

PSICOLOGIA CLINICA PERINATALE

**VADEMECUM PER TUTTI GLI ADDETTI ALLA NASCITA
(GENITORI INCLUSI)**

Dello stesso Editore

ADAMO/COMOGLIO/MOLINARO/SIRACUSA/
STEFANINI/ZIPARO – Istologia per le lauree triennali
BALDINI/OTTAVIANO – Psicologia del neonato
e del lattante
BATSHAW – Le disabilità del bambino
e dell'adolescente
BATTRO/DENHAM – Discomunicazioni
BLACK/MATASSARIN/JACOBS – Il trattato completo
del nursing medico e chirurgico
BOLANDER – Il nursing di base
BRACKEN/MUNN – Il bambino e le malattie maligne.
Guida completa per i genitori (e altre persone)
CARDONE/BALBI/COLACURCI – Manuale
di ostetricia e ginecologia
CARNEVALE/D'OVIDIO – La professione
dell'infermiere
CASTELLO – Pediatria
CEVENINI – Microbiologia e microbiologia clinica
CHIARANDA – Istituzioni di urgenze ed emergenze
medico-chirurgiche

COLLANA PHOTOBOOK

L'assistenza respiratoria
Guida all'esame obiettivo del paziente
La mobilitazione precoce del paziente
L'assistenza cardiologica
Le urgenze
L'assistenza al paziente chirurgico
L'assistenza in gastroenterologia
L'utilizzazione del monitoraggio
L'assistenza intensiva
Il controllo delle infezioni
L'assistenza alle pazienti ostetriche e ginecologiche
L'assistenza infermieristica al paziente ambulatoriale
La somministrazione dei farmaci
L'assistenza pediatrica
Metodiche urologiche
L'assistenza al paziente ortopedico
L'assistenza nelle metodiche speciali
La gestione della terapia endovenosa
L'assistenza al malato con problemi neurologici
L'assistenza al paziente geriatrico

COLOMBRARO – ABC di pediatria per infermieri
CRAIN/GERSHEL – Manuale clinico delle urgenze
pediatriche
DE NEGRI – Neuropsichiatria infantile
DE WITT – L'Essenziale del nursing. Guida allo studio
DIZIONARIO MEDICO ILLUSTRATO
DUBOWITZ – Il lattante ipotonico
EISENSEN – Afasia e disturbi correlati nel bambino

ESAMI DIAGNOSTICI

FEDRIZZI – I disordini dello sviluppo motorio
FLETCHER/MACDONALD/AVERY – Atlante delle
procedure diagnostiche e terapeutiche in neonatologia
FOGARI – Semeiotica medica e metodologia clinica
per le lauree sanitarie
FOLLINI – Fisica e biofisica per le lauree sanitarie
FRANCHINI/CALZOLARI/CIACCI – Nutrizione
pediatrica
FURLAN – Etica professionale per infermieri
FURLANUT – Farmacologia generale e clinica
II Edizione
GANONG – Fisiologia medica
GARZOTTO/LATTANZI – Elementi teorico-pratici
di psichiatria per infermieri ed operatori di base
GILMAN/NEWMAN – Le basi essenziali
di neuroanatomia clinica e neurofisiologia
GOGLIA – Anatomia e fisiologia per le lauree sanitarie
IMBASCATI/MARGIOTTA – Psicologia clinica
per le lauree sanitarie
INDAGINI DIAGNOSTICHE
LEININGER – Diversità e universalità dell'assistenza
culturale. Una teoria del Nursing
LISE – Chirurgia per le professioni sanitarie
(nuova edizione)
LOCCI/LOCCI – Elementi di diritto amministrativo
e principi di legislazione sociale e sanitaria
MARLOW – Trattato di assistenza infermieristica
pediatrica
MEZZOGIORNO – Compendio di anatomia umana
MILLER/KIMBER – Anatomia e fisiologia
NATOLI – Pedagogia per le lauree sanitarie
NETTINA – Manuale dell'infermiere
PONTICELLI/USAI – Chimica generale ed inorganica
PONTIERI – Patologia generale e fisiopatologia generale
PROCEDURE DEL NURSING
RAIMONDI/LUCAS – Manuale di scienza
dell'alimentazione e dietetica per infermieri
professionali
REEDER/MARTIN – Il nursing della maternità.
L'assistenza alla famiglia, alla donna, al neonato
ROSA/BILOTTA – Argomenti di anestesia
e rianimazione per le professioni sanitarie
RUBINI – Elementi di fisiologia umana
SAMAJA – Corso di biochimica per le lauree triennali
SEGNI E SINTOMI
TOSOLINI/COLUCCI – Elementi di ostetricia
e ginecologia
TRIOLO – Medicina per operatori sanitari
VIGUÉ/MARTÍN – Atlante di anatomia umana
VIGUÉ/MARTÍN – Grande atlante di anatomia umana
VOLPI – Igiene, profilassi, medicina sociale

ANTONIO IMBASCIATI, FRANCESCA DABRASSI, LOREDANA CENA

PSICOLOGIA CLINICA PERINATALE

**VADEMECUM PER TUTTI GLI ADDETTI ALLA NASCITA
(GENITORI INCLUSI)**

PICCIN

Tutti i diritti riservati

È VIETATA PER LEGGE LA RIPRODUZIONE IN FOTOCOPIA
ED IN QUALSIASI ALTRA FORMA

È vietato riprodurre, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza autorizzazione scritta dell'Editore.
Ogni violazione sarà perseguita secondo le leggi civili e penali.

Avvertenza

Poiché le scienze mediche sono in continua evoluzione, l'Editore non si assume alcuna responsabilità per qualsiasi lesione e/o danno dovesse venire arrecato a persone o beni per negligenza o altro, oppure uso od operazioni di qualsiasi metodo, prodotto, istruzione o idea contenuti in questo libro.
L'Editore raccomanda soprattutto la verifica autonoma delle diagnosi e del dosaggio dei medicinali, attenendosi alle istruzioni per l'uso e controindicazioni contenute nei foglietti illustrativi.

ISBN 978-88-299-1861-4

In copertina: "LA NASCITA DELLA MENTE", Archivio Progetto Nascere.

Stampato in Italia

© 2007, by Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova
www.piccin.it

Introduzione

Una Psicologia Clinica *Perinatale* si concepisce, si fa nascere, la si deve allevare. In effetti, prima d'ora erano nate varie associazioni, e pubblicazioni, che avevano e hanno destato l'interesse degli studiosi, psicologi in particolare, per i primi periodi della vita dell'uomo, ma non mi risulta che finora in Italia si sia parlato proprio di Psicologia *Clinica* Perinatale, né tanto meno che esista in proposito un testo. Mi sembra allora giustificato descrivere come questa idea di Psicologia Clinica applicata a quest'area, e tale testo, siano stati concepiti, gestiti, ora neonati.

Da una vita mi dedico alla Psicologia Clinica, da oltre vent'anni alle teorie del primo sviluppo della mente umana, da una decina al suo riscontro clinico nel feto e nel neonato. In questo lungo "concepire" fortunatamente mi sono incontrato con la rivista *Nascere* e la sua lunga tradizione clinica e culturale: Ferruccio Miraglia, il primo primario ostetrico-ginecologico che oltre quarant'anni fa si è battuto per promuovere l'applicazione dei principi psicologici (grazie anche ad una sua personale formazione con l'illustre psicoanalista ormai scomparso, Franco Fornari) all'ostetricia e alla neonatologia, affiancato dalla sua allieva e continuatrice Marisa Farinet. La loro rivista, oggi al suo XXXIV anno, ha tenuto desto l'interesse degli ostetrici, e molto più delle ostetriche, agli aspetti umani del nascere, alle loro implicanze psichiche, per la donna e il futuro del bimbo, sviluppando una linea scientifico-culturale che ha moderato la progressiva medicalizzazione, tecnicizzazione e disumanizzazione del parto che, nel frattempo crescente e cresciuta, sostenuta dall'ottimo intento di usare i progressi della medicina per ridurre i rischi della gestante, aveva però offuscato aspetti non meno importanti della vita umana, e della donna in particolare.

Su *Nascere* sia io che miei allievi (allieve!) abbiamo negli anni pubblicato. Contemporaneamente sulla rivista *PsychoMedia* abbiamo curato una rubrica di Psicologia Perinatale. Ma l'idea di chiamarla "clinica" ha dovuto aspettare che io maturassi, lungo l'esperienza con colleghi universitari di altre discipline, una presa di coscienza circa gli equivoci che intorno a questo aggettivo, "clinico", applicato alla psicologia, circolano nella cultura medica; e che a tale argomento rivolgersi una ricerca sulla didattica.

Intanto, nella mia sede universitaria, la Facoltà di Medicina di Brescia, maturava un'altra "gestazione": il primo Professore Associato italiano del nuovo settore scientifico-disciplinare Med 47 – discipline ostetriche. Questo nuovo settore si è differenziato dal più tradizionale Med 40 – Ostetricia e Ginecologia, in relazione alla promozione di una formazione universitaria per le ostetriche culminata nella istituzione dell'apposita laurea, prima triennale, ora anche specialistica. Quest'ultimo sviluppo ha visto conciliare le istanze di quegli ostetri-

co-ginecologi che avevano lamentato l'eccessiva gravidanza della ginecologia, e del suo aspetto chirurgico, rispetto all'ostetricia: questa avrebbe invece dovuto rimanere nell'alveo medico di una assistenza (ad-sisto, ma non intervengo) a un evento biologico naturale. Il primo Professore Associato Med 47 è stato, proprio a Brescia, l'ex-ostetrica Miriam Guana, da tempo attiva collaboratrice nella redazione di *Nascere* e promotrice di un movimento politico-scientifico-culturale per la formazione delle ostetriche, e per una loro emancipazione e differenziazione dal ruolo fino allora svolto nell'ombra degli ostetrico-ginecologi, nonché per una riumanizzazione del "percorso nascita".

Questo è il titolo di un fascicolo speciale di *Nascere* dedicato ad una serie di seminari interdisciplinari organizzati nel settembre-novembre 2004 nella collaborazione della mia Cattedra (Psicologia Clinica) con il Collegio Ostetriche di Brescia e con la Cattedra di Ostetricia-ginecologia del Prof. Umberto Bianchi. A questi va il merito di aver promosso in Italia la dignità universitaria del Med 47 riuscendo appunto a formare il primo Professore Associato italiano di questo settore; nonché il merito di aver patrocinato l'iniziativa mia e della Prof. Guana nell'organizzare i suddetti seminari intitolati appunto "Il Percorso Nascita".

Parteciparono molte persone, studiosi e operatori: ostetriche, ostetrico-ginecologi, psicologi, ospedalieri e universitari, assistenti sociali, e anche biologi. È qui che è stata concepita l'idea di una Psicologia Clinica Perinatale, celebrata con la nascita, oggi, del presente testo.

Il concepimento fu semplice, e piacevole, come si conviene a un concepimento. La gestazione molto laboriosa. Ai seminari infatti i relatori avevano portato relazioni, appunto, scritte per un seminario, o talora non scritte, salvo l'abstract che servì al fascicolo speciale di *Nascere*: fare un libro richiede un obbligo ulteriore, anche gradito ma non previsto. Non fu facile, anche inviando tutto il materiale registrato, ottenere da tutti "pezzi di libro". Né fu facile soprattutto perché dalle discussioni nacquero (parti plurigemellari!) altri "pezzi", forse i più interessanti. Né fu infine facile per me ordinare in sequenza organica tutto quanto si produceva: oltre un anno di gestazione, con un grosso editing, mio e della seconda autrice del presente volume.

Che neonato è venuto al mondo? Spero che ce ne siano altri, e che una Psicologia Clinica Perinatale diventi una disciplina specifica, per gli psicologi che potranno collaborare con le ostetriche; e per la formazione delle ostetriche stesse, ora avviate nella laurea specialistica; nonché che possa servire ai neonatologi. Qui infatti si declina un "filo" che ho voluto tessere lungo tutto il volume. Una psicologia clinica applicata alle vicende perinatali può ottenere: a) riportare il parto alle sue con-

dizioni originarie di evento naturale della vita umana, non medicalizzato salvo i casi necessari; b) promuovere una professione specifica dell'ostetrica in una dimensione che attinga sia alle scienze medico-biologiche sia a quelle psicologiche: si pensi per esempio ad una futura professione consultoriale per la coppia; c) promuovere una maggior partecipazione psichica della donna e della coppia al progetto di creare un nuovo individuo; d) promuovere la relazione gestante/feto-genitore/neonato con tutte le relative ricadute. Quest'ultime vengono sottolineate in particolare nel presente testo. È infatti accertato che la struttura mentale del futuro individuo si forma in epoca fetale e neonatale e dipende dalla qualità della relazione del bimbo coi suoi care-givers, con la relativa comunicazione non verbale che "insegna" al cervello del bimbo a costituire neuralmente i programmi funzionali che gli serviranno a imparare in modi sempre più articolati (Imbasciati, 2006 a, b; Imbasciati, 2007). Questo

significa che tutto il futuro sviluppo psichico e psicosomatico (il che a sua volta vuol dire sviluppo fisico del neonato) del futuro individuo umano saranno condizionati, nel bene o nel male, dalla qualità del primo sviluppo psichico; e questo dalla relazione genitoriale.

Ne discende che quanto enunciato sub d) significa perseguire l'intento di promuovere la salute (benessere fisico e psichico secondo la definizione dell'O.M.S.), in vista di un miglioramento dei futuri individui. Possiamo ardire di dire che in tale intento ci si immette in un'impresa di miglioramento dell'umanità.

Ci auguriamo pertanto che questo libro possa aprire una strada in questa impresa e che molti altri studiosi ne possano aprire e spianare altre.

Milano, 9 Dicembre 2006

ANTONIO IMBASCIATI
www.imbasciati.it

Autori e Curatori

Antonio Imbasciati

Laureato in Medicina e Chirurgia, specializzato in Psicotecnica, Psicologia Clinica e in Neuropsichiatria Infantile, è Professore Ordinario di Psicologia Clinica e direttore della Sezione di Psicologia del Dipartimento Materno-Infantile della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia. È inoltre Membro Ordinario e Analista Didatta della Società Psicoanalitica Italiana (S.P.I.) e della International Psychoanalytical Association (I.P.A.). Le sue ricerche vertono su varie aree della psicologia sperimentale, della psicologia clinica e della psicoanalisi. È autore di oltre duecento saggi, tra cui quarantadue volumi. Sul suo sito personale è possibile consultare l'elenco dettagliato delle sue pubblicazioni: www.imbasciati.it

Francesca Dabradi

Laureata in Psicologia dello Sviluppo, ha conseguito un Master di II livello in "Genitorialità e sviluppo dei figli: interventi preventivi e psicoterapeutici". È dottoranda di ricerca in Psicologia Clinica. Collabora con la Cattedra di Psicologia Clinica del Dipartimento Materno-Infantile della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia.

Loredana Cena

Laureata in Pedagogia e specializzata in Psicologia dello Sviluppo e psicoterapeuta, è Professore Associato di Psicologia Clinica nel Dipartimento Materno-Infantile della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia.

Stefano Benzoni

Laureato in Medicina e Chirurgia e psicoterapeuta, è specializzato in Neuropsichiatria Infantile. Svolge la propria attività presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Umberto A. Bianchi

Laureato in Medicina e Chirurgia, è specializzato in Ostetricia e Ginecologia. È stato Direttore del Dipartimento Materno-Infantile e di Tecnologie Biomediche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia. È stato Professore Ordinario di Ginecologia e Ostetricia ed è membro dell'International Gynecological Cancer Society, dell'European Gynecological Oncology Society, della Società Italiana di Oncologia Ginecologica e della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia.

Anna Della Vedova

Laureata in Psicologia Clinica, è Ricercatrice Confermata della Cattedra di Psicologia Generale del Dipartimento Materno-Infantile della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia.

Marisa Farinet

Direttore della rivista *Nascere*. Segretario della SIPPO (Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica). Coordinatore di Seminari di formazione per gli operatori sanitari. Presidente dell'Associazione "Progettonascere".

Miriam Gambarini

Laureata in Ostetricia, è ostetrica dell'ASL di Brescia, Tesoriere del Collegio delle Ostetriche di Brescia e provincia e docente del Corso di Laurea in Ostetricia.

Lucia Grassi

Laureata in Ostetricia e in Psicologia, psicoterapeuta, è Tutor del Corso di Laurea di Ostetricia e Consigliere del Collegio delle Ostetriche di Brescia e provincia. Consulente e formatore su allattamento al seno secondo il modello OMS-Unicef.

Miriam Guana

Laureata in Ostetricia, è Professore Associato in Scienze Infermieristiche ostetrico-ginecologiche S.S. Med/47 presso il Dipartimento Materno-Infantile della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia. È Coordinatore Didattico del Corso di Laurea di Ostetricia, Presidente del Collegio delle Ostetriche di Brescia e provincia e Presidente di Siryo (Associazione per lo sviluppo della disciplina ostetrica).

Paola Manfredi

Laureata in Psicologia e Psicoterapeuta, è Professore Associato di Psicologia Clinica del Dipartimento Materno-Infantile della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia.

Pier Luigi Righetti

Psicologo e Psicoterapeuta, specializzato in Psicoprofilassi Ostetrica, è Direttore scientifico e membro dell'ANPEP e di altre Associazioni e riviste di Educazione Prenatale. Lavora presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia e il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione dell'Ospedale Civile di Conegliano, Ulss 7 Veneto.

Leonardo Sperti

Psicologo e Psicoterapeuta, è Dirigente responsabile della Promozione della Salute - Dipartimento di Staff - Ulss 20 Verona, Coordinatore Nazionale *Baby Friendly Hospital Initiative* presso il Comitato Italiano per L'UNICEF.

Linda Tosoni

Laureata in Ostetricia, è Ostetrica presso il Consultorio di Palazzolo S/O (Bs) e Consigliere ANPEP.

Indice generale

Introduzione (Antonio Imbasciati)	V	3.3 Psicosomatica ginecologica e ostetrica.....	63
Capitolo 1		3.4 Il parto e il dolore	69
NASCITA DELL'INDIVIDUO E NASCITA DELLA MENTE		3.5 La “paura del parto”: interpretazioni psicodinamiche	71
1.1 Psicologia clinica e vicende perinatali (Antonio Imbasciati)	1	3.6 La ricerca nella psicosomatica della gravidanza e del parto	74
1.2 Le origini della mente (Antonio Imbasciati)	5	3.7 La psicoprofilassi, accompagnamento alla nascita, educazione prenatale.....	78
1.3 Sull’inizio della vita psichica: la Psicologia Prenatale (Pier Luigi Righetti).....	9	3.8 Puerperio, allattamento, postpartum blues e depressione	80
Capitolo 2		Capitolo 4	
L'UNITÀ GESTANTE-FETO COME MATRICE DI SVILUPPO		PARTO E ALLATTAMENTO	
2.1 Sviluppo del bimbo e sviluppo della madre (Antonio Imbasciati, Loredana Cena)	21	4.1 I “misteri” femminili (Antonio Imbasciati)....	93
2.1.1 Lo sviluppo mentale		4.2 Come si partorisce oggi in Italia (Lucia Grassi)	95
2.1.2 Eventi psichici della gestazione		4.3 L’allattamento (Leonardo Speri).....	99
2.1.3 Comunicazione gestante-feto: le prime basi della mente dei futuri individui		4.3.1 Competenze psicologiche in un progetto di sanità pubblica	
2.1.4 Dinamiche affettive profonde e comunicazione		4.3.2 Allattamento e salute: la promozione dell’allattamento materno e dell’iniziativa OMS UNICEF Ospedale Amico dei Bambini	
2.2 La comunicazione gestante-feto (Antonio Imbasciati, Loredana Cena)	30	4.3.3 Il progetto e la sua attuazione in Italia	
2.2.1 Ecografia e movimenti fetali		4.3.4 Scienza ed emozione: una sinergia per il cambiamento	
2.2.2 La comunicazione motoria		4.3.5 Sostenere la trasformazione, un’occasione per le mamme e per le istituzioni	
2.2.3 Competenza a nascere: nel feto e nella madre		4.3.6 L’esperienza nell’ospedale di Soave	
2.2.4 Il feto impara		4.4 Angosce e difese sedimentate nelle istituzioni (Antonio Imbasciati)	113
2.2.5 Prospettive di ricerca		4.5 Fantasmatica dell’allattamento e comunicazione (Antonio Imbasciati)	117
Capitolo 3		4.6 Allattamento e relazionalità (Francesca Dabrassi)	120
PSICOSOMATICA DELLA GRAVIDANZA E DEL PARTO (Antonio Imbasciati, Loredana Cena)		4.6.1 Il triangolo dell’allattamento: il neonato, la madre e la società	
3.1 Psiche e soma: la psicosomatica.....	51	4.6.2 L’“ormone dell’amore”: tra allattamento e bonding	
3.2 Dal corpo alle strutture mentali attraverso la relazione gestante-feto: la proto-mente matrice della struttura dello Psico-soma	56		

Capitolo 5

IL NEONATO

- 5.1 Cosa si prova ad essere un neonato
(*Stefano Benzoni*) 127
- 5.2 Quale coscienza per il neonato?
(*Antonio Imbasciati*) 136
- 5.3 Cosa si prova ad avere un neonato?
L'esperienza di un'ostetrica (*Linda Tosoni*) 140
- 5.4 La relazione col neonato
(*Antonio Imbasciati*) 142

Capitolo 6

ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

- 6.1 Mente, Psiche, Anima: la psicoprofilassi
al parto-nascita (*Marisa Farinet*) 147
- 6.2 Evoluzione dei corsi
di accompagnamento
alla nascita (*Miriam Gambarini*) 151
 - 6.2.1 Metodi di preparazione
alla nascita
 - 6.2.2 Obiettivi e organizzazione
di un corso di accompagnamento
alla nascita
 - 6.2.3 La mia esperienza nella realtà
bresciana
- 6.3 Educazione alla salute e al benessere
nel percorso nascita
(*Lucia Grassi, Miriam Guana*) 158
- 6.4 Competenza del prendersi cura:
il modello formativo nel corso
di Laurea in Ostetricia
(*Miriam Guana, Umberto Bianchi*) 159
- 6.5 Accompagnamento alla nascita
e strutture ospedaliere
nella Lombardia (*Miriam Guana*) 162
- 6.6 Dalla psicoprofilassi alla psicologia
clinica perinatale (*Antonio Imbasciati*) 165

Capitolo 7

I GENITORI

- 7.1 Desiderio di generare
(*Loredana Cena, Antonio Imbasciati*) 169

- 7.1.1 Desiderio di generare e desiderio
di genitorialità: avere un figlio
o essere genitori?
- 7.1.2 "L'istinto che vuol generare"
(Freud, 1915) e il sentimento
di maternità
- 7.1.3 Il progetto gestazionale e i limiti
della possibilità generativa
- 7.1.4 Il "nome-del-padre"
- 7.1.5 Desiderio di procreazione e
di paternità
- 7.1.6 I processi di
generatività/genitorialità
nel legame di attaccamento
della coppia
- 7.2 L'attaccamento prenatale
(*Anna Della Vedova*) 198
 - 7.2.1 La prima relazione genitori-
bambino: l'attaccamento
prenatale
 - 7.2.2 Verso uno studio della
relazione genitori-bambino
prima della nascita
 - 7.2.3 Il costrutto dell'attaccamento
prenatale e gli strumenti
che lo misurano
 - 7.2.4 Gli studi sull'attaccamento
prenatale
 - 7.2.5 Variabili correlate
all'attaccamento postnatale
e programmi
di intervento
- 7.3 L'attaccamento neonatale
(*Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati*).... 209
- 7.4 Uno sguardo sulla genitorialità
tra lo psichico ed il sociale
(*Paola Manfredi*) 217
 - 7.4.1 Premessa
 - 7.4.2 Genitorialità come capacità
di comprendere lo stato
della mente
 - 7.4.3 Genitorialità di mamma e
di papà
 - 7.4.4 Genitorialità come capacità
di leggere le differenze
 - 7.4.5 Genitorialità ovvero squilibrati
per amore!

- Indice analitico** (*Francesca Dabrassi*) 225

NASCITA DELL'INDIVIDUO E NASCITA DELLA MENTE

1.1 PSICOLOGIA CLINICA E VICENDE PERINATALI

(Antonio Imbasciati)

Oggi l'aggettivo "clinico" riferito a "psicologia" ha un significato molto diverso da quanto è riferibile alla medicina. Il termine "clinico" nasce in epoca antica: deriva dal greco *klinē*, con cui si indicava la posizione sdraiata del malato e il medico chino al suo capezzale. Una tale raffigurazione contiene l'essenza del "metodo clinico" e cioè la relazione del medico col paziente, la presa in carico, diremmo oggi, del paziente; una relazione interpersonale individualizzata, un'osservazione attenta e prolungata, uno studio squisitamente longitudinale.

Oggi la medicina non è più così: il progresso tecnologico ha messo in ombra la relazione interpersonale e l'individualità di essa: il paziente viene esaminato da vari specialisti, ognuno col suo vertice, e soprattutto attraverso una serie di innumerevoli esami di laboratorio: lo studio longitudinale cede a quello trasversale. Ciò allo scopo di conseguire una rapida diagnosi, e con questa individuare la precisa cura. Il cambiamento avvenuto col progresso della medicina cambia pertanto, giustificatamente, il significato originario di "clinico". Quest'ultimo è invece rimasto in psicologia: nell'originario senso di uno studio longitudinale mediato da una relazione individualizzata prolungata nel tempo. Per le suddette ragioni il significato di "clinico" oggi diverge tra medicina e psicologia: quello della medicina è cambiato rispetto alle sue origini; quello che si usa in psicologia è rimasto più aderente al senso originario dell'antica *klinē*. (Imbasciati, 1993; Imbasciati, Margiotto, 2005, cap. 2).

Gli psicologi clinici italiani, a distanza di qualche decade dell'istituzione della laurea in psicologia, nonché degli indirizzi e poi specializzazioni in Psicologia Clinica, insistono oggi nello specificare la diversità dell'identità della Psicologia Clinica da quella della clinica medica, e dal senso che all'aggettivo clinico viene oggi dato in medicina (cfr. Statuto del Collegio dei Professori e Ricercatori Italiani di Psicologia Clinica).

Le ragioni della divaricazione non sono soltanto storiche, né soltanto tecnologiche, come sopra accennato, ma hanno un'intrinseca logica. In conseguenza dei progressi della medicina, con la relativa possibilità di individuare con precisione la "malattia" (antecedentemente si poteva parlare solo di sindromi) e quindi di avere a disposizione il farmaco specifico, la concezione della clinicità e la stessa accezione di "clinico" sono necessariamente mutate. In medicina "clinico" è diventato sinonimo di curativo, di terapeutico, e la sinonimia trova fondamento nel fatto che ad una precisa diagnosi corrisponde una precisa terapia. Il concetto di diagnosi si basa d'altronde sull'individuazione di una malattia che è stata studiata e pertanto è riconoscibile come tale, e della quale si sanno eziologia e patogenesi: di qui il valore di una nosografia diagnostica. A quadri diagnostici di malattie individuate e conosciute corrispondono altrettanti precisi indirizzi terapeutici.

In psicologia non siamo mai di fronte a "malattie", ma solo, eventualmente, a sindromi. Sindrome si definisce un insieme di segni, o di sintomi che ricorrono, ma non sempre, si presentano in concomitanza, ma del cui ricorrere non si conosce né eziologia né, spesso, patogenesi. Una sindrome può peraltro avere infinite variazioni. Ma soprattutto la psicologia considera una ancor più estesa gamma di situazioni psichiche, o meglio strutture psicologiche, o comunque variazioni comportamentali, che rientrano nella cosiddetta normalità: la Psicologia Clinica si occupa specificatamente della variegata gamma che va dalla normalità, o meglio, dalla migliore normalità, fino alle anomalie che vengono considerate patologiche. In conseguenza di questo continuum, il concetto stesso di patologia, preso a prestito dalla medicina, non può essere applicato alla Psicologia Clinica. In medicina il concetto è determinato dalla biologia, e dalla conoscenza acquisita sulle "malattie". In psicologia invece, poiché ogni struttura psichica non è determinata dalla natura, ma dalla somma degli apprendimenti attraverso i quali in ogni individuo lungo tutta la sua vita si è costruita la sua specifica mente (Imbasciati, 2006 b, c), la polarità normalità/patolo-

gia può, eventualmente, essere ancorata soltanto a criteri di convivenza sociale e di cultura. L'argomento è stato oggetto di un'ampia letteratura (Imbasciati, 1993; Rossi, 2005). In questa sede possiamo pertanto sottolineare come la trasposizione dei modelli medici dalla Medicina alla Psicologia Clinica risulti del tutto impropria e pertanto fuorviante (Turchi, Perno, 2002).

Per le suddette ragioni, in Psicologia Clinica, va cambiato anche il concetto di diagnosi: tale concetto rimanda infatti a quello di malattia, e alla conoscenza biologica di eziologia e patogenesi. Di qui il valore di una nosografia diagnostica. Tale classificazione non può però esser applicata pari pari in campo psicologico. Qui una nosografia ha un valore diagnostico – intendo il concetto in senso medico – limitato a quei casi in cui si evidenziano anche concause organiche, o comunque a quei casi in cui, ragionando per sindromi, si è trovato un rimedio farmacologico specifico: qui però dal campo della Psicologia Clinica passiamo a quello della Psichiatria.

La Psicologia Clinica opera con mezzi essenzialmente psicologici, nel continuum che va dal perfetto benessere al disagio psichico rilevato, dal soggetto o dai suoi vicini. La normalità non è definibile secondo uno standard specifico: ogni individuo ha la sua specifica irripetibile "normalità"; e, se necessita di un aiuto scientifico per modificarsi, richiede una specifica irripetibile presa in carico.

L'aggettivo "clinico" pertanto non può avere in psicologia lo stesso valore e significato che assume in medicina: in psicologia "clinico" si riferisce al metodo, anziché alla "cura" (Imbasciati, Margiotta, 2005).

Questa differenza, ancorché accettata e consensuale a livello di ricerca e a livello epistemologico generale, stenta tuttavia ad essere accettata nella mentalità medica, generando numerosi equivoci (Imbasciati, 1993). In ambito medico, dove le discipline psicologiche sono state introdotte solo da pochi anni, si pensa ancora che la psicologia clinica sia essenzialmente una disciplina applicativa, come se anche qui si potesse procedere per diagnosi come in medicina, anche qui fosse applicabile il concetto medico di patologia, mentre si fraintende la psicoterapia, peraltro misconosciuta, alla stregua di una medicina che andrebbe differenziata in relazione alla diagnosi. L'argomento è vasto e complesso e ha dato origine a numerosi diatribe (Imbasciati, 1991 a, b; 1993; 1994; 1995 a, b; 1997; 1999 a, b; 2000 a, b; Turchi, Perno, 2002), sull'essenza della psicologia clinica (Imbasciati, 2004, 2005 b, 2006 a, d;

Imbasciati, Ghilardi, 1993) e i suoi rapporti con la medicina (Imbasciati, Margiotta, 2004).

In psicologia "clinico" indica essenzialmente un processo di presa in carico che comporta una conoscenza del singolo individuo, nella sua storia e nella sua struttura, che non si può giovare di tipologie (invano tentate nel passato) e che si applica sia al "normale" che al cosiddetto patologico. In questo processo, la relazione che si struttura tra chi conosce e chi è conosciuto assume sempre e comunque un valore di intervento ma non in relazione ad una specifica sindrome (supposta "patologia"), bensì in relazione ad una ristrutturazione della personalità. Data l'irripetibilità del singolo, normale o patologico che venga giudicato, il processo di conoscenza, strettamente idiografico, ha tempi ben più lunghi che in medicina e non può prescindere da un personale rapporto intersoggettivo, che si stabilisce tra soggetto conosciuto e operatore; ed è il tipo di rapporto intersoggettivo che contemporaneamente funge da conoscenza e da terapia. Ovviamente occorre che l'operatore sia uno psicologo clinico scientificamente formato in modo adeguato.

Per le suddette ragioni, in psicologia anziché parlare di diagnosi, richiamandosi al senso medico, si ritiene preferibile riferirsi ad una *diagnosi*, nel senso etimologico del termine, cioè "conoscenza attraverso" (Imbasciati, Margiotta, 2005, cap. 5). Un tal processo potrebbe essere chiamato "*valutazione*", tuttavia il termine potrebbe essere frainteso, in senso pedagogico, o etico-morale, e metterne in ombra l'essenza specifica di una conoscenza individualizzata ed espansa nel tempo, che comporta una relazione e che intrinsecamente contiene una presa in carico; e dunque sempre un'interazione: terapeutica, piuttosto che iatrogena, come può anche avvenire. L'intervento dunque non rimanda a tecniche specifiche che agiscano così come agiscono i farmaci, bensì è intrinseco alla relazione, nel bene o nel male. In psicologia si può parlare di terapia, di "cura", ma in un senso molto diverso che in medicina, e cioè come di una diretta conseguenza ad un precedente ma anche concomitante processo di conoscenza: conoscenza "emotiva", la cui complessità è stata oggetto di vaste ricerche (Imbasciati, 2006 a, b, c). Il tipo di tale conoscenza determina la qualità della "cura", cioè il tipo di effetto che la presa in carico produce nel contesto dell'operatore e dell'utente.

In medicina la conoscenza delle malattie è preconstituita, nel senso che una precedente gran messe di studi ha individuato le diverse malattie: si può pertanto procedere alla terapia in relazione alla

malattia individuata: di qui il valore della diagnosi e della nosografia medico-chirurgica. Di conseguenza l'intervento può essere praticato in modo relativamente staccato dal processo diagnostico, una volta che la diagnosi sia stata individuata. In psicologia non si hanno tipologie di riferimento, che, una volta individuate, indichino il tipo di terapia da seguire: conoscenza e terapia si sovrappongono, in una infinità di situazioni interpersonali, così come irripetibile è ogni singolo individuo. In psicologia diagnosi, qualità della relazione e possibilità di modulare la situazione del soggetto sono un tutt'uno. A rigore non si potrebbe parlare di cura, *sensu strictiori*, soprattutto operando su soggetti che più o meno rientrano nel *range* della cosiddetta normalità, ma soltanto di presa in carico, di un "prendersi cura di". Fuorviante può essere anche parlare di intervento, giacché tale termine contiene un'azione programmata e preordinata dell'operatore sul paziente, in una interazione transittiva (Imbasciati, Margiotta, 2005), che vede l'operatore attivo e il soggetto passivo (*compliance*): una terapia psichica non può concepirsi come transittiva, tanto meno prescrittiva; essa è sempre una interazione intersoggettiva.

Dunque l'aggettivo clinico riferito alla psicologia ha un significato diverso, più ampio e complesso che in medicina: sotto certi aspetti si avvicina di più a quanto accadeva nella medicina dei secoli passati, quando imprescindibile era un rapporto duraturo e personalizzato tra il medico e il suo paziente. Psicologia Clinica significa allora conoscenza della psiche del singolo soggetto attraverso una relazione intersoggettiva, che impegna una "soggettività attrezzata" di un operatore per sviluppare una migliore soggettività dell'utente. Il concetto di "soggettività attrezzata" sottende la specificità della formazione scientifica che si richiede ad uno Psicologo Clinico, con specifici percorsi formativi personalizzati. Uno psicologo clinico non si costruisce con la semplice esperienza professionale di un laureato in psicologia che operi nei servizi. A maggior ragione se la sua operatività terapeutica si declina in una qualche precisa psicoterapia. Una tale operatività riscontra oggi in Italia un misto di abusi, più o meno legalizzati, e di enorme confusione, sia quando viene praticata da psicologi, sia ancor più quando pretende di essere praticata da altri professionisti.

Chiarito il concetto di psicologia clinica, può risultare altrettanto chiaro quello di Psicologia Clinica perinatale: si tratta dell'applicazione del

metodo clinico, così come lo si intende in psicologia (Imbasciati, Margiotta, 2005, cap. 2), alle situazioni che riguardano la nascita, prima, durante, dopo. Il soggetto che è oggetto di conoscenza, nonché dell'aiuto che può dare l'operatore, è il feto, il neonato, il bimbo. Ma questi non è concepibile come unico centro della psicologia perinatale. Sottoscriviamo pertanto in pieno l'affermazione che Winnicott fece or sono più di trent'anni (Winnicott 1975) "non esiste un bambino, esiste, semmai una madre col suo bambino". Non è concepibile un neonato come entità passibile di conoscenza psicologica: l'oggetto della Psicologia Clinica Perinatale è allora la gestante col suo feto, la partorientente col suo neonato, la mamma col suo bimbo. E c'è anche il padre. E un *entourage* familiare e sociale. La Psicologia Clinica Perinatale ha allora come suo oggetto unitario l'insieme relazionale che lega una coppia al figlio che questa decide di avere; e che si colloca in un insieme collettivo, costituito dall'organizzazione dei servizi assistenziali istituiti per proteggere e aiutare il processo di nascita, nonché in un più vasto contesto culturale e sociale.

In tale contesto si riscontra la figura dell'ostetrica. Da secoli, in tutte le culture, si è configurata questa professione specifica, surclassata nell'ultimo secolo da quella del medico. L'ostetrica non è un'infermiera, è ed è sempre stata qualcosa di più, se ben si guarda alla storia della sua figura nei secoli e nelle varie culture: è un "aiuto", prima che un operatore inteso come qualcuno che "opera"; ella opera, sì, anche, ed ha un'esperienza specifica, oggi arricchita di competenze tecniche, ma è stata e tuttora è una figura di aiuto, oltre (forse più) che di "intervento". Una figura dunque la cui opera più di quella del medico potrebbe avvicinarsi a quella dello psicologo, pur senza con questa identificarsi: "professione dell'aiuto" è stata nel passato, e tale in parte rimane, e deve rimanere oggi, arricchita di competenze biologiche.

Il fatto che l'umanità abbia "inventato" la figura dell'ostetrica ci dice che gravidanza, parto e nascita sono, sì, eventi naturali, ma necessitano di un aiuto "umano", di una relazione che è anche sempre di tipo psicologico. Il fatto che una gravida partorientente abbia sempre avuto necessità di quest'altra "*sage femme*", ci dice di un'intuizione dell'intera collettività umana circa il fatto che i fattori psicologici, e pertanto la relazionalità che questi continuamente modulano, influiscono sulla fisiologia della nascita. Oggi possiamo chiarire quest'intuizione in termini di psicosomatica.

La psicosomatica, quale attualmente definita, non è più quella disciplina che studia particolari malattie (quelle che furono appunto dette psicosomatiche), bensì i meccanismi psichici e neurali, e poi umorali, che modulano tutte le funzioni biologiche dell'organismo (sistema immunitario incluso), nella normalità prima ancora che nella patologia. Si parlava un tempo del “misterioso salto della mente al corpo” (Deutsch, 1959): oggi, dopo tutte le acquisizioni sul cervello mesolimbico e l'asse ipotalamo-ipofisiario, non ci si meraviglia più che i processi mentali regolino le funzioni corporee; caso mai oggi ci si interroga sul misterioso salto dal corpo alla mente, cioè come maturino, gradatamente nel feto, nel neonato e nel bimbo, quelle possibilità di un'attività neurale il cui corrispettivo funzionale è l'acquisizione di capacità che possiamo chiamare mentali. Sappiamo che la maturazione cerebrale è in relazione all'esperienza e che questa inizia ad essere esperita già dal feto. È l'esperienza che regola lo sviluppo micromorfologico e funzionale del cervello (Imbasciati, 2005 a; 2006 a, b).

L'attenzione delle scienze psicologiche alle vicende della gravidanza, gestazione, parto, nascita, neonatalità e via dicendo, ha pertanto due ordini di ragioni. Il primo sta nello studio della regolazione psicosomatica del concepimento e di tutte le successive vicende: nella normalità, di una gestazione e di un parto detti fisiologici, che però possono avere una notevole gamma di ottimalità-difficoltà, nonché nella patologia (gestosi, per esempio, in genere tutti gli squilibri ormonali) della gestazione e del parto stesso, nonché dell'allattamento. Il travaglio, come esempio saliente, è regolato psicosomaticamente nella sua ottimalità piuttosto che nelle difficoltà; e così tutte le vicende ostetriche, a torto valutate come dipendenti esclusivamente da fattori organici. Questi ci sono, certo, ma psicosomaticamente modulati. La psicosomatica fa parte della Psicologia Clinica: dallo studio psicosomatico discende la necessità che una relazione interpersonale *scientificamente adeguata*, possa assistere la donna nella sua modulazione psicosomatica. Di qui una Psicologia Clinica Perinatale.

Un secondo ordine di ragioni, dell'importanza di un'adeguata Psicologia Clinica Perinatale, sta nel fatto che lo sviluppo mentale primario (feto e neonato) condiziona nel bene o nel male tutto il futuro sviluppo di quell'individuo: ne discende la necessità della massima cura per questo primo sviluppo; poiché lo strutturarsi dalle prime funzioni mentali avviene nell'esperienza del bimbo con la sua mamma già

nella pancia, occorre la massima attenzione (e studio) alla relazione gestante-feto e madre-neonato, e un'adeguata assistenza psichica quale misura preventiva per garantire al meglio lo sviluppo (e l'equilibrio) psichico dei futuri individui (Manfredi, Imbasciati, 2004). Da non trascurare in questo contesto è la rilevanza della relazione di coppia sulle vicende perinatali e il futuro sviluppo del bimbo.

Emerge dunque il ruolo della Psicologia Clinica per la costituzione di un'adeguata Psicologia Clinica Perinatale, nel suo rilievo di uno studio interdisciplinare tra Psicologia Clinica, Ostetricia, Neonatologia e Neuropsichiatria Infantile, ai fini di un'assistenza integrata. Al centro di tale interdisciplinarietà e di conseguenti percorsi formativi può essere a mio avviso considerata la formazione dell'Ostetrica, quale figura professionale che dovrebbe riunire le competenze tecnico-biologiche e quelle di una professione dell'aiuto: un aiuto offerto alla gestante affinché la sua relazione col suo bimbo a questi possa dare migliori garanzie. Tuttavia, la competenza dell'ostetrica, anche perfezionata da un'adeguata formazione (vedi laurea specialistica), non è sufficiente: permane quindi la necessità di un'integrazione interdisciplinare tra le discipline summenzionate ed in particolare una coordinazione sul campo, dell'ostetrica con lo psicologo clinico e il medico ostetrico-ginecologico, lungo tutto il ciclo riproduttivo.

Sia la prima competenza che la seconda integrazione di competenze sono a tutt'oggi in Italia ancora da sviluppare. Non è facile, soprattutto per i medici, accettare un'integrazione paritaria con l'operato dell'ostetrica e dello psicologo clinico. D'altra parte per quest'ultimo non basta la semplice specializzazione in Psicologia Clinica: occorrerebbe un'ulteriore formazione specifica. E dall'altra parte la formazione dell'Ostetrica, delineata dalla specifica laurea specialistica per ora solo sulla carta, è tuttora ben lungi dall'essere effettivamente conseguita. Nell'applicazione delle linee operative che scaturiscono dall'integrazione, pur oggi iniziata a livello prevalentemente teorico, occorrerà inoltre superare alcuni pregiudizi: da parte dei medici, quello di una presunta inferiorità delle competenze dell'ostetrica e di un'illusoria credenza di potersi essi stessi appropriare delle competenze specificamente psicologiche; da parte delle ostetriche la eccessiva riverenza per il sapere del medico e una strisciante idea di potersi sostituire allo psicologo; da parte degli psicologi l'idea che il sapere medico sia imperscrutabile e comunque prioritario; o che all'opposto venga negato.

Ed infine occorrerà superare le difficoltà organizzative e il pregiudizio, regnante nel management delle organizzazioni sanitarie, che l'opera integrata delle suddette tre professionalità sia un dispendio senza sufficiente ritorno di utilità. A mio avviso un lavoro integrato, di tipo psicosomatico, che derivi da un'opera suddetta, avrà ricadute favorevoli sui costi dell'assistenza ostetrico-ginecologica: in termini di parti più facili, e brevi, non operativi, con minor frequenza di complicanze, ma soprattutto come prevenzione di tutte le patologie della gravidanza, del parto, del puerperio, dell'allattamento. Ancor più si avrà una ricaduta sociale a lungo termine, in quanto si potrà mettere in atto un'opera non solo di prevenzione del disagio e della patologia mentale (ricordiamo che ogni sofferenza mentale ha le sue radici nell'infanzia), ma anche come promozione della salute mentale e di uno sviluppo di futuri individui mentalmente più dotati.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Deutsch F. (1959), *Il "misterioso salto" dalla mente al corpo*. Firenze: Martinelli.
- Imbasciati A. (1991a), Il nuovo ordinamento degli studi della Facoltà di Medicina e la formazione psicologica del medico. *Federazione Medica*, 44 (6), 376-380.
- Imbasciati A. (1991b), La formazione psicologica del medico: prospettiva del nuovo ordinamento delle facoltà mediche. *Pedagogia Medica*, 3, 116-120.
- Imbasciati A. (1993), *Psicologia Medica: ambiguità dei medici italiani e fondazione scientifica delle discipline*. Napoli: Idelson.
- Imbasciati A. (1994), *Fondamenti psicoanalitici della Psicologia Clinica*. Torino: UTET Libreria.
- Imbasciati A. (1995a), Le difficoltà della psicologia nell'ambito medico. In: Perussia F. (a cura di), *Psicologia futura*. Torino: Tirrenia stampatori.
- Imbasciati A. (1995b), Difficoltà della psicologia nell'ambito medico. *La professione di psicologo*, 2, pag. 6-11.
- Imbasciati A. (1997), Psicologia, Psicoanalisi e medicalità a confronto: quale psicologia clinica. *Psicologia Clinica*, 15(3), 38-56.
- Imbasciati A. (1999a), Umanizzazione della medicina e criteri di scientificità: stereotipi, pregiudizi, equivoci. *Nascere*, 17(78), 13-16.
- Imbasciati A. (1999b), Le molte psicologie mediche. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 19(1), 14-16.
- Imbasciati A. (2000a), Psicologia Medica per le Istituzioni. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 19(1), 38-48.
- Imbasciati A. (2000b), Scientificità di un'umanizzazione in medicina: la formazione degli operatori. *L'ospedale Maggiore*, 94(3), 303-305.
- Imbasciati A. (2004), *Gli equivoci delle psicoterapie*. Atti congresso del Collegio dei Professori e Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane, Ischia, in Molinari E., Labella A. (a cura di) *Psicologia Clinica dialoghi e confronti*. Springer, Milano, 2006.
- Imbasciati A. (2005a), *Psicoanalisi e cognitivismo*. Roma: Armando
- Imbasciati A. (2005b), *Strutture emotive nello psicologo clinico*. Atti Convegno del Collegio dei professori e dei ricercatori delle Università Italiane, Ischia, in Molinari E., Labella A.
- Imbasciati A. (2006a), "Clinico" e Psicologia Clinica. *Giornale Italiano di Psicologia*.
- Imbasciati A. (2006b), *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati A. (2006c), *Constructing a Mind*. Londra: Brunner & Routledge.
- Imbasciati A. (2006d), Psicologia Clinica, presente e futuro. *Psicologia clinica on-line*. n. 1
- Imbasciati A., Ghilardi A. (1993), *AIDS: Psicologia Medica per gli operatori*. Milano: Giuffrè.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2005), *Compendio di psicologia degli operatori sanitari*. Padova: Piccin.
- Manfredi P., Imbasciati A. (2004), *Il feto ci ascolta... e impara*. Roma: Borla.
- Rossi N. (2005), *Psicologia Clinica per le professioni sanitarie*. Bologna: Il Mulino.
- Turchi G.P., Perno A. (2002), *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Padova: Upsel Domeneghini.
- Winnicott D.W. (1975), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.

1.2 LE ORIGINI DELLA MENTE

(Antonio Imbasciati)

Nei secoli passati, nella cultura occidentale, greco-romana e poi cristiana, si è a lungo discusso se il neonato avesse un'anima. Concezioni diverse, relative al significato delle parole *anima*, *animus*, e *psiche*, si sono alternate in laboriose distinzioni e discussioni tra i filosofi. L'opinione prevalente, soprattutto nel pensiero cristiano del basso medioe-

vo, è che l'essere umano nascesse (neonato) con un'anima, infusagli da Dio durante la gestazione (cfr. cap. 3.2). Il neonato, si è ben presto convenuto nella civiltà occidentale, è dunque un essere umano a pieno titolo. La discussione teologica sull'anima, sopitisi col secolo dei lumi, si è riaccesa nelle argomentazioni sull'aborto e la contraccezione, dopo

l'opera di Malthus, ed ha assunto nuove vesti scientifiche, man mano che si sviluppava la neurologia e nasceva la psicologia: non più anima soprannaturale, la cui diatriba a carattere metafisico viene lasciata ai filosofi, bensì anima-psiche-cervello, intelletto, mente, da attribuire o no al neonato. È il neonato una persona umana dotata di capacità mentali? O piuttosto è una sorta di animaletto, che non pensa, che non sente, forse neanche il dolore (fino a qualche decade addietro in chirurgia infantile si operava senza anestesia), che non ragiona, che, insomma, non ha una mente; e che solo a seguito dello sviluppo del cervello, e del linguaggio, la acquisirà.

Tale è la concezione del neonato fino alla prima metà del Novecento: in essa la comparsa progressiva di attività e comportamenti per cui si potesse parlare di mente era attribuita alla maturazione del sistema nervoso e questa era ritenuta evento del tutto *naturale*. Di conseguenza in medicina, ostetricia e pediatria in primis, ci si è occupati di assistere il neonato esclusivamente dal punto di vista biologico, lasciando ogni cura, informazione, considerazione di carattere psicologico, pedagogico o sociale, al buon senso e alle opinioni personali di ogni madre, o ai costumi di ogni singola comunità. Di qui modi di allevamento del bimbo che oggi appaiono quanto meno discutibili, si veda ad esempio l'uso di fasce. Anche gli psicologi delle prime decadi del Novecento considerarono il neonato una sorta di tabula rasa, che solo a seguito di una maturazione neurobiologica poteva acquisire esperienze e sviluppare una mente: la sua sensorialità, seppur attivata, non gli avrebbe consentito di orientarsi percettivamente; così come descriveva James (1880). Soltanto negli ultimi cinquant'anni ci si è accorti che il neonato ha capacità che a buon diritto possiamo chiamare mentali: ha alla nascita alcune "competenze", sulle quali si svilupperanno poi funzioni più complesse. La mente non comincia con l'acquisizione del linguaggio, come si è creduto fino a qualche decennio fa.

Dobbiamo alle prime psicoanaliste infantili, che analizzavano bambini dai tre anni in avanti (la prima fu Melanie Klein), l'ipotesi di funzioni mentali operanti anche nei primi due anni di vita. Dobbiamo però aspettare la metodologia dell'infant-observation, messa a punto dalla Bick e dalla Harris, per avere le prime prove di funzioni mentali operanti già nel neonato. Poco dopo si è sviluppata tutta l'infant research, condotta con le metodiche sperimentali e gli strumenti che lo sviluppo delle scienze psicologiche aveva intanto approntato.

La scoperta che il neonato ha una struttura fun-

zionale operativa che appartiene all'ordine del mentale, ha fatto sorgere, in queste ultime decadi, lo studio sulle sue origini. Quando e come si origina quella mente che constatiamo alla nascita? Di qui gli studi di psicologia prenatale, resi possibili dall'osservazione sistematica e prolungata del feto in ecografia, e da altre metodiche e strumentazioni. Lo psichismo fetale, la formazione delle prime operatività mentali, cioè del primo sviluppo cognitivo, a cominciare dalla percezione, l'origine della mente umana, in una sola omnicomprensiva denominazione, costituiscono oggi la frontiera delle attuali ricerche delle scienze psicologiche e delle neuroscienze.

Malgrado da alcuni decenni siano stata acquisite le nozioni sopra tratteggiate, permane tutt'oggi nella cultura popolare, ma anche in una certa frangia della cultura medico-scientifica, l'idea che ciò che si può studiare nel neonato e nel feto abbia un rilievo neurobiologico, per spiegare lo sviluppo successivo, ma non un valore psicologico a pieno titolo. Ciò che infatti si può constatare di psicologicamente costituito è stato considerato conseguenza automatica di una maturazione neurobiologica, che si è ritenuto procedere secondo i naturali sviluppi del programma genetico: pertanto non si è presa in considerazione l'indagine sui processi psicologici attraverso i quali queste capacità, neonatali, fossero state acquisite. Esse avrebbero reso possibili i successivi apprendimenti, in primis quello del linguaggio e di qui tutte le successive acquisizioni più propriamente "mentali", ma a lungo non si è considerato come le prime capacità, neonatali, potessero essere esse stesse apprese; e attraverso quali modalità. Di conseguenza si è a lungo evitato di parlare di "mente" riferendosi al neonato e al feto. Si è parlato di "psichismo fetale" (Raskowsky, 1977), con termine più generico.

Eppure i risultati dell'infant research, a cominciare dai primi, clinico-psicoanalitici, dicevano che il feto impara: cioè aprivano la strada a indicare i processi cognitivi attraverso cui la mente viene "imparata". La mente non è data dalla natura affinché l'essere umano impari, ma è essa stessa appresa. Si apre così l'indagine su come e quando la struttura mentale di base sia appresa, cioè la prospettiva di una ricerca propriamente psicologica, oltre che neurobiologica. Ciò malgrado a lungo si è conservata l'idea, anche in ambito scientifico che le capacità rilevate nel neonato fossero conseguenza automatica di una maturazione neurobiologica. Questa "resistenza" ad assimilare i risultati dell'infant research si basa a mio avviso sul perdurare di un radicato stereotipo circa il concetto di matura-

zione, applicato al sistema nervoso.

Si è ritenuto a lungo, e in parte tuttora alcuni ritengono, che la maturazione del tessuto nervoso, quale si riscontra morfologicamente e fisiologicamente, dipenda esclusivamente dalla realizzazione del programma genetico che riguarda il completamento morfofunzionale di tutti gli organi corporei e che investirebbe pertanto anche il cervello: che verrebbe così “completato”, gradualmente, prima e dopo la nascita, nei primi mesi. La mente scaturirebbe così dalla maturazione biologicamente predefinita del cervello.

Al contrario si è dimostrato che la maturazione è un processo che avviene solo se c'è l'esperienza: non solo, ma che la qualità dell'esperienza determina il tipo di maturazione. Gli studi sugli animali hanno da tempo dimostrato che l'architettura istologica corticale è in relazione al tipo di apprendimento cui l'animale è stato sottoposto. Più moderne tecniche, tra cui i metodi di neuroimaging (PET) mettono in evidenza, anche nell'uomo, come sia l'esperienza che viene acquisita, ossia il tipo di apprendimento conseguito, che condiziona la cosiddetta maturazione neurale.

La genetica determina la macromorfologia del cervello umano, il numero dei neuroni, la mielinizzazione delle fibre, ma la micromorfologia e la fisiologia, cioè le connessioni, le proliferazioni sinaptiche, e quindi la capacità funzionale delle varie reti neurali dipendono dal tipo di esperienza che è stata assimilata. La maturazione biologica determinata dalla genetica è necessaria, ma non è condizione sufficiente perché si possa parlare di maturazione in senso completo. Lo sviluppo biologico del cervello dell'*homo sapiens* è senz'altro indispensabile, ma non è questo che “determina” la mente: questa si struttura, nel cervello stesso, a seguito dell'esperienza; è questa che organizza il sistema nervoso. In analogia ai computer possiamo dire che la natura provvede all'hardware della nostra mente, ma questo per funzionare deve imparare i programmi. La mente allora non è la conseguenza della maturazione del cervello, ma è vero semmai il contrario e cioè che lo strutturarsi delle prime funzioni mentali, a seguito dell'esperienza, fa maturare il sistema nervoso.

Nella cultura comune si pensa ancor oggi che la mente si sviluppi automaticamente nella sua normalità perché la natura ha provvisto l'*homo sapiens* di un particolare cervello. Di conseguenza si pensa che la mente sia più o meno uguale per tutti gli individui: normale, la si dice. Se la si riscontra palese-

mente anomala, si suppone una qualche causa che abbia alterato il cervello e il suo sviluppo “naturale”. Questo modo di pensare è un semplicismo corroborato dal vecchio pregiudizio che la “natura” (*id est* genetica e biologia) determini l'uomo, ma soprattutto dalla misconoscenza della normalità della mente umana: si ha di questa un concetto che procede da una superficialissima e generica conoscenza delle funzioni mentali, etichettate con le larghissime quanto antiche categorie di cognizione, raziocinio, coerenza logica e via dicendo, nonché da una indebita trasposizione del concetto medico di normalità dal biologico allo psichico (Turchi, Perno, 2002; Imbasciati, 2005 a, b, c). Al contrario le funzioni mentali possono oggi essere studiate in modo molto più analitico, cosicché si constata come la mente di ogni singolo sia diversa da quella di qualunque altro individuo; nella “normalità”, di cui si dà oggi una definizione senza riferimenti biologici, come nella “patologia”, anch'essa concepita in psicologia in modo diverso rispetto alla medicina. Ed ogni individuo ha una sua particolarissima irripetibile struttura mentale in quanto ogni individuo ha avuto esperienze diverse; questo vale anche per i gemelli omozigoti (Imbasciati, 2005 a, b).

Lo stereotipo tuttora imperante, di una mente dipendente *esclusivamente* da un cervello *predeterminato* per natura e uguale per tutti, e il concetto di maturazione ancorato anch'esso esclusivamente al biologico, hanno a lungo messo in ombra il problema di come l'esperienza origini la struttura neurale che è responsabile della struttura funzionale che caratterizza la mente di ogni singolo soggetto: la “struttura mentale”. Le approssimative concezioni sopratratteggiate restringono infatti il campo di indagine agli studi su come si evolve la struttura neurale; ma se questa è il risultato di apprendimenti dovuti all'esperienza, occorre studiare anche questi ultimi, e dal vertice specifico delle scienze psicologiche.

Gli studi sull'apprendimento mostrano come questo non sia un processo di trasposizione di qualcosa che sta *fuori* e che vien messo *dentro* la mente; non si apprende l'esperienza così come essa è in realtà, alla stregua di come viene impressionata una lastra fotografica, bensì si apprende a seguito di quanto l'apparato che apprende seleziona, elabora e acquisisce quello che l'esterno gli offre. Non si apprende l'esperienza, ma *dall'esperienza*, come pionieristicamente affermò Bion (1962). Questo porta l'attenzione sulla formazione dell'apparato che apprende. È esso stesso appreso? Evidentemente

sì: l'esperienza "insegna" all'apparato neurale ad avere certe prime funzioni. Come vengono apprese, allora, le iniziali funzioni che permettono di apprendere? Quali diversi apprendimenti si verificano a seconda di differenti funzioni iniziali che sono state apprese? E, se per apprendere occorre aver appreso una qualche funzione iniziale che lo permetta, qual è il "punto zero" di questo processo? Dove, quando e soprattutto come si inizia a formare, se non ad apprendere, ciò che permetterà di iniziare la catena degli apprendimenti? Ovviamente si apre una prospettiva dell'apprendimento della relativa memoria assai diverse da quella della cultura comune: non si apprendono e non si memorizzano solo "contenuti", ma soprattutto funzioni. La memoria di funzioni è quella più importante per il funzionamento mentale: è una memoria implicita; sganciata dunque da qualunque possibilità di ricordo. Anche qui c'è una distinzione, non ancora assimilata nella cultura generale: un conto è il ricordare, altro conto la memoria, nella sua piena estensione; il primo difficilmente corrisponde al secondo (Imbasciati, 2005c).

