



## 2.3 Salute pubblica

Quaderni acp - volume 8 - numero: 8.6 Dicembre 2001

### I touchpoint: prevenire i problemi nella relazione genitore-bambino

Berry Brazelton è convinto che la capacità del pediatra di anticipare le aree di potenziale conflitto sia essenziale per una corretta gestione familiare dello sviluppo del bambino.

Il progetto touchpoint nato ufficialmente nel 1993 al Children Hospital di Boston e illustrato nelle sue linee essenziali in questo articolo, può contare ormai su una ampia rete internazionale di sostegno.

Utili approfondimenti il lettore può trovarli nel sito web del progetto: [www.touchpoints.org](http://www.touchpoints.org)

*La traduzione è di Rita Semprini*

#### Tabella

Età	Aree evolutive	Aree di potenziale conflitto
7-8 mesi	Gattona	Alimentazione-vuole prender il cibo con le dita
	Sta seduto da solo	Sonno-sta sveglio per dondolarsi nella culla
	Prende il cibo con le dita	E' frustrato se non gattona
	Angoscia dell'estraneo e rapida consapevolezza delle differenze:	Consapevolezza di estranei importanti - nonni, zii
	Costanza dell'oggetto e della persona	Consapevolezza di situazioni nuove, insolite
10-15 mesi		Problemi legati alla separazione
	Si alza da un lato del lettino	Si sveglia ogni 3-4 ore di nuovo
	Ha voglia di cominciar a camminare	Si alza sul lettino come se non potesse più andar giù
	Inizio della causalità	Frustrazione per voler fare tutto da solo
	Vuole mangiare da solo	Prende il cibo con le mani, afferra una tazza
12 mesi	Vuole cominciare a camminare	Di nuovo è sempre sveglio
	Nuova consapevolezza dell'indipendenza	Vuole mettersi a camminare
	Inizio del negativismo	Primi scoppi di rabbia
	Mette alla prova i limiti	Vuole mangiare da solo
	Rifiuta il cibo che gli viene offerto	

#### Introduzione

Le opportunità che hanno i pediatri di intervenire sulla prevenzione dei disturbi dello sviluppo del bambino sono enormi. L'importanza del loro ruolo nel rendere ottimale ogni fase dello sviluppo - motorio, cognitivo ed emotivo - è pari a quella che essi hanno nella prevenzione delle malattie e dei disturbi fisici (1). Offrire un sostegno e una guida alle famiglie può avere una funzione centrale nel ridurre le situazioni di stress; sostenere l'individualità del bambino consente di migliorare le capacità della famiglia stessa di offrire un ambiente di crescita favorevole (2). Il lavoro svolto con i bambini ad alto rischio dimostra che un sistema nervoso vulnerabile può facilmente essere sovraccaricato da stimoli che sarebbero appropriati per un sistema nervoso sano e maturo (3). Si crea un ciclo di "apprendimento dai fallimenti" anziché dai "successi", da cui il sistema nervoso

deve in qualche modo proteggersi. Un sistema nervoso immaturo trae dei vantaggi dalla stimolazione, purché il bambino sia in grado di ricevere gli stimoli che gli vengono offerti, di utilizzarli e di organizzarsi rispetto ad essi. Il compito vitale di organizzare il sistema motorio e autonomo per ricevere ed utilizzare le informazioni può essere profondamente compromesso quando la soglia è troppo sensibile a stimoli non appropriati (ad es. suoni troppo forti, luci troppo intense, stimoli troppo rapidi o eccessivi): un organismo immaturo deve evitarli o ne viene sopraffatto. La capacità di adattarsi a stimoli nocivi ripetuti è un processo ben noto in tutti i neonati e bambini, ma è dispendioso per un neonato fragile (4): pertanto, uno stimolo che può essere recepito e a cui si è in grado di rispondere facilmente diventa favorevole per lo sviluppo, mentre uno stimolo inappropriato o eccessivo può stressare l'organismo e contribuire ad instaurare un pattern deviante di ritiro o di reazioni comportamentali distorte. I pediatri occupano una posizione privilegiata nel riconoscere questi pattern e nel sostenere i genitori attraverso la comprensione delle caratteristiche del comportamento dei loro bambini.

Nel nostro lavoro con la scala di valutazione del comportamento del neonato - Neonatal Behavioral Assessment Scale - abbiamo trovato che tanto più precocemente sosteniamo la relazione genitore-bambino, tanto più sono significativi gli effetti sul loro sviluppo (5). L'intervento precoce è fondamentale in quanto può aumentare la plasticità disponibile, soprattutto nei neonati a rischio che hanno subito un danno al sistema nervoso immaturo (6).

