

Volume 2 - Numero 1 - Maggio 2008

Rivista Italiana

La Care in Perinatologia

Editor in Chief
Arturo Giustardi

Executive Editor
Massimo Agosti

Assistant Editor
Francesco Tandoi

Editorial Board

Graziella Andrich, Marina Battaglioli, Maria Elena Bolis,
Onorina Chinetti, Elsa Del Bo, Arianna De Martino,
Giusy Di Lorenzo, Anna Maria Di Paolo, Gennaro Disiena,
Elisa Facondini, Matilde Ghinassi, Lorenzo Giacchetti,
Sandra Lazzari, Giovanna Liguoro, Gianluca Lista,
Nicoletta Mallozza, Isabella Mondello, Romeo Nicola,
Luigi Orfeo, Maria Pia Paganelli, Lorena Paghinini,
Anna Persico, Angela Bossi, Paola Serafini,
Gino Soldera, Monika Stablum, Stefania Viero,
Vincenzo Zanardo

www.careperinatologia.it

Autorizzazione Tribunale Bologna (In attesa del n. di registrazione)

Copyright © 2008



Via Gennari 81, 44042 Cento (Fe)
Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368
www.editeam.it - info@editeam.it

Progetto grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, tradotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore.

L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

Finito di stampare nel mese di Maggio 2008.

Indice

Editoriale pag.	1
Francesco Tandoi	
La continuità della Relazione: dal bonding prenatale all'attaccamento postnatale “	2
Gino Soldera, Treviso, Maria Beatrice Nava, Bergamo	
La clinica della genitorialità osservata dal neonatologo “	13
Nicola Romeo, Rimini	
La culla vuota: rottura e riequilibrio di una genitorialità prematura “	16
Elena Bolis, Varese	
Scelti per voi “	23
Home and Abroad “	25

La culla vuota: rottura e riequilibrio di una genitorialità prematura

Elena Bolis

Nido, Neonatologia e TIN - Ospedale "F. Del Ponte", Varese

Il progresso tecnologico degli ultimi decenni nell'ambito delle cure intensive neonatali, ha portato ad una sensibile riduzione del tasso di mortalità neonatale, modificando così anche la frequenza e il tipo di morbidità.

I successi prodigiosi ottenuti dalla medicina in ambito perinatale, grazie a cure sempre più sofisticate e l'ausilio dell'alta tecnologia, hanno permesso la sopravvivenza di neonati sempre più piccoli e con patologie più complesse.

Sono emerse tuttavia nuove problematiche ed interrogativi, che pongono oggi al centro dell'attenzione l'outcome e la qualità di vita di questi neonati prematuri, non soltanto da un punto di vista medico, ma anche secondo un'ottica di sviluppo psichico, sociale, relazionale.

La necessità di conoscere la sorte dei figli salvati dalle macchine e l'esigenza di strutturare approcci medico-psicologici atti a garantire ai sopravvissuti uno sviluppo fisico-psichico il più favorevole possibile, ha favorito la produzione di una vasta letteratura sull'argomento.

Al di là dei dati clinici che si stanno accumulando nel corso degli ultimi anni, è il follow-up che proviene dalla storia a fornirci dati più incoraggianti: tra le fila dei nati prematuri si annoverano Keplero, Newton, Thomas Hobbes, Pablo Picasso, Wiston Churchill.

Questi modelli rassicuranti mostrano come il potenziale e le risorse umane del singolo, al di là delle macchine salvifiche, siano infinite e sorprendenti e di come non sia possibile assumere un approccio strettamente deterministico in campo di potenzialità di sviluppo.

La "condizione organica di prematurità" ha perso così progressivamente la sua connotazio-

ne di unicità e centralità nella genesi dei disturbi evolutivi ed è stata contestualizzata in una visione più globale di sviluppo, considerato come la risultanza dell'interazione di più fattori.

Ha assunto grande rilevanza la funzione dell'ambiente socio-affettivo con cui il neonato interagisce sin dai primi momenti: si è riconosciuto come la sua vulnerabilità neurocomportamentale del prematuro possa essere influenzata e modulata in senso facilitante o ostacolante, dall'ambiente che lo circonda, dalle modalità di cura e protezione delle figure primarie.

Sono diventati quindi oggetto di studio le difficoltà genitoriali, i vissuti e le reazioni emotive delle madri alla nascita prematura e si indagano i danni dovuti alla separazione neonatale precoce.

