

# Prematuramente madri: le diverse traiettorie delle rappresentazioni materne durante le interazioni con il bambino

di Chiara Patruno\*, Flaminia Odorisio\*, Renata Tambelli\*

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di indagare la distribuzione delle rappresentazioni materne in due gruppi di donne, con parto pretermine e con parto a termine, al fine di valutarne l'influenza sulla qualità dell'interazione diadica durante i primi 6 mesi di vita del bambino. A tale scopo è stato selezionato un gruppo di 68 neomadri con parto pretermine e 51 con parto a termine. Ai due gruppi è stata somministrata l'intervista clinica semi-strutturata IRMAN per valutare le rappresentazioni materne al 4° mese dopo la nascita. Al 6° mese di vita è stata effettuata una videoregistrazione dell'interazione madre-bambino, condotta in contesti naturali e codificata mediante le scale della disponibilità emotiva dell'EAS. I risultati hanno messo in luce una prevalenza di rappresentazioni non integrate ambivalenti e un'interazione meno sensibile, intrusiva e non strutturata nel gruppo di donne con parto pretermine. Inoltre, le donne con una rappresentazione ristretta/disinvestita si mostrano eccessivamente passive e indulgenti, divenendo incapaci di porre dei limiti e delle regole. I dati emersi forniscono delle linee guida per la pianificazione di interventi di sostegno psicologico, al fine di promuovere, in una situazione altrimenti potenzialmente disorganizzante, un miglior adattamento al ruolo genitoriale e lo sviluppo di una buona relazione infante-*caregiver*.

Parole chiave: *nascita prematura, genitorialità, rappresentazioni materne, interazioni madre-bambino.*

## I Introduzione

La nascita prematura rappresenta un forte fattore di rischio che può compromettere la transizione alla genitorialità poiché interrompe repentinamente il processo di costruzione della relazione genitore-bambino nei suoi aspetti rappresentativi e relazionali (Forcada-Guex *et al.*, 2006; Bickle Graz *et al.*, 2011). I genitori si trovano ad affrontare un ruolo per cui non sono ancora pronti, e ciò può provocare in loro un senso di confusione e di smarrimento (Latmiral, Lombardo, 2007).

La degenza prolungata del bambino in ospedale è per i genitori un evento impensato, che può creare un alterato stato emozionale sia nel padre che nella madre (Miles *et al.*, 2007; Holditch-Davis, Miles, Belyea, 2000; Monti,

\* Sapienza Università di Roma.

Fava, Agostini, 2005) e uno stato persistente di fragilità (Müller-Nix, Ansermet, 2009).

La prematurità dell'esperienza genitoriale per la madre può essere meglio compresa considerando come la nascita pretermine, che avviene tra la 24° e la 32° settimana di gestazione, interrompe la gravidanza proprio durante le fasi cruciali per lo sviluppo delle rappresentazioni materne (Ammaniti *et al.*, 1995). Il parto prematuro avviene, pertanto, in una fase molto delicata, in cui il *bambino immaginario*, seppur presente nella mente della madre, è ancora poco chiaro e definito.

Questo difficile contesto di genitorialità può facilitare la costruzione di rappresentazioni materne non integrate di sé come madre e del proprio bambino, che possono influire nel futuro stile di *parenting*. A tal proposito diversi studi documentano come all'interno delle diadi madre-bambino pretermine, a differenza delle diadi con un bambino nato a termine, si riscontrano una prevalenza di rappresentazioni ambivalenti (Korja *et al.*, 2009; Meijssen *et al.*, 2011) e si verificano interazioni poco soddisfacenti e positive, con una scarsa coordinazione e reciprocità diadica (Müller-Nix, Forcada-Guex, 2004; Forcada-Guex *et al.*, 2011).

Nelle madri dei bambini nati pretermine, a differenza delle madri con bambini nati a termine, il forte impatto traumatico derivante dalla separazione subito dopo la nascita e dalle precarie condizioni di salute del bambino può generare sentimenti di colpa, dovuti alla convinzione di non aver saputo proteggere il proprio bambino e di non aver portato a termine un decorso naturale della gravidanza. Può essere sperimentata, inoltre, una sorta di anticipazione del lutto, rafforzata dalla convinzione che il bambino non riuscirà a sopravvivere (Latmiral, Lombardo, 2007); tristezza per la perdita del bambino “perfetto” immaginato durante la gravidanza ed altri elementi che possono interferire con la capacità di rispondere ai bisogni del bambino e al riconoscimento di una sua reale immagine (Kersting *et al.*, 2004; Hagan, Evans, Pope, 2004; Zelkowits *et al.*, 2009; Brecht *et al.*, 2012).

Recenti studi dimostrano come le madri dei nati pretermine presentino più spesso difficoltà ad iniziare e mantenere l'interazione, siano più stimolanti e intrusive (Singer *et al.*, 2003; Feldman, 2007), facendo risultare l'interazione madre-neonato pretermine emotivamente meno coinvolgente rispetto a quella di madri con neonati a termine (Forcada-Guex *et al.*, 2006; Müller-Nix, Forcada-Guex, 2004).

Il processo della regolazione affettiva tra la madre e il bambino deriva, infatti, dall'intreccio tra la capacità biologicamente determinata dal bambino di autoregolarsi, la sua predisposizione a produrre comportamenti interattivi, e l'abilità della madre di interpretare adeguatamente i suoi segnali, rispondendo secondo modalità appropriate, al fine di raggiungere uno stato di omeostasi (Sroufe, 2000).

Intorno al 3° mese di vita, nel momento in cui il bambino manifesta in modo più attivo il proprio stato di salute e si è guadagnato un ruolo più stabile nella struttura mentale ed affettiva della madre, quest'ultima si trasforma, stabilendo

durante gli scambi interattivi uno stato di connessione emozionale, all'interno della quale la condivisione dell'esperienza tra madre e bambino passa attraverso l'anticipazione dei bisogni del bambino e il loro soddisfacimento nel momento giusto, secondo una sincronia temporale e affettiva (Tambelli *et al.*, 2010).

Per quanto riguarda il bambino, la nascita pretermine costituisce un fattore di rischio per il suo sviluppo (Bhutta *et al.*, 2002; Korja *et al.*, 2010; Sansavini *et al.*, 2010), con possibili effetti patogeni legati sia agli aspetti biologico-maturativi sia a quelli ambientali-relazionali.