Nei momenti critici dello sviluppo fetale fattori come la denutrizione, l'infezione intrauterina, la tossiemia, l'esposizione a droghe, alcool o fumo, possono ridurre la divisione cellulare in organi come il cervello, la tiroide e le ghiandole surrenaliche (7). Quando le influenze sfavorevoli assumono un andamento cronico provocano un danno più grave sul sistema nervoso in via di sviluppo riducendone le capacità potenziali in funzioni quali l'attivazione, la motivazione e l'attenzione prolungata; possiamo aspettarci dunque che, se il feto viene esposto a tali condizioni, al bambino vengano poi assegnati attributi "negativi": pigrizia, mancanza di motivazione, sentimenti di impotenza e disperazione (helplessness, hopelessness) rispetto alle capacità di cambiare il proprio futuro. La nostra speranza come medici è di prevenire questo circolo vizioso di "negatività" che si autoriproduce.

Dopo uno stress o un danno il sistema nervoso può essere ipo o ipersensibile. Ritengo che un insulto al sistema nervoso in crescita possa creare piccole aree danneggiate: capillari e neuroni accorrono nel tentativo di ripararle creando così un'area di ipersensibilità. Questa ipersensibilità localizzata si propaga alle aree contigue, producendo una iper-reattività del sistema motorio e/o un arresto temporaneo, cosicché il bambino diventa eccessivamente sensibile agli stimoli sensoriali. Pertanto, è probabile che sia iperattivo o ipoattivo, iper-reattivo o iporeattivo, difficile da capire per un genitore ansioso - a meno che non ci sia un pediatra capace di interpretare questo comportamento e di guidare il genitore fornendogli un modello per interagire con lui (8).

Il nostro compito con genitori sotto stress è di fornire loro informazioni adeguate sull'importanza di creare le condizioni intrauterine adatte per lo sviluppo, di sostenerli nel mantenere una nutrizione adeguata ed una vita priva di droghe. Poiché i nostri attuali sistemi sanitari non sono organizzati per costruire modelli di prevenzione in cui i genitori a rischio si sentano benvenuti e considerati, se vogliamo raggiungere il nostro obiettivo con le famiglie a rischio dovremo cambiare tali sistemi. Dovremo passare da un sistema orientato alla malattia, a cui siamo stati formati come medici, ad un modello positivo, che tenga conto dei punti di forza di tutti i genitori. Dobbiamo entrare nel sistema genitore-bambino come partecipanti; ciò significa contattare i futuri genitori con un approccio incoraggiante, che faccia emergere i loro valori positivi, etnici, religiosi o di stili di vita che li faccia sentire apprezzati.

Per esempio, un'adolescente incinta può essere vista come un fallimento; un tale atteggiamento potrebbe allontanarla da noi e limitare le nostre possibilità di una buona interazione con lei. In alternativa possiamo accettare la sua gravidanza, mostrare le potenzialità future del suo bambino, offrirle un sostegno per migliorare tali potenzialità, assumendo un ruolo positivo nel suo sistema familiare.

La teoria sistemica costituisce un approccio molto valido per coloro che sono interessati alla prevenzione. In base ad essa ciascun componente (nel nostro caso il sistema familiare) ha una reazione ad ogni stress intercorso in quel sistema in ogni fase evolutiva dello sviluppo del neonato e del bambino. La nostra presenza come componenti del sistema, dal momento che ciascuno ne condivide le reazioni, può alleviare lo stress e determinare la possibilità di imparare a superare i punti critici. Noi, come medici, possiamo avere un ruolo cruciale per la buona riuscita del sistema familiare, possiamo dare le informazioni necessarie per preparare i genitori a capire e favorire lo sviluppo del bambino.

