

La consulta terapèutica en els primers mesos de vida  
La consulta terapéutica en los primeros meses de vida

**Romana Negri:**

Metge neuropsiquiatra infantil. Professora a la Universitat de Milà (Itàlia)

Traducció de l'italià per Carme Morral Colajanni.

**Resum**

L'article descriu una metodologia d'intervenció durant els primers mesos de vida en el nen amb risc de caràcter psicopatològic. Es tracta d'una experiència clínica que l'autora ha desenvolupat durant els últims 30 anys, centrat en els petits pacients donats d'alta al departament de teràpia intensiva de l'Hospital de Treviglio-Caravaggio (Bèrgamo).

Es presenta com una aplicació de l'observació de nadons, segons el mètode d'Esther Bick, i no proporciona interpretacions pel que fa a les dificultats dels pares, sobretot en el primer període de tractament. Es centra en el nen, l'avaluació del seu comportament, la importància dels senyals d'alarma que mostra, demanant comentaris i actituds dels pares, que eliminen les dificultats manifestades pel petit tot fomentant el seu desenvolupament.

**Paraules clau:**

Nounat, risc psicopatològic, símptomes d'alarma.

**Abstract**

This work describes a methodology of intervention on a child in the first months of his/her life, in case he/she is at a psychopathologic risk. The A. has been developing this clinic experience for about thirty years and it has been mainly addressed to small patients once they were dismissed from the unit of intensive care of the Hospital in Treviglio-Caravaggio (Bergamo).

It is considered as an application of the Infant Observation according to Esther Bick's method and it does not imply, above all in the first period of treatment, any interpretation concerning parents' problems. It is concentrated on the child, on the evaluation of his/her behaviour, on the signals of alarm symptoms, inviting comments and attitudes from the parents so that these could help in removing the difficulties the child has shown and then promote his/her development.

**Key words:**

New-born baby, psychopathologic risk, alarm symptoms.

## Ressenya històrica

Les primeres referències sobre la consulta terapèutica del nen petit les podem trobar a l'any 1941, quan Donald W. Winnicott va donar una conferència a la British Analytical Society amb el títol “L'observació dels nens petits en una situació predeterminada”. Ell explica una metodologia que ja emprava des de feia més de vint anys en el seu consultori del Paddington Green Children's Hospital, i es pregunta sobre com i de quina manera pot ser utilitzada com a instrument de recerca. Descriu el cas d'una nena de 7 mesos que va tenir un atac d'asma que es va manifestar, i es va resoldre, durant el període de l'observació. Il·lustra la metodologia que va adoptar i l'evolució del tractament de la nena, que va subdividir en tres fases. Ja finalitzat el procés d'observació, amb la resolució de la patologia de la petita, ell es pregunta si “la situació predeterminada” podria ésser utilitzada amb finalitat terapèutica, malgrat que aquest no era el seu propòsit quan va iniciar aquest treball. No obstant Winnicott reafirma, després d'examinar altres casos que havia seguit, estar convençut de fer una teràpia, i aquesta convicció es va anar confirmant al llarg del temps. És molt significatiu que assenyali que la “situació predeterminada” és un instrument que pot ésser usat per “tothom” del departament.

Un altre treball, molt significatiu en aquest sentit, va aparèixer el 1966 per part de Martha Harris i de Helen Carr. Les autores subratllen la importància del rol del terapeuta: la condició essencial consisteix en la capacitat d'interessar-se, de captar la situació global sense prendre partit, d'ésser capaç de donar ànims als pares, de seguir les seves percepcions i utilitzar els seus recursos latents sense augmentar el seu sentiment d'incapacitat, d'impotència, dependència i fracàs. Elles són del parer que les intervencions poden ésser fetes per professionals que no tenen una preparació específica de psicoteràpia psicoanalítica.

A partir de la meitat dels anys seixanta del segle passat, nombrosos autors han adoptat aquesta modalitat d'intervenció en llur activitat clínica i de recerca.

És en aquest període que inicio el meu treball en aquest àmbit durant el *follow up* dels nadons que havien tingut l'alta en la secció de teràpia intensiva de l'Hospital de Treviglio-Caravaggio (Negri 1998). Són rellevants i significatives les aportacions dels següents autors europeus: Serge Lebovici (1978),

Francisco Palacio Espasa (1982), Maria Pozzi (2003), Dina Vallino (1984, 2009) i Annette Watillon (1993). Inclouríem en aquest tipus d'intervenció la metodologia 0-5 de la escola britànica, molt estesa actualment arreu del món.

## Algunes consideracions de caràcter neurobiològic

Actualment la interrelació entre les ciències, com la neurobiologia, la neurofisiologia, la psicologia i la psicoanàlisi, són plenament reconegudes.

És molt important, quan es tracta de nens petits, considerar la tipicitat del desenvolupament i del funcionament del Sistema Nerviós Central (SNC). “Multiplicació cel·lular, migració, diferenciació i connexió” són a la base del seu desenvolupament i del seu funcionament (Boncinelli 2008).

Al moment del naixement el cervell està format tan sols d'un nombre de neurones que va de 10-13 fins a 100 mil milions, però aquestes no formen encara part d'un sistema funcional de connexions: el cervell encara està lluny d'ésser complet. El seu primer deure després del naixement, consisteix en crear i reforçar permanentment les connexions necessàries.

Des d'aquest moment es van formant connexions que determinen el creixement cortical del cervell, que durant el primer any de vida triplica la seva densitat. Aquest procés està molt condicionat per les experiències ambientals. L'ambient *caregiving*<sup>1</sup> (que té la funció de cuidar), té un impacte específic sobre el cervell en fase madurativa, tant és així, que aquest crea automàticament circuits neuronals que reflecteixen l'experiència. El cervell desenvolupa un mecanisme que li permet organitzar una estructura neurològica de gran complexitat, sofisticada, sense que sol·liciti una informació cromosòmica particularment significativa. S'ha de tenir present que “gran part del coneixement humà no pot ésser determinat preventivament en un genoma espècie específic... i és així perquè el cervell que es desenvolupa, depèn de camins que genèticament es fonamenten en emmagatzemar experiències durant el seu mateix desenvolupament” (Shonkoff i Phillips 2000, pàg. 53).

El període més crític, sensible pel creixement, el desenvolupament i l'organització del SNC és durant, principalment, el primer any de vida i fins els dos o tres anys: es caracteritza per una proliferació seqüencial desmesurada,

una sobreproducció del nombre de sinapsis: el fenomen està sota el control dels gens, i és activat per l'experiència. A continuació, un procés d'interacció de competències en provoca la modulació i la seva selecció, amb la conservació de les connexions més utilitzades en la relació amb l'ambient.

