

IMPLICAREA MATERNOLOGIEI ÎN PATOLOGIA FUNCȚIONALĂ DIGESTIVĂ LA SUGAR

Drd. Dr. Daniela Marincea^{1,2}, Psih. Simina Angelescu³,

Prof. Dr. Coriolan Ulmeanu^{1,4}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București, România

²Stella Maris SRL, Medicină de Familie, București, România

³Angelescu Simina, Cabinet individual de psihologie, București, România

⁴Spitalul Clinic de urgență pentru copii „Grigore Alexandrescu“, București, România

REZUMAT

Patologia funcțională digestivă a copilului în primul an de viață este frecvent întâlnită în practica medicală și este dificil de gestionat, diagnosticat și tratat. În abordarea medicală actuală generală nu se tratează mama și copilul în primul an după naștere ca o unitate biologică. Astfel, poate scăpa posibilitatea unei conexiuni între tulburările gastrointestinale funcționale (TGIF) și afectarea relației emoționale mamă-copil, rezultând deseori eșec terapeutic. O abordare din această perspectivă a problemei o are maternologia, ramură nouă a medicinei, aflată la granița între mai multe discipline medicale și psihologie. Această știință s-a născut plecând de la ipoteza că majoritatea „handicapurilor” provin de la o dificultate relațională între mamă și sugarul ei. Maternologia propune un demers terapeutic specific ce integrează suferința copilului din perspectiva relației emoționale a cuplului mamă-copil. Prin diagnosticul și tratamentul unității biologice mamă-copil, se oferă o nouă perspectivă în ceea ce privește abordarea suferințelor funcționale ale sugarului.

Cuvinte cheie: tulburări gastrointestinale funcționale la sugar, maternologie, relație emoțională mamă-copil

INTRODUCERE

Patologia funcțională digestivă a copilului în primul an de viață este frecvent întâlnită în practica medicală. TGIF reprezintă un grup de afecțiuni dificil de gestionat ca diagnostic și tratament.

Simptomele TGIF produc disconfort mare pentru sugari și părinți, crescând inutil numărul prezentărilor la medic și costurile asistenței medicale. Grupurile internaționale de experți se întrunesc periodic în cadrul Fundației de la Roma pentru a stabili ultimele noutăți și modificări în sistemul de clasificare al TGIF bazat pe simptome. TGIF rezultă din interacțiunile complexe și reciproce între aspecte biologice, psihologice și sociale (axa creier-intestin) (1-4).

În literatura de specialitate este afirmată existența unei puternice legături între starea psihologică a părinților (anxietate, depresie etc.) și simptomatologia abdominală la copii. Se specifică, de asemenea, că managementul celor mai frecvente TGIF,

cum sunt colicile infantile și regurgitarea, ar trebui să se concentreze pe educația și reasigurarea părinților și pe sfaturile nutriționale, cum sunt recomandările privind volumul, frecvența, tehnicile de hrănire (1,5).

Cu toate acestea, unii sugari suferă în continuare, ceea ce arată cu siguranță că mai pot fi și alte aspecte care scapă abordării actuale medicale. Un procent important din TGIF este posibil influențat de relația dificilă emoțională mamă-copil în perioada de maximă vulnerabilitate, care este primul an de viață. Astfel de manifestări sunt descrise în psihologie ca fiind psihosomatice, iar în maternologie sunt denumite „maladii ale nașterii” (13,15). Maternologia este definită ca fiind un demers terapeutic ce se atașează dimensiunii psihice a maternității și care vizează dificultățile relației mamă-copil. Termenul de maternologie a fost acceptat și definit ca atare în dicționarul «Le Grand Robert de la langue française», ediția 2001, și «Le Petit Robert» ediția 2002.

