Prevenzione, individuazione precoce e trattamento dei disturbi neuropsichiatrici della prima e della seconda infanzia: teoria dell'intervento

Author:

B. Cappagli affiliation: Psicologo

M. Mangiavacchi affiliation: Educatore Professionale

A. Massafra affiliation: Psicologo, UFSMIA Area Grossetana, A.USL n.9 Grosseto

M. Camuffo affiliation: Direttore Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Responsabile UFSMIA Area Grossetana, A.USL n.9 Grosseto

Mauro Camuffo

Via Uranio 45, 58100, Grosseto

tel 3385089266

email: mauro.camuffo@libero.it

email: m.camuffo@usl9.toscana.it

Riassunto

Gli Autori discutono brevemente la cornice teorica legata all'intervento possibile nelle relazioni precoci ed il contesto generale nel quale si può operare. Tali interventi sono ormai pienamente riconosciuti come necessari per una efficace prevenzione dell'insorgenza dei disturbi correlati all'attaccamento ansioso/disorganizzato. Vengono descritte le linee di intervento più adeguate e gli ambiti di azione più utili, sottolineando la necessità dell'informazione sociale, della formazione specifica degli operatori coinvolti e dell'opportunità di costruire una rete di lavoro. Il complesso di quanto è possibile realizzare risulta avere una ricaduta importante in termini di salute e benessere delle famiglie coinvolte e di risparmio di spesa sanitaria e socio-assistenziale.

Summary

The authors briefly discuss the theoretical framework can be linked to work in early relationships and the general context in which it can operate. These operations are now fully recognized as necessary for effective prevention of onset of symptoms related to attachment anxious/disorganized. Describes the courses of action most appropriate and most useful areas for action, stressing the need of social information, the training of the operators involved and the opportunity to build a working network. The complex than can be achieved is shown to have important consequences in terms of health and welfare of the families involved and in terms of savings in health spending and social welfare.

Parole chiave: *attaccamento, mentalizzazione, relazione, prevenzione Key words: attachment, mentalization, relationship, prevention*

Introduzione

Le ricerche degli ultimi trent'anni hanno fornito numerosi contributi relativi all'intreccio di fattori causali innati e ambientali nella genesi di molti disturbi psicopatologici. Le predisposizioni genetiche sono attivate dall'esposizione a fattori ambientali, che possono ridurre o annullare la resilienza del bambino nei confronti dei fattori avversi (*Camuffo 2007; Camuffo e Costantino 2009; Costantino e Camuffo 2009*). Lo scambio che l'individuo conduce con l'ambiente, a sua volta, può determinare un'espressività più accentuata del patrimonio genetico suscettibile a determinati stimoli.

Le più recenti risultanze scientifiche indicano una diretta influenza dell'ambiente sul funzionamento dei geni; alcune nuove conoscenze sulle malattie mentali derivano proprio dallo studio delle modificazioni epigenetiche che concorrono ad alterare il funzionamento del sistema nervoso. Inoltre l'esposizione a fattori di rischio psicosociale può portare a modificazioni biologiche del SNC soprattutto nei primi due/tre anni di vita del bambino. Ne consegue che l'ambiente creato dal contesto familiare può determinare effetti profondi su tutti gli aspetti dello sviluppo, dallo stato di salute alla nascita fino all'acquisizione delle competenze necessarie per affrontare la scuola e l'apprendimento o per sviluppare le relazioni più complesse delle età successive.