Quan un camí neuronal ha sigut activat per un estímul, persisteix; llavors totes les sinapsis, quan s'han implicat en aquesta funció, emmagatzemen una mostra química, que va augmentant com més s'utilitza. Quan aquest senyal de transmissió arriba a un nivell lliandar, les sinapsis implicades en el procés queden alliberades de l'eliminació futura i formen un circuit permanent. "Les neurones que s'incendien juntes es connecten juntes" (Schore 2001a pàg.12).

Les sinapsis estabilitzades es conserven en el temps, per contra, les que no han sigut utilitzades freqüentment, i sovint en la primera infància, desapareixen. En aquest sentit, l'eliminació de les connexions està guiada d'una competència que afavoreix la supervivència de les que han treballat millor. La producció i la poda de sinapsis depèn de la qualitat i del contingut de l'ambient emocional. Des del punt de vista del nen, això depèn de la relació i del vincle que l'uneix amb la persona que el cuida. "Si es considera una perspectiva basada en la biologia, el sistema neuronal del nen –l'estructura i la funció cerebral en curs de desenvolupament– és modelat pel cervell més madur dels pares. Això esdevé dins de la comunicació emocional" (Seigal 1999, pàg. 278).

"La precocitat emocional i comunicativa dels nadons humans indica que les respostes emocionals dels pares tenen un paper fonamental en la regulació del desenvolupament cerebral" (Trevorthen i Aitken 2001, pàg. 21).

Així doncs, l'ambient emocional és la millor "caregiver" del procés i la mare constitueix el més eficaç "niu biològic".

La recerca suggereix que l'emoció treballa com un procés d'organització central en el cervell. D'aquesta manera, una capacitat individual d'organitzar l'emoció permet la ment integrar l'experiència i adaptar-la en el futur a agents estressants (Seigal 1999). És molt interessant examinar la convergència del pensament referent al valor de les emocions per part dels estudiosos de la neurobiologia i dels exponents eminents de l'escola psicoanalítica bioniana,

com Martha Harris, qui es refereix a la component emocional d'un nen petit que ella observava, afirmant: "L'emoció és allò que dóna significat a l'experiència, i el pensament és una manera d'organitzar aquest significat i donar-li forma" (Negri 2009a).

"La capacitat que té el cervell per modificar la pròpia estructura en resposta a l'ambient es denomina neuroplasticitat: les neurones estan projectades per modificar-se responenent a senyals externs. Els canvis moleculars permeten que els sistemes neuronals emmagatzemin les informacions" (Perry i al. 1955, pàg. 274). Es produeix un feedback amb l'ambient; com que el cervell s'està desenvolupant pot respondre a experiències noves i això fa que pugui continuar desenvolupant-se ulteriorment.

Perry (199, pàg.124) afirma: "El cervell dels nens no és elàstic, però sí mal·leable". El nen petit, està en una condició tal, que li és permès aprendre intensament durant un llarg període, i la neuroplasticitat li assegura que els canvis ambientals siguin per a ell "reptes i no desastres" (Balbernie 2001, pàg. 239). Les connexions degudes a la sinaptogènesi constitueixen un element crucial pel desenvolupament cerebral, perquè les vies neuronals que es formen durant els primers anys de vida, transmeten senyals que ens permeten processar informacions durant la nostra vida. La quantitat i la bona qualitat del què pensem i aprenem, tant de petits com d'adults, té una forta relació amb l'extensió i la naturalesa d'aquestes connexions.

El còrtex orbitofrontal, el dret principalment, creix precoçment en el període postnatal i és el que regula les primeres relacions del bebè: l'actitud corporal, la comunicació cara a cara i el contacte amb la mirada; la comunicació interpersonal a través del contacte amb la mirada és particularment important durant aquest període, ja que és "essencial per la successiva ontogènesi socio-emocional" (Schore 2001a pàg. 57).

El còrtex orbitofrontal es posa "on line" per regular els afectes, de seguida que rep els impulsos de l'àxon que vénen des del sistema límbic, responsable de les emocions. És fonamental el circuit que interconnecta les neurones orbitofrontals amb el tronc i el sistema límbic, constituïts pels lòbuls frontals, hipocamp, hipotàlem i l'amígdala. L'amígdala madura molt precoçment, ja en el període prenatal (Negri 2009b), i està situada entre el còrtex cerebral i

les diferents estructures infracorticals; està perfectament preparada per captar tot allò que té a veure amb l'activitat emocional i avisa tant a les àrees cerebrals superiors com inferiors (Elliot 2001). Aquest circuit representa el model neuronal de la interacció del bebè amb l'objecte matern i dóna el codi de la resposta afectiva davant de la percepció visual de l'expressió de la cara de la mare. "Les regions orbitofrontals que formen part d'aquest "aprenentatge relacionat amb l'emotivitat" són úniques en el sentit que contenen les característiques neuroanatòmiques i bioquímiques del desenvolupament precoç, i és per aquest motiu que són les àrees més plàstiques del còrtex" (Schore 2001b, pàg. 203). La sinaptogènesi i la mielinització dels àxons continuen fins el segon any en aquesta àrea del còrtex cerebral, confrontant-se amb el procés de poda i de reforçament que depenen de la experiència i deixant un gran espai a la flexibilitat. Això és més rellevant quan considerem la qualitat del vincle entre el petit i la mare, que és la base de totes les expectatives i de les respostes per totes les interaccions íntimes futures.

Però com que el cervell continua enriquint-se amb les aferències fisiològiques de caràcter emocional, es pot manifestar extremadament vulnerable a les circumstàncies ambientals quan no són òptimes i en comprometen el desenvolupament. Quan es presenten precoces i greus carències afectives es produeix en conseqüència un dany neurobiològic en l'organització de les sinapsis, poden derivar-se'n una sèrie de problemes pel nen com són trastorns en l'aprenentatge, retràs de llenguatge, manca d'empatia, hiperactivitat, associada a un comportament agitat, i manca d'atenció (Thomas 1995).

"Els petits que experimenten greus estats de carències en aquest període poden estar subjectes a major risc de pèrdues de les components estructurals de l'hemisferi dret i en particular del còrtex orbitofrontal" (Seigal 1999 pàg. 187). És de Schore (2001c) la hipòtesi que una experiència terapèutica focalitzada en la component afectiva, pot modificar literalment el sistema orbitofrontal; ell afirma que el potencial de creixement de l'ambient que cuida del nen, promou la maduració de l'hemisferi dret i particularment d'aquelles àrees que es connecten amb les estructures infracorticals límbiques que estan encarregades de la mediació del creixement emocional. Això ens fa comprendre la importància de poder intervenir en el primer període de vida del nen,

i sobretot, tenint en compte el benefici de poder modificar a temps una desorganització inicial dels circuits que hem descrit, actuant sobre el trofisme cel·lular a través de la restauració de comunicacions emotivoafectives satisfactòries.