Il nato prematuro si affaccia alla vita non ancora in grado di ricevere stimoli complessi (Goldberg, DiVitto, 1995) ed esprime segnali di non facile codifica per le figure di accudimento, si mostra meno attento e maggiormente passivo (Forcada-Guex *et al.*, 2006; Müller-Nix, Forcada-Guex, 2004), ostacolando la co-costruzione dell'interazione diadica (Tronick, 2008). Nel corso del primo anno di vita sono maggiormente irritabili e inconsolabili, nelle situazioni di gioco libero producono pochi comportamenti di tipo esplorativo, mantendendosi sempre in prossimità della madre e tendendo spesso all'inattività (Singer *et al.*, 2003).

## 2 Obiettivi

In accordo con le premesse teoriche sin qui esposte l'obiettivo principale del nostro studio è stato quello di esplorare la distribuzione delle rappresentazioni materne al 4° mese di età corretta del bambino e la loro differenza nella qualità della disponibilità emotiva materna durante un'interazione di gioco libera al 6° mese di vita.

A tal proposito ci siamo chiesti se le madri dei bambini nati pretermine presentino una prevalenza di rappresentazioni non integrate di tipo ambivalente e/o ristretto/disinvestito di sé come genitore e del proprio bambino, se confrontate con madri di bambini nati a termine. Inoltre, abbiamo voluto esplorare se la costruzione di una rappresentazione non integrata di tipo ambivalente e/o ristretto/disinvestito conduca il *caregiver* ad essere meno disponibile emotivamente e ad instaurare un'interazione meno armoniosa che si caratterizza per un'elevata insensibilità, e intrusività se confrontata con quella di madri con rappresentazioni integrate.

## 3 Metodo

### 3.1. Partecipanti

I soggetti che sono stati contattati per lo studio sono 78 madri con un bambino pretermine (< 2,500 gr. e < 36 settimane) e 56 con un bambino a termine. I cri-

teri di inclusione per entrambi i gruppi erano: 1. essere di nazionalità italiana; 2. essere primipare; 3. non aver avuto una gravidanza gemellare; 4. non aver esposto il feto ad alcool e droghe. Tutti i bambini sono nati in Aziende ospedaliere pubbliche. Delle 78 madri con parto pretermine, avvenuto tra gennaio 2012 e febbraio 2013, che rientravano nei criteri, solo 68 hanno preso parte allo studio. Tre famiglie hanno rifiutato di partecipare, 3 famiglie hanno interrotto prima del 4° mese di età corretta del bambino, 4 famiglie si sono ritirate prima della valutazione prevista al 6° mesi di vita. Le ragioni delle interruzioni sono state per motivi di separazione ( $N = 4$ ) e di trasferimenti in altre città ( $N = 3$ ). Il gruppo di controllo, invece, è costituito da 51 madri di bambini nati a termine tra aprile 2012 e febbraio 2013 che avevano gli stessi criteri di inclusione sopra citati. Le cause di ritiro dalla ricerca sono state per tre famiglie la mancanza di tempo e per due un trasferimento in altra città.

### 3.2. Procedura

Nel presente studio entrambi i gruppi di madri (parto pretermine e parto a termine) sono stati contattati al momento delle dimissioni del bambino, presso alcune Aziende sanitarie del Comune di Roma (San Camillo e San Giovanni)<sup>1</sup>. Nella fase di reclutamento, è stato condotto un colloquio anamnestico per la rilevazione e la valutazione dell'esposizione a fattori di rischio sociale. Ai 4 mesi di età corretta del bambino, le madri dei due gruppi (pretermine e termine) sono state intervistate tramite l'IRMAN, un'intervista semi-strutturata, che indaga le rappresentazioni materne dopo la nascita (Ammaniti *et al.*, 1995). Ai 6 mesi di vita del bambino sono state condotte delle video-osservazioni dell'interazione di gioco tra il bambino e la madre, a casa di ogni diade, in seguito codificate tramite le Scale EAS di Biringen (Biringen, Robinson, Emde, 1998).

### 3.3. Strumenti

La Scheda sui fattori di rischio sociale (Ammaniti, Tambelli, Odorisio, 2006) è compilata al termine del colloquio anamnestico con la madre sociale e comprende delle informazioni su: uso di alcool e droghe, eventi stressanti subiti durante la gravidanza o nell'ultimo anno, tipo di occupazione, livello di istruzione, difficoltà di concepimento, patologie gravidiche, difficoltà lavorative, perdita del lavoro, conflittualità con il partner, lutti, gravi incidenti, ospedalizzazioni prolungate. Tutte le variabili sono state considerate equivalenti e dicotomiche (sì/no) nel correre a definire lo stato di rischio.

L'Intervista sulle rappresentazioni materne dopo la nascita IRMAN (Ammaniti *et al.*, 1995) è un'intervista semi-strutturata sulle rappresentazioni materne dopo la nascita, si compone di 32 domande, che vanno ad elicitare la narrazione dei vissuti che hanno accompagnato la nascita del proprio figlio, in relazione

alla scelta del nome, alla sistemazione in casa, all'allattamento ed altre aree. Ha come obiettivo indagare la tipologia di rappresentazioni mentali, riguardanti se stessi relativamente al proprio ruolo genitoriale e il proprio bambino dopo la nascita. Nella valutazione del trascritto integrale viene analizzata l'organizzazione narrativa delle risposte facendo riferimento a 7 dimensioni, che non prendono in considerazione il contenuto del racconto ma la sua forma. Queste sono:

