

“Keeping the baby in mind” (Arietta Slade)

TITOLO

Diagnosi precoce del disturbo della relazione madre-bambino: l’osservazione clinica e l’intervento a livello territoriale

Gattoni Maria Beatrice¹, Desideri Maria Gabriella², Dabrassi Francesca³, Brighenti Maurizio⁴

¹ Neuropsichiatra Infantile, U.O.C. Materno Infantile Età Evolutiva e Famiglia - Neuropsichiatra Infantile, Ulss 20 Verona

² Psicologa, psicoterapeuta, U.O.C. Materno Infantile Età Evolutiva e Famiglia - Neuropsichiatra Infantile, Ulss 20 Verona

³ Psicologa, Dottore di ricerca in Psicologia Generale e Clinica, Università degli Studi di Brescia

⁴ Direttore U.O.C. Materno Infantile Età Evolutiva e Famiglia - Neuropsichiatra Infantile, Ulss 20 Verona

INTRODUZIONE

Nell’attività ambulatoriale di un Servizio di Neuropsichiatra Infantile è esperienza piuttosto frequente riscontrare che la maggior parte delle situazioni di psicopatologia presentano nella anamnesi il dato di un anomalo processo di attaccamento nei primi mesi di vita. Questo dato si accompagna poi con relativa costanza alla presenza di una depressione materna concomitante, insorta nel puerperio, e subdolamente cronicizzata, spesso senza alcun intervento terapeutico, né di tipo psicologico né farmacologico. Non di rado emerge durante il colloquio clinico il ricordo nella madre di una sua condizione di sofferenza già durante la gravidanza, per la quale non aveva ricevuto alcun aiuto. Questo dato è concorde con le conclusioni delle ricerche più recenti (Evans e coll., 2001; Della Vedova e coll., 2008), che mettono in luce come il periodo della gravidanza, non solo quello post partum, debba essere considerato con particolare attenzione riguardo alla salute mentale della donna.

Negli ultimi anni la depressione post partum è stata al centro di numerosi studi (Murray, Cooper, 1999; Tronick, 1999; Agostini e coll., 2002; Della Vedova e coll., 2008; Dabrassi, Imbasciati, 2011), sia per un preoccupante innalzamento del dato di prevalenza, sia anche per l’esito a volte drammatico di queste situazioni che, attraverso i media, colpiscono l’opinione pubblica e sembrano accadere senza una causa.

Spesso si sente parlare di una percentuale che varia dal 30% all'85% per i casi a rischio di depressione (O'Hara, Swain, 1996), dato che può far pensare ad una certa confusione sul campionamento, oppure che il range della diagnosi possa includere anche condizioni vicine alla normalità. E' questo forse il caso della maternity blues (Monti, Agostini, 2006), definita come uno stato quasi fisiologico del puerperio e che rappresenta la condizione mentale della donna nel dopo parto in relazione ai repentini processi di adattamento ormonale. La maternity blues avviene generalmente 3-7 giorni dopo il parto con uno stato di depressione che si manifesta con irritabilità, labilità affettiva, crisi di pianto alternate a momenti euforici. Come possiamo evincere da questa breve descrizione si tratta di forme di depressione di natura più transitoria. In effetti le stime di casi di vera e propria depressione post partum si aggirano intorno al 10-18%, intorno al 2-3% se si tratta di un disturbo da stress post traumatico post partum, dell'1-2% se riguarda una vera e propria psicosi puerperale.

Le donne devianti, inviate dai servizi sociali per una valutazione psicologica delle capacità genitoriali, che presentano disturbi della personalità, mostrano un attaccamento verso il bambino, già a livello prenatale, notevolmente più basso rispetto alla popolazione normale: su quaranta donne solo due avevano un attaccamento ottimale al feto e molte affermavano di provare insofferenza e aggressività verso il feto (Pollok, Percy, 1999). Così pure studi su gestanti tossicodipendenti evidenziano bassi livelli di attaccamento al feto (Mikhail et al., 1995).

Quello che sta assumendo una sempre maggiore chiarezza è che la condizione psicologica della mamma è la base su cui il neonato costruisce il suo processo di sviluppo (Della Vedova, 2008; Imbasciati, 1997, 2008; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007, 2011).