### **I touchpoint**

A tale scopo ho disegnato una mappa dei "touchpoint", i punti in cui lo scatto evolutivo del bambino provoca un cambiamento nel sistema. Nessuna linea evolutiva nel bambino ha una progressione lineare: lo sviluppo motorio, cognitivo ed emotivo procede secondo linee frastagliate e per scatti rapidi. Questi scatti sono costosi per l'organismo stesso ma anche per tutti coloro che vi stanno intorno. Imparare a camminare ne rappresenta un esempio: quando un bambino di un anno cerca di imparare a camminare è su e giù tutto il giorno e tutta la notte. Strilla quando la madre gli volta le spalle tanto è desideroso di muoversi. Si sveglia ogni tre-quattro ore per notte, si alza nella culla durante il sonno REM, frustrato per i tentativi di imparare a camminare fatti durante il giorno. Lo "scatto" verso la capacità di camminare ha un costo notevole per la famiglia in termini di pazienza e perdita di sonno e per comprendere tale costo è necessario supportare la madre. Una volta che è riuscito a camminare, il bambino stab

ilisce un plateau di appagamento nel quale egli consolida ciò che ha appena imparato cosicché l'intera famiglia può rilassarsi e trovare di nuovo una omeostasi (9).

Prima di uno "scatto" in ogni linea dello sviluppo (motorio, cognitivo o emotivo) vi è un periodo breve, ma prevedibile, di disorganizzazione nel bambino (tabella). È probabile che i genitori si sentano disorientati e temano che il bambino stia regredendo con un comportamento problematico. Questo periodo di comportamento disorganizzato, regressivo, rappresenta un momento di riorganizzazione prima del successivo scatto evolutivo. Poiché questi momenti sono prevedibili (uno durante la gravidanza, sette nel primo anno, tre nel secondo e due nei successivi), possono essere programmati per andare incontro alle necessità di ogni famiglia con un bambino che cresce. Io ho verificato, nella mia pratica e in programmi predisposti per famiglie a rischio, che posso prevedere e condividere con loro questi momenti.

Facendo coincidere le normali visite pediatriche per i controlli e le vaccinazioni con questi momenti di riorganizzazione, posso offrire ai genitori le informazioni necessarie per capire questi sette momenti e anticipare i successivi scatti nello sviluppo del bambino (9).

È probabile che in questi momenti i genitori facciano più pressione sul bambino, proprio mentre si trova in una fase in cui avrebbe bisogno di non riceverne; possiamo allora aiutarli a rimandare le richieste che soddisfano il loro bisogno di gratificazione, alla fase in cui il bambino si riorganizza per il successivo scatto evolutivo. Così i suoi successi nello sviluppo sono vissuti come una loro riuscita in quanto genitori, cosicché l'intera famiglia come sistema si sente orientata verso il successo. Possiamo anche prevenire l'insorgere di pattern sbagliati che potrebbero provocare problemi nelle aree del sonno, dell'alimentazione, dell'educazione degli sfinteri e consolidare certe modalità comportamentali. Per esempio, nel primo anno di vita ci sono quattro possibilità di prevenire le difficoltà del sonno, tre possibilità che i problemi di alimentazione diventino stabili mentre nei primi due anni ci sono quattro possibilità di preparare i genitori per una buona riuscita nell'educazione al vasino a due anni (9).

Il primo touchpoint è molto importante per costruire una relazione con i futuri genitori. Se noi possiamo contattare e condividere le preoccupazioni dei genitori al settimo mese di gravidanza, riusciremo a creare una relazione di fiducia con loro prima dell'arrivo del bambino (10). Questa visita non richiede più di quindici minuti, ma siccome avviene in un momento in cui le preoccupazioni dei genitori rispetto al bambino che nascerà sono al massimo, la nostra risposta alle loro domande è di estrema importanza. Vogliono vederci come una persona comprensiva che li

sostiene con cura e li aiuta a legarsi al loro bambino. In questo touchpoint discutiamo le loro scelte circa il travaglio e il parto (8), "Come possono agire sul bambino i farmaci della premedicazione?" "Che cosa provoca al bambino l'anestesia epidurale?" Discutiamo anche la scelta dell'allattamento al seno e del relativo valore per il bambino del latte artificiale e di quello materno. In questo momento raccogliamo informazioni sulla storia della famiglia rispetto ad allergie, a problemi genetici e all'esposizione intrauterina ad agenti che possono nuocere al bambino. Discutiamo i programmi dei genitori per quanto riguarda l'accudimento, i futuri ruoli rispetto al lavoro e alla cura del bambino.

Ma i due argomenti che rivestono maggiore importanza per il nostro lavoro insieme saranno: "Come potrò essere il genitore che desidero essere?" Possiamo offrire di unirci a loro in questo compito - capire il bambino imparando ad osservare il suo linguaggio e il suo comportamento. Possiamo cominciare ad aiutarli ad identificare i loro "fantasmi nella nursery" (11) che possono essere sia d'aiuto sia di ostacolo nell'imparare ad assumere il compito di genitori.