Gli studi sull'apprendimento dimostrano inoltre quanto questo sia modulato, non solo dall'apparato "apprenditore", ma anche dalla relazionalità che si stabilisce tra chi apprende e l'entourage dal quale si apprende: ed in primis da una relazionalità interpersonale. Soprattutto studiando gli apprendimenti infantili, dei primi tre anni di vita (ma anche dei successivi), si è constatato la basilare funzione delle relazioni interpersonali entro le quali si svolge l'apprendimento. Quanto più il bambino è piccolo, tanto più necessita di una figura che opportunamente gli moduli la conoscenza che egli sta acquisendo: il cosiddetto *caregiver* ha una funzione essenziale per l'apprendimento nei primi anni di vita. Gli psicoanalisti infantili hanno da tempo illustrato la funzione di *rèverie* (cfr. 2.2.2; 5.4), che viene svolta dal *caregiver* nei primi mesi di vita del neonato. In ogni caso, anche successivamente, gli adulti che si occupano dei bimbi "insegnano" (che lo sappiano o no, che lo vogliano o no) al bimbo stesso; non gli insegnano soltanto quello che lui impara, ma soprattutto gli insegnano come imparare, cioè modulano la struttura funzionale di base della cognizione. Nel concetto di cognizione si includono oggi anche tutte quelle funzioni che venivano etichettate come affettive (Imbasciati, 1998, 2005 b, c): gli affetti costituiscono la prima forma di conoscenza del mondo acquisita dai bimbi (Money Kyrle, 1968); nonché degli animali. Gli studi sull'attaccamento (cfr. 7.2) mostrano come la relazione coi genitori (*caregivers*) trasmetta

ai bimbi (anche ai neonati) i cosiddetti "Modelli Operativi Interni" (MOI), cioè funzioni elementari che contraddistinguono il differente modo con cui il futuro individuo fronteggia il mondo e le relazioni interpersonali: cioè apprende, conosce.

Dunque tutti gli studi sull'apprendimento e lo sviluppo cognitivo infantile, cioè sul formarsi della mente, convergono nel dimostrare come gli adulti che si prendono cura dei bimbi (*care-givers*, appunto) modulino, nel bene ma anche nel male, lo strutturarsi della mente dei futuri individui. Anche le anomalie dello sviluppo psichico (le cosiddette patologie) sono il risultato di una particolare modulazione che i *caregivers*, nelle diverse e spesso travagliate vicende della vita, hanno potuto offrire allo sviluppo mentale del bimbo. Tutti questi processi, osservati dapprima nei bimbi piccoli, e poi nei neonati, sono stati confermati anche nello studio dello sviluppo psichico fetale. Le "competenze" riscontrate alla nascita sono state acquisite, progressivamente, durante la gestazione, nella relazione della gestante col suo "bimbo-in-pancia", che ha modulato gli apprendimenti fetali.

Il feto *impara* (Manfredi, Imbasciati, 2004) in relazione a come la gestante (e il suo entourage e il suo stile di vita) modula ciò che gli incipienti organi sensoriali del feto possono recepire: è la modulazione materna che conferisce loro quella organizzazione che li costituisce come funzioni mentali (in primis percettive) passibili di essere memorizzate. Questa modulazione assume il carattere di un'effettiva comunicazione, vuoi ordinata e funzionale, vuoi disorganizzata e disfunzionale. La comunicazione gestante/feto è pertanto la matrice degli apprendimenti fetali e del *costruirsi* delle prime elementarissime funzioni mentali del feto. È questa l'attuale frontiera della Psicologia Prenatale. In questo quadro è stato studiato l'attaccamento prenatale (cfr. 7.2). Molto ancora dobbiamo indagare e scoprire. In particolare sulla struttura mentale e materna, per quella parte che presiede alla comunicazione, che è inconsapevole, che ella emette; nonché su come questa venga decodificata dalla nascente struttura mentale del feto e pertanto sia da questi assimilata nella prima costruzione delle basi della sua mente. Senz'altro la gestante svolge una basilare funzione di *rèverie*. È in quest'area di studi che potremmo identificare l'iniziale processo (il "punto zero") che origina l'inizio della struttura che può apprendere, e da questa ogni successivo apprendimento di ulteriori funzioni: la progressiva *costruzione* (Imbasciati, 2006) della mente umana.

Dei problemi inerenti a tale campo di studi, ed in particolare sugli interrogativi inerenti all'inizio della costruzione della mente, mi sono occupato da oltre venticinque anni, mettendo progressivamente a punto una ipotesi teorica a carattere psicofisiologico: la Teoria del Protomentale. Una recente sua esposizione è reperibile nel mio ultimo testo (2005c). Tale teorizzazione, usufruendo dei contributi delle neuroscienze, delle Scienze Cognitive, della Psicoanalisi e in genere della psicologia sperimentale, illustra la formazione, anzi la costruzione, delle prime funzioni mentali, delle relative tracce mistiche e del loro ruolo nel determinare quel "come", irripetibilmente individuale, col quale il futuro individuo elaborerà quanto offertogli dall'esperienza (relazionale) e costruirà la *sua* struttura mentale. Ovviamente anche la micro struttura neurale che vi presiede.

La Teoria attende conferme sperimentali e perfezionamenti. In questa sede rimando agli appositi miei testi per un'illustrazione dettagliata: essa farà da sfondo ad alcuni dei paragrafi in cui si illustrerà la comunicazione gestante/feto, partoriente/neonato, puerpera/bimbo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.
- Imbasciati A. (1998), *Nascita e Costruzione della Mente*. Torino: Utet Libreria.
- Imbasciati A. (2005a), *La sessualità e la teoria energetico-pulsionale: Freud e le conclusioni sbagliate di un percorso geniale*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati A. (2005b), *Psicoanalisi e Cognitivismo*. Roma: Armando.
- Imbasciati A. (2006), *Il sistema protomentale*, Milano: LED.
- James W. (1880), *Principi di Psicologia*. Milano: Società Editrice Libreria, 1901.
- Manfredi P., Imbasciati A. (2004a), *Il feto ci ascolta... e impara*. Roma: Borla.
- Money Kyrle R. (1968), Lo sviluppo cognitivo. In: *Scritti*, Torino: Loescher, 1984.
- Rascowsky A. (1977), *La vita psichica del feto*. Milano: Il Formichiere, 1980.
- Turchi G.P., Perno A. (2002), *Modello medico e psicopatologia come interrogativi*. Padova: Upsel.

1.3 SULL'INIZIO DELLA VITA PSICHICA: LA PSICOLOGIA PRENATALE

(Pier Luigi Righetti)

Negli ultimi trent'anni c'è stato un grosso interesse scientifico per lo studio della vita fetale, grazie anche al fatto che la tecnologia strumentale si è messa al passo con la ricerca e che oggi è più facile dar atto ad un disegno sperimentale rigoroso. Se si fa una rassegna delle ricerche impostate su questo tema si può notare che sono stati evidenziati in particolare due filoni di indagine: 1) da una parte una valutazione di tipo biologico, genetico, medico, che si è interessata soprattutto allo sviluppo embrio-fetale visto in un'ottica prettamente organica e con finalità preventivo-sanitarie: da qui tutti gli ambiti di ricerca che sono confluiti nella Medicina Prenatale (Branconi, 1992; Catizone, Ianniruberto, 1989; Pescetto, De Cecco, Pecorari, Ragno, 1989); 2) d'altra parte, molte sono le teorie psicologiche che hanno cercato di spiegare la continuità della vita psichica prima e dopo la nascita (Rascovskj, 1977; Piontelli, 1987; Pasini, Beguin, Bydlowski, Papiernik, 1989; Della Vedova, Imbasciati, 1998; Righetti, 2000). Meno facilmente si trovano lavori che accostano le conoscenze biologiche a quelle psicologiche: sta tuttavia trovando forma una "psicologia prenatale".

Di questa qui tratterò: di una materia che non esiste ufficialmente. Lo studente di psicologia in Italia e in Europa non ha un corso in Psicologia Prenatale. Alcuni testi, da qualche anno, iniziano a introdurre questo tema particolare. Nel 2000 ho scritto un libro che ho ripreso in mano recentemente: mi sono riletto la prefazione, scritta da una persona competente di psicopatologia dello sviluppo, la prof. Fava Vizziello di Padova. Notavo l'affermazione che, se i dati che qui vi esporrò venissero confermati su larga scala, probabilmente, ma forse sicuramente, questo settore porterebbe a rivoluzionare il modo di pensare al bambino e il modo di pensare alla psicopatologia dello sviluppo. Fino ad oggi si è studiato il feto: la letteratura scientifica più seria ci ha già portato dati significativi per lo sviluppo normale e si sta cercando di studiarne i predittori della psicopatologia.

Se qualcuno mi chiedesse quando inizia la vita psichica di un bambino, potrei dare diverse risposte. La risposta del ricercatore indica il momento in cui possiamo registrare nell'attività neurofisiologica del feto delle risposte dotate di un certo significato

psicologico. Quindi una datazione potrebbe essere forse attorno alla 15a 20a settimana di gestazione. Da un punto di vista filosofico si potrebbero dare altre spiegazioni. Da un punto di vista relazionale mi piace ricordare una frase di Barbara Duden, un'antropologa, che dice che il bambino rimane nascosto fino a quando la ragione si è sviluppata completamente e allora vuole uscire (1994).

Oltre che essere una realtà fisica nel grembo di una donna incinta, il bambino è una realtà psicologica. Per la madre innanzitutto: Stern la chiamerebbe una "rappresentazione mentale sul bambino" (1987). Oggi, questo, lo possiamo confermare, soprattutto guardando a quel modo particolare di diventare genitori che è il percorso che molte coppie oggi affrontano per la procreazione assistita. Proprio in quel settore, la rappresentazione mentale sul bambino che non arriva, sul bambino che forse arriverà, su di un bambino reso molto tecnologico dalle procedure mediche, è talmente forte, nelle coppie e soprattutto nella donna (questo bambino mancato per sterilità, per infertilità, ecc. ecc.), che su questo la donna/le coppie possono creare uno stato psicopatologico. Su un qualche cosa che dovrebbe procedere normale, o normalmente, si può creare una patologia.

Potremmo dire che la psicologia prenatale è una disciplina psicologica che si occupa di studiare il periodo che va da 0 al momento della nascita (0 inteso come inizio della gravidanza): possiamo definirla come disciplina scientifica nuova che nasce dall'interazione di conoscenze mediche (medicina ostetrico-ginecologica, medicina e pre- e peri-natale, biologia, ecc.) integrate con le conoscenze psicologiche (psicologia dello sviluppo, psicologia della personalità, psicologia dinamica, psicobiologia, psicofisiologia, ecc.); e che si pone lo scopo di studiare lo sviluppo e le capacità psicofisiologiche, comunicative, relazionali e psicologiche del feto. In parole semplici possiamo dire che una persona ha una competenza psicologica quando è dotata di una serie di pattern specifici di una risposta ad uno stimolo esterno altrettanto specifico: ovvero è capace di riconoscere quello stimolo elaborando una risposta specifica.

L'interesse per la vita prenatale ha antecedenti storici: per esempio in Leonardo da Vinci (figura 1.1) o nel documento del secolo XVI qui riprodotto (figura 1.2).

Se si vuole sostenere che un nascituro è in grado di manifestare delle precise competenze psicologiche è necessario dimostrare che anche esso è dotato di un sistema fisiologico che gli permette di rice-



FIGURA 1.1
La gravidanza (Leonardo da Vinci 1542-1519).

vere, elaborare e dare una risposta ad un qualsiasi tipo di stimolo; tanto più se la stimolazione (come vedremo più avanti) ha un certo contenuto di tipo psicologico ed emotivo.

La letteratura più moderna ci mostra che il feto è dotato di raffinate competenze fisiologiche che lo mettono in contatto con il mondo intra- ed extra uterino; lo studio di queste competenze è stato possibile grazie alla tecnologia medica che ha messo a disposizione una serie di strumenti, quali l'ecografia, la cardiotocografia, la fetoscopia, ecc., che permettono di aprire una finestra osservativa sul periodo prenatale e il suo protagonista: il feto.

La tabella 1.1 riporta in modo schematico le varie competenze fisiologiche del nascituro dalle quali vengono dedotte le competenze psicologiche.

Il movimento è stato uno dei primi aspetti esplorati per inferire la vita psichica fetale. Fava Vizziello (1981) sostiene la presenza nel feto di tutti i pattern motori fin dalla 20ª S.G. e attribuisce al feto una propria attività e autonomia motoria che troverà la sua organizzazione nella seconda parte della gravidanza. Questo aspetto sconvolge di fatto buona parte della

TABELLA 1.1

Le competenze fisiologiche del feto (S.G. = sett. di gestazione) (tratto da: Righetti, Sette, 2000).

Sist. percettivo	S.G.	Competenze
Sistema Tattile	7 11 15	Regione periboccale. Epidermide del viso, Palmo delle mani, Pianta del piede. Resto del corpo. Capacità di riconoscere stimoli dolorosi – movimenti esplorativi del bambino – che muove le mani verso il capo, la faccia, la bocca – se gli si solletica accidentalmente il cuoio capelluto sposta la testa. La pelle del bambino viene continuamente stimolata dal liquido amniotico, dai cambiamenti di posizione della madre, dalle sue pressioni e dalle contrazioni uterine: in questo modo le sue capacità tattili hanno la possibilità di svilupparsi fino a permettergli vere e proprie finalità esplorative verso la 27 ^a -28 ^a – questo sistema percettivo è uno dei principali sistemi di “comunicazione” che il feto adotta nell’ambiente intrauterino.
Sistema Gustativo	13	Recettori gustativi concentrati in tutta la lingua ed in particolare nella parete anteriore – capacità di discriminare gusti diversi – attività di deglutizione e apertura-chiusura della bocca – sistema percettivo che mette il feto a diretto contatto con l’ambiente uterino.
Sistema Olfattivo		Già in periodo embrionale sono evidenziabili dei sistemi cellulari che costituiranno il Sist. olfattivo principale, trigeminale e vomero nasale (strutture sensoriali specializzate a individuare l’odore nella vita acquatica).
Sistema Uditivo		Il sentire fetale è un sentire di tipo tattile per vibrazione del liquido amniotico – l’ambiente uterino è un ambiente rumoroso: lo caratterizza un suono di fondo la cui intensità si aggira intorno agli 85 dB, costituito non solo dal pulsare dei grossi vasi sanguigni che passano dietro l’utero, dai borborigmi intestinali e soprattutto dal ritmo del cuore materno e dalla voce della madre ma anche dai suoni che provengono dall’esterno (musiche, rumori, altre voci...) – processo di “apprendimento sonoro” prenatale in un “ambiente sonoro”.
Sistema Visivo	7	Fin dalla 7 ^a si assiste alla formazione del nervo ottico e via via delle cellule retiniche – anche se la vista sembra svilupparsi più lentamente degli altri sensi (dal momento che l’utero non è un luogo molto luminoso), alla 16 ^a settimana il bambino reagisce ad una forte luce accesa sul ventre della madre girando la testa dall’altra parte

riflessologia (intendendo il feto attivo e non passivo; elaboratore creativo di risposte), introduce un concetto di normalità motoria come libera utilizzazione dei pattern e quindi come acquisizione di integrazione di pattern nell’interazione con l’ambiente-madre. Tra gli autori che maggiormente hanno condotto analisi ecografiche finalizzate allo studio del movimento fetale, possono essere ricordati Ianniruberto, Tajani e Milani Comparetti: ostetrici i primi, neuropsichiatra il secondo, essi hanno proposto una valutazione degli aspetti neuromotori in termini funzionali e psicologici andando oltre ad una mera considerazione di tipo quantitativo. Gli stessi Ianniruberto e Tajani sono convinti che in un fenomeno così complesso è difficile, oltre che poco corretto, scindere l’aspetto quantitativo da quello qualitativo. L’osservazione deve essere globale e il giudizio deve tener conto di tutte le indicazioni che il ricco repertorio motorio fetale ci fornisce” (Righetti, Sette, 2000).

La tabella 1.2 riporta uno schema dello sviluppo del movimento nel feto.

Gli studi sulla psiche fetale si basano sull’osservazione in ecografia dei comportamenti del feto a seguito di varie stimolazioni: si registrano, per esempio, i movimenti e il battito cardiaco fetale, come risposte specifiche a stimoli preordinati. Oggi abbiamo la possibilità di utilizzare degli strumenti tridimensionali che, quindi, ci aggiungono anche la dimensione della profondità visiva; ci sono anche degli strumenti quadridimensionali che alla dimensione della profondità aggiungono la possibilità di vedere e cogliere il movimento nel suo farsi.

Ci sono anche le fetoscopie, o meglio c’erano: si entrava con sondine fotografiche a fotografare il feto in utero. La cardiofetotocografia è fondamentale come metodo osservativo perché ci permette di studiare la reazione cardiaca del feto. Sappiamo che tutte le attività psicoemotive, sono accompagnate



FIGURA 1.2

L'interesse sulla vita prenatale può trovare un noto riferimento in un'immagine tratta dal *Liber Scivias* (1550 circa; Museo Kunst-Buch di Rüdesheim in Germania) che rappresenta l'inserimento dell'anima nel corpo di un embrione.

da una variazione anche degli indici fisiologici, in particolare della variazione del ritmo cardiaco.

Le figure 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8 ci possono dare un'immagine abbastanza precisa di come si possa osservare il feto (una rassegna iconografica sul feto la si trova in: Righetti, 2003).

Di particolare interesse sono gli studi che dimostrano come gli stati emotivi della madre si trasmettano al feto e possano condizionare lo sviluppo del suo cervello e quindi la struttura di base del suo futuro funzionamento mentale.

Ogni forma di esperienza emotiva materna si trasmette al feto: se lo stato emotivo è piacevole e positivo il feto ne trae dei benefici, se invece, al contrario, lo stato emotivo è negativo, ansiogeno, il feto non riceve alcun beneficio anzi può essere vit-



FIGURA 1.3

Rappresentazione ecografica del profilo del volto del feto (fronte, naso, labbra, mento).



FIGURA 1.4

Il feto a 3 mesi è già a completo in ogni sua parte, ha appena superato il periodo più difficile di tutta la gravidanza. (Photo Lennart Nilsson, Albert Bonniers Forlag AB).

tima di una forte scarica ormonale oltre che di un senso di frustrazione psichica. Lo stress materno può portare a delle alterazioni funzionali fetali, può incidere su complicazioni ostetriche, e può avere degli effetti negativi sul comportamento motorio, che è una delle componenti principali dello sviluppo fisiologico e psicologico del feto (Ianniruberto, Iaccarino, Tajani, 1978; Ianniruberto, Tajani, 1980; Ianniruberto, Tajani, 1981; Milani Comparetti, 1985; Rossi, Avveduti, Rizzo, Lorusso, 1989).

In "Genitori Psicotici", Fava Vizziello, Disnan e Colucci (1991) dopo un'analisi dettagliata su situazioni famigliari difficili con presenza di precise pato-

TABELLA 1.2

I pattern motori fetali (tratto da: Righetti, Sette, 2000).

S.G.	PATTERN MOTORI FETALI
6/7	Movimenti vermicolari: movimenti lievi e frequenti che interessano tutto il corpo dell'embrione.
8	Ai movimenti vermicolari si alternano movimenti globali del corpo tipo "startle" (movimento generalizzato, di breve durata, che si sviluppa dalle gambe al tronco) singoli o in serie.
9	Compaiono repentini salti in estensione del tronco, oltre a movimenti di flessione contemporanea del polo cefalico e del polo podalico verso il centro del corpo.
10/11	Movimenti di propulsione: il feto punta i piedi contro la parete uterina, estende gli arti inferiori ed il tronco, spingendo con la testa contro la parete opposta. Movimenti a scatto, a mò di salto, producono piccoli e frequenti spostamenti dell'embrione nel sacco amniotico. Movimenti di rotazione del capo. Movimenti di rotazione del feto sul proprio asse longitudinale. Movimenti indipendenti degli arti, contemporanei ma non simmetrici. Movimenti delle mani che vengono portate verso la testa, la faccia, la bocca. Movimenti della bocca tipo masticazione, movimenti di deglutizione, apertura della bocca e protrusione della lingua. Cessano i movimenti vermicolari.
12/14	Movimento complesso che comprende l'estensione simultanea del capo, del tronco e degli arti inferiori, mentre gli arti superiori vengono estesi in basso o portati in alto. Introduzione di un dito in bocca. Gli arti superiori possono essere innalzati oltre il capo. Movimenti di flessione ed estensione degli avambracci sulle braccia e delle gambe sulle cosce. Apertura e chiusura delle mani, movimenti isolati delle dita. Movimenti sporadici del torace e dell'addome simili a movimenti respiratori. Risposta motoria fetale di tipo globale (<i>total body</i>) a stimoli meccanici esercitati sull'addome materno. Estensione ed incrocio temporaneo degli arti inferiori.
15/16	Introduzione del pollice in bocca seguita da suzione. Singhiozzo (scuotimento rapido ed improvviso del tronco fetale). Le mani si afferrano vicendevolmente oppure toccano altri segmenti del corpo oppure esplorano le pareti del sacco amniotico e la superficie della placenta. Movimenti non coniugati degli occhi di tipo intermittente, movimenti di apertura e chiusura delle palpebre.
17 /19	Risposta motoria solo degli arti del segmento corporeo interessato direttamente dallo stimolo meccanico. Movimenti di deglutizione simultanei a movimenti respiratori. Cessano i salti.
20/21	Escursione evidente del diaframma durante movimenti respiratori. Movimenti mimici del volto. Erezione del pene.
22/24	Movimenti respiratori frequenti, specialmente dopo l'assunzione dei pasti o di glucosio da parte della madre. I movimenti spontanei tipo startle (startle aspecifico) diventano rari. Cessa l'incrocio e l'estensione degli arti inferiori.
25/26	Movimento provocato tipo <i>startle</i> , con aumento contemporaneo della frequenza cardiaca, in seguito a stimoli acustici particolarmente forti. Provocano una risposta motoria evidente anche stimoli luminosi molto intensi diretti contro l'addome materno.

logie genitoriali, osservando che ci sono delle forme patologiche neonatali molto simili a quelle materne, ipotizzano che in alcuni casi l'eziopatogenesi possa essere spiegata a partire proprio dagli influssi materno-fetali. Anche la Nakov (1992) modificando il concetto di Stern (1987) di *Sintonizzazione affettiva* in *Sintonizzazione Patologica* ritiene che oltre ai rapporti precoci neonatali anche quelli materno-fetali possono influire sulla genesi di nuclei patologici nel nascituro. A sostegno di questo rapporto sintonizzante negativo ci sono anche degli studi di scuola russa (Orlovskaja, 1986) nei quali viene riportato che colture di tessuti del sistema nervoso di feti

abortiti da donne schizofreniche in crisi sono molto meno vitali di quelli di madri sane.

In questo rapporto di trasmissione di stati emotivi, al di là delle conseguenze neuro-ormonali, il punto centrale rimane sempre il processo di elaborazione della risposta che il feto compie. Si può ipotizzare che il feto provi l'emozione materna non solo per la scarica ormonale che lo interessa, ma anche per il tipo di coinvolgimento psicologico che prova. Per dare una risposta emotiva è necessario che il processo percettivo venga trasformato in sentimento: tutto questo è ancora una volta il risultato delle capacità "creative" del feto. Difatti ciò che



FIGURA 1.5
Feto e placenta a 3 mesi.
(Photo Lennart Nilsson, Albert Bonniers Forlag AB).

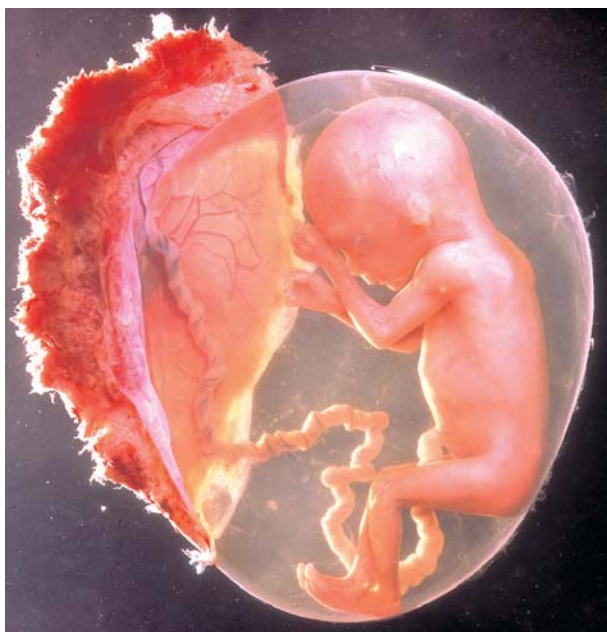


FIGURA 1.5a
Feto e placenta a 5 mesi.
(Photo Lennart Nilsson, Albert Bonniers Forlag AB).



FIGURA 1.6
Feto a 7 mesi.
(Photo Lennart Nilsson, Albert Bonniers Forlag AB).



FIGURA 1.7
Il feto si succhia il dito.
(Photo Lennart Nilsson, Albert Bonniers Forlag AB).

importa non è il tipo di risposta che viene data (e che si può registrare) ma come viene data, qual è il processo di elaborazione che la interessa. Anche questo è uno di quei quesiti ai quali non sarà mai possibile dare una spiegazione definitiva: comunque la consistenza delle ipotesi e delle deduzioni che si possono fare è un dato forte a nostro favore.

Attraverso il movimento il nascituro comunica alla madre il suo disagio e la sua "disapprovazione" ma anche la sua partecipazione.

**FIGURA 1.8**

Rappresentazione ecografica 3D che mostra il volto e le mani del nascituro.

(Photo Lennart Nilsson, Albert Bonniers Forlag AB).

Nella capacità sensoriali del feto di ricevere, e di elaborare e rispondere alle stimolazioni interne ed esterne ha origine il significato di *contatto*: contatto verso l'interno, contatto verso l'esterno, contatto nella relazione. "Riteniamo che il termine contatto – nel senso di essere in contatto con oggetti – stia alla

base sia della consapevolezza sensoriale che del comportamento motorio. [...] L'esperienza in ultima analisi è contatto, funzionamento del confine tra organismo e ambiente [ambiente uterino e ambiente esterno, Nd.A]; ogni funzione umana costituisce un processo di interazione socio-culturale, animale e fisica nell'ambito del campo organismo/ambiente. [...] *Tutto il contatto è adattamento creativo tra organismo e ambiente*" (Perls, Hefferline, Goodman, 1997, pp. 38-40, grassetto e corsivo aggiunto).

Queste ultime intuizioni, proposte dalla Psicoterapia della Gestalt, ci avvicinano nel capire le capacità *creative* e la *consapevolezza* del feto nel dare una risposta volontariamente elaborata.

A mio parere, riconoscere al feto queste competenze e queste capacità nell'elaborare volontariamente gli stimoli in entrata per delle risposte in uscita altamente organizzate, significa riconoscergli una sua precisa identità, oltre che biologica anche psicologica ed emotiva. Il nascituro risponde sia a stimolazioni interne che esterne: l'ambiente intrauterino e quello extrauterino sono ambienti ricchi di stimolazioni che facilitano competenze all'apprendimento. Molto ci si è interrogati sulle nozioni di innato ed acquisito, che da sempre interessano la psicologia: a questo punto è possibile ritenere lo sviluppo prenatale come un momento di acquisizione e apprendimento, tenendo presente che tutto ciò che il feto agisce lo agisce a seconda della qualità e della quantità delle situazioni di stimolo.

Le sei schede che seguono propongono una rassegna dei principali studi che si sono occupati di sviluppo psicologico del nascituro (da: Righetti, Sette, 2000; Righetti, 2003).

La prima scheda propone degli studi sull'effetto che ha il rumore cardiaco materno sul feto, e le correlazioni che si possono registrare tra il nascituro e il neonato.

Murooka nel 1974 ha inserito un microfono nel collo dell'utero (all'altezza dell'arteria uterina) di gestanti vicine al parto e registrato i rumori per 24 ore, ottenendo come risultato che il suono predominante nella cavità uterina è il rumore del battito cardiaco. Se ne deduce che probabilmente questo suono è il suono principale con il quale il feto ha esperienza per tutta la gestazione: per controllare se realmente questo suono viene percepito e "memorizzato" dal feto, Murooka ha fatto ascoltare la registrazione a dei neonati i quali dopo l'ascolto si sono calmati ed addormentati. Il risultato fondamentale (successivamente confermato anche da altri ricercatori) è che il battito cardiaco è un suono molto familiare al neonato e che sicuramente il processo della sua memorizzazione ha inizio a livello fetale.

De Casper e Sigafos nel 1983 hanno osservato il comportamento del neonato facendogli ascoltare dei rumori di battito cardiaco arrivando al risultato che con una stimolazione di questo tipo si può far aumentare o diminuire il movimento del neonato a seconda che si tratti di battito cardiaco di gestante in stato di agitazione o in stato di rilassamento.

Madison nel 1986 è arrivato alla conclusione che esiste una forte associazione tra il movimento feta-

le e quello neonatale: utilizzando degli stimoli sonori ha stimolato prima il feto e poi il neonato registrandone i movimenti.

Van den Bergh nel 1990 ha proposto un esperimento per controllare come influisce lo stato emotivo della madre sul feto e sul neonato. Le donne – con diagnosi di ansia – hanno fatto ottenere delle correlazioni significative sia tra lo stato ansioso e l'attività motoria fetale, sia tra il movimento fetale e quello neonatale.

Barbara Kisilevsky e **Darwin Muir** nel 1991 nella prima fase dell'esperimento (fase prenatale) hanno stimolato con un suono l'addome delle gestanti e hanno registrato i movimenti e la frequenza cardiaca dei feti; nella seconda fase (fase neonatale) hanno fatto ascoltare gli stimoli ai neonati registrandone sia la frequenza cardiaca che il tipo di movimento. Anche in questo caso i risultati hanno evidenziato l'esistenza di correlazioni tra la situazione fetale e quella neonatale.

La seconda scheda ci mette di fronte ad una serie di dati sperimentali che attribuiscono al nascituro la capacità di avere un suo corredo mnemonico.

Gli stimoli dell'ambiente intrauterino determinano la prima possibilità di apprendimento e memoria che può avere il nascituro.

Nel 1995 **Busnel** riporta che il nascituro impara a conoscere nuovi suoni e a cogliere i tratti prosodici del linguaggio; secondo la **Bertolini** (1992) queste capacità del feto sono talmente precise che riesce a riconoscere la differenza tra sillabe simili, oltre che, come confermato da **Satt** nel 1984 ricordare – dopo la nascita – canzoni e motivetti.

Chamberlain in un suo lavoro del 1996 ritiene che i feti sarebbero in grado di riconoscere musiche e favole diverse e che durante l'allattamento neonatale mettono in atto un ritmo di poppata e suzione diverso se allattati mentre ascoltano la stessa musica o musiche diverse.

Nella terza scheda si trattano alcune idee teoriche, ottenute con studi sperimentali, sul suono e la voce come elementi caratterizzanti l'ambiente e l'apprendimento prenatale.

Tomatis (1981; 1991) ha rilevato l'effetto della voce della madre sullo sfondo poliritmico e armonico intrauterino e la sua diffusione nel liquido amniotico, dimostrando che la voce accompagna e determina lo sviluppo neuro-motorio del bambino e lo predispone all'acquisizione del linguaggio.

M.L. Aucher in suoi studi del 1977, 1983, 1984 e 1987 riconosce una funzione di sviluppo neuro-motorio e sensoriale del feto non solo grazie alla voce materna ma anche a quella paterna.

Nella sua cartografia sulle corrispondenze sonore del sistema nervoso (depositata all'Accademia delle Scienze di Parigi) riporta la correlazione tra i gangli paravertebrali e le frequenze della scala sonora: i gangli paravertebrali sarebbero recettivi alle onde pressorie in un intervallo che va da DO2 a DO3 per gli arti inferiori, da DO3 a DO4 per il bacino, da DO4 a DO5 per il torace e da DO5 a DO6 per la testa (il DO2 è il secondo DO della tastiera del pianoforte a partire da sinistra); in questo senso la voce paterna stimolerebbe di più la crescita delle parti inferiori del nascituro (ginocchia e gambe) mentre la voce materna stimola di più la crescita del busto, degli arti superiori e del cervello.

Secondo **Lécourt** (1992; 1994) sarebbero le voci di tutta la famiglia a determinare la crescita del feto: questo determina una sorta di socializzazione primaria che porterà il neonato a modulare il suo pianto nell'intensità e nella durata a seconda della composizione sonora della famiglia.

La quarta scheda ripropone un nostro studio sperimentale sul formarsi dell'esperienza psicologica e gli Stati dell'Io Prenatale.

► **Righetti** (1996; 1996a; 1996b; 1996c) propone uno studio su di un gruppo di gestanti primipare: vengono indotte, in due diverse sessioni durante la gravidanza, delle emozioni attivanti e rilassanti con l'utilizzo di diapositive che le donne visionano distese in un lettino adibito alla registrazione della loro frequenza cardiaca (sia con frequenzimetro che con fonocardiografo), della frequenza cardiaca e dei movimenti dei feti. Il primo gruppo di risultati (statisticamente controllati) riporta che all'aumentare dello stato emotivo della madre (controllato con frequenza cardiaca oltre che con indici somatici), aumenta anche lo stato emotivo del feto (nei suoi movimenti e nella frequenza cardiaca). Dopo la nascita i battiti cardiaci delle madri registrati nelle prime due fasi vengono fatti riascoltare ai neonati: si ottiene una correlazione tra la fase prenatale e quella neonatale (sia nei movimenti che nelle frequenze cardiache emesse). In particolare, stimolati i neonati con rumori cardiaci che non sono delle loro madri, i bambini non dimostrano nessun tipo d'interesse, riconoscimento e partecipazione emotiva.

I risultati dimostrano che vi è una correlazione tra lo stato emotivo materno e quello del feto e del neonato (sia in attivazione che in rilassamento). Inoltre questa correlazione non è presente con lo stimolo di controllo "mamma estranea".

I risultati dimostrano l'esistenza di rapporti comunicativi materno/fetali che si mantengono anche dopo la nascita e che fanno ipotizzare un certo inizio di vita psichica a livello prenatale in quelli che teoricamente vengono definiti gli Stati dell'Io Prenatale (si veda il capitolo secondo).

Quale effetto può avere un "addestramento" musicale sul nascituro e la donna incinta? A questa domanda si cerca di rispondere con lo studio riportato alla quinta scheda.

Musica e prenatalità, hanno sempre destato una certa curiosità in chi si occupa di gravidanza e diverse sono le ipotesi fatte sull'efficacia e la validità che ascoltare musica di un certo tipo durante l'attesa può avere dei benefici psicofisiologici oltre che sulla gestante anche sul nascituro.

Nello studio di **Righetti** del 1997 ci si è interrogati sul tipo di benefici, da un punto di vista psicofisiologico, che può avere un "addestramento" musico-rilassante su soggetti in gravidanza e durante il periodo del loro travaglio di parto, che effetti si registrano nel nascituro, quali sono le conseguenze psicologiche, ostetriche e ginecologiche che se ne traggono.

Il gruppo di gestanti hanno ascoltato una musica rilassante di tipo new age per tutta la gravidanza e se ne sono registrati sperimentalmente gli effetti attraverso l'analisi di ecografie, cardiocardiografie, elettrocardiogrammi, frequenze respiratorie, scale di risposta psicologica, ecc. Inoltre le stesse musiche sono state fatte ascoltare ai neonati e i risultati ottenuti sono stati messi a confronto con stimolazioni musicali ottenute con altri brani ritmicamente diversi.

I risultati ottenuti si possono riassumere – in generale – nei seguenti punti:

1. le gestanti campionate sono in grado di rilassarsi con questo tipo di musica (è possibile ottenere un rilassamento psicofisiologico semplicemente ascoltando musica, dato questo che permette più di ogni altro metodo di mantenere la gravidanza in un completo contesto di naturalezza, necessario per questo periodo);
2. il dolore da travaglio è rimasto a livelli bassi e sopportabili;
3. il travaglio ha avuto un range di durata da 1 a 3 ore (questo fa pensare che una musica rilassante abbia un effetto rilassante anche sulle componenti neuro-psico-motorie e sulla gestione del dolore);
4. si è notato un migliore contenimento dei valori di stress e stanchezza per le donne sottoposte allo studio;
5. buona è stata la risposta fetale (movimento) durante le fasi del parto, questo dato risulta essere molto importante per la partecipazione fetale durante il passaggio nel canale da parto e alla fase espulsiva (Milani Comparetti, 1981);
6. nessun cesareo, alzata delle puerpere in giornata e permanenza ospedaliera di 3 gg.
7. dalle frequenze cardiache e dal numero dei movimenti emessi dai feti e dai neonati durante l'ascolto della musica è possibile ipotizzare un "riconoscimento" della musica.

Si desidera far notare che quanto detto finora potrebbe, *erroneamente* far pensare che “qualsiasi cosa faccia una donna incinta – che prenda una semplice aspirina per il mal di testa o che le passi qualcosa di triste per la mente o che abbia un momento di tensione – debba influenzare negativamente il suo rapporto con il figlio. Non è così [...]. Qualche apprensione occasionale o qualche giornata tesa non corromperanno un contatto uterino [...]. Il pericolo insorge quando vengono totalmente ignorate le esigenze fisiche e psicologiche del nascituro. Le sue richieste non sono irragionevoli: vuole solo un po' di amore e di attenzione e quando li ottiene tutto segue normalmente” (Verny, Kelly, 1981, p. 80).

Dopo il 4°-5° mese di gravidanza il feto sente, tocca, si muove, risponde in modo creativo, esplora, partecipa alle esperienze emotive della propria madre, reagisce a stimolazioni interne (intrauterine) ed esterne, è quindi un protagonista attivo della propria vita, è in continuo contatto esperienziale e consapevole con l'ambiente che lo circonda internamente ed esternamente: tutto questo può far ipotizzare che in un qualche momento della vita fetale (difficile da precisare) abbia origine il sé. Questa ipotesi è abbastanza confermabile, oltre che dall'osservazione delle “capacità” stesse del feto, anche dai pattern di risposta altamente completi che il neonato evidenzia fin dai primi momenti di vita. Le capacità sensoriali, il provare emozioni, l'elaborare psicologicamente tutto ciò che avviene in utero e/o esternamente e che interessa il feto permette a questo feto di instaurare rapporti oggettuali, di maturare un senso di individualità e un senso di appartenenza e protezione, permette al feto di ritenere che: *Io feto sono immerso in qualcosa che non sono io*. Questo sé che possiamo chiamare Sé Prenatale è il progenitore dell'sé post partum che tutti possiamo osservare: si tratta sempre di un unico sé che a mano a mano, a partire dall'esperienza uterina, “fa i conti” con nuove situazioni e si modella al fine di costituirsi in un sé adulto, completo. Il feto ha una sua identità genetica e biologica ma ha anche, e soprattutto, una sua precisa identità psicologica.

La nascita è un momento del processo evolutivo che ha inizio nove mesi prima¹: la gestazione è un

pezzo della vita di ogni individuo, è il primo pezzo di esperienza umana, è un periodo importante per lo sviluppo biologico, fisico, fisiologico, per la costituzione dell'uomo-come-organo, ma soprattutto è importante per la nascita e lo sviluppo della vita psichica. Si tratta di un'epoca psicologica, di un insieme di stimolazioni, che verranno conservate attraverso tutto l'arco della vita: quest'epoca psicologica è formata dalla somma di più Stati dell'Io.

Tutto questo processo di sviluppo ci porta a valutare la totale dinamicità che interessa il passaggio da un'epoca psicologica all'altra: si ha un'epoca prenatale, un'epoca neonatale, un'epoca di prima infanzia, un'epoca adolescenziale, un'epoca adulta; molti pezzi di vita psicologica che assieme costituiscono, via via con lo sviluppo, la personalità di ogni individuo.

P. Clarkson e M. Gilbert (1988) esaminano il concetto di Stato dell'Io a partire dalle formulazioni originali di Berne (1961) e dalle considerazioni fatte da Weiss (1960). Uno Stato dell'Io è una “condizione psichica”, “uno stato emotivo” (Weiss, 1960, p. 146), è la realtà effettivamente esperita del proprio Io mentale e corporeo con i contenuti del periodo che si sta vivendo. Gli Stati dell'Io possono essere descritti come delle “*grosse fette di tempo psichico*” (Clarkson, Gilbert, 1988, p. 4, corsivo aggiunto): quelli che prima abbiamo chiamato “pezzi” psicologici e che costituiscono il Sé Prenatale. Gli Stati dell'Io sono emozioni, comportamenti, parti di tempo psichico, condizioni psichiche legate a particolari stimolazioni, affetti, sentimenti ... sono tutto ciò che costituiscono il sé.

Poiché fino a questo punto è stato messo in evidenza l'esistenza di capacità proprie del feto, di una sua esistenza autonoma e creativa, il fatto che la vita intrauterina rappresenti un pezzo di vita psichica, e paragonando queste considerazioni a quelle fatte da altri Autori, si ritiene che la vita prenatale, caratterizzata da un preciso Sé Prenatale, sia un periodo condizionato dalla presenza di più Stati dell'Io: in questo senso *la vita del feto è il risultato di più Stati dell'Io Prenatale*.

È possibile estendere le conclusioni di questi Autori anche per descrivere la vita psichica del feto. Gli Stati dell'Io Prenatale possono essere intesi come una sorta di “anticipatori” del Sé Emergente teorizzato da Stern (1987). Il Sé Emergente è il sé dei primi due mesi di vita del bambino dopo la nascita, è il sé iniziale dal quale si forma la personalità. In questo senso, se valutiamo il sé e tutta l'esperienza psichica in termini relazionali, il concetto

¹ In una prospettiva psicologica è più esatto ritenere che la vita ha inizio nel vissuto genitoriale in formazione e in particolare a partire dal momento decisione/programmazione che la coppia fa sul proprio figlio futuro. (per una trattazione su questo aspetto vedi: Capodieci, *et al.*, 1990; De Ranoche, Della Giustina, 1989). Nel periodo prenatale i genitori cominciano già a scrivere il “canovaccio” sul futuro del figlio che nascerà.

di Stati dell'Io Prenatale, può trovare un proprio sinonimo in Sé Prenatale inteso come il Sé Emergente del Sé Emergente di Stern, il "progenitore" del Sé Emergente sterniano.

La vita fetale è un momento del formarsi dell'esperienza (dell'esserci nel mondo intra- ed extra-uterino). Questo sviluppo psichico, questo formarsi dell'esperienza dipende in particolare da due cose:

1. Il feto stesso, le sue capacità percettive, sensoriali, il suo essere attivo e protagonista principale del suo sviluppo, la capacità che ha di rappresentarsi al mondo intrauterino che lo avvolge, la creatività nell'elaborare risposte.
2. Il mondo esterno, l'oggetto, ciò che avviene fuori, il rapporto con la propria madre e quindi tutte le capacità che il feto ha di in-teragire.

Dopo la nascita, questo processo di formazione dell'esperienza iniziato molto prima, verrà modellato, spigolato, rifinito, corretto, a seconda del mondo e dell'ambiente in cui si troverà il neonato, però, nella personalità, nell'esperienza di questo soggetto che successivamente e gradatamente crescerà rimarrà costantemente presente quel pezzo di vita, di esperienza che è stata la sua vita fetale.

Vita fetale, vita post partum, vita adulta, sono da considerarsi in un'unica *gestalt* dell'esperienza di ogni individuo: l'esperienza, la vita psichica sono costituite da pezzi di cose che avvengono e che hanno il loro divenire a partire dall'esperienza fetale. Questi pezzi sono *gestalt* dell'esperienza, sono oggetti, sono mattoni che uno sopra l'altro costituiscono la *casa dell'esperienza*.

In Psicoterapia della Gestalt si ritiene che ogni lettura gestaltica della realtà sia una lettura della relazione, una lettura del rapporto del soggetto con l'ambiente: la relazione favorisce la crescita e la crescita stessa è una capacità di apprendere nell'esperienza. Il nascituro è in relazione con la madre (e l'ambiente intra- ed extrauterino), poi nasce, esce, entra in relazione con il sociale, un sociale ristretto pressoché familiare, matura attraverso queste relazioni, diventa adulto, esce dalla esperienza familiare e entra nella relazione con il mondo. Ogni relazione si esprime nel *contatto* tra l'organismo e l'ambiente (Perls, Hefferline, Goodman, 1997). Riconoscere al nascituro la capacità di entrare in relazione con l'ambiente attraverso le sue competenze percettive e psico-fisiologiche significa riconoscergli la capacità di sviluppo proprio nella relazione.

Credo che una delle migliori teorie evolutive che mette in risalto proprio la relazione come cardine fondamentale del formarsi dell'esperienza sia quella di Stern, in particolare nel concetto di *Sé emergente* (1987). È questo il sé del bambino presente dalla nascita ai primi 2/3 mesi. Il succhiare, le funzioni regolative, l'utilizzo dell'apparato visuo-motorio, il movimento, il corpo, il toccare, l'esplore, la competenza tattile, le lallazioni, il pianto, sono tutte modalità e funzioni che il bambino mette in atto (volontariamente) al fine di instaurare delle relazioni. Il processo esperienziale è ciò che permette al bambino di creare il suo Sé proprio a partire dalla relazione e dal contatto organismo/ambiente.

In questo senso gli Stati dell'Io Prenatale possono essere considerati come una sorta di iniziatori, ciò che sta prima, progenitori del Sé Emergente sterniano, o – utilizzando una terminologia fenomenologico-relazionale – sono il Sé Emergente del Sé Emergente di Stern: sinonimo di Stati dell'Io Prenatale è **Sé Prenatale** (sempre in un contesto evolutivo dove il punto centrale della crescita è la relazione).

In questo senso **non si sviluppa un bambino ma si sviluppano delle relazioni "significative" allo sviluppo del bambino stesso** già a partire dalle *relazioni pre-natali*.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aucher M.L. (1977), *Les plans d'expression*. Paris: Epi Editeurs.
- Aucher M.L. (1983), *Vivre sur 7 octaves*. Suisse: Editions Résonnances.
- Aucher M.L. (1984), *L'homme sonore*. Paris: Epi Editeurs.
- Aucher M.L. (1987), *En corps chanté*. Paris: Editions Homme et Groupe.
- Berne E. (1961), *Transactional analysis. Asystematic individual and social psychiatry*. (tr.it.: Analisi transazionale e psicoterapia, Roma: Astrolabio, 1971).
- Bertolini S. (1992), *Alle origini dell'esperienza musicale*. Milano: Ricordi.
- Branconi F. (1992), Dalla diagnosi prenatale alla medicina fetale: miti e realtà. *Riv. Ostetr. e Ginec.*, 1(1), 50-59.
- Busnel M.C. (1995), La sensorialità fetale. Atti del I *Convegno Nazionale dell'ANPEP-Italia*, Parma, 19/11/1995.
- Capodiecchi S., Ferraro I., Dell'Alba B., Rupolo G., Baldo M., Canu B. (1990), Gravidanza, maternità, paternità e vita sessuale di coppia. *Rivista di sessuologia*, 14(4), 331-346.
- Catizone F., Ianniruberto A. (1989), *Prima Hominis Imago*.

- (Atlante di Ecografia), Roma: Ed. Internazionali.
- Chamberlain D.B. (1995), Il feto senziente: tutto ciò che ogni genitore dovrebbe sapere. *Quaderno n. 3 dell'ANPEP - Italia*.
- Clarkson P., Gilbert M. (1988), Berne's original model of Ego State: some teoretical consideration. *T.A.J.*, 18-1, ITAA Permission.
- De Casper A.J., Sigafoos D. (1983), The intrauterine heartbeat: A potent reinforcer for newborns. *Infant Behavior and Development*, 6, 19-25.
- Della Vedova A., Imbasciati A. (1998), Alle origini della mente: la vita psichica fetale. *Giorn. Neuropsich. Età Evol.*, 18(3/4), 155-168.
- De Ranoche I., Della Giustina L. (1989), Ambivalenza e conflittualità nel divenire madre. *Bambino Incompiuto*, 1, 73-80.
- Duden B. (1994), *Il corpo della donna come luogo pubblico*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fava Vizziello G.M., Disnan G., Colucci M.R. (1991), *Genitori psicotici*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fava Vizziello G.M. (1981), Convegno: Lo sviluppo del feto. *Età Evolutiva*, 10, 77-99.
- Ianniruberto A., Iaccarino M., Tajani E. (1978), *Lo Studio del feto con gli ultrasuoni a tempo reale*. Simposio Internazionale di Medicina Fetale. Gorizia, Bologna: Monduzzi ed.
- Ianniruberto A., Tajani E. (1980), Functional evaluation of fetal movements by real time. In: Kurjak A. (a cura di), *Recent-Advances in ultrasound diagnosis II*. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Kisilevsky B.S., Muir D.W. (1991), Human fetal and subsequent newborn responses to sound and vibration. *Infant Behavior and Dvelopment*, 14, 1-26.
- Lecourt E. (1992), *La musicoterapica*. Assisi: Cittadella Editrice.
- Lecourt E. (1994), *L'expérience musicale, résonances psychanalytiques*. Paris: L'Harmattan.
- Madison L., Madison J.K., Aduabato S.A. (1986), Infant behavior and development in relation to fetal movement and habituation. *Child Development*, 57, 1475-1482.
- Milani Comparetti A. (1985), Ontogenesi dell'identità personale e dell'appartenenza relazionale. *Giorn. Neuropsich. Età Evolutiva*, 5(1), 47-52.
- Murooka H. (1974), Sound of the main artery of the mother. Lullaby from the womb. *Capitol Records*.
- Nakov A. (1992), La sintonizzazione patologica. In: Fava Vizziello G.M., Stern D.N. (a cura di), *Dalle cure materne all'interpretazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Orlovskaja D.D. (1986), Meré psychotiques, grosses et development du foetus. In: Garrone G., Jablensky A., Menzano J. (a cura di), *Jennes parents et leur enfants*. Parigi: SIMEP.
- Pasini W., Beguin F., Bydlowski M., Papiernik E. (1989), *Le foetus et son entourage*. Ginevra: Editions Médecine et Hygiène.
- Pescetto G., De Cecco, L., Pecorari D., Ragni N. (1989), *Manuale di Ostetricia*. Roma: Ed. ESU.
- Perls F., Hefferline R.F., Goodman P. (1997), *Teoria e pratica della Terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. II edizione. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Piontelli A. (1987), Infant observation from before birth, *Int. J. Psycho-Anal.*, 68(4), 453-463.
- Rascovskj A. (1977), El psiquismo fetal, (tr.it.), *La vita psichica nel feto*. Milano: Il Formichiere, 1980.
- Righetti P.L. (1996), The emotional experience of the fetus: A preliminary report. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 11, 1.
- Righetti P.L. (1996a), Gli stati dell'Io prenatale. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 2, vol. 2.
- Righetti P.L. (1996b), The emotional experience of the fetus: A preliminary report. *Atti del Six World Congress of WAIMH*, Tampere-Finlandia, 25-28 luglio.
- Righetti P.L. (1996c), Gli stati dell'Io prenatale. *Atti del II Convegno Nazionale ANEP-Italia*, "Educazione Prenatale Oggi", Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 20 aprile.
- Righetti P.L. (1997), Gli effetti dell'ascoltare musica durante la gravidanza e il travaglio da parto: descrizione di un'esperienza. *Musica & Terapia*, Quaderni Italiani di Musicoterapica, 2, vol. 5.
- Righetti P.L., Sette L. (2000), *Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Righetti P.L. (2003), *Elementi di psicologia prenatale*. Roma: Edizioni Scientifiche MA.GI.
- Rossi N., Avveduti P., Rizzo N., Lorusso R. (1989), Maternal stress and fetal motor behavior: a preliminary report. *Pre-and Peri-Natal Psychology*, 3-4, 311-318.
- Satt B.J. (1984), On investigation into the acoustical induction in intra-uterine learning. *Ph. Diss. California School of Professional Psychologist*.
- Stern D.N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri.
- Tomatis A. (1981), *La nuit uterine*. Paris: Stock.
- Tomatis A. (1991), *De la communication intra-uterine au langage humain*. Paris: Editions Scientific Francaises.
- Van Den Bergh B.R.H. (1990), The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behaviour. *Pre- and Peri-Natal Psychology*, 5, 2, 119-130.
- Verny T., Kelly J. (1981), The secret life of the unborn child. Tr.it. *Vita segreta prima della nascita*. Milano: Mondadori Ed.
- Weiss E. (1960), Structure and dynamics of the human mind. Tr.it. Sambin M. (a cura di), *Struttura e dinamica della mente umana*. Milano: Raffaello Cortina Ed., 1991.

L'UNITÀ GESTANTE-FETO COME MATRICE DI SVILUPPO

2.1 SVILUPPO DEL BIMBO E SVILUPPO DELLA MADRE

(Antonio Imbasciati, Loredana Cena)

2.1.1 Lo sviluppo mentale

Il funzionamento mentale necessita del cervello ed è omologabile al funzionamento della complessa rete neurale che costituisce il S.N.C. Comunemente si ritiene che quest'ultima si sviluppi "per natura", cioè secondo una biologia prestabilita dalla genetica e che, pertanto, lo sviluppo mentale dipenda a sua volta dalla maturazione biologica del cervello. È questo un inveterato pregiudizio, derivato dagli studi neurologici dei secoli scorsi e rimasto radicato nella cultura popolare, che oggi non è più scientificamente valido. Il sistema nervoso centrale per svilupparsi necessita dell'esperienza: il cervello è condizione necessaria, ma non sufficiente; occorre l'esperienza, ed occorre che questa sia acquisita in modo organizzato e ottimale, altrimenti si originano funzioni mentali non ottimali, o anomale. Gli studi sperimentali sugli animali mostrano che, a seconda dell'esperienza, il cervello si sviluppa in modo diverso. Così pure dimostrano gli studi sull'uomo, attuati mediante le tecniche di neuroimaging. Il cervello umano ha una sua macromorfologia, determinata dal corredo genico della nostra specie, ma la sua micromorfologia e fisiologia dipendono dall'esperienza. La genetica determina il numero di neuroni, ma le loro connessioni e dunque il funzionamento della rete, dipendono da quanto acquisito per esperienza.

Il concetto di maturazione, applicato al S.N.C., è stato pertanto ridimensionato, in modo saliente per ciò che concerne i primi mesi di vita: biologia e genetica determinano certe potenzialità, ma è l'esperienza che determina la qualità del funzionamento. Maturazione, dunque, presuppone esperienza. Questa, d'altra parte, non è un imprimersi passivo delle vicende che l'essere umano attraversa e che dai suoi sensi arrivano al cervello: anche questo è un pregiudizio popolare. Esperienza vuol dire apprendimento e apprendimento indica un processo attivo da parte di un cervello già almeno in parte

funzionante. Non si apprende l'esperienza, ma dall'esperienza. Tale dizione è legata al nome di Bion e al suo noto libro "Learning from experience" (1962), ma già prima la psicologia sperimentale aveva mostrato come l'apprendimento si svolga in funzione delle capacità che un dato sistema (mente, cervello) ha acquisito per apprendere.

Ciò che si apprende non riguarda solo i contenuti mentali, ma anche funzioni, funzionalità nuove e progressive, e in esse nuove capacità di apprendere. Pertanto il concetto di apprendimento e l'inseparabile concetto di memoria vanno intesi riferiti non semplicemente a "cose", oggetti, contenuti, nozioni, ma alle stesse possibilità operative del sistema. Memoria vuol dire soprattutto memoria di funzioni: quando per esempio un bimbo impara a gattonare, costituisce entro la sua mente una memoria che riguarda quella particolare coordinazione motoria-vestibolare-proprioceettiva che gli permette, appunto, di gattonare.

Il cervello umano è paragonabile ad un enorme e compressissimo computer: solo l'hardware è determinato dalla genetica e dalla biologia: tutto il resto deve essere imparato. La mente è dunque un'autocostruzione di capacità operative (Imbasciati, Margiotta, 2005).

Questo processo inizia quando si rilevano le prime capacità di "imparare qualcosa", a cominciare dagli eventi più semplici: per esempio l'apprendimento consistente nel fatto che un neonato ha imparato a guardare il volto di chi si china su di lui e a sorridere. I pregiudizi popolari circa lo sviluppo mentale sono stati favoriti dal fatto che per "mentale" si sono intese solo le funzioni complesse, quelle che dimostra un bimbo dopo i 4-5 anni, o l'adulto: si sono inoltre considerate le funzioni mentali solo per larghissime categorie (per es. "affettività", "cognizione", "orientamento spazio temporale" e via dicendo), quali riscontrate in quell'adulto standard indicato come "normale". In realtà la "mente" comincia quando l'individuo inizia a imparare qualcosa: questo "qualcosa" a livello elementare si è creduto dovuto ad un naturale sviluppo biologico. Non è così: se un neonato non ha esperienza di un

volto umano (o di un equivalente) che si china su di lui, non impara a guardare e a sorridere. Il concetto di mente va dunque inteso in modo molto più complesso e dettagliato di quanto le credenze popolari inducano (Imbasciati, 2006 a, b).

Se il processo di sviluppo si prospetta dunque nei termini sopra menzionati, come progressivi apprendimenti operanti in funzione delle capacità di apprendere, si prospetta un interrogativo di fondamentale importanza. Se imparare è un processo attivo, deve esserci prioritariamente un qualche sistema che lo permette: ma questo come e quando e perché si è formato? Quando è stato, a sua volta, imparato? L'interrogativo riguarda allora il "punto zero" in cui inizia l'autocostruzione di una qualche funzionalità che permetta di imparare. L'attenzione degli studiosi si è pertanto rivolta ai neonati: quando da semplici riflessi (biologicamente determinati) si vede che il bimbo si muove con un movimento nuovo, è perché ha imparato questo movimento.

In queste ultime decadi la ricerca è andata oltre il neonato: si è scoperto che anche il feto ha capacità, apprese e di apprendere. L'interrogativo cruciale sull'inizio della vita mentale si sposta allora all'epoca fetale, e di conseguenza a quell'unità biopsichica rappresentata dalla gestante col suo bimbo: è in questa diade che si sono formate le prime funzioni e capacità "mentali". È qui che l'essere umano deve avere "imparato" per primo qualcosa. Questo qualcosa, verosimilmente, dipenderà dalla comunicazione che è intercorsa tra la gestante e il feto: è infatti una modulazione di una qualche comunicazione che fornisce il quadro ottimale per imparare. Di qui lo studio, sviluppatosi da circa un ventennio, sullo psichismo fetale e la comunicazione gestante-feto.

Questo studio assume una fondamentale importanza non semplicemente per il suo interesse scientifico intrinseco, ma anche perché da oltre cinquant'anni si è rilevato clinicamente che le prime funzionalità che si strutturano nella mente determinano la qualità di tutte le successive. Le anomalie mentali che si rilevano in età più adulta sono condizionate da precedenti organizzazioni mentali passate inosservate. Gran parte della psichiatria verte sulla ricerca delle vicende infantili (e dei primi mesi di vita) che possono avere condizionato (condizionato, ancorché non determinato) le anomalie mentali, cioè che hanno messo a rischio uno sviluppo mentale ottimale. La visione costruttivista offerta dalla Teoria del Protomentale (Imbasciati, Calorio, 1981; Imbasciati, 1983, 1994, 1998, 2006a, b) ne offre una spiegazione, fornendo una dettagliata descri-

zione psicofisiologica di come i primissimi apprendimenti, che come ogni apprendimento avvengono per un contesto relazionale, e le relative memorie, modulino la qualità di ogni successivo apprendimento e memoria, determinando la traccia mnestica del relativo funzionamento e quindi anche del funzionamento globale che avrà la struttura del sistema di quel singolo individuo. Non sono pertanto le vicende infantili che di per sé incidono sullo sviluppo, bensì come esse sono state elaborate dalla mente del neonato o del bimbo. Ogni apprendimento condiziona la qualità del successivo, in una catena di modulazioni che dal punto di inizio si prolunga lungo tutta l'infanzia fino alla vita adulta: di qui l'attenzione degli studiosi alle qualità degli inizi. Una tale attenzione alle primissime fasi dello sviluppo psichico risalta pertanto come fondamentale, ai fini della prevenzione, nel quadro di un'assistenza e di un'educazione che assicuri al genere umano il maggior numero di individui con un funzionamento mentale ottimale.