I dati della ricerca e della osservazione clinica, anche attraverso l'uso sempre più sistematico della Ecografia, hanno permesso di modificare l'idea di un feto egoisticamente isolato e assente. La gravidanza non viene più interpretata come un periodo di 40 settimane in cui il feto va incontro ad un processo di sviluppo somato-sensoriale, completamente immerso in un ambiente fisico, l'utero materno, che lo protegge nella sua fragilità. Oggi la letteratura ha evidenziato come tra la madre ed il suo bambino si instaura precocemente una relazione che utilizza prevalentemente la sensorialità come codice comunicativo (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007, 2011; Imbasciati, Cena, 2008, 2010).

Questa relazione, che avviene in modo automatico, continuativo e prevalentemente inconscio, ha dunque le stesse caratteristiche di ciò che Stern (1985) ha chiamato "dialogo

tonico”, che avviene nei primi mesi di vita del bambino e che è alla base dello sviluppo del processo di attaccamento.

Donald Winnicott (1956, 1965, 1970, 1987) è stato il primo autore che ha spostato l'attenzione dal bambino alla diade madre-bambino. La “madre-ambiente” (Winnicott, 1970) è una sua definizione, che sviluppa un concetto di base: nessun bambino può crescere al di fuori della relazione con la sua mamma. Il corredo genetico fornisce al bambino gli elementi su cui l'interazione affettiva con la figura di riferimento agisce da catalizzatore. Quindi nella comunicazione con il suo bambino la mamma, già a partire dalla gravidanza, può esercitare un effetto diretto sul processo di crescita, non solo somatico, ma soprattutto mentale. La capacità della madre di entrare in sintonia con gli aspetti più affettivi ed emotivi del bambino permette la costruzione di quei legami di attaccamento, sicurezza ed affetto che sono la base della costruzione di relazioni umane soddisfacenti (Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988).

Se le cose stanno così è assolutamente necessario che la mamma si senta in equilibrio con se stessa per poter svolgere questo delicato ruolo.

Ma essere mamma non è sempre un evento felice o quantomeno facile: la maternità è un momento di riorganizzazione psichica, di cambiamento, di crisi d'identità (Bibring, 1959, 1961), una tappa fondamentale per la definizione del ruolo femminile. In essa avviene una sorta di identificazione con la propria madre, ma anche una riattivazione di conflitti infantili che portano alla costruzione di una “costellazione materna” che, come dice Stern (1995), costituisce la base della “nascita psicologica della madre”.

Dopo il parto la donna affronta un periodo di regressione necessario all'accudimento del bambino: torna “piccola” perché solo facendosi piccola riesce ad intercettare i bisogni del neonato. Ma ciò la pone in uno stato di assoluta fragilità, la spaventa, la disorienta e può indurle una sensazione di perdita di sé e dei propri punti di riferimento. Può succedere che una donna faccia fatica ad accettare il nuovo ruolo di mamma e la perdita di tutto quanto era prima: per lei mediare tra la sua identità e la funzione materna sarà molto più complicato (Raphael-Leff, 1983, 1985, 1986).

E' una fatica che le donne vivono con intensità e tonalità diverse e che possono avere la connotazione di un malessere fisiologico e passeggero, come il “baby blues”, o diventare un “vuoto”, vuoto del figlio che si è partorito, vuoto di se stesse, che si riempie via via di solitudine e angoscia (Breen, 1992; Ferraro, Nunziante Cesaro, 1992). In alcuni casi questa fragilità emotiva dovuta alla gravidanza può slatentizzare quelle situazioni materne fragili psichicamente.

Nella valutazione dei bambini che accedono ad un Servizio di NPI è molto importante quindi avere dati sulla storia dei primi mesi di vita. Dall'esperienza clinica si osserva che un problema di sviluppo spesso dipende da una "cattiva partenza", cioè da un deficit o assenza nel legame tra la mamma ed il suo bambino che risale ai primi momenti di conoscenza tra i due, a partire dalla gravidanza, e si trascina poi nei primi mesi di vita.

Infatti, quando si riscontra un problema di depressione post partum della madre nella anamnesi dei bambini molto spesso i giochi sono stati già fatti e il disturbo della relazione si è già trasformato a livello clinico in un sintomo nel bambino.

Nei primi mesi di vita la sintomatologia clinica si configura come un disturbo delle funzioni, cioè un disturbo del sonno, o dell'alimentazione, o dell'evacuazione.