Ci sentiranno loro alleati e a questo punto probabilmente racconteranno le esperienze fatte coi propri genitori e dovremo allora rassicurarli ed essere pronti ad aiutarli nel caso sorgessero dei conflitti con il nuovo bambino.

Il secondo argomento è dato dal fatto che quando una gravidanza è al termine tutti i genitori sognano due bambini (10): il primo è quello perfetto, di tre mesi, raffigurato in tutti i giornali per bambini; è un bambino bellissimo, paffuto, che risponde con sorrisi e vocalizzi. Dall'altra parte c'è sempre un bambino malato, che assomiglia a qualche bambino che i genitori conoscono.

Il timore rispetto ad un bambino del genere, insieme alla preoccupazione dei genitori sul come poterlo allevare, produce in loro una sorta di reazione di allarme. Ma la loro vera attenzione è centrata sul feto, che rappresenta la preoccupazione principale: i genitori chiedono sempre, se è "troppo attivo" o "troppo quieto". Oggi attraverso gli ultrasuoni riusciamo a visualizzare il feto e a dire se è ben formato oppure no, ma possiamo anche mostrare le risposte comportamentali ai genitori. Se si emette un suono acuto a cinquanta centimetri dall'addome della madre, si vede che i primi segnali acustici provocano nel feto risposte di allarme, che diminuiscono rapidamente e che, dopo quattro o cinque di questi stimoli, il feto smette di reagire mostrando una forma di inibizione comportamentale o di assuefazione allo stimolo. Spesso i feti si mettono l'alluce in bocca e si girano allontanandosi dalla fonte dello stimolo uditivo.

Poi, se si usa un sonaglio vicino all'utero, il feto si toglie l'alluce dalla bocca, apre gli occhi e si gira verso il nuovo stimolo sonoro più attraente. Ciò dimostra la capacità di evitare gli stimoli negativi e di prestare attenzione a quelli positivi. La stessa capacità di differenziazione si manifesta anche con gli stimoli visivi. Se si presenta attraverso l'addome della madre una luce forte intrusiva ed una luce soffice localizzata, si vede che producono gli stessi comportamenti - assuefazione alla luce forte ed una risposta di orientamento verso la luce tenue puntiforme.

A questo punto, i futuri genitori sono così colpiti dal loro bambino "come se fosse già una persona", che saranno disponibili ad eliminare tutte le sostanze nocive per il feto. In questa fase possiamo condividere i loro sogni e le loro fantasie e rassicurarli che saremo partecipi nel rendere ottimale lo sviluppo del bambino: abbiamo così stabilito la relazione in questo primo touchpoint.

Il secondo touchpoint si programma dopo la nascita del bambino, in maternità o a casa. Possiamo mostrare ai genitori il considerevole repertorio del neonato. Numerose ricerche condotte con l'uso della Neonatal Behavioral Assessment Scale dimostrano che entrambi i genitori, madre e padre, possono essere attratti e diventare molto più sensibili verso il comportamento del proprio bambino, se si condivide con loro una valutazione in età neonatale precoce (8, 12). Entrambi i genitori possono trarre profitto da questa osservazione se partecipano ai 10-20 minuti della valutazione: durante l'esame possono rendersi conto del nostro interesse per il bambino e del fatto che vediamo e consideriamo il neonato come individuo e possono cominciare a vederne l'individualità e la capacità di risposta al proprio mondo. Se si presentano dei problemi inizieremo a dividerli e in questo intervallo "condiviso" potremo non solo migliorare la loro comprensione del bambino, ma li potremo "catturare" affinché poi ritornino ai prossimi touchpoint. Utilizzando il bambino come "nostro" linguaggio ora possiamo tornare alle loro domande sull'allattamento, al seno o artificiale, e

sul come pensano di affrontare i ritmi e le reazioni del bambino. Stiamo sempre parlando un linguaggio condiviso che comprende il comportamento del bambino ed il suo stile di risposta al nuovo mondo. A questo punto possiamo far loro presente che ci piacerebbe rivederli tutti e tre insieme ad ogni successivo touchpoint.

Il terzo touchpoint si propone per la terza-quarta settimana. Dovremo valutare il bambino prima della normale fase di agitazione che la maggior parte di loro hanno (negli USA l'85%) alla fine della giornata, tra le tre e le dodici settimane di età (13). In questo momento possiamo vedere se la madre ha iniziato a riprendersi dalla spossatezza e dalla depressione postpartum.