1. *Ricchezza delle percezioni* (A1-B1): questa dimensione valuta la rappresentazione che il soggetto ha di sé come genitore e del bambino, prendendo in considerazione il modo in cui vengono descritti, nel corso dell'intervista, episodi, sensazioni, comportamenti ed emozioni propri, del partner e del bambino.
2. *Apertura al cambiamento* (A2, B2): valuta il grado di flessibilità ed adattamento ai cambiamenti di ordine fisico, psicologico e relazionale (sia rispetto al contesto sociale sia rispetto al partner) intervenuti in seguito alla gravidanza e alla nascita del bambino, nonché la capacità di modificare la propria rappresentazione del bambino in linea con la crescita e lo sviluppo di quest'ultimo.
3. *Intensità dell'investimento* (A3-B3): prende in esame quanto il genitore sia psicologicamente coinvolto nell'esperienza della maternità/paternità, basandosi sulla sua partecipazione all'intervista e sulla sua descrizione del trasporto e delle risonanze emotive suscite in lui dall'evento della nascita del proprio bambino.
4. *Coerenza* (A4-B4): valuta la coerenza della narrazione intesa come capacità di organizzare un discorso logico e plausibile che fornisca un quadro comprensibile di sé nel proprio ruolo di genitore, del bambino e della relazione genitore-bambino, nonché la possibilità di fornire come esempi episodi specifici a supporto dei giudizi e delle considerazioni espresse nel corso dell'intervista.
5. *Differenziazione* (A5-B5): valuta quanto il soggetto sia consapevole dei propri confini personali, delle proprie caratteristiche mentali e fisiche e dei propri bisogni e desideri differenziandoli da quelle dei genitori e del partner nonché dalle peculiarità del figlio, percependo quest'ultimo come un individuo provvisto di propri stati mentali e bisogni e non come prolungamento ed estensione di sé .
6. *Dipendenza sociale* (A6-B6): valuta il grado di dipendenza delle rappresentazioni mentali di sé come madre/padre e del bambino dalle opinioni e dai giudizi del partner, dei genitori, degli amici e della società, nonché il grado di conformismo e l'aderenza a stereotipi rispetto a questi, senza che vi sia una propria elaborazione.
7. *Dominanza delle fantasie* (A7-B7): quest'ultima dimensione valuta l'emergenza delle fantasie relative alla genitorialità, a sé come madre/padre e al bambino; vengono prese in considerazione tutte le immagini, le analogie, i sogni, le metafore-

re, i timori e i desideri che soggetto esprime rispetto alla genitorialità e al proprio figlio, e viene tenuto conto del grado di influenza che queste hanno nella propria quotidianità.

Queste 7 dimensioni vengono codificate in scale di intervallo a 5 punti (da 1 a 5). L'assegnazione del punteggio finale individua 3 differenti stili di rappresentazione mentale:

1. *Integrata/equilibrata*: dove si trovano narrazioni coerenti, in cui la descrizione dell'esperienza che il soggetto sta vivendo è ricca di episodi, stati d'animo e di un intenso coinvolgimento affettivo, traspare una chiara immagine del proprio ruolo genitoriale e del bambino come persona dotata di propri stati mentali ed intenzioni.

2. *Ristretta/disinvestita*: queste rappresentazioni emergono da racconti in cui prevale un forte controllo emotivo, la descrizione della gravidanza e del bambino risulta povera, senza veicolare nessuna emozione, spesso sono presenti frasi che tendono a normalizzare sia l'esperienza della genitorialità che la personalità del bambino.

3. *Non integrata/ambivalente*: queste rappresentazioni sono tipiche dei racconti confusi, in cui ci sono molte divagazioni e traspare una difficoltà a rispondere in modo chiaro alla domanda, la coerenza del racconto è bassa lasciando spesso indeterminato il senso di quello che il soggetto vuole trasmettere e il coinvolgimento emotivo risulta ambivalente sia verso il proprio ruolo che verso il bambino.

Le interviste sono state codificate da due giudici indipendenti abilitati alla codifica, nei casi di disaccordo un terzo giudice ha valutato il trascritto. L'accordo di attendibilità tra i giudici, calcolato attraverso il coefficiente di correlazione r di Pearson per le scale della rappresentazione materna e del bambino, ha presentato un range che va da  $r = 0,89$ ,  $p = 0,01$  (coerenza) a  $r = 0,97$ ,  $p = 0,01$  (emergenza delle fantasie), con una media di attendibilità pari a  $r = 0,92$ . La percentuale di accordo tra i giudici rispetto alla categoria della rappresentazione materna è del 94%, con un k di Cohen = 0,83,  $p < 0,001$ .

Le Scale della disponibilità emotiva EAS (Biringen, Robinson, Emde, 1998) valutano la qualità dell'interazione genitore-bambino, basandosi sul presupposto secondo il quale il tono emotivo dell'interazione rispecchia la qualità della relazione. Per disponibilità emotiva si intende la capacità del genitore di essere supportivo durante le esplorazioni del bambino e di essere responsivo nei confronti di quest'ultimo rispetto alle sue espressioni emotive positive e negative; tale disponibilità si declina in maniera diversa a seconda dell'età del bambino relativamente ai suoi diversi bisogni. Anche il bambino ha un ruolo negli scambi con l'adulto, pertanto l'attenzione si focalizzata sull'apporto di entrambi i partecipanti all'interazione. Lo strumento prende in analisi 6 aspetti dell'interazione, 4 riferiti al genitore e 2 riferiti al bambino. Le scale relative all'adulto sono: 1. *Sensibilità*. Si riferisce alla capacità di essere supportivo, accogliente