In particolare l'attenzione allo sviluppo fetale, considera il punto zero della costruzione della mente. E poiché ogni apprendimento accade in relazione al tipo di comunicazione che viene decodificata dalle strutture che apprendono, l'attenzione si sposta sullo studio della comunicazione che la gestante emana verso il feto e che questi apprenderà, sia secondo il tipo di comunicazione emessa, sia secondo le strutture proprie del feto che in quel momento decodificano e apprendono. Ovviamente si tratta di comunicazioni non verbali: lo studio è pertanto rivolto al pensiero non verbalizzabile e inconscio, che muove ogni evento mentale dell'essere umano nelle sue relazioni.

2.1.2 Gli eventi psichici della gestazione

Molti sono gli studiosi che da oltre cinquant'anni si sono rivolti ad indagare come da un evento comunicazionale mediato direttamente da automatismi biologici (umorali) si passi ad una comunicazione che possa dirsi psichica, cioè modulata dallo psichismo (mente) materno e poi da quello incipiente del feto.

Già nel 1925 Freud affermava che c'è molta più continuità fra la vita intrauterina e la primissima infanzia di quanto l'impressionante cesura dell'atto della nascita ci lascerebbe supporre, ma aggiungeva poi "... ciò che accade è che una situazione biologica, quella del bambino allo stadio di feto, viene sostituita da una relazione psichica, quella di rapporto di oggetto con la madre" (cit. in Farneti,

1998). La relazione di continuità tra quella che è stata la nostra vita prenatale e la successiva vita neonatale era già del resto stata oggetto di riflessione psicoanalitica di alcuni suoi allievi, come Ferenczi (1914) e Rank (1924).

Altri studiosi come Graber (1924), Minkowsky (1928), successivamente Spelt (1948) si sono espressi sulle vicissitudini dello sviluppo fetale. Le prime psicoanaliste, come la Horney (1926), la Helen Deutsch (1945), la Benedek (1956, 1960), la Bibring (1959, 1961) ed altre se ne sono occupate meno direttamente, orientandosi invece a sviluppare le vicissitudini della gravidanza e del parto nella donna. La Sontag (1944, 1965) fa riferimento alla interazione madre-feto e sottolinea come non avvenga soltanto una trasmissione di tipo biologico-metabolica, ma di stati emozionali. Le situazioni d'ansia nella madre ad esempio darebbero luogo ad un incremento della motricità fetale che permane oltre la nascita, nel bambino, con la manifestazione di disturbi relativi ad una maggiore irritabilità e reattività.

Dopo gli anni '70 c'è un proliferare di studi in questo settore della ricerca, con scienziati di diversa formazione che hanno indagato le competenze fetali, percettive e mnestiche da vertici teorici differenti, come Rascovsky (1977), Laing (1978), Bertini et al. (1978), Chamberlain (1988), De Casper e Fifer (1980) Ianniruberto e Tajani (1981), Milani Comparetti (1981), Hepper (1988; 2002), Mancina (1982), Piontelli (1987), Negri et al. (1990), Moser (1994), Righetti Sette (2000), e molti ancora, sino ai più recenti contributi (Della Vedova, Imbasciati, 2005; Manfredi, Imbasciati, 2004). Altri autori in ambito psicoanalitico come Bion (1962), Meltzer, Harris (1983), Stern (1985), Bucci (1997), Dennet (1978), Lichtenberg (1989), Wallerstein (1965), Imbasciati (1998), Mc-Dougall (1989), Mitchell (2000), Fonagy (2001) hanno interpretato i dati relativi allo sviluppo mentale e rilevato l'importanza delle primarie relazioni materno-fetali, per lo strutturarsi della mente nascente.

La natura ha deciso che i bambini non scelgano le loro madri: anche le madri non scelgono, nella migliore delle ipotesi, che tipo di bambino esse avranno: i bambini arrivano e le madri hanno appena il tempo per ri-orientarsi. Una donna entra in una fase da cui uscirà, nelle settimane e nei mesi successivi alla nascita del bambino, in cui in larga misura "lei è il bambino" e "il bambino è lei". La donna è stata una bambina e conserva le memorie di questa condizione e delle cure che ha ricevuto, e queste l'aiutano o la ostacolano nelle sue esperienze di

madre (Winnicott, 1987). La gestazione è il filo che unisce passato e futuro, in un continuum affettivo e temporale (Ferraro, Nunziante Cesaro, 1982). Nella storia della gravidanza i due piani dell'immaginario e del reale si intersecano e permeano le vicissitudini della vita emotiva (Ammaniti, 1992, Ammaniti, Stern, 1991). La donna deve costantemente fare i conti con aspetti reali e fantasmatici di sé, affinando una sensibilità che la renda capace di adattarsi alle esigenze del bambino per rispondere ai suoi segnali (Langer, 1951). Si troverebbe inoltre in un particolare stato di "trasparenza psichica" (Bydlowski, 2000), caratterizzato da maggiore disponibilità a farsi aiutare e da fluidità di pensiero nel lasciare emergere reminiscenze infantili.

Nella letteratura psicoanalitica, i contributi di psicoanaliste donne quali la Deutsch (1945) e la Benedek (1956, 1960), fanno riferimento alla gravidanza collegandola alla peculiare funzione ricettiva della psiche femminile. Con la Bibring (1959, 1961) viene evidenziato il processo evolutivo maturativo che caratterizza la gravidanza, espresso con il concetto di "crisi", come per la pubertà e la menopausa: si verificherebbe una riorganizzazione dell'identità femminile attraverso una integrazione, ma anche una possibile destrutturazione del sé della donna, in relazione ai vissuti che riemergono rispetto a conflittualità relazionali irrisolte. Questa crisi è finalizzata all'abbandono di fasi precedenti di sviluppo per il raggiungimento di un nuovo stato di vita: le crisi sono collegate in genere a mutamenti e anche questo momento che si caratterizza come uno dei più significativi del ciclo di vita, per i cambiamenti che comporta. La gestazione è un periodo ricco di rielaborazione del passato e progettazione del futuro, un periodo di "crisi" nel senso etimologico del termine di passaggio, un ponte tra passato e futuro (Riva Crugnola, 1987a).

Altre autrici come la Breen (1992) e la Pines (1972, 1982) sono concordi nel sottolineare come nel periodo della gravidanza si riattivino vissuti inconsci relativi alla propria infanzia: vissuti del proprio passato, quando la donna era bambina, adolescente, richiamando le prime relazioni e le diverse identificazioni significative, in particolare con la propria madre. I diversi autori si trovano concordi nell'evidenziare come questi processi psichici di elaborazione dei vissuti reali e fantasmatici con la propria madre, costituiscano il processo centrale di elaborazione che la donna è chiamata a fare in gravidanza. La gravidanza le consente di rielaborare ulteriormente il processo di separazione-individua-

zione in relazione alla propria madre, nella definizione della propria identità personale, e le permette di sperimentarsi attraverso una serie di trasformazioni e cambiamenti corporei e psichici. Ogni donna vivrà dunque la propria gravidanza con modalità individuali a seconda delle sue passate vicissitudini relazionali con le figure affettive di riferimento.

Questo interscambio biopsicologico riattiva a livelli consci, preconsce e inconsci le esperienze del suo passato che si intrecciano con quelle del presente, intorno al sé infantile e al sé adulto (Ammaniti et al., 1995). Questa complessa esperienza identificatoria si manifesta attraverso le oscillazioni comportamentali frequenti in gravidanza, che si evidenziano con atteggiamenti di ripiegamento della donna su se stessa e di ritiro in uno stato di fusione mentale col feto, mentre è contemporaneamente presente un processo di identificazione con gli aspetti materni, di sé come caregiver che si prenderà cura del bambino. In uno studio sulle rappresentazioni materne in gravidanza, Ammaniti evidenzia la presenza di diversi stili materni e la corrispondenza tra questi stili e il tipo di cure materne che la madre rivolgerà poi alla nascita al figlio: le rappresentazioni materne durante la gravidanza avrebbero una funzione predittiva sullo stile di accudimento del bimbo. L'autore ha rilevato tre tipologie di rappresentazioni della gravidanza: la *rappresentazione integrata*, quella *non integrata* e quella *ristretta o disinvestita*. La donna che ha una rappresentazione integrata della gravidanza vivrà una profonda trasformazione rispetto al suo assetto abituale, con massima manifestazione alla nascita del bimbo. La gravidanza costituisce il completamento del processo evolutivo della sua identità femminile; la "crisi" avrebbe la funzione di rielaborare i vissuti del passato per un'evoluzione nel futuro; i cambiamenti non sono temuti, ma auspicati e pensati, necessari per lo sviluppo; la gravida vive orientando su di sé quanto intorno le accade, in uno stato di regressione, facendosi spesso contenere dall'ambiente familiare, mentre nei confronti del bambino ha un atteggiamento di scoperta che la dispone alla differenziazione. Nelle maternità in cui si rilevano invece *rappresentazioni non integrate*, sono presenti vissuti ambivalenti, come il timore di perdere il bimbo e paure per il futuro, contemporaneamente al tentativo di negarli; è molto faticoso l'adattamento ai cambiamenti, le fantasie relative al bimbo sono spesso accompagnate da presenze minacciose; i movimenti fetali o non vengono percepiti tanto presto oppure sono negati; è difficoltosa la differenzia-

zione dal feto e la relazione assume spesso connotazioni negative in cui sono presenti vissuti di espulsione del feto stesso. Nella *rappresentazioni ristrette-disinvestite* la gravidanza è vissuta come un passaggio: indispensabile per la nascita di un figlio, ma come periodo non investito affettivamente; gli impegni sono mantenuti come nel periodo precedente, ma non sono presenti fantasie relative al bimbo e alla propria funzione materna; l'esperienza non viene connotata positivamente per una evoluzione della propria identità; la regressione veicola vissuti non positivi e la gravida assume atteggiamenti di difesa verso il proprio modo interno e razionalizza quanto le sta accadendo, impedendo la costituzione di un'area di pensiero che contenga il bimbo. L'autore evidenzia comunque come durante tutto il periodo della gravidanza la donna si trovi profondamente impegnata in un intenso lavoro simbolico. La gestazione intanto comporta uno sviluppo della mente della donna, che a sua volta sarà la matrice dello sviluppo della mente del bimbo.

Nella gravida si attiva una duplice capacità identificatoria, con una figura materna "sufficientemente buona" che si prenderà cura del piccolo e contemporaneamente di identificazione con il prodotto del concepimento stesso, che riattiva una idealizzata unione infantile con la propria madre (Deutsch, 1945; Benedek, 1956; Bibring, 1961; Pines, 1982; Ammaniti, 1992). La donna che ha sperimentato una relazione positiva con la propria figura materna, potrà proprio attraverso lo stato di momentanea regressione dovuta alla gravidanza, identificarsi con una figura materna portatrice di vita e con se stessa bambina, per un positivo sviluppo del suo sé. Questa identificazione con una buona immagine materna deve poter essere quanto meno conflittuale perché la gestazione possa essere vissuta dalla donna senza troppi sintomi somatopsichici. Non manca il rischio però, secondo la Pines, che questo processo di differenziazione-individuazione possa anche fallire in una esperienza dolorosa per la prevaricazione del desiderio infantile di fusione con la figura materna.

Il periodo di gestazione viene descritto dalla maggior parte dagli autori (Bibring, 1961; Soifer, 1971; Raphael-Leff, 1980; Pines, 1982) attraverso stadi che scandiscono i nove mesi del processo evolutivo. Oltre ad una gravidanza fisiologica è necessario che si sviluppi una "gravidanza psicologica", cioè la creazione di uno spazio mentale in cui la donna possa pensare, e tenere nella mente il bimbo che verrà: questo periodo inizia ancora prima del

concepimento, quando la gravidanza è cercata e attesa (Randaccio, De Padova, 2004). Durante il periodo della gestazione inizia anche la “nascita della madre”, cioè della donna come madre: questa la nascita psicologica secondo Stern (1998) configura una nuova identità nella donna, il senso dell’essere madre, che l’autore definisce come *assetto materno*, una speciale organizzazione mentale che accompagna la maternità e che apparterrà poi anche in seguito alla donna stabilmente. La nascita di una madre non avviene in un tempo definito, ma si sviluppa durante i mesi precedenti e successivi la nascita del bambino: una donna diventa mamma più e più volte nel corso dell’attesa e dopo. Durante il periodo della gestazione, secondo Stern, sono *tre le gravidanze che procedono contemporaneamente*: il feto che si sviluppa, l’assetto psichico che si orienta alla maternità e il bambino immaginario che prende forma nella mente della madre. I mutamenti corporei che modellano il corpo della madre, plasmano anche il precedente senso del suo Sé in modo che possa costituirsi quella che è l’identità materna, ma contemporaneamente contribuiscono a favorire lo sviluppo del bambino immaginario, che per Stern costituisce un vissuto caratterizzante l’intero processo della gravidanza. Nello spazio mentale, che farebbe pensare allo spazio transizionale di Winnicott, la donna può “rivedere e provare vari scenari futuri” (pag. 52), e portare a compimento entro il termine della gravidanza la maggior parte della preparazione mentale alla nuova identità.

Maiello Hunzinger (1983) riprendendo il concetto di contenimento sviluppato da Bion (1962) propone una lettura della gravidanza e del parto attraverso le categorie di contenitore-contenuto-utero-bimbo: l’esperienza di benessere della gravidanza proviene dal senso di pienezza, mentre quella di vuoto, a seguito del parto, comporterebbe frustrazione e perdita. Fornari (1979) attraverso l’interpretazione dei sogni delle donne in gravidanza evidenzia come la madre si identifichi contemporaneamente con il proprio bambino e con la propria madre, secondo una struttura a “matrioska”, dove la madre sarà in grado di contenere il figlio, nella misura in cui lei stessa è contenuta. Ferraro e Nunziante Cesaro (1988) fanno riferimento allo “spazio cavo” e alla gravidanza come “corpo saturato”: la donna si prepara all’evento nascita in un tempo, durante il quale il suo “spazio cavo” si trasforma in spazio contenitore, in cui il bambino contenuto potrà crescere fino al momento della nascita.

2.1.3 Comunicazione gestante-feto: le prime basi della mente dei futuri individui

Nella cultura popolare il periodo della gestazione della donna veniva connotato come “stato interessante”: lo stato fisico e psichico della madre viene dunque ed è sempre stato tenuto in attenta considerazione, per tutte le possibili risonanze non solo sullo sviluppo del feto, ma anche del bambino dopo la nascita. Un tale interesse si è in questi ultimi lustri rinnovato a seguito della ricerca scientifica che si è sviluppata intorno alle vicende gestazionali e perinatali (Natanielz, 1992). Il punto focale per le scienze psicologiche è stata la scoperta delle intense, importanti e complesse interazioni comunicative tra gestante/madre e feto/neonato, che fondano sia una radicale trasformazione della struttura psichica genitoriale, sia, soprattutto la “costruzione” della struttura mentale del feto e quindi del neonato e del futuro individuo (Manfredi, Imbasciati, 2004; Imbasciati, 2005a). Trasformazione materna e costruzione nella mente del bimbo costituiscono pertanto l’essenza dell’unità gestante-feto.

Le attuali ricerche di psicologia evolutiva, in particolare l’*Infant Research* (Sander, 1987; Cicchetti, Cohen, 1995; Trevarthen, 1998; Stern, 1985), in questi ultimi decenni hanno focalizzato l’attenzione sullo scambio emotivo-cognitivo della coppia madre-bimbo, sulla sua origine, formazione ed evoluzione: è posta all’attenzione l’importanza fondamentale, per la nascita del pensiero, delle prime relazioni affettive che il neonato stabilisce con la madre o con chi svolge la funzione di caregiver. È l’introiezione di queste esperienze e del “nutrimento” che buoni scambi relazionali sollecitano, a fondare le basi delle future esperienze interattive, comunicative e di pensiero dell’individuo. Lo sviluppo mentale fonda le sue radici nelle prime esperienze di vita, che devono avere connotazioni tali da consentire al neonato, completamente dipendente dalle cure materne, ciò che è funzionale per la sua crescita fisica e mentale (Randaccio, De Padova, 2004). L’attuale periodo storico della medicina, connotato da “ipertecnizzazione perinatale” e da “maternità a comando” è però caratterizzato anche da un’attenzione particolare degli studi rivolta a evidenziare la funzione fondante degli scambi emotivi tra una psiche che si sta formando e i suoi “primi oggetti contenitori”, cioè i primi oggetti di relazione: la psiche nascente si potrà sviluppare solo se potrà avere un “oggetto contenitore” che la accolga

(Ciccone, Lhopital, 1991). Di qui l'indagine su come la mente fetale si sviluppi proprio sulla capacità di essere "oggetto contenitore" che dovrebbe consentire alla donna di entrare in contatto con emozioni e bisogni così primari.

È ovvio che questi scambi sono veicolati da media fisici, vuoi sensoriali (il feto ha già al quinto mese notevoli capacità discriminative per gli stimoli acustici, tattili, motorio-propriocezionali e vestibolari), vuoi umorali, metabolici, endocrini, comunque biochimici: questi, soprattutto nei primi mesi di gestazione, possono già essere considerati codici comunicativi di significato. Ovviamente sia questo tipo di scambi, per l'essenza dei loro media, sia anche quelli che implicano apparati sensoriali e quindi codici di apprendimento per il riconoscimento, comportano una comunicazione del tutto inconscia (Imbasciati, 2003). Caratteristica della mente umana è il formarsi e lo strutturarsi all'interno di una relazione: ciò assume la massima evidenza nel gioco dell'interazione dinamica tra aspetti biologici, psicologici e sociali che si verifica in gravidanza. Per ciò che concerne il feto, per lo sviluppo sono indispensabili i fattori biologici, ma tale sviluppo è determinato da tutti gli apprendimenti che via via il bimbo può acquisire, a cominciare, in misura condizionante, dagli apprendimenti precoci. Tali apprendimenti dipendono dalla comunicazione consentita dalla specifica relazione che viene a costruirsi tra gestante e bimbo. Gli apprendimenti primari si caratterizzano come i primi elementi nella costruzione delle strutture mentali e delle funzioni psichiche della nascente mente fetale e dipendono dalla relazione che si stabilisce con la madre, in primis, la coppia genitoriale, e poi le altre figure di accudimento (Imbasciati, 2001). Questa relazione inizia già in epoca fetale: lo "scambio emotivo affettivo", che tanti autori hanno considerato, consiste in una trasmissione continua di messaggi dalla madre al feto, e poi da questi a quella, attraverso i quali il cervello del bimbo impara: si formano le prime strutture della sua mente. Di qui l'attenzione che assume lo studio della mente della gestante, fin dagli inizi col concepimento, e poi lungo tutta la gravidanza.

Sviluppo psichico fetale e vicissitudini psicologiche gestazionali vanno letti pertanto contemporaneamente: entrambi gli accadimenti si integrano nella tessitura di quella meravigliosa storia che appartiene a ogni donna e che prende avvio dalla fecondazione di un uovo e dal suo annidamento nell'endometrio dell'utero. Una psicologia del concepimento, ci dice Donald Winnicott (1987), può

essere vista su due fronti: il "pensiero" si trasforma nel concepimento, oppure il concepimento viene vissuto come un "incidente nel pensiero"; l'autore sostiene che c'è in effetti molto da dire in favore della "teoria del piccolo incidente del concepimento" a causa del fatto che i genitori sono inizialmente sorpresi e anche infastiditi dallo smisurato sconvolgimento delle loro vite che questo comporta. È un disastro che in circostanze favorevoli si trasforma nell'opposto solo quando i genitori prima o poi si rendono conto che questo è esattamente il disastro che essi desiderano" (Winnicott, 1987, pag. 14).

Il lavoro di elaborazione psichica che accompagna la donna durante il periodo della gravidanza è collegabile alle funzioni fisiologiche, così che ogni fase di questa è espressione di determinate manifestazioni psichiche. Dentro il "corpo cavo" della donna, dopo che la cellula uovo è stata fecondata, i nuclei dei due gameti si fondono. La fusione dei due pronuclei maschile e femminile determina la formazione dello zigote, nel quale si trovano associati i genomi (il patrimonio genetico) dei due genitori: i cromosomi si mescolano per la prima divisione mitotica, che si verifica tra le 12 e le 24 ore dopo l'inizio della fusione delle due membrane. A questo punto può cominciare la divisione cellulare. Si forma una struttura più complessa, la blastocisti, che giunge nella cavità uterina (al 5°-6° giorno) e inizia a impiantarsi nell'endometrio. Questo è il momento in cui, secondo la definizione più classica dell'ostetricia, ha inizio la gravidanza (Flamigni, 2001). È del resto questo il momento in cui alcune donne possono avere un'intuizione, più o meno consapevole, del cambiamento che sta avvenendo nel proprio corpo, prima ancora di avere i risultati del test di gravidanza. La donna potrà allora "gestare", piuttosto che "ri-gettare" come corpo estraneo (aborto spontaneo) ciò che si sta formando dentro di lei. Se prende avvio quella che è la "gest-azione", il sistema immunitario verrà inibito nella sua azione contro molecole estranee al corpo della donna, in modo che essa si possa "gravare" (gravidanza) di questo essere che crescerà dentro di lei: questi iniziali delicatissimi processi che danno l'avvio alla gestazione sono da alcuni omologati a quelli che si verificano nei casi di trapianto senza rigetto (Peluffo, 1976).

Con l'impianto della blastocisti inizia una serie di messaggi biologici che giungono alla madre e che avviano una profonda modificazione dell'utero e della blastocisti stessa. La donna intanto, che ha constatato l'assenza del ciclo mestruale (Miraglia et

al., 1984), affronta anch'essa una profonda trasformazione: si tratta degli iniziali vissuti ambivalenti di gioia (se l'evento era atteso), ma anche di paura e ansia, perché l'amenorrea è manifestazione tangibile di cambiamenti corporei che annunciano prove di adattamento al nuovo stato. Come evidenziano Brazelton e Cramer (1991), in questo primo stadio la donna deve "accettare la novità": il suo corpo si sta predisponendo alla gestazione, il primo compito è quello di accettare il "corpo estraneo". Mentre nella profondità del suo ventre si completa l'embrionogenesi, la madre attraversa momenti di regressione e di ripiegamento su se stessa, che si manifestano spesso con un'ipersomnia. Il sentire una maggiore necessità di dormire è la manifestazione di una regressione, in cui la madre si identifica con il feto (Soifer, 1971). Può anche rappresentare una difesa (Nunziante Cesaro, 1988) dalla conflittualità emergente, con l'insorgere di ogni gravidanza, tra il trattenere o l'espellere il prodotto del concepimento.

Sono presenti fantasmi minacciosi connessi al pericolo di un rigetto dell'embrione e quindi di un aborto. Durante il primo trimestre di gravidanza la donna è impegnata nell'accettazione della gravidanza stessa; anche se il figlio è stato desiderato e programmato, il pensiero dei cambiamenti che avverranno attiva processi ambivalenti di accettazione e rifiuto, che si rendono evidenti in numerose manifestazioni psicosomatiche di questo periodo. Possono comparire nausea e vomiti, dolori gastrici, intolleranze o preclusioni alimentari, insaziabile fame, diarrea, stipsi, iperemesi, correlabili psicoanaliticamente ai sentimenti ambivalenti di accettazione o rifiuto del "corpo estraneo" che sta crescendo dentro di lei. Nausee e vomiti sono stati considerati espressione del conflitto tra rifiuto e accettazione della gravidanza, ambivalenza tra desiderio e paura di aspettare un bambino (Deutsch, 1945; Pines 1972, 1982). Il vomito può significare un desiderio inconscio di espellere l'embrione e ristabilire la precedente condizione. Compito adattivo di questa fase è quindi l'accettazione del feto come parte di sé, in un'esperienza di fusione. Tutte le manifestazioni fisiche che emergono nella gravidanza, anche nelle sindromi patologiche (gestosi), sono da considerarsi in chiave psicosomatica (cfr. cap. 3): il soma esprime quello che non può essere mentalizzato (Imbasciati, Margiotta, 2005, cap. 11). Tutto ciò è assai probabile che comporti messaggi all'embrione prima ancora che diventi feto.

2.1.4 Dinamiche affettive profonde e comunicazione

Molti autori, e autrici soprattutto, di orientamento prevalentemente psicoanalitico, hanno individuato le dinamiche psichiche inconscie che si sviluppano nella donna in gravidanza ed hanno sottolineato come queste si possano trasmettere al feto. Tali studi, che provengono dall'osservazione clinica, mettono però talora in ombra il fatto che tale "trasmissione affettiva" deve pur sempre avvenire attraverso una "comunicazione", e che questa deve pur sempre esser mediata da sensorialità e comportare, in connessione e in ricezione, codifica e decodifica da parte degli apparati che rispettivamente la emettono e la recepiscono.

Nella donna si sviluppa spesso ansia, correlabile all'incertezza di essere incinta e paure legate all'immagine della propria capacità materna, a sua volta collegata attraverso proiezioni e introiezioni al rapporto con la propria madre, alla propria storia infantile; si riattivano spesso nella memoria, insieme a ricordi ed emozioni di quel periodo, conflitti che non sono stati risolti; in altri casi si rileva una componente persecutoria: la donna avrebbe paura del proprio rifiuto (Brustia, 1996) e cercherebbe di "rigettarlo", espellendo ciò che è cattivo (la parte che rigetta la maternità) e conservando ciò che è buono (il bambino). Ma in questo tentativo aumenterebbe la paura di rigettare il bimbo stesso: di qui la persecutorietà. Un rifiuto della gravidanza può sussistere anche quando questa è stata voluta e cercata. Analogamente a quanto accade per le vicissitudini che coinvolgono i nostri primi oggetti d'amore, si possono sperimentare stati di amore ("oggetto buono"), ma anche contemporaneamente stati di odio ("oggetto cattivo"): sentimenti rivolti allo stesso oggetto attraverso il meccanismo della scissione, a seconda della propria esperienza vissuta (Klein, 1969), descrivono le vicissitudini nei confronti del bambino. Allo stesso modo in cui avviene una scissione dell'oggetto primario, in buono e cattivo, la donna può operare una scissione tra il "bambino buono", quello che sarà buono e bello, che gratificherà il suo desiderio di maternità, e il "bambino cattivo", quello che potrà deformare il suo corpo, che porterà dolori fisici e preoccupazioni, che impedisce di fumare, che costringe ad una dieta. Questi vissuti ambivalenti nei confronti del bambino possono dare origine all'alternarsi di vomiti e voglie, in cui si ritrovano le modalità dell'espellere e dell'incorporare, che rimandano alle modalità di trattene-

re ed espellere, e che caratterizzano gli impulsi protettivi e ostili nei confronti del feto: espellere il bambino cattivo con il vomito e reincorporarlo con le voglie.

“La gravidanza può essere considerata l’esperienza psicosomatica per eccellenza: è leggibile infatti una circolarità fra le dimensioni più fisiche e quelle più psichiche: fin dall’inizio dove un evento psichico, dai mutevoli gradi di consapevolezza (dal desiderio di avere un figlio alla disponibilità di rimanere incinta), permette che un rapporto sessuale – esperienza questa sia fisica che psichica – dia avvio alla gestazione, la quale, a sua volta, promuove o incentiva processi mentali – in particolare di rielaborazione delle proprie esperienze passate e di progetti ed aspettative future – i quali, a loro volta, hanno una ricaduta – somatica – sull’andamento della gravidanza e del parto” (Manfredi, Imbasciati, 2004, pag. 407). In questa esperienza psicosomatica avvengono le prime comunicazioni tra la gestante e il suo bimbo: si tratta di un continuum di comunicazione mediata biochimicamente, ma modulata psichicamente da ciò che avviene nella mente della gestante; una comunicazione psicobiologica, dalla madre all’embrione e poi al feto, nonché viceversa da questi alla madre. Una comune mentalità medicalistica porta spesso a considerare questa comunicazione somatica primaria come dettata unicamente da automatismi biologici. In realtà essa non è una comunicazione puramente somatica, bensì psicosomatica: quanto sopra descritto circa le vicissitudini psichiche riguardanti la gravidanza, agiscono, del tutto inconsapevolmente nel cervello della donna, su tutta la modulazione psicosomatica (asse ipotalamo/ipofisario, assetto ormonale, meccanismi immunitari) del suo organismo e da qui per via umorale passano all’embrione. Questi a sua volta “risponde”, sempre per via umorale, all’organismo materno e, attraverso questo, anche alla mente della madre.

Tutta questa comunicazione primaria, anzi “primarissima”, non va trascurata nei confronti di una successiva (ma sempre primaria) comunicazione di tipo più psichico, che inizia quando messaggi non più umorali, bensì sensoriali intervengono, reciprocamente tra madre e feto. Tra questi, di primaria importanza sono quelli che corrono nella sensorialità tattile-proprioceettiva motoria dei movimenti della madre rispetto alle sensorialità del feto; nonché nella comunicazione sonora (Manfredi, Imbasciati, 2004). Non è pensabile che tutta questa comunicazione non abbia un effetto su tutta la successiva e progressiva comunicazione che accade

dopo la nascita e costituisce la base della costruzione della mente del futuro individuo (Imbasciati, 2006a, b). È d’altra parte tutta questa catena di successive e progressive modalità di comunicazione che “costruisce” le basi della mente del bimbo, nel dialogo che ben presto si struttura in modo reciproco e che regola la costruzione della mente del futuro individuo.

La Soifer (1971) segnala sette momenti critici durante la gravidanza, in cui la comparsa di vissuti e fantasie è associata a corrispondenti sintomatologie somatiche: all’inizio della gestazione, quando l’organismo deve “prendere la decisione” (psicosomatica, ovviamente non consapevole) di trattenere o espellere il prodotto del concepimento; al secondo e terzo mese, in corrispondenza della formazione della placenta e quindi di una comunicazione umorale reciproca più ricca; verso i tre mesi, al percepire i primi movimenti fetali; al quinto mese con il pieno manifestarsi dei movimenti fetali; al settimo mese, in corrispondenza del rivolgimento interno del feto; al nono mese, nella piena consapevolezza del parto prossimo. Al secondo e terzo mese in corrispondenza con la formazione della placenta, secondo la Soifer (1971) subentra un adattamento psico-corporeo alla nuova condizione, con l’attivazione di processi identificatori di sé come una buona madre che accoglie, e con il feto, che sta crescendo dentro. Sarebbe fondamentale, in questi primi mesi di gestazione, che si realizzi l’accettazione del feto come parte integrante di sé, attraverso una prima unione simbiotica, affinché possa completarsi, psicosomaticamente, la formazione stessa dell’embriogenesi. La gestazione si può allora dividere in due grandi periodi: dal concepimento al quinto mese-sesto mese, in cui la gravida sperimenta la fusione, e dal sesto mese fino alla nascita, in cui essa sperimenta la separazione.

Con la nona settimana di gestazione il piccolo, prima denominato embrione, viene chiamato feto: ha l’aspetto di un fagiolo è lungo 30-35 millimetri e pesa 10-11 grammi. Si presenta ripiegato su se stesso, la testa è molto più grande rispetto al resto del corpo. Già gli organi interni cominciano a formarsi e si assiste all’iniziale sviluppo degli arti. Sono riconoscibili i primi tratti del volto. Alla fine del terzo mese il feto è lungo 12 centimetri e pesa circa 110 grammi. Tutti questi sviluppi sono oggi direttamente visibili attraverso l’ecografia: la donna può così “vedere” il suo bimbo e in tal modo le trasformazioni del feto interagiscono più strettamente con le parallele sue trasformazioni psichiche.

L'esperienza ecografica ha così una grossa incidenza nella psiche della donna, che fa ipotizzare non trascurabili circuiti psicosomatici tra lei e il feto. Verso il terzo, quarto mese può essere possibile alla madre una percezione dei primi movimenti fetali, che progressivamente, da rapidi e irregolari, interessanti tutto il corpo del feto, evolvono in movimenti lenti e di tipo segmentale, sempre più verso una coordinazione motoria. In molti casi i movimenti non vengono percepiti che a partire dal quinto mese, se non oltre. Può accadere nelle primigravide, non nelle pluripare, che vi sia all'inizio una scarsa dimestichezza nella discriminazione percettiva dei movimenti fetali rispetto a quelli di altri organi interni del proprio corpo, e può anche essere che la percezione dei primi movimenti fetali susciti ansia, per la riattivazione di antichi conflitti connessi allo sviluppo psicosessuale infantile della donna, che possono essere elusi attraverso il meccanismo della negazione e dunque della non percezione dei movimenti stessi. Dal terzo al sesto mese dunque, i movimenti fetali permettono a livello psichico il differenziarsi della madre dal bambino; fino a questo momento la fusione tra i due esseri è stata tale che neanche la prima ecografia, attraverso la quale la madre ha potuto avere la percezione visiva del feto, ha prodotto un senso di separazione; il vissuto fatto di percezioni interne che la gravida ha del proprio bimbo è molto articolato e la visione ecografica spesso non produce in lei sensazioni così intense come invece è per il padre, per il quale assistere all'ecografia è spesso un'esperienza fondamentale, che lo coinvolge perché può finalmente constatare la presenza del prodotto del concepimento.

Le descrizioni della Soifer fanno riflettere su come le vicende psichiche materne si possano tradurre in altrettanti messaggi, all'embrione e poi al feto, che possono avere effetto strutturante sulle prime basi su cui si svilupperà la sua mente: sorge pertanto l'interrogativo sulla qualità futura della mente del bimbo. Tutte le vicende che si svolgono nella mente materna, angosce e conflittuali piuttosto che di trasformazione costruttiva, ottimali piuttosto che patologiche, possono tradursi in altrettante comunicazioni che andranno a strutturare la mente del bimbo.

Molti altri autori si sono soffermati sull'argomento. Capello e Vacchino (1985), ricalcando il pensiero della Mahler (1963), descrivono due fasi della gravidanza. La prima, all'inizio, fino alla percezione dei movimenti fetali, sarebbe simbiotica. La percezione dei movimenti fetali, sempre se nella

donna è presente una sufficiente disponibilità emotiva a percepire la differenziazione del sé dall'oggetto simbiotico-feto, determina l'avvio di una seconda fase, di separazione-individuazione, che contraddistingue le esperienze psichiche della gravidanza, fino al termine della gestazione, insieme al riconoscimento del bimbo" come entità differenziata, che permetterebbe inoltre la nascita psicologica di "identità materna". In quest'ultimo periodo della gravidanza può nascere il timore della perdita dell'oggetto e si potrà avvertire angoscia di separazione: nella gravida si possono rianimare le primitive vicissitudini della sua infanzia, relative alla differenziazione della rappresentazione dell'oggetto come separata dal Sé. La paura del parto può presentarsi come distacco, faticoso, sia dal punto di vista fisico che psichico: alla paura di perdita si uniscono sia la paura del danneggiamento della propria integrità fisica, che il timore di danneggiare o anche di far morire il bimbo (Fornari, 1976). Per eludere questi vissuti negativi la donna può anche attivare fantasie in cui il figlio viene immaginato come già grande o nato senza essere stato partorito (Grigio et al., 1987).

La gestazione (che rimanda al concetto di creazione culturale e lavorativa) richiama il significato di "oggetto relazionale" (Capello, Vacchino, 1985), in quanto il figlio assume le valenze del lavoro simbolico e organico della madre: l'oggetto interno figlio è un oggetto relazionale prodotto di un accoppiamento tra due persone, e si colloca entro una rete transgenerazionale di rapporti familiari; il feto è un "oggetto interno" inteso in senso letterale e concettuale, integrazione tra realtà biologica e simbolica: dopo la successione delle fasi fusiva e simbiotica, nel primo periodo della gestazione, l'individuazione del bimbo come oggetto relazionale avviene proprio perché lui comunica la sua presenza reale e tangibile attraverso una motricità autonoma. È necessario poi che la madre operi un'adeguata integrazione tra le manifestazioni di individualità del bimbo dopo il parto con quelle manifestate dal feto mentre era contenuto nel proprio ventre, per una continuità senza eccessivo divario tra l'"immagine" mentale e la presenza reale del neonato.

Dal punto di vista dell'osservazione scientifica, la possibilità di visualizzare il feto attraverso l'ecografia non consente semplicemente di misurarne morfologia e accrescimento, ma di osservare i movimenti del bimbo come comportamento, e quindi trarne inferenze sul suo sviluppo psichico. Il feto inizia a mandare i suoi primi messaggi proprio attraverso l'articolazione di movimenti: si possono

qui riscontrare gli effetti della comunicazione materna sulle strutture psichiche che iniziano a formarsi nel cervello del feto. L'attenzione degli autori è pertanto rivolta alle correlazioni tra comportamenti e messaggi della madre e risposte del feto. I movimenti attivi fetali sono stati individuati come indicatori della regolarità di sviluppo e del benessere del feto: una variazione è un indicatore di eventuali stati di sofferenza, somatica ma soprattutto psicosomatica e relazionale.

Ianniruberto e Tajani (1981) hanno per primi descritto la progressione delle caratteristiche dei movimenti fetali. Anche altri autori, come de Vries, Visser e Prechtl (1985), concordano sulla complessità e sulla significatività del repertorio motorio. Dalla decima settimana in avanti i movimenti si strutturano come "schemi motori" (Camaioni, Di Blasio, 2002). Tutto questo viene assunto come acquisizione da parte del feto di capacità di discriminazione e coordinazione motoria, percettiva e percettivo-motoria, che dice di acquisite capacità mentali, con le relative memorie, sia percettive che

motorie. Queste prime strutture mentali sono sostenute da corrispondenti strutture neurali (connessioni sinaptiche) che si sono costruite, solo in parte per una predisposizione genetica, ma in parte prevalente per acquisizione dalle situazioni esterne, cioè per apprendimenti; come dimostrano gli studi più recenti. Il feto pertanto acquisisce una capacità non solo di rispondere differenziatamente, ma anche, con tali risposte differenziate, di comunicare: si può così parlare di un dialogo tra il feto e l'ambiente, o meglio tra il feto e la gestante, fonte di apprendimenti per il feto (ed anche per la madre) e quindi di sviluppo, che si rivelerà in pieno dopo la nascita, e che continuerà nei successivi mesi (approssimativamente diciotto) dell'accudimento.

Tali dati sono di rilevante importanza se si pensa che il dialogo genitori-figli fonda le basi del futuro sviluppo mentale (e psicosomatico) del bimbo, e che, a seconda di queste basi, il futuro individuo si svilupperà, in meglio o in peggio; e che questo sviluppo inizia già nella vita fetale, forse embrionale.

2.2 LA COMUNICAZIONE GESTANTE-FETO

(Antonio Imbasciati, Loredana Cena)

2.2.1 Ecografia e movimenti fetali

La possibilità di monitorare la fisiologia della gravidanza con indagini ed esami diagnostici ecografici (ora possibili anche a livello tridimensionale) o con le nuove tecnologie ostetriche come l'amniocentesi, la cardiotoconografia computerizzata, il rilievo dei vari parametri cardiotoconografici, permettono oggi, non solo agli studiosi, ma anche alla madre e alla coppia, di seguire direttamente lo sviluppo della vita intrauterina del loro futuro bambino e di sentirsi quindi partecipi (Arnould-Driss, 2003; Legros, 2003). Questo incrementa la loro disponibilità ad affinare la capacità di intervenire attivamente e positivamente nella relazione comunicativa che promuove lo sviluppo del feto; e di conseguenza poi del neonato e del bimbo (Sarto, Righetti, Venturini, 1998).

Vedere il proprio bambino è un momento importante per lo sviluppo delle capacità genitoriali. Ancor più, per la coppia, è il vederlo congiuntamente, padre e madre. Vedere che il proprio bimbo cresce normalmente rassicura i genitori, e soprattutto la madre: questa rassicurazione fa fronte alle inevitabili pur sempre presenti anche se nascoste angosce di mal-

formazione, che sempre accompagnano le fantasie femminili, soprattutto inconscie, circa il prodotto del proprio concepimento. Tali angosce si radicano nello sviluppo emotivo primario della bambina, come rappresentazioni concrete degli "oggetti cattivi" che si configurano persecutoriamente nella relazione inevitabilmente invidiosa della bambina verso il grembo della propria madre (Imbasciati, 1990). Ogni bimbo si rapporta alle capacità creative della propria madre e nella relazione con lei si animano oggetti buoni e oggetti cattivi: per la bimba i primi contengono la speranza di diventare a propria volta una buona madre, capace di fare dei bei bambini, i secondi sono concrezioni di vissuti di disappunto, di inferiorità, aggressività proiettata e ritorta entro il proprio corpo, le cui immagini più concrete, che si animano quando la bimba sta per diventare a sua volta madre, sono quelle di bambini deformi e mostruosi, che ella potrebbe partorire. Pertanto nella donna, nel seguire le ecografie del proprio bimbo, nascono sentimenti contrastanti: anche se il monitor le rimanda immagini di normalità, confermate dall'ecografista, ella può sempre dubitare, ad ogni minima ombra, che il suo bimbo sia deforme; l'immagine reale sul monitor

non corrisponde mai a quella del “bambino immaginato”, e le emozioni non sempre sono positive. Spesso la donna dice di non riuscire a percepire i movimenti che invece vengono registrati. Le immagini poco chiare, attraverso i contrasti del chiaroscuro, la rimandano a vissuti di incompletezza, incertezza, timore, in una situazione ambigua che talora finisce per rappresentare una “fantasia abortiva” (Soulè, 1999) del bambino immaginato/rio.

La ricerca dell'individuazione del sesso del nascituro non viene richiesta in molte coppie, anche se richiedono l'ecografia: questo è significativo di come le pure informazioni non siano rilevanti nei confronti dei vissuti emotivi della coppia. L'ecografia serve ad altro: come esame diagnostico dovrebbe assicurare sul benessere fetale, ma non adempie pienamente a questo scopo, perché a livello emotivo sussistono, inconsciamente, dubbi e paure. Non sempre l'ecografia tranquillizza la donna, che spesso può addirittura richiedere di effettuare più ecografie del dovuto, ansiosa di verificare che “l'immagine reale” smentisca i suoi timori e diventi nel tempo sempre più vicina a quella del suo “progetto mentale”.

Secondo Stern (Stern, Bruschweiler, 1998) il processo relativo alla creazione del bambino immaginario, che attraversa l'intera gravidanza, ha inizio generalmente dopo il terzo mese, quando dalle indagini diagnostiche si sono avute conferme del regolare procedere dello sviluppo. In questa fase la maggioranza delle donne inizia a fantasticare sulle caratteristiche fisiche e psicologiche che il loro bambino potrebbe avere; per altre donne è invece necessario un tempo più lungo per elaborare il proprio stato e può anche accadere che nemmeno alla fine del primo trimestre riescano a rivelare pubblicamente la gravidanza in corso.

Durante il quarto mese l'esperienza del feto reale, proprio attraverso le ecografie, sollecita le fantasie sul bambino immaginario, e tra i quattro e i sette mesi la maggioranza delle madri le sviluppa, mentre si va configurando con sempre più precisione un'immagine realistica del proprio bambino. La gravida inizia a immaginare il bimbo con una sua fisionomia, a volte a chiamarlo già con un nome; il bambino immaginario della gravidanza nasce dalla riattivazione del “bambino della notte” (Vegetti Finzi, 1990) dei sogni infantili. Le fantasie sul bambino diventano ora più definite: la madre sogna il bambino perfetto, anche se contemporaneamente può continuare ad avvertire angosce più o meno intense per le possibili malformazioni (Brazelton e

Cramer, 1991). Il bambino può presentare contemporaneamente caratteristiche meravigliose, conferma per la donna della propria interna integrità, ma può essere anche contemporaneamente rappresentato come brutto e mostruoso, prova della avvenuta ritorzione degli attacchi distruttivi rivolti un tempo al grembo e al figlio della propria madre (Soifer, 1971). Le fantasie positive relative al bimbo hanno spesso il loro opposto nell'immagine del figlio “mostro” che Fornari (1981) definisce “angoscia genetica”, collegata ad un senso d'inadeguatezza e insicurezza verso la propria capacità generatrice. La percezione dell'alterità sollecita vissuti che richiamano aspetti ideali e mostruosi connessi da una parte alla precedente fase di accettazione e rifiuto del feto e che dall'altra potranno riemergere durante la fase espulsiva del parto, quando la donna non riesce a partecipare attivamente alla nascita del bimbo in quanto teme di fargli male e che nasca malformato.

È al quarto mese che il volto del feto reale inizia ad assumere un aspetto abbastanza definitivo: la testa appare meno sproporzionata rispetto al resto del corpo, lo scheletro irrobustito, la cute appare ricoperta di lanugine. Il feto, anche completamente formato, sarebbe incapace di sopravvivere se la connessione con la placenta venisse interrotta: solo al 7° mese si forma l'epitelio polmonare che permetterà ai polmoni di poter funzionare. Tutto ciò può essere seguito dalla donna attraverso le ecografie e tutte le altre informazioni che ella, nella nostra attuale società, può ricevere. Tutto questo ha una notevole influenza nella relazione e svolge una non indifferente funzione di modulazione delle comunicazioni intercorrenti tra gestante e feto. Lo stimolo fornito dai rilievi ecografici al lavoro emotivo della donna modula e incrementa la comunicazione che questa emana e intrattiene col suo bimbo, condizionando globalmente la qualità della relazione e specificatamente la qualità degli apprendimenti del feto, pertanto la qualità della sua struttura mentale in formazione. In questi processi d'apprendimento, del tutto inconsapevoli e riguardanti le prime memorie implicite, è estremamente difficile determinare quali esattamente siano i significati dei messaggi emessi dalla madre, né come questi vengano decodificati dalla nascente mente fetale; e di conseguenza quali strutture mentali si generino. Indubbio è però il loro valore e questo rende il campo d'indagine estremamente interessante, e ancora quasi del tutto da scoprire.

Nella seconda parte della gestazione può essere presente nella donna una forma di angoscia che si declina in molteplici manifestazioni (Soifer, 1971;

Forleo, Padda, Albanese, 2004): paura del figlio "sconosciuto", paura della responsabilità assunta (paura che aumenta con il progredire della gravidanza e con l'aumentare di volume della pancia), paura di morire di parto (simbolica morte di una parte della donna per rinascere come madre), paura di generare un figlio deforme. In queste angosce sono presenti vissuti di colpevolezza per un'onnipotente autosufficienza, fantasmaticizzata attraverso l'unione con il feto dentro di sé, e tale angoscia si può manifestare nel timore di restare con il corpo deformato, di creare un figlio deforme; o di morire di parto.

I movimenti fetali durante il quinto mese di gravidanza diventano di solito chiaramente percepibili dalla madre: una tale percezione comporta, assai più della partecipazione ecografica, una fonte di stimoli per il lavoro emotivo che compie la donna e la conseguente modulazione della comunicazione. La Bibring (1959, 1961), la Pines (1972, 1981, 1982), nonché Brazelton e Cramer (1991) concordano che un notevole compito adattativo richiesto alla donna è quello conseguente alla percezione dei movimenti fetali. La donna prende atto della presenza viva di un bambino dentro di lei, ma come essere autonomo: interiormente ella va incontro ad una riorganizzazione delle proprie relazioni oggettuali interne per prepararsi alla separazione richiesta dall'evento nascita. Fino a questo momento la madre e il bambino sono stati un tutt'uno: Brazelton e Cramer (1991) sostengono che il primissimo "attaccamento" (cfr. cap. 7.2) comincia a questo punto: ora c'è un essere a sé, e la possibilità di una relazione di attaccamento.

La madre può presentare fantasie a "doppia stratificazione" (Pines, 1981): può cioè identificarsi con il feto, che ora manifesta la sua presenza in modo evidente, ma può anche ripetere i suoi desideri di fusione e simbiosi con la propria madre. Questo ritorno al grembo materno da parte della gestante, consente un'ulteriore elaborazione dei bisogni di dipendenza e dei desideri di simbiosi. La gravidanza consente così un'ulteriore opportunità per rielaborare tutti i propri conflitti di separazione, promuovendo una nuova fase del processo di individuazione dalle primarie originarie relazioni simbiotiche (Pines, 1981). Questa tendenza regressiva può talora far sorgere reazioni patologiche: può essere vissuta come una minaccia alla propria identità, in quanto riattiva sentimenti di fusione fra la madre che lei diventerà e la sua stessa madre.

I movimenti fetali accrescono i dubbi che la gravida si pone: periodi di depressione e di euforia possono alternarsi senza che lei riesca a prevederli.

Si riscontrano in questo periodo (5°-6° mese), due atteggiamenti che possono accompagnare tutto il decorso della gravidanza: un ritiro su di sé di tipo narcisistico, oppure un atteggiamento che si manifesta con un'efficienza esagerata: ci sono donne che continuano a svolgere un'attività intensa e non presentano troppa attenzione nei confronti dei sintomi dell'essere incinta. Tale efficienza (Langer, 1951; Soifer, 1971), che si può manifestare con sintomi quali insonnia, bulimia, può celare talora la manifestazione di un rifiuto della gravidanza. La Pines evidenzia come il profondo lavoro interno della gestante, di differenziazione del feto da sé, possa dare origine anche a fantasie di perdita; oppure il bambino può assumere aspetti minacciosi, come di un essere che la potrà distruggere dall'interno, o venire paragonato a feci da espellere. La Soifer (1971) si sofferma su aspetti persecutori che la madre proietta sul feto, sentito come pericoloso, che scalcia, che si muove e che potrà farle male, o addirittura divorarla: si attiverebbe un meccanismo difensivo per cui l'immagine terrificante che ha origine negli impulsi ostili rivolti nei confronti della propria madre incinta viene proiettata sul feto, che assume pertanto caratteristiche minacciose.

Il riconoscimento del ruolo del padre (Brazelton, Cramer, 1991) può venire in aiuto alla fatica della gravida nel lavoro psichico di separazione dal feto e di differenziazione dalle proprie fantasie: esso attenua i suoi timori di inadeguatezza e la sua ansia nei riguardi del nuovo ruolo, in quanto la rassicura che ella non è l'unica genitrice e quindi non sarà l'unica responsabile di eventuali fallimenti. I lavori di Fornari (1976, 1981) descrivono il ruolo del padre, del partner della donna, come la figura che libera la donna dalle sue angosce persecutorie interne, aprendole la strada ad un rapporto d'amore verso il figlio e di riconoscenza verso i propri genitori. Se la relazione della donna coi genitori, il padre in particolare, è ombreggiata da conflittualità e risentimenti, questi possono venire proiettati sia sul partner che sul futuro figlio, con conseguenze meno favorevoli.

Nell'ultima fase della gravidanza la donna si trova ad affrontare la paura del parto. Il parto, momento culmine del processo della maternità, è il momento in cui si incontra il bimbo che per nove mesi è stato immaginato e con cui si è comunicato: il passaggio dalla situazione di fusione-dentro-a quella di separazione-fuori diviene reale. Il "camicino fantasma" (Vegetti Finzi, 1991), preparato realmente e simbolicamente dalla madre per coprire il figlio, è riempito dal "bambino del giorno", che

prende il posto del “bambino della notte”. Il parto fisiologico è connotato nel suo svolgersi dal passaggio da uno stato di onnipotenza, per le plurime identificazioni che hanno caratterizzato il periodo della gestazione, alla formazione di due identità distinte, quella della madre e del figlio; il parto naturale diventa un “organizzatore” (Riva Crugnola, 1987) dell’esperienza emotiva e consente di sperimentare la propria capacità di “far nascere”, nonché quella del “nascere del bimbo”.

La percezione dei movimenti fetali costituisce l’area più evidente della comunicazione tra gestante e feto e quella in cui, più delle altre è implicata la consapevolezza della donna: l’innegabile impatto del sentire il bimbo muoversi dentro la pancia muove tutta la struttura mentale della donna e la qualità della percezione materna: in confronto con la qualità e l’intensità degli effettivi movimenti fetali, porta a interessanti osservazioni cliniche. Una donna può sentire, all’inizio, movimenti fetali del tutto normali eppure, per la sua struttura interiore, viverli come minacciosi, o eccessivi. Questo allarme potrebbe produrre messaggi verso il feto, vuoi inibendo la sua motricità, e pertanto mettendo a rischio di deficit parte del suo sviluppo motorio e psichico, vuoi al contrario esasperando i movimenti; creando in quest’ultimo caso un circuito autoalimentatesi e progressivo di “allarme > percezione esagerata dei movimenti > sensazione di pericolo > messaggi al feto > esasperazione dei suoi movimenti effettivi > maggior allarme”. Secondo alcuni, si potrebbe generare in tal caso la sindrome del feto-neonato ipercinetico.

In ogni caso l’attivarsi dei movimenti fetali segna l’inizio di un dialogo motorio-proprioceettivo tra madre e bimbo, che a sua volta anima, ravviva e modula tutti gli altri dialoghi, sia sensoriali che umorali. Il complessivo dialogo madre-bimbo condizionerà i di lui apprendimenti e la costruzione della sua nascente struttura mentale. Il fatto che tale dialogo, così importante per la fondazione e lo sviluppo di una mente in un futuro individuo, avvenga del tutto al di sotto dei livelli di coscienza (anche la percezione della motricità è regolata da fattori inconsci) e soprattutto al di sotto di intenzionalità da parte della donna, rende lo studio in tal campo di estrema complessità. Parimenti complessa è la ricerca di quel punto zero, di partenza, per lo sviluppo mentale: forse a livello embrionale, più che fetale; o forse non individuabile come “punto”, ma solo constatabile quando il suo impercettibile sorgere, potrà essere rilevato da qualche strumento, clinico o biologico sperimentale.

La ricchezza e la complessità delle scoperte psicologiche, favorite dalle attuali tecniche di osservazione corroborate dai recenti strumenti tecnologici, sollecita in questi anni l’attenzione e la ricerca di tutti gli operatori della nascita, ostetriche, ostetrico-ginecologi, neonatologi e pediatri, oltre che, ovviamente, psicologi clinici e psicoanalisti che si occupano oggi di psicologia prenatale, ovvero studiano le interazioni e le comunicazioni tra gestante e bimbo che sono responsabili del buon sviluppo di questi. Le relative scoperte gettano luce sui primordi della vita psichica, sulla sua origine, ma soprattutto sul come questa non si sviluppi “per natura”, bensì per la cura che gli adulti, gestante in primis, si prendono, dal concepimento e prima ancora nel rapporto di coppia, nello sviluppare la dimensione genitoriale.

Questa dimensione sarà sviluppata sulla base della “competenza comunicativa” che si svilupperà nella gestante, partendo dal proprio bagaglio affettivo strutturatosi lungo la sua vita di bimba e di donna, e si alimenterà e arricchirà nella gestazione, secondo le vicende interne che qui abbiamo sommariamente descritto. L’attenzione a queste, nell’aiuto che alla donna potrà essere dato da tutte le persone, partner in primis, che le sono vicine, favorirà uno sviluppo ottimale di quella “competenza comunicativa primaria” che segnerà l’inizio della mente del futuro individuo.

In questo percorso, che potenzialmente inizia con l’innamoramento e termina con un bimbo che parla, cammina e ragiona, noi assistiamo alla costruzione della mente di un futuro uomo. Una mente non dono della natura – tale è solo il cervello dell’homo sapiens inteso come tabula rasa –, bensì dono dei genitori; e di tutti coloro che hanno aiutato ed aiutano questi genitori. Di qui la massima cura di tutte le organizzazioni assistenziali che assistono, o che dovrebbero il più possibile assistere, il “percorso nascita”. Dall’unione di un uomo e di una donna, fino allo sviluppo di un altro uomo: ma anche di un’umanità e di una società migliori.

2.2.2 La comunicazione motoria

La percezione della motricità fetale da parte della madre e la sua risposta ad essa attraverso il medium della propria corporeità, le consente un primo dialogo comunicativo con il bimbo in utero. La percezione dei movimenti del bimbo può venire considerata quale indicatore di una buona capacità discriminativa proprioceettiva materna, e può fornirci informazioni, insieme ad altri indicatori (Manfredi, Imbasciati, 2004) del dialogo comunicativo primario che la

gestante può avviare con il suo bimbo. Dopo le comunicazioni umorali dei primi mesi di gravidanza, i movimenti fetali possono assumere significato nella mente materna e pertanto un carattere più specificatamente psichico, entrando a far parte di quella "relazione" che sarà la matrice non solo delle vicende psicosomatiche perinatali, ma anche del futuro sviluppo psichico del neonato e del bimbo.

Ianniruberto e Tajani (1981) hanno per primi tracciato una mappa della progressione delle caratteristiche dei movimenti fetali: prima i cosiddetti movimenti vermicolari, poi movimenti globali del corpo (*startle*), poi ancora risposte a stimoli specifici (*startle* specifico), che cessano qualora la stimolazione venga ripetuta frequentemente, evento (*habituation*) che viene assunto come primo indicatore di riconoscimento percettivo, dunque di memoria. Dalla sedicesima settimana iniziano comportamenti esplorativi: il feto con le mani sembra esplorare le pareti della placenta, toccarsi il cordone ombelicale, la testa, i piedi, mediante una coordinazione dei movimenti. La sua motricità inizia poi a variare, in funzione della percezione differenziata di stimoli sonori esterni.

Milani Comparetti riferisce della motricità del "bambino in utero" (Milani Comparetti, 1981), utilizzando in specifico la terminologia – bambino – come per sottolineare che usare il termine feto alimenti troppe differenze tra il periodo della vita pre e postnatale: c'è infatti una continuità motoria nello sviluppo, dai primi patterns motori primari – PMP – individuati, propri della specie e senza finalità funzionale – dalla decima alla ventesima settimana – fino ai movimenti con valenze attive, e quindi comunicative. Prechtl (1984) fa riferimento ad una relazione di continuità tra tutta la motricità prenatale e quella dopo la nascita, mentre la maggior parte di altri autori la individuano in certi aspetti comportamentali, come ad esempio nei movimenti di stretching-rolling (Patrick, 1982), o nella ciclicità motoria ricorrente durante gli stati di sonno (Robertson, 1985; 1987), oppure in riferimento al movimento degli occhi e del corpo, sempre durante gli stati di sonno (Pillai, James, 1990). Le differenze sessuali sono un'altra variabile considerata dalla ricerca sperimentale (Almli, Ball, Wheeler, 2001) una continuità tra i movimenti pre-natali e perinatali, è più evidente nelle femmine che nei maschi, sempre circoscritta agli stati di sonno.

Nella vita fetale viene prodotto un numero enorme di cellule nervose, con relative sinapsi: l'esercizio motorio sembrerebbe essere funzionale perché

alcune connessioni, con le relative funzioni (pattern motori), si possano stabilizzare, in quanto efficaci, mentre altre regrediscono. Alcuni movimenti come la rotazione del capo e gli stiramenti non sembrano avere una funzione specifica durante la vita intrauterina, ma la rivelano alla nascita, in quanto necessari per la partecipazione attiva del bambino all'espletamento del parto. Anche in alcuni movimenti non coordinati si possono individuare caratteristiche funzionali, come ad esempio l'attivazione dei muscoli estensori e flessori, prodromici di una successiva deambulazione precoce.