### **Nens que potencialment corren risc psicopatològic i que, per tant, serien objecte de consulta terapèutica**

És evident doncs que el desenvolupament emotiu-afectiu òptim del nadó és molt dependent de la modalitat interactiva precoç que li ofereixen la mare i l'ambient, respectuosos de les "modalitats i ritmes" (Negri 1989b) que proposa el petit. Els nadons en el quals es poden determinar interferències són:

- a) Nadons prematurs greus, nadons que presenten dèficits sensorials o lesions del Sistema Nerviós Central.
- b) Nadons que mostren una fragilitat peculiar, constitucionalment poc portats a la integració, amb incapacitat a interaccionar: manifesten una dificultat precoç en la relació determinada biològicament.
- c) Nadons de parelles que tenen importants problemes psiquiàtrics o que provenen d'ambients socials amb greus desavantatges.<sup>2</sup>

Tothom reconeix que l'hospitalització del nadó preterme greu, o del nadó patològic, preveu d'una banda, procediments que sovint són traumàtics, i d'altra banda l'aïllament. Degut a això el nen està a l'incubadora un llarg període de temps. Per tant, allò que caracteritza el seu primer període de vida és tant la hiperestimulació com les carències sensorials i afectives greus. Segons Meltzer (1992) això pot afavorir l'emergir d'angoixes claustrofòbiques i, contemporàniament l'inici de condicions psicopatològiques importants. Pel nadó l'absència de contacte, l'aïllament, poden correspondre a l'angoixa claustrofòbica d'ésser llençat, abandonat; mentre que l'hiperestimulació a nivell físic pot correspondre a l'experiència, també dolorosa, d'estar tancat dins d'un ambient força estret que no comprèn, no conforta, sinó que obliga, oprimeix, aixafa. Després d'una separació forçada, ell es troba amb una mare àvida d'un vincle afectiu molt intens. En aquestes condicions la dona pot veure's abocada

a establir amb ell un vincle físic molt estret, que no ha estat precedit de la correspondència emocional modulada que s'estableix durant l'al·letament; amb les pauses i els espais necessaris per a l'organització de ritmes idonis pel desenvolupament del petit. Aquesta modalitat de relació queda com encapsulada, no integrada amb la relació.

El risc de psicopatologia de les tres categories enunciades es pot evidenciar a través de la detecció d'elements que he definit com a "síntomes d'alarma" i que il·lustraré en el decurs d'aquest treball. Parlo de símptomes d'alarma i no de símptomes de risc psicopatològic, perquè el camp de la salut mental a la infància està orientat a la prevenció i a la identificació del risc i del malestar, això s'ha de considerar crucial; la finalitat, en aquest àmbit, és poder identificar els problemes potencials abans que es posi de manifest el risc.

La primera infància, tal i com ho confirma la peculiar remodelació dels components neurobiològics en relació amb les modificacions de l'ambient, és un període de canvis ràpids i imprevistos, i el professional ha de tenir la capacitat de poder afavorir els canvis a favor del desenvolupament dels processos mentals.

El debilitament de l'instint de vida que poden trobar-se en les tres categories de nounats, provoca la manifestació de processos defensius que s'expressen en actuacions i operacions mentals que tenen a veure amb aspectes patològics d'estadis de gran precocitat del desenvolupament mental. Es tracta d'elements que es configuren com a *síntomes d'alarma* ja que són indicatius d'un risc en el sentit psicopatològic (Llistat,1). Els símptomes d'alarma constitueixen una expressivitat que també és present en el nounat sa, tot i que en ell s'hi troben amb un nombre molt limitat; la seva presència en canvi és massiva en el subjecte de risc. Però, a més a més, mentre que en el nadó sa es presenten com a manifestacions transitòries, en els bebès de risc prenen un relleu dominant. Mentre que en el nadó sa en trobem un o dos que s'expressen de tant en tant i de forma transitòria al llarg del dia, en el nadó potencialment de risc de psicopatologia, es manifesten amb una presència de 2-3 o més elements, constituint aspectes de la personalitat cristal·litzats, que el petit proposa de manera repetitiva i amb una expressivitat que cobreix moltes hores del dia. El fenomen produeix en aquest nadons la pèrdua de variabilitat postural,

variabilitat que s'expressa mitjançant les adaptacions del cos que el nen sa manifesta en correspondència a les sol·licituds ambientals, que en el primer període estan constituïdes principalment per la figura materna.

La pèrdua de variabilitat és sovint el primer, o un dels primers senyals de desorganització que es poden reconèixer en l'organisme: l'increment de les estereotípies i la disminució de l'adaptabilitat tenen com a conseqüència una disminució de la *copability*, la capacitat d'interactuar adequadament amb l'ambient. El concepte de la variabilitat –al contrari de l'estereotípia– és un mitjà molt útil de discriminació entre la funció normal de la desviant en la recerca precoç dels trastorns del desenvolupament (Touwen 1989).

Per fer una hipòtesi de risc de psicopatologia en un nen, és necessari trobar diversos símptomes d'alarma que es manifestin de manera freqüent i persistent durant el dia. He reconegut el significat d'aquestes rellevàncies semiològiques des de 1980 durant el treball de *follow-up* dels nadons donats d'alta de la patologia intensiva (Negri 1980), i n'he trobat la validesa durant aquests anys per la valoració i el tractament dels petits amb risc de psicopatologia. La detecció dels símptomes d'alarma es pot efectuar en edat molt precoç, entre 2-3 mesos en nounats a terme (entre els 2-3 mesos d'edat corregida en el preterme). És aconsellable que l'observació de les categories dels bebès de risc descrits tingui lloc en aquest període per tal de poder-ne fer la valoració i iniciar a temps el tractament.

### El "setting" de la consulta terapèutica

Per començar convido els pares amb el nen a coll a que s'asseguin davant de la taula on he preparat algunes joguines força atractives. Miro que es trobin còmodes i observo el nen mentre els pares em parlen d'ell. És molt important observar com els pares –sol ésser la mare– aguanta el nen i com ell, en sentir-se ben sostingut, pot disposar de les seves pràxies ("la motricitat alliberada" segons Amiel-Tison i Grenier 1980), dels seus òrgans perceptius per relacionar-se amb l'ambient. Des del punt de vista metodològic considero que la sessió d'observació, que dura aproximadament 1 hora i quart, és una aplicació de la *Infant Observation* (Bick 1964). La detecció de l'eventual presència de símptomes d'alarma, descrita en el llistat 1, la faig jo mateixa durant l'observació

del nen, menys el que fa referència als trastorns de l'alimentació i del dormir, ja que en aquest àmbit prenc en consideració les anotacions dels pares. Si es troben elements de risc, l'observació es repeteix en poc temps (normalment una setmana) per un període variable, ja que tinc en compte les necessitats pares/fill, i també l'evolució del nen. Els ritmes i la freqüència de les trobades es fan sempre consensuades amb els pares.