Tali considerazioni sono oggi basate su solide evidenze scientifiche e sostenute da numerose ricerche che tendono a sottolineare quanto sia coinvolto in questi processi il sistema di attaccamento *(Zeanah et al 1997; Balbernie 2002; UK Dept Of Health 2004).* Se i primi due/tre anni di vita sono caratterizzati da un attaccamento sicuro, dall'accrescimento delle competenze, da un ampio sviluppo della funzione riflessiva e della mentalizzazione (*Fonagy et al 2002),* allora il bambino che cresce si riconosce, può apprezzare e discriminare le proprie emozioni e i propri sentimenti e di conseguenza le emozioni e i sentimenti altrui, può considerare il punto di vista dell'altro ed è quindi capace di trarre pieno vantaggio dall'educazione, costruendo una resilienza psicologica da mettere in gioco in occasione di esperienze stressanti (*Rutter 2006a; Rutter 2007*). Tali individui, crescendo, riusciranno probabilmente a far fronte in maniera positiva agli eventi critici e a riorganizzare costruttivamente il proprio comportamento dinanzi alle difficoltà; allo stesso tempo, rimarranno sensibili alle opportunità positive che la vita offrirà loro, senza perdere la propria umanità e riuscendo, nonostante tutto e talvolta contro ogni previsione, a fronteggiare efficacemente le difficoltà, i conflitti e i lutti.

La funzione mentale della resilienza può essere, in effetti, valutata come un indice di corretto e adeguato sviluppo dell'apparato psichico: il continuo confronto che l'individuo ha con le esperienze di vita ed i vissuti emotivi correlati modifica i meccanismi che ne sottendono la costruzione, determinando il suo grado di funzionalità e di efficienza. E tale dialettica tra individuo ed ambiente conferma ulteriormente quanto il sistema di attaccamento sia stimolato e giochi un ruolo predominante nello sviluppo della capacità di gestire la materia emotiva.

La teoria della regolazione, la moderna visione dello sviluppo e i corrispondenti approcci terapeutici hanno tratto riferimenti importanti dalle più recenti acquisizioni della

psicobiologia riguardo alle modalità di scambio emozionale precoci del bambino con l'oggetto primario e all'influenza che esse hanno sullo sviluppo della struttura psichica. Le comunicazioni affettive all'interno della relazione di attaccamento facilitano la maturazione delle aree del SNC coinvolte sia nella stimolazione affettiva che nell'auto-regolazione (*Schore 2008*).
Il bambino con attaccamento disorganizzato, che ha vissuto esperienze di abuso o di trascuratezza, ha alte probabilità di crescere nell'incapacità di fidarsi delle relazioni, nella difficoltà di provare empatia per gli altri o rispettare i ruoli sociali, pronto anzi a distruggere, attaccare e cercare di dominare tutto quello che gli può essere offerto a casa e a scuola, e dunque vulnerabile rispetto a futuri problemi di salute mentale (*Balbernie 2002*). I modelli comportamentali di dominio e aggressività, che ne derivano, spesso esitano in un'adolescenza turbolenta, con frequenti modalità espressive esternalizzanti e condotte dirompenti, e conseguenti costi sociali ed economici elevati. L'individuo, in questi casi, tende ad organizzare il suo stile comportamentale in senso distruttivo, mostrando scarso interesse per la costruzione di un progetto di vita coerente con una crescita sana ed un armonico sviluppo personale, determinando la diffusione del disagio e delle possibili condotte delinquenziali a livello gruppale.
Gli studi dimostrano che un divario troppo grande tra bisogni del bambino e cure genitoriali comporta il formarsi di una carenza di base ("basic fault"), che può tradursi in un attaccamento disturbato. A loro volta, alcuni modelli di attaccamento disturbato, influenzando direttamente l'espressività genetica e la maturazione del SNC, sono invariabilmente associati con esiti psicopatologici dal significativo impatto sociale (disturbi di personalità, uso di sostanze, comportamenti antisociali, disturbi del comportamento alimentare, disturbi della condotta) e con la facilitazione dell'espressività di malattie mentali a forte base genetica (disturbo bipolare, DIDA, depressione maggiore). Le capacità di accudimento e gli stili genitoriali agiscono, allora, non solo come elementi costitutivi della relazione genitore-figlio, generando ed influenzando costantemente il clima affettivo, ma anche come veri e propri attivatori del patrimonio genetico; inoltre, le esperienze precoci di distorsione dei processi di legame e attaccamento tendono in larga misura a riprodursi nel comportamento genitoriale successivo, dal momento che questo insieme di fattori biologici e sociali favorisce la trasmissione intergenerazionale della patologia.
Partendo da tali presupposti, diventa sempre più importante l'organizzazione di interventi precoci indirizzati alla tutela della salute mentale infantile, che si basino sulle evidenze e tengano in considerazione i fattori di rischio implicati nei disturbi evolutivi.