ed emotivamente connesso al bambino. Nel corso dell’interazione un genitore sensibile esprime principalmente affetti positivi attraverso le espressioni del volto e mediante la voce e raramente esprime noia o si rivolge in modo severo nei confronti del bambino; riesce a percepire i segnali del bambino e rispondervi in modo contingente; presta attenzione al ritmo dell’interazione e non introduce bruschi cambiamenti; è attento a ciò che fa il bambino e cerca di ottenere determinati risultati durante l’interazione in modo creativo; riconosce l’individualità del bambino e rispetta le sue pause trovando il giusto equilibrio tra la ricerca dell’interazione e l’attività individuale; gestisce efficacemente le conflittualità; 2. *Strutturazione*. Questa dimensione si riferisce alla capacità dell’adulto di guidare il bambino senza bloccare le sue iniziative ma, allo stesso tempo, stabilendo dei limiti volti, ad esempio, a preservare l’incolumità del piccolo quando rischia di farsi male. Una madre capace di strutturare efficacemente l’interazione può fornire contributi validi all’attività del bambino senza essere eccessivamente direttiva, fornendo al piccolo contenimento e sicurezza; riesce a trasmettere un certo senso di disciplina senza distaccarsi emotivamente dal bambino; trova il giusto equilibrio tra modalità di comunicazione verbali e non verbali; 3. *Non intrusività*. Si riferisce alla capacità dell’adulto di essere presente nell’interazione senza risultare intrusivo. La non intrusività si manifesta attraverso la capacità di seguire le indicazioni fornite dal bambino e i suoi tempi senza intervenire in modo brusco e invasivo in ciò che il bambino sta compiendo liberamente; 4. *Non ostilità*. Consiste nella capacità del genitore di rivolgersi al bambino in modo paziente, con assertività, ma gestendo adeguatamente la rabbia e l’aggressività senza inveire contro il bambino e senza chiudersi in silenzi troppo prolungati. Il tono della voce e l’espressione del volto non esprimono negatività, non vengono effettuate minacce di allontanamento e il bambino non viene ridicolizzato o deriso. Le scale riferite al bambino sono: 1. *Responsività*. La responsività del bambino si riferisce alla sua abilità di esplorare l’ambiente ed assumere un atteggiamento affettivamente disponibile nei confronti del genitore. Un bambino responsivo esprime in genere affetti positivi, partecipando alla contrattazione delle regole, riesce ad allontanarsi dall’adulto ricercandone la vicinanza solo in caso di necessità. È interessato al gioco proposto dal genitore e si lascia coinvolgere da questo in modo naturale e sereno; 2. *Coinvolgimento*. Si riferisce alla disponibilità emotiva del bambino nei confronti del genitore. Questa dimensione prende in considerazione la capacità del piccolo di cominciare l’attività da solo motivato dal semplice piacere che proviene dall’interagire con la figura di riferimento o dalla necessità di raggiungere qualche scopo e la capacità di coinvolgere l’adulto sia attraverso lo sguardo che attraverso il canale verbale. Sono indici di coinvolgimento anche i comportamenti di ipercoinvolgimento quali il pianto o quelli di ricerca di attenzione e vicinanza. La valutazione dell’interazione viene effettuata assegnando un punteggio che va da un minimo di 1 a un massimo di 7 nelle sottoscale dello strumento. I punteggi compresi

nell'intervallo 1-3 sono considerati clinici e rispecchiano una bassa funzionalità interattiva e, dunque, una scarsa disponibilità emotiva nel corso dell'interazione; il punteggio 4 rispecchia una certa indeterminatezza e una scarsa definizione della qualità interattiva; i punteggi compresi nell'intervallo 5-7 sono considerati normativi e rispecchiano una buona capacità interattiva caratterizzata da un'alta disponibilità emotiva.

Le osservazioni sono state codificate da due giudici indipendenti abilitati alla codifica delle Scale EAS, ciechi rispetto all'appartenenza del gruppo delle madri e alla valutazione della loro rappresentazione materna. L'accordo di attendibilità tra i giudici analizzato in questo studio, analizzato con il coefficiente  $r$  di Pearson, va da 0,79 a 0,89 (valore medio = 0,83); la percentuale di accordo tra i giudici era pari o superiore all'83% per ogni singola scala.

## 4 Analisi dei dati

Per le analisi preliminari sono state eseguite delle Analisi della varianza univariata (ANOVA) e dei Chi-quadrato di Pearson ( $\chi^2$ ). Per verificare il primo obiettivo è stato utilizzato nuovamente il test statistico del Chi-quadrato di Pearson. Infine, per la verifica del secondo obiettivo sono state eseguite: un'Analisi multivariata della varianza (MANOVA) con disegno fattoriale e delle Analisi della varianza univariata (ANOVA). Il pacchetto statistico utilizzato è stato SPSS versione II.

## 5 Risultati

### 5.1. Analisi preliminari

Preliminarmente, al fine di verificare se vi fossero delle differenze rispetto all'età tra le madri con parto pretermine e quelle con parto a termine, è stata eseguita un'analisi della varianza univariata (ANOVA). I risultati ottenuti non hanno evidenziato delle differenze statisticamente significative ( $F_{(1,118)} = 295$ ,  $p = 0,588$ ). Successivamente abbiamo condotto delle analisi del  $\chi^2$  per verificare se vi fossero delle differenze nella distribuzione dei livelli di istruzione e della tipologia di lavoro tra le madri dei bambini pretermine e quelle dei bambini nati a termine. I risultati hanno evidenziato una sostanziale omogeneità nella distribuzione dei livelli di istruzione ( $\chi^2 = 0,29$ , g.d.l. = 2,  $p = 0,986$ ) e della tipologia di lavoro ( $\chi^2 = 6,91$ , g.d.l. = 3,  $p = 0,141$ ) tra i due gruppi confrontati. Le variabili riferite alle condizioni mediche dei bambini e ai dati socio-anagrafici delle madri sono stati riportati in TABELLA I.

TABELLA I

Condizioni mediche dei bambini e dati socio-anagrafici delle madri

Variabili	Bambini pretermine (N = 68)			Bambini nati a termine (N = 51)		
	X	d.s.	Range	X	d.s.	Range
<i>Dati bambini</i>						
Età gestazionali	31,13	3,13	24-36	39,8	1,3	37-42
Peso alla nascita	1693,95gr	533,80	730-2,500gr	3060,12gr	366,12	2976-5045,12gr
Indice Apgar al 5'	6,88	1,55	3/10	9	0,99	8-10
<i>Dati madri</i>						
Età madri	32,89	4,47	25-42	32,45	4,37	25-39
$F_{(1,118)} = 295$ , p = 0,588						
<i>Livello di istruzione</i>						
Scuola media	4	5,9		3	6	
Liceo	41	60,3		30	59	
Laurea	23	33,8		18	35	
$\chi^2 = 0,29$ , g.d.l. = 2, p = 0,986						
<i>Tipologia di lavoro</i>						
Disoccupato	6	8,8		11	21,6	
Operaio	3	4,4		4	7,8	
Impiegato	38	55,9		26	49,0	
Libero professionista	21	30,9		10	19,6	
$\chi^2 = 6,91$ , g.d.l. = 3, p = 0,141						

### 5.2. Le rappresentazioni materne dopo la nascita

In riferimento alla nostra prima ipotesi, l'analisi del Chi<sup>2</sup> ha evidenziato differenze statisticamente significative ( $\chi^2 = 13,35$ ; g.d.l. = 2, p = < 0,001) nella distribuzione delle rappresentazioni materne (IRMAN) al 4° mese di età corretta dopo il parto tra i due gruppi di madri (pretermine e termine). I dati in nostro possesso hanno evidenziato una maggiore distribuzione dello stile non integrato/ambiva-

lente nelle madri con bambini nati prematuri ( $N = 26$ ) rispetto al gruppo delle madri con bambini nati a termine (TAB. 2).