### **Elements significatius que s'han de tenir en compte durant el tractament**

Tal com ja he assenyalat, els elements que he definit com a símptomes d'alarma, representen defenses d'una angoixa extremadament intensa del nen amb risc de psicopatologia: són manifestacions que s'expressen en brut, d'una manera concreta, mitjançant actituds físiques; es presenten amb una freqüència superior a dos o tres elements i es repeteixen de forma massiva i estereotipada durant el dia. Reforcen l'aïllament del nen i són fenòmens expressius tan dominants que s'oposen a la integració conjunta dels òrgans sensitius, o de la sensorialitat del nen.

Perquè els components sensorials es puguin integrar, s'han d'equilibrar i situar-se en una relació harmònica, que troba la seva cohesió mitjançant la relació del nounat amb la mare, i pel nadó es configura en les necessitats satisfetes.

Això es pot veure molt sovint durant la *Infant Observation*. A la seva primera sessió d'observació, la Francesca, una nena sana de 10 dies que la mare duu als braços, xucla el mugró de manera molt satisfactòria. L'acció va acompanyada d'un obrir i tancar, i finalment, agafar amb la seva maneta el dors de la mà de la mare que l'aguanta i li ofereix el pit. Es pot veure aquí com l'experiència satisfactòria de l'alletament permet que l'activitat oral s'enriqueixi amb un altre atribut, com es l'agafar-se amb la maneta, que s'integra amb la funció de la boca. A més a més, mentre mama, la mare parla a la nena. L'experiència de la succió associada a les paraules de la mare, que la nena escolta, és tan bona que en un moment donat, pot mirar directament la font de tanta gratificació; així, la Francesca mentre succiona escolta els comentaris de la mare i fixa la mirada en els seus ulls. Això significa ampliar ulteriorment les funcions dels òrgans dels sentits que no actuen per separat l'un de l'altre, sinó que són cada vegada més nombrosos –boca, mà, vista, oïda– i treballen conjuntament, amb una

integració òptima. Tan sols quan l'òrgan perceptiu queda integrat s'evita de caure en la patologia. De la integració dels sentits, el nen passa a la percepció integrada de l'altra persona, que en aquest nivell gairebé sempre és la mare.

Tan sols amb 10 dies de vida, es pot dir que la mirada de la Francesca és atenta a la mare. L'atenció segons Meltzer i col·laboradors (1975), és "la corda que té units tots els sentits amb un tipus de consens" (pàg. 22). L'encontre visual amb la mirada de la mare constitueix una experiència emocional molt forta pel nadó, que podem referir al que el mateix Meltzer ha descrit com "conflicte estètic"; Això porta el nadó a la percepció i a la introjecció de la persona en la seva globalitat, i en aquesta adquisició és impulsat per una primitiva potencialitat d'amor (Meltzer i Harris Williams 1988). El somriure n'és una prova (Robson 1967).

La vista es manifesta com un agent important en la integració del nounat (Rhode 1997). Per contra, quan s'ha de fer front a sensacions corpòries excessivament doloroses, i a emocions violentes viscudes físicament, la vista pot ésser utilitzada com un canal per fugir de l'experiència. Desviar la mirada és un dels símptomes d'alarma més significatius, ja que ens indica l'estat de gran sofriment físic del nen.

El petit pot fer servir la mirada per controlar l'objecte o per adherir-se a allò que percep. En aquesta situació el nen sembla palesament captiu d'angoixes catastròfiques i d'ansietats paranoïdes i confusionals tan fortes que provoquen un augment persistent de l'autosensorialitat.

L'increment de l'autosensorialitat com a manifestació defensiva d'angoixes intolerables, es tradueix en símptomes d'alarma, com són les estereotípies gestuals, les estereotípies de moviments, els moviments repetitius de la llengua dins la boca i l'atracció específica de les qualitats sensorials dels objectes, com són la consistència, el color, la brillantor, etc.

Durant l'observació de nounats sans i del tractament de lactants amb problemes de caràcter psicopatològic, Geniviève Haag (1998) va evidenciar la importància del contacte "esquena-nuca" i de la seva connexió amb els òrgans introjectius, com són la boca, el mugró i sobretot amb la mirada, en el desenvolupament inicial del nounat. Aquesta experiència es col·loca com una primera "pell psíquica" fonamental per la organització de les identifications,

de la imatge corporal i de l'orientació en l'espai per part del nen. Els braços, les mans de la mare, els diferents plans on es posa el bebè, sostenen l'esquena i la nuca del nen mentre se'l canvia i se l'està atenent. Les aferències senso-motors que el bebè percep en aquestes circumstàncies són intenses. Quan el petit està estirat supí a la falda de la mare, s'aguanta bé sobre l'esquena, mentre que les plantes dels peus estan sobre el ventre de la mare. Aquesta experiència tranquil·litzant permet al nadó mirar els seus ulls. Ella llavors li sol parlar i aquestes paraules són pel nen com un embolcall sonor que transmet modulacions riques d'un missatge emocional, que s'integra i es complementa amb l'al·letament. Si la mare és capaç d'acollir els missatges del nen i els hi restitueix donant-los-hi un significat, la relació amb el seu fill actua en un cert sentit com a cola adhesiva per la integració.

Si el nen rebutja el contacte, és a dir, la posició que implica estar recolzat sobre l'esquena i la nuca, és indicatiu d'un símptoma d'alarma que manifesta la voluntat del nen d'oposar-se a la relació, de mantenir el seu aïllament. També s'ha de considerar com a element molt significatiu, i símptoma d'alarma, l'absència de vocalitzacions rítmiques entre la mare i el bebè.

### **Elements que s'han de considerar en els pares**

S'ha de tenir en compte que els pares que porten el nen a la consulta estan traumatitzats per l'experiència de tenir un nen amb un problema de comunicació i de relació.