Adresa de corespondență:

Dr. Daniela Marincea, Str. Lt av Negel Gheorghe nr. 84, sector 6, București, România

E-mail: marincasro@yahoo.com

Abordarea medicală a problemei

Abordarea medicală actuală generală nu tratează mama și copilul în primul an după naștere ca fiind o unitate biologică. Astfel, se pierde din vedere perspectiva legăturii dintre TGIF și relația emoțională mamă-copil. Deși se vorbește în mai multe lucrări despre planul emoțional, părintele, în speță mama, este considerat doar un îngrijitor al copilului bolnav. Este înțeleasă nevoia de liniștire, încurajare și sprijin în privința îngrijorării asupra stării de sănătate a micuțului, dar nu se face o legătură clară între starea mamei și simptomele sugarului (6). TGIF ale sugarului persistă deseori în ciuda oricărui tratament convențional, fără explicații, dincolo de limitele temporale sugerate în literatura de specialitate (7).

De-a lungul timpului, TGIF au pus diverse probleme de diagnostic și tratament pentru practicieni, întrucât diagnosticul impunea excluderea unor patologii organice și inflamatorii. La început, TGIF erau considerate puțin explicabile științific, puțin tratabile, în mare parte considerate de natură psihiatrică. În ultimele trei decenii ale secolului XX s-au realizat studii aprofundate, s-au făcut legături între psihic și corp, ca fiind părți în cadrul unui sistem, apărând astfel conceptul de model biopsihosocial al bolilor (1977, George Engel). Prin acest model, simptomele funcționale gastrointestinale integrează tulburări de motilitate, sensibilitate viscerală crescută, în condițiile afectării coordonării între creier și tractul gastrointestinal, în prezența influențelor factorilor psihosociale.

TGIF sunt un grup important de afecțiuni, acceptate actual ca entități medicale de sine stătătoare atât în practica, cât și în cercetarea medicală.

Începând cu anii 1992, pentru clarificarea în domeniul TGIF au fost create grupuri internaționale de experți care au început să elaboreze o clasificare internațională comună a TGIF, folosind sistemul de clasificare bazat pe simptome. Fundația Roma este organismul internațional actual care stabilește criteriile de diagnostic și clasificare a TGIF pe bază de simptome (7). Consensul Roma IV, vizând criteriile de diagnostic și clasificare ale tulburărilor funcționale digestive pentru partea de pediatrie, a menținut cele două categorii mari: tulburările nou-născutului, sugarului și copilului mic și tulburările copiilor mai mari și adolescenților.

Tulburările GI la sugari și copiii mici, conform clasificării Roma IV, sunt:

- G.1. Regurgitarea la sugar
- G.2. Sindrom de ruminare
- G.3. Sindrom de vărsături ciclice

- G.4. Colicile sugarului
- G.5. Diareea funcțională
- G.6. Dischezia funcțională
- G.7. Constipația funcțională (7)

Stadiul actual al cunoașterii

Se știe că, în timpul copilăriei, structura și funcția tractului gastrointestinal (GI), a sistemului nervos și a microbiotei sunt încă în proces de maturizare, iar acest lucru poate determina semne și simptome GI care nu prezintă o cauză structurală sau biochimică evidentă. Diagnosticul unei tulburări funcționale elimină practic boala organică drept o cauză a simptomelor. Regurgitarea, colicile infantile și constipația funcțională sunt cele mai frecvente TFGI în copilărie. De asemenea, s-a demonstrat că mai multe TGIF pot coexista adesea la același copil. Diareea funcțională, dischezia, sindromul ruminării și sindromul de vărsături ciclice au fost raportate mai rar (4,5).

G.1. Regurgitarea sugarului

Regurgitarea sugarului este cea mai comună TGIF în primul an de viață și poate apărea la sugarii sănătoși între trei săptămâni și un an. Recunoașterea regurgitării infantile poate evita vizitele frecvente la medic și investigațiile inutile, precum și terapia pentru boala de reflux gastroesofagian, cu care se poate confunda adesea. Avem însă de-a face cu o mamă anxioasă, care apelează frecvent la pediatru, întrucât o neliniștește nu doar starea copilului, ci și starea ei (stare despre care cu siguranță evită să vorbească) (5). S-a observat că interacțiunea medicului cu mama/îngrijitorul copilului ajută adesea la ameliorarea stării acestuia din urmă. Se vorbește despre faptul că părinții sunt îngrijorați de starea copilului, despre identificarea surselor de suferință fizică și emoțională și despre planuri privind eliminarea condițiilor de stres (5).