Il movimento ha la funzione di permettere la specializzazione e il consolidamento anche di funzioni specifiche del midollo spinale, che con quelle encefaliche controlleranno e guideranno il movimento della vita postnatale (Cioni, 1991, 1993; Cioni, Paolicelli, 1999). Dunque l'attività motoria serve al feto per imparare progressive ulteriori capacità di movimenti più organizzati. Ragionevole è allora considerare quanto la risposta materna possa modulare tali apprendimenti.

Mentre le caratteristiche dei movimenti fetali e la loro epoca di insorgenza sembrano stabili, almeno nelle gravidanze fisiologiche, si riscontrano invece differenze interindividuali nella frequenza dei vari tipi di movimento (Vries et al., 1982, 1988; Rayburn, 1983; Prechtl, 1984), riscontrabili in correlazione con le modalità di azioni quotidiane della madre e connesse ai ritmi sonno-veglia. La specificità motoria, come per altre competenze riscontrabili nello sviluppo, definisce le peculiari caratteristiche che contraddistinguono un feto dall'altro, che potremmo forse chiamare una sorta di "identità psicomotoria fetale". Al momento attuale non conosciamo bene il significato che queste differenze, tra un feto e l'altro, potranno avere sulla vita futura del bambino ed in particolare sulle caratteristiche postnatali del comportamento (Camaioni, 1993), tuttavia è ipotizzabile che abbiano una qualche relazione con la successiva costruzione della mente (Manfredi, Imbasciati, 2004).

Dalle ecografie e dalle descrizioni delle donne è evidente che ci sono feti più in movimento di altri. L'influenza più o meno elevata di produzione materna di ormoni, può senz'altro modulare la quantità di movimenti fetali. La produzione di ormoni è però a sua volta in relazione con le funzioni emotive che si attivano nella madre durante la gravidanza. Dunque attraverso la via ormonale l'emotività della madre modulerebbe l'acquisizione motoria del feto.

Tra madre e feto lo scambio emotivo avviene attraverso molteplici forme di interazione chimica: se lo stato emotivo materno è piacevole e positivo, si ha un'increzione di endorfine e catecolamine, che passano al feto; se invece lo stato emotivo è negativo, il feto può subire scariche adrenaliche. Le emozioni materne possono pertanto influenzare in vario modo lo sviluppo neurocomportamentale fetale: situazioni di depressione materna sarebbero origine di stati di minore attività motoria e irritabilità del feto (Field, 1995; Dipiero, 1996). Condizioni di stress materno possono essere fonte di disturbi neurobiologici fetali: in particolare è evidenziabile l'influenza negativa degli stati di ansia e di condizioni prolungate di stress materno (Ianniruberto, Tajani, 1981; Rossi, 1980), con un aumento della attività motoria fetale che si manifesta con pattern anormali, disorganizzati, e periodi di ipocinesia.

Situazioni particolarmente stressanti nella vita della madre gestante si dimostrano correlati a complicazioni e rischi ostetrici, come nascite premature (Copper, 1996; Wadhwa, 1999), o presentazioni difficili o comunque difficoltà nel travaglio. La comunicazione emotiva tra madre e feto è dimostrata da molte ricerche sperimentali. Per esempio, se si stimola la gestante con immagini emotigene, rispettivamente attivanti o rilassanti, si riscontrano ecograficamente nel feto variazioni della motricità che dicono di un'avvenuta comunicazione (Righetti, 1996, 1998; Righetti, Sette, 2000).

La Piontelli (1987, 1988) sottolinea come ogni feto manifesti differenze comportamentali che, con certe modalità, proseguono in ambito neonatale, anche se le esperienze e la natura dell'ambiente dopo la nascita mutano. L'autrice sottolinea che le esperienze prenatali possano avere risonanze emozionali profonde sul bambino, in modo determinante sul suo futuro sviluppo, soprattutto se gli eventi sono rinforzati da successive esperienze neonatali.

Gli autori sono concordi sul fatto che i movimenti fetali, che segnalano alla donna in modo tangibile la presenza concreta di un essere separato da lei, sono una linea di demarcazione importante nell'evoluzione del processo di gestazione.

I movimenti fetali sembrano essere correlati inversamente a quelli della madre: dai monitoraggi emerge che il feto sembra maggiormente muoversi quando questa si riposa. La distribuzione della quantità di movimenti nell'arco della giornata è opposto a quello della madre: il bimbo si muove di più durante la notte e meno al mattino. Questo evento ha dato adito a inferenze su un possibile dialogo

motorio tra madre e bimbo, mediato forse da messaggi umorali. La produzione di acido lattico, per esempio, che raggiunge il livello massimo quando la madre riposa dopo una attività, può essere uno stimolo ai movimenti fetali (Brazelton, Cramer, 1991). Comunque nelle ore notturne il feto si muove di più, mentre quando la madre riprende la sua attività avviene il contrario: questa alternanza potrebbe essere accostata a quella che si ritrova alla nascita, tra madre e bambino, e che viene descritta da Stern (1987) come "danza", perché presenta ritmicità e alternanza comunicativa. Quando la madre si muove è come se il feto, seguendo i movimenti materni partecipasse alla sua comunicazione, fatta di gesti e ritualità quotidiane: è come se imparasse attraverso ad essi a conoscere la "sua mamma", le sue abitudini, i suoi ritmi di lavoro e riposo, i suoi ritmi sonno-veglia, il suo benessere e il suo stress. Quando la mamma si riposa e lo può "ascoltare", il bimbo inizia a sua volta la sua comunicazione, attraverso i movimenti, e inizia a farsi "conoscere". Può così, già in epoca fetale, avere inizio un dialogo, che la mamma, e anche il padre nella misura in cui partecipa alla gravidanza della sua compagna, possono modulare, anche attraverso stimolazioni addominali come massaggi, carezze e voci rivolte "direttamente" al bimbo.

Soldera (1995) riporta diverse descrizioni di come vengano in genere avvertiti questi movimenti dalle donne: ricorre a descrizioni gioiose che li paragonano a carezze, borboglii, ad una specie di onda che massaggia l'interno del ventre. La percezione dei movimenti del feto rende più consapevole la donna di una effettiva e viva presenza dentro di lei, con cui può iniziare a comunicare e relazionarsi, per esempio massaggiandosi il ventre.

Si utilizza il termine aptonomia, per indicare una comunicazione con il contatto, dal greco "aptein", toccare, cogliere, connettersi e "nomos" regola, norma: si utilizza il contatto per trasmettere messaggi affettivi, i genitori accarezzano il feto attraverso l'addome materno e poi durante il travaglio del parto per ottenere un effetto rilassante. Sono riscontrabili variazioni nella tonicità muscolare della parete addominale, che assume plasticità mentre la muscolatura acquista maggiore tonicità, elasticità ed estensibilità. Con il ridursi delle tensioni il feto può muoversi nello spazio con maggiore libertà. Attraverso il contatto aptonomico si riscontra un aumento nella produzione dei livelli di beta-endorfine che hanno una benefica funzione analgesica: non sembrano influire l'età, il numero di gravidan-

ze, il grado di dilatazione, lo stato di presentazione del feto o l'aver partecipato ad un corso di preparazione al parto, ma l'efficacia è imputabile alle caratteristiche quali l'intensità e la durata del massaggio aptonomico stesso (Miraglia, 2005).

Quando durante la gestazione la madre e il padre accarezzano il proprio bimbo attraverso il ventre materno, il feto "apprende" a rispondere alla stimolazione, prima in modo riflesso, poi anticipando il massaggio piacevole che lo sollecita dall'esterno, spostandosi nello spazio uterino, e andando a "cercarsi" le carezze (Miraglia, 2005, pag. 85).

Il feto sollecitato dai contatti aptonomici può reagire e rispondere con un comportamento motorio: una madre attenta e sensibile a questi segnali potrà avviare una comunicazione primaria attraverso un primitivo codice non verbale sonoro, perché potrà rivolgersi al bimbo in utero parlandogli direttamente (Manfredi, Imbasciati, 1997). Il bimbo potrà iniziare ad apprendere significati da questo linguaggio fatto di suoni e carezze: referenti affettivi che diventano significanti.

Il significato comunicativo attribuito ai movimenti fetali è però di più complessa dimostrazione (Town, 1984, Tomatis, 1993). Il bambino in utero "fa le sue proposte": secondo Milani Comparetti (1981), il suo movimento ha un senso e una finalità rivolti all'ambiente esterno. La madre può cogliere questi segnali e tentare di decodificarli: potrà interpretarli con "oggi è agitato", oppure "è addormentato"; in altri termini ella risponde alle fantasie che tali movimenti evocano in lei. I movimenti fetali comunicano dunque in relazione alla interpretazione che ne fa la madre, ma è proprio questa che conferisce loro un significato, così come avverrà dopo la nascita per qualsiasi altra comunicazione: una comunicazione diventa appunto tale, cioè veicolante un significato, quando ad un'emissione di una qualche configurazione di stimoli viene consensualmente "attribuito" un significato. È questa la funzione collegata alla *rêverie* (Bion, 1962), che la madre esplicherà col suo bimbo nei primi mesi di vita. Un pattern di stimoli diventa codice in quanto la madre insegna al bimbo a decodificarlo secondo un dato significato. È così che si stabilisce un linguaggio, che la madre insegna al bimbo che lo impara: e questi, imparando, sviluppa la sua struttura cognitiva. Nell'ambito di questa modalità evolve la "*rêverie*" materna, capacità che si esplica attraverso un'attività mentale simile a quella dei sogni (*rêves*): la mamma deve essere capace di "sognare" quello che sta "sognando" il bimbo, cioè di coglie-

re gli stati affettivi entro la comunicazione che il bimbo le sta inviando e operare una traduzione ad un altro livello; la madre si sintonizza così sul funzionamento mentale del bimbo: se questi le trasmette angoscia e distruttività, ella, comprendendole e accettandole, gli rimanderà un messaggio bonificato da esse, e tollerabile per il bimbo, che gli permetterà di poter elaborare altri processi di pensiero.

Stern (1998) afferma che le madri si raffigurano i movimenti del bambino all'interno dell'utero per poi aggiungerli al profilo che va definendosi del loro bambino immaginario, a cui iniziano ad attribuire tratti di carattere. Si tende cioè a interpretare il comportamento del bambino, assegnando significati ai movimenti che compie. Queste "proiezioni" della madre (Brustia, 1996) introducono il bambino nel mondo simbolico dell'adulto. Lo stimolo percettivo viene utilizzato dalla madre ed inserito nel suo immaginario, relativo a come sarà il bambino, al carattere che avrà, a che cosa farà, e via dicendo: in tal modo il bambino opererà identificazioni coi tratti del carattere e coi comportamenti dei genitori. In termini psicoanalitici più precisi possiamo dire che la madre opera "identificazioni proiettive", che immettono nel bimbo significati. Questi, in quanto modulati dalla madre, spiegano la trasmissione di modalità psichiche dalla madre al bimbo.

Una comunicazione come sopra descritta, basata sulle interpretazioni, o attribuzioni, date dalla madre ai segnali del bimbo, induce a stimolanti ipotesi. Nel "dialogo" con il suo bambino la madre introduce, per così dire, elementi simbolici propri, e quindi immette nel bimbo parte delle sue strutture mentali: viene allora da considerare quanto questa trasmissione possa essere fondamentale per lo sviluppo mentale del bimbo stesso, ed ancor più quanto questo sviluppo dipenda dalla "qualità" degli elementi mentali introdotti dalla madre, e quanto una patologia materna possa essere indotta, anzi introdotta nel figlio già in epoca fetale. Più semplicemente, nella misura in cui la madre è attenta a rispondere adeguatamente ai segnali del bimbo (dando loro un significato adeguato all'interazione e quindi ad un armonico sviluppo mentale per il bimbo stesso in quel momento), possiamo presumere che questi svilupperà una disposizione alla simbolizzazione: dunque poi anche al linguaggio e alla sua futura autonoma capacità relazionale. Nella misura invece in cui una madre, poco attenta alla decodifica dei segnali del bimbo, gli immetterà elementi suoi propri, senza molto dialogare e molto di più intrusivamente, inducendogli le sue strutture

funzionali, verrebbe da ipotizzare che questo bimbo (forse per la formazione di “oggetti cattivi”) crescerà sviluppando atteggiamenti di pensiero passivi, oppure al contrario oppositivi, ma comunque con scarse disposizioni, a sua volta, al dialogo interpersonale. Le strutture protomentali si trasmettono così di generazione in generazione (Imbasciati, 2004).

Un importante cambiamento della motricità del feto si verifica nella seconda metà della gravidanza in relazione alla contrattilità uterina. Sono possibili infatti percezioni di maggiori contrazioni uterine, che si manifestano con un indurimento e poi progressivo rilassamento dell'addome. Tali contrazioni possono suscitare stati di ansia connessi ai conflitti relativi al pregresso sviluppo psicosessuale della donna (Soifer, 1971). Questi eventi psicosomatici possono condurre ad una situazione di ipertonia muscolare uterina, che scatenerà a sua volta un ulteriore aumento della motricità fetale: si può così attivare un anomalo circuito, che si autoalimenta, per cui contratture uterine daranno origine a una motricità fetale anomala e via di seguito.

Negli ultimi mesi di gravidanza i movimenti fetali e i loro livelli di attività cominciano ad organizzarsi in cicli e a seguire degli schemi: la mamma può conoscerli e sapere in anticipo quando si manifesteranno. Nei mesi che precedono il parto le madri spesso notano periodi di completa immobilità fetale. Ciò avviene perché il feto sta maturando quella periodicità di movimenti di attività e riposo che si ritroverà in seguito nel neonato (Mancuso, Arduini, 1987). Il feto sembra meno attivo che nei mesi precedenti: una ragione può essere supposta nel fatto che crescendo il feto ha a disposizione uno spazio minore all'interno dell'utero, tuttavia tale interpretazione appare discutibile. Analogamente si suppone che il feto alla fine della gravidanza si sistemi con la testa verso il basso e il sedere (podice) in alto per sfruttare di più lo spazio; molto spesso però questa posizione viene assunta tardi, addirittura negli ultimi giorni della gravidanza. Questo rivolgimento, che dispone il bimbo nella posizione più idonea ad uscire dall'utero, e che inoltre favorisce una preparazione alla dilatazione del canale del parto, è stato interpretato come *competenza a nascere*, acquisita dal feto. Il fatto che alcuni feti si dispongano in posizione cefalica in un periodo precoce, piuttosto che tardivo, della gravidanza, nonché il fatto, che qualche volta avviene, che un feto in posizione cefalica all'ultimo momento, o al parto, si rivolti di nuovo in una presentazione differente, può far pensare che la competenza a nascere

non sia tanto un'acquisizione propria del feto, ma dipenda dalla continua comunicazione (motoria) tra gestante e bimbo. Questa ipotesi è fondata su quanto conosciamo sulla psicosomatica del parto: in termini adultistici potremmo dire che la madre “dice al bimbo” come e quando deve “presentarsi”. La presentazione ostetrica sarebbe anch'essa, come del resto tutto il travaglio, influenzata dalla relazione. Il feto si prepara a uscire, ma anche la mamma vi si prepara: in sintonia col bimbo; spesso con buon esito, ma talvolta con comunicazioni contraddittorie, e quindi con l'esito di travagli laboriosi.

La coordinazione della muscolatura liscia dell'utero, nelle contrazioni regolari e efficaci piuttosto che nel rilassamento della muscolatura del collo, nonché in tutta la coordinazione (contrazione dilatazione) della muscolatura striata del perineo e dell'addome, dipendono infatti da una regolazione psicosomatica, mediata per via ormonale attraverso l'asse ipotalamo-ipofisario: per tali meccanismi il travaglio di un parto, ottimale o disfunzionale, viene regolato psicosomaticamente. Il che vuol dire che quanto avviene nel corpo della gestante è in relazione con quanto avviene nella sua mente nei confronti del suo bimbo. L'elaborazione delle angosce gestazionali potrà avere come esito una buona separazione e un buon parto: quanto una buona relazione motoria-umorale col feto faciliterà la sua uscita? E quanto, invece, conflitti e angosce materni condizioneranno una comunicazione contraddittoria col feto e quindi un travaglio laborioso?

La comunicazione motoria gestante-feto va pertanto intesa oltre il significato comunicazionale isolato della percezione da parte della madre dei movimenti attivi fetali: questi vanno integrati in una più vasta e continuativa comunicazione motoria, a sua volta implicata nella più generale comunicazione tattile, propriocettivo-motoria, umorale, nonché mediata da altre vie sensoriali, per esempio sonore.

Ciò che accade nella mente della madre, pertanto, costituisce oggetto centrale per lo studio della relazione gestante/feto e per l'individuazione di indici prognostici sul futuro sviluppo del bimbo.

2.2.3 Competenza a nascere: nel feto e nella madre

Il rivolgimento del feto in prossimità dell'uscita dal ventre materno è funzionale al proseguire del processo psichico di separazione che è in atto nella madre: di competenza a nascere si può pertanto parlare sia per il feto che per la madre, come competen-

za a far nascere. Il percepire il rivolgimento del bimbo che si prepara a uscire può dare adito nella madre ad ansie molto intense, dovute a fantasie inconscie di svuotamento (Soifer, 1971): l'intensa angoscia può venire anche espressa con manifestazioni psicosomatiche come crampi, costipazione, edemi, diarrea (come espulsione del persecutore), eccessivo aumento di peso (difesa incorporativa e ritentiva verso l'angoscia da svuotamento), oppure crisi di ipertensione e iperemesi, fino ad essere causa di parto pretermine. Nella misura in cui tali angosce potranno essere ottimamente o difettosamente elaborate, la madre trasmetterà al bimbo un rinforzo della di lui competenza a nascere, piuttosto che una inibizione: talora il bimbo che già si era presentato con la testa può tornare a mettersi di podice.

Tra il settimo e l'ottavo mese il bambino ha raggiunto nella mente della madre il livello più elevato di elaborazione (Stern, 1998). Un parto prematuro, al settimo o all'ottavo mese, toglie alla donna il tempo necessario per completare l'elaborazione del bambino immaginario in un bambino reale che si separerà da lei. La donna sarà particolarmente vulnerabile, avrà la sensazione di essere una donna incompleta perché non è riuscita a condurre a termine adeguatamente la gravidanza. D'altra parte il parto prematuro può non solo essere causa di questi problemi per la donna, ma può anche esserne effetto: conflitti e angosce entro la madre possono tradursi in una comunicazione che fa uscire prima (espellere) il bimbo. Si troverà così dopo il parto in condizioni ancor più svantaggiose: fisicamente separata dal suo bambino, custodito in una unità di cura intensiva, si sentirà impotente, mentre altre persone si prendono cura del suo bimbo.

Nell'ultimo periodo di gravidanza Winnicott (1987) rileva nella madre – e quando dice madre non esclude il padre, ovvero l'aspetto materno del padre – la presenza di uno stato psichico che chiama di “ritiro di concentrazione”, che la caratterizza e che continua per qualche settimana o mese dopo l'evento. Questo stato viene definito dall'autore come “preoccupazione materna primaria” (Winnicott, 1958): è un particolare stato psichico di identificazione della madre con i bisogni del bimbo, che alla nascita le permette poi di attivarsi con comportamenti di accudimento verso le necessità del piccolo che si trova in uno stato di “dipendenza assoluta” da lei, per la propria sopravvivenza. Durante la gravidanza l’“utero materno” si costituisce quale ambiente che accoglie e consente lo sviluppo del bambino attraverso una fisiologica fun-

zione di contenimento, di “holding”, che potrà essere “attivamente” svolta alla nascita attraverso il contenimento fisico del piccolo, tenendolo in braccio, sostenendolo in modo adeguato, rassicurante e un contenimento psichico che si caratterizza da un'identificazione con i suoi stati fisici ed affettivi. In gravidanza è possibile vedere dunque i prodromi di questa funzione: la madre può fisiologicamente tutelare attraverso uno stile di vita sano e un monitoraggio della sua salute fisica uno stato di benessere dell'ambiente intrauterino, e psichicamente accogliere i segnali che il feto le manda e risponderli.

Negli ultimi momenti prima del parto si possono attivare nella madre intense ansie relative all'integrità del bimbo (Pines 1972; 1982), che intensificano la paura del dolore, del travaglio stesso e attivano una paura di morire o di perdere la propria integrità fisica. Queste attivazioni in prossimità del parto rimettono in gioco tutte le precedenti angosce e gli eventuali conflitti che hanno costellato i processi psichici materni lungo tutto il periodo gestazionale ed anche pregestazionale, cioè riguardanti la sua maturazione come donna. Sulla scena del parto, *nell'hic et nunc*, sono presenti i fantasmi *del'illic et tunc*. La donna è particolarmente vulnerabile ed ha bisogno di aiuto per fronteggiare le sue preoccupazioni, tuttavia è importante per lei cimentarsi con i pensieri di questo particolare momento, che contribuiscono alla sua complessiva preparazione ad affrontare tutte le eventualità che si presentano nel mondo della maternità (Stern, 1998).

In prossimità del parto i movimenti fetali garantiscono la madre circa l'integrità del figlio (Brazelton, Cramer, 1991): “il mio bimbo è vivo”. Se questo bimbo è vissuto come persona ormai “separata”, la madre potrà sentirsi più protetta e l'idea di un bimbo integro può aiutarla a sentirlo come alleato (competenza fetale) per il difficile momento del travaglio. Altrimenti i movimenti in prossimità del parto possono essere avvertiti come segnali premonitori di dolore e tribolazione.

L'esperienza del parto può sollecitare ansie di distruzione e di morte; il parto è spesso vissuto come un atto violento in cui sono presenti fantasie di danneggiamento del proprio corpo o del bambino. Fornari (1976, 1977, 1981) differenzia le angosce del periodo dilatante e del periodo espulsivo. Le angosce del periodo dilatante vengono collegate all'angoscia persecutoria, mentre i dolori del periodo espulsivo all'angoscia depressiva. Durante il periodo dilatante la partorienti vive in prevalenza ansie persecutorie, nel senso che si preoccupa del

danno che il parto produce a lei stessa; mentre nel periodo espulsivo vive ansie depressive, nel senso che si preoccupa del danno che il parto può produrre al bimbo. In questo quadro la tendenza al parto prematuro può anche rientrare in un atteggiamento materno generale riferibile a ciò che è stato chiamato “dilemma ostetrico”: l’anticipazione al parto può quindi in realtà non necessariamente significare il desiderio, inconsapevole, di abortire, ma può essere l’espressione di una difesa da un’ansia persecutoria nei riguardi del parto di un bimbo troppo grosso. L’anticipazione del parto può corrispondere al desiderio della madre di partorire un bambino molto piccolo, allo scopo di non essere traumatizzata dal parto e di non traumatizzarlo.

Le fantasie di poter morire, da parte della madre, sono prodotte dal parto vissuto come il risultato dell’aggressione del bimbo alla madre, mentre le fantasie di morte del bimbo sono vissute come risultato di un’aggressione della madre al bambino. Le angosce del parto recano quindi testimonianza di due lutti immaginari: il lutto del generante e il lutto del generato (Fornari, 1976; 1981). Durante il periodo dilatante la donna è angosciata e vive i dolori come un’aggressione da cui difendersi. La donna ha paura che venga lesa la sua integrità fisica e spesso reagisce a tale timore con un’eccessiva difesa, che determina una contrazione eccessiva dei muscoli perineali. Affinché l’angoscia paranoide possa essere fugata è necessario il prevalere di esperienze buone su quelle cattive: le une e le altre sono di solito presenti nell’interiorità della donna, come “oggetti interni”; il prevalere delle une sulle altre potrà segnare l’andamento buono o cattivo del parto. Affinché gli oggetti interni buoni possano pregnantemente essere presentificati, la donna deve essere confortata da buone esperienze relazionali proprio durante il parto: si dispiega qui l’importanza di una figura di conforto che assista la partoriente, di una persona che possa essere una presenza amorevole accanto alla donna che partorisce. Questa persona può essere la propria madre, e tale presenza sarà efficace nella misura in cui la partoriente avrà avuto nella sua vita di bimba e di ragazza un buon rapporto con la mamma; altrimenti, una madre con cui la partoriente abbia avuto un cattivo rapporto può risultare controproducente. Analoga funzione rassicurante e presentificante gli oggetti interni buoni può essere svolta dal padre del bimbo, presente partecipe con la sua compagna alla nascita del “loro” bambino.

In altri termini la donna ha bisogno di presenze

rassicuranti durante il suo travaglio. Da sempre è stata riconosciuta l’importanza della presenza di una donna o più donne che assistono la gravida al momento del parto, soprattutto quando il parto avveniva in casa, fuori dall’istituzione. Ora in ospedale è il medico e l’ostetrica, che si trovano di fronte all’angoscia della donna: essi devono essere in grado di farvi fronte non solo tecnicamente, ma anche emotivamente. Di qui la necessità che essi abbiano una formazione adeguata.

La presenza del padre in sala parto ha una funzione di bonifica delle ansie persecutorie, permettendo alla compagna di vivere in modo meno doloroso l’intero evento. Egli ha la funzione di ammortizzatore e di salvatore dai pericoli che minacciano la nascita del figlio. Fornari (1981) denomina “paranoia primaria” il processo attraverso il quale nel nostro inconscio la persecuzione che è dentro la nascita, anziché essere messa dentro il rapporto madre-bimbo, viene messa dentro il significante del padre. La paranoia primaria che trasforma il padre in persecutore, e nello stesso tempo in salvatore, appare quindi essere al servizio della bonifica della madre e del bimbo, attraverso l’esportazione dentro il padre dell’universo della morte e del lutto, che sono dentro il bimbo e la madre: l’evento nascita allora implica il coinvolgimento della triade, in cui il padre si fa carico della morte della madre e del bimbo, attivata dal dramma del parto.

Nella seconda fase del parto, durante il periodo espulsivo, nella psiche della partoriente si mobilitano ansie relative alla possibilità di distruggere il bimbo che sta uscendo: si rinnovano i sentimenti di colpa nella misura in cui alla donna attivamente spetta il compito di spingere. Ella teme di far male al proprio bimbo e ciò può inibire la cooperazione per le spinte necessarie. In altri termini questi vissuti, così come tutti i precedenti che abbiamo descritto, comportano una modulazione della *competenza della madre a far nascere* il proprio bimbo, e si riflettono sia nell’espletamento di un parto più o meno laborioso o anche decisamente difficile, sia in una trasmissione di messaggi alla costituenda mente del bimbo che si prepara a nascere.

L’angoscia che caratterizza il periodo espulsivo viene definita da Fornari angoscia depressiva. Come quella paranoide viene da questo autore considerata una risposta all’istinto di morte: in questo caso è dovuta al fatto che la propria aggressività è sentita come capace di aver distrutto l’oggetto buono (il bimbo). La partoriente teme, a causa dei meccanismi paranoidei precedenti e delle contrazio-

ni, che effettivamente stringono e spingono il bimbo, di avergli fatto male, aumentando l'ansia e l'irrigidimento dei muscoli perineali. La posizione depressiva rimanda al processo di riparazione, cioè alla propria capacità concreta di riparare ciò che in fantasia si era precedentemente distrutto. Per la donna gravida la riparazione si concreta e si completa nella possibilità di vedere il proprio bimbo nato, sano e vivo, non danneggiato. Anche in questa fase del parto è fondamentale la presenza di una donna che rappresenti simbolicamente la madre, e svolga quelle stesse funzioni che furono utili quando la gravida era neonata e veniva partorita. Nel momento in cui partorisce la donna ha bisogno a sua volta di una "madre" che possa prendere su di sé le proiezioni cattive, e restituirle capacità riparative. La nascita reale, fisica del bimbo si imporrà a smentire con la vita i fantasmi della morte.

Il dramma del parto, a livello cosciente, viene vissuto dalla donna soprattutto come paura del dolore: si apre qui un capitolo di rilievo psicosomatico. Il dolore è fisiologico anche nel parto per così dire "più fisiologico": è dovuto alle contrazioni intense (contrattura) dei vari gruppi muscolari e alla distensione dei tessuti del canale del parto. Entrambi gli avvenimenti possono considerarsi "eccezionali" nella fisiologia del corpo femminile, in quanto accadono soltanto in occasione della nascita di un bimbo: per questo una certa dose di dolore è fisiologica. Tuttavia si riscontra un'enorme variabilità, tra donna e donna: per alcune il dolore da parto è sopportabile, per altre dolorosissimo, al punto che si richiede l'anestesia epidurale o il cesareo. Questa variabilità può essere fatta risalire a tre ordini di cause. La prima riguarda le vie nervose del dolore: le afferenze provenienti dai recettori dolorifici non vengono sic et simpliciter portate al cervello, ma vengono filtrate e soprattutto modulate, a livello spinale e ancor più a livello centrale, dove vengono elaborate in quella percezione che viene avvertita coscientemente. Tale percezione può pertanto variare da donna a donna, a parità di afferenze. Qualunque dolore può variare da persona a persona, a seconda della sua peculiare regolazione psicosomatica. Nota, per esempio, è l'anestesia da ipnosi. Ovviamente tali meccanismi sono mediati da produzioni neuromorali, per esempio endorfine.

Per il parto interviene però un secondo ordine di ragioni nel determinare maggiore o minore dolore: la regolazione delle contrazioni muscolari, sia della muscolatura liscia (utero e collo) sia striata (muscoli perineali e addominali), e soprattutto la coordinazio-

ne tra rilassamento di alcune zone mentre altre si contraggono, e viceversa. Si tratta della coordinazione che regola la maggiore o minore facilità e rapidità per l'attraversamento del canale del parto da parte del feto (periodo espulsivo), e che determina la durata del travaglio. Anche questa regolazione è psicosomatica e il concomitante quadro ormonale è psicosomaticamente condizionato: di conseguenza vengono l'intensità del dolore e la sua durata.

Il terzo ordine di fattori che condiziona il dolore sta (in assenza di malformazioni del feto o del bacino femminile) nella dimensione del feto stesso, ma soprattutto nella "presentazione". Il feto che durante tutta la gravidanza è stato in utero con la testa in alto e il podice in basso, nelle ultime settimane si rovescia e pone la sua testa verso l'uscita. Su questo evento la recente letteratura ha studiato, come più sopra già rilevato, la relazione gestante feto in quanto dialogo propriocettivo-motorio che regola la presentazione cefalica: si stabilisce un'intesa, tra madre e bimbo, per cui questi attivamente si rigira mentre la madre gli fa strada cominciando ad aprirsi (dilatazione). Questo fa parte di quanto è stato chiamato "competenza a nascere" da parte del feto. Tale competenza è un punto di arrivo di tutto un precedente apprendimento del feto, attraverso il dialogo propriocettivo-motorio.

Con tali meccanismi, o meglio interazioni comunicazionali, travaglio e dolore sono differenzialmente espletati e percepiti a seconda di quel rapporto, di quel dialogo, che si è stabilito tra gestante e feto. La regolazione psicosomatica s'intreccia con una regolazione psichica, tra due "menti", che dialogano e interagiscono attraverso i loro linguaggi primitivi corporei.

Brazelton (1991) evidenzia come la capacità con cui la madre e il suo piccolo coordinano le loro interazioni nel parto sia da ricondursi ad una sincronia precedente, intrauterina, che si può rintracciare nel corso della gestazione a partire dalla percezione dei movimenti fetali: alla nascita dunque il bambino avrebbe già una certa esperienza di coordinamento dei ritmi materni. Anche Shaffer (1977) individua i primi scambi comunicativi definendoli pseudodialoghi, prodromi dei dialoghi successivi, in cui il bambino acquisirà sempre più competenza comunicativa carica di intenzionalità e reciprocità, versus una sincronia interpersonale con il caregiver.

2.2.4 Il feto impara

In Psicologia dello Sviluppo, recenti contributi nell'ambito delle teorie interattivo-costruzioniste

(Brazelton et al., 1991; Bruner, 1986; Stern, 1985) portano in evidenza come nel neonato sia presente una “dotazione di partenza”: il neonato è soggetto attivo e adeguatamente “competente”, dotato di capacità cognitive specifiche, di meccanismi di autoregolazione e di complesse abilità funzionali, in grado di ricevere e di elaborare in modo appropriato le informazioni provenienti dall’ambiente (Anolli, 2002). Il neonato è socialmente competente, cioè è in grado di stabilire forme di interazione con l’altro. Questa dotazione di partenza non è però innata, né automaticamente presente: verrebbe in parte acquisita durante il periodo fetale, attraverso l’interazione gestante/feto. La sensibilità materna a stabilire il dialogo col suo bimbo promuove, oppure deprime, o distorce le competenze che presenterà il neonato. Le competenze presenti alla nascita fanno dunque parte di un patrimonio solo in parte costituzionale: in parte molto maggiore esso è derivato dai primari apprendimenti prenatali (Della Vedova, Imbasciati, 2005).

Nel feto sono attive tutte le sensorialità. La prima a svilupparsi è quella tattile: dalla settima-ottava settimana la pelle si è formata e a quindici settimane sono presenti i recettori tattili. I feti gemelli si toccano e si tengono le mani. Una stimolazione tattile produce movimenti protettivi del feto (Chamberlain, 1988). La sensorialità olfattiva (Righetti, Sette, 2000) sembra possibile svilupparsi in epoca molto precoce, intorno alla nona settimana: il liquido amniotico è ricco di sostanze che possono stimolare sia i recettori olfattivi che quelli gustativi. La sensorialità gustativa è presente dalla dodicesima settimana con la formazione delle papille gustative: dalla intensità del ritmo della deglutizione del liquido amniotico, in cui sono state assorbite sostanze stimolanti il gusto (Ianniruberto, 1981), è possibile l’individuazione di preferenze gustative. Le reazioni, soprattutto motorie, del feto a stimoli suscettibili di attivare recettori sensoriali specifici, dicono che la sensorialità sta trasformandosi in percezione. Occorre infatti ricordare che la presenza di recettori, che stimolati inviano afferenze, non significa che queste siano organizzate e recepite come percezione: quest’ultima è un processo che necessita di un coordinamento mentale più complesso, e del riconoscimento di insiemi afferenziali (Manfredi, Imbasciati, 2004). Nel feto il riscontro di recettori attivi può non ancora significare l’organizzarsi di una percezione. Questa la si riscontra dalle reazioni più globali del feto.

In ogni caso riscontriamo nel feto percezioni precoci. Quella acustica per esempio si sviluppa tra la ventiquattresima e la ventottesima settimana di vita. Il feto reagisce a stimolazioni sonore attraverso un incremento del battito cardiaco e dei movimenti fetali (Manfredi, Imbasciati, 1997). La sensorialità visiva è presente, il feto reagisce se viene proiettata una luce sul ventre materno, ma il periodo circoscritto della sua maturazione è di meno facile individuazione. Inoltre le sensorialità del feto sono tra loro integrate: il feto è in grado di emettere, a stimolazioni ambientali o a variazione dell’ambiente uterino, risposte rilevabili attraverso una modifica dei parametri cardiaci e motori (Chayen et al., 1986).

Nell’ambiente uterino il feto acquisisce una maturazione: sensoriale e percettiva. Questa sembra correlata a quegli stimoli che nell’organizzazione neuropsichica dell’adulto si configurano come inerenti agli stati emotivi, come tali decodificati, o emessi e trasmessi. Possiamo dunque dire che il feto acquisisce un’iniziale maturazione emotiva. Il suo sviluppo mentale è pertanto da considerare più avanzato delle semplici risposte sensoriali, o di quelle percettive, e indica che si sta costituendo una vera e propria, seppur ancora parziale, struttura funzionale che possiamo chiamare mente. Nell’organizzazione di queste capacità di connettere stimoli tra di loro e di rispondervi adeguatamente o comunque discriminativamente (verosimilmente in quanto organizzarsi di reti sinaptiche), giocano un ruolo fondamentale l’insieme di stimoli che viene offerto al bimbo e le modalità con cui questi gli vengono presentati: di qui il ruolo della madre, la gestante, del padre, nonché dell’ambiente e dello stile di vita che la circonda.

In questo quadro i movimenti fetali possono essere considerati i medium utilizzati per instaurare quella comunicazione psico-fisica, tra feto e ambiente, mediata dall’affettività della madre. La reazione della madre al movimento del bambino è la base dei futuri processi di interazione di cui il bambino ne è lo stimolo. La Negri (1996, 2000) a seguito di ricerche sperimentali con la tecnica della *foetal observation*, sostiene che lo sviluppo maturativo dei centri dell’affettività situati nell’ippocampo è legato alla comunicazione con la madre e ipotizza probabili correlazioni tra la personalità intra- ed extrauterina, e della madre e del bimbo. Del resto la Little (1986) e la Mc-Dougall (1989), evidenziano come il rapporto prenatale madre-feto venga vissuto nei termini di una esperienza unitaria somato-

corporea che lascia incisive tracce nella memoria della rappresentazione di base del senso di sé di ogni individuo.

Nelle prime fasi dello sviluppo della nascente mente, affetto e cognizione appaiono tra loro intimamente legati, se non sovrapponibili: nello sviluppo fetale le competenze cognitive sono evolutivamente intrecciate a quelle che sono considerate le competenze affettive. Del resto, come vediamo nei neonati e nei bambini, è l'affettività che permette loro di conoscere il mondo (Imbasciati, 1998). Dai primi momenti della vita fetale e attraverso le esperienze di interazione con il corpo della madre avviene una progressiva costruzione di funzioni primarie, protomentali. Il corpo materno comunica al feto mediante codici chimici, biochimici, cenestesici, e più complessamente "emozionali", una serie di segnali (preverbal) che esprimono gli atteggiamenti della psiche materna verso il feto (Della Vedova, Imbasciati, 2005) e che pertanto organizzano, se non "introducono", lo psichico nel futuro individuo.

La Teoria del Protomentale (Imbasciati, 1981; 1998; 2006a, b) propone una lettura empirista delle esperienze primarie: esse vengono considerate la matrice fondante per il primo sviluppo psichico. Esperienze fetali significative costituirebbero una base per quelle successive, che ne verranno condizionate in modo significativo, con un transfer positivo o negativo di apprendimenti successivi. Ogni apprendimento dipenderà dalla qualità dei precedenti: se gli apprendimenti fetali sono ben organizzati, ancor più lo saranno i successivi, postnatali; dunque transfer positivo. Viceversa l'inadeguatezza (o meglio la disorganizzazione) degli apprendimenti fetali, condiziona in modo negativo (transfer negativo) ogni apprendimento successivo. Vi è in tal modo tutto un filo conduttore di continuità, nel bene o nel male, tra la vita pre- e post-natale.

La comunicazione comporta la possibilità di una sensibilità recettiva che registri il messaggio in entrata, e una capacità elaborativa che lo decodifichi ed emetta una risposta in uscita. Nel contesto della comunicazione primaria la capacità recettiva è data dallo sviluppo biologico degli organi sensoriali, ma il codice di comunicazione deve ancora strutturarsi; e ciò avverrà per interazioni "mentali". La madre, attraverso la percezione dei movimenti fetali, può avviare un codice di comunicazione se darà loro significato adeguato e trasmetterà questa sua attribuzione di senso al feto inviandogli messaggi sullo stesso canale di comunicazione. Le risposte motorie fetali, dapprima puramente reattive alle sol-

lecitazioni esterne, possono così acquisire via via, per apprendimenti, caratteristiche di significazione, e dare avvio a una reciproca comunicazione, e costituire la "competenza" di cui il bimbo è equipaggiato alla nascita. I movimenti attivi fetali possono essere così prodromi significativi della comunicazione neonatale.

Il dialogo madre-bimbo proseguirà poi alla nascita e con l'allattamento: qui il medium tattile-proprio-cettivo-motorio si arricchisce di quello visivo. Il dialogo diventa più articolato e contrassegna la psicosomatica dell'allattamento, secrezione latte inclusa. Da diversi autori viene segnalato quanto l'allattamento sia un aspetto fondamentale del legame precoce tra madre e bambino e delle interazioni che tra di loro avvengono, con le conseguenti organizzazioni di strutture mentali nel bimbo: le vicende dell'allattamento sono pertanto utilizzate come indicatori significativi dello svolgimento della relazione. L'allattamento, costituito da atti di suzione del bambino, è organizzato secondo modalità di alternanza di attività e pausa in cui la madre sollecita il piccolo nelle pause e il neonato risponde alla sollecitazione materna, come in un dialogo (Stern, 1998). La funzione delle pause è quella di favorire l'interazione, in cui i due membri della coppia possono scambiarsi una serie di messaggi attraverso gli sguardi e altri media non verbali ed è la madre che ha la competenza di avviare, sollecitare e organizzare questo dialogo. Vi è un'alternanza di modi e ritmi in questa relazione che caratterizza ogni coppia madre-bambino (Viola, 1992). Potremmo dire che ogni madre insegna al suo bimbo il proprio linguaggio.

Winnicott (1987) dice che durante la situazione di allattamento il "bambino si specchia nella madre", felice espressione per definire un evento in cui i due membri della coppia si "ri-conoscono" reciprocamente. Attraverso questo riconoscimento il bimbo acquisisce parte delle strutture mentali della madre, la donna dunque continua il dialogo iniziato nei nove mesi di gestazione.

Le competenze acquisite dal feto durante la gestazione, il suo ruolo attivo, la constatazione dei suoi apprendimenti hanno ispirato l'organizzazione di programmi di educazione prenatale, nell'intento di insegnare ai genitori a relazionarsi e a stimolare il bambino in utero per migliorarne lo sviluppo psicofisico (Flamigni, 2001).

Tali tecniche di educazione prenatale, diverse e in via di sperimentazione, attendono ancora conferme e integrazioni: di particolare rilievo sarà lo stu-

dio su quanto le “tecniche” avranno effetto in sé, o quanto invece questo effetto potrà essere condizionato da tutta una serie di situazioni emotive, coi relativi meno controllabili messaggi, attivate nei genitori che decidono di usare le tecniche stesse. In altri termini la “tecnica” si sovrappone sempre a tutta una serie di meno evidenti e automatiche interazioni, che senz’altro hanno una loro influenza: la comunicazione passa attraverso l’affettività e gli effetti di questa non sono sempre controllabili. In questo quadro si rivela l’unitarietà dell’insieme costituito da madre e bambino: sulla base di tale scoperta sono sorti i vari metodi per favorire un buon sviluppo di tale unità, primo fra tutti in ordine storico quanto è ricorso sotto la denominazione di psicoprofilassi ostetrica (cfr. 6.1, 6.6).

2.2.5 Prospettive di ricerca

Se il neonato alla nascita è “socialmente competente”, cioè è in grado di stabilire forme di interazione differenziata con l’altro, quali delle manifestazioni comportamentali fetali contribuiscono a costituire questa competenza così importante in uscita? All’interno di questo interrogativo possiamo porcene un altro, concernente la percezione dei movimenti fetali. Può l’organizzazione percettiva, che implica un apprendimento a leggere configurazioni afferenziali come aventi un determinato significato, essere una tra le prime modalità che consentono di passare da una comunicazione madre-feto, basata su segnali fisici biologicamente predeterminati, ad una comunicazione basata su codici appresi, che quindi possa dirsi mentale? Le comunicazioni e gli apprendimenti che si vengono a creare in questo periodo fra il bambino e i genitori fungeranno poi da base per una capacità comunicativa di trasferimento verso il mondo esterno?

Condizioneranno cioè il modo in cui il bambino comunicherà ed apprenderà ulteriori modi di comunicazione e di conoscenza?

Con l’evoluzione della gravidanza, il codice fatto di movimenti e di risposte a questi movimenti, associati anche alle comunicazioni sonore (eventualmente verbali) genitori-feto, si struttura progressivamente con modalità proprie di quella coppia madre-bambino e di quella triade madre-bambino-padre: la comunicazione diventa più vivace, il feed-back più positivo; la relazione prende avvio e si inizia una sincronia che continua e si evolve fino al parto e prosegue e si rinnova dopo, nell’allattamento. Gli interrogativi di cui sopra sembrano pertanto poter sortire risposte positive, ancorché molti

aspetti debbano essere ancora chiariti dalla ricerca.

Da anni ci stiamo interessando, negli ambiti della psicologia clinica e della psicologia dello sviluppo, delle vicissitudini primarie della vita psichica del bambino (Imbasciati, Cena, 1992). I nostri interessi di ricerca sono focalizzati sulla primaria relazione di attaccamento madre-bambino che riteniamo abbia le sue origini durante il periodo prenatale. Per indagare tale ambito facciamo riferimento ai primi segnali madre-feto, attraverso cui tale relazione possa essere individuabile. In particolare alla luce degli sviluppi attuali della ricerca sulla percezione auditiva, relativa agli effetti sullo sviluppo neonatale di differenti tipi di esposizione acustica in epoca pre-natale, riteniamo che il feto sia “investito da comunicazioni sonoro-linguistiche, che unitamente alle comunicazioni di tipo non verbale costituiscono trama e ordito di un intreccio relazionale fondante la struttura cognitivo-affettiva profonda e la stessa possibilità di evoluzione psicofisica” (Manfredi, Imbasciati, 2004, pag. 27).

Tra i segnali comunicazionali che il feto invia alla madre e al mondo esterno, la variazione di motricità ci sembra rappresenti un altro indicatore, più valutabile e misurabile di altri, e che pertanto consenta una rilevazione significativa della sfera affettivo-relazionale, che può permettere un approccio al mondo affettivo del feto ed alla sua relazione con la madre: infatti, in termini più generali, è proprio dalle diverse posizioni posturali e di movimento, rilassamento o irrigidimento della tonicità muscolare, che si può evincere la manifestazione degli stati affettivo-emotivi di un individuo, anche adulto.

Le ricerche in ambito di motricità fetale prendono però in considerazione spesso solo aspetti alquanto specifici e limitati delle risposte motorie, senza troppo azzardare o ricercare significati di più ampio respiro. “Se consideriamo infatti che nella vita neonatale il comportamento motorio risulta associato ad altri tratti temperamentali, come la vulnerabilità di fronte alle deprivazioni, livelli d’ansia e curiosità verso gli stimoli nuovi, esso potrebbe rappresentare una prima via di accesso a dimensioni psichiche più complesse” (Manfredi, Imbasciati, 2004, pag. 57).

Tra i possibili indicatori che possono segnalare dimensioni psichiche significative consideriamo dunque in modo più specifico i movimenti attivi fetali (m.a.f.), quali segnali fisiologicamente rilevabili dalla madre e dunque come possibili indicatori nella individuazione di quella che è considerata la

comunicazione nella vita psichica primaria (Imbasciati, Cena, 1992). Riteniamo che la modalità di percezione di questi movimenti, da parte della madre, sia un elemento significativo nella relazione primaria della madre con il bambino, ovvero ci interroghiamo su quale possa essere l'effetto della percezione dei m.a.f. sulla madre, soprattutto se tale percezione, interpretata dalla gestante come comunicazione, stimoli una varietà di risposte ognuna con preciso significato, e quindi si ponga a favore di una buona evoluzione della gravidanza, della nascita, della successiva relazione primaria di attaccamento, e del conseguente tipo di struttura mentale che si costruirà nel bambino.

Il parametro costituito dalla valutazione della percezione dei movimenti fetali seguiti da risposte autonomiche può essere, insieme ad altri indicatori quali il parlare al bimbo in utero, ad una buona relazione con il partner, ed altri indicatori che stiamo esaminando, un interessante predittivo della modalità del parto fisiologico, della successiva qualità dell'allattamento al seno e di una più generale buona relazione di attaccamento (Viola, Lisa, 2002). In tale ottica anche l'assistenza al "percorso nascita" potrà assumere connotazioni più specificamente orientate al bambino, considerato un attore partecipe dell'intero processo della sua nascita, non solo perché in grado di orientarsi e prepararsi fisiologicamente nel canale del parto, ma in quanto partecipe durante tutte le fasi, dilatante ed espulsiva, del travaglio. Ciò potrà avvenire con modalità sincroniche con quelle della madre e dunque centripete verso un'evoluzione positiva dell'evento, che si espletterà nelle migliori condizioni per la partorientente e il partorito; oppure con modalità scoordinate che possono costituirsi come modalità centrifughe, ostacolanti o inibenti i processi della nascita fisiologica. Molti di questi ultimi casi trovano esito in un parto pilotato: intervengono operatori esterni e la donna, esclusa da un'attiva partecipazione al proprio parto, ne vedrà alterata la relativa sua evoluzione naturale; e questo con le relative probabili influenze sui processi comunicazionali tra madre e neonato.

Le modalità relazionali precoci possono essere predittive di come sarà il legame di attaccamento: Fonagy (1991) ha messo in evidenza la concordanza transgenerazionale dei modelli di attaccamento in gravidanza; lo stato mentale dell'attaccamento in gravidanza sarebbe predittivo della qualità dell'attaccamento del bambino. La relazione di attaccamento che tanta importanza in queste ultime decadi

sta rivelando per lo studio della condotta umana, non inizia nel bambino di pochi anni, come i primi studi della Main e della Ainsworth clamorosamente rivelarono (vedi la "*Strange Situation*" – cfr. cap. 7.3), ma affondano le loro radici in un attaccamento precoce madre-bimbo neonatale e ancor prima fetale.

Durante le vicissitudini del lungo periodo di gestazione la madre può stabilire con il feto una comunicazione che può essere esplorata ponendo particolare attenzione alla possibilità di prevedere, attraverso le caratteristiche di queste prime modalità relazionali, la qualità della successiva relazione madre-bambino. In particolare si può individuare una continuità tra la qualità della relazione che si stabilisce in gravidanza e quella dopo la nascita e le relative qualità di "attaccamento" (Cena, 2005).

Il processo di attaccamento avrebbe inizio durante la gravidanza, innescato dai pensieri e dalle fantasie della madre sul bambino che nascerà (Stern et al., 1998). Stern in "Nascita di una madre" ipotizza tre tipi di attaccamento: il modo con cui le donne immaginano il bambino influenzerà non solo il loro matrimonio o convivenza, ma anche il loro stile di vita e lo stesso modo di pensare. Una prima modalità, quella definita di attaccamento evitante, si ritrova in donne che mantengono a distanza l'esperienza della maternità per poterla meglio affrontare, apparendo meno coinvolte di quanto in verità nel loro intimo non lo siano. Riferendosi alla loro famiglie di origine queste donne assumono un atteggiamento distaccato, osservano con distanza il panorama dei loro rapporti familiari ed evitano di partecipare emotivamente al processo che le porterà a diventare madri. Un'altra modalità di attaccamento diversa è quella che si ritrova in quelle donne che si calano profondamente nell'esperienza di maternità in un modo tale da non riuscire a prendere mai le distanze: questo modello di attaccamento è di tipo invischiato. Queste donne si ritrovano invischiato nei rapporti con le loro madri a cui restano sempre molto legate, sia durante la gravidanza che dopo: adotteranno pertanto questa modalità di rapporto con il bambino in arrivo. La terza tipologia di attaccamento, definito da Stern, attaccamento autonomo si colloca a metà tra i due precedentemente descritti: la donna si lascia coinvolgere dal legame con il figlio e con la madre, ma con una distanza discreta. Ovviamente ognuno di questi tre tipi di attaccamento avrà conseguenze diverse sullo strutturarsi della mente del bimbo.

Nell'ambito dell'intero costruito teorico di rife-

rimento ci sembra inoltre molto importante, purtroppo poco indagata nella letteratura (Cena, 1989), una valutazione della funzione del padre entro l'intero percorso nascita. Se il padre è membro attivo nella condivisione con la partner di un progetto comune di creatività generativa, il "tempo dell'attesa" è un tempo vissuto dalla coppia, è uno "spazio transizionale" in cui vissuti materni e paterni si alimentano in un interscambio quotidiano, che vede la coppia in un gioco di ruoli inferiti sul proprio futuro genitoriale.

La genitorialità può essere indagata nella prospettiva dell'attaccamento (Carli, 2002): il modello teorico dell'attaccamento, nella sua più recente versione ecologico-contestuale, esplica i molteplici fattori che determinano il passaggio alla condizione di genitore e l'assunzione di tale ruolo nelle fasi del ciclo di vita familiare, proiettando la funzione dei legami affettivi e individuando quegli indici di adattamento in relazione alle crisi evolutive che il genitore in fieri deve superare per poter attivare pienamente e in modo profondo la propria funzione (Carli, 2002).

Attualmente è in corso presso la Cattedra di Psicologia Clinica dell'Università di Brescia (Imbasciati, Della Vedova, Dabrassi, Cena) una ricerca che studia le correlazioni tra alcune variabili di personalità e di stato emotivo della madre e del padre e le difficoltà nel parto e nell'allattamento, in funzione della precedente relazione gestante-feto: in questa viene considerata fondamentale la "relazione di attaccamento", pre- e postnatale. In particolare l'indagine si focalizza sulla rilevazione, nella coppia, durante il periodo della gravidanza, di indicatori – tra cui anche i movimenti attivi fetali – aventi un valore comunicazionale, che possano "dire" della relazione gestante-feto-padre, indicativa e prognostica delle vicende perinatali e neonatali, nonché a più lungo termine della costruzione della mente di quel futuro individuo, in virtù degli apprendimenti che tutte le sue successive relazioni gli permetteranno di acquisire.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Almli C.R., Ball R.H., Wheeler M.E. (2001), Human fetal and neonatal movement patterns: gender differences and fetal to neonatal continuity. *Developmental Psychology*, 38(4).
- Ammanniti M. (1992), *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero scientifico.
- Ammanniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995), *Maternità e gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammanniti M., Stern D.N. (1991), *Rappresentazioni e narrazioni*. Roma-Bari: Laterza.
- Ammanniti M., Stern D.N. (1992), *Attaccamento e Psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Anolli L. (2002), *Psicologia della comunicazione*. Bologna: Il Mulino.
- Arnould-Driss L. (2003), Ecografia in ostetricia ginecologia: galleria di immagini o immagini di sé. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetrica e psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Benedek T. (1960), L'organizzazione della pulsione riproduttiva. In Baruffi L. (a cura di), *Desiderio di maternità*. Torino: Boringhieri, 1979.
- Benedek T. (1959), Psychobiological aspects of mothering. *Amer. J. of Orthopsychia*, vol. 26.
- Bertini M., Antonioli M., Gambi D. (1978), Intrauterin mechanism of synchronization: in search of the first dialogue. *Totus Homo*, 10(8), 73-91.
- Bibring G.L. (1959), Some consideration of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic study of the child*, 14, 113-121.
- Bibring G.L. (1961), A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the child*, 16, 9-23.
- Bion W. (1970), *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando.
- Bion W. (1972), *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.
- Bowlby J. (1972), *Attaccamento e perdita*. Vol. 1. *L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri.
- Bowlby J. (1975), *Attaccamento e perdita*. Vol. 2. *La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri.
- Bowlby J. (1983), *Attaccamento e perdita*. Vol. 3. *La perdita della madre*. Torino: Boringhieri.
- Bowlby J. (1989), *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Brazelton T.B., Cramer B. (1991), *Il primo legame*. Como: Frassinelli.
- Breen D. (1992), Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale. In: Ammanniti M. (a cura di), *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero scientifico.
- Bruner J. (1986), *Actual minds, possible words*. Cambridge: Harvard Un. Press.
- Brustia P. (1996), *Genitori*. Torino: Boringhieri.
- Bucci T. (1997), *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Roma: Fioriti.
- Bydlowski M. (2000), *Il debito di vita: i segreti della filiazione*. Roma: Pendagrone.

- Camaioni L. (1993), *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Camaioni L., Di Blasio P. (2002), *Psicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Capello C., Vacchino R. (1985), *Sessualità femminile e situazioni sociali*. Pisa: ETS.
- Carli L. (1999), *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Carli L. (2002), *La genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento*. Milano: Franco Angeli.
- Cassidy J., Shaver P.R. (2002), *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Ed. Fioriti.
- Cena L. (1989), *L'attesa di un figlio nella coppia: vissuti materni e paterni e dinamiche psicologiche del periodo perinatale*. Tesi di Specializzazione in Psicologia dell'Educazione, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.
- Cena L. (1990), *Dalla teoria alla prassi: la realizzazione di un percorso formativo per operatori socio-sanitari*. In: Imbasciati A., Ghilardi A., Vincenzi S., Cena L. (a cura di), *Tossicodipendenze e AIDS. Manuale per la formazione psicosociale degli operatori*. Università degli Studi di Brescia.
- Cena L. (2005), *Costruire una mente: la competenza comunicativa primaria della gestante*. *Nascere*, 95, 20-33.
- Chamberlain D.B. (1988), *The significance of birth memories*. *Pre- and Perinatal Psychology*, 2.
- Chayen B., Tejani N., Verma U.L., Gordon G. (1986), *Fetal heart rate changes and uterine activity during coitus*. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 65, 853-855.
- Cicchetti D., Cohen D.J. (1995), *Developmental Psychopathology*. Vol. 1, *Theory and Methods*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Ciccone A., Lhopital M. (1994), *La nascita alla vita psichica*. Roma: Borla.
- Cioni G. (1991), *Il bambino impara a muoversi. Guida all'osservazione del movimento nel primo anno di vita*. Ospedaletto: Pacini Editore.
- Cioni G. (1993), *Differences and variations in the patterns of early independent walking*. In *Early Human Development*, 35, 193-205.
- Cioni G., Paolicelli P.B. (1999), *Lo sviluppo fisico e motorio*. In: Camaioni L. (a cura di), *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Copper R.L. (1996), *The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than 35 week gestation*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175, 1286-1292.
- De Casper, A.I., Fifer, W.P. (1980), *Of human bonding: newborn prefer their mother's voice*. *Science*, 208, 1174-1176.
- Della Vedova A., Imbasciati A., (2005), *Le origini della mente*. In: Imbasciati A., Margiotta M. (a cura di), *Compendio di Psicologia per gli operatori sociosanitari*, cap. 8. Padova: Piccin.
- Dennet H. (1978), *Brainstorm*. Milano: Adelphi.
- Deutsch H. (1945), *Psicologia della donna*. Torino: Boringhieri, 1977.
- Devoto G. (1967), *Avviamento alla etimologia italiana. Dizionario etimologico*. Firenze: Le Monnier.
- Dipiero J.A. (1996), *Fetal neurobehavioral development*. *Child Development*, 67, 2553-2567.
- Farneti A. (1998), *Elementi di Psicologia dello sviluppo*. Roma: Carocci.
- Ferenci S. (1914), *Il parassita come simbolo della gravidanza*. In: *Opere*, vol. 2. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferenci S. (1924), *Thalassa*. Astrolabio, 1965.
- Ferraro F., Nunziante Cesaro A. (1982), *Vicissitudini del senso materno tra concepimento, gravidanza e nascita*. *Età Evolutiva*, 13.
- Ferraro F., Nunziante Cesaro A. (1985), *Lo spazio cavo e il corpo saturato*. Milano: Franco Angeli.
- Field T. (1995), *Infants of depressed mothers*. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Flamigni C. (2001), *Avere un bambino: come inizia una vita dal concepimento al parto*. Milano: Mondadori.
- Fonagy P. (2001), *Attachment theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press. Tr.it. *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Cortina.
- Fonagy P., Steele H., Steele M. (1991), *Maternal representation of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age*. *Child Developmental*, 62, 891-905.
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina.
- Forleo R., Podda M., Albanese S., Forleo P. (2004), *Paure e timori in gravidanza, indagine statistica su 300 donne intervistate a Roma e Matera*. Atti congresso PIPGO, Torino.
- Fornari F. (1976), *Codice materno e disturbi della femminilità*. In: Cerutti M. (a cura di), *Ginecologia psicosomatica e profilassi ostetrica*. Padova: Piccin.
- Fornari F. (1977), *Il significato psicoanalitico del parto senza violenza*. *Bollettino SIPPO*, 1, 1-2.
- Fornari F. (1979), *I sogni delle madri in gravidanza*. Milano: Unicopli.
- Fornari F. (1981), *Il codice vivente*. Torino: Boringhieri.
- Graber H.G. (1924), *Die Ambivalenz des Kindes*. *Psychoanalytischer Verlag*. Vienna and Zuri: Leipzig.
- Grigio M., Provasoli C., Zanelli Quarantini A. (1987), *Un approccio psicodinamico alla preparazione al parto*. In: Pietropolli Charmet P. (a cura di), *La democrazia degli affetti*. Milano: Cortina.