.

I fattori di rischio e gli indicatori di disturbo evolutivo

In un contesto così specifico come quello delineato, i principali fattori di rischio responsabili di alterazioni delle prime relazioni e di fallimenti nello sviluppo psicoemozionale, tali da condurre a esiti di psicopatologia franca (*child-rearing related disorders*), sono ormai noti e costituiscono un elemento imprescindibile per orientare gli interventi legati alla prevenzione. Tali fattori possono essere suddivisi in due grandi aree: la prima riguardante la vulnerabilità e/o la patologia del cargiver o delle figure di riferimento, la seconda relativa alle condizioni dei bambini e agli eventi significativi o critici nella loro storia.
Per quanto riguarda le condizioni genitoriali correlate a sviluppi patologici della prole, le più significative sono le seguenti:

- depressione genitoriale (non solo materna) perinatale *(Cooper e Murray 1998; Hiltunen 2003; Heron et al 2004)*;
- psicosi o grave disturbo di personalità dei genitori, in particolare della madre;
- disturbo del comportamento alimentare della madre *(**Senior** et al 2005);*
- uso materno di alcol e sostanze (in particolare cocaina) *(Numero speciale di Infant Mental Health Journal 2002);*
- precedente morte fetale o perdita di un bambino piccolo *(Hughes et al 1999);*
- esposizione dei genitori a maltrattamenti, traumi e violenze nell'infanzia;
- maternità adolescenziale senza supporto;
- relazioni insoddisfacenti tra i genitori (disfunzione genitoriale);
- condizioni lavorative e abitative precarie.

Kim-Cohen et al (2006), evidenziando l'effetto potenziante della combinazione di più condizioni infantili capaci di esporre al rischio di un disturbo psicopatologico successivo, hanno elencato i più noti fattori di rischio specifico dei bambini:

- minorazione sensoriale o disabilità evolutiva;
- basso peso alla nascita;
- eventi gravemente sfavorevoli (perdita di un genitore, etc.);
- maltrattamento e abuso;
- rivalità accentuata tra fratelli (fratrie molto numerose);
- comportamenti devianti dei pari (comportamenti antisociali, consumo di sostanze, violenza, bullismo e abuso);
- mancata disponibilità di cure e di diagnosi;
- disturbi dello spettro autistico;
- ritardo mentale.

I disturbi dell'attaccamento e i disturbi della regolazione in età prescolare rappresentano, a loro volta, gli indicatori singoli più potenti di uno sviluppo alterato *(Lyons-Ruth 2003; Bakermans-Kranenburg et al 2005; Rutter 2006b).* I bambini con pattern di attaccamento disturbato, infatti, manifestano presto difficoltà importanti nelle relazioni sociali e nell'apprendimento, per la loro tendenza a esternalizzare invece che a mentalizzare, costituendo una parte importante della popolazione che richiede interventi educativi speciali, con un costo rilevante in termini di assistenza sociale e sanitaria sin dai primi tempi. Numerosi studi sottolineano inoltre il loro outcome sfavorevole a distanza, in termini di Q.I. e insuccesso scolastico e professionale.

.

Gli interventi di prevenzione e trattamento precoce

Gli interventi preventivi effettuati in epoca perinatale e nella prima infanzia hanno dimostrato di essere i più economici, tempestivi e remunerativi in termini di risultati a breve e lungo termine.