TABELLA 2  
Distribuzione delle rappresentazioni materne

IRMAN	Gruppo	
	Madri con b. pretermine f (%)	Madri con b. a termine f (%)
Integrate	29 (42,6)	38 (74,5)
Residuo standardizzato	-1,5	1,7
Ristrette/disinvestite	13 (19,1)	7 (13,7)
Residuo standardizzato	0,5	-0,5
Ambivalenti	26 (38,2)	6 (11,8)
Residuo standardizzato	2,1	-2,1

### 5.3. Le diverse traiettorie delle rappresentazioni materne durante l'interazione con il bambino

Preliminarmente è stata eseguita un'Analisi multivariata della varianza (MANOVA) con disegno fattoriale 3 (categorie della rappresentazione materna: integrate, ristrette, ambivalenti) x 2 (gruppi di madri: premature e nati a termine) sulle 6 dimensioni delle Scale EAS trattate come variabili dipendenti. I risultati dei test multivariati hanno messo in evidenza differenze statisticamente significative per l'effetto principale della variabile categorie della rappresentazione materna:  $\Lambda = 0,135$ ,  $F_{(2,118)} = 30,90$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,632$  e della variabile appartenenza di gruppo  $\Lambda = 0,699$ ,  $F_{(2,118)} = 7,74$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,301$ .

Alla luce di questi risultati è stata eseguita una MANOVA sulle 6 Scale EAS, assumendo l'appartenenza del gruppo come variabile indipendente, per esplorare le differenze nella qualità dell'interazione madre-bambino. La MANOVA ha evidenziato un effetto significativo della variabile gruppo:  $\Lambda = 0,673$ ,  $F_{(2,118)} = 9,05$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,327$ . Successivamente sono state condotte delle analisi univariate. I risultati ottenuti hanno messo in evidenza delle differenze statisticamente significative tra i due gruppi di madri sulle seguenti scale: *Sensibilità*  $F_{(1,118)} = 15,66$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,975$ ; *Strutturazione*  $F_{(2,118)} = 5,83$ ,  $p < 0,017$ ,  $\eta^2 = 0,668$ ; *Non intrusività*  $F_{(2,118)} = 12,60$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,941$ ; *Non ostilità*  $F_{(2,118)} = 7,54$ ,  $p < 0,007$ ,  $\eta^2 = 0,777$ ; *Scala responsività bambino*  $F_{(2,118)} = 15,67$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,975$ ; *Coinvolgimento bambino*  $F_{(2,118)} = 11,60$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,922$  (TAB. 3).

TABELLA 3

Medie e deviazioni standard delle Scale EAS nei due gruppi di madri

Gruppo EAS	Prematuri X (d.s.)	Nati a termine X (d.s.)	F	p	$\eta^2$
Sensibilità	4,61 (2,08)	6 (1,59)	15,66	< 0,001	0,975
Strutturazione	4,39 (2,25)	5,35 (1,96)	5,83	< 0,017	0,668
Non intrusività	4,11 (2,41)	5,56 (1,88)	12,60	< 0,001	0,941
Non ostilità	4,66 (2,07)	5,66 (1,82)	7,54	< 0,007	0,777
Responsività b.	4,02 (1,80)	5,31 (1,67)	15,67	< 0,001	0,975
Coinvolgimento b.	3,97 (1,85)	5,13 (1,84)	11,60	< 0,001	0,922

Come si osserva dai dati riportati in TAB. 3, le madri con nascita pretermine, durante l'interazione con il proprio bambino, sono meno sensibili e indulgenti, non strutturano efficacemente l'interazione ludica divenendo in alcuni momenti intrusive o iperstimolanti. Di conseguenza, i bambini di queste madri sono meno responsivi e meno coinvolti nell'interazione con l'adulto.

Successivamente è stata condotta una MANOVA sulle 6 Scale EAS, assumendo le tre categorie dell'IRMAN come variabile indipendente, per esplorare le differenze nella qualità dell'interazione madre-bambino. La MANOVA ha evidenziato un effetto significativo della categoria della rappresentazione materna:  $\Lambda = 0,111$ ,  $F_{(2,118)} = 36,97$ ,  $p = < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,667$ . Successivamente, sono state condotte delle analisi univariate ed è stato usato il Test del Duncan per valutare i contrasti. I risultati ottenuti hanno messo in evidenza delle differenze statisticamente significative tra le tre rappresentazioni materne sulla scala della *Sensibilità*  $F_{(1,118)} = 243,67$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,808$ , della *Strutturazione*  $F_{(2,118)} = 169,92$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,746$ , della *Non intrusività*  $F_{(2,118)} = 213,41$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,786$ , della *Non ostilità*  $F_{(2,118)} = 206,98$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,781$ , della *Scala responsività bambino*  $F_{(2,118)} = 181,64$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,758$ , e del *Coinvolgimento bambino*  $F_{(2,118)} = 161,51$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,736$  (TAB. 4).

Le madri che costruiscono una rappresentazione ristretta/disinvestita durante l'interazione con il bambino sono palesemente insensibili, sono eccessivamente passive e indulgenti, divenendo incapaci di porre dei limiti e delle regole. Queste madri ridicolizzano e umiliano il bambino, che a sua volta mette in atto dei comportamenti di evitamento, rifiutando i limitati inviti al gioco e all'esplorazione da parte della propria madre, che non viene minimamente coinvolta nell'interazione. Le madri con una rappresentazione ambivalente mettono in atto dei comportamenti moderatamente insensibili e ostili, esprimendo degli stati di insofferenza, irritazione, noia e impazienza. Le situazioni di conflitto non vengono sempre efficacemente risolte e la definizione di regole e confini è incostante e incoerente.