- Hepper P.G. (1988), Foetal "soap" addiction. *Lancet*, Jun. 11, pag. 1347-1348.
- Hepper P.G. (2002), Prenatal development. In: Slater A., Lewis M. (2002), *Introduction to infant development*. Oxford: Oxford University Press, 39-60.
- Horney K. (1926), *Psicologia femminile*. Roma: Armando, 1980.
- Ianniruberto A., Tajani E. (1981), I movimenti fetali umani. *Età Evolutiva*, 10.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*. Milano: Angeli.
- Imbasciati A. (1998), *Nascita e costruzione della mente*. Torino: Utet.
- Imbasciati A. (2001), Quale inconscio? La costruzione dei processi di simbolizzazione. *Psichiatria e Psicoterapia analitici*, XX, 125-142.
- Imbasciati A. (2003), Un supporto teorico alla transgenerazionalità. *Atti IV Congresso Psicoanalisi*, Roma, Aprile 2000. Siena: Contasalli.
- Imbasciati A. (2004), A teoria do Protomentale e a transgerazionalidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38, 181-201.
- Imbasciati A. (2004), A theoretical support for transgenerationality: the Theory of Protomentale, *Psychoanalytic Psychology*, 21, 83-98.
- Imbasciati A. (2006a), *Constructing a Mind: a new basis for psychoanalytic Theory*. London: Routledge.
- Imbasciati A. (2006b), *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati A., Calorio D. (1981), *Il protomentale*. Torino: Boringhieri.
- Imbasciati A., Cena L. (1992), *La vita psichica primaria. Affetto e cognizione nell'infante*. Masson.
- Imbasciati A., Manfredi P. (1994), Parametri psicologici per un controllo del parto fisiologico. In: Mollica G. Vesce E. (a cura di) *Medicina fetale*. XIX Riunione, Ferrara, 1-2 dicembre 1994, Ferrara: Monduzzi.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2005), *Compendio di Psicologia per gli operatori sociosanitari*. Padova: Piccin.
- Kestenbergh J. (1956), Vicissitudes of female sexuality. I. *Am. Psychoanal. Ass. vol. 4*. Tr.it. Vicissitudini della sessualità femminile. In: Baruffi L. (a cura di), *Desiderio di maternità*. Torino: Boringhieri, 1979.
- Klein M. (1969), *Amore, odio e riparazione*. Roma: Astrolabio.
- Klein M. (1969), *Invidia e gratitudine*. Firenze: Martinelli.
- Laing R.D. (1978), *I fatti della vita. Sogni, fantasie, riflessioni sulla nascita*. Nuovo Politecnico: Einaudi.
- Langer S. (1951), *Sesso e maternità*. Torino: Loescher, 1981.
- Lebovici S. (1983), *Il bambino, la madre e la psicoanalisi*. Roma: Borla, 1988.
- Legros J.P. (2003), La diagnosi prenatale: paradosso della rassicurazione. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato ginecologia ostetricia psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Lichtenberg J. (1989), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Little (1986), *Verso l'unità fondamentale*. Roma: Astrolabio.
- Mahler M. (1963), *Le psicosi infantili*. Torino: Boringhieri, 1976.
- Maiello Hunzinger H. (1983), Gravidanza e parto come esperienza di contenimento e separazione. In: "Chi ha paura della cicogna?". Atti del Convegno, Assessorato ai servizi sociali. Roma: Cooperativa DO.R.I.S.
- Mancia M. (1982), Sull'inizio di una vita mentale del feto. *Neuropsichiatria Infantile*, 246-247, 13-22.
- Mancuso S., Arduini D. (1987), Maturazione comportamentale del feto e suoi riflessi clinico-semeiologici. *Prospettive in Pediatria*, 17, 255-269.
- Manfredi P., Imbasciati A. (1997), La percezione acustica fetale. *Archivio di Psicologia, Neurologia e psichiatria*, 273 marzo-giugno, 165-188.
- Manfredi P., Imbasciati A. (2004), *Il feto ci ascolta e ... impara*. Roma: Borla.
- Mc-Dougall J. (1989), *Teatri del corpo*. Milano: Raffaello Cortina, 1990.
- Meltzer D., Harris M. (1983), *Il ruolo educativo della famiglia*. Torino: Centro Scientifico.
- Milani Comparetti A. (1981), Interpretazione funzionale dei movimenti fatali. *Età evolutiva*, 10, 88-92.
- Minkowsky M. (1928), Neurobiologische studien am menschlichen foetus. *Handbk biol., ArbMeth*, 5, 511-618.
- Miraglia F. (2005), *Per una cultura del nascere*. Rubbettino.
- Miraglia F., Micheletti G., Orlandini E. (1984), *Sarò madre*. Milano: Rizzoli.
- Mitchell S. (2000), *Il modello relazionale dall'attaccamento all'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Moser T. (1994), *Der erloser seiner mutter*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Natanielz P.W. (1992), *Un tempo per nascere. Le nuove conoscenze sulla vita prenatale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Negri R. (1996), La vita prenatale e la strutturazione del pensiero. *Psicoanalisi e Metodo*, 1, 68, Borla.
- Negri R. (2000), *Sensorialità e vita prenatale*. In: Righetti P.L., Sette L. (a cura di), *Non c'è due senza tre*, Torino: Bollati, Boringhieri.
- Negri R., Guareschi-Cazzullo A., Vergani P., Mariani S., Roncaglia N. (1990), Correlazione tra la vita prenatale e formazione della personalità. Studio preliminare

- attraverso l'osservazione di due gemelli. *Quaderni di psicoterapia infantile*, 2, 148-165.
- Nunziante Cesaro, A. (1988), La gravidanza come crisi dell'identità femminile. In: D'Alessio M. (a cura di), *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Patrick J. (1982), Pattern of gross fetal body movements over 24 hour observation intervals during the last 10 weeks of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 142, 363-371.
- Peluffo N. (1976), *Micropsicoanalisi dei processi di trasformazione*. Torino: Books Store.
- Pillai M., James D. (1990), Are the behavioural states of the newborn comparable to those of the fetus. *Early Human Development*, 22, 39-49.
- Pines D. (1972), Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Pines D. (1981), In the beginning: contribution of psychoanalytic developmental psychobiology. *Int. J. of Psychoanalysis*, 8, 15-33.
- Pines D. (1982), The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psycho-Analysis*, 63, 311-319.
- Piontelli A. (1988), Infant observation from before birth. *International Journal of Psychoanalysis*, 68, 453-463.
- Piontelli A. (1988), Prenatal life and birth as reflected in the analysis of a 2 year old psychotic girl. *Int. Rev. Psychoanal.*, 15, 73-81.
- Prechtl H.F.R. (1984), *Continuity of neural functions from prenatal to postnatal life*. Oxford: Blackwell.
- Randaccio S., De Padova M. (2004), Aspetti emozionali: modificazioni psicologiche in gravidanza. In: Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica in Ginecologia e ostetricia*. Roma: CIC.
- Rank O. (1924), *Das Trauma der Geburten Psychosozial*. GieBen.
- Raphael-Leff J. (1980), Psychotherapy with pregnant women. In: Blum B.L. (a cura di), *Psychological Aspect of Pregnancy, Birthing and Bonding*. New York: Human sciences Press.
- Rascovsky A. (1977), *La vita psichica del feto*. Ed. Il formichiere 1980.
- Rayburn W.F. (1983), Excess fetal activity another worrisome sign? *Medical Journal*, 76, 163.
- Righetti P.L. (1996), *Le emozioni e gli stati dell'io prenatale*. Psicologia, psicoterapia e salute, 2, 2.
- Righetti P.L. (1998), *Le emozioni e gli stati dell'io Prenatale*. Atti del III Congresso Internazionale OMAEP: Fondamenti Biologici e Psicologici dell'Educazione Prenatale – Comunicazione, Roma.
- Righetti P.L., Sette L. (2000), *Non c'è due senza tre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Riva Crugnola C. (1987), Parto cesareo e competenza materna in Ricerca e profilassi. Terzo congresso mediterraneo di Psicoprofilassi al parto-nascita. Stresa, 1992. In: Farinet M. (a cura di), *Progetto Nascere*, 86-95, Milano, 1992.
- Robertson S.S. (1985), Cyclic motor activity in the human fetus after midgestation. *Developmental Psychobiology*, 18, 411-419.
- Robertson S.S. (1987), Human cyclic motility: fetal newborn continuities and newborn state differences. *Developmental Psychobiology*, 20, 425-442.
- Rossi N. (1980), La ricerca psicologica di fronte alla vita fetale, *Età Evolutiva*, nucleo monotematico, 65-70.
- Sander L.W. (1987), Awareness of inner experience: a system perspective on self-regulatory process in early development. *Child Abuse Neglect*, 11, 339-346.
- Sarto M., Righetti L., Venturini S. (1998), *La consapevolezza del ruolo genitoriale dalla prenatalità alla neonatalità*. Pavia: Bonomi.
- Shaffer M. (1977), *L'interazione madre-bambino, oltre la teoria dell'attaccamento*. Milano: Franco Angeli.
- Soifer R. (1971), *Psicodinamica della gravidanza parto e puerperio*. Roma: Borla.
- Soldera G. (1993), *Conoscere il carattere del bambino prima che nasca*. Pavia: Bonomi.
- Sontag L.W. (1944), War and the fetal-maternal relationship. *Marriage and Family Living*, 6, 3-5.
- Sontag L.W. (1965), Implication of fetal behavior and environment for adult personalities. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 134(2), 782.
- Soulè M. (1999), La vie du foetus: son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique. *Psychological Bulletin*, 35, 712-713.
- Spelt D.K. (1948), The condition of the human fetus in utero. *Psychological Bulletin*, 35.
- Stern D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri, 1987.
- Stern D.N. (1998), *Le interazioni madre bambino nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Cortina.
- Stern D.N., Bruschweiler-Stern N. (1998), *Nascita di una madre*. Milano: Mondadori, 1999.
- Tomatis A. (1993), *Dalla comunicazione intrauterina al linguaggio umano*. Como: Ibis.
- Touwen B.C. (1984), Primitive reflex: conceptional or semantic problem? In: Prechtl H.F.R. (a cura di), *Continuity of neural functions from prenatal to postnatal life*. Oxford: Blackwell, 115-125.
- Trevarthen C. (1998), *Empatia e biologia. Psicologia, cultura e neuroscienze*. Milano: Raffaello Cortina, 1998.

- Vegetti Finzi S. (1990), *Il bambino della notte*. Milano: Mondadori.
- Viola F., Lisa M. (2002), *Tesi di diploma universitario per ostetrica*. Università degli Studi di Torino, Facoltà di Medicina e Chirurgia.
- Viola M. (1992), *Modi e ritmi nella relazione madre-bambino*. In: Imbasciati A., Cena L. (a cura di), *La vita psichica primaria*. Masson.
- Vries J.I.P., de Vissers, G.H.A., Prechtl, H.F.R. (1982), The emergence of fetal behavior. I: Qualitative aspects. *Early human development*, 7, 301-322.
- Vries J.I.P., de Visser G.H.A., Prechtl, H.F.R. (1988), The emergence of fetal behavior, III: Individual difference and consistences. *Early Humana Development*, 16, 85-103.
- Vries J.I.P., Visser G.H.A., Prechtl H.F.R. (1985), The emergence of fetal behavior. Quantitative aspects. *Early Human Development*, 12, 99-120.
- Wadhwa P.D. (1999), The psychobiology of stress in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 61 Jan/Feb, 96.
- Wallerstein R.S. (1965), The goals of psychoanalysis; a survey of analytic viewpoints. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 12, 482-499.
- Winnicott D. (1987), *I bambini e le loro madri*. Milano: Raffaello Cortina.
- Winnicott D. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1970.

PSICOSOMATICA DELLA GRAVIDANZA E DEL PARTO

(Antonio Imbasciati, Loredana Cena)

3.1 PSICHE E SOMA: LA PSICOSOMATICA

“Psicosomatico” è un termine linguistico composto dalle parole “psichico” e “somatico”, per indicare l’inscindibilità di tutto quanto riguarda la psiche e di quello che concerne il soma, cioè il corpo. Psiche è termine ereditato dal greco, dove indicava quello che anima gli esseri viventi e l’uomo in particolare. In effetti il termine greco corrisponde al latino “anima” (il cui concetto è diverso da quanto espresso da “animus”), per indicare il principio vitale che anima, appunto, gli esseri viventi. L’avvento del Cristianesimo in occidente ha dato al termine anima un significato metafisico, divino. Ricordiamo qui come le parole hanno variazioni di significato a seconda dell’epoca storica e della cultura in cui vengono usate: le parole esprimono concetti e questi sono ideati da una determinata cultura o collettività. Così il medesimo termine, per esempio anima, può avere significati diversi (= accezioni) a seconda del contesto cui si riferisce.

In molte culture ricorre una distinzione, e talora una contrapposizione, tra ciò che è visibile, sensibile, corporeo e ciò che viene supposto esistere, al di là di quanto può essere più immediatamente inferito: è la distinzione tra il materiale e l’immateriale. Nella cultura occidentale questo si è concretato nella contrapposizione, ricorrente, tra materia e spirito, e in quella equivalente tra corpo e anima. Mentre il significato del materiale, del corporeo, del *soma* greco equivalente al *corpus* latino, non presenta rilevanti variazioni di accezione, queste invece si notano per il significato che si dà a spirito e a anima, che può variare a seconda del contesto filosofico culturale. È comunque da notare che la contrapposizione tra il materiale sensibile e l’idea più astratta inferita a proposito del principio che anima il vivente, è ricorrente in molte culture. Così in sanscrito abbiamo *atman* e *prana*; in ebraico *nephesh*; in slavo *duch*; in giapponese *uawa*; in australiano *wang*, in atzeco *julio* (Spearman, 1937); termini tutti che vengono contrapposti alla materialità dei corpi.

Una tale contrapposizione nella cultura occidentale si può dire sancita dalla distinzione di Cartesio

tra *res estensa*, il materiale e la *res cogitans*, ovvero il pensiero, e dunque la mente. La contrapposizione è rimasta per secoli in tutta la cultura occidentale, anche scientifica, e perdura tuttora nel senso comune corrente: si concepisce il corpo, cioè tutto ciò che è somatico, biologico, indagabile direttamente dalle “scienze della natura”, come contrapposto a quanto non è tangibile e può solo essere inferito o talora soltanto ipotizzato. A quest’ultimo talora non si attribuisce l’indagabilità scientifica: si riconosce, per esempio, che la matematica, che tratta di cose astratte, sia una scienza, mentre invece per altri settori del sapere, per esempio la storia, la sociologia e la psicologia, si tende a metterne in ombra il carattere scientifico, e con esso il rigore metodologico che “fa” una scienza. Così per ciò che concerne l’uomo si dà una preminenza al corpo, considerandolo indagabile scientificamente, mentre molto meno si considera la scientificità delle scienze della mente; a meno che queste le si indaghi nel corpo, cioè nel cervello. Così il campo d’indagine della psicologia, cioè di una logia della psiche, viene spesso subordinato a quello che indaga il corpo. Alle scienze della natura si contrappongono le “scienze umane”, ma a queste si nega in pratica spesso la scientificità: l’aggettivo “umano” viene usato restrittivamente e in modo indefinito.

Così abbiamo la riduttività, che impera nella mentalità corrente, che la psicologia sia un sapere acquisibile da tutti con l’esperienza, la “sensibilità”, la buona volontà, l’impegno verso il prossimo. Sotto tale implicito assunto collettivo sta l’idea che tutti possano essere, almeno un pò, psicologi (Imbasciati, Margiotta, 2005). Sotto a questa idea c’è l’inconscia paura di non essere capaci di conoscersi a fondo, e quindi di controllarsi: di qui la presunzione di essere capaci di conoscere gli altri come garanzia della negazione della paura di non conoscersi. A nulla valse il socratico ammonimento del “conosci te stesso”.

In tal quadro si parla nel senso comune di “psicologia” e molto meno di “scienze psicologiche”. Se ne ignora la molteplicità, la specifica individualità metodologica, il loro contributo scientifico allo

studio della mente. Con tal ultimo termine, d'altra parte si tende a confinarne il concetto alla coscienza, e si usa invece il termine psiche, più nebuloso, col suo implicito e mistificato riferimento agli affetti (gioca qui un'altra deleteria contrapposizione tra affetti e cognizione), come più adattabile alle sommarietà del pensiero comune. In questo quadro si pensa ancor oggi, nel senso comune, che la mente possa essere influenzata dal corpo, cioè dal cervello, ma non che quanto viene mentalmente elaborato, "pensato", condizioni a sua volta il corpo.

La contrapposizione psiche/corpo, d'altra parte, viene corroborata nella nostra cultura da quella espressa da due termini tenuti artificiosamente distinti di "cognizione" e di "affetto". La cognizione meriterebbe l'appellativo di "mentale", con una implicita riduzione all'apprendimento cosciente e al pensiero cosciente, mentre si misconosce tutto l'apprendimento inconsapevole e la cognizione automatica (la "memoria implicita"). Gli affetti d'altra parte, le emozioni e i sentimenti, vengono ascritti a qualcosa di diverso: qualcosa che richiama la sostanza animica, concettualizzata in epoche precedenti. Per tale attribuzione il termine *mente* assume nel linguaggio popolare una connotazione diversa da *psiche*; e così "psichico" da "mentale". Tale distinzione è confusiva e pertanto oggi, in ambito scientifico, psichico è inteso equivalente a mentale (Imbasciati, Margiotta, 2005). La distinzione tuttavia rimane a livello popolare (Imbasciati, 2005).

In relazione alla suddetta aprioristica contrapposizione corpo-anima, il progresso della medicina, lungo i secoli XVII, XVIII e XIX si polarizza sul corpo, ovvero sulla biologia. La psiche, o la mente, di conseguenza non vengono ritenute appartenere all'ambito medico. Le alterazioni più evidenti del funzionamento mentale vengono in tal quadro così attribuite a cause organiche, e un più fine studio dello psichico rimane ai margini delle scienze mediche. Nell'Ottocento, con il Positivismo, si delinea il valore scientifico della medicina in quanto basata su dati sperimentali e osservativi, con un rifiuto della filosofia teorica e delle scienze che non siano rigorosamente fondate sulla applicazione di metodi propri delle scienze naturali e della ricerca sperimentale. Si giunge a determinare il concetto di malattia, sulla base di *alterazioni della struttura* dei tessuti, degli organi, fino alle microalterazioni cellulari, esaminate con l'uso di strumenti tecnologici (microscopio). Ogni processo morboso viene classificato non più sulla semplice base dei sintomi, ma si ricercano le cause che provocano alterazioni.

Vengono trovati batteri e virus e si constatano le lesioni delle cellule di un certo organo: i progressi comportano e corroborano una concezione della medicina centrata su ciò che si "vede". Questo rapido progresso a cavallo tra i due secoli spinge la medicina in un'unica direzione e non viene riconosciuta l'influenza che i fattori emotivi, sociali e ambientali possono esercitare sul funzionamento fisiologico degli apparati (Solano, 2001). I disturbi fisici in cui non si riscontra alcuna alterazione strutturale a livello anatomo-patologico, vengono guardati con "sospetto": inizia a delinearsi la concezione di simulazione attraverso i primi studi sull'isteria di Charcot. Anche per le malattie mentali si ricercano lesioni, encefaliche, che consentano di delineare una specifica malattia e si coniano classificazioni sulla base di sindromi, cioè complessi di sintomi insieme ricorrenti alle quali si dà il significato di "malattia" anche in assenza di riscontrate cause organiche, come se prima o poi la scienza medica le potesse individuare.

Freud non usò il termine psicosomatica anche se la sua intera opera costituì la rifondazione scientifica dell'antica idea ippocratica dell'intima interrelazione mente/corpo e soprattutto della possibilità che la mente generi le malattie del corpo. Cominciava d'altra parte a delinearsi, in ambito psichiatrico, il concetto di psicosomatica, col termine coniato dal clinico internista e psichiatra Heinroth (1818), per indicare che la medicina deve considerare non solo gli aspetti somatici, ma anche quelli psichici. Si affermava così lentamente la psicosomatica, come quella branca della medicina che considera le interrelazioni tra mente e corpo: oggi diremmo l'aspetto integrato di quanto è indagabile coi metodi psicologici, cioè la psiche, e quanto indagabile coi metodi medico-biologici, ovvero il soma.

Può essere utile accennare ai successivi principali approcci teorici (Taylor, 1987) per comprendere gli attuali sviluppi della psicosomatica attuale e dunque quali siano le matrici della psicosomatica ostetrica e ginecologica. Storicamente sembra sia stata Flanders Dunbar (1943) ad imporre il termine "psicosomatica" nella cultura scientifica statunitense, fondando l'American Psychosomatic Society. Ella si dedicò principalmente allo studio di casi che presentavano patologie simili, giungendo a identificare specifici profili di personalità che li corrispondevano. Si sviluppò così una modalità di approccio teorico ai problemi psicosomatici definita della *specificità di personalità*. Secondo questa teoria, a categorie di differenti strutture di personalità corri-

sponderebbero gruppi di diverse malattie. Studi successivi e recenti, prendendo spunto da questa teorizzazione, svilupparono i profili di personalità definiti di tipo A, di tipo B e di tipo C. La personalità definita di tipo A (Friedman, Rosenman, 1959) sarebbe contraddistinta da caratteristiche quali competitività, aggressività, impazienza e un elevato desiderio di riconoscimento e successo; gli individui sarebbero in uno stato di continua tensione e le problematiche fisiche sarebbero prevalenti nell'area cardiovascolare (ipertensione, angina, infarto). Altri pazienti con caratteristiche diverse sono definiti di tipo B (Rosenman, Chesney, 1982) e presentano prevalenza di altre patologie. La personalità di tipo C (Bahnsen, 1981; 1982), caratterizzata invece da diniego, rimozione, scarsa manifestazione delle proprie emozioni, si ritroverebbe prevalentemente in pazienti con patologie cancerogene.

Contributo importante per l'impostazione freudiana giunge da Alexander, psicoanalista ungherese che nel 1930 si trasferisce negli Stati Uniti diventando uno dei più importanti scienziati che si occupano di psicosomatica. Le teorizzazioni di Alexander avviano un processo di integrazione tra i contributi che provengono da diverse discipline, in una prospettiva di integrazione multifattoriale degli elementi emotivi, somatici e ambientali. Alexander sottolinea la diversità tra sintomatologia isterica, in cui le alterazioni del corpo sarebbero la manifestazione simbolica di un conflitto, e quelle che invece lui denomina "nevrosi vegetative", derivate dal protrarsi eccessivo di stati emozionali. In un primo momento il processo è soltanto funzionale e può quindi essere reversibile, ma con il protrarsi nel tempo subentra un danno ai tessuti e si cronicizza in una vera e propria malattia propriamente definibile come psicosomatica.

Intorno agli anni cinquanta, alcune teorie (Wolff, 1950) fanno uso del costrutto di specificità, correlandola non a conflittualità, ma a modalità peculiari di risposta protettiva adattativa ad eventi stressanti, trasmesse per via ereditaria. Questa *Teoria della specificità* della risposta è vicina a quella della Dunbar, anche se evidenzia soltanto il contenuto esplicito del comportamento. Da autori successivi (Graham, 1962; Grace et al., 1952; Kaplan, Kaplan, 1967) viene inoltre sottolineato poi come i pazienti possano presentare specifici profili di reazione fisiologica, con modalità immutate nel tempo.

Altre teorie sostengono una regressione fisiologica a modalità primitive di funzionamento mentale. Ne fanno parte le *Teorie della regressione fisiologi-*

ca e dell'Io: le manifestazioni patologiche di tipo psicosomatico sarebbero simili alle risposte fisiologiche caratteristiche dell'infanzia. Problemi nella relazione madre-bambino rinforzano modalità di risposte fisiologiche, costituzionalmente determinate, che possono venire sollecitate nei pazienti psicosomatici. Felix Deutsch (1927; 1939; 1953) richiama l'attenzione sulla regressione relativa a punti primitivi di fissazione: questi sarebbero determinati dalla comparsa di una disfunzione organica durante le prime fasi dello sviluppo, associata a conflittualità. Una patologia che si manifesti a seguito di una conflittualità emotiva durante l'infanzia, sensibilizzerebbe l'organo a successive disfunzioni, qualora si riattivasse in seguito il conflitto. La Deutsch si interessa particolarmente agli aspetti psicosomatici della sessualità femminile, e ai problemi ostetrici e ginecologici, ed estende il concetto di conversione al di fuori dell'isteria, considerandolo un processo attivo in ogni individuo. Si delinea così la distinzione tra i disturbi funzionali, cioè relativi ad una disfunzione fisiologica dovuta a fattori psichici emotivi, e quelli che più specificamente vengono definiti psicosomatici, in cui una conflittualità di origine affettiva profonda e irrisolta agisce nell'organismo alterandone non solo le funzioni ma anche la morfologia.

Parallelamente alle teorie della regressione fisiologica si attiva all'interno della psicoanalisi, a seguito della pubblicazione dell'"Io e i meccanismi di difesa di Anna Freud" (1936), un interesse particolare per le funzioni dell'Io (Hartman, Kris, Lowenstein, 1946), in specifico per le sue capacità di adattamento. Di fronte ad eventi altamente stressanti, seguiti da una incapacità di difesa, viene individuata una regressione delle funzioni dell'Io (Margolin, 1953) a livelli primitivi di sviluppo, parallelamente ad una regressione nella fisiologia.

Se i primi psicoanalisti, Dunbar, Alexander e i teorici della regressione fisiologica, sono in sintonia con la teoria freudiana, nel mantenere un distinguo tra isteria da conversione e nevrosi vegetative, altri studiosi come Groddeck (1925), contemporaneo e in contatto con Freud, attribuiscono significato simbolico anche ad ogni sintomo cosiddetto vegetativo. Si delinea un filone teorico autonomo nelle concezioni dei meccanismi psicosomatici. Groddeck non opera alcuna distinzione tra patologie organiche e psichiche, né tra salute e malattia. Ancora prima di Freud egli delinea un concetto di Es (Groddeck, 1926), sinonimo di inconscio, che si esprime attraverso le simbolizzazioni e che si applica a tutti i sintomi, psichici e somatici, e a tutte le patologie fisiche.

Più tardi Engel e Schmale (1967) indicano come gli organi attivati nei processi di conversione siano oggetto di rappresentazioni mentali. Desideri rimossi possono manifestarsi in modo simbolico, attraverso la memoria della percezione originaria a cui si associarono i processi somatici.

Intorno agli anni Sessanta, gli scarsi successi terapeutici relativi all'utilizzo del trattamento psicoanalitico delle sindromi psicosomatiche inducono una certa disillusione nei riguardi della psicoanalisi, con uno spostamento dell'attenzione verso la psicofisiologia o il contesto esistenziale dei pazienti. Le teorie psicosomatiche classiche, direttamente evolutesi dalla teorizzazione freudiana delle nevrosi, comportano concettualizzazioni di tipo biologico e neurologico superate dalle nuove scoperte della ricerca in psicobiologia evolutiva. Accanto all'ipotesi che conflitti emotivi inconsci possono originare disturbi psicosomatici, viene messa in evidenza (Ruesch, 1948, MacLean, 1954) un difetto della *manifestazione delle emozioni*. MacLean (1949; 1967; 1977) ritrova nei soggetti con patologie psicosomatiche una difficoltà al riconoscimento e alla verbalizzazione delle emozioni. Egli spiega questo deficit (facendo ricorso ad una teorizzazione del cervello trino) come dovuto a una scarsa integrazione tra corteccia cerebrale, sede dei processi più strettamente cognitivi, e sistema limbico, sede dell'attività emotiva. Dunque la possibilità di una manifestazione psichica delle proprie emozioni nella coscienza o nella condotta, si presenta come espressione di uno stato di benessere nell'individuo. All'inverso, una difficoltà di estrinsecazione delle emozioni, con corrispondenti deficit delle connessioni tra le suddette zone cerebrali¹, genererebbe la tendenza alla psicosomatosi. Ruesch (1948; 1957) individua nei pazienti psicosomatici oltre a problematiche relative ad una mancata espressione verbale e simbolica delle emozioni, anche una *personalità infantile*. Tale proposta si connota come una delle prime alternative al conflitto psichico, verso una teorizzazione della patologia psicosomatica basata su un *difetto di struttura*. Ruesch segnala inoltre come problematiche connesse alla relazione madre-bambino siano determinanti per lo sviluppo della capacità di espressione emotiva.

¹ Da vedere se la scarsa integrazione tra le zone cerebrali sia primaria, forse genetica, o sia dovuta al fatto che nello sviluppo primario del bimbo le esperienze da questi elaborate non abbiano costruito insufficienti circuiti cerebrali nelle varie zone encefaliche.

L'aspetto dell'emozionalità dell'essere umano viene affrontato anche dalla Scuola Francese di Psicosomatica (Marty, De M'Uzan, David, 1963a) in cui la patologia psicosomatica viene affrontata, in un'ottica diversa, con un nuovo modello teorico: viene infatti sottolineata una carenza, o un *deficit nello sviluppo delle prime relazioni madre-bambino*. Nelle prime esperienze relazionali del bambino si costituiscono quelle modalità di funzionamento psichico che consentono lo sviluppo di una capacità di rappresentazione simbolica degli affetti e delle emozioni. Marty evidenzia particolari caratteristiche, relative ad un funzionamento psichico che sarebbe difettoso a livello preconscious: questo comporterebbe una disorganizzazione delle difese mentali con una maggiore esposizione alla somatizzazione. Un inadeguato funzionamento del preconscious porterebbe a uno scarso e inadeguato sviluppo delle "capacità fantasmatiche" e riflessive, con una difficoltà ad esprimere gli affetti, incapacità a riconoscere e descrivere i sentimenti, e a discriminare tra stati emotivi e sensazioni corporee. In questa tipologia di soggetti si riscontra inoltre una specifica carenza cognitiva caratterizzata dall'utilizzo prevalente di un "pensée opératoire" (Marty, De M'Uzan, 1963b), carente di rappresentazioni simboliche, poco creativo, privo di fantasie. Un buon funzionamento psichico sarebbe invece caratterizzato da un'organizzazione affettiva equilibrata, considerata una difesa dalla malattia organica. Una struttura di personalità psicosomatica sarebbe particolarmente esposta a "disorganizzazione psicosomatica": particolari situazioni impediscono un'elaborazione psichica delle emozioni, e dei traumi soprattutto, che pertanto si manifestano a livello organico, con un'elaborazione inversa a quelle dello sviluppo che va dal corporeo allo psichico; una incapacità dunque di manifestazione della sofferenza psichica e invece una sua espressione corporea.

Quasi contemporaneamente Sifneos (1973), pur non conoscendo il lavoro il lavoro iniziato dagli analisti francesi, intraprende la stessa via, analizzando attentamente lo stile comunicativo degli individui che presentano patologie psicosomatiche. Riscontra caratteristiche comuni in soggetti con disturbi psicosomatici: un deficit delle funzioni affettive e simboliche; certe persone non sono capaci di riconoscere i propri sentimenti e le proprie emozioni: di qui fu coniato il termine *alessitimia*, che letteralmente (dal greco *a* = privativo, *lexis* = leggere, *tymos* = affetti) significa incapacità di leggere le proprie emozioni. In altri termini gli individui alessitimici sono

incapaci di vivere propri sentimenti, di sentire le proprie emozioni, e di conseguenza incapaci anche di esprimerli, con le parole o altro, e incapaci di riflesso, di riconoscerli nelle altre persone.

In un primo tempo tale caratteristica fu considerata un tratto patologico, responsabile della tendenza alle affezioni psicosomatiche, intese come espressione nel corpo di eventi psichici non altrimenti elaborabili: poco più tardi indici alestitimici furono riscontrati in soggetti non necessariamente psicosomatici. Oggi l'alestitimia non è considerata tanto in termini categoriali medici di normalità/patologia, quanto invece in relazione alla capacità che gli individui posseggono, chi più che meno, di elaborare gli eventi emozionali e quindi di viverli, sentirli, riconoscerli. Ognuno ha un proprio livello di questa funzionalità mentale: chi è molto poco capace può definirsi alestitimico, ma tutti siamo un poco alestitimici, nella misura in cui l'elaborazione delle emozioni fino a riconoscerle implica un notevole contatto con i propri livelli preconsce e inconsci. In tal quadro risulta comprensibile come le persone la cui mente è poco in grado di elaborare gli eventi emotivi fino alla loro espressione cosciente, siano invece predisposte ad esprimerli nel corpo. L'alestitimico non è necessariamente un soggetto psicosomatico: è più a rischio di somatizzazioni. D'altra parte il concetto di "malattia psicosomatica" è oggi abbandonato: i progressi delle neuroscienze dicono che la mente, ovvero l'attività cerebrale, comunque condiziona il corpo e ne modula le funzioni, nell'ottimalità come nella disfunzione, fino al limite di un'alterazione cospicua delle normali funzioni biologiche. Qualunque patologia è modulata, in senso positivo o negativo, del tipo di funzionalità che cervello ha acquisito e che chiamiamo mente.

La somatizzazione è pertanto oggi da considerare una processualità fisiologica per la quale la struttura mentale, costituitasi nel sistema neurale, può, attraverso vie neuro-umoralie oggi note, modulare tutte le funzioni corporee: ogni individuo ha una propria specifica struttura mentale, che, a seconda delle circostanze in cui il soggetto si trova, condiziona, favorevolmente o sfavorevolmente, la funzionalità, e di conseguenza anche la morfologia, di qualunque suo organo o funzione. In tal quadro la psicosomatica viene considerata secondo un modello bio-psico-sociale (Engel, 1962, 1977; Lipowsky, 1984; Imbasciati, Margiotta, 2005).

Quanto alla possibilità che ogni singolo soggetto possa essere più o meno in grado di elaborare mentalmente i propri eventi emotivi piuttosto che a

somatizzarli, gran parte degli studiosi convergono nel considerare le vicende fetali, perinatali e neonatali, e il rapporto fisico e psichico con la madre, come matrice della futura struttura psicosomatica di quel singolo individuo: cioè di quel tipo di regolazione mente-corpo che lo predisporrà, a seconda delle situazioni della sua vita, a esprimere col corpo quanto in quel momento per quella struttura non può essere elaborato psichicamente. Si veda a tal proposito l'esauriente trattazione di Taylor (1987). In questo quadro meritano qui citazione i lavori di Hofer (Hofer, 1983a, b; Hofer, Sullivan, 2001; Berardi, Pizzorusso, 2006), sugli animali e sugli umani, che hanno messo in evidenza le regolazioni biopsicologiche tra madre e neonato e soprattutto gli effetti di situazioni di separazione. È questo aspetto che interessa la presente trattazione, focalizzata su come l'esperienza di separazione costituita dal parto possa regolare psicosomaticamente la fisiologia del parto stesso.

Un versante della ricerca psicosomatica affronta l'argomento tramite il concetto di stress (Seyle, 1936, 1966) e i relativi approcci: in realtà, a parte una certa ambiguità del concetto e la facile confusione tra stress e stressor (Imbasciati, Margiotta, 2005), questo filone di studi esplora i meccanismi biologici coi quali un organismo reagisce a situazioni che non possono essere adeguatamente "smaltite", cioè elaborate, da processi di mentalizzazione. Si tratta cioè di un'esplorazione a valle dell'evento, dato per scontato ma non indagato, che il sistema mentale può essere soverchiato dagli eventi situazionali; esterni e interni cioè di risonanza e capacità strutturale del sistema ad elaborarli. In sostanza la parte a monte, lo psichico, viene, sì, considerato, ma si dà preminenza alla più facile indagine sul biologico che ne è conseguenza.

In realtà l'argomento "psicosomatica" non può che essere affrontato integrando i vari vertici di indagine. I recenti sviluppi della ricerca in ambito neurobiologico, delle neuroscienze, della psicologia dello sviluppo, in particolare l'Infant Research, e della psicoanalisi hanno allargato i confini delle conoscenze sulla nascita, sulla costruzione e lo sviluppo della mente infantile, e hanno introdotto interessanti mutamenti nella teoria psicoanalitica, attraverso argomentazioni riferibili alla psicosomatica. Una maggiore considerazione delle interazioni primarie madre-bambino indicano un'influenza nello sviluppo della "unità psicosomatica": la ricerca psicobiologica e le osservazioni precoci delle relazioni madre-caregiver mostrano come la qualità delle

relazioni oggettuali primarie siano responsabili di problemi evolutivi e “riducono la capacità dell’individuo di autoregolare alcune funzioni psicobiologiche essenziali, predisponendolo alla malattia fisica” (Taylor, 1987, pag. 19).

La nozione di psicosomatica attuale (Matte Blanco, 1984; Stegagno, 1989) ha dunque assunto significati di più ampio respiro e si sta omologando a concettualizzazioni che riguardano non solo la “malattia”, ma anche la salute, fisica e mentale: salute come il maggior grado di benessere per l’individuo e dunque non più assenza di malattia. Le attuali neuroscienze permettono di sostenere che tutte le malattie sono “psicosomatiche” (Forleo, Forleo, 2003): attraverso l’approfondimento dei concetti di plasticità del sistema nervoso centrale, delle basi neurobiologiche dei sintomi comportamentali e degli stati d’animo, del rapporto tra genetica, immunologia e neuroendocrinologia, si evidenzia come per tutte le malattie, anche quelle dovute ad agenti biologici conosciuti, vi sia una componente causale, più o meno incisiva, che concorre con le cause biologiche a originare la malattia. Attraverso la costruzione di sempre nuove connessioni interneurali dovute all’acquisizione e all’elaborazione cognitiva (il cosiddetto investimento affettivo interessa particolarmente la percezione, l’acquisizione e l’elaborazione dell’esperienza nei confronti di alcune zone cerebrali) il nostro SNC non accumula semplicemente contenuti di memoria, ma si trasforma continuamente in tutte le sue funzioni: parte di queste trasformazioni riguarda la nostra capacità di leggere la realtà che ci circonda e in particolare la nostra realtà interna; e in relazione a quest’ultima lettura siamo più o meno capaci di regolazione psicosomatica. D’altra parte il grado di capacità nel poter leggere la realtà, esterna e interna, condiziona la nostra possibilità di modificare il nostro stesso funzionamento psichico: la plasmabilità del sistema nervoso è fonte della nostra libertà; per tutta la vita dunque è possibile cambiare.

La psicosomatica non è allora materia a se stante, ma viene considerata uno “strumento metodologico” per leggere unitariamente le problematiche legate alla salute. Nella concezione di una generale possibilità che processi psichici modulino i processi somatici, anche concorrendo con altri fattori ambientali o con agenti patogeni noti, a codeterminare tutte le malattie, si parla oggi, non più di malattie psicosomatiche, bensì di **equilibrio psicosomatico** (Imbasciati, Margiotto, 2005) che si manifesta nella normalità (maggiore o minore efficienza del soma a seconda delle condizioni psichiche) e così come nella patologia: ogni individuo elabora in modo specifico, a seconda della primitiva matrice proto-mentale, i processi centrali che modulano le funzioni corporee. Tale concezione è rinforzata dalle ricerche sul sistema immunitario, il quale reagirebbe con modalità diverse a seconda della sollecitazione degli eventi psichici. Questo rende spiegabile come di molte patologie a causa nota, siano state individuate concause psicosomatiche (Haynal, Pasini, 1978; Pancheri, 1984).

L’attuale psicosomatica ostetrica e ginecologica non è un capitolo riservato a particolari patologie, ma è una modalità di lettura di tutta la ginecologia e l’ostetricia, in vista di una psicologia della salute della donna; e dei bimbi e dei futuri individui (Imbasciati, 1994a, b, 1998a). Tutto questo attraverso la riscoperta di un rinnovamento del rapporto medico-paziente, ostetrica-paziente, servizi-utenti, in modo che essi siano orientati non solo all’“I cure”, alla cura di organi ma all’“I care”, al “prendersi cura di” tutta la persona. (Forleo, Forleo, 2003). Nel nostro caso ci interessa la “salute e il benessere della donna e del bambino”, come psicologi clinici che in ambito perinatale lavorano a fianco di altre professionalità quali ostetriche e ginecologi, come loro anche noi orientati a perseguire le finalità previste dai nuovi ordinamenti formativi (Laurea in Ostetricia) che regolano la professione degli operatori.

3.2 DAL CORPO ALLE STRUTTURE MENTALI ATTRAVERSO LA RELAZIONE GESTANTE-FETO: LA PROTO-MENTE MATRICE DELLA STRUTTURA DELLO PSICHE-SOMA

Ogni processo organico è modulato psicosomaticamente attraverso vie in gran parte oggi conosciute. Il cervello regola ogni processo organico, ma è l’elaborazione dell’esperienza, cioè la funzionalità psichica, che ha strutturato e struttura il cervello. Le peculiarità funzionali di un cervello vengono a

costruirsi dall’esperienza del singolo soggetto e a loro volta condizionano la capacità del sistema neurale di elaborare ogni successiva esperienza e quindi di strutturarsi; o continuare a costruirsi (Imbasciati, 2005; 2006a, b). Possiamo pertanto affermare che il cervello si autocostruisce, e con esso lo psiche-soma. Lo

psiche-soma rivela così sempre più la sua unitarietà.

I primi psicosomatisti si interessarono soprattutto al “misterioso salto dalla mente al corpo” (Deutsch, 1959), trascurando “un salto altrettanto misterioso nella direzione inversa, quello per cui le sensazioni corporee e alcuni processi biologici del bambino cominciano a essere esperiti come eventi mentali” (Taylor, 1987, pag. 109). Le teorie psicoanalitiche classiche poco conoscevano sulle relazioni mente-corpo nei primi periodi della vita: con gli studi sull’alessitimia questo ruolo ha iniziato ad essere considerato più rilevante di quello dei conflitti intrapsichici. Si è così iniziato (Ruesch, 1948) a focalizzare l’attenzione su cosa è possibile possa accadere quando *difetti* nella struttura psichica primitiva possano permanere nella vita mentale adulta. I recenti contributi delle teorie psicoanalitiche sulle relazioni oggettuali e quelli provenienti dalla ricerca sulla Infant Research ritengono che la funzione delle prime relazioni tra madre e bambino sia elemento fondante nel passaggio dal corporeo al mentale e dunque matrice dello sviluppo psichico del bimbo: la regolazione somatica che è accertata tra caregiver e neonato influenza la nascente funzionalità psichica di questi, che pertanto si può sviluppare con modalità differenti a seconda di come viene vissuta la relazione. Di conseguenza una differente funzionalità psichica condiziona a sua volta una peculiare regolazione psicosomatica sia nella relazione primaria che per la struttura del futuro individuo. La psicoanalisi attuale, attraverso la comprensione della vita mentale precoce e del mondo oggettuale e pre-oggettuale interno, contribuisce a spiegare come alcune persone più di altre siano maggiormente vulnerabili alla malattia.

Il concetto di *carenza* o di deficit riferita alla relazione madre-neonato o più genericamente alle *cure materne* si riferisce sia a manchevolezze, sia a limiti, sia all’eccesso dell’ambiente globale (relazionale) in cui la mente si forma, ma soprattutto alla qualità, al tipo di cure del *caregiver* (Bowlby, 1969). Molti autori hanno sottolineato la mancanza di contenimento (Winnicott, 1965b), di *rèverie* (Bion, 1970), o i fallimenti di empatia nel rispondere ai bisogni del bambino (Kohut, 1971); l’ambiente in senso psicoanalitico è riferito alle funzioni primarie del caregiver e delle altre figure di riferimento affettivo importanti, come il padre, i fratelli, i nonni. Con Bion (1970), Winnicott (1970) e Kreisler e Cramer (1981), è stato possibile focalizzare meglio l’importanza, per lo sviluppo mentale precoce, della influenza della relazione con la figu-

ra di accudimento primaria, e rilevare come problematiche nell’ambito di queste prime vicissitudini relazionali, possano anche produrre “difetti” psichici e sfociare in patologie, psichiche e somatiche. Winnicott (1965a) evidenzia che la psiche è in diretto funzionamento con il soma e col funzionamento corporeo e sostiene un’identità del fenomeno biologico-psichico-somatico: la matrice somatopsichica primitiva prenderebbe forma dalla “funzione” della madre, sufficientemente buona nei casi favorevoli, e dall’ambiente facilitante (Bertolini, Giannakoulas, Hernandez, 2003).

Anche Kreisler e Cramer (1981) evidenziano l’importanza della qualità della primaria relazione madre-bambino nel determinare lo stato di salute del neonato: il caregiver può non funzionare adeguatamente e non proteggere il bimbo o non fornirgli un sostegno adeguato, esponendolo a stimolazioni eccessive, oppure non sollecitandolo adeguatamente, oppure ancora esponendolo ad una discontinuità che è sfavorevole ad un armonico sviluppo. L’Autore illustra, per ognuna di queste relazioni disarmoniche, diverse patologie psicosomatiche rinvenibili nel bimbo. Fino alla metà del primo anno di vita l’equilibrio psicosomatico sarebbe influenzato dall’andamento della relazione con il caregiver, solo verso la seconda metà del primo anno di vita il bimbo inizierebbe un’autonoma modulazione dei propri stati, anche se non in autonomia completa; comunque la sua struttura psicosomatica deriverebbe dalla primitiva impronta ad uno psiche-soma strutturato dal caregiver. Dalla clinica è stato evidenziato come gli aspetti disfunzionali della relazione, all’origine di anomalie nel passaggio dal somatico al mentale, comportino nell’individuo una strutturazione successiva di funzionamento mentale correlato a maggiori incidenze di patologie psicosomatiche.

Bion (1970) descrive la funzione, denominata alfa, che agirebbe sulle impressioni sensoriali e sulle esperienze emotive rendendole “mentali”, trasformandole cioè da elementi grezzi, denominati elementi beta, in elementi alfa. Gli elementi beta, vissuti “come cose in sé”, sono “evacuati” attraverso l’identificazione proiettiva, oppure vengono “incorporati” in reazioni psicosomatiche. Sulla scorta di queste affermazioni di Bion, peraltro comprensibili soltanto nel contesto di un setting rigorosamente psicoanalitico, ci si può chiedere se sia possibile ricostruire questa trasformazione attraverso una descrizione diversa, e forse più comprensibile, in termini cioè di un’organizzazione che parta dagli

input sensoriali originando le prime tracce mnestiche. Se i processi psichici sono descrivibili come una progressiva serie di operazioni sempre più complesse (come la griglia proposta da Bion), è possibile seguire in termini psicofisiologici, anziché psicoanalitici, la progressiva e diversa elaborazione dell'organizzazione che va dal somatico allo psichico? Ovvero, come si generano i processi psichici primari a partire dagli input sensoriali somatici? Come avviene il primo processo che va dal soma alla psiche? In questo intento è stata delineata da uno di noi la Teoria del Protomentale (Imbasciati, Calorio, 1981; Imbasciati, 1983, 1994, 1998b, 2005, 2006a, b). Questa teoria esplora il passaggio dal non mentale, riferibile al somatico e poi al neurologico, fino a quelli che vengono indicati come processi psichici primari, e dunque alla nascita della mente: dal somatico pertanto allo psichico. Rimandando ai testi citati per un'adeguata comprensione di questa teoria, possiamo qui illustrarne l'aspetto psicosomatico mediante la figura 3.1 da noi ideata.

Nella figura si possono seguire i percorsi attraverso cui il sistema mente "dirige" il corpo e influenza i sistemi biologici. Questi sono modulati dall'attività mentale complessiva e tale modulazione si esplica soprattutto attraverso le strutture neurali interessate a quanto è denominato affettività (sistema mesolimbico, amigdala, nuclei della base), attraverso le strutture del sistema nervoso vegetativo, quelle del sistema neuroendocrino e le vie più complesse che modulano il sistema immunitario. La lettura dello schema può essere fatta *bidirezionalmente*: non solo dalla mente al corpo, ma anche delle funzioni degli apparati biologici, recettori e motori, alla mente, ai sistemi di funzioni costruite nell'"elaboratore globale" (vedi legenda). In questa direzione di lettura notiamo come tutto l'input che arriva al sistema nel caso di un infante (feto, neonato), sia a sua volta modulato dalla madre, e dai possibili caregivers: sono questi infatti che regolano le afferenze che possono arrivare ai recettori del bimbo e condizionano inoltre la di lui motricità che a sua volta determina un input afferenziale (un output motorio infatti può determinare variazioni dell'input in arrivo); ed ancora un output espressivo che entra nel dialogo col caregiver e induce modificazioni di quest'ultimo, con conseguenti modificazioni dell'input.

Nell'infante dunque il dialogo corporeo con la madre, e poi quello espressivo (nel feto la comunicazione è essenzialmente corporea: cfr. 2.1.3 e 2.2.2) determinano la qualità delle costruzioni e del

sistema mente e in particolare dello psiche-soma. Questo dà voce alle ipotesi per cui si è parlato di una trasmissione della vita psichica concomitante alla trasmissione biologica (Bydlowski, 2003). Del resto nel quadro della Teoria del Protomentale è stato ipotizzato che la transgenerazionalità possa essere spiegata attraverso la trasmissione di significanti e significati materni di tipo protomentale, cioè costituiti da configurazioni sensoriali corporee elementari (Imbasciati, 2004).

Un "difetto" nel processo di elaborazione e costruzione, della mente e dello psiche-soma, può avvenire dunque in entrambi i sensi, a seconda delle condizioni di sviluppo in cui si trova l'individuo, a partire già dal primario apprendimento in cui le afferenze sensoriali, corporee, sono processate a formare le prime strutture funzionali. Il punto di partenza è l'esperienza mediata dalla sensorialità: l'esperienza somatica sta all'origine della costruzione progressiva della prima struttura funzionale del sistema mente. Le funzioni psichiche sono pertanto tutt'altro che diretta conseguenza obbligata di uno sviluppo somatico "normale", ma sono costruite: non è un buon sviluppo somatico che garantisce la possibilità di fare una valida esperienza psichica, ma, a livello perinatale, è la stessa esperienza psichica che aiuta e sollecita la costruzione della struttura somatica stessa.

Il passaggio dal sensoriale al mentale va ricercato nella successione di passaggi in cui prendono forma le prime "rappresentazioni" mentali, costituite da tracce intese non solo come contenuti ma soprattutto come tracce di funzioni, di processi, che verranno conservate in memoria. In questa prospettiva si può pensare ad una concezione della dimensione psicosomatica come specifica di ogni individuo: l'equilibrio di tale struttura dipenderà da come le strutture primarie hanno appreso ad elaborare le esperienze che dal corporeo si sono strutturate nei contenuti e nelle modalità di funzionamento proprie della mente di quell'individuo. In questa processazione della esperienza primaria assume un ruolo determinante la mediazione di un'altra mente adulta, che attraverso processualità intrinseche al "prendersi cura di", possa favorire nella mente nascente la costruzione di funzioni adeguate. Nella relazione gestante-feto, e successivamente madre-bambino, è la madre che regola, attraverso processi mediati dal suo corpo, prima la vita prenatale e, successivamente alla nascita, con processi psicofisiologici meno evidenti, più "nascosti", l'organizzazione della processazione psico-fisica nel bimbo.

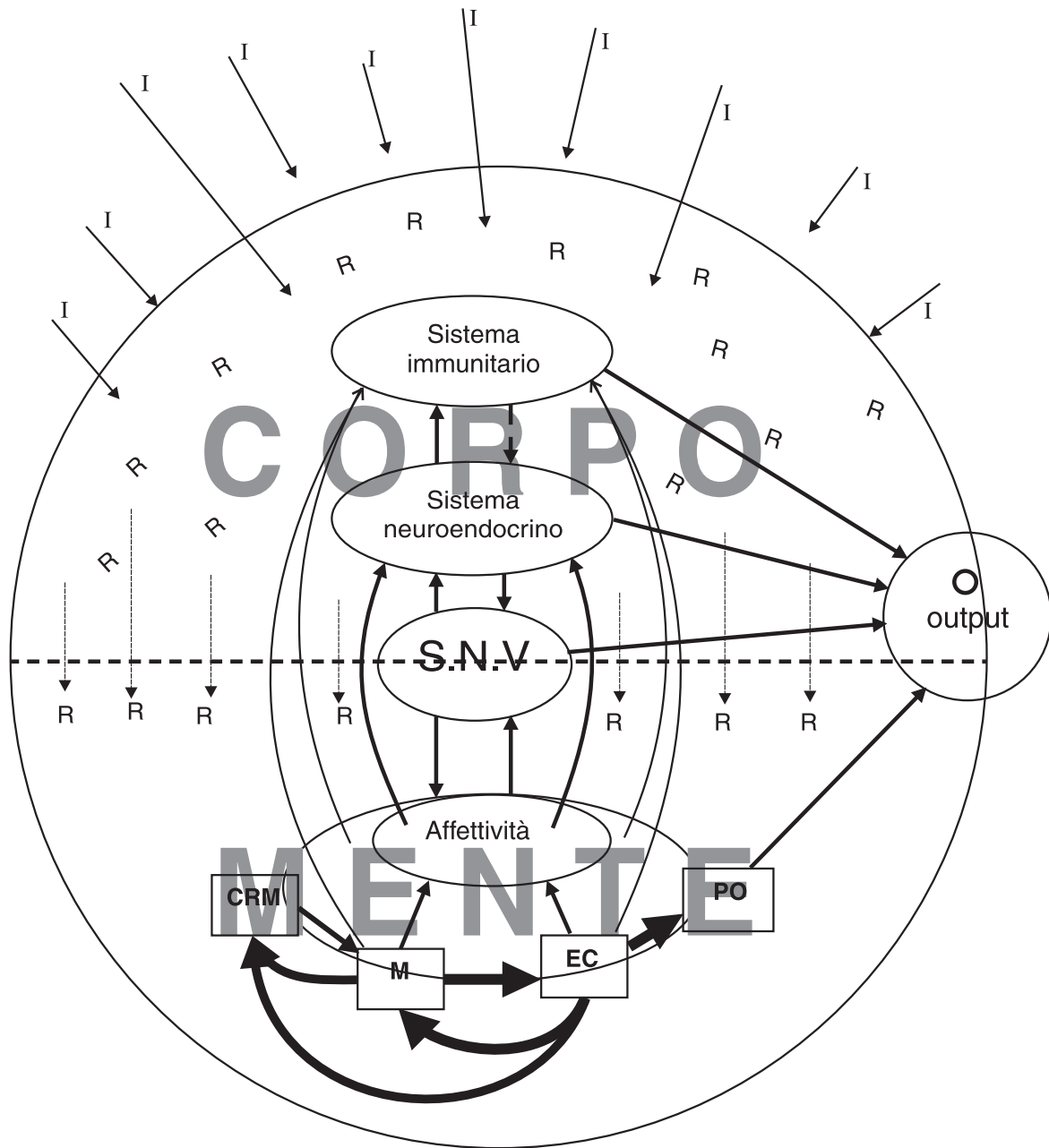


FIGURA 3.1
MENTE-CORPO
 (Figura originale ideata da Imbasciati e Mahony)

FIGURA 3.1

La figura vuole schematizzare l'unità funzionale psicosomatica della mente e del corpo. Nella parte superiore sono indicati con I tutti gli insiemi di input che vengono recepiti dai vari apparati sensoriali dell'organismo. Le varie configurazioni di stimoli, o input, innescano meccanismi di recezione neurosensoriali, indicati con R, alla periferia del corpo per gli estero-recettori o all'interno (enterorecettori, chemiorecettori, ecc.). I vari sistemi di recezione (R) forniscono una serie di complesse informazioni al sistema mente, da noi schematizzata nella parte inferiore della figura, che vengono elaborate in molteplici stazioni di codifica: un primo livello di tale codifica è indicato come sistema di Codifica Recettivo Mnestica (CRM). I risultati dei primi livelli di elaborazione, in larga parte individuabili a livello subcorticale, subiscono una più complessa rielaborazione in quanto vengono continuamente integrati con la memoria, o meglio in un sistema mnestico di lettura, schematizzato come M, in larga parte omologabile al lavoro corticale. Il sistema M è in continuo feedback con il sistema CRM: questo infatti trasforma gli input facendone una certa lettura in integrazione con M. Le recezioni così trasformate vengono percepite, in una elaborazione, selezione e lettura, che di volta in volta può anche essere diversa, e così codificati vengono reimmessi in memoria, dove sono continuamente confrontati con le memorie precedenti; in questo modo abbiamo un sistema che "legge" gli insiemi di stimoli, di volta in volta anche in modo diverso. La memoria esercita quindi la sua continua influenza sul sistema codificante, che codifica a sua volta ciò che c'è in memoria e così via in circuito continuo. Questo varrebbe per tutti i sistemi sensoriali. Nella nostra figura è schematizzato E.C. (Elaboratore Continuo), per indicare l'attività globale di elaborazione del cervello, in particolare della corteccia, che ha anch'essa una notevole retroazione con la memoria stessa (nella nostra figura lo spessore delle frecce è più o meno proporzionale alla loro importanza), così come anche sulla codifica recettivo mnestica. M e EC possono considerarsi un unico sistema per cui gli stessi input possono essere letti volta a volta in modo diverso a seconda della attività di tale elaborazione. Per queste ragioni la memoria non è mai un magazzino in cui vengono depositate "tracce", ma un sistema di continua rielaborazione e trasformazione di tutte le tracce. L'insieme Memoria + Elaboratore Centrale dà luogo a una serie di processi indicati con P.O. (Prodotto Output), destinati a diventare degli Output, in figura denominati con O. P.O. indica qualunque evento che, prodotto dal sistema, può essere considerato una risposta, tendente come tale a manifestarsi all'esterno: può trattarsi di una risposta motoria semplice, o comportamentale, anche complessa, che si

manifesta all'esterno (O), nel corpo, o come un prodotto elaborato interno (che rimane dentro il sistema a condizionare ulteriori elaborazioni e quindi a modulare ulteriori risposte) che può essere etichettato come pensiero, in senso lato: per esempio una fantasia, qualunque creazione di immagini, un intento, un interesse, ma anche un affetto, un sentimento, o qualunque evento mentale che preceda (cfr. Imbasciati, Margiotta, 2005, cap.9: processazioni in parallelo, oggetti interni, preconcezioni) la costruzione di un pensiero in senso più stretto. In altri termini, ciò che viene "pensato" modifica continuamente in retroazione la memoria, l'elaborazione stessa (pensare modifica il nostro pensiero), e la percezione, ed infine la risposta verso l'esterno. Ricordiamo anche che O può modificare I: una condotta può allontanare l'individuo dalle fonti di input. Ricordiamo anche che un O può agire anche sulle stesse funzioni mentali, per esempio trasformandole o distruggendole (psicosi) e dunque nella stessa mente, talora distruggendo (psicosomatica) gli stessi tessuti neurali e pertanto agendo su mente e corpo. Per questa ragione O è disegnato in parte su "corpo", metà superiore della figura, e in parte su "mente", metà inferiore. Tutto questo "sistema mente", con le sue retroazioni e interazioni continue, si riversa sul corpo: P.O. ha così influenza nei sistemi biologici. Questi sono modulati dall'attività mentale, o cerebrale in toto, e tale modulazione si esplica soprattutto attraverso le strutture neurali interessate a quanto è denominato affettività (sistema mesolimbico, amigdala, nuclei della base, ecc.) e quelle strutture nervose ben conosciute che costituiscono il Sistema Nervoso Vegetativo (S.N.V.), nonché sul sistema neuroendocrino, e per vie più complesse sul sistema immunitario. Le funzioni denominate affettive sono elaborate in modo prevalente da alcune strutture neurali, ma in realtà interessano l'encefalo in toto: le funzioni denominate affettive non sono separabili da quelle denominate cognitive. Per questa ragione nel disegno la zona indicata con "Affettività" iscritta in una ellisse ristretta, comprende anche una zona più ampia contenente M e EC. Ricordiamo tuttavia che il nostro schema non vuole essere anatomofisiologico, ma soltanto uno schema logico che visualizzi l'unitarietà della mente e del corpo. Si può così avere un quadro di come la mente condizioni tutte le funzioni biologiche e come, per esempio, ogni singolo individuo possa elaborare diversamente le stesse situazioni esterne (input), sviluppando una certa sindrome da stress, piuttosto che mutando la sua struttura di personalità, o sviluppando eventi patologici specificatamente psicosomatici, cioè malattie; e come a seconda dell'individuo si possa sviluppare una certa malattia piuttosto che un'altra.