Parlare di prematurità richiede, quindi, il contributo di diversi saperi, in un intrecciarsi di complesse dinamiche psichiche della madre, limiti biologici del bambino, offerta della scienza.

Nell'ottica dell'attaccamento la nascita prematura può avere un impatto drammatico sugli inizi della vita sociale del bambino e sulla costruzione del legame affettivo con la madre, interferendo con la strutturazione del legame di bonding.

In condizioni fisiologiche madre e bambino sperimentano, nei giorni successivi al parto, una dimensione relazionale ed affettiva che permette loro di creare un legame, una connessione, un'intimità. Grazie alla possibilità di un contatto prolungato e continuativo, imparano presto a coordinare i loro comportamenti, a sincronizzarli, ognuno riconoscendo e adattandosi ai ritmi dell'altro. L'esperienza emozionale del bambino si sviluppa in sintonia con gli input dati dalla madre e dal padre. Attraverso i canali di sen-

so con il contatto corporeo, la manipolazione, lo scambio emotivo, mamma e bambino costruiscono insieme un senso di appartenenza reciproca. All'interno della relazione il bambino impara a riconoscersi come individuo e a dare significato a ciò che lo circonda, mentre la madre si riconosce come genitore e, attraverso i feedback che il figlio le restituisce, aumenta il senso di sicurezza e fiducia delle proprie capacità materne. Il bonding è la premessa per una buona relazione e uno sviluppo del bambino e genitoriale favorevole. Una precoce separazione può provocare dei danni spesso irreversibili.

In una nascita prematura i primi rapporti tra la madre e il piccolo prematuro avvengono nel reparto di terapia intensiva neonatale, un ambiente stressante ed ostile per la diade e assai poco favorevole agli scambi relazionali. L'incubatrice, che assicura il mantenimento della temperatura, umidità e concentrazione di ossigeno, costituisce, di fatto, una vera e propria barriera fisica all'interazione fisica e affettiva. In queste condizioni la madre non può compiere quei gesti che portano a prendere confidenza con il proprio ruolo genitoriale e naturalmente all'attaccamento.

La sopravvivenza del proprio figlio è appesa ai fili di macchinari sofisticati e alle cure costanti di specialisti, le modalità e le tempistiche d'accudimento non sono subordinate ai ritmi e alle esigenze relazionali ma determinate dalla struttura ospedaliera.

La forte sensazione di impotenza e inutilità relega i genitori in un vissuto di estraneità, caratterizzato dal sentirsi "visitatori", piuttosto che i reali genitori di quel bambino.

Il carattere altamente tecnico e strumentale dell'ambiente in cui madre e bambino vivono i primi momenti di relazione ha inevitabilmente una forte ripercussione sull'immaginario materno. Con l'entrata in TIN, i pensieri della madre rimangono in massima parte assorbiti da preoccupazioni concrete di carattere medico, centrate sul corpo e sulle problematiche fisiche del bambino, spostando interamente il contesto emotivo dell'elaborazione della relazione agli aspetti più tecnici. Spesso la donna si trova a vivere un bambino indiretto, raccontato dalle parole dei medici e interpretato attraverso i suoni dei monitor: il contatto intimo attraverso lo sguardo e il tatto lascia il posto ad una conoscenza mediata dall'ambiente circostante. Lo spazio dedicato al "prenderci cura" viene ridimensionato in un'ottica di "cura", con una restrizione delle espressioni emotive, fantastiche e simboliche. I primi

contatti relazionali rischiano spesso di caratterizzarsi per un vuoto rappresentativo e una forte coartazione emotiva della madre.

Se pochi sono gli scambi affettivi positivi, l'interazione anche quando è permessa è resa difficile dalla condizione di immaturità e instabilità del neonato che fatica a reagire e tollerare gli stimoli esterni. In generale il bambino pretermine non è un partner sociale ideale in quanto è meno attraente, adattabile e prevedibile di un bambino fisiologico.