Lo scopo principale della visita sarà quello di fare un controllo della madre e del bambino. Possiamo inoltre aiutare i genitori ad organizzare gli orari del pasto e del sonno, ma il più importante argomento della visita deve essere quello di comunicare che ci può essere un periodo di agitazione alla fine della giornata. Se noi consideriamo come un momento critico il pianto e l'irritabilità alla fine di una giornata in cui il sistema nervoso ancora immaturo è stato sottoposto per tutto il giorno a stimoli ambientali, possiamo aiutare i genitori a prepararsi in anticipo. Precedenti ricerche dimostrano che i bambini alternano un ciclo sonno-veglia durante tutto l'arco del giorno (13). In questo processo essi sovraccaricano il loro sistema nervoso tanto che diventa inevitabile per i bambini più attivi agitarsi abitualmente per un certo periodo ogni sera; dopo tale periodo mangeranno e dormiranno meglio per le successive ventiquattro ore.

Il periodo di agitazione sembra essere, per loro, un momento di organizzazione necessario.

A volte le madri riferiscono che passeggiare e allattare spesso il bambino riduce il periodo di pianto, ma non c'è niente che possa veramente eliminarlo e che se poi si prestano maggiori attenzioni per cercare di calmarlo, si ottiene come risultato di iperstimolarlo e farlo piangere di più. Occorre quindi che i genitori capiscano che si tratta di un processo evolutivo e di un fatto normale nella giornata del bambino. Quando i genitori ne parlano, decidiamo insieme una strategia che possa ridurre il senso di impotenza rispetto al pianto agitato, che li aiuti ad alleviare il turbamento del bambino. Ciò che propongo di solito è che i genitori facciano quello che possono per aiutarlo, ad esempio, allattarlo, cambiarlo, fare smorfie e rumori con le labbra, ma, se non c'è niente che funzioni, allora è bene ridurre le stimolazioni, non aggiungerne di ulteriori con un sistema nervoso già vulnerabile; lasciare che si agiti per 5-10 minuti, finché non inizia a diventare frenetico ed allora prenderlo per calmarlo, dargli dell'acqua per fare uscire l'aria che può avere inghiottito e dopo il ruttino lasciare che si agiti ancora 5-10 minuti. Questa routine durerà per circa un'ora dopodiché il bambino probabilmente si addormenterà.

Un bambino più attivo, più vivace può piangere più a lungo ma se il pianto diventa molto intenso e questa routine non risulta efficace, i genitori dovranno fare in modo di cercare una diagnosi. Ho visto che un approccio preventivo centrato sulla routine, aiuta ad affrontare insieme ai genitori ogni problema significativo. Questo periodo di agitazione sembra essere un organizzatore per l'intero ciclo delle ventiquatt

ro ore: anticipandolo e spiegandone ai genitori il valore positivo in questo touchpoint, ho verificato che il periodo di 2-3 ore può essere ridotto significativamente cosicché il bambino diventa meno frenetico e i genitori riescono ad affrontare con calma questo momento.

I prossimi touchpoint sono il punto focale di ogni visita successiva. Per esempio, nella visita dei quattro mesi si può preannunciare che presto ci sarà un miglioramento nella consapevolezza cognitiva dell'ambiente. Il bambino sarà più difficile da alimentare, smetterà di mangiare per guardarsi intorno e per ascoltare tutti gli stimoli presenti nell'ambiente. Comincerà a svegliarsi di nuovo di notte anche se prima dormiva bene. Tutti e due i pattern, del sonno e dell'alimentazione, saranno interrotti per un breve periodo nelle successive 13 settimane.

Ciò coincide con una rapida evoluzione nello sviluppo. La nuova consapevolezza dell'ambiente, degli estranei, si accompagna ad un progresso nello sviluppo motorio.

Comincia a mettersi seduto, adora essere tenuto su, riesce ad afferrare con tutte e due le mani e gioca con gli oggetti in modo più efficace: la fase di disorganizzazione ha raggiunto il suo scopo. I genitori capiranno che questo periodo è un naturale precursore di un successivo sviluppo e che non devono forzare il bambino a mangiare ad ogni pasto. Un piccolo pasto, mentre si guarda intorno,

sarà sufficiente per tutto il giorno. Due pasti in una stanza buia, tranquilla, saranno sufficienti a stimolare la produzione di latte al seno e a conservare l'allattamento, mentre un bambino nutrito con latte artificiale potrà essere allattato meglio in un ambiente non stimolante. Non è necessario insistere per farlo mangiare in questo breve periodo (14).