A tal riguardo sono famose le ricerche di Hofer: utilizzando studi sperimentali sugli animali, egli ha osservato come nelle interazioni precoci del piccolo con la madre si celino interessanti e silenziosi processi in cui la madre funge da regolatore esterno della fisiologia del piccolo e della neurochimica del cervello in sviluppo (Hofer, 1993a, b; Hofer, Sullivan, 2001; Berardi, Pizzorusso, 2006). Le ricerche effettuate concernono la regolazione della crescita, il ritmo cardiaco, gli stati sonno-veglia, la termoregolazione, l'effetto della stimolazione vestibolare su enzimi cerebrali, i livelli ormonali. Gli effetti della separazione dalla madre presentano cospicue variazioni, negative, sulle suddette variazioni fisiologiche e in genere sul metabolismo, evidenziando una maggiore vulnerabilità alle malattie. L'effetto rientra se avviene un ricongiungimento precoce con la madre. Tutti questi effetti sono dovuti alle interazioni con la madre, soprattutto attraverso la stimolazione tattile, e non alla privazione alimentare: non si verificano infatti con la presenza di una madre sostitutiva, non allattante, ma stimolante il contatto corporeo. Aspetti analoghi si sono riscontrati in bambini, in cui si registrano anomalie nella crescita, correlata ad una loro provenienza da situazioni relazionali genitori-figli carenti e problematiche: il loro accrescimento riprende quando altri caregiver si prendono cura di loro. Analogamente i bimbi nati pretermine crescono più velocemente se sono sottoposti a stimolazione tattile. È del resto dimostrato come la stimolazione tattile abbia effetto anche nella direzione inversa, dal bimbo alla madre: l'esempio più saliente è dato dal fatto che la suzione del capezzolo provoca secrezione latte. L'effetto non accade se la stimolazione è meccanica, col tiralatte.

È stato sperimentato come la maturazione dei tessuti corporei e cerebrali sia correlata alla termoregolazione e che le relative funzioni, nei piccoli di molti mammiferi, devono essere assicurate dalla vicinanza materna: altrimenti si manifesta un rallentamento delle funzioni di termoregolazione, in genere con abbassamento termico, e conseguente abbassamento della produzione di specifiche proteine cerebrali; si produce spesso un generale stato di apatia. Si è riscontrato che anche i bimbi diventano apatici dopo una fase di protesta (Bowlby, 1969; 1973), quando sono separati dalle madri. Anche la stimolazione vestibolare da parte della madre, attraverso i comportamenti corporei consuetudinari tra madre e bimbo, ha un'influenza sullo sviluppo motorio: una carenza in tal senso porterebbe alle

manifestazioni stereotipate di dondolamento del corpo (Hofer, 1983). Nelle prime interazioni umane la madre funzionerebbe dunque quale "regolatore" dello sviluppo della fisiologia del bimbo e della modulazione neurochimica del cervello. Nuove prospettive si aprono sulle conseguenze psichiche dell'allontanamento dalla madre in epoca precoce. Tale prospettiva fornisce un modello alternativo a quello della psicoanalisi classica, rispetto alle ipotesi sulla vulnerabilità alla malattia. Questi processi illuminano in modo diverso la fisiologia e la psicologia del sistema simbiotico madre-bimbo, con un processo che non è lineare: le risposte di sofferenza del bimbo alla separazione non sarebbero, per esempio, dovute semplicemente alla "perdita" di un legame di attaccamento, ma sarebbero mediate dal conseguente ritiro della regolazione fisio-biologica e comportamentale data dalla madre. La perdita durante i primi tempi dello sviluppo dei processi regolatori che Taylor (1987) definisce "nascosti", può influenzare l'organizzazione omeostatica del bimbo e aumentare la vulnerabilità alla patologia.

La psicoanalisi contemporanea sta facendo tesoro dei contributi delle altre scienze, attraverso l'assimilazione della Infant Research (Sameroff, Emde, 1989; Sander, 1975; Trevarthen, 1990; Stern, 1974, 1977, 1983, 1985a, b, 1986, 1987, 1988, 1989a, b, c, 1990, 1992, 1995, 1998). Sameroff (Sameroff, Emde, 1989) propone un'ottica secondo cui le relazioni hanno un ruolo di primaria importanza, essendo lo strumento con cui si attuano le regolazioni tra madre-bimbo, che fondano e modificano le esperienze infantili, in sintonia con le trasformazioni corporee e comportamentali; attraverso scambi con i sistemi di regolazione delle figure di accudimento i neonati acquisiscono via via competenze di autoregolazione biologica e comportamentale. Sander (1980, 1983) sostiene che il nucleo organizzatore del sé del neonato sia da rintracciare nel sistema diadico madre-bambino, organizzato su comportamenti di regolazione reciproca che gradualmente, con una partecipazione del bambino sempre crescente, permettono l'emergenza di funzioni autoregulative.

In altre parole l'organizzazione diadica madre-bambino precede e dà origine a quell'insieme di comportamenti, sensazioni, aspettative e significati che costituiscono quanto è stato denominato Sé del neonato. Il progressivo sviluppo dell'autoregolazione influenza successivamente l'adattamento, l'esperienza ed il comportamento sociale del bambino. Il bimbo è caratterizzato da una organizzazione in grado di regolare stimolazioni in entrata e in uscita:

attivamente impegnato in interazioni con la madre (Stern, 1987), è dotato di una autoregolazione comportamentale, mediata da interazioni complesse con lei, che modulano diverse funzioni a livello biologico-neurofisiologico-comportamentale, con modalità che evolvono e cambiano rispetto alla progressiva maturazione pur restando sincroniche con quelle materne, via via fino a livelli sempre più articolati, sino a funzioni più specificatamente psicologiche (Sander, 1975; Lichtenberg, 1983). Oltre ai macroritmi del sonno, dell'evacuazione, dell'allattamento esistono microritmi della suzione e del pianto, piuttosto che altre attività, regolate sincronicamente dalla coppia, mediante una "sintonizzazione affettiva" che si attiva nell'ambito di una particolare relazione emotiva madre-bimbo detta di "risonanza affettiva" (Stern, 1987). Già Spitz (1965) aveva già segnalato quanto fossero determinanti per una sanità psicofisica del bimbo i processi biologici di regolazione nella relazione primaria.

Gli attuali studi si sono aperti anche all'epoca prenatale. La relazione madre bambino sarebbe un sistema aperto in cui sistemi omeostatici di entrambi sarebbero collegati in una organizzazione "sovraordinata", che ha portato a una revisione del concetto di attaccamento. Viene ipotizzato da Hofer che siano i processi regolatori nell'ambito della relazione madre-bambino a facilitare l'attaccamento (e non viceversa), per cui il comportamento di attaccamento nel piccolo si manifesterebbe in coincidenza di questi processi biologici che si sviluppano entro la relazione primaria. Se si assume che tali processi abbiano un carattere biunivoco, anche l'equilibrio omeostatico della madre a seguito delle modificazioni fisiologiche, ormonali e neuroendocrine della gravidanza, si regolerà sull'unità materno-fetale. Secondo una tale prospettiva riteniamo di ipotizzare che il recente costrutto di "attaccamento prenatale", che si sta delineando attualmente (Cranley, 1981; Condon, 1993; Muller, 1993; Della Vedova, cfr. cap. 7.2), possa trovare in questa modalità di indagine nuovi interessanti sviluppi: riteniamo cioè che i suddetti "processi regolatori" organizzino e regolino la psicofisiologia della gravida in ambito pre-natale (predisponendola poi al parto), e la psicofisiologia del bambino in epoca pre e neonatale (Taylor, 1987), permettendo al bimbo di organizzare le "esperienze" prenatali e successivamente neonatali in quell'equilibrio psicosomatico che scandisce la crescita. Tali processi unitamente ad altri "regolatori psichici" della relazione madre-bimbo, come la percezione dei movimenti fetali, le

rappresentazioni mentali del "bimbo immaginario" ed altri in precedenza citati, attiverrebbero nella madre un legame di "attaccamento" che potrebbe essere letto avente una funzione "protettiva" riguardo alla minaccia di un'eventuale separazione prematura durante la gestazione.

La perdita della madre dopo la nascita, o disfunzionamenti della regolazione reciproca durante la gravidanza, scatenerrebbero risposte psicologiche di sregolazione e di disagio: alla luce di quanto evidenziato, riteniamo sia di grande interesse valutare come gli eventi psichici che hanno accompagnato l'evoluzione della gravidanza e l'esperienza di separazione costituita dal parto, possano regolare psicosomaticamente la fisiologia del parto stesso. In tal senso stiamo orientando da alcuni anni alcune nostre ricerche nell'ambito della psicologia clinica prenatale e perinatale.

Bion aveva introdotto (1962a, b; 1963; 1970) il concetto della madre come matrice di "pensiero" per il bimbo: se la madre non riesce a funzionare come "apparato di pensiero" e ad attivare con la sua capacità di *rèverie* la possibilità che il bimbo "impari a pensare", mente e corpo, non differenziati, funzionano in un tutt'uno e il pensiero resta ancorato alla concretezza sensoriale. Alla base di un anomalo funzionamento psiche-soma si collocherebbe quello che altri autori denominano "difetto di mentalizzazione" (Marty, De M'Uzan, 1963a, b), o deficit della "funzione riflessiva" (Fonagy, Target, 2001).

Le carenze nella relazione precoce madre-bimbo possono originare un difetto alessitimico, in cui la mancanza di sogni e fantasie limita la capacità di autoregolazione dell'individuo. La difficoltà dell'individuo alessitimico a riconoscere sentimenti e ad esprimerli comporta anche un'incapacità recettiva delle sensazioni corporee e degli stati emotivi interni e dunque una conseguente incapacità di regolazione interattiva. Gli affetti svolgono una funzione di organizzatori centrali della vita psichica infantile (Emde, Buchsbaum, 1993): tali studi, fondandosi su dati sperimentali, evidenziano come il bimbo, nei primi mesi di vita, invii informazioni emotive alla madre, che hanno la finalità di regolare il comportamento indirizzandola verso la soddisfazione dei propri bisogni; le emozioni quindi solleciterebbero a delle "relazioni motivazionali" (Trevathen, 1990).

Le attuali ricerche in ambito psicobiologico e delle neuroscienze ci forniscono dati sulla genesi delle emozioni: le emozioni prendono origine nel

punto di congiunzione tra corpo e mente, attraversandole e influenzandole entrambe (Pert, 1997); e li collegano “inscindibilmente”, mente e corpo in un unico insieme. Da questo punto di vista tutte le malattie si possono considerare psicosomatiche, sia quelle del corpo, sia quelle della mente (Amadei, 2005): attraverso la scoperta di neuropeptidi, si sta elaborando un nuovo paradigma esplicativo di salute e malattia, in cui le “molecole delle emozioni” sono intrinsecamente connesse alla fisiologia e alla patologia sia della mente che del corpo. Intorno agli anni '80 è emerso dalla ricerca che solo una minima parte della trasmissione delle informazioni all'interno del sistema nervoso centrale avviene attraverso le sinapsi neuronali: viene proposta l'ipotesi della presenza di un sistema parallelo extra-sinaptico, in cui le sostanze chimiche che veicolano le comunicazioni passano nei “fluidi extracellulari” che circolano nel corpo e raggiungono in questo modo i recettori interessati (Pert, 1997). Oltre alla classica neurotrasmissione per via sinaptica, altre “sostanze informative” avrebbero la funzione comunicativa tra mente e corpo. Moltissimi recettori dei peptidi sono stati individuati in aree del cervello emotivo (amigdala, ippocampo, ipotalamo) e in altre zone in cui entrano nel sistema nervoso centrale informazioni dai diversi organi sensoriali; recettori dei peptidi

sono presenti in tutto l'organismo a livello delle cellule del sistema endocrino e del sistema immunitario. I neuropeptidi ed i loro recettori uniscono cervello, sistema endocrino e sistema immunitario in una rete informazionale cervello-corpo che “rappresenta il substrato biochimico delle emozioni” (Amadei, 2005). I sistemi dell'organismo sono tra loro collegati in una sola rete psicosomatica, di cui le emozioni sono il substrato comunicazionale: se possono venire manifestate, cioè elaborate adeguatamente, ciò significa che i mediatori chimici (peptidi) possono “circolare”: questo definirebbe lo stato di benessere. Se invece ci sono impedimenti alla loro espressione, si determinerebbe una “emotività malata”. In questo quadro il sistema immunitario sarebbe dotato di memoria e capacità di apprendimento, come il sistema nervoso centrale, per cui l'intelligenza secondo questo modello verrebbe ad essere collocata non soltanto nel cervello ma anche in tutto il corpo: “la separazione dei processi mentali (emozioni comprese), dal corpo, non è più valida” (Ibidem, pag. 36). Si può allora affermare che la mente è nel corpo, nello stesso modo in cui la mente è nel cervello (Pert, 1997). Il corpo allora non è uno “spettatore muto”, ma siamo noi che non siamo abituati ad ascoltare i sussurri della “sua” voce, fino a che non emette grida attraverso i sintomi.

3.3 PSICOSOMATICA GINECOLOGICA E OSTETRICA

Nella vita della donna la gravidanza e il parto rappresentano un momento critico, di trasformazione, di sommovimento emotivo: dunque neurovegetativo, endocrino, più generalmente umorale e metabolico, forse anche immunitario e pertanto altamente psicosomatico. Le modificazioni fisiologiche che interessano tutti gli organi e i tessuti dell'organismo diventano un punto focale intorno a cui si intrecciano i processi intrapsichici di ogni singola donna e i fattori endogeni predeterminati dalla genetica della specie. A sua volta i mutamenti dell'organismo hanno un feedback somatopsichico nelle strutture psichiche e nelle funzioni che in ogni singola donna differenzialmente si sono costruite, esplicando ora la loro modulazione sull'evento specifico. Da un feedback somatopsichico si passa di nuovo a modulazioni psicosomatiche. Il tutto mobilitando la qualità delle relazioni interpersonali, così come un tempo si erano strutturate nella mente primaria di quella bambina e così come ora si ristrutturano in

quelle di quella donna. Kreisler e Cramer (1981) osservando le prime interazioni madre-neonato hanno evidenziato che sin dall'inizio la madre mette in gioco con il suo bimbo i conflitti e le angosce che avevano fondato la sua relazione primaria; ancora Cramer e Stern (1988) attraverso videoregistrazioni nel primo anno di vita hanno osservato come l'effetto patogeno di vissuti rimossi siano agiti dalla madre nell'interazione precoce con il bimbo.

Si parla di unità feto-placentare (Pancheri, 1984), che viene considerata come il complesso delle reazioni biosintetiche e metaboliche indispensabili al proseguimento fisiologico della gravidanza. Sotto l'influenza ormonale, prima del corpo luteo e poi della placenta, l'organismo materno viene preparato ad accogliere l'ovocita fecondato e a mantenere lo stato di gravidanza, a favorire l'accrescimento fetale, a preparare gli organi riproduttivi al completamento delle loro funzioni (l'utero, per lo sviluppo della gravidanza prima e, per il meccanismo del parto poi, e

la mammella per la lattazione). I meccanismi di questo stato funzionale possono venire accompagnati prevalentemente da dinamiche psichiche con riflessi somatici oppure da dinamiche psico-somatiche, in cui cioè le modificazioni umorali e neurali dipendono dall'elaborazione psichica-neurale.

Ogni volta che l'unità dello schema corporeo è messa in crisi, anche l'identità psichica stessa del soggetto viene messa in crisi. La donna in gravidanza vede modificare l'immagine del proprio corpo: questa rappresenta la base della coscienza unitaria di sé e una sua trasformazione richiede che tale rappresentazione sia ben stabilita e strutturata. Al momento del parto la separazione comporta che comunque lo schema corporeo sia ben organizzato, altrimenti ci può essere il rischio che si manifestino disturbi psichici anche di rilievo, come le psicosi puerperali. In questo quadro i corsi di preparazione al parto sono utili, in quanto attraverso gli esercizi (RAT, Training autogeno respiratorio, rilassamento), la donna può essere aiutata e guidata a prendere coscienza delle proprie sensazioni corporee.

Le problematiche di origine psichica si ripercuotono sul feto: sono stati riscontrati una maggiore attività fetale in utero, disturbi quali irritabilità, sindromi gastrointestinali, tachicardia e modificazioni del quadro respiratorio del neonato. Per esempio un forte stato ansioso può dare origine a una vasocostrizione uterina, mediata da una stimolazione di neurotrasmettitori. Questo meccanismo potrebbe dare origine ad un ritardo della crescita fetale, secondario ad asfissia cronica (Myers, 1979). Il ritardo potrebbe essere causato dall'ansia, dalla paura o da altri stati emotivi materni, che sollecitano il sistema nervoso autonomo.

Tra le sintomatologie e le patologie riscontrabili più frequentemente in gravidanza i casi in cui viene riconosciuta concordemente dagli autori (Maggioni, Mimoun, 2003) una rilevante componente psicosomatica sono: l'ipersonnia, l'iperemesi del primo trimestre, la pseudocesi, l'aborto e le gestosi.

L'*ipersonnia*, relativa al primo trimestre di gravidanza, viene correlata all'effetto ipnogeno del progesterone, anche se non risulta alcuna ricerca che abbia valutato se vi è una maggiore sensibilità a quest'ormone in altri periodi della vita della donna, come ad esempio durante il periodo mestruale (Maggioni, 2004). L'*ipersonnia* viene interpretata come regressione e identificazione al feto e tale dinamica psichica promuoverebbe l'innalzamento di progesterone. La sensazione di stanchezza e di fatica che vien rilevata in gravidanza va

considerata in relazione all'adattamento psico-fisico che richiede la gravidanza: nelle poche ricerche sviluppate, l'affaticamento viene messo in rapporto con una modificazione della bilancia simpato-vagale (Pagani, Lucini, 1999; Lucini, Strapazzon, Maggioni, Pagani, 1991), così pure molti dei disturbi digestivi come gastralgie, ipoacidità o iperacidità, diarrea, costipazione.

"Emesi" è il vomito: nelle gravide si presenta, di solito mattutino, come fenomeno fisiologico del primo periodo della gestazione, ritenuto dipendente da un'iperexcitabilità del sistema vegetativo su base ormonale. A monte di questo sembra che sia la certezza della gravidanza e dunque fattori psichici, che attivano problematiche interne che innescano lo squilibrio neurovegetativo, come comprovato nei casi di gravidanza immaginaria dove compaiono nausea e vomito dopo la mancanza di mestruazione, anch'essa in questo caso psicogena. A volte il conflitto e l'ambivalenza insiti nel volere o non volere un figlio non riguardano solo l'intrapsochico della gravida, ma coinvolgono il suo ambiente familiare e coniugale, percepito come ostile alla gravidanza: sono stati osservati effetti benefici attraverso il ricovero che consente di allontanare spazialmente la gravida dall'ambiente, riconoscendo il suo stato "interessante" e, attraverso l'acquietarsi delle tensioni familiari, si riscontrerebbe una risoluzione almeno provvisoria del sintomo.

La Deutsch (1945) e la Benedek (1952) per prime considerarono la ragione psichica del vomito gravidico come legata a istanze emotive che si oppongono alla gravidanza e alla presenza del feto: in particolare, secondo la Benedek, il vomito cesserebbe quando, dopo il quarto mese, la madre "sente" la presenza del feto e comincia a considerarlo come una parte di sé.

Solitamente questi sintomi si mantengono entro certi limiti e sono pertanto considerati normali. Se si manifestano in modo recrudescente, acquistano i caratteri di una sindrome patologica, l'*iperemesi gravidica*. Il fenomeno, mediato da variazioni ormonali, metaboliche e comunque umorali, sarebbe espressione di una conflittualità tra desiderio e rifiuto della gravidanza: un senso di disgusto si esprime con la nausea e il vomito.

In qualche caso il vomito può essere così ostinato da condurre ad una tossiemia. Si manifesta inoltre un certo grado di anoressia, con un disgusto per il cibo, nausea e conati di vomito alla semplice vista o odore di cibo. Spesso il vomito è accompagnato da scariche di diarrea, scialorrea intensa, cardiopal-

mo. In questi fenomeni neurovegetativi si invoca come prima causa uno squilibrio endocrino: occorre tuttavia spiegare da cosa tale squilibrio sia provocato, al di là dei meccanismi biologici intrinseci alla gravidanza; ciò vale soprattutto quando da un'emesi normale si passa all'iperemesi. È stata riscontrata per esempio una maggiore presenza di iperemesi gravidica nelle donne con alti livelli di ansia e una correlazione positiva tra iperemesi, e alestitimia (alexithymia) (Tempfer, Froelich, Seidl, 1979).

Un complesso di altre manifestazioni, con caratteristiche di oralità, si manifestano durante la prima metà della gravidanza: fame intensa, che si alterna a periodi di completa mancanza di appetito, a gastralgie, pirosi, intolleranza per certi particolari cibi, nonché le "voglie". Secondo la Deutsch (1945) questi eventi esprimerebbero ambivalenti desideri di espulsione e protezione dell'embrione.

Una sindrome originata dal desiderio di maternità è la cosiddetta gravidanza immaginaria, la *pseudociesi* o *pseudogravidanza* o gravidanza spuria. Un'amenorrea psicosomatica può manifestarsi, isolatamente o con altri sintomi come anoressia, lipotimie, vomito, nausea, in concomitanza con la credenza di essere incinte. Questa ultima sindrome sarebbe correlata ad un desiderio di gravidanza. Se una mancata gravidanza comporta un intenso disagio emotivo nel contesto personale e sociale, il desiderio può alimentare lo sviluppo di un complesso squilibrio funzionale di più organi e pertanto la pseudociesi. In questa sindrome si osservano tutte le funzioni della gestazione, dalle modificazioni utero-ovariche, all'inturgidimento delle mammelle, sino alla secrezione di latte, all'iperemesi, alle modificazioni endocrine (Piscicelli, 1977), a dimostrazione saliente di quanto i fattori psichici modulino i processi organici².

Opposta alla gravidanza immaginata è la gravidanza negata (Acciaro, 1985): nonostante le trasformazioni somatiche, la donna assume un atteggiamento ostinato di negazione di quanto sta accadendo in lei. La negazione può rappresentare la manifestazione di un conflitto tra desiderio e rifiuto, una difficoltà ad accettare la realtà di diventare madri. Solitamente queste sindromi sono collegate a ben più complesse disfunzioni psichiche.

² Pseudociesi è stata rilevata in cagne che in periodi di calore sono state in prolungato contatto col maschio, senza che questi abbia potuto penetrarle (Imbasciati, comunicazione personale). L'evento fa riflettere sui moventi psichici della pseudociesi, detta un tempo gravidanza isterica.

L'*aborto* viene definito come interruzione della gravidanza prima della ventiduesima settimana di gestazione: si parla di aborto tardivo se avviene tra la ventiduesima e la ventottesima settimana; di parto prematuro successivamente. Il termine "aborto" sembra provenire dai Sumeri (2000 anni a.C.): tra le loro divinità antichi demoni, gli Utukku, proliferano sulla terra, nell'aria e s'infilano nelle abitazioni; ogni demone aveva la caratteristica di causare una particolare malattia; fra di essi ce n'era uno che uccideva il feto nel ventre della madre e veniva chiamato "Abartu" (Margotta, 1968). La paura nella donna che uno spirito maligno dall'esterno entri in lei e colpisca e uccida il feto che sta crescendo dentro è una rappresentazione che può essere considerata normale nell'inconscio della donna, indicativa di un processo proiettivo, in un essere mostruoso esterno, delle fantasie interne aggressive presenti nell'evoluzione dello sviluppo psicosessuale femminile. La maggior parte degli aborti spontanei (spesso vengono confusi con le mestruazioni ritardate e abbondanti) avviene nelle prime settimane di gestazione. Gli aborti si presentano più spesso prima del quarto mese, sovente accompagnati dalla liberazione di specifiche prostaglandine prodotte localmente dall'utero, prima dunque che la placenta produca progesterone: tale increzione dovuta ad una modulazione psicosomatica. Dopo il quarto mese l'aborto spontaneo è più raro. Molti autori hanno considerato l'aborto spontaneo come un evento psicosomatico correlato a conflittualità psichiche che nell'utero trovano luogo di espressione (Mann, 1956, 1957; Weil, Tupper, 1960). Cause intermedie, oltre quelle endocrine, sono state individuate in irregolarità vasomotorie o nell'insorgenza diretta di contrazioni. Così pure una situazione di stress può causare increzione di adrenalina con conseguenti disturbi di irrorazione, e possibile morte del feto. A tutti questi meccanismi sembra non sia estraneo l'intervento di prostaglandine, per mediazione diretta neurovegetativa. Che comunque l'aborto spontaneo sia fatto risalire a eventi psichici stressanti, è nozione corrente del senso comune.

Nel caso che l'aborto sia provocato, è interessante conoscerne gli aspetti psichici individuali e sociali sottesi. Non volere un figlio, fino al suo rifiuto totale e intenzionale, esprime lo stato di angoscia in cui può trovarsi una donna, al punto tale da interrompere volontariamente la gestazione. A parte i casi in cui vi sono evidenti ragioni socio-culturali, si constata spesso una resistenza della donna alla contraccezione, anche quando essa è a cono-

scenza dei metodi protettivi: paradossalmente è come se ella desiderasse “restare incinta” per avere una conferma sulla sua capacità riproduttiva, senza però poi poter portare a termine la gestazione, per i diversi fattori, sociali, economici, intrapsichici: è come se desiderasse una gravidanza senza maternità (Pasini, 1975; Baldaro Verde, 1987). È questa spesso una sorta di “prova” delle adolescenti.

I casi di parti pretermine si riscontrano soprattutto tra le primipare (Riva Crugnola, 1987): tra esse vi sono spesso donne che hanno avuto aborti pregressi e che hanno vissuti di paura relativi alla “minaccia” e ad un senso di incapacità a trattenere dentro di sé il feto. Solitamente non hanno avuto fantasie nei confronti del bimbo che è stato immaginato come altro da sé: il parto anticipato viene in genere vissuto come una esperienza mai avvenuta, un compito incompiuto. Esse non hanno modo di farsi carico dell'identità materna, tanto che nel post-partum manifestano giudizi svalutativi nei confronti del codice materno e invece positivi verso tutta la tecnicizzazione esterna che può sostenerle, come cure intensive o incubatrici che si prendano cura del loro bimbo al posto loro.

La *gestosi* è definita come una sindrome multifattoriale (Pancheri, 1984) che si manifesta nel terzo trimestre di gravidanza con una sintomatologia triadica: edemi, proteinuria, ipertensione (EPH gestosi). Nelle crisi più gravi possono presentarsi crisi convulsive (eclampsia) ed anche morte della paziente. È una patologia grave che comporta anche la mortalità perinatale. La patogenesi della sindrome peraltro non è ancora ben definita, ha carattere concausale: più spesso ischemia placentare e/o eccesso di alcuni corticosteroidi; circa l'etiologia³ sono state avanzate differenti ipotesi tra cui soprattutto quella psicosomatica: una situazione psichica, di solito caratterizzata dal rilievo di ansia, può essere causa di una abnorme stimolazione simpatica che può provocare una vasocostrizione dei vasi uterini o altri eventi nel corpo materno (Myers, 1979) con conseguente ritardo della crescita fetale e/o morte intrauterina. Altre situazioni psichiche, o forse “strutture psichiche”, possono essere invocate nell'origine prima delle gestosi. È stato per esempio riscontrato che le gravide affette da gestosi presentano maggiori disturbi psichici rispetto alle donne normali, e spesso il rilievo anamnestico di un comportamento abnorme durante l'infanzia; o talora un rapporto di coppia insoddisfacente. Spesso le donne

con gestosi sono ansiose, incapaci di rapportarsi con il loro problema e di verbalizzare le proprie ansie e paure: presentano cioè tratti alestitimici.

A conclusione possiamo affermare che rimane tuttora questione aperta (Maggioni, Mimoun, 2003) l'incidenza più generalizzata delle emozioni in gravidanza: particolari e difficili elaborazioni delle emozioni possono, per molteplici vie somatiche, essere all'origine della maggior parte delle patologie gravidiche.

Anche la maggior parte dei disturbi ginecologici, indipendentemente dalle vicende della gravidanza, sono promosse da vie psicosomatiche: così i vari disturbi nell'espletamento della sessualità, quali frigidità, vaginismo, dispareunia (Imbasciati, Margiotta, 2005, capp. 17 e 19); così amenorree e dismenorree; così le leucorree, le candidosi, o altre affezioni ginecologiche che, pur sostenute da agenti esogeni (batteri, micosi ecc.) diventano specificatamente psicosomatiche quando i fattori psichici favoriscono l'impianto e/o la virulentazione degli agenti infettivi. La leucorrea è stata paragonata a reazioni di ansia, come il sudore alle mani e la scialorrea, e correlata a rappresentazioni di paura e pericolo; queste a loro volta sono state interpretate in relazione a rappresentazioni di rapporto con oggetti cattivi. Tutte queste manifestazioni, pur mediate da fattori biologici (neurovegetativi, endocrini, o di agenti batterici esogeni), hanno il loro *primum movens* di origine psichica. Così pure la tensione premenstruale, la dismenorrea, un'ipermetrorragia sono state interpretate sulla base di simbolizzazioni in termini di ferita, e quindi di aggressività. Per contro la menopausa viene simbolizzata in termini di lutto della funzione generativa.

Particolare rilievo nella letteratura psicoanalitico-psicosomatica italiana, merita l'opera di Franco Fornari. Nella prefazione allo storico trattato di Ginecologia Psicosomatica di Piscicelli (Piscicelli, 1977), Fornari evidenzia che “la psicosomatica ginecologica e ostetrica può essere considerata come il capitolo della medicina più specificamente adatto ad introdurre il medico nel territorio, vasto e complesso, nel quale il corpo è “parlato” dallo psichico. Definire il corpo, in quanto corpo, può apparire – per il medico – abbastanza semplice, definire il corpo come parlato dallo psichico è invece arduo” (Fornari, 1979, pag. 85). L'autore, in numerose ricerche su vari aspetti della gravidanza, si è in particolare soffermato sull'analisi dei sogni (1981): l'interpretazione dei sogni evidenzia come la donna si venga ad identificare contemporaneamente con il

³ Si ricorda la differenza tra patogenesi e etiologia.

proprio bimbo, in modo che il parto del figlio sia il proprio parto, e con la propria madre, creando una struttura a “matrioska” dove la madre sarà in grado di contenere il figlio nella misura in cui lei stessa è stata contenuta. Nei sogni sono evidenti fantasie e rappresentazioni di quello che egli definisce il “codice materno”, relativo alla funzione di accoglimento e di contenimento della donna in gravidanza, in opposizione ad un “codice paterno”, che invece ha la funzione di separazione del bimbo dalla madre. Vi sarebbe in gravidanza una conflittualità, espressa nei sogni, tra codice materno e l’altro codice insito nei vissuti femminili, quello sessuale “femminile”, che si manifesterebbe in un rifiuto più o meno conscio del proprio ruolo sessuale femminile durante la gestazione. La donna deve quindi affrontare un complesso lavoro simbolico, che le consenta di attivare il processo decisionale inconscio relativo al codice materno interno, per l’assunzione di quello che costituirà il ruolo materno: dal successo di questo processo dipende la successiva relazione madre-bambino e la capacità della madre di identificarsi con i suoi bisogni prendendosi cura di lui.

La teorizzazione fornariana (Fornari, 1966, 1975, 1976a, b, 1978) si appoggia alla analisi coinemica: Coinema deriva dal greco *coinòs*, che vuol dire “comune”, da cui comunicazione. A sua volta la parola “comunicazione” può essere fatta derivare da *cum munus* e *cum moenia*. In base ciò la parola “comunicazione” contiene nella sua etimologia il significato di “dono comune” (*cum munus*) e di “difesa comune” (*cum moenia*): un duplice significato anche per l’espressione affettiva, che può essere sia di messa in comune, sia di difesa. Il termine coinema sta ad indicare le unità minime di cui sono costituiti i significati affettivi: in questo quadro Fornari descrive i processi di semiosi affettiva, cioè il linguaggio degli affetti. All’interno della teoria coinemica i parentemi (unitamente agli erotemi e ai coinemi della nascita e della morte) rappresentano i denotati primari della significazione affettiva nonché le strutture primarie del significato; essi si riferiscono ai personaggi delle relazioni di parentela, padre, madre, bambino, fratello. Il lavoro di Freud è da Fornari considerato come una sorta di semeiotica medica, che istituisce il sintomo come segno, quando ne individua il significato nel sogno attraverso la distinzione tra scena manifesta e scena nascosta: il sintomo medico, come il sogno, ha una struttura che comporta una scena manifesta e una scena nascosta. La prima psicoanalisi ha individuato l’inconscio quale luogo dei significati psichici primari: gli affetti mani-

festandosi non presentano solo se stessi, rappresentano altri affetti, collegati al passato infantile, gli affetti diventano sintomi, scene manifeste che significano scene nascoste. Fornari introduce la teoria dei “codici affettivi” (Fornari, 1981): la nostra vita è fatta di transfert, sulla scena del mondo esterno si muovono personaggi del nostro mondo interno, così ogni attività umana è una recita, nel mondo esterno, di vicende del nostro mondo interno; per tal processo Fornari utilizza il termine di “attanza” cioè di messa in atto nella vita reale delle vicende inconsce. In tale messa in atto, il coinema (significato) funziona come attante, mentre il significante agirebbe come attore, nel senso che il suo ruolo affettivo viene generato da quella che denomina la “funzione coinemica”.

I codici affettivi vanno intesi come codici attanziali, cioè essi presiedono alla messa in scena di programmi affettivi inconsci, precostituiscono copioni che regolano il nostro comportamento sulla scena del mondo esterno: gli eventi della gravidanza e del parto attiverrebbero vissuti relativi alla ri-elaborazione della famiglia intrapsichica – parentemi, erotemi, nascita e morte – cioè del codice di significazione che sta alla base del funzionamento psichico. Fornari sostiene che in questa situazione la corrispondenza tra coinema e avvenimento è primaria: l’attivazione dei codici affettivi (madre, padre, bambino, nascita, morte) corrispondenti all’instaurarsi della famiglia sociale si attiverrebbe direttamente nei sistemi neurovegetativo ed endocrino, attraverso cui i codici affettivi si esprimono nei vari destini somatici. La complessità della loro espressione risiede nell’ambiguità: l’affetto contiene sempre rappresentazioni (se gli affetti contenessero solo il tono emotivo, avremmo soltanto i due termini piacere-dispiacere) e la loro complessità si manifesta in contenuti rappresentativi diversi. Questi si esprimono con segnali che dicono di messaggi confusivi: ciò che caratterizza le patologie è la confusività. La confusività può essere di tipo semantico, quando è alterata la relazione tra significante e significato, tra ciò che è il contenuto affettivo e invece le modalità rappresentative con cui viene espresso; o di tipo sintattico, quando la confusione si riferisce alla presenza di due stati affettivi contrari, positivo e negativo presenti in contiguità temporale. Secondo l’autore la confusività sintattica ha un’importanza fondamentale nella predisposizione ai disturbi psicosomatici quando si combina con la confusività semantica. La confusività primaria, semantica e sintattica, deriva da penose vicissitudini durante lo sviluppo dell’individuo relative alle figure di accudimento, non adeguatamente soccorrevoli e amorevoli, che

hanno alimentato la presenza di rappresentazioni interne persecutorie e cattive.

Se la espressione degli affetti attraverso i processi di simbolizzazione non è possibile per la eccessiva ambiguità e confusività, il sistema simbolico primario intraprende la “strada somatica”, attraverso la manifestazione di disturbi psicosomatici. I disturbi che si presentano alla pratica clinica, come la frigidity, il vaginismo, la dispareunia, che sono disturbi prevalentemente psichici con riflessi somatici hanno origine, secondo Fornari, da una confusione semantica e sintattica di base. La paura nella donna di essere ferita dal pene, la paura della gravidanza, l'invidia e l'ostilità verso l'uomo, che si ritrovano nei casi di frigidity, vengono fatti risalire al fatto che il pene, il bambino e l'uomo sono simbolizzati nella mente di quella donna come cattivi. Normalmente, invece, il pene, il bambino e l'uomo, ad un livello sessuale genitale⁴ e di generatività, hanno prevalentemente connotazioni buone, sotto forma di pene, di bambino e di uomo che generano la vita: sessualità e generatività hanno consonanza semantica coinemica positiva. Nei casi di frigidity invece, pene, bambino e uomo sono confusi con referenti portatori di morte. Nel vaginismo, inteso come repulsione o come difesa ad oltranza da ogni invasione, il pene viene simbolizzato come nemico, oggetto cattivo da cui appunto difendersi, anziché come oggetto buono da accogliere dentro di sé. Nella dispareunia la simbolizzazione del ricevere dispiacere da un pene cattivo sollecita lo strutturarsi a livello del S.N.C. di percezioni dolorose, riferite alla fisicità del coito. Analoga simbolizzazione si ritrova nelle algie pelviche, siano esse o no connesse al coito.

In molti disturbi della gravidanza, dalla paura, alla capacità di concepire e gestare, alla tendenza all'aborto, sono state clinicamente riscontrate correlazioni con la simbolizzazione del bambino in termini di feci. Per Fornari esse rimandano al tema di base della confusività semantica (bambino-feci) e sintattica (bambino/oggetto buono confuso con bambino/oggetto cattivo che non può essere trattato e lasciato crescere dentro di sé).

Possiamo dunque affermare che tutte le vicende collegate alla gestazione, nella normalità così come

nelle più svariate patologie, sono rivestite di carattere simbolico: una simbolizzazione inconscia le sottende, anzi, le governa: la patologia è il teatro psicosomatico più evidente di quanto la simbolizzazione interiore, cioè la mente, governi il corpo. Nel nostro specifico modello teorico di riferimento, la gravidanza, nella sua normalità o nella sua devianza, viene inquadrata nell'ambito di quelle che sono le vicissitudini dello sviluppo psicosessuale femminile (Imbasciati, 1990). A seconda di quella che è stata l'evoluzione delle vicende psichiche profonde nella bambina e poi nella donna, la gravidanza potrà assumere connotazioni di tipo riparativo oppure di tipo fusionale, oppure ancora connotati terrifici. Il figlio può venire percepito come un atto riparativo nei confronti degli oggetti interni primari, oggetti che rappresentano la madre, il proprio corpo, e quindi il costituirsi come un essere diverso dal sé materno, memoria del legame antico con la propria madre, con i genitori, con il partner con cui si è generato. In questo caso è presente nella donna il vissuto di fare qualcosa di creativo insieme al proprio partner. Ci può essere però anche un vissuto fusionale, se nel proprio passato la bambina ha avuto un rapporto problematico con la propria madre: tale situazione emotiva interiore porterà a vivere la gravidanza secondo modalità di tipo fusionale che quindi, quando sopravviene la separazione del parto, possono sfociare in difficoltà del travaglio e specificamente dell'espulsione, o in crisi puerperali, o in psicosi puerperali. Le dinamiche di tipo fusionale possono poi costituire le basi su cui la madre manterrà il legame successivamente col neonato. Infine nello sviluppo psicosessuale della bambina può essere accaduto che le fantasie di attacco al grembo materno, di rivalsa, di rivendicazione verso il rapporto dei due genitori, siano state metabolizzate in modo pregnantemente schizoparanoide: in questo caso esse hanno dato adito ad angosce di rappresaglia contro il proprio grembo e quindi sono state fantasmaticizzate persecutoriamente. In questi casi, quando la bambina diventa donna può vivere la propria gravidanza con angosce terribili, e con fantasie inconscie che essa potrà essere lesa da un qualche mostro che si sta sviluppando dentro di lei; con le possibili conseguenze somatiche che abbiamo descritto.

Una gravidanza non desiderata, subita, alimenterà le angosce suddette. Il rifiuto della maternità può avere così motivazioni diverse: la gravidanza non può essere percepita come un atto creativo e riparativo, bensì suscita timore per quanto sta accadendo

⁴ Fornari opera una basilare distinzione tra sessualità e genitalità (Fornari, 1975): la sessualità può essere pregenitale, cioè appropriativa, predatoria, narcisistica; la genitalità, e con essa una sessualità genitale, implica invece la considerazione dell'altro, sulla base di un atteggiamento che l'autore definisce metapulsione di scambio.

dentro la donna. Un rifiuto della gravidanza, può dunque configurarsi per la presenza di angosce persecutorie non elaborate verso il proprio corpo. Il tempo dell'attesa non può allora essere tollerato, in quanto imminente è il pericolo che possa accadere qualcosa di terrificante, come quando la bambina aveva avuto timore della ritorsione persecutoria dentro il suo corpo (Imbasciati, 1990).

Altro vissuto può essere relativo alla fantasia di un furto perpetrato ai danni della propria madre: la gravidanza allora non è più vissuta come il frutto dell'amore con il proprio partner, ma diventa realizzazione del furto nei confronti del corpo materno.

Questo vissuto genererà a sua volta timori persecutori di generare figli mostruosi.

È da notare che in ogni gravidanza è presente nella donna un qualche timore che il figlio possa nascere con qualche deformazione: questo in relazione al fatto che nello sviluppo psicosessuale della bambina certe fantasie sono sempre presenti; è la loro pregnanza e la loro elaborazione (schizoparanoidea piuttosto che depressivo – riparatoria) che decide se esse si ripresenteranno nella gravidanza in forme più o meno patologiche. Tra queste sono da annoverarsi le difficoltà del travaglio e le complicazioni nel parto; nonché il dolore durante il parto stesso.

3.4 IL PARTO E IL DOLORE

Il parto costituisce il momento centrale degli aspetti riproduttivi della vita della donna in cui si ritrovano ad essere rappresentate istanze culturali e sociali, elementi familiari e di coppia e soprattutto la struttura emotiva della gestante. Tutti questi fattori intervengono psicosomaticamente nella modulazione del travaglio. In un tempo relativamente breve si verificano nella donna cambiamenti ormonali e metabolici come in nessuna altra situazione fisiologica (Pescetto, Pecorari, De Cecco, Ragni, 1996; Zichella, 1999, 2003): un circuito somatopsichico rilevante si sovrappone ai processi psicosomatici. Il dolore (Schmid, 1998; Bitzer, 2003; Carducci, Savone, D'Alessio, Iannello, Caruso, 2003) ne fa parte. Con l'avvento della psicoprofilassi ostetrica c'è stata una grande presa di posizione culturale nei confronti del dolore da parto, che in certi casi è stato negato come un fenomeno organico ed enfatizzato esclusivamente come fenomeno psichico e culturale (Miraglia, 2005). In realtà il dolore ha una sua indubitabile base organica, come percezione cosciente della contrazione uterina e della conseguente eccezionale distensione dei tessuti del canale del parto dovuta alla spinta espulsiva della muscolatura uterina. Questa, come qualunque altra muscolatura liscia viscerale, è innervata da recettori dolorifici e fibre centripete: quando la contrazione muscolare (governata da un'innervazione centrifuga) oltrepassa un certo limite, l'afferenza che deriva dai recettori passa al midollo spinale, ove precisi circuiti sinaptici inviano al cervello gli impulsi che qui vengono elaborati come dolore. La percezione del dolore del parto si origina pertanto secondo vie nervose analoghe a quelle di qualunque altro dolore viscerale da contrazione.

Come per tutti i dolori, la percezione viene modulata (esaltata o attenuata, in qualche caso soppressa) dall'elaborazione spinale, ma soprattutto da quella encefalica. È noto infatti come si possa avvertire il dolore a seconda delle condizioni psichiche in cui ci si trova. Queste, per il dolore da parto, hanno un grande rilievo (Margaria, Sinigaglia, Grea, Meduri, 2001). L'elaborazione del dolore avviene a vari livelli, diencefalici e corticali (Biella, 2001; Zucchi, Agrò, Vecchiet, Ischia, Gedda, 1995), ed è in particolare relazione con le strutture encefaliche dell'emotività (cervello mesolimbico). Nel parto dunque la situazione emotiva della donna incide notevolmente sulla percezione del dolore. Per situazione emotiva si intende ovviamente ciò che avviene nella struttura affettiva profonda e cioè tutti i processi psichici non consapevoli che regolano tutto l'organismo e modulano sia i processi cognitivi che quelli somatici. Non si intende dunque semplicisticamente l'emozione evidente, o avvertita dal soggetto. Pertanto tutto quanto viene descritto come costruzione delle strutture della psicosessualità femminile (sviluppo della bambina fino alla donna: cfr. Imbasciati, 1990) costituisce il quadro in cui il dolore viene modulato. Così, a seconda di questa struttura, gli stimoli fisiologici provenienti dalle contrazioni viscerali e dalle distensioni dei tessuti pelvici sortirà esito differente: alcune donne possono sentire molto dolore, altre un dolore trascurabile⁵, anzi ogni singola donna sentirà il suo specifico dolore.

⁵ Noti sono gli episodi, frequenti un tempo in zone rurali, di donne che partoriscono da sole durante il lavoro nei campi, e tornano da sole a casa col bimbo.

A seconda delle esperienze elaborate lungo la propria storia di bambina e di donna, nonché attivate e intrecciate dalle esperienze attuali (comprese le circostanze relazionali ambientali del parto), ogni donna sentirà, sconvolgentemente o tranquillamente, la propria dose di dolore. Ma c'è un'ulteriore regolazione, nel parto, tra il dolore percepito e lo stimolo (afferenza) che l'origina. Questo infatti non è uguale per tutte le donne, perché la regolazione delle contrazioni della muscolatura liscia del corpo dell'utero, nonché i rilassamenti di quelle del collo e della muscolatura (striata) pelvica e la stessa dilatabilità delle fasce fibrose (la loro maggiore o minore imbibizione e metabolismo tissutale), sono "comandate" dall'innervazione neurovegetativa e dall'assetto endocrino, e questi a loro volta dipendono dalla regolazione centrale, cioè dallo psichico. In altri termini le condizioni psichiche, strutturali e del momento, non solo modulano la percezione dello stimolo, ma lo stimolo stesso: le contrazioni possono variare, a seconda della situazione centrale che le regola; e così pure la distensione; e soprattutto la coordinazione tra zone che si devono contrarre (corpo dell'utero, muscolatura addominale) e zone che si devono distendere (collo dell'utero, zone pelviche). La "distocia" non è una "patologia sopravvenuta": il più delle volte è l'espressione, anche grave, di eventi psicosomatici.

Tutto questo spiega l'enorme variabilità del dolore da parto nella singola donna, ma anche la variabilità del travaglio stesso: la lunghezza del travaglio, la sua facilità o difficoltà, dipendono, a parità di altre condizioni, dalla coordinazione contrazione/distensione delle varie zone corporee. Ed anche la forza contrattile e il suo ritmo dipendono, anch'essi, dalla situazione globale (psico-neuro-endocrina) della donna. Si pensa oggi che la stessa presentazione del feto (cefalica, podalica o altro) sia regolata da una comunicazione gestante-feto (segnali fisici aventi significato di codici psichici) che determinano quando e come il feto si presenta per uscire. Si parla di "competenza a nascere", posseduta dal feto; o meglio dalla diade gestante-bimbo (cfr. 2). Tale competenza, riconducibile in fondo alle capacità della diade di affrontare la separazione, regola psicosomaticamente la percezione del dolore: per questo è stato detto che "il dolore è ... *nel* parto"; e non *da* parto (Bertelli, Regalia, 2006).

A parità di struttura anatomica del bacino della donna e di dimensioni entro la norma del feto, il dolore da parto (e il travaglio) dipende dunque dalla struttura mentale profonda della donna nelle intera-

zioni dell'*hic et nunc* del parto stesso. Questa regolazione psicosomatica e somatopsichica del travaglio e del relativo dolore sono intimamente connesse con certe constatazioni cliniche successive, quali per esempio la diversità degli atteggiamenti materni, nonché con le sue disposizioni organiche (allattamento – cfr. 4) verso gli eventi che attraversa: in particolare il doppio circuito psicosomatico e somatopsichico è in relazione con le vicende interiori a seguito delle quali la donna può venir a chiedere l'analgesia, o il cesareo; o anche con le vicende in cui tali interventi (analgesia, parto pilotato, cesareo) vengono resi necessari dalle stesse vicende psicosomatiche.

Il complesso gioco psicosomatico e il suo feedback somatopsichico spiegano la enorme variabilità di tutti gli aspetti del parto, dolore e travaglio in primis. Dolore e travaglio possono così essere del tutto sopportabili oppure all'opposto richiedere interventi maggiori o minori, dai semplici antidolorifici, fino agli interventi più complessi. Sovente la letteratura, anche di autori noti come psicosomatisti si concentra sul complesso neuromorale intrecciato con le condizioni psichiche più evidenti della donna, quali le emozioni dichiarate o comunque intuibili dal clinico. La regolazione psicosomatica è però ben più complessa e occulta sul versante psichico.

Zichella (1984) definisce il travaglio un esempio di multifattorialità e di coordinazione di eventi materni, placentari e fetali. Fondamentali sono considerate le modificazioni degli ormoni steroidei, la produzione di prostaglandine, il ruolo dell'ossitocina, l'azione delle cellule miometriali: si afferma però che nessun singolo evento può spiegare il problema. Si sa per esempio che le contrazioni insorgono sotto lo stimolo dell'ossitocina sul miometrio, preparato dall'aumento degli estrogeni e dalla diminuzione del progesterone; che a livello uterino aumenta la produzione di prostaglandine stimolata dagli estrogeni; che la distensione cervicale o vaginale provoca il rilascio di ossitocina e favorisce l'attività contrattile regolare. Vi è inoltre un'induzione del travaglio da parte del fetale: l'ipofisi del feto produce ACTH, ossitocina e prolattina: l'ossitocina fetale attraversa la placenta e contribuisce, con l'ossitocina materna, alla contrazione del miometrio; così pure la stimolazione del surrene fetale da parte dell'ACTH e forse della prolattina, aumenta il cortisolo fetale; e il cortisolo può rappresentare il fattore d'induzione di travaglio attraverso la stimolazione locale di prostaglandine. L'intreccio neuroendocrinomurale, di madre e di feto, è insomma

molto complesso, ma in realtà, non solo nessun singolo fattore, dei suddescritti, può spiegare il problema, ma ognuno di questi fattori può essere modulato da differenti dinamismi psichici. Non si tratta pertanto di un “problema” in conseguenza del quale insorge una “patologia”, come semplicisticamente si suol dire, ma di una serie complessa di difficoltà che, se grandi vengono denominate patologia; così come del resto accade per le difficoltà che possono presentarsi per tutte le manifestazioni corporee nelle quali più incidente è la regolazione psicosomatica. Il complesso gioco neuroendocrinomorale, materno fetale, è intrecciato, regolato e modulato dall’elaborazione psichica, materna e forse anche dell’incipiente mente fetale nella reciproca comunicazione, che avviene attraverso medium umorali, propriocettivi, motori, termici, sonori (cfr. cap. 2)

codificati nel reciproco apprendimento che avviene tra i due durante la gestazione; e tale elaborazione dipende non semplicemente dalla situazione dell’*hic et nunc*, ma dalla struttura psichica dei due, che in quel momento elaborano quell’esperienza.

Un’esauriente considerazione dell’intreccio psicosomatico e somatopsichico rende conto della variabilità del travaglio nelle sue varie fasi (prodromica, di latenza, attiva, espulsiva, emostatica) e delle possibili “patologie” che alle varie fasi si possono manifestare, con le relative eventuali conseguenze nella donna e, in questo caso, soprattutto nel bimbo, che può restare più o meno gravemente danneggiato. Di qui l’importanza di un *monitoraggio psicosomatico* della gestazione e del parto: pertanto della necessità di formare operatori adeguatamente competenti per questo settore.

3.5 LA “PAURA DEL PARTO”: INTERPRETAZIONI PSICODINAMICHE

Nella complessa regolazione psicosomatica del parto sono state rilevate da autori di impostazione psicodinamica, alcuni processi psichici descrivibili come “paure”: paura della morte, sentimento di distacco e di perdita per la separazione, soprattutto in donne che presentano un travaglio complicato (Winget, Kapp, 1972), relazioni conflittuali con la propria madre, traumi avvenuti durante lo sviluppo psicosessuale ed altro. Alle varie descrizioni sono sottesi volta volta differenti modelli coi quali si descrive la dinamica intrapsichica. In generale si fa riferimento allo sviluppo psicosessuale della donna, al cui centro stanno gli eventi del concepimento della gestazione e della nascita, cioè del parto. Lo sviluppo psicosessuale può essere inquadrato secondo diverse teorie dello sviluppo mentale generale, da quella freudiana (oggi peraltro dimostratasi insufficiente), a tutte le successive che i vari studiosi (Klein, Winnicott, Bion, per citare solo le maggiori innovazioni) hanno elaborato. In genere si è passati da una descrizione in termini di istinti ad un’altra concepita in termini di fantasie. Un quadro dettagliato della fantasmaticizzazione che si svolge nella bambina (soprattutto in riferimento ai genitali sia femminili che maschili) e che la porterà alla struttura con cui essa vive la propria femminilità è stato tratteggiato da uno di noi (Imbasciati, 1990), con un particolare riferimento ai processi di simbolizzazione che si sviluppano dalla corporeità femminile (Imbasciati, 1983b, 1990, 1994b); e che pos-

sono svolgersi all’insegna di un metabolismo schizoparanoideo e persecutorio piuttosto che costituire processi riparativi. In questo quadro i diversi destini individuali delle progressive articolazioni fantasmatiche possono portare a differenti “gestioni” della propria femminilità e delle relative funzioni corporee, gestazione e parto, o al contrario aborto (in primis), che renderanno più o meno facile e tranquilla la gravidanza e il parto, piuttosto che pieni di angoscia con conseguenti difficoltà somatiche, fino alle forme più chiaramente patologiche.

Secondo il nostro quadro di riferimento, il parto è l’epilogo di tutto l’andamento “psichico” della gravidanza: se questa è stata permeata da preoccupazioni esterne, e/o se sono prevalsi vissuti interni angosciosi, la gravidanza può essere espletata con difficoltà, con complicazioni per il parto. In particolare è stato sottolineato quanto questi due eventi possono essere vissuti come processi riparativi, e dunque creativi, e quanto invece con altre fantasmaticizzazioni. Il parto può essere per esempio vissuto come una restituzione obbligatoria di una refurtiva o come l’essere scoperte nel furto perpetrato ai danni della propria madre, o come nel ritrovarsi a restituire qualche cosa che non si è saputo far fruttificare e che quindi si è deteriorato. Di qui alcune angosce delle partorienti, inconscie ovviamente; e il dolore “in più” nel parto, sia elaborato a livello centrale, sia mediato psicosomaticamente da una distocia per contrazioni incoordinate nel travaglio.

Importante è anche il legame con il partner, a sua volta strutturato sulle fantasmaticizzazioni del corpo maschile da parte della donna. Il partner con la sua presenza può sia allontanare le angosce, se viene vissuto positivamente, e alimentare una dinamica riparativa, sia al contrario attivare dinamismi persecutori.

Un esito sfavorevole di dinamiche intrapsichiche e relazionali della donna è costituito dall'aborto spontaneo. Qui le dinamiche psichiche producono psicosomaticamente condizioni biologiche sfavorevoli al proseguimento della gestazione. Altre dinamiche psichiche, senza traduzione psicosomatica, si sono rilevate in quelle donne che ricorrono all'aborto volontario senza avere motivi realistici: vengono denominate "abortiste psicologiche". La loro motivazione inconsapevole è collegata ad un'intensa paura inconscia che quanto cresce loro dentro sia la concretizzazione di fantasie aggressive (vuoto, rapina, invidia) e dunque che il bimbo non potrà che rivelarsi un essere mostruoso che può solo arrecare danni. Nell'aborto spontaneo si possono manifestare patologie organiche, per esempio endocrine, che di solito vengono considerate come causa prima, mentre in realtà esse sono la traduzione somatica di ciò che avviene nella mente; e naturalmente nel cervello, con particolare riferimento alla modulazione che esso esercita su tutte le funzioni somatiche; come già descritto.

Ancora, si rilevano al parto angosce di svuotamento, che possono risalire alle fantasie della bambina di incorporare "qualcosa" con la sua vagina o di produrlo per trattenerlo per sé. Questo può dare origine a un vissuto del parto come punizione attraverso uno svuotamento forzato. Questo vissuto può assumere connotazioni più drammatiche se questo "qualcosa" è sentito, non come generato creativamente insieme a un altro per poi avere vita propria, ma come una parte di sé stessa "autarchicamente creata". Il parto può allora assumere le connotazioni di un evento persecutorio e la separazione quella di una condanna per furto. Sarà allora un evento temuto e il dolore sarà esaltato. Fenomeni analoghi sono alla base delle sindromi puerperali, talora psicosi puerperali: la struttura mentale profonda in questi ultimi casi è molto compromessa. Per ragioni consimili si hanno disturbi dell'allattamento: agalassia, ipogalassia, difficoltà del bimbo a succhiare.

Le descrizioni psicodinamiche dei vissuti che si animano nella struttura psichica della donna, possono dare origine ad equivoci, nella cultura ostetrica.

Un primo equivoco è quello di assumere lo psichico come modificabile alla stregua del cosciente: ne deriva una malintesa propensione a pensare che la donna, fornita delle dovute informazioni, possa modificarlo e quindi "superare" le angosce e i conseguenti disturbi. Un secondo malinteso è dato dal considerare i moventi psichici soltanto come intrapsichici, senza sufficiente considerazione della relazionalità *hic et nunc* (marito, familiari, medico, ostetrica, ambiente ospedaliero) che possono modulare la dinamica interna alla mente della partorientente. Terzo equivoco, infine, è costituito da un'insufficiente considerazione delle complesse connessioni psicosomatiche e somatopsichiche. Gli eventi psichici possono essere del tutto inosservabili: ciò che si vede sono le difficoltà della gestazione e del travaglio e i fattori biologici si rinvergono a monte. In queste "patologie" spesso si dimentica che a monte dei rilievi biologici che si rivelano responsabili di distocie, gestosi, aborti, ecc., vi sono le concatenazioni dei molteplici fattori psicosomatici. Il fattore biologico spesso imputato come responsabile di una patologia, ne è spesso causa solo "mediata". Un'attenta considerazione ed un'adeguata conoscenza della psicosomatica sono indispensabili, sia per evitare facilonerie psicologistiche, sia per apportare interventi preventivi, anziché rimedi a posteriori a carattere palliativo.