Il suo organismo non ha ancora raggiunto la capacità di autoregolazione a causa dell'immaturità neurocomportamentale che lo contraddistingue; per questa ragione, il piccolo non è ancora pronto a ricevere stimoli complessi, quali quelli di natura sociale, motivo per cui, cerca di difendersi adottando strategie di risposte evitanti o disorganizzate. L'assenza di un'organizzazione comportamentale periodica e prevedibile rende, nei primi tempi, più difficile per il neonato adattarsi alle richieste ambientali e, viceversa, rende problematico all'adulto interpretare i suoi segnali. I due sistemi che dovrebbero entrare in comunicazione si trovano in una situazione di squilibrio, in quanto le funzioni dell'uno non sono ancora sufficientemente mature per aprirsi al rapporto e quelle dell'altro non trovano sequenze temporali organizzate nelle quali inserirsi.

Questo alimenta nei genitori il senso di sfiducia nelle proprie capacità di accudimento, accompagnato da un forte senso di frustrazione, sentimenti che disincentivano i tentativi di entrare in relazione con il neonato. L'interazione non garantisce quelle rassicurazioni e incoraggiamenti di cui hanno bisogno per sentirsi confermati e amati dal proprio bambino.

Per quanto riguarda il genitore, la prematurità del bambino può avere un forte impatto traumatico e generare sentimenti di scoraggiamento, di stanchezza, di incredulità, di lutto, elementi tutti che possono interferire con la sensibilità e disponibilità della madre ad entrare in relazione empatica con lui. Bisogna infatti sottolineare come la nascita prematura si inserisca traumaticamente nella vita reale e mentale della coppia, provocando spesso un forte shock emotivo.

L'"evento nascita", spesso atteso come l'apice della tempesta emotiva che l'arrivo di un figlio evoca nella coppia, il momento di verifica delle proprie capacità generative, diviene invece un evento luttuoso che obbliga entrambi a confrontarsi con vissuti di angoscia, dolore, perdita. La prematurità viene così a costituirsi

come un fattore altamente disorganizzante per il funzionamento mentale dei genitori, per la stabilità emozionale, interferendo con i complessi e articolati processi dinamici che portano alla genitorialità.

Il complesso lavoro di destrutturazione e riorganizzazione personale che ogni nascita porta con sé, può, infatti, in questa situazione di criticità, realizzarsi con estrema difficoltà ostacolando l'organizzarsi di una funzione genitoriale favorevole allo sviluppo di un bambino.

La maternità non è, infatti, un sentimento o un'attitudine innata che scatta automaticamente alla nascita, ma piuttosto un sentimento che si sviluppa nel tempo.

Il termine "transizione alla genitorialità" sottolinea la dinamicità di questo processo in un continuo divenire lungo i nove mesi della gestazione fino al primo anno di vita.

Nel corso dei nove mesi, tanto la madre, quanto il figlio, subiscono profondi cambiamenti che li preparano al momento del parto. Mentre il bambino reale si sviluppa fisicamente nell'utero quello immaginario si sviluppa fantastichemente nell'utero psichico della madre e ne anticipa lo sviluppo.

Le trasformazioni emotive e psicologiche che la donna vive in gravidanza sono funzionali all'elaborazione di nuove rappresentazioni mentali relative al sé come madre e al nascituro, con la creazione di uno spazio mentale ed affettivo, dove accogliere, nutrire e far crescere il proprio bambino e la propria dimensione materna. La donna deve compiere quel cruciale passaggio dal ruolo di figlia al ruolo di madre, da "oggetto" di cura a "soggetto" che si prende cura in una progressiva riorganizzazione del suo assetto psichico. Questo processo consente quindi alla donna di riconoscere alla nascita il proprio bambino, investendolo di un amore oggettuale.

In caso di prematurità, la donna interrompe troppo precocemente la gravidanza, in una fase in cui non è ancora psicologicamente pronta a far nascere il proprio figlio e nascere ella stessa come madre.

Il parto improvviso non trova soltanto un bambino prematuro, ma anche una madre impreparata e prematura. Come il bambino non ha raggiunto, infatti, un grado di sviluppo necessario che possa garantirgli la sopravvivenza autonoma, così la donna non ha raggiunto ancora un grado di sviluppo affettivo, mentale, rappresentativo, che le consenta di vivere il suo ruolo di madre.

La nascita prematura amputa quindi la gravidanza, negandone alla madre gli ultimi mesi, tappe psichiche cruciali per la differenziazione e separazione psichica dal bambino.

Spesso, in caso di grossa prematurità, ella sta ancora attraversando una fase simbiotica, dove gli esatti confini tra il sé e il nascituro non sono chiaramente percepiti. Il figlio è ancora vissuto come un prolungamento del sé narcisistico e la creazione dell'immagine come persona distinta e indipendente è in uno stato di abbozzo, così come la propria immagine materna.