Successivamente il quadro più comune è un ritardo dello sviluppo, motorio o di linguaggio. Questi bambini non possono sviluppare nei tempi previsti quelle capacità che dovrebbero avere una risonanza nella madre, come le funzioni motorie, o di comunicazione e restano intrappolati in un clima materno non positivo, non vitale, appunto, per le problematiche di tipo depressivo della madre.

Ecco alcuni degli effetti della depressione materna sui bambini, che sono stati osservati nella nostra esperienza clinica:

- presenza di gravi problemi di sonno durante i primi sei mesi di vita;
- disturbi emotivi e difficoltà comportamentali in età prescolare e scolare, in particolare quadri di inibizione, esitamento e ritiro, difficoltà di socializzazione con adulti e pari e difficoltà precoci di autoregolazione;
- sviluppo significativamente rallentato sia da un punto di vista psicomotorio sia da un punto di vista di abilità cognitive.

Il rischio psicopatologico correlato ad una depressione materna riguarda quindi l'area dei disturbi del comportamento (disturbi della condotta, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo dell'attività e dell'attenzione) e dei disturbi emozionali (disturbo d'ansia, disturbi affettivi, disturbi di adattamento).

La depressione incide profondamente sul comportamento delle madri limitandone sia l'espressione dell'affettività che l'adeguata lettura dei segnali comportamentali dei bambini. Queste donne non riescono ad interagire in modo adeguato e sintonico con i loro figli perché non riescono a tener conto del loro stato emozionale interno. L'assunzione di stili interattivi disfunzionali (caratterizzati da interferenza, ritiro emozionale, modalità relazionali miste) riduce la capacità delle madri depresse di riparare gli errori già naturalmente possibili, introducendo nei bambini una progressiva definizione di un nucleo affettivo

spiacevole e negativo con stati di auto-ripiegamento e di distanziamento affettivo. Questa situazione è stata ampiamente illustrata dagli studi di Kreisler, e da altri autori, come Cramer (2000), Palacio-Espasa e Muratori (1999) e ha permesso di identificare nell'interazione tra la madre ed il bambino il principale meccanismo di sviluppo sia in senso psicologico che neuromotorio del bambino stesso. In alcuni casi il bambino si trova a dover gestire una importante e prolungata perdita dell'oggetto, psicologicamente distante o incapace di mantenere un dialogo affettivo armonico. Queste "lacune" nella comunicazione affettiva, se non vengono recuperate in tempo (Palacio parla di uno due mesi al massimo) si cronicizzano e diventano la base su cui si potranno strutturare una gamma di quadri psicopatologici, che vanno da stati depressivi cronici, fino a disturbi multi sistemici e pervasivi.

All'interno dell'U.O.C. Materno Infantile, Età Evolutiva e Famiglia-Neuropsichiatria Infantile dell'ULSS 20 è già da anni attiva un'equipe di operatori dedicata a questa problematica, con il duplice obiettivo di diagnosi e di presa in carico, rivolta sia al bambino che alla mamma.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di presentare i risultati di uno studio retrospettivo su un campione della popolazione che accede normalmente al Servizio, dal quale si è potuto evidenziare come il dato della depressione e il sospetto di una patologia psichiatrica materna possano essere significativamente coincidenti con una diagnosi di un disturbo dello sviluppo del bambino, comprendendo sia i ritardi psicomotori che di linguaggio.

Metodologia

Si tratta di uno studio osservazionale trasversale di tipo retrospettivo. A tal proposito è stato preso in considerazione un campione di convenienza composto da tutti quei soggetti dell'età evolutiva, che hanno ricevuto almeno una prestazione nell'anno 2009 all'interno dell'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile da due operatori dedicati a questa Area: una neuropsichiatra (n=136; 56,7%) e una psicologa (n=104; 43,3%). E' stato scelto di escludere dall'analisi dei dati tutti i soggetti per cui non si ha una diagnosi in cartella, o perché non è stata richiesta o perché sono stati fatti solo gli incontri di consultazione.