El trauma sol produir una espècie de paràlisi, per això, durant la primera trobada els pares poden semblar emmudits, com "sense paraules". Si un nen no respon als esforços dels pares, particularment als de la mare, quan el volen ajudar en les seves dificultats, desperta en ells tota la impotència i sentit de solitud de la infància. L'estat d'angoixa que experimenten els pares és tan gran que no els permet poder pensar que això mateix és el que està sentint el nen. Per això "és important que els pares vinguin junts -ambdós responsables del nen i puguin trobar un lloc on expressar el seu problema, el seu sentiment d'impotència- i que s'adrecin a un expert competent en el tractament d'aquests dificultats, no un expert "superior" que els tracti com infants impotents, dient-los-hi què han de fer i què no han de fer, confirmant

així la seva por infantil d'ésser pares inadequats" (Harris i Carr 1966). S'ha de tenir en compte que el nounat considera el genitor traumatitzat com si fos poc propici a la relació i a la comprensió; les característiques del seu aparell mental, el fan ésser molt receptiu a la percepció de l'ansietat de la mare, que experimenta en brut, com quelcom amenaçador, incrementant-ne la seva dificultat emotiva. Durant el meu treball de prevenció en el departament de la teràpia intensiva neonatal, he tingut moltes ocasions de poder confirmar-ho; "sembla que estigui tip de mi" era el comentari desanimat d'una mare, i són molts els nens, sobretot els que han sofert traumes molt greus, que manifesten una preferència pel pare. Naturalment, reconèixer el problema i les dinàmiques que se'n deriven, ha sigut molt important per dur a terme una acció de prevenció vers el nounat des de els primers instants que ha estat hospitalitzat, tal com ho he descrit en els primers capítols del llibre que he dedicat a aquesta temàtica (Negri 1998).

### **El paper del terapeuta**

En el tractament és prioritari que el terapeuta sigui receptiu de la situació emotiva que presenten la triada genitors-nen. És per això que és tan útil poder comptar amb l'experiència de la *Infant observation* (Bick 1964)<sup>3</sup>. És molt important que el terapeuta sigui capaç de crear en el consultori un clima emotiu que permeti als pares assumir la seva experiència traumàtica i la del nen, i poder-ho verbalitzar. Manifestar disponibilitat i interès vers els pares i el nen, sense capacitats màgiques per resoldre els seus problemes, dóna als pares l'esperança de que parlar i provar d'entendre junts pot ésser útil. Per obtenir aquesta finalitat, crec que és eficaç que inicialment i, després de que els pares m'hagin explicat el problema pel que consulten, jo em centri en la observació del nen i vagi comentant el que ell està fent. Em concentro en el nen perquè considero que és massa aviat per comentar aspectes d'ells mateixos, ja que podria ésser interpretat com si els jutgés o els criticués. Els meus comentaris sobre les actituds i el comportament del nen, tenen la finalitat d'activar el contacte emotiu dels pares, ells van trencant el silenci i van interrompent, enriquint així les avaluacions i reflexions conjuntes sobre el seu fill. Quan els pares augmenten la capacitat d'observar i de parlar del nen, indica que s'està realitzant un primer moviment de pensament,



que és el preludi de la possibilitat d'un segon moviment, en el que serà possible parlar de vivències i problemes d'ells mateixos, però que es reverteixen, inclús de manera significativa, en la situació del fill. Em refereixo en particular a les projeccions, als aspectes transgeneracionals i als sentiments de culpa que s'han de tenir en compte en el decurs del tractament i que més endavant descriure quan desenvoluparé la descripció de la consulta terapèutica de Thomas.

### **El “grup” de treball**

A la consulta ens trobem amb un camp relacional complex, és important que el terapeuta demostrï als pares que comparteix amb ells la responsabilitat de tenir cura del nen; en aquest moment és quan apareix la formació del grup de treball pares-terapeuta amb paritat de funcions (Vallino 1994). La meua presència pel que fa a persona receptiva del clima emocional que transmeten els pares i el nen, que pensa i tracta de comprendre el que està passant durant la consulta sense actuar ni jutjar, estimula el pensament dels pares i els ajuda a tolerar comportaments del fill que fins aquell moment els hi resultaven perturbadors; la capacitat dels pares d'observar el seu fill va augmentant i troben el coratge d'expressar en veu alta el que van detectant, traient profit de les seves observacions i de les intuïcions d'aquesta experiència per poder-se conèixer ells mateixos i el nen, i trobar noves maneres per fer front a la situació. Durant la consulta, els pares i el terapeuta poden arribar conjuntament al coneixement del nucli del problema del nen.

### **La resposta del nen**

El nen percep la doble funció del terapeuta d'activar el contacte emotiu dels pares i de crear un clima durant la consulta, que faciliti la comunicació. En el decurs del tractament anem advertint, per part del nen, que es va afeblint l'angoixa i que consegüentment va renunciant a poc a poc a les seves defenses, això comporta que pugui emergir l'expressivitat de les seves competències amb la seva relació amb els pares.

Al llarg de les sessions, els pares van augmentant la capacitat de poder pensar en el seu fill, donant un sentit al que fa, descrivint els progressos que va adquirint entre una sessió i l'altra.

### **La consulta terapèutica de Thomas**

Mitjançant el tractament de Thomas desitjo il·lustrar aquells aspectes que considero més significatius d'aquesta intervenció.

Thomas és un nen de 5 mesos, maco, grassonet, de trets fins i delicats. El pare i la mare, dos joves guapos de 30 anys, el porten a la meua consulta. Té una germaneta de 3 anys, la Sofia. La mare em diu que està molt preocupada perquè Thomas és massa “introvertit” i té unes actituds que li fan témer que sigui “autista”. El temor li va sorgir sobretot quan va consultar aquesta patologia per Internet.

A la falda de la mare el nen va observant plàcidament els elements del despatx. Està particularment atret per la llum de la làmpada, evitant molt explícitament parar-se sobre les persones, defugint obstinadament la seva mirada. Agafa les joguines de sobre la taula, les observa i se les posa a la boca. Després d'aproximadament un quart d'hora concentra la seva atenció sobre les seves mans que mou lleugerament i de forma graciosa. La senyora em diu que el Thomas ho fa perquè ara està cansat, afegeix però, que a casa passa molt temps “ventejant les mans davant la cara”. Li responc que cada nen té els seus ritmes però que hauríem d'entendre perquè el Thomas es cansa tan aviat. Quan la mare el posa supí, en posició “esquena-nuca” ell s'agita, refusa obstinadament la posició, bescanviar mirades amb la mare. Podem reconèixer en el nen quatre símptomes d'alarma: defuig la mirada, excessiva atracció per les qualitats sensorials dels objectes, estereotípies gestuals i rebuig de la posició esquena-nuca.

Vaig aconsellar als pares que sol·licitessin afectuosament l'atenció del nen, cercant de contactar la seva mirada però més aviat de lluny, perquè fer-ho molt a prop d'ell podria torbar-lo. Els hi proposo que també ho facin quan li canvien els bolquers. La mare em diu que al Thomas li molesta molt el canvi dels bolquers, que es desespera, s'angoixa, és com si “l'espellessin”. Els hi suggereixo que amb el nen vestit i supí mirin d'atreure la seva atenció. Ens posem d'acord per trobar-nos la propera setmana.