Un ormai corposo repertorio di esperienze ed osservazioni sta oggi a dimostrare che interventi precoci, mirati e sinergici sulla relazione madre-figlio possono portare a cambiamenti positivi dell'ambiente emozionale del bambino vulnerabile. Come sintetizzato da P. Fonagy (1998), "gli interventi preventivi precoci hanno la potenzialità di migliorare a breve termine la salute e la condizione di benessere del bambino (migliore nutrizione, migliore salute fisica, minori problemi di alimentazione e di basso peso nella prima infanzia, minor numero di incidenti e di accessi al pronto soccorso, ridotte possibilità di maltrattamento ecc.), mentre i genitori possono trarne vantaggio in modo significativo (maggiori opportunità educative e di lavoro, miglior uso dei servizi, maggior sostegno sociale, aumentata sensazione di efficienza personale come genitori, migliori relazioni con figlio e partner ecc.). A lungo termine, i bambini possono mostrare miglioramenti in settori critici del comportamento (minori aggressività, distraibilità, comportamenti delinquenziali), in campo educativo (migliori risultati scolastici, atteggiamento verso la scuola), in termini di funzionamento sociale (incremento degli atteggiamenti pro-sociali), mentre i genitori possono beneficiarne in termini di lavoro, educazione e sensazione di benessere personale".

L'intervento precoce messo in atto da un servizio di salute mentale rappresenta allora un modo efficace per rompere il circolo vizioso attaccamento insicuro/disarmonia dello sviluppo/psicopatologia, potendo trarre vantaggio da una parte dalla plasticità neurologica del bambino piccolo, dall'altra dalle dinamiche ancora fluide di una famiglia impegnata nel processo di adattamento al nuovo componente. Attendere troppo, invece, può significare lasciare che la struttura cerebrale e le interazioni familiari si stabilizzino e diventino, di conseguenza, difficili da modificare.

La più completa review ad oggi esistente sugli interventi preventivi e terapeutici nella prima infanzia e sui loro risultati a distanza è rappresentata dalle 516 pagine di "From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development", rapporto della "Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development", a cura di J. P. Shonkoff e D. A. Phillips (2000). A questa fonte si aggiungono altri studi più recenti (Raikes e Love 2002; Fonagy 2004; Fonagy e Higgitt 2004; Fonagy 2004; Baradon et al 2005; Cindy-Lee 2005; Roth e Fonagy 2006; Ammaniti 2006), nonché la revisione della "Commissione delle Comunità Europee" (2005) dei progetti UE finalizzati a promuovere un inizio di vita sano. Un'ulteriore messa a punto degli strumenti di intervento è contenuta nel volume di Sameroff et al (2005) Treating Parent-Infant Relationship Problems: Strategies for Intervention.

Disponiamo, quindi, di una gamma sufficientemente ampia di attività di cui è dimostrata l'efficacia e che possono articolarsi in interventi centrati sul servizio e interventi centrati sul domicilio (Camuffo e Costantino 2010). I più utili sono compresi tra i seguenti:

►interventi di visita a domicilio con finalità educativa, orientati allo sviluppo delle competenze di accudimento sensibile, dell'empatia e della comprensione delle interazioni madre-bambino nelle situazioni di maggior rischio psicosociale (Ammaniti 2006);

►interventi di video-feedback centrati sulla rilettura delle fasi positive di interazione;

►interventi di counseling basati sulla somministrazione della Brazelton Neuro-Behavioural Assessment Scale;

►interventi individuali prenatali di psicoterapia dinamica sul genitore, secondo modalità manualizzate, seguiti da psicoterapia genitore-bambino, associati o meno a concomitanti interventi di gruppo e di home visiting;

►interventi di ascolto e supporto psicologico per i genitori, resi prontamente disponibili presso i punti nascita e i reparti di neonatologia, con modalità sia individuali che di gruppo (Kennedy 2004);

►interventi di sostegno alla relazione nelle attività di follow-up neuro-evolutivo;

►gruppi genitori-bambini presso gli ambulatori pediatrici;

►gruppi di counseling di genitori;

►gruppi di auto-aiuto di genitori su singoli problemi di allevamento (alimentazione, sonno).

