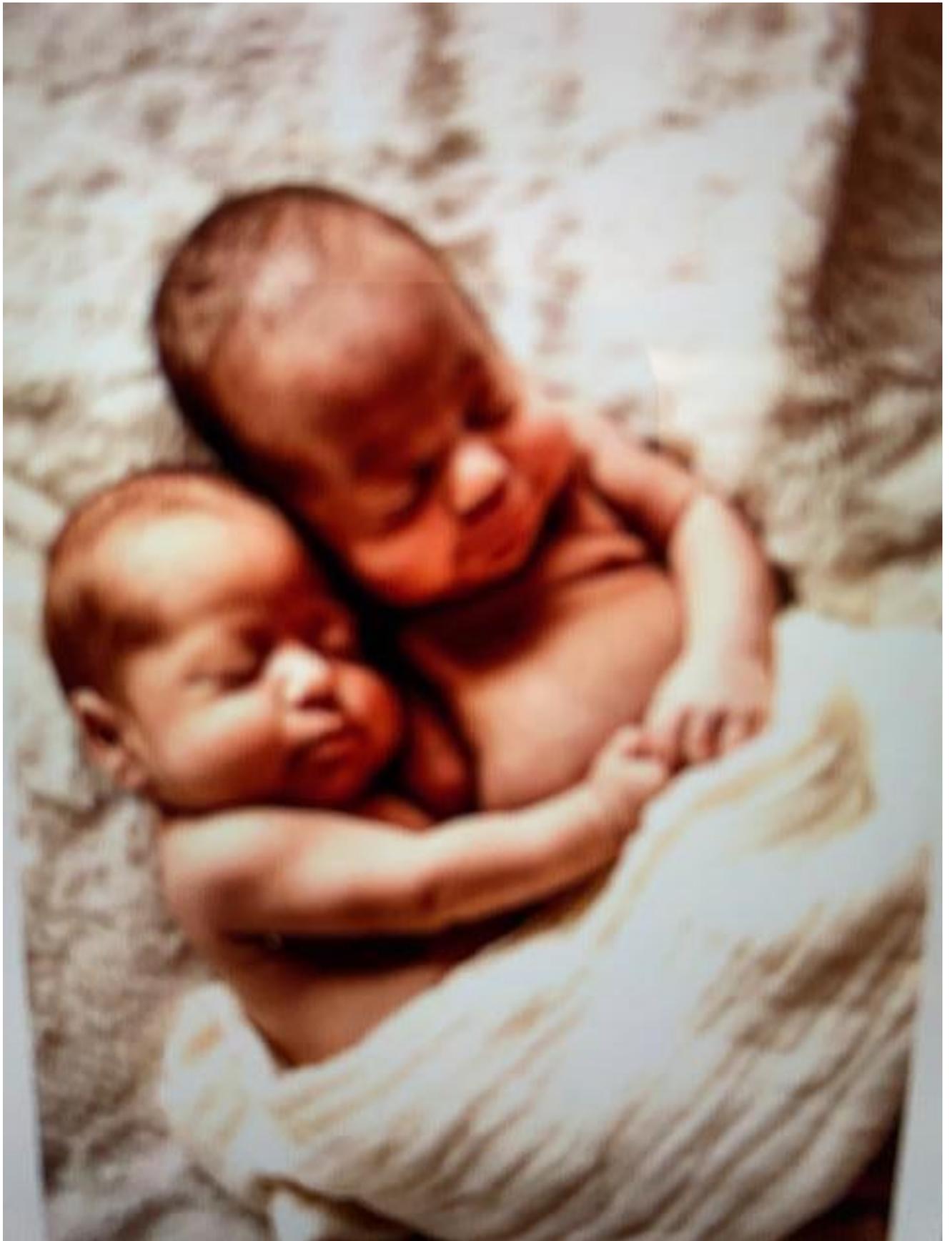


LA VOCE DEL GEMELLO PREMATURO

Ho un fratello gemello con cui ho condiviso quasi sette mesi nel grembo della mamma. Il mio gemello mi ha fatto compagnia e io sono attaccato a lui, ci tocchiamo, ci salutiamo (Magagna e Dominguez: 1997 e 2009). Perché ci separate e ci mettete in incubatrici diverse? Per piacere, osservatemi da solo come singolo ed unico individuo e di distinguate il mio aspetto, il mio comportamento e la mia personalità, che sono nettamente diversi da quelli del mio gemello.