G.2. Ruminația

Ruminația este regurgitarea obișnuită a conținutului stomacului în gură, în scopul autostimulației. Sindromul ruminației la sugar este rar, descris în publicații limitate din literatură. Există descrieri ale comportamentului matern ca fiind aparent neglijent față de copil sau dimpotrivă, excesiv de atent, de grijuliu. Totuși, se pare că nu există plăcerea în a ține copilul în brațe sau o sensibilitate adecvată la nevoile copilului de confort și satisfacție (5,7,18). Terapia urmărește să ajute părinții, adresându-se sentimentelor lor față de copil. Se urmărește îmbunătățirea capacității acestora de a recunoaște și de a răspunde nevoilor fizice și emoționale ale copilului lor (5).

G.3. Sindromul de vărsături ciclice

Datele privind evoluția clinică la sugari și copii mici sunt rare, studiile epidemiologice raportând că poate să apară înainte de vârsta de trei ani (5).

G.4. Colicile sugarului

Înțelegerea colicilor la sugari necesită o apreciere a dezvoltării copilului, relația diadică a îngrijitorului cu copilul și mediul familial și social în care aceștia există (7). Colicile infantile au fost descrise ca un sindrom comportamental la sugarii cu vârste cuprinse între 1 și 4 luni care implică perioade lungi de timp cu plâns și comportament greu de calmat. Se vorbește în literatură despre necesitatea impunerii unei mai bune evaluări a vulnerabilităților părinților (depresia, lipsa de sprijin social etc.) și despre a oferi disponibilitate continuă pentru familie. Dacă încercările de a controla plânsul copilului nu au reușit, se instalează anxietatea, frustrarea, epuizarea, îndoiele ale mamei cu privire la competența ei de îngrijire. Sentimentele contradictorii sau de înstrăinare față de copilul inconfortabil pot crește riscul pentru apariția „sindromul copilului scuturat” și a altor posibile forme de abuz (5).

G.5. Diareea funcțională

Diareea funcțională este definită de eliminarea zilnică fără durere a trei sau mai multe scaune mari neformate timp de patru sau mai multe săptămâni, cu debut în perioada de sugar, copil mic sau preșcolar. Nu sunt necesare intervenții medicale, dar reasigurarea efectivă a părinților este importantă (5).

G.6. Dischezia sugarului

Dischezia se definește ca efortul vizibil de a defeca, cu țipăt și plâns timp de multe minute. La majoritatea sugarilor, simptomele încep în primele luni și dispar spre finalul primului an de viață. În ceea ce privește tratamentul, părinții copilului au nevoie adesea de reasigurare privind absența unui proces patologic care să necesite intervenție medicală (7).

G.7. Constipația funcțională

Constipația funcțională are o prevalență mică în primul an de viață. Examinarea fizică este importantă atât pentru clinician, cât și pentru părinți, pentru a se asigura că nu există nicio boală. Simptomele se îmbunătățesc de regulă odată cu inițierea unui tratament minim simptomatic (laxative de volum zilnic, pentru înmuierea scaunului) (5).

Simptomatologia TGIF poate îmbrăca forme de la ușoare la extrem de severe pentru copil, generând anxietate parentală și o calitate scăzută a vieții, cu consecințe asupra sănătății pe termen scurt și lung. O revizuire mai recentă a literaturii de specialitate a arătat că există un impact clar al simptomelor TGIF asupra vieții de familie și asupra bunăstării aceste-

ia. Există studii care au raportat că plânsul inconsolabil și colicile sugarului în primele trei luni de viață sunt frecvent asociate cu lipsa de somn și oboseală la mame sau chiar simptome depresive postpartum. De asemenea, s-a observat o interacțiune insuficientă mamă-copil, atașamentul mamă-copil nesigur, concomitent cu probleme de hrănire și schimbări dese de formule asociate cu crizele de plâns inconsolabil (5).