Qualità comune dei suddetti interventi è la finalizzazione allo sviluppo delle capacità empatiche e di mentalizzazione degli adulti e dei bambini coinvolti e alla riduzione delle risposte evitanti ed esternalizzanti nei compiti di coping. Nessun intervento, tuttavia, può dirsi completo ed esaustivo, derivando anzi i metodi di azione più efficaci da un'integrazione tra attività e tecniche diverse. In questa varietà e complessità è possibile organizzare differenti modalità operative, comunque orientate da una cultura della prevenzione. In tale prospettiva, la sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'importanza della relazione primaria madre-figlio e dei processi di attaccamento e la formazione specifica degli operatori che lavorano con genitori e bambini piccoli appaiono fondamentali, insieme alla diffusione di conoscenze e informazioni, legate all'importanza della qualità delle prime relazioni e dei processi di attaccamento, per gli operatori che lavorano con l'età evolutiva (pediatri di famiglia, operatori dei punti nascita e dei servizi pediatrici ospedalieri, operatori dei nidi e delle scuole per l'infanzia, operatori dei servizi di salute mentale, dei servizi sociali e del volontariato sociale), la mappatura delle risorse in campo e la costruzione della rete per l'individuazione precoce dei casi a rischio. Inoltre, appare fondamentale favorire lo sviluppo della rete tra i servizi (sociali, delle dipendenze, della salute mentale, dell'assistenza alla gravidanza, pediatrici, educativi della prima infanzia) in grado di interpretare il rischio e cogliere il bisogno nel momento in cui emerge.

Per l'applicazione di quanto detto, il principale strumento di lavoro non può che essere il gruppo multiprofessionale dedicato, costruito utilizzando risorse e professionalità diverse ma tutte contenute da una cornice organizzativa unitaria, orientata verso le buone pratiche di intervento. Nel gruppo, devono essere presenti sufficienti risorse per una valutazione precoce del rischio di fallimento genitoriale e di distorsione dell'attaccamento (facile accessibilità, facili collegamenti con i servizi sociali, il carcere, l'ospedale, etc.) e tutti devono avere familiarità sia con gli strumenti più efficaci di valutazione e individuazione precoce (prenatale e postnatale) del rischio (PDI, RQ-CV, Edimburgh PND scale, PSI, etc.), sia con le tecniche di intervento specifiche, che presuppongono una formazione apposita. La strutturazione di una buona rete di lavoro tra i soggetti coinvolti rappresenta uno strumento sia di intervento che di conoscenza ulteriore delle tematiche cliniche emergenti. In più, essa funziona come una cintura capace di tenere insieme gli elementi scissi espressi nelle sintomatologie trattate, restituendo una vera opportunità di cura, e come una misura protettiva per l'operatore

stesso, favorendo, attraverso la condivisione, un alleggerimento degli elementi patologici e patogeni che le situazioni di grave disagio emotivo-relazionale inevitabilmente introducono nel contesto di vita e di lavoro. .