Sono state effettuate le analisi descrittive delle variabili demografiche del bambino e relative alla diagnosi formulata secondo la classificazione dell'ICD-10¹ (1997). Inoltre, sono

¹ ICD-10 (International Classification of Diseases, decima edizione pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità): si tratta di un sistema classificatorio esclusivamente centrato sull'individuazione del

state effettuate analisi descrittive delle variabili della mamma, sia relative agli aspetti demografici sia relative alla presenza di una depressione post partum e al sospetto di una patologia psichiatrica materna. Infine, per valutare quanto il dato della depressione e il sospetto di una patologia psichiatrica materna sia presente nella diagnosi di un disturbo dello sviluppo del bambino, si è provveduto all'incrocio delle variabili.

Risultati

Il campione finale risulta pertanto composto di 222 soggetti (92.5% del campione totale). Si tratta di 155 maschi e 67 femmine, la cui età varia da 1 anno a 19 anni (media=9.89, dev. st.=4.122). La maggior parte dei bambini è arrivata al Servizio ad un'età inferiore di 8 anni (81,9%). La media dell'età di accesso è di 6.06 con dev. St. di 3.093 (range=0-18).

ETA_BAMBINO

	Frequency	Percent	Cumulativ e Percent
Valid 3	3	2,3	2,3
4	5	3,8	6,1
5	8	6,1	12,1
6	10	7,6	19,7
7	18	13,6	33,3
8	12	9,1	42,4
9	11	8,3	50,8
10	14	10,6	61,4
11	5	3,8	65,2
12	10	7,6	72,7
13	7	5,3	78,0
14	5	3,8	81,8
15	4	3,0	84,8
16	3	2,3	87,1
17	6	4,5	91,7
18	6	4,5	96,2
19	5	3,8	100,0
Total	132	100,0	

ETA_ACCESSO

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	,5	,5
1	2	,9	1,4
2	14	6,3	7,7
3	30	13,5	21,3
4	34	15,3	36,7
5	26	11,7	48,4
6	28	12,6	61,1
7	29	13,1	74,2
8	17	7,7	81,9
9	8	3,6	85,5
10	13	5,9	91,4
11	7	3,2	94,6
12	6	2,7	97,3
13	1	,5	97,7
15	1	,5	98,2
16	2	,9	99,1
17	1	,5	99,5
18	1	,5	100,0
Total	221	99,5	
Missing 999	1	,5	
Total	222	100,0	

principale disturbo presentato dal soggetto, in una prospettiva prevalentemente medica. L'ICD-10 consente di formulare diagnosi aggiuntive in una dimensione lineare che registra la contemporanea presenza di patologie diverse, a vari livelli di gravità. Mentre il DSM-IV (1996) ha una struttura multiassiale che permette di codificare il disturbo tenendo conto anche di altre variabili oltre alla sintomatologia, l'ICD-10 codifica la sintomatologia psichica in un sistema lineare che consente essenzialmente di formulare una diagnosi di stato (Fava Vizziello, 2003).

La maggior parte dei bambini mostra un disturbo comportamentale ed emozionale (42.8%) e un disturbo dello sviluppo psicologico (24,8%). Qui di seguito si trova la tabella con le frequenze delle diverse categorie di disturbi.

ICD_10

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid F90-F98=DISTURBI COMPORTAMENTALI ED EMOZIONALI	95	42,8	42,8
F80-F89=DIST DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO	55	24,8	67,6
F70-F79=RITARDO MENTALE	23	10,4	77,9
F40-F48=SINDROMI FOBICHE LEGATE A STRESS SOMATOFORMI	21	9,5	87,4
Q00-Q99=MALFORMAZIONI CONGENITE, DEFORMAZIONI E ANOMALIE CROMOSOMICHE	10	4,5	91,9
G00-G99=MALATTIE DEL SIST NERVOSO	6	2,7	94,6
F50-F59=SINDR O DIST COMPORTAMENTALI ASSOCIATI AD ALTERAZIONI DELLE FUNZIONI FISIOLOGICHE E A FATTORI SOMATICI	2	,9	95,5
F99=SINDR O DIST PSICHICI E PROBL NON SPECIFICATI CHE NON SODDISFANO I CRITERI PER NESSUNA DELLE SINDR/DIST PSICHICI	7	3,2	98,6
Consulenza psicologica per esiti di malattie (dell'occhio, endocrine, nutrizionali e metaboliche, tumori)	3	1,5	100,0
Total	222	100,0	

L'età della madre alla nascita del bambino varia da un minimo di 17 a un massimo di 44 anni (media=30.96, dev. St.=5.587), come si può vedere dalla tabella sotto riportata.