### **Aspectes transgeneracionals i projeccions dels pares**

En el decurs del tractament van emergint elements dels pares que s'han de prendre en consideració perquè es reverteixen sobre el nen i agreugen la seva

patologia. Freqüentment aquests aspectes van apareixent quan passa molt temps, inclús mesos després de que s'hagi iniciat la consulta. No va ésser així amb la mare del Thomas. La setmana que va seguir la primera visita va venir ella sola amb el nen. Em diu que ha volgut venir sense el marit perquè em vol parlar d'ella. Té un germà més petit esquizofrènic que la seva mare li feia cuidar des que ella era petita perquè la mare havia d'anar a treballar. Per a ella va ésser una responsabilitat dolorosa i pesant. "Reconec molts defectes de la meua mare però em sento que sóc com ella, tenim el mateix destí, tenir un fill esquizofrènic". Recullo la comunicació però no intervenc, crec que en aquest moment és prematur una interpretació o un comentari, em reservo la possibilitat de considerar la intervenció més endavant per facilitar una transformació de la vivència, durant el tractament percebré quan la senyora pot acceptar amb naturalitat i sense temor que jo m'ocupi d'ella.

Es freqüent que en la història dels pares hi hagin dols que no s'han superat. La mare d'en Luca, un nen que va ésser portat a la consulta quan tenia 4 mesos, va perdre el germà de 17 anys quan ella en tenia 20. Explica així la seva projecció dolorosa: "Quan era petita vaig viure molts períodes sola amb l'àvia poc afectiva, vaig tenir sensacions d'extrema soledat. Miro el meu fill i penso que tindrà el mateix destí que el meu germà. Li veig en els ulls un vel de melangia. Em projecto ja en una pèrdua futura. Voldria que el temps s'aturés. S'assembla al meu germà, ell també tenia els ulls blaus".

Després que m'ha confiat el terror que en Thomas segueixi la història del germà malalt d'esquizofrènia, la mare, a diferència de la primera sessió, em parla extensament del nen. El part va ésser difícil, el Thomas no "sortia". Quan tenia 3 setmanes va haver d'alletar-lo artificialment ja que va rebutjar el pit. Naturalment la senyora diu que la responsabilitat és seva i no del nen. És ella qui no va ésser capaç d'alletar-lo: "xuclava, però tot seguit plorava, no hi havia llet".

### **Sentiment de culpa**

Aquí emergeix el sentiment de culpa, que és encara més clar quan la mare diu que el Thomas és així perquè ella durant els primers mesos el va "deixar estar massa" ja que la filla més gran "la sol·licitava massa". El sentiment de culpa,

quan els pares acompanyen el petit a la consulta, és una vivència que sempre és present i s'ha de tenir en compte; és una bona ocasió per ajudar-los a elaborar-ho durant el tractament. Després que la mare del Thomas ha expressat aquesta vivència, comunica detalls i anècdotes particularment interessants a propòsit del fill, que ens ajudaran a comprendre en el decurs de les sessions la causa de la condició psicopatològica del Thomas. M'explica que quan va néixer la nena i la van posar sobre el seu abdomen, es va treure el llençol de la cara per cercar la seva mirada, mentre que el Thomas s'havia adormit. Des del naixement que té un èczema a la cara que va i ve depenent del seu estat físic. Quan li donaven el biberó, es deixava alimentar com un autòmat. Quan té gana plora, però si no se li dona el biberó immediatament, gira la cara i renuncia. Davant de qualsevol cosa negativa, no es rebel·la sinó que renuncia. "Quan se li mesura la febre o se li neteja el nas, té una paciència que equival a zero", això espanta molt a la mare. Es trasbalsa per no res. Fins els 4 mesos va tenir problemes per dormir. La mare, en aquesta sessió, reconeix també una certa millora del nen que ara respon amb interès quan se'l crida. El nen durant aquesta sessió també es cansa fàcilment però en lloc de 15, aguanta fins els 35 minuts.

### **El problema central del Thomas**

Al cap de 15 dies ve també el pare, i la mare porta les filmacions que han anat fent al nen durant aquest temps. Ara té quasi 6 mesos, té les genives vermelles i inflades: li comencen a sortir les dents, en Thomas es cansa fàcilment i es nota que pateix. Té de nou l'èczema. Quan entra al despatx m'observa un moment als ulls i em somriu. La senyora em diu que abans era indiferent si el contrariaven, ara en canvi es revela. En un moment donat la mare, que el té a la falda, fa un moviment bruscat, el Thomas de moment reten la respiració, i després comença a plorar amb un plor irrefrenable. Amb els pares parlo del nen, tant del que ells m'han explicat, és a dir: la necessitat de sentir-se embolcallat, estret pels bolquers, que n'hi ha prou amb no res per trasbalsar-lo, com d'allò que jo mateixa he pogut observar directament: l'èczema, la facilitat amb que es cansa, l'espasme afectiu i identifico la base del risc psicopatològic que manifesta, un dèficit d'integració, una accentuació de l'estat de no integració des-

crit per la Bick (1968). Parlo amb els pares de la peculiar condició física que ha caracteritzat en Thomas des que va néixer i arribem a la conclusió de que aquest estat físic és la causa de la seva fragilitat, “una fragilitat constitucional”. Tenint en compte això ens posem d’acord amb l’horari, i després de canviar-lo moltes vegades, el moment en què el nen sembla que es cansa menys és a les 9 del matí. Ens posem d’acord perquè vinguin a la consulta a aquesta hora.

### **Funció de la “no saturació” de la intervenció**

Per tal de millorar la capacitat dels pares de pensar sobre el nen, crec que és útil, quan sigui possible, que les intervencions del terapeuta siguin “insaturades”: és a dir, que no sempre expresso les raons que segons el meu entendre han provocat els canvis en el nen, més aviat miro de que ho descobreixin ells mateixos. Durant l’observació, quan el nen tenia 6 mesos i 10 dies, mentre el nen em mira el peu relacionant-lo amb mi, mirant-me fugaçment als ulls, la mare em comunica que ara en Thomas accepta tranquil·lament que li treguin els bolquers; jo em limito a comentar “Ah, ara accepta fàcilment que li treguin els bolquers...”. La senyora sembla reflexionar un moments i continua “ El Thomas cada vegada demostra més interès per mi, em sembla que se sent més nen, més tònic, més ell mateix i pot renunciar a sentir-se embolcallat, estret dins dels bolquers”. Al consultori el nen, si bé m’ha mirat i somrigut per uns instants, sembla encara molt atret per les rodes del camió que té a les mans i per la llum.

### **Elements de pronòstic favorable durant la consulta**

Són manifestacions emotives dels pares durant les sessions. Són elements indicatius d’un pronòstic favorable per a la relació pares-nen: és una prova de que el treball que hem fet junts, ha permès que en els pares emergís el component emocional, indispensable i previ a l’activació de les seves fantasies, de la *revêrie*, i en conseqüència de la capacitat de relacionar-se empàticament amb el nen.