Conclusioni

Gli elementi fondamentali della prevenzione risultano essere di contesto prima che specifici: non si può prescindere da una capillare diffusione delle informazioni riguardanti l'importanza dell'intervento preventivo e le sue ricadute sulle relazioni precoci. Coinvolgendo operatori e genitori è possibile costruire una cultura della prevenzione legata allo sviluppo di corretti stili relazionali nelle interazioni della prima infanzia. Contemporaneamente, è possibile strutturare interventi diretti a sostenere le famiglie che presentano fattori di rischio e ad agire nelle situazioni che già esprimono elementi relazionali disfunzionali accertati. Questi interventi, quando ben disegnati e successivamente implementati, possono (*Balbernie 2002*) migliorare a breve termine le performance dei bambini che vivono in condizioni di povertà, realizzare significative azioni di sviluppo sociale e cognitivo per i bambini piccoli con ritardo di sviluppo o disabilità, produrre effetti a breve-termine sullo sviluppo cognitivo di bambini piccoli che vivono in ambienti ad alto rischio. Tali effetti sono maggiori se l'intervento è focalizzato sull'obiettivo di migliorare la relazione ed il conseguente stile di attaccamento del bambino, piuttosto che rivolto a sostenere genericamente la famiglia. Attraverso questi interventi, sembra possibile modificare la traiettoria evolutiva di alcuni disturbi con una forte componente genetica (trisomia 21, autismo, disturbo bipolare, ritardo mentale), ottenendo altresì effetti positivi e misurabili nell'area cognitivo-sociale dei bambini piccoli con disabilità o con ritardo dello sviluppo, sempre che gli interventi stessi siano focalizzati sulla relazione genitore-figlio. I benefici a lungo-termine riguarderebbero un più alto rendimento scolastico, un più basso numero di bocciature e un ridotto ricorso ad interventi educativi speciali. Inoltre, ricerche longitudinali estese all'adolescenza e all'età giovane-adulta hanno fornito documentazione di differenze sostanziali tra bambini con svantaggi economici trattati e gruppi di controllo, relativamente a successo scolastico, guadagni futuri, ricorso a servizi sociali e comportamento delinquenziali. Dunque, anche l'analisi dei costi economici degli interventi per i bambini piccoli appartenenti a famiglie svantaggiate, per condizione psicopatologica e/o per disagio socioeconomico, hanno dimostrato benefici a medio e lungo-termine per i soggetti coinvolti e risparmi sulle spese per istruzione, assistenza e giustizia.
Il modello dell'intervento precoce con il focus sull'attaccamento, per il corretto sviluppo delle relazioni precoci ed un'adeguata mentalizzazione, è una opportunità da cogliere per prevenire lo sviluppo del disagio psichico e le sue successive cronicizzazioni, rappresentando un deterrente (apparentemente) decisivo contro la strutturazione di condizioni cliniche particolarmente negative e quindi onerose per le istituzioni sociali e sanitarie.