ETA_MADRE_ALLA_NASCITA_BAMBINO

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	17	1	,5	,5
	19	1	,5	1,0
	20	5	2,3	3,5
	21	1	,5	4,0
	22	7	3,2	7,6
	23	3	1,4	9,1
	24	9	4,1	13,6
	25	10	4,5	18,7
	26	7	3,2	22,2
	27	7	3,2	25,8
	28	12	5,4	31,8
	29	20	9,0	41,9
	30	12	5,4	48,0
	31	12	5,4	54,0
	32	14	6,3	61,1
	33	13	5,9	67,7
	34	12	5,4	73,7
	35	8	3,6	77,8
	36	8	3,6	81,8
	37	7	3,2	85,4
	38	7	3,2	88,9
	39	10	4,5	93,9
	40	3	1,4	95,5
	41	5	2,3	98,0
42	1	,5	98,5	
43	2	,9	99,5	
44	1	,5	100,0	
	Total	198	89,2	
Missing	999	24	10,8	
Total		222	100,0	

Dalla anamnesi risulta che il 15,3% (n=34) delle madri dei bambini appartenenti al campione ha avuto una depressione post partum e il rimanente 84,7% (n=188) non ha riportato disturbi di questo genere. Inoltre, attraverso i colloqui clinici sono sorti sospetti di una patologia di tipo psichiatrico per il 18,5% (n=41) di queste madri.

Di seguito riportiamo una tabella che mette in luce la percentuale dei disturbi classificati secondo l'ICD-10 in correlazione con la presenza o meno di disturbo di depressione post partum materna.

	DEPRESSIONE_POST PARTUM_MAMMA	Total
--	----------------------------------	-------

			Si	No	
ICD_10	F90-F98=DISTURBI COMPORTAMENTALI ED EMOZIONALI	Count	21	74	95
		% within DEPRESSIONE_POSTPA RTUM_MAMMA	61,8%	39,4%	42,8%
		% of Total	9,5%	33,3%	42,8%
	F80-F89=DIST DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO	Count	9	46	55
		% within DEPRESSIONE_POSTPA RTUM_MAMMA	26,5%	24,5%	24,8%
		% of Total	4,1%	20,7%	24,8%
	F70-F79=RITARDO MENTALE	Count	1	22	23
		% within DEPRESSIONE_POSTPA RTUM_MAMMA	2,9%	11,7%	10,4%
		% of Total	,5%	9,9%	10,4%
	F40-F48=SINDROMI FOBICHE LEGATE A STRESS SOMATOFORMI	Count	2	19	21
		% within DEPRESSIONE_POSTPA RTUM_MAMMA	5,9%	10,1%	9,5%
		% of Total	,9%	8,6%	9,5%
	Q00- Q99=MALFORMAZIONI CONGENITE, DEFORMAZIONI E ANOMALIE CROMOSOMICHE	Count	0	10	10
		% within DEPRESSIONE_POSTPA RTUM_MAMMA	,0%	5,3%	4,5%
		% of Total	,0%	4,5%	4,5%
	G00-G99=MALATTIE DEL SIST NERVOSO	Count	0	6	6
		% within DEPRESSIONE_POSTPA RTUM_MAMMA	,0%	3,2%	2,7%
		% of Total	,0%	2,7%	2,7%
	F50-F59=SINDR O DIST COMPORTAMENTALI ASSOCIATI AD ALTERAZIONI DELLE FUNZIONI FISILOGICHE E A FATTORI SOMATICI	Count	0	2	2
		% within DEPRESSIONE_POSTPA RTUM_MAMMA	,0%	1,1%	,9%
		% of Total	,0%	,9%	,9%
	F99=SINDR O DIST PSICHICI E PROBL NON SPECIFICATI CHE NON SODDISFANO I CRITERI PER NESSUNA DELLE SINDR/DIST PSICHICI	Count	1	6	7
		% within DEPRESSIONE_POSTPA RTUM_MAMMA	2,9%	3,2%	3,2%
		% of Total	,5%	2,7%	3,2%
	Consulenza psicologica per esiti di malattie (dell'occhio, endocrine, nutrizionali e metaboliche, tumori)	Count	0	3	3
		% within DEPRESSIONE_POSTPA RTUM_MAMMA	,0%	1,5%	1,5%
		% of Total	,0%	1,5%	1,5%
Total		Count	34	188	222
		% of Total	15,3%	84,7%	100,0%

In particolare, si vuole mettere in luce come i disturbi comportamentali ed emozionali (F=90-98) interagiscono per il 61,8% con una depressione post partum materna vs. il 39,4%., parimenti i disturbi dello sviluppo psicologico (F=80-89) interagiscono per il 26,5% con la presenza di una depressione post partum vs. il 24,5%.