Osservateci anche mentre stiamo insieme e fateci stare pelle a pelle, insieme o separatamente, con voi.



Gloria Dominguez e io abbiamo scritto sull'osservazione di due gemelli siamesi al Great Ormond Street Hospital, poi separati con successo con uno dei due che è mancato a cinque anni. Abbiamo descritto come l'osservatore, assieme ad un genitore, abbia osservato ciascun gemello per ½ ora, Peter, più attivo che piangeva in cerca di aiuto e poi per ½ ora l'altro gemello, Tom, più passivo e dipendente dal fratello. In tal modo l'osservatore partecipante ha permesso a ciascun genitore di sviluppare il proprio ruolo genitoriale di accudimento specificatamente per ciascun neonato. In ogni occasione, con il genitore ha osservato e commentato le attività di Tom e Peter e la loro relazione, notando i punti di forza e i sentimenti unici di ciascun gemello. L'osservatore partecipante ha anche osservato Tom e Peter insieme in altre occasioni. Descriviamo anche un'esperienza terapeutica speciale nel corso del tempo per il fratello gemello Peter, che ha vissuto un forte senso di colpa quando ha perso Tom, mancato a cinque anni.

LA VOCE DEL PALADINO: GEMELLI IN TERAPIA INTENSIVA, SEPARATI O INSIEME?

È molto importante trattare ogni gemello in modo individuale. Inoltre, ogni neonato può avere esigenze e condizioni mediche diverse; tuttavia, i progressi dei sensori e dei sistemi di monitoraggio rendono possibili interventi medici appropriati nelle incubatrici che accolgono entrambi i bambini insieme (co-bedding). (Walden: 2000).



La ricerca sul co-bedding ha dimostrato una migliore saturazione dell'ossigeno, minori episodi di apnea (Sizun et al: 2004); frequenze cardiache più stabili (Brooten et al: 2001); più bassi livelli di cortisolo, l'ormone dello stress: Milette e Carnevale: 2003); maggiori accrescimenti ponderali (Fegran et al: 2008); raggiungimento anticipato delle tappe dello sviluppo grazie alla continua interazione fisica ed emotiva (Charpak et al.:2005); nonché migliori risultati sociali ed emotivi con meno problemi comportamentali in seguito (Hayward e Madigan: 2008).

Naturalmente, vi sono situazioni in cui il co-bedding può essere controindicato ma, in generale, molti ricercatori medici sostengono l'importanza del co-bedding per i gemelli in terapia intensiva.

Osservazioni terapeutiche partecipate

Immagino che la maggior parte di voi penserà che fornire condizioni ottimali per stabilire un legame sicuro tra il neonato pretermine in incubatrice e i genitori sia troppo complicato e impossibile per l'equipe di terapia intensiva neonatale, ma esiste una possibile strada da percorrere.