Un particolare inquadramento psicoantropologico del parto e del travaglio, che merita di essere qui menzionato, è quello fornito da Franco Fornari, lo psicoanalista italiano che pionieristicamente ha ispirato la psicoprofilassi. Secondo Fornari "il parto può essere considerato come un test di "persecuzione" (Fornari, 1979, pag. 97). Durante il parto si attivano nella donna fantasmi relativi alla morte e la sensazione di sentirsi sospesa tra il vivere e il morire, tra il dare la vita e il dare la morte. La morte è presente nel parto secondo le modalità delle due angosce fondamentali della struttura psichica: l'angoscia paranoide e l'angoscia depressiva. Per Fornari (1981) i dolori relativi al periodo dilatante sono collegati all'angoscia persecutoria, mentre i dolori del periodo espulsivo a un'angoscia di tipo depressivo. Durante il periodo dilatante la partorientente vive in prevalenza ansie persecutorie, nel senso che si preoccupa del danno che il parto produce a lei stessa; mentre invece nel periodo espulsivo la partorientente vive ansie depressive, cioè vive il danno che il parto potrebbe produrre al bambino. L'anticipazione del parto può essere l'espressione di una difesa da un'ansia persecutoria nei riguardi

del parto di un bimbo troppo grande; oppure può corrispondere al desiderio della madre di partorire un bambino più piccolo, per non essere traumatizzata dal parto e per non traumatizzare a sua volta il bimbo. I contenuti persecutori vissuti dalla partoriente nel periodo dilatante troverebbero un riscontro spesso nelle espressioni verbali di sentirsi morire per il dolore. La donna vive il dolore prodotto dalla dilatazione del collo uterino come un'aggressione da cui difendersi: ha timore che venga lesa la sua integrità fisica e spesso reagisce a tale timore con un'eccessiva difesa, che determina una contrazione eccessiva dei muscoli perineali. In questo caso è estremamente importante la presenza durante il parto di una figura rassicurante che possa cacciare i fantasmi persecutori della morte. Da sempre è stata riconosciuta l'importanza della presenza di una donna che assista la gravida al momento del parto, soprattutto quando il parto avveniva in casa. Ora, se il parto avviene in ospedale, sono il medico e l'ostetrica che si trovano di fronte all'angoscia della donna e devono farvi fronte non solo in termini tecnici, ma soprattutto emotivi.

Nella seconda fase del parto, nel periodo espulsivo, si mobilitano delle ansie relative alla possibilità di distruggere il bimbo che sta uscendo; si rinnovano sentimenti di colpa nella misura in cui alla donna spetta attivamente il compito di spingere. Ella teme di far male al proprio bimbo e ciò può addirittura bloccare la cooperazione e le spinte necessarie alla nascita. L'angoscia che caratterizza il momento espulsivo del parto è pertanto definita angoscia depressiva. L'angoscia può cioè essere dovuta al vivere una propria aggressività come capace di distruzione. La partoriente teme, a causa dei meccanismi paranoidi precedenti e delle contrazioni che effettivamente stringono e spingono il bimbo, di avergli fatto male: questo aumenta l'ansia e l'irrigidimento dei muscoli perineali. Il prolungarsi del dolore, può così rendere la donna sfinita e disorientata, incapace di funzionare a livello di elaborazione adulta: può essere allora utile aiutare la donna ad un'identificazione col bimbo, con un atteggiamento di sollecitudine che le consenta di funzionare secondo modalità più attive, aiutando il suo bambino a nascere (Zanelli Quarantini, 1995). È necessaria pertanto una presenza che accompagni la donna e possa comprendere e contenere le sue proiezioni: tale può essere la presenza dell'ostetrica. Quando invece la donna sta conducendo un parto già seguita dal marito o dalla propria madre, è necessario non intrudere con ulteriori comporta-

menti di sollecitazione, ma assumere una funzione facilitante, mediante una vigile attenzione e una semplice presenza monitorante l'andamento del parto.

La presenza del padre durante il parto ha una funzione molto importante: Fornari (Fornari, 1981) denomina "paranoia primaria" la paura della donna di nuocere al bambino e di esserne aggredita durante il parto: questa paranoia primaria deve venir trasferita sul padre e questo sgrava la donna dalle angosce. Il partner viene recuperato, maternalizzato e inserito in una struttura di contenitori-contenuti, per assumere la funzione di bonificatore del senso di morte insito nella separazione che avviene al momento del parto. Questo porta con sé fantasmi di aggressione, sia dalla madre verso il bimbo che del bimbo verso la madre: il padre ha dunque la funzione di salvatore dei pericoli che minacciano la nascita del figlio, e rende possibile alla donna un vissuto di parto libero dall'aggressività. Il tutto è a vantaggio del formarsi d'una prima buona relazione tra madre e bambino. La paranoia primaria costituisce lo spostamento sul padre del "nucleo persecutorio": avverrebbe un trasferimento di affetti angosciosi sulla figura del padre, o di chi ne prende il posto al momento del parto. I vissuti di morte, che attraversano la madre e il bimbo che sta venendo alla luce, trovano così un luogo di contenimento e di bonifica. L'evento nascita non implica solo il coinvolgimento della diade madre-bimbo, ma della "triade" familiare: il significato simbolico della presenza del padre sul luogo del parto ha funzioni di bonifica dai fantasmi persecutori e di morte che questo evento, così al limite tra la vita e la morte, richiama.

Fornari (1976b, 1989) avanza l'ipotesi che il dolore del parto sia un "linguaggio" che il corpo della partoriente parla. Egli fa riferimento ai dolori del parto collegandoli alla punizione richiamata dall'antico testamento che prescrive alla donna di partorire nel dolore: il dolore sacrificale in funzione di un patto con Dio che permetta di superare il trauma della nascita. Il "partorirai nel dolore" si collega alla cacciata dal Paradiso terrestre, la quale viene intesa da Fornari come simbolo di nascita e quindi come simbolo della perdita della onnipotenza umana, in questo caso dell'onnipotenza del feto. Dietro la figura del Dio che, nel Nome-del-padre, caccia il bambino dall'interno della madre, affiora la figura del padre come salvatore, che si prende carico della morte della madre e di quella del bimbo, attivate dal dramma del parto. Per chiarire ulteriormente questo complesso significato che affiora dai miti personali

e collettivi, in relazione al tema dell'angoscia relativa al parto, Fornari riporta un esempio prendendolo dall'arte: la Tempesta del Giorgione. Il parto nei sogni viene simbolizzato attraverso il temporale. Se si introduce nei significanti de "La Tempesta" il simbolo della nascita, veicolato dal temporale, come rottura delle acque, si può cogliere in questo quadro famoso una costruzione figurativa che mostra (nell'imminenza del temporale, annunciato dal lampo che compare in cielo) una madre nuda che tiene in braccio un bimbo. Egli evidenzia quanto sia singolare la posizione della madre seduta con le gambe divaricate, che sembrano addirittura alludere alla posizione ostetrica. Il corpo della donna è nudo, ma paradossalmente ha le spalle coperte e la veste bianca è al suo fianco. Fornari sollecita una domanda: perché questa donna si è spogliata nelle

parti basse? La coppia madre-bambino, nuda, sarebbe misteriosamente collegata alla figura maschile vestita da "soldato" e messa sull'altro lato del quadro. La separazione tra la coppia nuda madre-bambino e la figura maschile vestita e armata è sottolineata da un corso d'acqua sormontato da un ponte, che ne collega le due sponde. Integrando l'interpretazione dell'arte con il contenuto simbolico, l'autore riconduce la tempesta al significante della nascita. Le fantasie di morte si attivano durante il parto e coinvolgono sia la madre che il bimbo. Si può allora cogliere nelle "tre" figure della Tempesta la rappresentazione del padre, da una parte, e della madre unita al bambino dall'altra, e vi si può leggere la rappresentazione della "paranoia primaria", in cui la persecuzione trasferita sul padre, viene da lui assunta ed elaborata attraverso il simbolo del soldato.

3.6 LA RICERCA NELLA PSICOSOMATICA DELLA GRAVIDANZA E DEL PARTO

L'attuale ricerca psicosomatica perinatale si presenta (Maggioni, Mimoun, 2003; Benedetto, Massobrio, 2004) ricca, pur mostrando inevitabili disomogeneità. Alcuni studi infatti si focalizzano sull'aspetto endocrino, mettendo in ombra il *primum movens* psichico, altri lo sottintendono senza svilupparlo, talora includendolo nell'onnicomprendente concetto di stress; anche questo peraltro variamente inteso; altri ancora si focalizzano sui sintomi psichici, con rilievi e misure che dipendono dagli strumenti (Rosenblum, Candillis-Huisman, 2003), talora evitando l'inferenza dai sintomi ai dinamismi psicosomatici veri e propri. Altri studi infine si focalizzano quasi esclusivamente sulla psiche della madre e la relativa struttura di personalità. Non facile dunque è avere una visione unitaria in questo campo, ancor più se costretti, come in questa sede, ad un tratteggio inevitabilmente sintetico.

Pancheri (1984) sottolineava già a ragione una carenza nella ricerca, che si ritrova presente ancora tutt'oggi, soprattutto per quanto riguarda le influenze sui processi che originano gli andamenti endocrini riscontrati e sulle relative espressioni di regolazione, dallo psichico al somatico e viceversa. Un'interessante prospettiva (Consoli, 2003) delle ricerche psicobiologiche cerca di interfacciare il ruolo del sistema immunitario e la psicosomatica. Molti studi, per esempio hanno avuto come oggetto la rilevazione dell'ansia nella gestante e nella partoriente, in relazioni alle varie condizioni del trava-

glio, normali e patologiche: si nota una convergenza di conclusioni per una correlazione tra livello di ansia, stress materni e complicanze ostetriche (Perkin, Bland, Peacock, Anderson, 1993; Pascoe, French, 1993; Honnor, Zubrick, Stanley, 1994; Rostad, Schei, Jacobsen, 1995; Zimmermann, 1994, Chapman, Hobfoll, Ritter, 1997; Hansen, Lou, Osen, 2000; Mulder, Robles, De Medina, Huizink, Van Den Bergh, Buitelaar, Visser, 2002); tra le condizioni di stress e il peso dei neonati (Warren, Patrick, Goland, 1992; Clifton, Read, Leitch, 1994; Lou Hansen, Nordentoft, Pryds, Jensen, Nim, 1994); tra l'ansia, il protrarsi del travaglio, il dolore e il peso del neonato (Crandon, 1979a, b; Standley, Soulè, Copans, 1979); o in genere tra ansia e dolore. Per esempio il peso del neonato è minore se lo stress si svolge nei primi tre mesi di gravidanza (Paarlberg, Vingerhoets, Passchier, Dekker, Van Geijn, 1999); così pure il peso del neonato risulta invece normale se viene affrontato un lutto dopo il quarto mese di gravidanza (Cepicky, Mandys, 1989). Tuttavia tutti questi studi, anche se apparentemente convergenti sono molto disomogenei tra di loro.

Gran parte di questi rilievi dipendono dagli strumenti di rilevazione e dalla definizione di ciò che si vuol rilevare (parole come ansia, stress, dolore possono volta a volta indicare situazioni diverse) e da altre variabili metodologiche inerenti al rilievo dei dati. Molte ricerche in questo campo si rifanno al

concetto di stress: per esempio Aarts e Vingerhoets (1993) rilevano complicanze ostetriche nelle donne sottoposte in gravidanza a “stress psicosociali”. Il concetto di stress viene però spesso frainteso come sinonimo di fattori stressanti (stress = stressor), mentre tale equivalenza è molto più complessa (Imbasciati, Margiotta, 2005, cap. 11.3 e cap. 15.8): occorre pertanto una notevole finezza metodologica per le ricerche sugli “stress psicosociali”. Certamente la situazione di stress, qualora si verifichi nel soggetto (talora non correlabile a stressor rilevabili), comporta un mutamento neuroendocrino: questo spiega molte cose, ma forse troppo semplicisticamente, rimandando la genesi delle sindromi ai fattori esterni ed evitando i problemi della elaborazione psichica soggettiva.

Le ricerche perinatali condotte in termini di “stress” sono quanto mai numerose: difficile è farne una sintesi, ancor più una valutazione. Così per esempio sono state rilevate correlazioni tra stress e parto prematuro (Newton, 1979; Berkowitz, 1983; Mamelle, 1983; Mamelle, Laumon, Lazar, 1984; Virji et al., 1991; Bonen, Campagnor, Gilchrist, 1992; Hedegaard, Henricksen, Sabroe, Secher, 1993; Fangman, Mark, Pratt, 1994; Nordentoft, Lou, Hansen, 1996): cosa del resto risaputa nelle intuizioni popolari.

Un’interessante ricerca (Grussu, Nasta, Quatraro, Sichel, Cerutti, 2001) ha preso in considerazione la teoria relativa allo “stress riproduttivo” elaborata da Pancheri (Pancheri, Bressa, 1990; Biondi, Pancheri, 1994; Biondi, Pancheri, 1999): negli animali, l’allattamento e il sistema di cure parentali, attivate dopo il parto attraverso il sistema ipotalamo-ipofisi-prolattina e finalizzati alla cura e alla protezione della prole, favoriscono una neutralizzazione degli stressor del parto. Nella donna si attiverebbero analoghi processi biopsicologici che tendono ad assumere il ruolo di neutralizzazione degli stressor del parto, influenzando positivamente la salute psicologica della donna. Dopo la nascita del bimbo alcuni elementi come la svalutazione di sé, un’autoimmagine insicura e dipendente, l’isolamento sociale, la carenza di supporto sociale (Salvini, 1993), l’insoddisfazione nei confronti della propria immagine corporea e del cambiamento del proprio peso corporeo (Walker, 1997), nonché l’abbassamento degli estrogeni, del progesterone, e le variazioni di prolattina (Zichella, 1984) sarebbero le concause che attiverebbero nella donna uno stato di stress: dopo il parto tuttavia la neomamma attraverso l’allattamento e l’accudimento

produrrebbe una serie di risposte biologico-somatiche e comportamentali volte ad attenuare la situazione.

Evidenze di correlazione sono state individuate fra stress psicosociale e ipercontrattilità uterina (Facchinetti, Ottolini, Fazzio, 2004): il sintomo di ipercontrattilità sarebbe correlato ad una maggiore condizione di distress psicologico (ansia e inadeguatezza) e anche ad una condizione di scarso benessere psicologico. Numerose sono di conseguenza anche le ricerche su programmi di prevenzione del parto prematuro (Papiernik, 1985; Hobel, Roors, Bemis, 1994; Mamelle, Seguilla, Munoz, Berland, 1997; Mehl, 1988; Omer, 1996; Hueston, Knox, Eilers, 1995; Hill, Fleming, Martin, 1990; Mou, 1991; Blondel, Breart; Berthoux, 1992; Villar, Farnout, Barros, Victora, Langer, Belizan, 1992; Iams, Johnson, O’Shaughnessy, 1988; Lou, Hansen; Nordentoft, Pryds, Jensen, Nim, 1994; Paarlberg, Vingerhoets, Passchier, Dekker, Heinen, Van Geijn, 1995). Studi condotti sugli animali hanno evidenziato che condizioni stressanti come il rumore, l’immobilizzazione, l’affollamento, possono portare a una diminuzione della nidità (riassorbimento dell’embrione), malformazioni strutturali, ritardo nella crescita, scarso peso alla nascita (Nimby, Lundeberg, Sveger, McNeil, 1999). Effetti simili a quelli causati dallo stress possono essere provocati dalla somministrazione di corticosteroidi naturali o sintetici: si possono riscontrare malformazioni cerebrali (Robinson et al., 1988; Goland et al., 1993; Giles et al., 1996; Jones et al., 1989) ritardi nella crescita (Benesova, Pavlik, 1989), manifestazioni neurotossiche, ritardo nello sviluppo motorio (Gramsbergen, Mulder, 1998). Tutti questi esperimenti sembrano dimostrare analoghi effetti anche per il genere umano. Le risposte neuroendocrine agli eventi stressanti nei neonati sono d’altra parte correlate alla programmazione neuroendocrina precoce del neonato (Matthews, 2000; Syutkina, Cornelissen, Halberg, Grigoriev, Abramaian, Yatsyr, Morozova, Ivanov, Shevchenko, Polyakov, Bunin, Safin, Maggioni, 1995). Per quanto riguarda il rischio di preeclampsia, viene evidenziato come alcune manifestazioni di stress (Landbergis, Hatch, 1996), oppure ansia e depressione (Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila, Ylikorkala, 2000), vissuti nel primo trimestre di gravidanza, possano essere fattori di rischio; così pure un aumento delle concentrazioni seriche di CRH placentare (pCRH) tra la diciottesima e la ventesima settimana di gestazione (Leung et al., 1999). Ancora, è stato riscontra-

to che la soglia di sensibilità allo stress sembra alzarsi col progredire della gravidanza (Glynn, 2001); viene evidenziato da diversi studi che l'effetto dello stress può venire ridotto dal sostegno sociale: anche in casi a rischio non si sono verificate gravidanze problematiche (Hagoel, Van-Roalte, Kalekin-Fishman, 1995), come pure dal sostegno fornito dal partner (Chapman, Hobfoll, Ritter, 1997; Zimmermann, 1994). Altri recenti contributi (Dantzer, 2003) hanno sottolineato gli effetti psico-neuroendocrini negativi dello stress quali fattori di rischio sulla riproduzione.

Per quanto riguarda invece la presenza di sintomi depressivi (Perkin, Bland, Peacock, Anderson, 1993), è stato rilevato un picco di incidenza nel primo trimestre, originato da reazioni psicotiche, in particolare se la gravidanza non è attesa; nel terzo trimestre invece, in prossimità del parto e in relazione ai timori di complicanze, si manifesterebbero prevalentemente sintomi ansiosi (Bogetto, Salvi, Maina, 2004). Ancora sintomi depressivi sono stati collegati a fattori psicosociali come la presenza di stress e la sensazione di non ricevere sostegno adeguato (Paalberg, 1996); o a precedenti di sterilità (Black, 1995), o a patologie o problemi affrontati in precedenti gestazioni (Rosseau, 2003), come morte in utero del feto o neonatale.

In sostanza la messe oceanica di studi che si rifanno al concetto di stress, oltre che essere disomogenea per definizione dell'oggetto e taratura degli strumenti, usa spesso costrutti psicologici generici. Di questo tipo sono per esempio le numerose ricerche che vogliono correlare la "depressione" o l'"ansia" ad eventi perinatali: l'interesse di tali studi è evidente sul versante biologico, o su quello sociale o psichiatrico, risulta meno specifico dal punto di vista psicologico e psicosomatico.

Di più preciso interesse psicosomatico sono quegli studi, ad esempio, che rilevano una correlazione tra il fatto che una donna chieda sostegno e aiuto e una minore incidenza di difficoltà ostetriche (Demyttenaere Maes, Nijs, 1995). Questo a nostro avviso fa pensare che la donna che chiede un aiuto psicologico sia meno alessitimica di quella che non lo chiede e pertanto più portata a mentalizzare, anziché a somatizzare, i propri conflitti e le proprie angosce. Ancora di interesse psicosomatico sono studi, come quelli di McIntosh, Roumayah, Bottoms (1995), che rilevano come l'interruzione delle relazioni col partner durante la gravidanza aumenti le difficoltà e le patologie ostetriche. Ciò dimostra come la buona relazione di coppia sia di

aiuto all'elaborazione di angosce e conflitti. Lo stesso, come già evidenziato, vale per le buone relazioni della gestante con la propria madre.

Di un certo interesse sono le ricerche sulle madri che richiedono il cesareo, o anche l'analgesia (epidurale). Tali richieste indicano soggetti impauriti dagli eventi del parto, forse in relazione al fatto che gestazione e parto sono di solito socialmente presentati come eventi felici, mentre invece hanno i loro aspetti difficili e dolorosi: c'è in atto una negazione sociale degli aspetti spiacevoli (Tranquilli, Archibugi, 2003). Questa dinamica si può svolgere a livello cosciente, o preconcio: riteniamo però che maggiore incidenza abbiano fattori inconsci, inerenti alle angosce primitive della gestante, che le donne con un certo grado di alessitimia non sono in grado di affrontare, con la conseguente delega totale alle tecniche mediche.

Rispetto poi agli effetti non positivi dell'analgesia sul decorso del travaglio-parto e sul neonato, sono interessanti sono le valutazioni di alcune ricerche: è stato rilevato che a seguito dell'analgesia epidurale è possibile si verifichino malposizioni fetali e la presenza di una maggiore frequenza di parti strumentali, con un aumento di distocie e di sofferenza fetale (Habere, 1991; Benedetto, Zonca, Bonino, Carmiganni, Garetto, Marini, Masuelli, Margaria, 2003). Del resto l'analgesia negli animali può produrre vistose alterazioni delle attitudini di accudimento⁶.

Sempre in relazione a richieste consimili e comunque alle difficoltà ostetriche, sono gli studi che mettono in evidenza due prototipi di struttura materna: la madre facilitante e la madre regolatrice (Raphael Left, 1983). Questi due stili possono essere considerati come "poli" estremi degli stili materni: spesso però si presentano entrambi, oppure solo tratti di essi. La madre facilitante vive la maternità come esperienza conclusiva della sua identità femminile, si lascia arricchire da quanto sta vivendo e ha una buona identificazione con la propria madre. La percezione dei movimenti fetali favorisce la differenziazione tra lei e il feto: la madre dialoga con il bimbo in grembo, gli attribuisce un sesso, un nome e caratteristiche personali. La sua identità di madre inizia allora a differenziarsi attraverso un'elaborazione dei conflitti primitivi nei confronti

⁶ In questi ultimi tempi è in atto in Italia una campagna politica per introdurre l'analgesia epidurale nella routine assistenziale ostetrica: a nostro avviso tale campagna potrebbe rivelarsi devastante.

della propria madre (dipendenza, invidia, rabbia, verso la fertilità materna). L'elaborazione di questi conflitti consente alla donna di accettare i cambiamenti della gravidanza e prepararsi al parto del bimbo, con l'intenzione di allattarlo il più a lungo possibile. La paura viene vissuta come reazione fisiologica e così la risposta emozionale alla tensione e al dolore del parto. La madre "regolatrice" vive invece la gravidanza come un passaggio obbligatorio e trova disturbanti le modificazioni corporee: utilizza difese, cerca di evitare inconsciamente la regressione, come pure l'esperienza di fusione mentale con il feto, che viene invece sentito come parassita o intruso, che la svuota e la tiene lontana dai suoi impegni. I movimenti fetali sono sentiti come una presenza estranea, le fantasie sul feto sono limitate e la donna attende con impazienza che la gravidanza si concluda; manifesta angoscia verso il parto, non riesce ad elaborare la proprie ambivalenze. Il parto è vissuto come un'esperienza minacciosa e di conseguenza viene spesso programmato. Questa madre ha paura di perdere il controllo di sé e della propria emozionalità, di essere inadeguata o di morire, e dunque richiede l'analgesia o il taglio cesareo.

Elemento importante nell'influenzare l'esito del parto diventa allora il tipo di relazione che la donna riesce a instaurare durante il percorso nascita con le figure preposte ad accompagnarla, come le ostetriche e i ginecologi. Tale relazione dovrebbe poter aiutare la gravida alla interazione con se stessa, in sintonia con le scelte assistenziali e terapeutiche. Questa modalità si rivela essere un buon strumento di prevenzione, per la gravidanza e il travaglio, per una maggiore tolleranza al dolore e per una migliore predisposizione al puerperio: una fiduciosa situazione relazionale interpersonale è possibile che permetta di avviare buone alleanze terapeutiche. Si è potuto osservare clinicamente che le donne che sono riuscite a verbalizzare le loro paure durante la gravidanza e ad usufruire di un sostegno psicologico, hanno avuto un tempo di travaglio più breve (Maggioni, Mimoun, 2003). Questo ci riconduce ancora una volta alla dimensione alessitimica, in questo caso alle possibilità di facilitarla con un'assistenza psichica adeguata.

In conclusione possiamo sottolineare la complessità delle correlazioni tra gli eventi psichici, soprattutto profondi e strutturali (cfr. alessitimia, o

anche stili di attaccamento, cap. 7.3) e le vicende ostetriche: complessità che fa della gestazione del parto e del puerperio l'evento psicosomatico per eccellenza. Questo fa riflettere, da un lato sulle difficoltà che tale acquisizione sia fatta propria dal personale medico-ostetrico e dall'altro, conseguentemente alle difficoltà organizzative istituzionali, sulla realizzazione di una formazione adeguata degli operatori, e soprattutto per l'applicazione pratica, nei protocolli dei servizi, di tutte le competenze e le pratiche che sulla carta sono state ritenute necessarie (Oggè, 2004).

In ultimo va segnalato che nell'ambito dell'assessment per la rilevazione delle patologie psicosomatiche si stanno studiando (Grandi, Fava, 2003) strumenti che consentano di valutare, oltre la sintomatologia, anche la qualità soggettiva dell'esperienza, nella reazione di adattamento dell'individuo allo stato di sofferenza. Le più recenti classificazioni nosografiche dei disturbi mentali quali il DSM-IV e ICD-10, attualmente in uso, presentano molti limiti rispetto all'inadeguatezza di alcune categorie diagnostiche (DSM-IV), e si sono dimostrati strumenti scarsamente sensibili nel cogliere le fluttuazioni della sofferenza psichica. Da alcuni autori sono stati proposti "Nuovi criteri Diagnostici" – DCPR – *Diagnostic criteria for use in psychosomatic research* (Fava, Freyberger, Bech, Christodoulou, Sensky, Threorell, Wise, 1995), che cercano di rilevare i problemi in un'ottica multiassiale. Le sindromi individuate nell'DCPR sono 12: alessitimia, comportamento definito di tipo A, nosofobia, tanatofobia, ansia per la salute, negazione di malattia, sintomi funzionali secondari ad una malattia psichiatrica, somatizzazione persistente, conversione, reazione agli anniversari, umore irritabile, e demoralizzazione. Per ora lo strumento è in via sperimentale, anche per l'evidenziazione di strategie di coping che possono influire sugli esiti. Nei DCPR il comportamento patologico viene classificato in quattro sindromi: nosofobia, tanatofobia, ansia per la salute e negazione di malattia. I DCPR vengono segnalati come un interessante strumento operativo nello studio delle variabili psicologiche in ginecologia e ostetricia, anche se la complessità di poter rilevare in modo adeguatamente rappresentativo, con strumenti standardizzati, quella che è la manifestazione psicosomatica della sofferenza individuale resta ancora un problema aperto.

3.7 LA PSICOPROFILASSI, ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA, EDUCAZIONE PRENATALE

L'insieme degli interventi di prevenzione farmacologico-medico-chirurgici per l'alleviamento del dolore e per la gestione delle complicanze e dei rischi ostetrici durante il travaglio e il parto, rimanda al complesso discorso della "medicalizzazione" di tale evento, che dovrebbe essere "naturale". La medicalizzazione della gravidanza e del parto è uno dei problemi ostetrici attualmente più discussi: Miraglia (1984, 2005) ne ha illustrato molto bene l'evoluzione storica. Ragione principale di tale attualità sta a nostro avviso nel fatto che l'attuale stato delle conoscenze in psicosomatica ha permesso di evidenziare l'importanza dei fattori psichici che devono essere tenuti presenti nell'organizzazione dell'assistenza al parto. Una visione esclusivamente biologistica, o medica in senso stretto, rischia infatti di metterli in ombra: per questo si è parlato di "medicalizzazione", per indicare una considerazione degli eventi perinatali esclusivamente dal punto di vista fisico, e una conseguente impostazione della relativa assistenza soltanto dal punto di vista medico, a scapito dei fattori psicosomatici, che invece si impongono a chi si occupi della prevenzione, per un buon parto, anziché soltanto delle complicanze. In questo quadro si è sentita l'esigenza di riportare l'evento nascita alla sua "naturalità" fisiologica: si è parlato di umanizzazione dell'ostetricia nel quadro più generale di una possibile umanizzazione della medicina (Imbasciati, 1994b; 1998a, 1999). In realtà, sotto il termine "umano" e "umanizzazione", a nostro avviso improprio e ambiguo, sta la considerazione psicosomatica delle vicende perinatali.

L'intento di riportare l'evento nascita ad una maggiore naturalità (Miraglia, 1957; Leboyer, 1975; Braibanti, Braibanti, 1980; Aragona, Braibanti, Versolatti, 1982; Colombo, Pizzini, Regalia, 1987; Biella, Revelli, Revelli, 1988; Klaus et al., 1994; Odent, 1989; Lepori, 1992; Robertson, 1998; Todros, 2001) incrementando i fattori umani (= psichici) che lo favoriscono e migliorando di conseguenza le condizioni del parto, ha dato origine a quella che venne definita la psicoprofilassi ostetrica (Farinet – cfr. cap. 6.1). Scopo della psicoprofilassi è aiutare le donne durante la gravidanza, il travaglio, il parto e i primi istanti di vita del bambino, in modo da permettere loro di controllare

maggiormente e aiutare le azioni del proprio corpo. La psicoprofilassi si è così collocata in un'area di mediazione tra la cultura medica e la cultura psicologica (Cena, Gaglia, 1992): profilassi significa precostituire, cioè premunirsi da situazioni dannose o da comportamenti errati. "Psico" sottolinea come questo debba essere attuato con mezzi psichici. Il termine psico rimanda agli aspetti affettivo/relazionali della persona, mentre profilassi fa riferimento all'insieme dei provvedimenti tecnici atti a prevenire la diffusione delle malattie. La psicoprofilassi si è costituita in risposta ai problemi psicosomatici relativi alla gravidanza-parto-puerperio-allattamento e alla loro medicalizzazione, affrontandoli da un punto di vista clinico-assistenziale, più globale di quello esclusivamente tecnico-medico; in particolare si è affrontato il dolore del parto e il suo trattamento (Serafini, 1996; Ciolli, Parlavecchio, Russo, 2001; Santini, Lino, Bortolotti, Campolmi, 2001; Panella, 2001; Ciolli, Vizzaccaro, Russo, 2001; Bartolotti, 2002; Ciolli, Parlavecchio, Onorati, Russo, 2003).

I metodi di preparazione alla nascita che vanno sotto il nome di psicoprofilassi comprendono l'uso dell'ipnosi, lo yoga (O'Brien Medwin, 1978), il RAT (Training autogeno respiratorio), l'aptonomia, lo stretching, il parto in acqua (Balaskas, Gordon, 1992; Greco, Palma, 1997) e consentono con diverse modalità e tecniche di ottenere una diminuzione della percezione dolorifica delle contrazioni uterine del travaglio e del parto (Serafini, Roascio, 2000, 1997; Forleo, Pagliai, Pellegrini, Forleo, 2004; Baglio, Spinelli, Donati, Gandolfo, Osborin, 2000; Serafini, Marozio, 2004). Per aiutare la donna ad affrontare l'esperienza del dolore sono stati utilizzati in primis le tecniche ipnotiche (Erikson, 1982; Mosconi, 1960, 1974, 1987), anche attraverso l'autopnosi introdotta da Schultz (1929). Anche a seguito delle ricerche sui riflessi condizionati effettuati da Pavlov (1927) si strutturarono diverse tecniche di preparazione e assistenza al parto. In Inghilterra si deve a Read (1944) la preparazione di un metodo-RAT – sulla base del modello paura-tensione-dolore: vengono sperimentate tecniche di suggestione che consentono di ottenere effetti di rilassamento sulla muscolatura preposta all'espletamento del parto (Piscicelli, 1977). Lamaze e Vellay (1952, 1982) sintetizzando i principi della scuola russa e inglese, elaborano un metodo di psicoprofilassi a tutt'oggi utilizzato nei corsi di accompagnamento alla nascita.

Si parla infatti oggi non più tanto di "psicoprofi-

lassi” quanto di preparazione al parto, accompagnamento alla nascita, educazione prenatale (Gandolfo, Donati, Giunti, 2004). Con questi nuovi termini si vuol sottolineare una concezione più ampia e integrata di quella espressa da una semplice profilassi psichica del dolore. Si vuole cioè indicare che una simile “preparazione” non comporta misure preventive semplici nei confronti di alcuni eventi sfavorevoli, ma deve coinvolgere la personalità della donna, nella sua unitarietà col suo bimbo, nelle sue relazioni affettive attuali (coppia, partner, propri genitori), nelle sue condizioni sociali (Hodnett, 2003). Il termine “accompagnamento” vuole d’altra parte indicare che la donna deve essere accompagnata da una presenza aiutante senza che questa la prevarichi, evitando il modello prescrittivo tipico delle scienze mediche, aiutandola cioè a elaborare la propria condizione e a prendere parte attiva alle relative vicende.

Si parla altresì di educazione prenatale. Tale termine però potrebbe sottintendere una pericolosa tendenza a privilegiare, anziché un modello di preparazione e di accompagnamento senza direttività, con un coinvolgimento delle strutture affettive profonde (inconsce, che sono proprio quelle che più sono responsabili della regolazione psicosomatica), un modello assistenziale “più facile”, che però inevitabilmente ricade nel modello prescrittivo e direttivo. Questo modello, idoneo nelle scienze mediche, è quanto mai riduttivo, se non controproducente, quando viene applicato nei contesti che implicano un contatto interpersonale che deve coinvolgere l’affettività, e di qui le funzioni psicosomatiche. Pertanto tale modello è chiaramente inadatto per l’assistenza ostetrica se si parla di demedicalizzare l’assistenza alla partoriente. Il modello è però più facile da applicare rispetto a quello effettivamente psicologico: il quale impone una formazione degli operatori complessa e costosa. Succede allora che sotto le spoglie pedagogiche si ritrovi ancora il medesimo modello medico. “Educazione” contiene in sé un modello prescrittivo e comunque interessa la sfera cosciente del rapporto interpersonale e non l’affettività profonda parlata dal corpo (Imbasciati, Ghilardi, 1993). C’è dunque il rischio che la cosiddetta educazione prenatale eluda la sostanza di un tipo di assistenza che pur viene dichiarata a parole, e si risolva invece in una serie di informazioni, senza formazione, date dall’alto di un’autorità a un “corpo”, che come tale non le intende; perché parla un’altra lingua.

La nostra trattazione degli aspetti psicologici

della gravidanza ha cercato di evidenziare la complessità del lavoro psichico che entrambi i futuri genitori devono svolgere nel periodo dell’attesa, e dunque l’importanza che il momento del parto assume, a conclusione di un percorso che vede la nascita del loro figlio come momento che può condizionare la primissima relazione tra i membri della nuova nascente famiglia, e favorire il manifestarsi di una buona relazione di attaccamento. Compito delle istituzioni è quindi quello di accogliere questa complessità e accompagnare la coppia lungo un itinerario verso la genitorialità. I corsi di accompagnamento al parto-nascita sono un’opportunità per sviluppare questa possibilità.

Le modalità di svolgimento di tali corsi ne determinano l’efficacia: i corsi, nati per informare le donne sulla fisiologia del travaglio e del parto, per acquisire tecniche per contrastare il dolore, migliorando così l’esperienza del parto stesso, si sono posti obiettivi differenti durante la loro evoluzione: questa evoluzione è ancora in atto e non è priva di posizioni ed opinioni contrastanti. Da più ricerche (Soifer, 1985; Piscicelli, 1991; Fornari, 1981, Maiello Hunzinger, 1983) risulta che, se per la donna tra i vantaggi relativi alla frequentazione di un corso di accompagnamento alla nascita vi è una migliore esperienza del travaglio e del parto, ed un migliore rapporto madre-neonato, per quanto riguarda invece la partecipazione dei padri (Shapiro, 1989) viene evidenziato che, nonostante essi siano invitati a far parte del percorso nascita, durante la partecipazione ai corsi, spesso non è considerato uno “spazio” per l’espressione di loro vissuti, di negatività o ansia, perché a loro viene attribuito soltanto il ruolo di supporto alla diade madre-bambino (Badolato, 1993). Sarebbe importante rivalutare i momenti di incontro con i padri non basandoli solo sulla sola informazione, ma predisponendo una condivisione dei vissuti maschili, differenziandoli dai momenti pensati per le donne (Imparato, Scarabelli, Lanati, Massone, Moro, 1987).

Altre ricerche fanno riferimento al ruolo che possono svolgere i servizi sociali nel favorire l’attaccamento madre-bambino (Binda, 1990; Binda, Rosnati, 1997): le donne che usufruiscono dell’aiuto dei servizi in gravidanza e durante il primo anno di vita del bimbo si sentirebbero più sicure rispetto alla propria competenza materna e nel rapporto col figlio. Anche l’aver partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita contribuisce ad una

maggiore capacità di organizzazione i tempi di cura del bimbo e di condivisione del lavoro domestico con un consolidamento della relazione di coppia. Le ricerche condotte in psicologia sociale, soprattutto in aree statunitense e anglosassone, evidenziano l'importanza di un supporto, sia proveniente dalla rete familiare che dai servizi sanitari e sociali, la cui funzione più rilevante è quella di creare una modulazione allo stress nei momenti di cambiamento, in particolare per la *transition to parenthood* (Giuliani, 1997). Valutando la percezione che le coppie hanno del supporto istituzionale in gravidanza, viene evidenziato che, se le strutture hanno l'impegno di occuparsi dell'utenza

attraverso un supporto sia tecnico-specialistico, sia socio-relazionale per i corsi di accompagnamento alla nascita, i dati riportati dicono che, se si riesce a coprire i bisogni sanitari, e si presta una certa attenzione alla comunicazione (Cisternino, Scibilia, 2003), lo stesso non accade per i bisogni relazionali che pur sarebbero altrettanto necessari. La mancanza di un sostegno socio-relazionale diventa ancora più evidente nel periodo del postpartum. In alcune principali città italiane si sta ovviando in modo positivo a questa situazione attraverso quella che viene definita la "dimissione protetta", in cui cioè l'ostetrica va a trovare la donna e il suo bimbo a casa.

3.8 PUERPERIO, ALLATTAMENTO, POST-PARTUM BLUES E DEPRESSIONE

Il taglio del cordone ombelicale separa fisicamente l'unità intrauterina: a seconda della modalità di relazione stabilitasi tra la madre e il suo bimbo in epoca prenatale, questa unità deve trasformarsi e attivare la situazione affettiva post-natale. La conflittualità inerente al parto stesso – riunirsi col bimbo e nello stesso tempo di liberarsene per riacquistare la propria individualità – si presenta così nel puerperio e influenza la disposizione all'allattamento (Deutsch, 1946). Quest'ultimo, al di là della sua funzione nutritiva, ha funzioni relazionali e implica pertanto le funzioni psichiche (D'Alessio, 1988; D'Alessio, Fiandanca, 1990): tutta la comunicazione non verbale vi è coinvolta e gli atteggiamenti materni positivi o negativi si trasmettono al bimbo, attraverso gesti, manipolazione corporea, tensione o distensione muscolare, coinvolgendo il bimbo nella sua partecipazione attiva, nel "l'attaccarsi" o meno al seno materno. S'innescano un particolare circuito somatopsichico e psicosomatico madre-bimbo-madre, in cui l'andamento della relazione scandisce le sorti di quello che sarà l'andamento dell'allattamento. La madre stimola il bimbo e il bimbo attiva la madre e le di lei funzioni corporee: spesso è necessario per le primipare l'aiuto esterno dell'ostetrica, o di altro operatore, che incoraggi questo dialogo; la coppia dovrà poi sperimentarsi per riuscire a trovare modi e ritmi che le sono più consoni, alla ricerca di una sintonia che consenta alla madre di proseguire a lungo nella lattazione del suo bimbo (Viola, 1992).

Il corpo della puerpera è soggetto a modificazio-

ni fisiologiche e metaboliche: mentre a livello della zona pelvica e uterina si ha un ritorno alla funzioni pregravidiche, l'iperplasia delle ghiandole destinate all'allattamento trova ora il suo espletamento. Come per la gravidanza e il parto, anche per l'allattamento molte ricerche fanno riferimento principalmente alle variazioni ormonali (Topper, 1970; Shallay, Arimura, Kastin, 1973), considerando l'eiezione del latte un meccanismo puramente riflesso che si avvale di vie efferenti neurogene e neuroendocrine e collegando la stimolazione apportata dalla suzione del bimbo a fattori prevalentemente meccanici. In realtà i fattori neurovegetativi ed endocrini sono in larga parte effetto psicosomatico dei fattori psichici correlati alla gravidanza e alla relazione col bimbo, come dimostrato dalla pseudociesi e da molte di altre anomalie riscontrate. Anche la suzione del bimbo agisce per via psichica, come dialogo, anziché per via meccanica, come dimostrato dal fatto che il tiralatte, che ha una forza di aspirazione maggiore a quella della bocca del neonato, ha un effetto molto minore della suzione.

Nota è la relazione tra un prolungato allattamento e una più lunga amenorrea postpartum, cioè un più lungo periodo di non fecondità. È tuttavia discusso quanto sia il primo a provocare il secondo piuttosto che viceversa e comunque la correlazione non è rigida: è possibile una nuova gravidanza anche durante l'allattamento (De Lee, Grenhill, 1951; McKeown, 1954; Sharman, 1966). In effetti sia il primo che il secondo evento sono governati da una complessa e indipendente regolazione psicoso-

matica, entro la struttura psichica della donna e nella sua relazione col bimbo. L'allattamento ha inoltre una funzione riflessa di sollecitazione sulla muscolatura liscia dell'utero, favorendo il processo di ripristino pregravidico: queste contrazioni possono però essere connotate da vissuti penosi e quindi risultare dolorose. Si è per contro rilevato un collegamento di tipo erotico tra le sensazioni del seno e quelle dei genitali: la suzione del capezzolo sarebbe talora accompagnata da un eccitamento sessuale (Master, Jonson, 1961); tale effetto, squisitamente psichico in quanto non vi sono collegamenti nervosi tra capezzoli e genitali, dipende dalla struttura psichica della singola donna. A un piacere dell'allattamento contribuisce peraltro, non soltanto la stimolazione del capezzolo, ma soprattutto la sensibilità cutanea complessiva. Si è riscontrato che l'utero e il perineo si contraggono ritmicamente, e i corpi cavernosi perivulvari e clitoridei si inturgidiscono (Piscicelli, 1977): che tali modificazioni fisiche siano sentite come piacere sessuale dipende dall'elaborazione psichica della donna. D'altra parte il crinale tra un piacere vissuto come sessuale e quello vissuto come "tenerezza di pelle" è assai sottile. La pelle è comunque medium di situazioni emotive piacevoli. Anche la vicinanza e la percezione globale pelle a pelle con la percezione olfattiva, la comunicazione degli sguardi e paraverbale (Stern, 1998) durante le pause della suzione, il contenimento del bimbo tra le braccia, contribuiscono a "comporre" il piacere provato dalla maggior parte delle donne durante la lattazione. Per alcune donne la mescolanza di tenerezza e stimolazione sessuale può essere imbarazzante e venire inconsapevolmente rifiutata, a scapito dell'allattamento stesso, che talora viene abbandonato. In altri casi l'allattamento può risultare doloroso. Altro evento psicosomatico collegato all'allattamento è l'ipogalattia, esempio significativo di collegamento fra le situazioni emotive-affettive e i processi fisiologici. Vengono infine ritenuti di fondamentale importanza i momenti che la madre trascorre con il bimbo: innanzitutto la possibilità di un contatto precoce, subito dopo il parto e la possibilità, durante il ricovero, di poter effettuare il rooming-in, affinché la donna possa allattare il bimbo nei tempi e con i modi che più le risultano naturali.

Un fenomeno che si ritrova con modalità abbastanza frequenti nel puerperio viene indicato con l'entità nosologica di "blues puerperale": si tratta di una depressione di media entità che si manifesta in genere in terza, quarta giornata del post-partum ed

è caratterizzata da pianto, stanchezza, irritabilità, ansia, e può durare da qualche ora a qualche giorno. Altre manifestazioni invece sono quelle forme di più evidente depressione, che si manifestano tra le otto e le dodici settimane, la cui durata può prolungarsi fino ad un anno o diciotto mesi. Le donne possono presentare sentimenti spesso sottovalutati, e considerati normali reazioni associate al parto, ma che comportano gravi conseguenze nella relazione col bimbo e sul suo sviluppo psicofisico. Ci sono poi manifestazioni che presentano sintomatologie più gravi e vengono identificate come psicosi puerperali (Dalton, 1971).

Molti sono gli studi orientati a ricercare l'eziopatogenesi dei sintomi depressivi del post-partum, in rapporto prevalentemente a modificazioni ormonali, come un calo di progesterone (Yalom, Lunde, Moos, Hamburg, 1968; Smith, 1975), o carenza di estrogeni (Klaiber, Broverman, Vogel, Kobayashi, Monartry, 1972; Paul, Axelrod, 1977); oppure ad una alterazione dei neuromodulatori (Handley, Dunn, Baker, Cokott, Gould, 1977), come del resto accade per tutte le altre manifestazioni depressive. Discutibili e talora contraddittori sono i risultati degli studi che hanno cercato correlazioni tra depressioni e complicanze ostetriche o comune circostanza in cui avviene il parto (Pop, 1995; Burger, Horowitz, Foryth, 1993; Seguin, Saint-Denism, Loiselle, 1995).

Il puerperio si presenta come un periodo di vulnerabilità per la donna, in cui è possibile che conflittualità irrisolte si ripresentino con maggiore intensità. La Deutsch (1945) riporta due paure ricorrenti nella puerpera: la paura di separazione e di perdita del bimbo, oppure il timore di distruzione del sé; per certi aspetti la donna si sente insufficiente all'accudimento del bimbo e per altri può sentire il bimbo come troppo esigente e vorace, tanto da consumarla. La Breen (1992) evidenzia che la nascita sollecita nella donna angosce di perdita: perdita della gravidanza e del piacere di sentirsi piena, creativa; perdita relativa del bimbo cresciuto nel suo ventre, e dunque dell'unione simbiotica con lui, e perdita anche del bimbo fantasmatico.

La depressione puerperale rimanda a problematiche prevalentemente relazionali ed al problema della separazione del figlio da sé: dunque al fatto che questo momento non sia solo di gioia ma possa venire anche vissuto come un "lutto". La serie ininterrotta di "perdite" (bambino, acque, sangue, placenta) può comportare nella puerpera il vissuto di un corpo che si svuota. La perdita definitiva della

placenta veicola in sé significati simbolici: in alcune culture primitive rimandava ad un sacrificio, quello materno, simboleggiando ciò che deve perire perché il nuovo possa nascere; mentre l'ombelico è la traccia permanente del taglio del cordone, testimonianza insieme dell'unione e della separazione dal corpo materno. La separazione della nascita viene compensata dalla continuità della relazione (che già si era instaurata in gravidanza) con il bimbo, attraverso un particolare rapporto che Winnicott descrive come "preoccupazione materna primaria" (Winnicott, 1958). Con la nascita, la madre può finalmente vedere, toccare, e constatare che il suo bimbo è "normale", ma contemporaneamente si manifesta in lei il pensiero che "quel piccolo" è completamente dipendente dalle sue cure. Insieme al senso di responsabilità si manifesta dunque la preoccupazione "Ha bisogno di me, saprò occuparmene?" Questo periodo del post-partum è definito dall'autore come fase della "dipendenza assoluta" del neonato dalla mamma, a cui viene richiesta pertanto una grande capacità di adattamento ai bisogni del bimbo.

Altro interessante aspetto riguarda un intenso lavoro psichico richiesto alla donna relativo alla compensazione della discrepanza tra il bambino "immaginario" (Vegetti Finzi, 1983) e il bambino "reale": "il figlio che nasce non è mai il figlio che era stato deciso (Lemoine, Luccioni, 1976). La donna dopo il parto incontra il suo bimbo, quello atteso e immaginato, con cui forse aveva già iniziato a stabilire una comunicazione parlandogli, accarezzandosi il ventre e rispondendo ai suoi movimenti fetali. L'immagine che la madre si era costruita durante il periodo della gestazione ora deve lasciare il posto a quella del bambino reale. Una delle prime disillusioni all'interno del rapporto madre-bambino si verifica in rapporto alla percezione materna di uno scarto esistente tra bambino immaginato e il bambino reale (cfr. cap. 2): il termine "disillusione" non si riferisce solo a fantasie legate alla gravidanza, ma comprende anche le fantasie connesse agli eventi della maternità che la donna è venuta elaborando fin da quando era bambina.

In alcuni casi sembra che la donna non riesca a prendersi cura del piccolo, cioè sembra incapace di "preoccuparsi" del suo bambino: questa situazione è stata da Winnicott considerata "temporaneamente normale" (Winnicott, 1958, pag. 360). L'autore ha formulato l'ipotesi che in questo caso si verifichi una "fuga verso la sanità", che impedirebbe alla

donna di cedere alla "malattia" propria della maternità, in quanto questa rispecchia i suoi timori di essere trascinata e guidata dal neonato in una regressione verso la simbiosi. La richiesta regressiva che emerge dall'interazione madre-neonato, susciterebbe un irrigidimento attraverso modalità difensive, già in atto da tempo. Queste donne, dice Winnicott, "fanno le terapiste invece che le madri" (Winnicott, 1958, pag. 360): come il terapeuta si sforza di mantenere una distanza e uno spazio tra sé e il paziente, in maniera analoga queste donne si premurano, inconsapevolmente, di non accostarsi troppo al loro bambino, quasi possano venire "risucchiate"; non si curano di colmare di amorevoli illusioni lo spazio che le separa dal neonato e si affannano invece in attività che solo apparentemente sembrano poterle avvicinare al loro bimbo. Non si muovono cioè nel senso di un contatto fecondo col neonato, dal momento che non sono in grado di tollerare l'eventualità di una regressione con lui. La capacità di ammalarsi e di guarire da questa malattia conferisce alla donna le qualità di quella che Winnicott ha chiamato la "madre devota" (Winnicott, 1987): una madre devota deve essere temporaneamente in grado di occuparsi in maniera totale del proprio bimbo, distogliendo per il tempo che è necessario la propria attenzione dal mondo circostante. Il ritiro, un certo grado di dissociazione, la fuga, caratteristiche della preoccupazione materna primaria, sono solo gli epifenomeni di un processo regressivo che coinvolge l'intera personalità della donna. La capacità di essere madre è almeno inizialmente funzione della propria capacità di regredire e di identificarsi con il neonato. Identificazione e regressione rispondono all'esigenza di colmare il vuoto che la cesura biologica del parto ha creato in un'unità prima stabilita su basi prevalentemente organiche.

Questa situazione di distacco affettivo del bimbo può essere talora accentuata e per gradi si può passare a sindromi di psicosi puerperali. Talora la donna che ha appena partorito può essere soggetta a credere all'esistenza di una donna che la perseguita. Questa figura può venir proiettata nell'ostetrica. Winnicott (1987) descrive con molta attenzione questo fenomeno: anche da parte dell'ostetrica si può verificare una complementare tendenza e può accadere che la madre si senta perseguitata e l'ostetrica si comporti come la puerpera la sente, per es. con inconsapevole durezza, come se fosse mossa da qualche paura (difese dall'identificazione proiettiva). Se l'atteggiamento dell'ostetrica, ignara di que-

sto, perdura, la madre può sprofondare in una "disperata compiacenza" (di tipo sadico) con questa ostetrica (Winnicott, 1987, pag. 29), e il rapporto tra madre e figlio non riesce a stabilirsi. Si verifica cioè un fatto molto strano: la madre, che è fisicamente esausta e forse incontinente, dipendente dall'infermiera e dal medico per un'assistenza diversificata, è allo stesso tempo la sola persona che può, in modo appropriato, presentare il mondo al bimbo in una forma che abbia un senso per lui. Se però si trova in una situazione di timore, o se non vede il suo bimbo appena nato, o se il bimbo durante la degenza in ospedale le viene portato solo ad ore stabilite, può non riuscire a mediare adeguatamente tra lui e l'ambiente. Così pure il latte non affluisce come un'escrezione, ma è una risposta a uno stimolo: è la vista, l'odore e la sensazione del bimbo con il suo pianto che segnala alla madre il bisogno e dunque è ciò che le permetterebbe di attivare le funzioni fisiologiche che consentono l'allattamento. Secondo Winnicott la cura della madre per il suo bimbo e l'alimentazione periodica che si sviluppa, assumono le connotazioni di una comunicazione tra i due, quella armonica di "una canzone senza parole" (pag. 30): la madre, che si trova in una situazione di grande dipendenza, è nello stesso tempo la più esperta del delicato processo dell'allattamento al seno e contemporaneamente colei che deve occuparsi della cura del piccolo.

Per alcune ostetriche è difficile tenere conto di tutte queste opposte caratteristiche della madre. Secondo l'autore molte inibizioni alimentari possono cominciare in questo modo e, anche quando alla fine si riesce ad instaurare l'allattamento artificiale, esso rimane qualcosa di separato che accade al bambino senza essere appropriatamente connesso a quel processo globale che si chiama "cura del bimbo".

Ancora un altro vissuto, secondo Winnicott, può disturbare la serenità della puerpera: può accadere che ella senta di avere rubato il bimbo alla propria mamma. Allora può vivere l'ostetrica come una madre vendicativa che può portarle via il bimbo. Questi pensieri in genere rientrano dopo qualche giorno o settimana e la donna riacquista il proprio senso di realtà.

Stern descrive il periodo del puerperio come un periodo in cui per la madre inizia la strutturazione di un'organizzazione psichica nuova definita "costellazione materna" (Stern, 1995), situazione temporanea, ma che può durare mesi o anni, e che diventa dominante rispetto alle altre organizzazioni

psichiche nella vita della madre. La costellazione materna si sviluppa intorno a una trilogia significativa: il rapporto della donna con la propria madre, il rapporto con la propria maternità e quello con il suo bambino; e si articola relativamente rispetto a quattro tematiche, che riguardano il tema della vita-crescita, della relazionalità primaria, della matrice di supporto e della riorganizzazione della identità. Il tema vita-crescita riassume gli interrogativi e i dubbi della madre sulla propria capacità di crescere un bambino e coinvolge decisioni quali quelle relative all'allattamento al seno o artificiale e la paura della propria inadeguatezza nel ruolo di madre. Il tema della relazionalità primaria richiama l'impegno sociale-affettivo verso il bimbo: è la capacità materna di entrare nello stato della preoccupazione materna primaria (Winnicott, 1958); è la capacità di attivare quelle forme di interazione e di affettività che si manifestano durante il primo anno di vita del bimbo, come il tenerlo in braccio, e altri segnali e risposte ai suoi bisogni, che consentono lo strutturarsi del legame di attaccamento. Il tema della matrice di supporto si riferisce, in primis, alla necessità per la madre di stabilire e avere una rete di supporto sia materiale, che le consenta di far fronte ai suoi compiti (sostegno delle famiglie di origine o di altre fonti sociali, quali altre donne, come le ostetriche, le amiche o il marito), sia più specificatamente psico-pedagogica, che riguarda l'esigenza della donna di sentirsi consigliata e sostenuta nei suoi compiti. La relazione con la propria madre viene riattivata con nuove modalità: le rappresentazioni che la donna ha della propria madre, dall'inizio della gravidanza fino alla nascita del bambino, subiscono mutamenti importanti e sono indicativi della intensa rielaborazione che questa relazione subisce durante questo periodo di vita della donna (Benedek, 1959; De Beauvoir, 1953; Deutsch, 1945; Bibring, 1961; Kitzinger, 1978; Pines, 1972; Soifer, 1985; Winnicott, 1987; Ammanniti, 1991, 1992; Ammanniti, Candelori, Pola, Tambelli, 1995; Fava Vizziello, Antonioli, Cocci, Invernizzi, Stern, 1992; Klaus, Kennel, Klaus, 1998). Anche il rapporto col marito deve trovare un proprio equilibrio attraverso una complementarietà nel ruolo genitoriale che consenta alla coppia di affrontare i nuovi compiti di accudimento senza competizioni o maternalizzazioni del proprio partner.