Infine, riportiamo una tabella che mette in luce la percentuale dei disturbi classificati secondo l'ICD-10 in correlazione con la presenza o meno di un sospetto di patologia psichiatrica materna.

ICD_10 * SOSPETTO_PATOLOGIA PSICHIATRICA MAMMA

			SOSPETTO_PATOLOGIA PSICHIATRICA MAMMA			Total
			NO	SI	INCERTO	
ICD_10	F90-F98=DISTURBI COMPORTAMENTALI ED EMOZIONALI	Count	70	23	2	95
		% within ICD_10	73,7%	24,2%	2,1%	100,0%
		% of Total	31,5%	10,4%	,9%	42,8%
	F80-F89=DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO	Count	41	12	2	55
		% within ICD_10	74,5%	21,8%	3,6%	100,0%
		% of Total	18,5%	5,4%	,9%	24,8%
	F70-F79=RITARDO MENTALE	Count	22	1	0	23
		% within ICD_10	95,7%	4,3%	,0%	100,0%
		% of Total	9,9%	,5%	,0%	10,4%
	F40-F48=SINDROMI FOBICHE LEGATE A STRESS SOMATOFORMI	Count	17	4	0	21
		% within ICD_10	81,0%	19,0%	,0%	100,0%
		% of Total	7,7%	1,8%	,0%	9,5%
	Q00-Q99=MALFORMAZIONI CONGENITE, DEFORMAZIONI E ANOMALIE CROMOSOMICHE	Count	10	0	0	10
		% within ICD_10	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% of Total	4,5%	,0%	,0%	4,5%
	G00-G99=MALATTIE DEL SIST NERVOSO	Count	6	0	0	6
		% within ICD_10	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% of Total	2,7%	,0%	,0%	2,7%
	F50-F59=SINDR O DIST COMPORTAMENTALI ASSOCIATI AD ALTERAZIONI DELLE FUNZIONI FISILOGICHE E A FATTORI SOMATICI	Count	1	1	0	2
		% within ICD_10	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
		% of Total	,5%	,5%	,0%	,9%
	F99=SINDR O DIST PSICHICI E PROBL NON SPECIFICATI CHE NON SODDISFANO I CRITERI PER NESSUNA DELLE SINDR/DIST PSICHICI	Count	7	0	0	7
		% within ICD_10	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% of Total	3,2%	,0%	,0%	3,2%

Total	Consulenza psicologica per esiti di malattie (dell'occhio, endocrine, nutrizionali e metaboliche, tumori)	Count	3	0	0	3
		% within ICD_10	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% of Total	1,5%	,0%	,0%	1,5%	
	Count	177	41	4	222	
	% within ICD_10	79,7%	18,5%	1,8%	100,0%	
	% of Total	79,7%	18,5%	1,8%	100,0%	

Conclusioni

Le nostre riflessioni partono dalla consapevolezza che un bambino può accettare una madre lontana fisicamente ma può non tollerare una madre assente emotivamente, incapace cioè di assegnargli la sua priorità. La qualità e la natura del contesto ambientale in cui si svolgono le prime interazioni madre/bambino sono importanti per lo sviluppo delle competenze comunicative affettive e linguistiche del bambino (Imbasciati, 1997, 2008); la capacità della madre di entrare in sintonia con gli aspetti più affettivi ed emotivi del bambino permette la costruzione di quei legami di attaccamento, sicurezza ed affetto che stanno alla base della capacità di ogni individuo di costruire un mondo interno sufficientemente strutturato che sta alla base di relazioni umane soddisfacenti.

Qualora, a seguito di una depressione, si crei una “disfunzione” materna si può determinare un ritardo e una difficoltà nello sviluppo delle funzioni cognitive linguistiche ed emozionali che, a loro volta, sono indice di vulnerabilità per lo sviluppo psichico del bambino, così come emerge dai nostri risultati. Bambini figli di madri depresse presentano spesso, ad una valutazione effettuata a 18 mesi, uno sviluppo significativamente rallentato sia da un punto di vista psicomotorio sia da un punto di vista di abilità intellettive (Cox, Murray, Chapman, 1993).