Didier Houzel (1999), psicoanalista e professore presso un'università francese, ha elaborato un programma di intervento terapeutico molto utile per i bambini a rischio di autismo e di altre patologie. Ha insegnato agli studenti di psicologia come osservare le interazioni tra bambini e genitori utilizzando alcune delle teorie descritte nel bellissimo libro di Negri e Harris, *La storia dello sviluppo infantile* (1986) e nel libro di Daniel Stern, *Il mondo interpersonale del bambino* (1985). Successivamente, gli studenti di psicologia di Houzel osservano le relazioni reciproche neonato-genitore, scrivono relazioni dettagliate sull'osservazione e imparano nei seminari universitari di Houzel come affinare la propria capacità di osservazione e intervenire terapeuticamente con i genitori evidenziando i segnali di ingaggio reciproco che promuovono l'attaccamento sicuro del neonato ai genitori. Gli psicoterapeuti formati ai metodi Bick-Beebe di osservazione del neonato (Magagna: 2002) (Beebe: 2014) potrebbero condurre tali seminari nelle università per aiutare infermieri, pediatri e studenti di psicologia a notare i bambini a rischio di autismo. Successivamente, il conduttore del seminario permette agli studenti di svolgere un'osservazione terapeutica partecipata con i genitori e il loro bambino. Gli interventi psicoterapeutici sono stati studiati da Houzel per prevenire o almeno migliorare le complicazioni psicologiche e cognitive a lungo termine. Ho anche insegnato l'osservazione del neonato in collegamento video a 40 partecipanti settimanali ogni anno, con la speranza che una comunità più ampia che comprenda le interazioni bambino-genitore promuova relazioni reciproche più sane e incoraggi i sanitari a notare e intervenire molto presto nell'infanzia in caso di patologiche relazioni reciproche genitore-neonato. (Magagna: 2024).

CONCLUSIONI

Oltre 15 milioni di bambini nascono prematuri e oltre 1 milione di bambini pretermine non ce la fa. (Dioli et. al: 2024). Alcuni decessi possono essere evitati se onoriamo il diritto fondamentale del neonato pretermine e il bisogno essenziale di avere dei caregiver primari che siano sempre amorevolmente sensibili al piccolo prematuro, incoraggiandone così

l'attaccamento sicuro ai genitori. Tale base di fiducia e di sicurezza fisica ed emotiva produce i benefici a lungo termine che ho descritto. Un corso sull'osservazione del neonato secondo il metodo di Esther Bick è estremamente importante per i sanitari della Terapia intensiva neonatale (Magagna e Juarez: 2024). Ciò consentirà loro di avere un approccio più sofisticato e illuminato all'osservazione della reciprocità sana tra il bambino, i genitori e l'equipe della terapia intensiva neonatale e di quella non utile. In definitiva, stare accanto ai genitori, poter dare voce a ciò che è accaduto o sta accadendo, riconoscere e contenere i sentimenti intensi, aiuta a creare uno spazio psichico nella mente, in cui il bambino e i genitori possono far crescere la propria relazione (Emanuel: 2012, citato da Scabia et al. 2024). Noterete che ho sottolineato l'importanza della figura del padre in tutto il testo, ma allo stesso tempo siate consapevoli che il termine “i genitori” potrebbe riferirsi anche ad una coppia dello stesso sesso. Il termine “sanitari ” invece si riferisce a tutti i membri dell'equipe della Terapia Intensiva Neonatale.



In sostanza, il compito dell'ospedale è quello di creare condizioni fisiche favorevoli all'instaurazione del legame tra genitori e neonato, nonché una *Comunità di interesse* più efficace per il benessere psicofisico a lungo termine dello stesso. Sono necessari regolari appuntamenti di follow-up per la valutazione e per aiutare i genitori in ansia durante la

transizione a casa. Il loro bambino sta abbastanza bene da poter tornare a casa, ma ha bisogno di cure importanti per riprendersi dalle esperienze letali e dalle intrusioni mediche vissute in Terapia Intensiva.



Il bambino nasce per essere sempre amato, protetto da inutili angosce e nutrito per creare un legame amorevole con altri. È molto importante riconoscere che le prime settimane di vita del bambino "sono indicative" della vita che verrà per bambini e genitori!

Bibliografia

- Beebe, B. My journey in infant research and psychoanalysis. In: Ed. G. Leo. *Infant Research and Psychoanalysis*. Lecce, Italy: Frenis Zero. p. 49-125.
- Beebe, B. and Lachmann, F. M. (2014) *The Origins of Attachment*. London: Routledge.
- And Dougherty, K. Beebe, B. (2016). Mother-Infant Communication: The Research of Dr. Beatrice Beebe. PEP Video Grants, 1(2):11.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss, Vol. I*. New York: Basic Books.
- Botero, H. (2024) *Nace Un Bebe*.
- Cohen, M. (2003) *Sent Before Their Time*. London: Karnac.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press.