Queste madri intervengono frequentemente durante l'interazione, dando suggerimenti o dirigendo il gioco; i bambini, a loro volta, presentano un equilibrio non ottimale tra la capacità e il piacere di coinvolgere il genitore, l'esplorazione e l'attività autonome. Le madri, invece, con una rappresentazione integrata si differenziano dalle due condizioni descritte precedentemente in quanto si caratterizzano per essere delle madri adeguatamente sensibili, in grado di strutturare efficacemente l'interazione ludica, non sono intrusive ed ostili e i loro bambini mostrano piacere nel coinvolgersi e nell'interagire con la propria madre.

TABELLA 4  
Medie e deviazioni standard delle Scale EAS nei tre stili della rappresentazione materna

IRMAN EAS	Integrate X (d.s.)	Ristrette X (d.s.)	Ambivalenti X (d.s.)	F	p	$\eta^2$
Sensibilità	6,76 (0,49) <sup>a</sup>	2,60 (0,75) <sup>c</sup>	3,59 (1,43) <sup>b</sup>	243,67	< 0,001	0,808
Strutturazione	6,44 (0,74) <sup>a</sup>	2,30 (1,08) <sup>c</sup>	2,93 (1,64) <sup>b</sup>	169,92	< 0,001	0,746
Non intrusività	6,53 (0,72) <sup>a</sup>	2,55 (0,99) <sup>b</sup>	2,34 (1,61) <sup>b</sup>	213,41	< 0,001	0,786
Non ostilità	6,64 (0,59) <sup>a</sup>	2,50 (1) <sup>c</sup>	3,46 (1,43) <sup>b</sup>	206,98	< 0,001	0,781
Responsività b.	5,98 (0,76) <sup>a</sup>	2,35 (0,93) <sup>c</sup>	3,03 (1,17) <sup>b</sup>	181,64	< 0,001	0,758
Coinvolgimento b.	5,91 (0,81) <sup>a</sup>	2,20 (1) <sup>c</sup>	2,87 (1,31) <sup>b</sup>	161,51	< 0,001	0,736

<sup>abc</sup> Test Duncan, p < 0,001.

## 6 Conclusioni

Uno degli obiettivi di questo studio è stato quello di analizzare come si organizzavano le rappresentazioni materne in due gruppi di madri, con parto pretermine e con parto a termine, e in seguito verificare come esse si configurino in particolari stili di *parenting*.

Ad un primo livello generale, i risultati di questo lavoro hanno messo in evidenza che vi sono delle differenze tra i vissuti delle madri di bambini pretermine e quelli delle madri di bambini nati a termine. Il primo dato relativo alle differenze, tra le madri dei nostri due gruppi, è nella distribuzione degli stili della rappresentazione mentale. In linea con altri studi (Tambelli *et al.*, 2008; Tambelli *et al.*, 2009; Tambelli, Odorisio, 2013; Tambelli, Odorisio, Lucarelli, 2014) condotti su popolazioni a rischio e che hanno utilizzato gli stessi strumenti, le madri con bambino nato pretermine costruiscono una rappresentazione di sé e del proprio bambino di tipo Non integrato/Ambivalente. I vissuti di queste madri sono

caratterizzati da atteggiamenti contrastanti rispetto alla propria genitorialità e rispetto al bambino. La predominanza di questo tipo di rappresentazioni nelle madri del gruppo pretermine conferma l’ipotesi che la nascita prematura sia un evento altamente destabilizzante, che incide negativamente sulla loro capacità di stabilire un coinvolgimento affettivo positivo con il piccolo (Latmiraal, Lombardo, 2007; Meijssen *et al.*, 2011; Evans, Whittingham, Boyd, 2012). Queste donne appaiono spesso ancora piuttosto confuse rispetto all’evento traumatico della nascita prematura e fanno fatica a rielaborarlo, sembrano essere pervase da un costante sentimento di preoccupazione, soprattutto rispetto alle condizioni di salute del proprio figlio, che non le lascia libere di sperimentare il giusto equilibrio tra vicinanza e separazione. Volendo inoltre effettuare un’ulteriore considerazione rispetto alla considerevole presenza di rappresentazioni integrate/equilibrata (42,6%) nel gruppo delle madri con bambini pretermine, è difficile operare un confronto con la letteratura internazionale, poiché i dati che trattano questa tematica nel contesto della prematurità, sono discordanti: ad esempio, Borghini e colleghi (2006) sottolineano come le rappresentazioni materne, riscontrate tramite la WMCI<sup>2</sup>, siano fortemente alterate dal trauma della nascita prematura ed evidenziano che a 6 mesi dalla nascita solo il 20% e a 18 mesi il 30% delle madri dei piccoli pretermine riporta uno stile equilibrato. Lo studio di Korja e colleghi (2009) riporta invece percentuali simili di rappresentazioni bilanciate tra madri di prematuri e madri di nati a termine (55% *vs* 69%) rilevate a 12 mesi, pur utilizzando la stessa strumentazione, dello studio di Borghini e colleghi (2006). Infine, sulla stessa linea, anche gli studi condotti da Tooten e colleghi (2014) e da Meijssen e collaboratori (2011) riscontrano percentuali perfino più incoraggianti con percentuali che vanno dal 56,5 % al 70%.