I bambini con madri depresse non hanno un rapporto efficace con le emozioni: spesso non le sanno riconoscere e tanto meno nominare. Magari riescono comunque a dare buone prestazioni di sé, ma restano distanti nelle relazioni e chiusi affettivamente (concetto di alessitimia; cfr. Della Vedova, Dabrassi, Imbasciati, 2008; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007, 2011). Numerosi studi hanno esaminato la relazione tra la depressione materna e una sorta di “disorganizzazione dell’attaccamento” (Main, Solomon, 1990) intendendo con questo una gamma di comportamenti contraddittori e mal direzionati che vanno da espressioni di angoscia pervasiva a movimenti di allontanamento o avvicinamento del contatto materno, ma sempre con modalità scoordinate, intempestive, stereotipate, mai armoniche.

Prendiamo per esempio il comportamento di ribellione dei bambini piccoli nei confronti delle proprie madri; esso è da considerarsi una tappa salutare nella crescita poiché permette al bambino di esercitare una certa autonomia, nel tentativo di trovare in sé quella fiducia necessaria a controllare l'ambiente circostante. Tale processo deve però avvenire all'interno di uno scambio affettivo e di un contenimento attivo della madre. I dati di una ricerca dell'Università del Texas in collaborazione con l'Università del Michigan (Child development) mostrano che i bambini di madri depresse tendono ad ignorare le richieste materne e ad essere più passivi nelle interazioni con esse, probabilmente a causa di una minore confidenza e una minore capacità di interazione emotiva con la propria madre. Dall'analisi delle nostre osservazioni ci sembra di poter aggiungere che molti bambini con madri depresse sviluppano strategie di attivazione dell'attenzione materna (quali ad esempio: pianto acuto, espressioni aggressive auto o eterodirette, iperattività) che possono portare a disturbi della sfera emozionale e del comportamento nel tentativo mal posto ed conseguentemente mal riuscito di ottenere una risposta materna qualunque e comunque preferibile all'apatia e alla passività. Con queste strategie di attivazione il bambino inizialmente tenta di "scuotere" la madre ingaggiandola in un'attività che abbia il senso del "prendersi cura" di lui, e successivamente, non ottenendo risposta, rinuncia e si ritira in attività autoconsolatorie. Nella nostra esperienza clinica si è spesso osservato come in bambini con disturbi di linguaggio, di sonno, di comportamento e della sfera emozionale sia possibile un alternarsi di momenti di miglioramento o di riacutizzazione delle problematiche a seconda dell'andamento delle fasi della depressione materna (Fowles, 1996).

In questo senso vanno inquadrati anche i disturbi del sonno durante i primi sei mesi di vita molto spesso presenti in bambini con madri affette da depressione; anche qui un'interpretazione possibile è che il pianto del bambino con madri depresse nasca dalla necessità di allontanare da lui il senso di angoscia del vuoto e del silenzio affettivo cercando di attivare una possibile risposta vitale che riattivi la "funzione materna".

In considerazione di ciò, riteniamo di poter concludere come sia opportuno individuare precocemente le situazioni a rischio, anche lieve, per poter prevenire adeguatamente gli effetti della depressione e della fragilità materna sul bambino.