Harris, M. and Negri, R. *The Story of Infant Development*.

Houzel, D. (1999) A therapeutic application of infant observation to child psychiatry.

International Journal of Infant Observation .2 (3) 42-53.

Negri, R. (1994) *The Newborn in the Intensive Care Unit*. London: Karnac.

Porges, Stephen W. 2017. *Pocket Guide to the Polyvagal Theory: The Transformative Power of Feeling Safe*. New York: W

Salomonsson, B. (2014) *Psychoanalytic Therapy with Infants and Parents*. London: Routledge.

Two References Parents Might Find Helpful

French, K. and T, (2016) *Juniper: The girl who was born too soon*. New York: Little ,Brown and Company.

Gunter, J. (M.D.) (2010) *The Preemie Primer*: Cambridge, Massachusetts: Da Capo Press. This is helpful for parents to understand some of their baby's medical and psychological issues.

Other References

Beebe, B. My journey in infant research and psychoanalysis. In: Ed. G. Leo. *Infant Research and Psychoanalysis*. Lecce, Italy: Frenis Zero. p. 49-125.

Beebe , B. and Lachmann, F. M. (2014) *The Origins of Attachment*. London: Routledge.

And Dougherty, K. Beebe, B. (2016). Mother-Infant Communication: The Research of Dr. Beatrice Beebe. PEP Video Grants, 1(2):11.

Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss, Vol. I*. New York: Basic Books.

Botero, H. (2023) *Nace Un Bebe*. Mexico: Paridiso.

Cohen, M. (2003) *Sent Before Their Time*. London: Karnac.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation,*

Mentalization, and the Development of the Self. Other Press.

Harris, M. and Negri, R. *The Story of Infant Development*.

Houzel, D. (1999) A therapeutic application of infant observation to child psychiatry.

International Journal of Infant Observation .2 (3) 42-53.

Negri, R. (1994) *The Newborn in the Intensive Care Unit*. London: Karnac.

Porges, Stephen W. 2017. *Pocket Guide to the Polyvagal Theory: The Transformative*

Salomonsson, B. (2014) *Psychoanalytic Therapy with Infants and Parents*.

London: Routledge.

Two References Parents Might Find Helpful

French, K. and T, (2016) *Juniper: The girl who was born too soon*. New York: Little, Brown and Company.

Gunter, J. (M.D.) (2010) *The Premie Primer*: Cambridge, Massachusetts: Da Capo Press.

This is helpful for parents to understand some of their baby's medical and psychological issues.

Other References

Acquarone, Stella. 2007. *Children with Autism: Diagnosis and Intervention to Meet Their Needs*. London: Karnac Books.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates.

American Academy of Audiology. (2023). *New Technology: Preventing Hearing Loss In*

NICU Infants. Anand, K. J. S., & Scalzo, F. M. (2000). Can adverse neonatal experiences

Beebe, B. (2020) Urgent engagement in 9/11 pregnant widows and their infants:

Transmission of trauma. *Infancy* 23:165-189.

(2005). Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica*, 94(5), 514-522.

- Berta, L and Torchia, A. (1998) The contribution of infant observation to paediatrics. *International Journal of Infant Observation and Its Applications* . 2 (1) 11-21.
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA*, 288(6), 728-737.
- Bick, E. (1968) The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49: 484-486.
- Bion, W. R. (1952) *Learning from Experience*. London: William Heinemann. (reprinted by Karnac.
- Blackburn, S. T. (1998). Environmental impact of the NICU on developmental outcomes. *Journal of Pediatric Nursing*, 13(5), 279-289.
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., ... & Lawn, J. E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*, 379(9832), 2162-2172.
- Botero, Hilda. (2023) *Nace un Bebé*. Mexico: Editores Paradiso.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Brazelton, T. B. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)*. Spastics International Medical Publications.
- Briggs, S. (1997) *Patterns of Containment: Relationships of Mothers and Infants Where Infants Are At Potential Risk*. London: Jessica Kingsley.
- Brooten, D., Kumar, S., Brown, L., Butts, P., Finkler, S. A., Bakewell-Sachs, S., & Charpak, N., Ruiz, J. G., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., & Worku, B.
- Conde-Agudelo, A., Díaz-Rossello, J. L., & Belizán, J. M. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD002771.