Rispetto al nostro secondo obiettivo, i risultati dello studio offrono supporto all’ipotesi, sempre più accreditata, che le caratteristiche delle rappresentazioni mentali dei genitori possano influire significativamente sul comportamento interattivo messo in atto tra *caregiver* e bambino e sulla qualità della relazione (George, Solomon, 1996; Mayselles, 2006; Ammaniti *et al.*, 2007; Tambelli *et al.*, 2008; Tambelli *et al.*, 2008; Dayton *et al.*, 2010; Ammaniti, Tambelli, Odorisio, 2013). I risultati riguardanti le rappresentazioni materne, infatti, hanno evidenziato la forte influenza che queste hanno sull’interazione con il proprio bambino, in ogni dimensione esaminata, differenziando notevolmente la qualità della sensibilità, responsività, intrusività e ostilità della madre, nonché la responsività e il coinvolgimento del bambino in quelle donne con una rappresentazione Integrata/Equilibrata, da quelle che invece non la avevano. La letteratura riporta, a questo proposito, la grande importanza che i modelli anticipatori di sé come *caregiver* e la formulazione di pensieri e aspettative sul bambino hanno nelle modalità di cura e nei comportamenti interattivi verso il proprio figlio. Una rappresentazione Integrata/Equilibrata sia durante la gravidanza che dopo il parto predice un’interazione con il bambino più sensibile e meno intrusiva da parte del genitore (Am-

maniti *et al.*, 2007; Tambelli *et al.*, 2008; Tambelli, Odorisio, Ammaniti, 2010). Nel nostro studio, infatti, le madri che costruiscono una rappresentazione ristretta/disinvestita durante l’interazione con il bambino sono palesemente insensibili, le madri con una rappresentazione ambivalente mettono in atto dei comportamenti moderatamente insensibili e ostili, esprimendo degli stati di insofferenza, mentre madri, con una rappresentazione integrata/equilibrata si differenziano dalle due condizioni descritte precedentemente per essere delle madri adeguatamente sensibili, in grado di strutturare efficacemente l’interazione ludica.

In merito ai dati sull’interazione diadica, i risultati della nostra ricerca sembrano allinearsi con gli studi a livello internazionale (Forcada-Guex *et al.*, 2011; Forcada-Guex *et al.*, 2006; Müller-Nix, Forcada-Guex, 2004; Singer *et al.*, 2003), in quanto hanno evidenziato alcuni aspetti distintivi nella disponibilità materna e nella responsività del bambino all’interno dell’interazione ludica. Nello specifico, la condizione di prematurità sembra influenzare la capacità delle neomadri di interagire con il proprio figlio. Queste donne sono incapaci di costruire un positivo coinvolgimento e non permettono l’esplorazione; i bambini, a loro volta, si mostrano meno curiosi e maggiormente passivi e irritabili, mantenendo una vicinanza alla madre che, a sua volta, non gli permette di interagire autonomamente.

Per concludere possiamo affermare che i risultati emersi dallo studio evidenziano il valore della qualità delle rappresentazioni genitoriali rispetto alle dinamiche interattive che le madri mettono in atto con i propri figli. Si sottolinea, dunque, la necessità di mettere a punto interventi preventivi di sostegno psicologico alle famiglie dei piccoli prematuri, al fine di promuovere, in una situazione altrimenti potenzialmente disorganizzante, un miglior adattamento al ruolo genitoriale e lo sviluppo di una buona relazione infante-caregiver, indispensabile per la salute psico-affettiva e per il normale sviluppo del bambino nato pretermine.

## Note

<sup>1</sup> Si ringraziano la dott.ssa Eleonora Deiana e la dott.ssa Carolina Marassai per il reclutamento di una parte del campione.

<sup>2</sup> L’intervista *Working Model of Child Interview* (WMCI, Zeanah *et al.*, 1996) è un’intervista semi-strutturata videoregistrata, utilizzabile in ambito clinico e di ricerca per esplorare le rappresentazioni genitoriali del bambino, valutando il modo in cui il caregiver vive l’esperienza soggettiva con il figlio e le percezioni che ha della relazione con lui. Le organizzazioni narrative identificate consentono di classificare 3 tipi di rappresentazioni: 1. rappresentazioni equilibrate; 2. rappresentazioni disinvestite; 3. rappresentazioni distorte

## Riferimenti bibliografici

- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995), *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Raffaello Cortina, Milano.

- Ammaniti M., Speranza A. M., Tambelli R., Odorsio F., Vismara L. (2007), Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Infanzia & Adolescenza*, 6, 2, pp. 67-83.
- Ammaniti M., Tambelli R., Odorisio F. (2006), Intervista clinica per lo studio delle rappresentazioni paterne in gravidanza: IRPAG. *Età evolutiva*, 85, pp. 34-44.
- Idd. (2013), Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 34, 1, pp. 1-10.
- Bhutta A. T., Cleves M. A., Casey P. H., Cradock M. M., Anand K. J. S. (2002), Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm – A meta-analysis. *Jama*, 288, 6, pp. 728-37.
- Bickle Graz M., Cevey-Macherel M., Forcada-Guex M., Truttmann A., Ha-Vinh Leuchter R., Sizonenko S., Huppi P. S., Borradori Tolsa C. (2011), Neurodevelopmental follow-up of premature children in Lausanne and Geneva. *Rev Med Suisse*, 7, 283, pp. 437-8, 440-1.
- Biringen Z., Robinson J. L., Emde R. N. (1998), *The Emotional Availability Scale*, unpublished manuscript, Department of Human Development & Family Studies, Colorado State University, Fort Collins (CO) (III ed.).
- Borghini A., Pierrehumbert B., Miljkovich R., Müller-Nix C., Forcada-Guex M., Ansermet F. (2006), Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 27, 5, pp. 494-508.
- Brecht C. J., Shaw R. J., St. John N. H., McCue Horwitz S. (2012), Effectiveness of therapeutic and behavioral interventions for parents of low-birth-weight premature infants: A review. *Infant Mental Health Journal*, 33, 6, pp. 651-65.
- Dayton C. J., Levendosky A. A., Davidson W. S., Bogat G. A. (2010), The child as held in the mind of the mother: The influence of prenatal maternal representations on parenting behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 31, 2, pp. 220-41.
- Evans T., Whittingham K., Boyd R. (2012), What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behavior & Development*, 35, 1, pp. 1-II.
- Feldman R. (2007), Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationships in five high-risk populations. *Dev Psychopathol*, 19, pp. 293-312.
- Forcada-Guex M., Pierrehumbert B., Borghini A., Moessinger A., Müller-Nix C. (2006), Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118, 1, pp. 107-14.
- Forcada-Guex M., Borghini A., Pierrehumbert B., Ansermet F., Müller-Nix C. (2011), Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Hum Dev.*, 87, 1, pp. 21-6.
- George C., Solomon J. (1996), Representational models of relationships: links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 3, pp. 198-216.
- Goldberg S., DiVitto B. (1995), Parenting children born preterm. In M. H. Bornstein (ed.), *Handbook of parenting*. Erlbaum, Mahwah (NJ), pp. 209-31.
- Hagan R., Evans S. F., Pope S. (2004), Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: A randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 7, pp. 641-7.
- Holditch-Davis D., Miles M. S., Belyea M. (2000), Feeding and nonfeeding interactions of mothers and prematures. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 3, pp. 320-34.