Inoltre negli ultimi mesi di una gravidanza fisiologica vi è normalmente una progressiva riduzione delle rappresentazioni, forse come difesa della madre contro l'inevitabile discordanza tra le proprie fantasie e l'imminente realtà del nascituro. Il neonato prima del termine corrisponde invece ancora, nella mente della madre, ad un'immagine molto idealizzata e perfetta di bambino, che racchiude in sé gli ideali dell'Io della gestante. Il colmare il divario tra ideale e reale richiede alla donna un lungo e costoso processo di elaborazione.

La rapidità del parto, provoca un passaggio troppo brusco ed inaspettato da una sensazione di pienezza e perfezione a quello di "contenitore privo d'oggetto", creando una situazione di shock. La mente infatti non riesce ad adattarsi altrettanto velocemente alla realtà e questo genera vissuti di disorientamento, estraneità, confusione, con la sensazione di avere "pancia e le braccia vuote".

La madre finisce spesso per provare un profondo senso di insoddisfazione, di delusione rispetto alle aspettative, un senso di incompletezza. Sente, infatti, di non essere riuscita a portare a termine il suo compito generativo, di non aver saputo creare quel "bambino bellissimo" corrispondente al proprio ideale. La nascita è caratterizzata da un forte senso di fallimento e vissuta come una profonda ferita narcisistica. Il bambino che ha lasciato l'utero materno troppo precocemente, è un bambino non finito, un bambino imperfetto, che verrà protetto e completato in altri luoghi da persone più competenti, pronte a riparare ciò che lei non è stata in grado di fare. Questo sentimento di inadeguatezza viene proiettato sulla percezione della propria capacità di essere genitori quasi come se le competenze genitoriali fossero direttamente correlate a quelle generative. Non aver saputo trattenere, contenere, proteggere in utero, equivarrebbe a non sapere accudire fuori dall'utero.

Si viene così a costituire un doppio lutto: quello legato alla perdita del bambino immaginario, ideale e quello dell'immagine di sé come "buon genitore" portatore di vita.

Il figlio che si trova davanti è ben diverso dal bambino ideale che ha costellato l'immaginario materno durante la gravidanza: il neonato che le si presenta sembra concretizzare i fantasmi di mutilazione, deformità e morte, fonte di angoscia in gravidanza. Molte donne hanno una fase iniziale di rifiuto o sentimenti molto ambivalenti nei confronti del bambino prematuro: da un lato angoscia e preoccupazione per la sua sopravvivenza, dall'altro delusione e frustrazione.

Il bambino viene vissuto con una doppia simbologia: come pericoloso per l'incolumità psichica del genitore e contemporaneamente in pericolo e quindi oggetto di preoccupazione dello stesso.

La madre trova spesso difficoltà nel riconoscere in quel bambino il proprio figlio, frutto di un personale progetto familiare. La nascita prematura si configura come brusca rottura rispetto alle attese e alle aspettative con una difficoltà a collocare e accogliere il neonato all'interno della propria storia familiare. La donna non riuscirebbe, infatti, nel difficile compito di disinvestire il bambino della gravidanza per reinvestire i medesimi sentimenti su quello che si trova davanti.

La rottura con il passato relega la neo famiglia in un presente ritualizzato di giorno in giorno, che assorbe il passato e il futuro in una sorta di atemporalità. Entrambi i genitori si sentono sospesi in uno stato di incertezza, dovendosi accontentare di prognosi temporanee e indefinite, nell'impossibilità medica di fare previsioni precise su eventuali sequele neurologiche e deficit permanenti. Il vissuto di precarietà e incertezza che contraddistingue il primo periodo, agisce arrestando la dimensione fantasmatica materna e la progettualità futura: vi è un'incapacità a creare uno spazio mentale per "sentire" e "pensare" il bambino. Insieme al bambino ideale si perde anche la libertà di pregustare in anticipo il suo futuro e quello familiare. I genitori si trovano paralizzati in un "qui ed ora" pregno di angoscia e paura di morte.