Cong, X., Ludington-Hoe, S. M., McCain, G., & Fu, P. (2009). Kangaroo care modifies preterm infant heart rate variability in response to heel stick pain: Pilot study. *Early Human Development*, 85(9), 561-567.

Dunstan, P. (2012) *Calm the Crying: The Secret Baby Language That Reveals the Hidden Meaning Behind an Infant's Cry*. New York: Avery (Penguin Company).

Emanuel, L., (2012) Holding on, being held, letting go. The relevance to Bion's thinking for psychoanalytic work with parents, infants and children under five. *Journal of Child Psychotherapy*. 38 (3) 268-263.

Fedunina, N. (2024) Mother's Personal Communication.

Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816.

Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A. I. (2019). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry*, 75(1), 56-64.

Ferber, S. G., Makhoul, I. R., & Arnon, S. (2020). The relationship between skin-to-skin contact (kangaroo care) durations and the internalizing and externalizing behaviors of 3-year-olds. *Early Human Development*, 143, 104964.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press.

Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20-28.

Haag, G. (2022) **Grille d'évaluation de l'autisme: Cliniques des diagnostics et des processus de changement dans les TSA.** Paris: Presses Universitaires de France/.

Hayward and Madigan (2008) Coddling twins and higher order multiples. *Pediatrics* 121 (1073).

Houzel, D. (1999) A therapeutic application of infant observation to child psychiatry.

Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D., & Marlow, N. (2010).

Autism spectrum disorders in extremely preterm children. *Journal of Pediatrics*, 156(4), 525-531.

Johnston, C. C., Stevens, B., Pinelli, J., Gibbins, S., Fillion, F., Jack, A., ... & Veilleux, A.

(2003). Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(11), 1084-1088.

Lyons-Ruth, K. (1999) The two-person unconscious. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617.

Kitzinger, S. (1989). *The Crying Baby*. Penguin Books.

Kuhn, p., Zores, C., Astruc, D., Dufourg, M.N., Casper, C., Druot, L., 7 Messer, J. (2018)

Moderate acoustic changes in the NICU and improvement of the quietness during sleep. *Acta Paediatrica*, 107 (1) 95-99.

Lester, B. M., Boukydis, C. F., & Garcia-Coll, C. (2004). *Infant Crying: Theoretical and Research Perspectives*. Springer.

Magagna, J. (1997) "Tres anos de observacion de bebes con la Senora Bick", in *Investigation en psicoanalysis*, 19: No 1-2: 197-226. Asociacion Psicoanalitica de Buenos Aires, ApdeBa, Buenos Aires, Argentina. And Magagna, J. (2002) Three Years of Infant Observation with Mrs. Bick. In: Ed. A. Briggs, *Surviving Space: Papers on Infant Observation* London: Karnacs.

Magagna, J & Dominguez, (1997) "Un cas de jumeaux siamois". *L'Autonomie des bebes*. ed. Perez-Sanchez, M. Meyzieu: CESURA.

Magagna, J. & Dominguez (2007) The influence of conjoined twins on each other. In: Lew, V and Sharp, B. (Eds.) *Siblings in development: A psychoanalytic view*. London: Routledge.

J. Magagna, J. (2012). A baby's 'broken bridge' to the parents. Pp 57-77. In: J, Magagna Ed. (2012) *The Silent Child : Comunication wtihout Words* . London: Karnac.

Magagna, J. and Pasquini, P. (eds) (2014) *Estar presente para tu hijo en edad de*

parvulario. London: Karnac. Also on YouTube. In English Magagna, J. The Couple's Cradle for the Inner Child. In: Ed. J. Magagna, J. and P. Pasquini, *Being Present for Your Nursery Age Child*. London :Karnac.