- Kersting A., Dorsch M., Wesselmann U., Lüdorff K., Witthaut J., Ohrmann P. (2004), Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 5, pp. 473-6.
- Korja R., Savonlahti E., Haatajab L., Lapinleimu H., Manninen H., Pihaa J., Lehtonenb L., the PIPARI Study Group (2009), Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior & Development*, 32, pp. 305-11.
- Idd. (2010), Relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior & Development*, 33, pp. 330-6.
- Latmiral S., Lombardo C. (2007), *Pensieri prematuri. Uno sguardo alla vita mentale del bambino nati pretermine*. Borla, Roma.
- Mayseless O. (2006), Studying parenting representations as a window to parents' internal working model of caregiving. In Id. (ed.), *Parenting representations: Theory, research, and clinical implications*. Cambridge University Press, New York, pp. 3-40.
- Meijssen D., Wolf M. J., van Bakel H., Koldewijn K., Kok J., van Baar A. (2011), Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behavior & Development*, 34, pp. 72-80.
- Miles M. S., Holditch-Davis D., Schwartz T. A., Scher M. (2007), Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 28, 1, pp. 36-44.
- Monti F., Fava R., Agostini F. (2005), La nascita pretermine: ascoltare le lacrime della madre. In G. Perricone, C. Polizzi, M. R. Morales (a cura di), *Aladino e la sua lampada. Il servizio "Scuola in Ospedale", una forma di tutela del minore*. Armando, Roma, pp. 170-81.
- Müller-Nix C., Ansermet F. (2009), Prematurity, risk and protective factors. In C. Zeanah, *Handbook of infant mental health*. Guilford Press, New York.
- Müller-Nix C., Forcada-Guez M. (2004), Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, pp. 145-58.
- Sansavini A., Guarini A., Justice L. M., Savini S., Broccoli S., Alessandroni R. (2010), Does preterm birth increase a child's risk for language impairment. *Early Hum Dev.*, 86, 12, pp. 765-72.
- Singer L. T., Fulton S., Davillier M., Koshy D., Salvator A., Baley J. E. (2003), Effects of infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first year of life. *Dev Behav Pediatrics*, 24, pp. 233-41.
- Sroufe A. (2000), *Sviluppo delle emozioni. I primi anni di vita del bambino*. Raffaello Cortina, Milano.
- Tambelli R., Odorisio F. (2013), The effects of depression and anxiety comorbidity on maternal representations and on the interaction with the child. *Infanzia e Adolescenza*, 12, 3, pp. 197-206.
- Tambelli R., Odorisio F., Ammaniti M. (2010), Nella mente del genitore: un confronto sulle narrazioni materne e paterne in gravidanza. *Infanzia e Adolescenza*, 9, 3, pp. 120-34.
- Tambelli R., Odorisio F., Lucarelli L. (2014), Prenatal and postnatal maternal representations in non-risk and at-risk parenting: Exploring the influences on mother-infant feeding interactions. *Infant Mental Health Journal*, 35, 4, pp. 376-88.
- Tambelli R., Odorisio F., Mancone A., Vismara L. (2009), Rappresentazioni e narrazioni materne in gravidanza e nei primi tre mesi di vita del bambino nella genitorialità a rischio. In M. De Vita, P. Brustia, *Psicodinamica della genitorialità: ricerche, modelli e interventi*, Antigone, Torino, pp. 70-95.

- Tambelli R., Odorisio F., Trentini C., Ammaniti M. (2008), Le rappresentazioni materne prima e dopo la nascita del bambino in condizioni a rischio e non a rischio: indicatori predittivi della relazione madre-bambino nel primo anno di vita. *Rivista di Studi Familiari*, 2, pp. 115-33.
- Tambelli, R., Speranza, A. M., Odorisio. F., Trentini, C. (2008), Differenze interdiadiche e regolazione emotiva in coppie madre-bambino a rischio e non a rischio. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 75, 1, pp. 27-42.
- Tambelli R., Speranza A. M., Trentini C., Odorisio F. (2010), Regolazione affettiva in diadi madre-bambino a rischio. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 14, 3, pp. 479-502.
- Tooten A., Hall R. A. S., Hoffenkamp H. N., Braeken J., Vingerhoets A. J. J. M., van Bakel A. M.(2014), Maternal and paternal infant representations: A comparison between parents of term and preterm infants. *Infant Behavior & Development*, 37, pp. 366-79.
- Tronick E. (2008), *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico Disponibilità immediata*, a cura di C. Riva Crugnola, C. Rodini. Raffaello Cortina, Milano.
- Zeanah C. H., Benoit D., Barton M. L., Hirshberg L. (1996), *Working model of the child interview coding manual*. Louisiana State University School of Medicine, New Orleans.
- Zelkowitz P., Papageorgiou A., Bardin C., Wang T. (2009), Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. *Early Human Development*, 85, 1, pp. 51-8.

## **Abstract**

The purpose of the present work aims at investigating the distribution of maternal representations in two groups of women – the first one with preterm birth and the second one with term birth – in order to assess their influence on the quality of the dyadic interaction during the first 6 months of child's life. For this aim a group of 68 mothers with preterm birth and a group of 51 mothers with term birth have been selected. The two groups have been administered with the IRMAN semi-structured clinical interview in order to assess the maternal representations in the fourth month after birth. Subsequently, a videotape of the mother-child interactions has been realized in the sixth month after birth. It has been conducted in natural settings and coded using the EAS emotional availability scales. The results highlighted a prevalence of non-integrated/ambivalent maternal representations and an intrusive, non-structured and less sensitive interaction within the group of mothers with preterm birth. In addition, it has been noted that the women with a restricted/disinvested representation are extremely passive and indulgent and therefore not able to impose limits and rules. The data provide with guidelines to plan psychological support interventions in order to promote a better adaptation to the parental role and the development of an adequate child-caregiver relationship in a situation that might be virtually disorganizing.

Key words: *premature birth, parenting, maternal representations, mother-child interactions.*