Vi è una posticipazione dell'investimento affettivo, per proteggersi dal dolore della perdita e limitare l'angoscia del possibile lutto. Per scaramanzia non si fanno i preparativi per il ritorno a casa, in una sorta di "lutto anticipato". La nascita pretermine diviene, in alcuni casi, solo un atto medico: dovrà avvenire una seconda nascita con la dimissione.

Questo spostare il "tempo" dell'investimento genitoriale e della ripresa emotiva rappresenta un atteggiamento difensivo volto a proteggere la madre dalla paura della perdita del bambino, dal rischio di "cadere" in uno stato psicologico di insicurezza, depressione e apatia. Se inizialmente può essere una modalità funzionale, che permette un adattamento graduale alla realtà, se protratto nel tempo, può portare a difficoltà nel trovare una sintonia empatica con il proprio bambino, a rintracciare quei fili relazionali e rappresentazionali interrotti bruscamente dalla nascita prematura.

Sentimento comune, che rappresenta un passaggio cruciale nell'elaborazione del lutto, è la rabbia, sentimento spesso proiettato verso bersagli diversi: l'équipe medica, attraverso aggressioni o meccanismi svalutanti, verso il bambino che ha deluso aspettative del genitore e li ha relegati in una condizione di sofferenza, verso il destino o persone esterne ritenute più fortunate. La rabbia talvolta viene introiettata portando spesso ad un aumento dei sentimenti depressivi, sensi di colpa e di inadeguatezza.

Dobbiamo sottolineare come, nonostante dalle storie singole possano emergere vissuti e tratti comuni, ogni genitore reagisce alla nascita prematura del proprio figlio con modalità e tempistiche che lo caratterizzano: non tutti provano le medesime angosce, mettono in campo le stesse difese, né tutti conservano le stesse tracce di questo sconvolgimento.

Le reazioni dipendono sia dalla propria storia di sviluppo - rapporto con i genitori e stile di attaccamento - sia dalla situazione attuale - struttura di personalità, capacità di coping, rapporto di coppia, sostegno familiare.

Nella migliore delle ipotesi il trauma, il rifiuto, la rabbia, le colpevolizzazioni sono funzionali all'accettazione della realtà, poiché danno il tempo per metabolizzarla assorbendo l'evento traumatico gradualmente. Il processo di lutto implica, quindi, fasi che portano progressivamente alla mobilitazione delle risorse personali e alla ristrutturazione e riorganizzazione cognitiva.

Alcune madri si rivelano capaci di elaborare l'accaduto e di stabilire con il bambino legami di attaccamento sicuri ed empatici. Queste madri riescono a reinvestire su se stesse in quanto buoni genitori, capaci di amare e di prendersi cura del loro bambino come oggetto di amore.

Quando invece queste emozioni si cristallizzano impediscono alla madre di reagire in modo funzionale, diventano quindi patologici-

che, continuando ad influenzare l'atteggiamento del genitore verso il figlio anche a diversi anni di distanza.

Il processo di lutto mal elaborato, i meccanismi di difesa, possono rendere estremamente difficile affrontare la realtà di malattia del figlio, portando all'assunzione di comportamenti e stili genitoriali non favorevoli al potenziale di sviluppo del bambino.

Alcuni genitori rimangono a tal punto intrappolati nel fantasma della prematurità, da non riuscire a stabilire una relazione armonica con il proprio figlio, con la tendenza a sviluppare rapporti sbilanciati in termini di distanza-vicinanza affettiva. In alcuni casi si strutturano dinamiche relazionali iperprotettive ed estremamente invischianti, all'estremo opposto, atteggiamenti distanzianti, rifiutanti.

In generale la non completa integrazione del trauma rischia di rendere l'etichetta di neonato prematuro un marchio indelebile per tutta la vita, nucleo attorno al quale si organizzeranno le successive rappresentazioni del figlio, il legame di attaccamento e il proprio stile genitoriale.

La visione del figlio non sarebbe tanto basata sul riconoscimento del bambino reale, ma sulle necessità affettive, riparatorie, sulle paure, sui conflitti materni.

Il bambino reale faticerebbe a trovare uno spazio mentale genitoriale entro il quale collocarsi, nel quale sentirsi riconosciuto ed accettato per quelli che sono i propri limiti, ma anche per le proprie risorse. Tanto più il bambino reale viene oscurato dalle fantasie, paure, idealizzazioni genitoriali, tanto più i suoi bisogni saranno disattesi.