Este un cerc vicios evident în care suferința continuă a copilului determină sentimente contradictorii sau înstrăinare față de copil din partea părintelui care îl îngrijește. Dar poate fi, la fel de bine, o tulburare maternă inițială, ce are drept consecință o problemă digestivă funcțională la sugar.

Cercetări mai noi efectuate asupra interacțiunii dintre mame și sugari au demonstrat că există o strânsă legătură între problemele materne de sănătate mintală și performanțele cognitive și comportamentale ale copiilor (8).

Studii limitate au evidențiat o legătură între problemele de sănătate ale copiilor și stilul de atașament nesigur al mamei. Se constată în ultima perioadă că un număr important de mame suferă de simptome depresive sau de anxietate postnatală; depresia postpartum afectează 10-15% dintre noile mame (9,11). Factorii de risc ai depresiei postpartum au fost studiați detaliat, putând include evenimente de viață stresante, sprijin social sărac, simptome depresive sau anxietate în timpul sarcinii, antecedente de depresie, experiențe nefaste din copilărie, antecedente familiale de tulburări ale dispoziției. Cu toate acestea, consecințele lor asupra îngrijirii copiilor sunt încă incomplet observate și înțelese. S-a constatat că simptomele depresive nerecunoscute și netratate pot avea ca rezultat o dizabilitate psihologică semnificativă pentru mame, iar copiii riscă apariția unor probleme grave de dezvoltare, comportament și emoționale (9,10).

Sunt autori care susțin că este de importanță majoră abordarea influenței tulburării de anxietate maternă în studiile longitudinale pentru a îmbunătăți cunoașterea posibilelor consecințe de dezvoltare și interacțiune. Se vorbește despre strategii specifice de intervenție care ar putea să sporească competențele materne de reglementare diadică pentru a preveni tulburări funcționale în perioada de sugar și copilărie (8).

Implicarea maternologiei în abordarea TGIF la sugar

O abordare din această perspectivă a problemei o are maternologia, care s-a născut plecând de la

ipoteza că majoritatea tulburărilor provin de la o dificultate relațională între mamă și sugarul ei (cu excepția problemelor genetice sau a accidentelor). Maternologia a fost creată pentru a înțelege și trata maternitatea psihică și procesele de naștere psihologică. Ea are ca obiective principale studierea maternității psihice, recunoașterea și înțelegerea suferinței în cadrul dificultății materne, realizarea legăturii mamă-copil, prevenirea precoce a tulburărilor de dezvoltare la copil și prevenirea maltratării.

Maternologia este un demers terapeutic legat de dimensiunea psihică a maternității, care studiază și corectează dificultățile relației mamă-copil (11). Este o nouă disciplină medicală ce a luat naștere în Franța, începând din 1987, odată cu primul serviciu de maternologie (în cadrul Spitalului J.-M. Charcot din Saint-Cyr-L'École, Yvelines) condus de dr. Jean Marie Delassus și echipa sa.

Conceptele de maternologie permit o mai bună înțelegere a căilor de acces la matern, dar mai ales a dificultăților sau obstacolele care pot împiedica acest acces. La prima vedere, aceste concepte pot apărea obscure, inutile pentru profesioniștii care înconjoară femeia, viitoarea mamă sau deja mamă (11). Două dintre conceptele maternologiei sunt esențiale pentru a înțelege maternitatea psihică: cel de totalitate și cel de dăruire. Ele explică cum și ce organizează maternitatea, nașterea, posibilitatea existenței lor. Datorită capacităților senzoriale și motorii precoce, fătul înregistrează de foarte de timpuriu omogenitatea vieții intrauterine și trăiește experiența continuă a totalității, ce poate fi definită ca ansamblul proceselor armonioase care domină viața prenatală și structurează copilul, ceea ce redefinim moștenirea sa genetică și creează o nevoie specifică de a trăi în continuare ceea ce a trăit înaintea venirii pe lume. La naștere se produce o rupătură între condițiile de omogenitate simțite de făt ca totalitate prenatală și lipsa totală a acesteia postnatal. Mama este cea de la care se așteaptă să facă joncțiunea dintre totalitatea prenatală și lume, adică să asigure nașterea psihică a copilului (11,12). Totalitatea se va găsi în legătura dintre mamă și copil, trecând, ca experiență, de la mama care o trăiește la copilul care are nevoie de ea.