References

- 1 - Allen P.in *Getting it right from the start. Infant Mental Health and Emotional Well Being in Children and Young People* - CAMHS National Conference 15 & 16 November 2005; the Sure Start Unit of the DfES and the Department of Health. CONFERENCE HANDBOOK; 2005.
- 2 - Ammaniti M ed. *Early Preventive Intervention and Home Visiting*. Journal of Infant Mental Health. 2006;27(1):1-119.
- 3 - Bakermans-Kranenburg M.J, Van IJzendoorn MH, Juffer F. *Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis*. Infant Mental Health Journal. 2005;26(3):191-216.
- 4 - Balbernie R (a) *Early Intervention Services: An Overview of Evidence-based Practice*. CPT;2002.
- 5 - Balbernie R (b) *An infant mental health service The importance of the early years and evidence-based practice*. CPT;2002.
- 6 - Balbernie R (c) *An infant in context: Multiple risks and a relationship*. Infant Mental Health Journal. 2002;23(3):329-341.
- 8 - Baradon T, Broughton C, Gibbs I, et al. *The Practice of Psychoanalytic Parent-Infant Psychotherapy: Claiming the Baby*. London, Routledge. 2005.
- 9 - Beebe B. *Brief mother-infant treatment: psychoanalytically informed video feedback*. Infant Mental Health Journal. 2003;24(1):24-52.
- 10 - Boorn C. & Hopkins-Dunn P. in*Getting it right from the start. Infant Mental Health and Emotional Well Being in Children and Young People* - CAMHS National Conference 15 & 16 November 2005; the Sure Start Unit of the DfES and the Department of Health. CONFERENCE HANDBOOK; 2005.
- 11 - Camuffo M. *Resilienza e Salute Mentale in età evolutiva*. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 2007;74:505-514.
- 12 - Camuffo M, Costantino MA. *Fattori protettivi e promozione della resilienza nel bambino e nell'adolescente*. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. 2009;76:179-190.
- 13 - Camuffo M, Costantino MA. *Promozione della resilienza e strategie di intervento*. Giorn Neuropsich Età Evol. 2010;30:120-129.
- 14 - Charman T et al. *Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP).* The Lancet. 2006;368:210-215
- 15 - Cindy-Lee D. *Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review.* BMJ. 2006;331:15-18.
- *Contributions from the decade of the brain to infant mental health: An overview.* Infant Mental Health Journal. 2001; 22(1-2):1-269.
- 16 - Cooper PJ, Murray L. *Fortnightly review: Postnatal depression*. BMJ. 2005;316:1884-1886.
- 17 - Costantino MA, Camuffo M. *Trasformazioni del concetto di resilienza e ricadute nella pratica*. Ricerca e Pratica (Istituto Mario Negri). 2009;25:57-64.
- 18 - Fonagy P, Gergely G, Jurist EL et al. *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self.* New York, Other Press; 2002.
- 19 - Fonagy P. *Early Life Trauma and the Psychogenesis and Prevention of Violence*. Annals of the New York Academy of Sciences. 2004;1036:1–20.
- 20 - Fonagy P, Higgitt A. *Early Mental Health Intervention & Prevention: The Implications for Government and the Wider Community*. In: Sklarew B, Twemlow S, Wilkinson SM eds. Analysts in the Trenches: Streets, Schools, War Zones. Hillsdale, NJ, The Analytic Press; 2004;257-309.
- 21 - Fonagy P. *Revue de la litérature: méthodologie, objectifs et resultants*. In: Haddad A, Guedeney A, Greacen T, eds. Prévention et promotion de la santé mentale de la petite enfance: quelle évaluation? Toulouse, Editions ERES; 2004:49-68.
- 22 - Greenspan SI. *Engaging Autism: Helping Children Relate, Communicate and Think with the DIR Floortime Approach*. Da Capo Press, Cambridge, Ma; 2006.
- 23 - Heron J, O'Connor TG, Evans J, et al. *The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample*. Journal of Affective Disorders. 2004;80:65-73.
- 24 - Hughes P, Turton P, Evans CDH. *Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study*. 1999;BMJ, 318:1721-1724.
- 25 - Jacobson S. Jacobson J. in *Pre and Postnatal Exposure to Parental Use and Abuse of Alcohol and Other Drugs*, Special Issue of Infant Mental Health

Journal, Vol. 22, n.3, H. Fitgerald e H. Olson edition, vol.22, n.3, may-june 2002

- 26 - Kim-Cohen J , Caspi A, Rutter M, et al. *The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history*.Am J Psychiatry. 2006;163(6):1009-1018.
- 27 - Lyons-Ruth K. *Dissociation and the parent-infant dialogue: a longitudinal perspective from attachment review*. JAPA. 2003;51:883-911.
- 28 -Rutter M (a) *Implications of resilience concepts for scientific understanding*. Ann N Y Acad Sci. 2006;1094:1-12
- 29 - Rutter M (b) *Critical Notice. Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006;47, 9:974.
- 30 - Rutter M. (c) *Autism: its recognition, early diagnosis, and service implications*. J Dev Behav Pediatr.; 2006;27(2):54-58.
- 31 - Rutter M. *Gene-environment interdependence*. Dev Sci. 2007;10(1):12-18.
- 32 - Sameroff AJ, McDonough SC, Rosenblum KL. *Treating Parent-Infant Relationship Problems: Strategies for Intervention.* New York, Guilford Press; 2005.
- 33 - Schore AN (a) *I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti*. Roma, Astrolabio; 2010.
- 34 - Schore A.N. (b). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma, Astrolabio; 2008.
- 35 - Senior R, Barnes J, Emberson JR, et al. *Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy*. 2004.
- 36 - Shonkoff JP, Phillips DA, eds. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington D. C., National Academy Press; 2000.
- 37 - Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. *Infant development and developmental risk: A review of the past ten years*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997;32:165-178.
-

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[0] commenti | comments