L'incapacità di alcune madri a decentrarsi in favore della prospettiva del figlio, ad attuare quello spostamento dell'investimento da sé all'"Altro", impedisce in definitiva di dare e riconoscere piena soggettività al bambino, processo che implica l'accettazione delle sue necessità, diverse dalle proprie.

"Sembra talvolta che ci sia in queste madri una difficoltà a delimitare degli esatti confini tra il sé e il bambino, e a distinguere aspetti del neonato da vissuti che sono propri. La presa di coscienza di quanto riguarda il mondo interiore della madre distintamente dal bambino, la differenziazione tra il figlio, la sua sofferenza i suoi bisogni e se stesse, si pone come aspetto molto significativo per l'attuazione del processo di separazione-individuazione così diffi-

cile da ottenere in caso di nascita prematura" (Negri R, 1998).

Verrebbe così a mancare la possibilità di creare una relazione autentica, un rapporto basato sulla capacità di regressione, identificazione, sintonizzazione affettiva con il mondo interiore del bambino, processi che permettono al genitore di "vederlo" per ciò che è realmente e "sentirlo" per quelli che sono i suoi effettivi bisogni e necessità.

Tale situazione affettiva può portare spesso ad uno sbilanciamento dell'investimento sul figlio: se da un punto di vista operativo il bambino è iperinvestito, con un'attenzione verso il "fare" e un'eccessiva razionalizzazione delle cure, dall'altro c'è un'incapacità a calarsi in una dimensione dello "stare" e "sentire", con un investimento empatico e una risonanza affettiva limitata. Questo rischia di provocare grossi danni evolutivi al figlio.

Una visione reale del bambino porta, infatti, a proporre all'interno della relazione, stimolazioni adeguate e favorevoli al suo sviluppo, riconoscendo le sue capacità e competenze ma anche le sue difficoltà e limiti.

Una visione basata sulle proprie aspettative ed esigenze emotive, non permette, invece, il rispetto dei tempi di sviluppo. La sovra-stimolazione genitoriale a cui vanno incontro alcuni bambini prematuri, sembrerebbe più funzionale ad esorcizzare fantasmi e paure di menomazioni psichiche del proprio figlio, che a favorire il suo sviluppo.

Queste riflessioni evidenziano la necessità, nel processo di cura del pretermine, di una presa in carico anche genitoriale, considerando l'ambiente familiare che circonda e si prenderà cura del bambino un fattore prognostico fondamentale per il suo sviluppo.

La guarigione fisica, infatti, non corrisponde necessariamente a quella psichica: un bambino non guarisce completamente fino a quando la sua identità di malato non viene rimossa dalla mente dei genitori, i quali devono iniziare a conoscerlo e a ricostruire la sua nuova identità.

Bibliografia

1. Affleck G, Tennen H, Rowe J. Mothers, fathers and the crisis of the newborn intensive care. *Infant Mental Health Journal* 1990; 11: 12-25.
2. Carel A. Il neonato a rischio e i suoi genitori. In: E. Kestemberg (a cura di). *Il bambino prematuro. I rischi dello sviluppo*. 1977; pp. 75-97. Trad. it. La Nuova Italia 1981.

3. Dell'Antonio A, Paludetto R. Il bambino nato pretermine. Armando, Roma 1987.
 4. Fava Vizzello G, Zorzi C, Bottos M. Figli delle macchine. Masson 1992.
 5. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of premature. *Pediatrics* 2006; 118 (1): 107-114.
 6. Giannotti A et al. Equilibrio e rottura dell'equilibrio tra fantasie inconscie dei genitori e sviluppo normale e patologico del bambino. In: *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Borla Editore 1989.
 7. Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Ludorff K, Wirthaut J, Ohrmann P, Heming-Franz I, Klöckenbusch W, Harms E, Arolt V. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal Psychosomatic Research* 2004; 57 (5): 473-476.
 8. Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 2005; 115 (4): 915-919.
 9. Lebovici. Il neonato, la madre e lo psicanalista: le interazioni precoci. Borla Editore 1998.
 10. Negri R. Il neonato in terapia intensiva. Cortina, Milano 1994.
 11. Pazzagli A, Benvenuti P, Guerrini O e Degli Innocenti (a cura di) "Bambini e genitori. Attaccamento e psicopatologia". Loggia De Lanzi, Firenze 1995.
 12. Singer LT et al. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant, *JAMA* 2003; 281: 799-805.
-