Există un ciclu natal al dăruirii, care îl înlocuiește pe cel al schimburilor feto-placentare, și care constituie o lume natală, pentru că și copilul trimite către mamă ceea ce i-a dat ea. Ciclul dăruirii pornește la foarte puțin timp de la naștere și structurează legătura mamă-copil.

Actul de a dăruir se realizează cel mai bine și profund în timpul hrănirii copilului, ceea ce face ca alăptarea să reprezinte o situație psihică esențială.

Mama extrage din ea darul, sau încearcă s-o facă, și acesta este deja un moment intens. Apoi, darul merge la copil, care îl poate primi, care îl retrimite cel mai adesea mamei, creând astfel un ciclu fără sfârșit. Maternitatea umană se caracterizează prin prezența totală sau lacunară a capacității de a dăruir. În aceasta, și nu într-un presupus instinct matern, se găsește calea de abordare și de înțelegere a maternității și a nașterii psihice, atât în starea normală, cât și în cea patologică a acestora (11).

Femeia care aduce pe lume un copil nu devine automat mamă în sensul psihic al termenului. Pot exista tulburări ale relației, care frânează nașterea psihică a nou-născutului și accesul la maternitate al mamei. Suferința maternă este de cele mai multe ori tăcută, femeile adesea disimulând de rușine, de teama de a fi judecate, de disperare că nu sunt mame bune (16).

S-a pus întrebarea dacă există procedee care permit depistarea, urmărirea și diagnosticarea dificultății mamă-copil care ar putea dăuna nașterii psihice a copilului. Dimensiunea psihică a maternității și geneza ei necesită o altfel de abordare și un câmp medical specific.

Maternologia, noua ramură a medicinei, creată în Franța, aduce în prim-plan o reconsiderare a vieții fătului în timpul sarcinii și stării în care acesta se afla la naștere, istoricul mamei, începând de la propria sa naștere până la pre-nașterea copilului ei, momentul esențial al nașterii și, nu în ultimul rând, diagnosticarea și tratarea dificultății de a fi mamă (în primele nouă luni postnatal, ideal cât mai precoce).

Maternitatea umană, care este în esență o maternitate psihică, parcurge patru stadii de dezvoltare psihică: constituirea originarului, ruperea sincretismului, autoatribuirea maternului, confirmarea de către tată. Blocajul mamei la unul dintre stadiile de mai sus duce la apariția tulburării materne (bolile materne) și suferința copilului (bolile nașterii) (12,14). Dificultatea maternă nu este neapărat vizibilă sau exprimată, putând exista fără semne aparente. Starea copilului și capacitățile sale de a relaționa ne informează mai exact. El este pentru maternologie „micul clinician“. Observarea și însoțirea situației de alăptare (hrănire la sân/biberon) reprezintă cheia în elaborarea diagnosticului și inițierea terapiei maternologice (12,14).

Repertoarul semiologic maternologic cuprinde numeroase semne și simptome la sugar, printre ele enumerându-se și tulburări funcționale digestive de tipul: colicile sugarului, regurgitații, reflux gastro-

esofagian, refuzul alimentar, constipație, diaree etc. TGIF la sugari sunt motive frecvente de prezentare la consultație/internare în pediatrie.

Observarea clinică a nou-născutului și sugarului arată că lipsa transferului totalității de la mamă la copil face posibilă apariția bolilor nașterii („mala-diile nașterii psihice“ sau disnataleități), observate la copil și bolilor materne (suferințe, dificultăți ale mamei) (12,13). Pentru a se naște psihic, copilul are nevoie să regăsească totalitatea trăită prenatal și să o experimenteze extrauterin. Dacă nu primește această experiență și doar bunăstarea sa fizică este asigurată, atunci nu se poate adapta la mediul înconjurător, iar dezvoltarea și sănătatea sa fizică vor fi amenințate. Avem de-a face cu ceea ce în maternologie sunt denumite bolile nașterii, disfuncționalități care pot fi parte integrantă și un capitol nou în pediatrie (11,13).