Heus ací com això es manifesta amb la mare del Thomas: es tracta de la sessió de quan el nen té 6 mesos i mig. La senyora em parla del que va passar el diumenge passat: “La Sofia, la meva nena gran i el Thomas són a casa del avis, jo i Tino, el meu marit, vam arribar junts per portar-los a casa. Thomas està a

la falda de l’avia i està observant les imatges d’un llibre. Quan arribem, primer sembla indiferent i al cap d’uns segons somriu al seu pare i li allarga el braços, Tino s’ajup i li fa un petó; després el Thomas amb el mateix entusiasme es gira cap a mi, m’emociono i li faig un petó i una abraçada”. Noto que mentre la mare m’ho explica, li vénen llàgrimes als ulls.

També és de pronòstic molt favorable el sentiment de confiança que els pares van mostrant vers el terapeuta. Els pares de Thomas ho demostren respectant amb rigor les cites i manifestant un gran esforç en col·laborar amb mi en la cura del nen: em porten les filmacions fetes entre una sessió i la següent, juntament amb les observacions escrites que van fent.

En el cas de Daniel, que vaig descriure en un altre treball (Negri 2007), el pare del nen, en la sessió de quan tenia 4 mesos i 20 dies, afirma explícitament “mare meva, que bé que s’hi està aquí”.

Ara el Thomas té nou mesos i el tractament continua. Les sessions ara són cada 15 dies. El nen mostra molt interès pels seus pares, principalment per la mare, i la cerca activament en busca de manifestacions afectuoses, l’hi agraden i busca carantoines. Li agrada jugar a “cucut” i al consultori em reconeix i té gran interès a jugar a fer com si mengés, porta la cullera de la tassa a la seva boca i a la de la mare. Es cansa menys, després de 45 minuts.

### **Conclusions**

Fa més de trenta anys que desenvolupo la metodologia que he descrit i he arribat a la conclusió que és molt eficaç per la prevenció en les situacions que corren el risc d’organitzar-se patològicament de manera estable. És una tècnica que si bé no és necessàriament interpretativa, sembla adequada per permetre que els pares utilitzin la situació de trànsfert que s’estableix amb l’especialista o el professional. Així els pares –principalment la mare– poden augmentar el coneixement del problema del nen, i també perquè es posen en la posició de recuperar les projeccions que es revertien sobre el nen. Aquest aspecte és evident quan poden distingir el què passa al nen d’allò que els pertany a ells. És a dir, que els pares, com passa sovint els primers temps del tractament, quan observen comportaments inadequats del nen –com refusar la posició esquena-nuca–, tendeixen a no cercar la comprensió del significat, sinó a jus-

tificar-ho dient senzillament “la meva mare em diu que jo també ho feia quan era petit”, negant i posant distància amb un aspecte que els trasbalsa. El treball que s’ha fet a les sessions junt amb el terapeuta, els va aproximant al problema gradualment, els hi permet de fer front a aquestes zones de parasitisme que embolcalla el nen i que dificulten els processos d’individuació respectius. Tan sols d’aquesta manera poden reconèixer la individualitat del nen, comprendre l’estat d’angoixa que és a la base del símptomes que manifesta, estar a disposició de fer-se’n càrrec, ajudant-lo per a què el nen pugui reconèixer i acollir una persona diferenciada d’ell. L’experiència obre el camí perquè es pugui establir la reciprocitat de caràcter emotiu-afectiu que és fonamental perquè es pugui establir una relació adequada mare-nen, pares-nen. En aquell moment és possible reconèixer una gradual integració dels diferents components sensorials i l’emergència de les seves potencialitats evolutives.

Em sembla importat que autors tan significatius com Winnicott, Harris i Carr subratllin que el tractament pot ésser dut a terme per persones que no han fet una formació psicoanalítica, però que siguin experts en el camp materno-infantil, i que hagin dut a terme una formació en l’àmbit de la “*Infant Observation*”.

Estic d’acord en subratllar la importància que la intervenció pugui ésser feta també per persones que no tinguin una rigorosa formació en el camp psicoanalític perquè això significa poder desenvolupar una intervenció preventiva en una edat precoç del individu, amb conseqüències importants sobre la salut del nen, en benefici de la família i de la societat.

Acabaré citant la frase de Robin Balbernie (2001 pàgs. 252-253) que conclou el seu important treball “Circuits and circumstances: the neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour”<sup>4</sup>:

“El període que té la més gran influència sobre la salut mental o sobre la patologia té lloc quan el cervell és en el seu primer desenvolupament. Si volem ajudar la futura generació d’adults hem de treballar amb ells i amb els seus pares, ara, quan encara són nens de pocs mesos”.

## Llistat 1. Síntomes d’alarma

Síntomes d’alarma
Defuig la mirada
Labilitat de la mirada
Mira al voltant seu sense parar
Mira d’amagat
Fa veure que dorm
No somriu
Rigidesa mímica
No plora
No hi ha comunicació vocal rítmica entre mare i nen
No es deixa acaronar
Resposta exagerada a sorolls i a veus
Estereotípies de sons, moviments, com són les accions repetitives amb les mans etc.
Interès excessiu o estrany per moviments de la llengua a la boca, per moviments dels llavis.
Excessiva atracció per les qualitats sensorials específiques dels objectes com són la consistència, el color, la brillantor, etc.
Tremolor (present principalment en els dos primers mesos)
Singlot (present sobretot en els primers dos mesos)
Inquietud motriu
Anomalies posturals
Retard postural
Manifestacions psicossomàtiques
Por d’ésser despullat
Por d’ésser tocat a les mans, als peus
Fòbia del capell (por d’ésser acariciat al cap)
Altres pors
Alteracions alimentàries
Alteracions del son
Alteracions importants dels ritmes biològics (alteracions de l’expressivitat és el més freqüent)

## NOTES:

1. (Nota de l'autora). Els autors anglosaxons utilitzen la terminologia "caregiver", "caregiving" que en italià es poden traduir com 'persona che accudisce', 'accudente'. La traducció en Italià no essent satisfactòria, empraré la terminologia anglesa en aquest treball. (N. del T.: en català 'persona que cuida' o 'cuidador').

.....

2. En aquestes situacions el tractament no és diferent del que es descriu en el treball, però s'hi integren persones que substitueixen o recolzen les figures parentals, quan són incapaços d'assolir les cures del bebè per si sols.

.....

3. Observació de Nadons (N. del T.)

.....

4. En Anglès l'original (N. del T.)

**AMIEL TISON, C.; GRENIER, A.:** *Neurological Evaluation of the Newborn and the Infant*. Masson, New York, 1980. (*Valutazione neurologica del neonato e del lattante*, Masson, Milano, 1981).

**BALBERNIE, R.:** “Circuits and circumstances: the neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour”: *Journal of Child Psychotherapy*. Vol. 27, N. 3, 2001, pàgs. 237-255.