- Magagna, Jeanne and Juarez, C. (Eds.) (2024) *La Observacion de Bebes, El Metodo Esther Bick de La Clinica Tavistock*. Mexico City: Biebel.

- Magagna, J. (2022) *El Nino Silencio*. Barcelona: Herder.

- Magagna, J. (2022) *These Speaking Hands*. Le Mani que parlano. *Contrappunto* : Vol 63. Florence, Italy.

Magagna, J and Cardenal, M (2023) *Revista Internacional de Observacion de bebes*. Vol 1 (2018-2023). Gradiva: Lima: Peru, South America.

Magagna, J. (2024) *Preserving these precious threads of love*. In Ed. Rosemary Freund, Rosanna Gentily, Maria G. Pappa. *Inizi Difficili*. Bologna: AIPES.

Main, M. (1985) *Security in infancy, childhood, and adulthood*. In I. Bretherton & E.

Waters (Eds.) *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research In Child Development, 50 (1-2_ , Serial No. 209) 60-106.*

Meltzer, D. (1992) *The Claustrium*. An Investigation of Claustrophobic Phenomena. Strathtay: Clunie.

Menzies-Lyth, I. (1960). *Social systems as a defence against anxiety. Human Relations, 13(2), 95-1* Anand, K. J., & Scalzo, F. M. (2000). *Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? Biology of the Neonate, 77(2), 69-82.*

Montirosso et al. (2017). *Early Developmental Trajectories in the Context of Neurodevelopmental Disorders: From Dyadic Interactions to Therapeutic Intervention* In: Ed. **Montirosso R, Borgatti R, Trojan S, Zanini R, Tronick E.** *Power of Feeling Safe*. New York: W. W. Norton & Company.

- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 543-561.
- Provenzi, L., Guida, E., Montirosso, R., Preterm behavioral epigenetics: a systemic review.(2018) *Neuroscience Biobehavioral Review* (84) 262-281.
- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. Norton & Company.
- Roitman , Y. (2023) Psychosis as a sacrifice of sovereignty, *Journal of Child Psychotherapy*, 49:3, 360-373,
- Saigal, S., & Doyle, L. W. (2008). An overview of the long-term outcomes of children born preterm. *The Lancet*. 371: 261-269.
- Scabia, A., Dioli, L, Testa, E., Coletti, E. (2024) Getting in touch, helping parents and newborn babies to connect in a NICU. *Journal of Infant Observation*. 17 (1) 68-79.
- Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. (2012). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of***
- Shoemark, H. (2008) Infant-Directed Singing as a vehicle for Regulation Rehearsal in the Medically Fragile Full;Term Infant. *Voices: a World Forum for Music Therapy*, 8 (2).
- Sizun, J. (2004) Bobedding twins and higher-order multiples. *Pediatrics* 121 (5) 1073-1079.**
- Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2019). Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology*, 1-15. Cambridge University Press.

Songbird Care. (2023). *Signs of Autism in Babies: 7 Early Signs to Recognize*. Retrieved from [Songbird Care](#)

Spitz, René A. (1945) "Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood." *The Psychoanalytic Study of the Child* 1 : 53-74.

Spitz, René A. (1952) *Psychogenic Diseases in Infancy: An Attempt at Their Etiology and Classification. Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 255-275.

Tustin, F. (1981) *Autistic States in Children*. London: Routledge.

Walden, M. (2000). Cobedding of Twins and Higher-Order Multiples in the Hospital Setting: Practice and Potential Benefits. *Pediatrics*, 105(Supplement), 457-460.

Welch, M. G., Ludwig, R. J., Austin, J., Chen, J., Berger, S. E., Yoo, Y., ... & Porges, S. W. (2016). Family Nurture Intervention (FNI): Theoretical Framework, Evidence of Efficacy, and Lessons Learned. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(7), 961-973.

Williams, G. (1997). The Omega Function. *International Journal of Psychoanalysis*, 78(2), 277-292.

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. International Universities Press.