Copilul suferă imediat ce s-a născut, dar există compensator o perioadă sensibilă a cortexului cerebral, cu o anumită plasticitate a creierului, în care se pot corecta începuturile rele. De aceea, în ceea ce privește primul an de viață, este imperios necesar să dispunem de mijloace pertinente de observare și elemente semiologice relevante (17).

Copilul venit pe lume suferă o prăbușire a lumii anterioare și trebuie să poată evolua, prin investire de către reprezentantul totalității originare – mama. Dacă această investire nu este asigurată, nașterea psihică este în pericol și, prin urmare, existența însăși. Superficial putem vedea o depresie, dar de fapt este instalarea de durată a ceea ce reprezintă „prăbușirea natală“, care are loc sub diverse forme (în maternologie folosindu-se termenul de „dismataleitate“) (12,14).

Situația critică de reținut este cea a ciclului dăruirii, care este observabil evident în timpul alăptării, indiferent dacă este la sân sau biberon. Când dăruiește sau încearcă să dăruiască, mama se află în dispoziții pe care nu le poate controla pentru că pot fi doar o reflectare a experienței ei profunde, în timp ce copilul reacționează. Astfel se manifestă starea nașterii psihice a copilului (12,13).

Prin observarea videoclinică repetată a momentului alăptării s-au descris trei faze normale ale hrănirii la sân/biberon: absorbția (în care copilul este concentrat, calmându-și foamea), dialogul sau faza de relație (în care se oprește și caută privirea mamei, creându-se schimbul de priviri și zâmbete între mamă și el, transferul realizându-se în ambele sensuri) și reveria sau faza de visare (în brațele mamei copilul rămâne activ, finalizând procesul hrănirii). Astfel, se produce nașterea psihică, atât în pri-

vința relației mamă-copil, cât și în cea a participării la relația cu lumea înconjurătoare.

Filmarea, examinarea și analizarea momentului hrănirii la sân/biberon, în mod repetat, a făcut posibilă observarea de foarte timpuriu a problemelor comportamentale ale diadei mamă-copil și, totodată, urmărirea evoluției terapeutice a acestora.

Originalitatea abordării maternologice este aceea de a fi înțeles că în spatele a ceea ce este evident și vizibil mai există ceva, și anume că problema inițială este cea a mamei. Ea este cea mai capabilă de intenția care generează fluxul psihic al totalității, trebuie să dorească să dea, să poată dăruia, să aibă mijloacele de a transfera totalitatea la copil. Transferul este în centrul acestei problematice. Mama și copilul sunt legați prin nașterea psihică de realizat, care presupune ca mama să aibă mijloacele pentru aceasta. Astfel, bolile nașterii și cele ale maternității se tratează împreună, dar la nivelul transferului. De aici decurge necesitatea unei schimbări în abordarea medicală (15,17).

Diagnosticul maternologic este un demers medical complex care stă la baza terapiei maternologice. În cercetarea relației mamă-copil, cel care trebuie observat este copilul, denumit și „micul clinician“, el furnizând datele cel mai puțin supuse erorii. Terapia maternologică este specifică, nonagresivă și se realizează în cadrul grupului de îngrijire. Analiza video-clinică a comportamentelor mamă-bebeluș și diagnosticul nivelului de structurare a etapelor maternogenezei conduc echipa de specialiști alături de mamă în suferința ei profundă și alături de copil în dificultatea lui natală. Îngrijirea mamei într-un spațiu adecvat și ședințele de psihoterapie îi produc acesteia conștientizarea, salvatoare deopotrivă pentru ea și copil. Abordarea precoce maternologică scade riscul dezvoltării unor patologii somatice la copil (11,12).

Nașterea nu este totdeauna un eveniment simplu, ci poate fi însoțită de suferințe, de dificultăți care afectează deopotrivă copilul și mama. Aceștia au o problemă comună: cea a totalității pe care primul are nevoie s-o primească și pe care cea din urmă are nevoie s-o dea. Posibilitatea ciclului dăruirii trebuie asigurată înainte ca bolile s-o deturneze. Acesta este obiectul maternologiei, care este medicina primei legături.