Quando si manifestano problemi relativi al sonno, la visita può rappresentare un momento per discutere un approccio preventivo. In questa fase mi accerto se il bambino, quando è messo a letto di sera, sa come addormentarsi da solo. Infatti, se si addormenta fra le braccia dei genitori non avrà la possibilità di impararlo e poi durante la notte, nelle fasi di sonno leggero, ogni 3-4 ore, si agiterà, griderà e avrà bisogno dell'intervento dei genitori, per nutrirlo, prenderlo, cercare di riaddormentarlo. Se ha imparato a confortarsi da solo mettendosi a dormire con una modalità indipendente, per esempio succhiandosi il dito o aggrappandosi alla sua copertina, potrà riaddormentarsi ad ogni risveglio. In questo momento possiamo aiutare i genitori a prendere delle decisioni (se farlo dormire con loro o se andare dal bambino ad ogni risveglio). Possiamo aiutarli a capire il comportamento di addormentamento del bambino cosicché essi faranno le scelte adeguate rispetto alle risposte da dargli. Questo è il primo touchpoint che aiuta a prevenire i problemi del sonno.

La discussione e la visita intorno alle interruzioni dei ritmi dell'alimentazione, possono dare ai genitori la comprensione dei loro sentimenti rispetto al rifiuto del cibo.

La visita, può durare 20-30 minuti e diventa un'opportunità preziosa per i genitori, per capire questi problemi dal punto di vista dello sviluppo del bambino, offrendoci inoltre importanti indicazioni sulle loro difficoltà. Possiamo tener conto di queste informazioni per aiutarli in futuro e non importa quali saranno le loro decisioni sul come affrontare queste problematiche.

Ci sono ancora tre touchpoint nel primo anno di vita. Ciascuno offre delle opportunità per discutere dei problemi che si presenteranno nella vita di genitori e prevenire le tensioni che determinano gli insuccessi. Ogni touchpoint precede uno scatto evolutivo in una o più aree (9).

Vi sono altri esempi del tipo di problemi che possono essere affrontati ad ogni controllo.

Ma in definitiva i genitori sentiranno che un operatore sanitario si preoccupa dello sviluppo psicologico quanto dei progressi sul piano fisico del bambino. Avranno più fiducia in se stessi e nel loro bambino se avranno il sostegno e l'interesse di una persona che si prende cura di tutti loro. Questi touchpoint possono essere utili e possono essere presentati come opportunità per sostenere i genitori nella comprensione dello sviluppo del loro bambino nel corso di tutta l'infanzia. I tempi possono essere in qualche modo ritardati per il neonato prematuro o fragile, ma rappresentano un'opportunità ancora più importante per sostenere i genitori ansiosi. Pediatri e genitori possono dunque associarsi per realizzare i progressi evolutivi del bambino.

## **Bibliografia**

- (1) Brazelton TB. Developmental framework of infants and children: A future for pediatric responsibility. *Pediatrics* 1983;102:967
- (2) Brazelton TB. The origins of reciprocity. In: Lewis M. et al. *Effects of the Infant on the Caretaker*, Wiley, New York, 1975
- (3) Als H et al. The behavior of the full-term yet underweight newborn. *Devel Med Child Neurol* 1976;18:590
- (4) Als H et al. The Brazelton Neonatal Assessment Scale (BNAS). In: Osofsky JEd. *Handbook of Infant Development*. Wiley, New York, 1979
- (5) Brazelton TB. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Spastic International Medical Publications. Blackwell Philadelphia, London, 1984
- (6) James St et al. Neurological plasticity. In: Reise H et al. *Advances in Child Development and Behavior*. Academic Press, New York, 1979
- (7) Klein RE et al. Effect of protein calorie malnutrition on mental development. *Adv.Pediatrics* 1971;1:571

- (8) Brazelton TB et al. Neonatal Behavioral Assessment. Wiley, New York, 1987
- (9) Brazelton TB. Touchpoints: Emotional and Behavioral Development. Point Fort. Editions Stock, Paris, 1992
- (10) Brazelton TB. On becoming a family: The growth of Attachment. Delacorte Press, New York, 1981
- (11) Fraiberg S. The Magic Years. Scribner's, New York, 1959
- (12) Brazelton TB. Touchpoints: Emotional and Behavioral Development. Reading, Addison-Wesley, 1992
- (13) Brazelton TB. Crying in infancy. Pediatrics 1962;29:579
- (14) Brazelton TB. To Listen to a child. Reading, Addison-Wesley, 1984