**BICK, E.:** “Notes on Infant Observation in Psychoanalytic Training”: *The International Journal of Psycho-Analysis*. Vol. 45, 1964, pàgs. 558-566. (*Nota sull’osservazione del lattante nell’addestramento psicoanalitico*, in Isaacs, S. et al., 1984).

—————: “The experience of the Skin in Early Object-relation”: *The International Journal of Psycho-Analysis*. Vol. 49, 1968, pàgs. 484-486. (*L’esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*, in Isaacs, S. et al. 1984).

**BONCINELLI, E.:** *Come nascono le idee*. Laterza, Bari, 2008.

**ELIOT, L.:** *Early Intelligence; How the Brain and Mind Develop in the First Years*. Penguin, London, 2001.

**HAAG, G.:** “Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psychomotrices dans la première année de la vie”: *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*. Vol. 1, 1988, pàgs.1-9.

**HARRIS, M.; CARR, H.:** “Therapeutic Consultations”: *Journal of Child Psychotherapy*. Vol. 1, 1966, pàgs.13-19.

**ISAACS, S. et al.:** *L’osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino, 1984.

**LEBOVICI, S.:** “La contribution de la psychanalyse des enfants à la connaissance et à l’action sur les jeunes enfants et les familles déprimées”: *Communication Congrès. Int. de Psychanal. d’Enfants*. Londra, 1978. (Inèdit)

—————: *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Centurion, Paidós, Paris, 1983.

**MELTZER, D.; BREMNER, J.; HOXTER, S.; WEDDELL, D.; WITTEMBERG, I.:** *Explorations in Autism: A Psychoanalytical Study*. Clunie Press, London, 1975. (*Esplorazioni sull’autismo*, Boringhieri, Torino, 1977).

**MELTZER, D.; HARRIS WILLIAMS, M.:** *The Apprehension of Beauty*. Clunie Press, London, 1988. (“Amore e timore della bellezza”: *Quaderni di Psicoterapia Infantile*. Vol. 20, Borla, Roma, 1989).

**MELTZER, D.:** *The Claustrum*. Clunie Press, London, 1992. (*Claustrum*. Raffaello Cortina, Milano, 1993).

**NEGRI, R.:** “Problemi metodologici della prevenzione del neonato a rischio”: *Neuropsychiatria Infantile*, N. 230/231, 1980, pàgs. 859-878.

—————: “L’osservazione del neonato: metodologia di studio dei processi mentali”: *Quaderni di Psicoterapia Infantile*. Vol. 18, Borla, Roma, 1989, pàgs.100-116.

—————: *Il neonato in terapia intensiva. Un modello di prevenzione neuro psicoanalitica*. Raffaello Cortina, Milano. 1998.

—————: *Therapeutic consultation: early detection of “alarm symptoms” in infants and treatment with parent-infant psychotherapy*, in Pozzi-Monzo, M.E., (a cura di) (2007).

—————: *Andare osservando un bambino. La lezione di Martha Harris*. Borla, Roma, 2009a.

—————: “Personalità, memoria fetale e psicopatologia precoce”: *Setting*. N. 27. Franco Angeli, Milano, 2009b, pàgs.21-47.

**OSOFSKY, J.D. (ed.):** *Children in a Violent Society*. Guilford Press, New York, 1997.

**PALACIO ESPASA, F.; MANZANO, J.:** “La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leur mère”: *Psychiatrie de l’Enfant* Vol. 25. N.1, 1982, pàgs. 5-27.

**PERRY, B.D.:** *Incubated in terror: neurodevelopmental factors in the “cycle of violence”*. in Osofsky, J.D. (ed.), 1997.

**PERRY, B.D.; POLLARD, R.; BLAKELY, T.; BAKER, W.; VIGILANTE, D.:** “Childhood trauma, the neurobiology of adaptational “use-dependent” development of the brain: how “states” become “traits””: *Infant Mental Health Journal*. Vol.16. N.4, 1995, pàgs. 271-91.

**POZZI, M.:** *Psychic Hooks and Bolts*. Karnac Books. London and New York, 2003.

**POZZI-MONZO, M.E. (a cura di):** *Innovations in Parent-Infant Psychotherapy*. Karnac Books, London, 2007.

**REID, S. (ed.):** *Developments in infant Observation*. Routledge, London-New York, 1997.

**RHODE, M.:** *Psychosomatic integration. Eye and mouth in infant observation*, in Reid, S. (ed.), 1997.

**ROBSON, K.S.:** “The Role of Eye-To-Eye Contact in Maternal Infant Attachment”: *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. Vol. 8, 1967, pàgs. 13-25.

**SCHORE, A.N.:** “Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health”: *Infant Mental Health Journal*. Vol. 22, 2001a, pàgs.7-66.

—————: “The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health”: *Infant Mental Health Journal*. Vol. 22, 2001b, pàgs. 201-69.

—————: “Minds in the making: attachment, the self-organising brain, and developmentally-orientated psychotherapy”: *British Journal of Psychotherapy*. Vol. 17, N.3, 2001c, pàgs. 299-328.

**SEIGAL, D.J.:** *The Developing Mind: Towards a Neurobiology of Interpersonal Experience*. Guilford Press, New York, 1999.

**SHONKOFF, J.P.; PHILLIPS, D.A. (eds.):** *From Neurons to Neighbourhoods: The Science of Early Childhood Development*. National Academy Press, Washington, DC, 2000.

**THOMAS, J.T.:** “Traumatic stress disorder presents as hyperactivity and disruptive behaviour: case presentation, diagnosis and treatment”: *Infant Mental Health Journal*. Vol.16, N.4, 1995, pàgs.67-94.

**TOUWEN, B.C.L.:** “Early Detection and Early Treatment of Cerebral Palsy: Possibilities and Fallacies”: *Giornale di Neuropsichiatria dell’Età Evolutiva*. Vol. 4, 1989, pàgs. 31-38.

**TREVARTHEN, C.; AITKEN, K.J.:** “Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications”: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 42, N.1, 2001, pàgs. 3-48.

**VALLINO, D.:** “Emozioni e sofferenze del bambino al primo incontro”. Conferenza tenuta presso l’Istituto di Neuropsichiatria Infantile di Milano, 2 giugno 1984. (Inèdit)

—————: *Fare Psicoanalisi con Genitori e Bambini*. Borla, Roma, 2009.

**WATILLON-NAVEAU, A.:** “The dynamics of psychoanalytic therapies of the early parent-child relationship”: *The International Journal of Psycho-Analysis*. Vol. 74, N.5,1993, pàgs. 1037-1048.

**WINNICOTT, D.W.:** “The observation of small children in a preestablished situation”: *The International Journal of Psycho-Analysis*. Vol. 22, 1941.