CONCLUZII

Abordarea medicală centrată doar pe copil și tratamentul simptomelor lui transformă mama în îngrijitoarea copilului bolnav, ceea ce poate defini sindromul pediatric de evitare maternă.

Dificultatea copilului se substituie celei materne, iar capacitatea de îngrijire a mamei ia locul competenței materne, creându-se astfel o relație patogenă mamă-copil și un obstacol real în calea vindecării problemei de sănătate a copilului.

Dificultatea maternă poate suspenda sau împiedica nașterea psihică a copilului, dar medicul sau/și echipa medicală pot debloca procesul prin susținerea și încurajarea maternității mamei.

Maternologia integrează suferința copilului din perspectiva relației emoționale a cuplului mamă-copil, punând accentul pe faptul că mama și copilul constituie o unitate biologică, ce trebuie diagnosticată și tratată împreună, dând astfel o nouă perspec-

tivă în ceea ce privește abordarea TGIF ale sugarului.

Terapia maternologică specifică, nonintervențională, aplicată cât mai precoce cuplului mamă-sugar, restabilește capacitatea maternă de a dăruși, facilitând astfel nașterea psihică și dispariția simptomatologiei funcționale digestive la sugar.

Specialiștii în domeniul perinatalității au un rol cheie în prevenirea tulburărilor relației mamă-copil și, de aceea, devine tot mai necesar să-și ofere aportul în sprijinul și înțelegerea maternității psihice prin accesarea informațiilor din domeniul maternologiei.

BIBLIOGRAFIE

1. Drossman DA Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology* 2016;150:1262–1279
2. Van Oudenhove L, Levy RL, Crowell MD et al. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders: How Central and Environmental Processes Contribute to the Development and Expression of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1355–1367
3. Fodor I, Dumitrașcu DL. Patologia funcțională digestivă pediatrică la sugar și copilul mic. Ce aduce nou Roma IV. *Viata Medicala* 17 Martie 2017; Numărul 11 (1417)
4. Allen AP, Dinan TG, Clarke G et al. A psychology of the human brain–gut–microbiom axis. *Wiley Online Library* Apr. 2017
5. Salvatore S, Abkari A, Cai W et al. Review shows that parental reassurance and nutritional advice help to optimise the management of functional gastrointestinal disorders in infant. *Wiley Acta Paediatrica* 2018 Sep; 107(9): 1512–1520
6. Vandenplas Y. Algorithms for Common Gastrointestinal Disorders. *JPGN* _ Volume 63, Supplement 1, July 2016
7. Benninga MA et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2016;150:1443–1455
8. Reck C, Tietz A, Müller M et al. The impact of maternal anxiety disorder on mother-infant interaction in the postpartum period. *PLoS One* 2018
9. Akman I, Kuşçu K, Özdemir N et al. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *BMJ Journals* 2006
10. Ulmer-Yaniv A, Djalovski A, Priel A et al. Maternal depression alters stress and immune biomarkers in mother and child. *Depression and Anxiety-The official journal of ADAA*, 2018
11. Delassus JM. *Le Sens de la maternité*, 3^e edition. Paris: Ed. Dunod, 1997, trad. *Sensul maternității*, Iași: Minied, 2015
12. Delassus JM., Carlier L, Boureau-Louvet V. *L'aide mémoire de maternologie*. Paris: Ed. Dunod, 2010
13. Delassus JM. *Psychanalyse de la naissance*. Paris: Ed. Dunod, 2008
14. Delassus JM. *Le génie du fœtus*. Paris: Ed. Dunod, 2001
15. Delassus JM. *Penser la naissance*. Paris: Ed. Dunod, 2011
16. Delassus JM. *La difficulté d'être mère*. Paris: Ed. Dunod, 2014
17. Delassus JM. *Neuroscience de l'être humain*. Paris: Encre Marine, 2012
18. Leboviçi S. *L'arbre de vie – Éléments de la psychopathologie du bébé*. Éd. ERES, 2009