Riferimenti bibliografici

- Agostini, F., Favoni Miccoli, A., Benassi, M. (2002). L'E.P.D.S. a 3, 9 e 18 mesi dopo il parto. *IV Congresso Nazionale di Psicologia Clinica, Belluria-Rimini, 13-14 settembre 2002.*
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The psychoanalytic Study of the Child*, 14: 113-121.
- Bibring, G.L. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The psychoanalytic Study of the Child*, 16: 9-13.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. Basic Books New York. Trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Bollati Boringhieri, Torino, 1972.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. 2: Separation*. Basic Books, New York. Trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Bollati Boringhieri, Torino, 1975.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. 3: Loss*. Basic Books, New York. Trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Bollati Boringhieri, Torino, 1983.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*. Basic Books, New York. Trad. it.: *Una base sicura*, Cortina, Milano, 1989.
- Breen, D. (1992). Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale. In: Ammaniti, M. (a cura di). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Cramer B. (2000). *Cosa diventeranno i nostri bambini*. Cortina, Milano.
- Dabrassi F., Imbasciati A. (2011). Gestazione e parto. In Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (a cura di). *Psicologia clinica perinatale per lo sviluppo del futuro individuo. Un uomo transgenerazionale*. EspressEdizioni, Torino.
- Della Vedova A.M., Dabrassi F., Imbasciati A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2): 86 - 98
- Della Vedova A.M., Ducceschi B., Pelizzari N., Cesana B.M., Imbasciati A. (2008). Sintomi d'ansia e depressione in gravidanza: rilevazione di un campione di gestanti italiane. *Psychofenia*, XI, 19: 109-141.
- DSM-IV (1996). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. A cura dell'American Psychiatric Association. Masson, Milano.

- Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323(7307): 257-260.
- Fava Vizziello G. (2003). *Psicopatologia dello sviluppo*. Il Mulino, Bologna.
- Ferraro, F., Nunziante Cesaro, A. (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione*. Franco Angeli, Milano.
- Fowles, E.R. (1996). Relationship among prenatal maternal attachment, presence of postnatal depressive symptoms, and maternal role attainment. *Journal of Society of Perinatal Nursing*, 1(2), 75–82.
- ICD-10 (1997). *Classificazione multi assiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza*. A cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Masson, Milano.
- Imbasciati A. (1997). Comunicazione gestante-feto e madre-neonato e sviluppo psichico e psicosomatico del bambino. *Ricerche di Psicologia*, 20(1): 249-258.
- Imbasciati A. (2008). Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere*, 104: 4-10.
- Imbasciati A., Cena L. (2008). Le cure materne in una prospettiva transgenerazionale. *Nascere*, XXXVI: 4-15.
- Imbasciati A., Cena L. (2010). *I bambini e i loro caregivers*, Borla, Roma.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007). *Psicologia Clinica perinatale*, Piccin, Padova.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2011). *Psicologia clinica perinatale per lo sviluppo del futuro individuo. Un uomo transgenerazionale*. EspressEdizioni, Torino.
- Kreisler L. (1992). La prospettiva psicosomatica nella psicopatologia del lattante. In Fava Vizziello G., Stern D.N. (a cura di). *Dalle cure materne all'interpretazione*. Cortina, Milano
- Mikhail M.S., Youchach J., DeVore N., Ho G.Y., Anayaegbunam A. (1995), Decreased maternal-fetal attachment in methadone-maintained pregnant women: Preliminary study. *Journal of Association for Academic Minority Physicians*, 6(3): 112-114.
- Murray L., Cooper P. (1999). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- O'Hara MW, Swain AM. (1999), Rates and Risk of postpartum depression – a metanalysis. *International Review of Psychiatry*; 8: 37-54.

- Palacio Espasa F., Muratori F. (1999). La depressione. In Muratori F. (a cura di). *La nascita della vita mentale e i suoi disturbi*. Del Cerro, Tirrenia (Pisa), pp. 109-116.
- Pollock P.H., Percy A. (1999), Maternal antenatal attachment style and potential fatal abuse. *Child abuse and Neglect*, 23: 1345-1357.
- Raphael-Leff J. (1983). Facilitators and regulators: two approaches to mothering. *British Journal of Medical Psychology*, 56: 379-390.
- Raphael-Leff J. (1985). Facilitators and regulators; participators and renounces: mothers' and fathers' orientations towards pregnancy and parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4: 169-184.
- Raphael-Leff J. (1986). Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood. *British Journal of Medical Psychology*, 59: 43-55.
- Stern, D. N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Boringhieri, Torino, 1987.
- Tronick E.Z. (1999). Le madri depresse e i loro bambini: l'insuccesso nella formazione degli stati di coscienza diadici. In Murray L. e Cooper P. (a cura di). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- Winnicott D.W. (1956). *La preoccupazione materna primaria*. In Id., *Through Paediatrics to Psycho-Analysis. Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1965). *The theory of the parent-infant relationship*, in Id. (a cura di), *The maturational processes and the facilitating environment*. International Universities Press. New York.
- Winnicott D.W. (1970). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma.
- Winnicott D.W. (1987). *I bambini e le loro madri*. Cortina, Milano.