Un altro tema della costellazione materna, sviluppata da Stern, riguarda la riorganizzazione dell'identità della puerpera. La donna si trova in un cruciale passaggio: da figlia diventa madre e ora

questo doppio ruolo, prima solo inferito durante tutta la gravidanza, nel puerperio viene sperimentato più concretamente. Rispetto ai nuovi ruoli nella famiglia e nell'ambito sociale, la donna deve poter richiamare quei modelli identificativi che nella propria storia personale ora le possano essere di aiuto, recuperando le azioni svolte dalla propria madre e vissute da lei bambina, per esercitare la sua funzione genitoriale nel contesto del quotidiano. Secondo l'autore, nella clinica è utile una conoscenza delle caratteristiche della costellazione materna, in quanto ciò rende possibile attuare interventi appropriati qualora la relazione madre-bimbo si presenti problematica: l'intervento andrà allora orientato ad una elaborazione del desiderio della donna di essere sostenuta, aiutata, ed essere apprezzata da una propria figura materna. Quest'intervento benefico per la donna viene già attuato attraverso quegli incontri quotidiani di esperienza interpersonale, in ospedale con la figura dell'ostetrica, e con altre donne più esperte nella maternità, e anche con la propria madre. Qualora i problemi diventino più compromettenti la relazione col bimbo, la costellazione materna fornisce la cornice più appropriata di riferimento per la maggior parte delle terapie genitore-bambino che siano specifiche (Stern, 1995) rispetto a quelle più comunemente usate nella pratica psicoterapeutica; che pertanto dovrà essere modificata nella tecnica stessa.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aarts M.C., Vingerhoets A.J. (1993), Psychological factors and intrauterine fetal growth: a prospective study. *Journal Psychosomatic Obstet. Gynecol.*, 14, 249-258.
- Acciaro M. (1985), *Gravidanza senza maternità*. Roma: Armando.
- Amadei G. (2005), *Come si ammala la mente*. Bologna: Il Mulino.
- Ammaniti M. (1991), *Narrazioni materne in gravidanza e stile di attaccamento infantile*. In Ammaniti M., Stern D.N. (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*. Roma: Laterza.
- Ammaniti M. (1992), *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995), *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Cortina.
- Aragona I., Braibanti E., Versolatti I. (1982), *Partorire senza violenza*. Editiemme.
- Badolati G. (1993), *Identità paterna e relazione di coppia. Trasformazione dei ruoli genitoriali*. Giuffrè, Milano.
- Baglio G., Spinelli A., Donati S., Gandolfo M.E., Osborin J. (2000), Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Am. Ist. Sup. Sanità*, 36(84), 465-478.
- Bahnsen C.B. (1981), Stress and cancer; the state of the art. *Psychosomatics*, 22, pag. 202-220.
- Bahnsen C.B. (1982), Psychosomatic issues in cancer. In: Gallon L. (a cura di), *The Psychosomatic Approach to Illness*. New York: Elsevier Biomedical.
- Balaskas J., Gordon Y. (1992), *Manuale del parto in acqua*. Como: Red.
- Baldaro Verde J. (1987), *Avere un figlio o essere genitori?* Milano: Franco Angeli.
- Bartolotti A. (2002), Lo psicologo della salute e la psicoprofilassi ostetrica. *Nascere*, 87(3), 1.
- Benedek T. (1952), The psychosomatic implications of the primary unit: mother-child, *American Journal Orthopsychiat.*, 19, 642-654.
- Benedek T. (1959), Parenthood as a developmental phase: a contribution to libido theory. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 7, 389-417.
- Benedetto C., Massobrio M. (2004), *Psicosomatica in Ginecologia e Ostetricia*. Roma: CIC.
- Benedetto C., Zonca M., Bonino L., Carmigiani D., Garetto A., Marini S., Masuelli G., Margaria E. (2003), Effetti dell'analgesia epidurale sul decorso travaglio-parto e sul neonato. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Benesova O., Pavlik A. (1989), Perinatal treatment with glucocorticoid and the risk of maldevelopment of the brain. *Neuropharmacology*, 28, 89.
- Berardi N., Pizzorusso T. (2006), *Psicobiologia dello sviluppo*. Bari: Laterza.
- Berkowitz G.S. (1983), The role of psychological factors in spontaneous preterm delivery. *Journal Psychosomatic Res.*, 27, 283-290.
- Bertolini M., Giannakoulas A., Hernandez B. (2003), *La tradizione winnicottiana*. Roma: Borla.
- Bestetti G., Regalia A. (2006), *Il dolore è... nel parto*. Milano: Mimesis.
- Bibring G.L. (1959), Some consideration of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic study of the child*, 14, 113-121.
- Biella G.E.M. (2001), Ruolo della corteccia frontale nel dolore. In: Tiengo M.A. (a cura di), *La percezione del dolore: ruolo nella corteccia frontale*. Milano: Springer.
- Biella G.E.M., Revelli A., Revelli E. (1988), *Partorire insieme*. Roma: Armando.
- Binda W. (1990), Dalla diade alla triade familiare. In: Scabini E. (a cura di), *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Milano: Franco Angeli.
- Binda W., Rosnati R. (1997), Un evento cruciale per la famiglia: la nascita del primo figlio. In: Binda W. (a cura di), *Diventare famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Bion W.R. (1962a), *Learning from experience*. London:

- Heinemann. Trad.it. *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.
- Bion W.R. (1962b), *Una teoria del pensiero*. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.
- Bion W.R. (1965), *Trasformazioni*. Roma: Armando, 1973.
- Bion W.R. (1970), *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando, 1970.
- Biondi M., Pancheri P. (1994), Stress. In: Pancheri P., Cassano G.B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson.
- Biondi M., Pancheri P. (1999), Lo stress: psiconeurobiologia e aspetti clinici in psichiatria. In: Pancheri P., Cassano G.B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson.
- Bitzer J. (2003), Il dolore in ostetricia e ginecologia. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Black B.P. (1995), Comparison of pregnancy symptom of infertile and fertile couples. *J. Perinat. Neonat. Nurs.*, 2, 1-9.
- Blondel B., Breart G., Berthouy Y. (1992), Home uterine monitoring in France: a randomised controlled trial. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 167, 424-429.
- Bogetto F., Salvi V., Maina G. (2004), Disturbi d'ansia e disturbi dell'umore in gravidanza: terapie farmacologiche e non farmacologiche. In: Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica ostetrica e ginecologica*, Roma: CIC.
- Bonen A., Campagna P., Gilchrist L., Young D.C., Beresford P. (1992), Substrate and endocrine responses during exercise at selected stages of pregnancy. *J. Applied Physiol.*, 73, pag. 134-142.
- Bowlby J. (1969), Attaccamento e perdita. Vol.I: *L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1972.
- Bowlby J. (1973), Attaccamento e perdita. Vol. 2: *La perdita della madre*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Bowlby J. (1979), *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock. Trad. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Cortina, 1982.
- Braibanti L., Braibanti P. (1980), *Nascere meglio*. Roma: Editori Riuniti.
- Breen D. (1992), Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale. In: Ammanniti M. (a cura di), *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Burger J., Horowitz S.M., Foryth B.W. (1993), Psychological sequelae of medical complications during pregnancy. *Obstet.Gynecol.*, 93, 566-571.
- Bydlowski M. (2003), La trasparenza psichica della donna incinta. In: Maggioni C., Mimoun S. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetricia psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Carducci B., Savone R., D'Alessio M.C., Iannello F., Caruso A. (2003), Effetti del dolore sull'unità materno-fetale. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Cena L., Gaglia C. (1992), Psicoprofilassi: area di mediazione tra cultura medica e cultura psicologica? *Nascere*, 57, 22-25.
- Cepicky P., Mandys F. (1989), Reproductive outcome in women who lost their husband in the course of pregnancy. *Eur. J. Obstet.Gynecol. Reprod. Biol.*, 30, 137.
- Chapman H.A., Hobfoll S.E., Ritter C. (1997), Partners stress underestimations led to women's distress: a study of pregnant inner-city women. *Journal Pers. Soc. Psychol.*, 73, 418-425.
- Ciolfi P., Parlavecchio E., Onorati E., Russo R. (2003), La psicoprofilassi ostetrica oggi. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Ciolfi P., Parlavecchio E., Russo R. (2001), *La psicoprofilassi sa rispondere alla domanda dei nuovi genitori?* Atti LXXVII, Roma: SIGO.
- Ciolfi P., Vizzaccaro F., Russo R. (2001), *Attualità della psicoprofilassi ostetrica*. Atti VIII Convegno Nazionale A.GI.CO. Roma.
- Cisternino A., Scibilia G. (2003), L'assistenza alla nascita ed i problemi della comunicazione. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Clifton V.L., Read M.A., Leitch I.M. (1994), Corticotropin-releasing hormone-introduced vasodilatation in the human fetal placental circulation. *Journal Clin. Endocrinol. Metab.*, 79, 666-669.
- Colombo G., Pizzini F., Regalia A. (1987), *Mettere al mondo*. Milano: Franco Angeli.
- Condon J.T. (1993), The assessment of antenatal emotional attachment: Developments of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Consoli S.M. (2003), Apporti della psiconeuro-immunologia alla prospettiva psicosomatica. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato ginecologia ostetricia psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Cramer B. (1994), Le fonctionnement psychique dans le post-partum et son rôle dans l'épingleage d'identité. *Devenir*, 6, 15-21.
- Cramer B., Stern D.N. (1988), Evaluation des changements relationnels au cours d'une psychothérapie breve mere-nourrisson. In: Cramer B. (a cura di), *Psychiatrie du bébé, nouvelles frontières*. Paris: Eshel. *Médecine et Hygiène*.
- Crandon A.J. (1979a), Maternal anxiety and neonatal well being. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 113-115.
- Crandon A.J. (1979b), Maternal anxiety and obstetric complications. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 109-111.
- Cranley M.S. (1981), Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30, 281-284.
- D'Alessio M. (1988), (a cura di). *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*. Roma: NIS.

- D'Alessio M., Fiandaca A. (1990), La costruzione dell'interazione nell'allattamento. In: D'Alessio M. (a cura di) (1988), *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*. Roma: NIS.
- Dalton K. (1971), Prospective study into puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 118, 689-692.
- Dantzer R. (2003), Stress e riproduzione: aspetti psico-neuroendocrini. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetricia psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- De Beauvoir S. (1951), *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard. Trad. It. *Il secondo sesso*. Milano: Il saggiatore, 1984.
- De Lee J.B., Greenhill J.B. (1951), *Principles and practice of obstetrics*. Philadelphia and London: Saunders Company.
- De Simone M.G., Calugi A., Piccione E. (2003), Paura-dolore-tensione nella donna d'oggi dal parto al puerperio. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Demyttenaere K., Maes A., Nijs P. (1995), Coping style and preterm labor. *Journal Psychosomatic Obstet. Gynecol.*, 16, 109-114.
- Deutsch F. (1927), *Psychoanalysis and internal medicine. Evolution of psychosomatic concepts. Anorexia Nervosa. A Paradigm*. London: Hogarth Press, 1965.
- Deutsch F. (1939), Associative anamnesis. *Psychoanal. Quart.*, 8, pag. 354-381.
- Deutsch F. (1953), *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Deutsch F. (1959), *Il misterioso salto dalla mente al corpo*, Firenze, Martinelli, 1975.
- Deutsch H. (1945), *Psicologia della donna*. Vol. 1-2. Torino: Boringhieri.
- Dunbar H.F. (1943), *Psychosomatic diagnosis*, New York: Columbia University Press.
- Emde R.N., Buchsbaum H.K. (1993), Verso una teoria psicoanalitica degli affetti: sviluppo emotivo e comunicazione nell'infanzia. In: Riva Crugnola C. (a cura di) *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Milano: Cortina.
- Engel G.L. (1962), *Medicina psicosomatica e sviluppo psicologico*. Bologna: Cappelli.
- Engel G.L. (1977), The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel G. L., Schmale A.H. (1967), Psychoanalytic theory of somatic disorder; Conversion, specificity and the disease onset situation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 15, 344-365.
- Erikson M. (1982), *La natura dell'ipnosi*. Roma: Astrolabio.
- Facchinetti F., Ottolini F., Fazzio M. (2004), Evidenze di correlazione fra stress psicosociale e ipercontrattilità uterina. In: Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica ostetrica e ginecologica*. Roma: CIC.
- Fangman J.J., Mark P.M., Pratt L. (1994), Prematurity prevention programs: an analysis of successes and failures. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 170, 744-750.
- Fava G.A., Freyberger H.J., Bech P., Christodoulou G., Sensky T., Theorell T., Wise T.M.N. (1995), Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychoter. Psychosomatic*, 63, 1-8.
- Fava Vizziello G.M., Antonioli M., Cocci V., Invernizzi R., Stern D.N. (1992), *Dalle cure materne all'interpretazione*. Milano: Cortina.
- Ferenczi S. (1926), Nevrosi d'organo e loro trattamento. In: *Psicoanalisi delle abitudini sessuali*, Vol.III. Rimini: Guaraldi.
- Ferraro F., Nunziante Cesaro A. (1985), *Lo spazio cavo e il corpo saturato*. Milano: Franco Angeli.
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina.
- Forleo R., Forleo F. (2003), Per una pedagogia medica nell'approccio psicosomatico alla ginecologia. In: Piccione M. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Forleo R., Pagliai G., Pellegrini M.G., Forleo P. (2004), Ieri, oggi, domani, nella psicoprofilassi ostetrica alla luce degli ultimi anni di conduzione di corsi di preparazione ed accompagnamento della coppia in gravidanza e parto. In: Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica ostetrica e ginecologica*. Roma: CIC.
- Fornari F. (1966), *La vita affettiva originaria del bambino*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari F. (1975), *Genitalità e cultura*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari F. (1976a), *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari F. (1976b), Codice materno e disturbi della personalità. *Gin. Psicosomatica e Psicoprofilassi Ost.* Atti I Congr. Italo-Francese Psicop. Ost. Venezia. Padova: Piccin.
- Fornari F. (1978), *L'Edipo e le angosce della gravidanza e del parto*. Atti II Congr. Psicoprofilassi ostetrica. Biarritz.
- Fornari F. (1979), Psicosomatica pregenitale della femminilità. In: Piscicelli U. (a cura di), *Psicosomatica ginecologica*. Padova: Piccin.
- Fornari F. (1981), *Il codice vivente*. Torino: Boringhieri.
- Fornari F. (1989), Trauma della nascita e paranoia primaria. In: Cerutti R. (a cura di), *La psicoprofilassi ostetrica italiana*. Padova: CLEUP.
- Freidman M., Rosenman R. (1959), Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J. Amer. Assn.*, 169, 1286-1296.
- Freud A. (1961), *L'Io e i meccanismi di difesa*. Firenze: Martinelli, 1967.
- Gandolfo M., Donati S., Giunti A. (2004), Indagine conoscitiva nel percorso nascita. (2002). Aspetti metodologici e risultati nazionali. *Riv. It. Med. Perinatale*, 6, 6-8.
- Giles W.B., Mclean M., Davies J.J., Smith R. (1996), Abnormal umbilical artery Doppler waveform and

- cord blood corticotropin-releasing hormone. *Obstet. Gynecol.*, 87, 107-111.
- Giuliani C. (1997), Il ruolo degli operatori dell'evento nascita. In: Binda W. (a cura di), *Diventare famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Glynn L.M. (2001), When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 184, 637-642.
- Goland R.S., Jozak S., Warren W.B. (1993), Elevated levels of umbilical cord plasma corticotropin-releasing hormone in growth-retarded fetuses. *Journal Clin. Endocrinol. Metab.*, 77, 1174-1179.
- Grace W.H., Graham D.T. (1952), Relationship of psychic attitudes and emotions to certain bodily diseases. *Psychosom. Med.*, 14, 243-251.
- Graham F.K. (1962), Specific attitudes in initial interviews with patients having different psychosomatic diseases. *Psychosomatic Med.*, 24, 257-265.
- Gramsbergen A., Mulder E.H.J. (1998), The influence of betamethasone and dexamethasone on motor development in young rats. *Pediatr. Res.*, 44, 105-110.
- Grandi S., Fava G.A. (2003), La sintomatologia psicosomatica nuovi approcci diagnostici. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Greco P., Palma R. (1997), *Preparazione acquatica al parto*. Como: Red.
- Groddeck G.W. (1925), *The Meaning of Illness, Selected Psychoanalytic Writings*. London: Hogarth Press.
- Groddeck G.W. (1926), *Il libro dell'Es*. Milano: Adelphi, 1966.
- Grussu P., Nasta M.T., Quatraro R.M., Sichel M., Cerutti R. (2001), La salute psicologica del I anno dopo il parto: studio longitudinale su un campione di donne primipare. *Giornale Italiano di Psicologia*, Vol. XXVIII, 1, 133-155.
- Habere J.P. (1991), Analgesia peridurale in ostetricia. In: Gauthier-Lafaye P. (a cura di), *Manuale di anestesia locoregionale*. Milano: Masson.
- Hagoel L., Van-Roalte R., Kalekin-Fishman, D. (1995), Psychosocial and medical factors in pregnancy outcomes: a case study of Israeli women. *Soc. Sci. Med.*, 40, 567-571.
- Handley S.L., Dunn T., Baker J.M., Cokott C., Gould S. (1977), Mood changes in puerperium and plasma thyrotrophin and cortisol concentration. *British Medical Journal*, 2, 18-22.
- Hansen D., Lou H.C., Olsen J. (2000), Serious life events and congenital malformations: a national study complete follow-up. *Lancet*, 200, 356, 875-880.
- Hartmann H., Kris E., Loewenstein R.M. (1946), Considerazioni sulla formazione della struttura psichica. In: *Scritti di psicologia psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1989.
- Haynal A., Pasini W. (1978), *Medicina psicosomatica*. Milano: Masson.
- Hedegaard M., Henriksen T.B., Sabroe S., Secher N.J. (1993), Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal*, 307(6898), 234-239.
- Heinroth J.C.A. (1818), *Lehrbuch der Storungen des Seelenleben oder der Seelenstorungen und ihrer Behandlung*. Lipsia: Vogel.
- Hickey C.A. (1995), Relationship between psychosocial status to low prenatal weight gain among non obese black and white women delivering at term. *Obstet. Gynecol.*, 86, 177-183.
- Hill W.C., Fleming A.D., Martin R.W. (1990), Home uterine activity monitoring is associated with a reduction in preterm birth. *Obstet. Gynecol.*, 76, 13S-18S.
- Hobel C.J., Roors M.G., Bemis R.L. (1994), The West Los Angeles Preterm Prevention Project. Program impact on high-risk women. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 170, 54.
- Hodnett E.D. (2003), Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database of systematic Reviews*, 1.
- Hofer M.A. (1983a), The mother-infant interaction as a regulator of infant psychology and behavior. In: Roseblum L., Moltz H. (a cura di), *Symbiosis in Parent-offspring interactions*. New York: Plenum.
- Hofer M.A. (1983b), On the relationship between attachment and separation processes in infancy. In: Plutchick R. (a cura di), *Emotion, theory, research and experience*. New York: Academic Press.
- Hofer M.A., Sullivan, R.M. (2001), Toward neurobiology of attachment. In: Nelson C.A., Luciana M. (a cura di), *Handbook of developmental cognitive neuroscience*. Cambridge MA: MIT.
- Honor M.J., Zubrick S.R., Stanley F.J. (1994), The role of life events in different categories of preterm birth in a group of women with previous poor pregnancy outcome. *European Journal Epidemiol.*, 10, 181-188.
- Howell C.J. (2001), *Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour*. The Cochrane Library.
- Hueston W.J., Knox M.A., Eilers G. (1995), The effectiveness of preterm birth prevention educational programs for high-risk women: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.*, 86, 705-712.
- Iams J.D., Johnson F.F., O'Shaughnessy R.W. (1988), A prospective random trial of home uterine activity monitoring pregnancies at increased risk of preterm labor. II. *American Journal Obstet. Gynecol.*, 159, 595-603.
- Imbasciati A. (1983a), Strutture protomentali nell'atteggiamento psicoterapeutico e in quello conoscitivo. *Psicologia clinica*, 2(1), 11-41.
- Imbasciati A. (1983b), *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati A. (1994a), *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*. Torino: Utet.

- Imbasciati A. (1994b), Psicosomatica ostetrica e Istituzione Ospedaliera. *Nascere*, 12(1), 22-31.
- Imbasciati A. (1998a), Difficoltà nell'umanizzazione della medicina e ruolo dell'Ostetricia. *Nascere*, 16(75), 8-12.
- Imbasciati A. (1998b), *Nascita e costruzione della mente*. Torino: Utet.
- Imbasciati A. (1999), Umanizzazione della medicina e criteri di scientificità. *Nascere*, 17(78), 13-16.
- Imbasciati A. (2004), A theoretical support for transgenerationality: the theory of Protomentale. *Psychoanal. Psychol.*, 83-98.
- Imbasciati A. (2005), *Psicoanalisi e cognitivismo*. Roma: Armando Editore.
- Imbasciati A. (2006a), *Constructing a mind*. London: Brunner & Routledge.
- Imbasciati A. (2006b), *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati A., Calorio D. (1981), *Il protomentale*. Torino: Boringhieri.
- Imbasciati A., Ghilardi A. (1993), *AIDS: Psicologia Medica per gli operatori*. Milano: Giuffrè.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2005), *Compendio di psicologia per operatori socio-sanitari*. Padova: Piccin.
- Imparato E., Scarabelli C., Lanati L., Massone L., Moro V. (1987), La partecipazione del partner alle sedute degli esercizi preparatori al parto. Considerazioni sulla dinamica di coppia. *Nascere*, 3, 10-13.
- Jones S.A., Brooks A.N., Challis J.R. (1989), Steroids modulate corticotropin releasing hormone production in human fetal membranes and placenta. *Journal Clin. Endocrinol. Metab.*, 68, 825-830.
- Kaplan C.D., Kaplan H.I. (1967), Current concepts of psychosomatic medicine. In Freedman A.M., Kaplan H.I., Sadock B.J. (a cura di) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kitzinger S. (1978), *Women as mother*. Oxford.
- Klaiber E.L., Broverman D.M., Vogel W., Kobayashiy J., Monartry D. (1972), Effect of estrogen therapy on plasma MAO activity and EEG driving response of depressed women. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1492-1498.
- Klaus M.H., Kennel J.H., Klaus P.H. (1984), *Far da madre alla madre*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Kohut H. (1971), *The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder*. New York: International Universities Press. Trad. it. *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, 1976.
- Kreisler L., Cramer B. (1981), Sur les bases clinique de la psychiatrie du nourrisson. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 19, 223-263.
- Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., Mattila H., Ylikorkala O. (2000), Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet. Gynecol.*, 95, 487-490.
- Lamaze F., Vellay P. (1952), L'accouchement sans douleur par la methode psychophysique. *Gac. Med. Franc.* 59, 1445-60.
- Landbergis P.A., Hatch M.C. (1996), Psychosocial work stress and pregnancy-induced hypertension. *Epidemiology*, 7, 346-351.
- Leboyer F. (1975), *Per una nascita senza violenza*. Milano: Bompiani.
- Lemoine-Luccioni E. (1976), *Il taglio femminile*. Roma: Ediz. delle donne.
- Lepori B. (1992), *La nascita ed i suoi luoghi. Nuovi modi e nuovi spazi per venire al mondo*. Como: RED.
- Leung T.N., Chung T.K.H., Madsen G., Mclean M., Chang A.M.Z., Smith Z. (1999), Elevated mid-trimester maternal corticotrophin-releasing hormone levels in pregnancies that delivered before 34 week. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 106, 1041.
- Lichtenberg J.D. (1983), *Psychoanalysis and infant research*. Hillsdale NY: The Analytic Press. Trad. it. *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*. Roma: Astrolabio, 1988.
- Lipowski Z.J. (1984), What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46, 153-171.
- Lou H.C., Hansen D., Nordentoft M., Pryds O., Jensen F., Nim J. (1994), Prenatal stressor of human life affect fetal brain development. *Dev. Med. Child Neurol.*, 36, 826.
- Lucini D., Strapazzon P., Maggioni L., Pagani M. (1999), Cardiac autonomic adjustment to normal human pregnancy: insight from spectral analysis of R-R interval and systolic arterial pressure variability. *Journal of Hypertension*, 17, 1899-1904.
- MacLean P.D. (1949), Psychosomatic disease and the "visceral brain". *Psychosom. Med.*, 11, 338-353.
- MacLean P.D. (1954), Studies on limbic system (visceral brain) and their bearing on psychosomatic problem. In: Wittkower E.D., Cleghorn R.A. (a cura di), *Recent developments in Psychosomatic Medicine*, London, Isaac Pitman.
- MacLean P.D. (1967), The brain in relation to empathy and medical education. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 144, 374-382.
- MacLean P.D. (1977), The triune brain in conflict, Psychother. *Psychosom.*, 28, 207-220.
- Maggioni C. (2004), Fattori psicologici di rischio e patologie ostetriche. In Benedetto C., Massubrio M., *Psicosomatica in ginecologia e ostetricia*. Roma: CIC.
- Maggioni C., Mimoun S. (2003), Ostetricia e psicosomatica. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia-ostetricia psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Maiello Hunzinger S. (1983), Gravidanza e parto come esperienza di contenimento e separazione. In: *Chi ha paura della cicogna?* Atti convegno Assessorato servizi sociali Provincia di Roma, Cooperativa DO.RIS.
- Mamelle N. (1983), La prematurite, un fleau social: mythe ou realite? (cahiers du nouveau-ne) Paris: Stock.

- Mamelle N., Laumon B., Lazar P. (1984), Prematurity and occupational activity during pregnancy. *American Journal Epidemiol.*, 119, 309-322.
- Mamelle N., Seguilla M., Munoz F., Berland M. (1997), Prevention of preterm birth in patient with symptoms of preterm labor. The benefit of psychological support. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 177, 947-952.
- Mann E.C. (1956), Psychiatric investigation of abtital abortion, preliminary report. *Obstet. Gynec.*, 7, 589.
- Mann E.C. (1957), The role of emotional determinants in habitual abortion. *Surgical Clinics of North America*, 37, 447-458.
- Margaria A., Sinigaglia R., Grea A., Meduri E. (2001), Le motivazioni psicologiche ed il vissuto personale nel dolore da parto. In: Tiengo M.A. (a cura di), *La percezione del dolore: ruolo della corteccia frontale*. Milano: Springer.
- Margolin S.G. (1953), Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological process. In: Deutsch F. (a cura di), *The psychosomatic Conception in psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Margotta R. (1968), *La medicina nei secoli*. Milano: Mondadori.
- Marty P., de M'Uzan M., David C. (1963a), *L'investigation psychosomatique*. Paris: Les Presses Universitaires de France.
- Marty P., De M'Uzan M., David C. (1963b), La pensée opératoire. *Revue Francaise de Psychoanalyse*, 27(suppl.), 1345-1356.
- Master W.H., Johnson V.E. (1961), The physiology of the vaginal reproductive function. *West. J. Surg.*, 69, 105-120.
- Matte Blanco I. (1984), *Concetti basilari per una medicina psicosomatica*. Firenze: USES Edizioni Scientifiche.
- Matthews S.G. (2000), Antenatal glucocorticoids and programming of the developing. *ANS Pediatr. Res.*, 47, 291-300.
- McIntosh L.J., Roumayah N.E., Bottoms S.F. (1995), Perinatal outcome of broken marriage in the inner city. *Obstet. Gynecol.*, 85, 233-236.
- McKeown T., Gibson J. (1954), A note on menstruation and conception during lactation. *Journal Obstetric. Br. Emp.*, 61, 824-826.
- Mehl L.E. (1988), Psychosocial intervention in threatened premature labor. *Pre- and Peri-Natal Psychology*, 3, 41-52.
- Mimoun S., Maggioni C. (2003), *Trattato di ginecologia ostetricia e psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Miraglia F. (1957), *Preparazione al parto*. Milano: Rizzoli.
- Miraglia F. (2005), *Per una cultura del nascere*. Milano: Rubbettino.
- Missionier S. (2003), Aspetti psicologici e psicopatologici del puerperio. Genitori, neonati, curanti, tra creatività e vulnerabilità. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato ginecologia ostetricia psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Morin K.H. (1995), Obese and non-obese postpartum women: complication, body image, and perception of the intrapartum experience. *Appl. Nurs. Res.*, 8, 81-87.
- Mosconi G. (1960), *La tecnica dell'ipnosi in ostetricia*. Padova: Cortina.
- Mosconi G. (1974), *L'ipnosi per partorire*. Padova: Piccin.
- Mosconi G. (1987), *Training ipnotico*. Padova: Piccin.
- Mou S.M. (1991), Multicenter randomized clinical trial of home uterine activity monitoring for detection of preterm labor. *American Journal Obstet. Gynecol.*, 165, 858-866.
- Mulder E.J.H., Robles De Medina P.G., Huizink A.C., Van Den Bergh B.R.H., Buitelaar J.K., Visser G.H.A. (2002), Prenatal maternal stress: effect on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70, 3-14.
- Muller M.E. (1993), Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15, pag. 199-215.
- Myers R.E. (1979), Maternal anxiety and foetal death. In: Zichella L., Pancheri P (a cura di), *Psychoneuroendocrinology in Reproduction*. Amsterdam: Elsevier.
- Newton R.W. (1979) Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labor. *British Medical Journal*, 2, 403-411.
- Nimby G.T., Lundberg L., Sveger T., McNeil F. (1999), Maternal distress and congenital malformations: do mothers of malformed fetuses have more problems? *J. Psychiatr. Res.*, 33, 291-301.
- Nordentoft M., Lou H.C., Hansen D. (1996), Intrauterine growth retardation and premature delivery: the influence of maternal smoking and psychosocial factors. *American Journal Public Health*, 86, 347-354.
- Nunziante Cesaro A. (1984), *Identità femminile e gravidanza*. Atti del convegno Nazionale di Psicoprofilassi Ginecologica e Ostetrica. Bologna: Monduzzi.
- O'Brien Medwin J. (1978), *Prenatal yoga e altre tecniche di preparazione al parto*. Roma: Savelli.
- Odent M. (1989), *Ecologia della nascita*. Como: Red.
- Oggè G. (2004), *Un modello di assistenza alla gravidanza fisiologica evidence based: verifica di efficacia e di efficienza*. Bologna: Il Mulino.
- Omer H. (1996), Evaluating treatments for preterm labor: possible solutions for some methodological problem. *European Journal Obstet. Gynecology Reprod. Biol.*, 22, 229-236.
- Paalberg K.M. (1996), Psychosocial factors as predictors of maternal well being related to fetal grow. *Obstet. Gynecol.*, 17, 93-102.
- Paarlberg K.M., Vingerhoets A.J., Passchier J., Dekker G.A., Heinen A.G., Van Geijn H.P. (1995), Psychosocial factors and pregnancy outcome: a

- review with emphasis on methodological issues. *J. Psychosom. Res.*, 39, 563-595.
- Paarlberg K.M., Vingerhoets A.J., Passchier J., Dekker G.A., Van Geijn H.P. (1999), Psychosocial predictors of low birth weight: a prospective study. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 106, 834-841.
- Pagani M. (1991), Spectral analysis of cardiovascular variables as a tool to quantify neural cardiovascular control in the laboratory and real life conditions. *Rhythms in Physiological Systems*, 55, 103-114.
- Pagani, M., Lucini D. (1999), Chronic fatigue syndrome a hypothesis focusing on the autonomic nervous system. *Clin. Sci.*, 96, 117-125.
- Pancheri P. (1984), *Trattato di medicina psicosomatica*. USES Edizioni Scientifiche.
- Pancheri P., Bressa G.M. (1990), *Ansia e dolore*. Aprilia Lt: Wyeth.
- Panella F. (2001), *Il parto nelle varie culture*. Congresso: Il parto alternativo e le alternative al parto. Orvieto 12-06-2001.
- Papiernik E. (1985), Prenatal care and prevention of preterm delivery. *International Journal Gynecology Obstetric*, 23, 427-433.
- Pascoe M., French M. (1993), Third-trimester maternal psychosocial factors and infants' home stimulation. A prospective study. *Arch. Fam. Medicine*, 2, 624-627.
- Pasini W. (1975), *Sessualità e ginecologia psicosomatica*. Padova: Piccin.
- Paul S.M., Axelrod J. (1977), Cathecol estrogens: presence in brain and endocrine tissues. *Science*, 197, 657-659.
- Pavlov W.P. (1927), *Conditioned reflexes*. N.Y.: Oxford Univ. Press.
- Perkin M.R., Bland J.M., Peacock J.L., Anderson H.R. (1993), The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *British Journal Obstet. Gynaecol.*, 100, 629-634.
- Pert C. (1997), *Molecules of emotion: Why you feel the way you feel*. New York: Scribner. Tr. it. *Molecole di emozioni*. Milano: Corbaccio, 2000.
- Pescetto G., Pecorari D., De Cecco L., Ragni N. (1996), *Manuale di Ginecologia e ostetricia*. Roma: Universo.
- Pines D. (1972), Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Piscicelli U. (1979), *Training Autogeno Respiratorio e Psicoprofilassi Ostetrica*. Padova: Piccin.
- Piscicelli U. (1991), *Psicosomatica ginecologica*. Padova: Piccin.
- Pop V.J. (1995), Blues and depression during early puerperium: home versus hospital deliveries. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 102, 701-706.
- Raphael-Left J. (1983), Facilitators and regulators: two approaches mothering. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 379-390.
- Read G.D. (1944), *Childbirth without fear*. Londra: Harper e Brothers.
- Riva Crugnola C. (1987), La gravidanza ponte fra noto e ignoto. In: Scaparro F. (a cura di) *Volere la luna*. Milano: Unicopli.
- Riva Crugnola C. (1993), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Milano: Cortina.
- Robertson A. (1998), *L'ostetrica e l'arte del sostegno durante il parto*. McGraw Hill.
- Robinson B.G., Emanuel R.L., Frim D.M., Majzoub J.A. (1988), Glucocorticoid stimulated expression of corticotropin-releasing hormone gene in human placenta. *Pre. Natal. Acad. Sci. Usa*, 85, 5244-5248.
- Rosenblum O., Candillis-Huisman D. (2003), Strumenti di valutazione psicopatologica come approccio terapeutico. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetrica e psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Rosenman R.H., Chesney M.A. (1982), Stress, type A behavior, and coronary disease. In: Goldberger L. (a cura di), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. Breznitz, New York: Free Press.
- Rosseau P. (2003), La visita preconcezionale dopo "perdita perinatale". In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetrica psicosomatica*, Milano: Franco Angeli.
- Rostad B., Schei B., Jacobsen O. (1995), Health consequences of severe life events for pregnancy. *Scan. Journal Prim. Health Care*, 13, 99-104.
- Ruesch J. (1948), The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10, pag. 134-144.
- Ruesch J. (1957), *Disturbed communication: the clinical assess of normal pathological communicative behavior*. New York: Norton.
- Salvini A. (1993), *Personalità femminile e riproduzione umana*. Roma: Lombardo.
- Sameroff A.J., Emde R.N. (1989), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1991.
- Sander L. (1975), Infant and caretaking environment. In: Anthony E.J. (a cura di), *Explorations in child psychiatry*. New York: Plenum Press.
- Sander L. (1980), Investigation of the infant and its caregiving environment as a biological system. In: Greenspan S.I., Pollock G. (a cura di), *The Course of Live*, Vol. 1.
- Sander L. (1983), To begin with-reflections on outogeny. In: Lichtenberg J.D., Kaplan S. (a cura di), *Reflections on Self Psychology*. New York: The Analytic Press.
- Santini M., Lino G., Bartolotti A., Campolmi A. (2001), *La psicoprofilassi ostetrica come stimolo e sostegno al divenire delle competenze genitoriali*. Atti LXXVII, Roma: SIPGO.
- Schmid V. (1998), *Il dolore del parto*. Roma: Il Marsupio.
- Schultz H.J. (1929), Autogenes Training. *Med. Welt*, 47.
- Seguin L., Saint-Denis L., Loiselle L. (1995), Chronic

- stressor, social support and depression during pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 85, 583-589.
- Serafini P. (1996), Il bambino: come farlo nascere. *Nascere*, 68, 21-68.
- Serafini P. (1997), Quando l'ostetrica si confronta con la psicoprofilassi. *Nascere*, 70, 24-25.
- Serafini P., Marozio L. (2004), Corsi pre-parto: quali offerte? Quali bisogni? In: Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica della gravidanza e del parto*. Roma: CIC.
- Serafini P., Roascio R. (2000), *Assistenza personalizzata alla madre ed al neonato. Collana monografica della Società Italiana di Medicina Perinatale*. Il parto. Editeam.
- Seyle H. (1936), A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32.
- Seyle H. (1966), *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shally A., Arimura A., Kastin A.J. (1973), Hypothalamic regulatory hormones: at least nine substances from the hypothalamus control the secretion of pituitary hormones. *Science*, 179, 341-348.
- Shapiro L.J. (1989), Il padre in attesa, *Età Evolutiva*, 95, 33-37.
- Sharman A. (1966), *Reproductive psysiology in the post-partum period*. Edimburg: Livingston.
- Sifneos P.E. (1973), The prevalence of "alexithymic" characteristics in Psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Smith S.L. (1975), Mood and the menstrual cycle. In: Sachar E.J. (a cura di), *Topics in Psychoneuroendocrinology*. New York: Grune & Stratton.
- Soifer R. (1985), *Psicologia della gravidanza, parto e puerperio*. Roma: Borla.
- Solano L. (2001), *Tra mente e corpo*. Milano: Cortina.
- Spearman C. (1937), *Psychology down the ages*. London: Macmillan.
- Spitz R.A. (1965), *Il primo anno di vita*. Roma: Armando editore, 1973.
- Standley K., Soule B., Copans S.A. (1979), Dimension of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 135, 22-26.
- Stegagno L. (1989), Medicina psicosomatica: storia di definizioni e di teorie. *Psicologia italiana*, 10(3), 4-15.
- Stein A. (1994), An obsrvational study of mothers with eating disorder and their infants. *J. Child Psychol.*, 35, 733-748.
- Stern D.N. (1974), Mother and infant at play: the dyadic interaction involving facial, vocal, and gaze behaviors. In: Lewis M., Rosenblum L. (a cura di), *The Effect of the Infant on its Cargiver*. New York: Wiley.
- Stern D.N. (1977), *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Roma: Armando, 1982.
- Stern D.N. (1983), The early development of schemas of self, other, and "self with other". In: Lichtenberg J., Kaplan S. (a cura di), *Reflections of Self Psychology*. Hillsdale N.J.: The Analytic Press.
- Stern D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Stern D.N. (1985a), Affect attunement. In: Call J., Galenson E., Tyson R.L. (a cura di), *Frontiers of Infant Psychiatry II*. New York: Basic Books.
- Stern D.N. (1986), The problem of sharing affective states between mother and infant. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 6(1), 91-99.
- Stern D.N. (1987), *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books. Trad. it: *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri.
- Stern D.N. (1988a), Affect in the context of the Infant's lived experience: some considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 69(2), 233-238.
- Stern D.N. (1989), Le interazioni affettive. In: Lebovici S., Weil-Halpern F. (a cura di), *Psicopatologia della prima infanzia*. Vol. 1: *Il mondo del neonato*. Torino: Bollati Boringhieri, 1994.
- Stern D.N. (1989a), The representation of relational patterns: developmental consideration. In: Sameroff A.J., Emde R.N. (a cura di), *I disturbi delle relazioni della prime infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1991.
- Stern D.N. (1989b), La nascita del Sé fra psicoanalisi e biologia. *Età Evolutiva*, 32, 63-68.
- Stern D.N. (1990), Il vissuto e la rappresentazione degli affetti nell'esperienza soggettiva del bambino. In: Ammaniti M., Dazzi N. (a cura di), *Affetti*. Bari: Laterza.
- Stern D.N. (1992), Aspetti fondamentali delle terapie genitori-bambino: i fattori comuni nei diversi approcci. In: Fava Vizziello G., Stern D.N. (a cura di), *Dalle cure materne all'interpretazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Stern D.N. (1995), *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- Stern D.N. (1998), *Le interazioni madre bambino nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Cortina.
- Syutkina E.V., Cornelissen G., Halberg F., Grigoriev A.E., Abramaian A.S., Yatsyr G.V., Morozova N.A., Ivanov A.P., Shevchenko P.V., Polyakov Y.A., Bunin A.T., Safin S.R., Maggioni C. (1995), Effects lasting into adolescence of exposure to betamimetics in utero. *Clinical Drug Investigation*, 9, 353-362.
- Taylor G.J. (1987), *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. Roma: Astrolabio.
- Tempfer H., Froelich H., Seidl A. (1979), Psychosomatic disorder in patients with different forms of weight change in early pregnancy. In: Carenza L., Zichella L. (a cura di), *Emotion and reproduction*. London: Academic Press.
- Todros T. (2001), Mutamenti nell'assistenza alla gravidanza e al parto nella medicina materno e fetale. In: Todros T., Vanara F. (a cura di), *Nascere nel 2000*. Bologna: Il Mulino.

- Topper Y. (1970), Multiple hormone interactions in the development of mammary gland in vitro. *Recent Progress in Hormone Research*, 26, 287-293.
- Tranquilli A.L., Archibugi A. (2003), Il taglio cesareo a richiesta e gli "stili materni". In Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Trevarthen C. (1990), Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali. In: Riva Crugnola C. (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1993.
- Vegetti Finzi S. (1990), *Il bambino della notte*. Milano: Mondadori.
- Vellay P. (1958), Cinq ans d'experimentation de la psychoprophylaxie. *Min. Med.* 10, 387.
- Villar J., Farnout U., Barros F., Victora C., Langer A., Belizan J.M. (1992), A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. *N. Engl. J. Med.*, 327, 1266.
- Viola M. (1992), Modi e ritmi nella relazione bambino-madre. In: Imbasciati A., Cena L. (a cura di), *La vita psichica primaria*. Milano: Masson.
- Virji S.K., Cottington E., Gilchrist L. (1991), Substrate and endocrine responses during the exercise at selected stages of pregnancy. *J. Appl. Physiol.*, 73, 134-142.
- Walker L.O. (1997), Weight-related distress in the early month after childbirth. *Western Journal Nursing Research*, 20, 30-44.
- Warren W.B., Patrick S.L., Goland R.S. (1992), Elevated plasma corticotropinreleasing hormone levels in pregnancies complicated by preterm labor. *American Journal Obstet. Gynecol.*, 166(4), pag. 1198-1204; discussione 1204-1207.
- Weil R.J., Tupper C. (1960), Personality, life situation and communication: a study of abtural abortion. *Psychosomatic Medicine*, 22, 448-450.
- Winget C., Kapp F.T. (1972), The relationship of the manifest content of dreams to duration of childbirth in primipare. *Psychosomatic Medicine*, 34, 313-319.
- Winnicott D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1970.
- Winnicott D.W. (1987), *I bambini e le loro madri*. Milano: Raffaello Cortina, 1987.
- Wolff H.G. (1950), Life stress and bodily disease: a formulation. In: Wolff H.G, Wolff S.G., Hare C.E. (a cura di), *Life Stress and Bodily Disease*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Yalom I.D., Lunde D.T, Moos R.H., Hamburg D.A. (1968), Post Partum blues syndrome. *Archives of general Psychiatry*, 18, 16-21.
- Zanelli Quarantini A. (1995), Psicologia della gravidanza e rapporto madre-bambino. In Farinet M. (a cura di), *I grandi temi della psicoprofilassi al parto-nascita negli anni novanta*, *Nascere*, 3, supplemento.
- Zichella L. (1984), Psicosomatica ostetrico-ginecologica. In: Pancheri P. (a cura di), *Trattato di medicina psicosomatica*. Firenze: USES.
- Zichella L. (1999), *L'antropologia della maternità: Il parto spontaneo: questo sconosciuto*. Atti del convegno: "La psicoprofilassi ostetrica nel recupero della fisiologia del parto". Formazione degli operatori. CNR: Russo.
- Zichella L. (2003), Gli aspetti antropologici del dolore da parto. In Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Zimmermann T. (1994), Marital relationship and somatic psychological symptoms in pregnancy. *Social Science Medicine*, 38, 559-564.
- Zucchi P.L., Agrò F., Vecchiet L., Ischia S., Gedda L. (1995), Embriologia, anatomia e fisiologia del dolore. In: *Compendio di semantica del dolore*. Roma: CIC.

Capitolo 4

IL PARTO E L'ALLATTAMENTO

4.1 I "MISTERI FEMMINILI"

(Antonio Imbasciati)

In tutte le culture e in tutte le epoche, per quanto ne sappiamo, da quando l'homo sapiens ha iniziato a vivere in gruppi e in questi ha nei millenni costruito l'ordine sociale, la nascita di un bimbo è stata contrassegnata da una festa. Storia, geografia, preistoria e archeologia ci dicono della miriade di variazioni rituali e religiose che le comunità umane hanno inventato intorno all'evento. Evento festivo, fausto, contrapposto consolatorio agli eventi infastiti, nefasti, della vita. Gli etimi latini ci illuminano: *fas* è la parola divina che aiuta e illumina l'uomo, *nefas* tutto ciò che è contro (nefasto), orribile, ingiusto, improponibile, (verbo *fari* = parlare, da cui anche infante = colui che non parla), ovvero non esprimibile. Pensiamo agli studi di Bion sulla formazione del pensiero: la parola è uno dei principali percorsi in cui l'informe emozionale trova le trasformazioni che lo possono rendere pensabile, e in parte consapevole, e comunque comunicabile; che trasformino il "dolore mentale" di base in pensiero: *logos*, o *verbum*. Potremmo fare molte interpretazioni sul lavoro emotivo che soggiace alle trasformazioni da una lingua all'altra (in questo caso dal greco al latino), nel tentativo di definire, cioè pensare, ciò che è arduo anche solo concepire. Evento festivo è dunque la nascita, nel pieno senso che il termine come sopra accennato esprime.

Festa, da contrapporre al nefasto: alla morte. Le comunità umane per entrambi gli eventi hanno sentito il bisogno di elaborare in modo collettivo le emozioni ai due ordini di eventi connesse. Hanno perciò elaborato cerimoniali che sostenessero gli animi perché, in tali eventi collettivamente sostenuti, essi potessero trarre il meglio: la vita. La vita anche dalla morte. Per la nascita dunque una grande celebrazione di vita: l'umanità ha "inventato" la festa del nascere.

L'invenzione, così variegata, ci dice dell'impatto emotivo primario da cui nasce il pensiero, individuale e collettivo, col quale progressivamente individui e gruppi hanno costruito immagini, fantasie,

riti, religioni e infine conoscenze. Percorrere questo iter, con lo strumento delle nostre attuali conoscenze psicologiche, e psicoanalitiche in particolare, nei meandri della storia, dell'antropologia e del mito, vorrebbe dire esplorare la nascita del Pensiero, dai sensi e dalla comunicazione gruppale, lungo le emozioni, i sentimenti e le razionalizzazioni delle angosce, nel "dolore mentale" che fa nascere il pensiero e nei terrori cui l'essere umano ha cercato di dare nome. Credo che in tale prospettiva, come ci ha insegnato Bion, potremmo collocare l'evento nascita, ed il parto in particolare, con tutta la loro risonanza e ritualità sociale.

Sappiamo che in molte società primitive (forse in tutte? a qualche livello preistorico?) gestazione e parto sono eventi "femminili", che non vennero all'inizio messi in relazione con un concepimento avvenuto mediante il rapporto col maschio: è facilmente ipotizzabile che i maschi primitivi si siano pertanto trovati piuttosto disorientati, e spaventati, di fronte a questi eventi visti come "del tutto" femminili. Così come si trovarono disorientati nei confronti dei propri impulsi sessuali raffrontati con quelli che compongono gli eventi femminili e il relativo comportamento delle femmine. Molti antropologi hanno avanzato ipotesi su tali argomenti. Ricordiamo qui in particolare gli studi di Morris sulla "scimmia nuda" (Morris, 1967, 1969) e le considerazioni di Eliane Morgan (1974). A seguito dell'acquisizione della posizione eretta, gli umani cambiarono la posizione coitale, dal coito a tergo a quello con donna supina e uomo sopra: una tale ultima posizione era atavicamente connessa all'aggressività (agita e subita) e pertanto il cambiamento di posizione deve aver portato uno sconvolgimento nei sentimenti, sia nel maschio, sia ancor più nella femmina. È stata ipotizzata una grande primitiva rivoluzione nella comunicazione tra i sessi, concernente la struttura emotiva e i sentimenti già legati alla posizione aggressiva ("sotto" e "sopra", subita e agita, rispettivamente nella femmina e nel maschio), che hanno dovuto da questa essere slegati e connessi invece ad un nuovo assetto emotivo, legato alla sessualità. Per contro la disgiunzione tra gravidanza e coito deve

avere non poco complicato i turbamenti maschili, i sentimenti del maschio verso la femmina e i piccoli, e soprattutto verso questo “mistero del ventre femminile”: di qui le ipotesi sulla civiltà matriarcale, esposte per primo da Bachofen (1861) sulla scorta di reperti archeologici concernenti la Grande Madre mediterranea (Imbasciati, Rapezzi, 1981).

La potenza femminile, e un certo sgomento di tutto il genere umano di fronte agli eventi della gestazione, della nascita, dell'allattamento, sembrano attestati dalla ricorrenza, in varie epoche, culture, zone geografiche e religioni, delle deità femminili, col loro potere di vita e di morte. Vien da pensare alle divinità indù, alla concezione tantrica della sessualità, agli intrecci corporei dell'iconografia di cui il Kamasutra fu espressione letteraria; e per contro al culto di Ishtar, nell'area mesopotamica, alla ierodulia, alle sacerdotesse che in varie epoche, regioni, religioni, sono state depositarie dei “segreti femminili” (Imbasciati, De Luca, Devoti, 1978).

Anche in epoche meno remote e in regioni più vicine il “mistero donna”, o l'enigma per dirla con Freud, è attestato dalla complessità dei miti greci, con particolare riguardo alle deità femminili (Imbasciati, Cena, 1988).

Nel lento e laborioso formarsi e trasformarsi della cultura cristiana (Brown, 1995; Tabacco, Merlo, 1981), la donna, nelle sue vicende generative, scotomizzata nella sua carnalità e idealizzata, viene ovunque perennemente ricordata e venerata nel culto della Madonna e in particolare nelle più varie e ricorrenti rappresentazioni della Natività. Il concepimento che l'ha preceduta è invece molto più velato. L'insistere dei Concili bizantini sulla *mater dei* (di Dio, non di uomo), avverso le ricorrenti e persistenti correnti di opinioni contrarie (Mango, 1991), ci dice come, dietro il velo della religione, l'uomo fosse ammirato e sgomento di fronte al persistere di un mistero legato alla donna. Risolvendosi a statuire un pensiero canonico di un concepimento che accade per vie soprannaturali (l'annuncio dell'angelo, rappresentata iconicamente da un raggio che penetra nell'orecchio di Maria¹), l'animo umano, soprattutto maschile, evita di connettere la sensorialità del coito alla generazione della vita e quindi alle complesse elaborazioni emotive che coinvolgono gli affetti del rapporto interpersonale, la prospettiva della genitorialità e l'integrazione della propria cor-

poreità sessuale con la nascita; e questa, non semplicemente nella casualità di nuovi esseri umani, ma di tutto un mondo nuovo di “pensieri”. Un mondo che implica la progenie carnale e spirituale, contro la finitezza del tempo della vita; e sviluppo dell'umanità. Il tutto comincia nel grembo di una donna.

Quanto sopra per ricordare come si possa leggere, attraverso un excursus storico-antropologico, la gravidanza nell'animo umano degli eventi del concepimento, della gestazione, del parto, della nascita e dell'allattamento. Quest'ultimo, nella storia della nostra cultura, è stato il meno nascosto, mentre il concepimento, e con esso la sessualità, hanno subito le più severe censure.

L'allattamento è rimasto immagine pura e naturale dell'inizio di una nuova vita attraverso il nutrimento e il contatto corporeo diretto. L'iconografia della Madonna si è permessa più e più volte di rappresentarla mentre allatta. E del resto, fino a poco tempo fa, le donne allattavano anche in pubblico, fiere di mostrare la loro potenza. Questa istituzionalizzazione gloriosa dell'allattamento è però venuta meno nella nostra cultura di quest'ultimo mezzo secolo: oggi le donne hanno pudore a farsi vedere mentre allattano. Parallelamente si è propagata attraverso i mass-media una progressiva erotizzazione del seno, e per contro si è diffuso l'allattamento artificiale. Ci sarebbe da riflettere quanto questo mutamento del nostro costume abbia obbedito ad un più sotterraneo mutamento delle immagini fantasmatiche che sostengono la sessualità e la generatività (Imbasciati, Margiotta, 2005, cap. 17 e 19), e cosa questo mutamento indichi nel quadro di un cambiamento globale delle strutture emotive profonde della personalità, ricorrenti oggi negli individui che contrassegnano la nostra epoca. Posso qui soltanto esprimere la mia personale impressione che sia avvenuto un distacco, se non una scissione, della generatività dalla dimensione sessuale, ed un oscuramento delle loro intime connessioni, coperto dal tecnicismo subentrato nell'allevamento dei piccoli.

Si diceva un tempo che le donne per istinto tendono ad allattare al seno il loro neonato: istinto, però, vuol dire nel nostro caso strutture profonde della personalità. Oggi sembra che questa tendenza sia quasi scomparsa: allattare al seno, o non allattare, ha assunto l'aspetto di una “decisione”. Cosa si è perso, allora, di quell’“istinto”? Cosa si è perso del mondo fantasmatico interno della donna che la lega al suo bimbo e che nell'uno e nell'altro infonde un reciproco attaccamento?

Sembra che l'allattamento sia visto solo come

¹ Come curiosità letteraria si veda il romanzo di Saramago (2002) “Il vangelo secondo Gesù Cristo”.

metodo nutritivo, anziché, come gli studi psicologici dimostrano, palestra relazionale di sviluppo simbolico-poietico. Eppure è proprio nell'allattamento al seno che inizia il dialogo degli sguardi, dunque la comunicazione visiva primaria che veicola significanti e significati per lo sviluppo mentale del neonato (Manfredi, Imbasciati, 2004; Imbasciati, 2006 a, b).

Fortunatamente in questi ultimi anni sembra essersi verificata un'inversione della tendenza, verso l'allattamento artificiale: fattori medicobiologici (trasmissione delle difese immunitarie attraverso il latte materno) e fattori culturali, dovuti al riconoscimento del contatto di pelle come matrice relazionale di sviluppo psichico, stanno contribuendo a rivalutare l'allattamento al seno. Ci auguriamo che questo movimento, dovuto all'incontro della cultura scientifica biologica con quella psicologica, possa continuare, promosso dalle iniziative che oggi in più paesi stanno sorgendo: a favore della salute della madre e del bambino, come si definirà più oltre, attraverso iniziative-pilota che nei servizi assistenziali sempre più "insegnino" alle donne, e alle coppie, i benefici dell'allattamento naturale, per la salute globale, psichica prima ancora che per quella fisica.

In questo augurabile mutamento giocherà un debito ruolo il mutato costume circa le funzioni del padre: ricordo qui in particolare il collegamento, rinnovato in questi ultimi anni, degli eventi perinatali con l'uomo che accompagna la donna: non più distanziato da essa, come in epoche precedenti della nostra cultura, oggi il padre del bimbo, e il suo rapporto con la donna, con le stesse di lei vicende fisiologiche, allattamento compreso, viene sempre più rivalutato, ed il maschio entra a pieno titolo nelle

istituzioni sociali che si propongono di ottimizzare l'assistenza, non più solo alla donna, bensì alla coppia e alla famiglia, per un miglior sviluppo degli individui futuri.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bachofen I. (1961), *Le madri e la virilità olimpica*, Torino: Bocca.
- Brown P. (1995), *La formazione dell'europa cristiana*. Bari: Gius Laterza.
- Imbasciati A. (2006a), *Constructing a mind. A new basis for Psychoanalytic Theory*. London: Routledge.
- Imbasciati A. (2006b), *Il sistema Protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati A., Cena L. (1988), La donna nel mito greco. *NPS Neurol. Psich. Scienze Umane*, 8, 435-459.
- Imbasciati A., De Luca M., Devoti D. (1978), La donna e il sacro, *Ricerche di Psicologia*, 7, 245-277.
- Imbasciati A., Margiotta M., (2005), *Compendio di Psicologia per gli operatori socio-sanitari*. Padova: Piccin.
- Imbasciati A., Rapezzi L. (1981), Preistoria dei sessi. *Gli Argonauti*, 81(3), 123-139.
- Manfredi P., Imbasciati A. (2004), *Il feto ci ascolta... e impara*. Roma: Borla.
- Mango C. (1991), *La civiltà bizantina*. Bari: Gius Laterza.
- Morgan E. (1974), *L'origine della donna*. Torino: Einaudi.
- Morris D. (1967), *The naked ape*. London: Cape.
- Morris D. (1969), *The human zoo*. London: Cape.
- Saramago J. (2002), *Il Vangelo secondo Gesù Cristo*. Torino: Einaudi.
- Tabacco G., Merlo G. (1981), *Medioevo*. Bologna: Il Mulino.

4. 2 COME SI PARTORISCE OGGI IN ITALIA

(Lucia Grassi)

"L'assistenza medica a una donna gravida consiste essenzialmente in una serie di metodi, di depistages, che per una curiosa combinazione si sono sottratti alla valutazione critica, rivelatasi tanto utile nelle altre discipline che impiegano metodi analoghi" (Cochrane, 1972).

Questo a sottolineare che le nostre prassi ostetriche:

- a) sono da discutere e da rivedere alla luce di metodi di controllo scientifico dell'efficacia;
- b) sono a tutt'oggi improntate da fattori socioculturali che non sempre sono a favore della donna e

del bimbo. Scopo di questo lavoro è raccogliere informazioni su come si partorisce oggi in Italia.

Da alcune indagini condotte in questi ultimi anni ho estrapolato alcuni punti, che qui cerco di riassumere (Grandolfo, Donati, Giusti, 2002; Istat, 2002).

1. *Assistenza sanitaria durante la gravidanza*: l'assistenza raggiunge in Italia quasi tutte le donne; ne rimane una piccolissima parte, dove l'assistenza è di tipo privato, soprattutto nell'Italia centrale e meridionale.
2. *Ecografie*: quasi la totalità delle donne effettua

ecografie in gravidanza, in media cinque ecografie.

3. *Conoscenze e informazione*: le donne che ricevono meno informazioni, e quindi non hanno elementi per decidere circa le modalità del parto, sono soprattutto donne con bassa istruzione e residenti al sud. Malgrado l'impegno c'è sempre una parte di donne che non si raggiunge mai!
4. *Taglio cesareo*: nel 1980 l'incidenza era dell'11%, nel 2000 si giunge al 33%. Le differenze tra regioni sono elevate: Bolzano 18%, Campania 53%. Le donne più a rischio di taglio cesareo sono quelle di età avanzata, al primo figlio, che partoriscono in casa di cura privata, soprattutto al sud e comunque sono donne residenti al sud; le donne meno a rischio di incorrere nel taglio cesareo sono quelle che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita. L'OMS afferma che i benefici del taglio cesareo per mamma e bambino sono modesti e che la percentuale ottimale dei cesarei non dovrebbe superare la soglia del 10-15%. Purtroppo l'Italia ha la percentuale più alta di tagli cesarei rispetto agli altri Paesi Europei.
5. *Allattamento al seno*: da un'indagine effettuata su donne con bambini di età inferiore ai 5 anni risulta che l'81% ha allattato al seno il proprio figlio, però il 58% non ha allattato in modo esclusivo ma può aver introdotto latte artificiale o altro, oppure è ricorso allo svezzamento precoce. Inoltre non sappiamo per quanto tempo ha allattato quell'81% di donne. A rischio di non allattare sono le donne più giovani, e ancora le donne meno istruite, residenti nelle isole, donne cesarizzate, e donne che non hanno frequentato corsi di accompagnamento alla nascita.
6. Quando parliamo di parto a mio avviso ci riferiamo soprattutto al *dolore*. Se la donna non provasse dolore, forse parleremmo d'altro. Il parto è un paradosso: la donna deve subire un attacco dal feto, quindi il parto è un pericolo. È un segnale di allarme, e come tale va inteso come protezione. Il dolore è quella guida che serve per segnalare che qualcosa non va. Una donna in travaglio alla quale non viene imposto nulla da parte di chi le presta assistenza, probabilmente non starebbe ferma, ma si muoverebbe con movimenti diversi a seconda del momento, perché è il dolore ad insegnarle cosa fare.

Il dolore in travaglio è provocato dalle contrazioni uterine e dalla forzata distensione (ancorché

favorita dal mutamento tissutale degli ultimi giorni) della vagina, della vulva e del perineo. Il dolore aumenta se non vi è coordinazione motoria, sia della muscolatura liscia del corpo dell'utero rispetto a quella del collo, sia della muscolatura striata perineale, che non sempre è sotto il controllo volontario della donna: di qui l'importanza di un addestramento della donna. Il dolore inoltre aumenta se non vi è dilatazione della cervice o se i tempi di questa non concordano con le contrazioni; o ancora se i tessuti perineali non sono sufficientemente imbibiti e quindi dilatabili. Infine il dolore è in relazione alle dimensioni del feto ed ancor più alla sua presentazione.

Il dolore si accompagna a una situazione di stress. S'innalzano le catecolamine, s'innalza l'ossitocina e s'innalzano le betaendorfine. L'intervallo tra una contrazione e l'altra prepara la donna ad affrontare una nuova situazione di stress, rinnovando le difese organiche per un buon andamento del travaglio.

Non dimentichiamoci inoltre che il dolore non è solamente un segnale di pericolo: è anche espressione di una sofferenza emotiva. Il dolore segna il tempo, il tempo nei processi di separazione, in questo caso della separazione fisica ed emotiva dalla primitiva unione gestante-feto. L'impatto col dolore acuisce tutta una serie di stati emotivi già presenti nella gestante: la paura, l'ansia, la preoccupazione, ("andrà tutto bene? avrò un bambino sano?"). A volte anche altri fattori, come il sonno e la fame, influiscono sul dolore, ma così come la sfiducia ("non mi fido delle persone che stanno con me, della struttura in cui sono"). Tutto questo porta a modulare i meccanismi fisiologici dello stress (catecolamine, ossitocina, betaendorfine), fino a situazioni che alterano i naturali segnali d'allarme e pertanto il rischio.

Oltre ai fattori psicologici ci sono quelli sociali: le donne più giovani sembra soffrano maggiormente e così pure donne con livello socioeconomico più basso e donne con mestruazioni dolorose.

Come viene affrontato il dolore? Si possono individuare, a mio avviso, due correnti di pensiero:

- a) la gestione passiva del dolore, o filosofia medicalizzata del parto; la donna dice "io ho dolore, non voglio provare dolore", il sanitario dice "non si preoccupi, ci penso io";
- b) la gestione attiva del dolore, la "filosofia ecologica del parto", che consiste nel mettere in condizioni la donna di gestire il dolore (Kalish, 1973).

Nel primo caso medico e ostetrica intervengono con l'analgesia epidurale: ruolo fondamentale dell'ostetrica è mettere la donna in grado di elaborare le proprie scelte e allo stesso tempo offrirle sostegno e sicurezza. Nel momento in cui la donna decide di effettuare l'analgesia, il fine è la risoluzione del dolore, assicurando però una partecipazione attiva della donna che non interferisca con la dinamica fisiologica del travaglio di parto (Birrell, 2001; Simkin, 1984).

L'analgesia diminuisce il dolore della contrazione, ma diminuisce anche l'iperventilazione, con conseguenze sulla perfusione utero-placentare. Oggi i farmaci che sono impiegati sono assolutamente selettivi, per cui agiscono sulle fibre nocicettive e non interferiscono su quelle motorie. Restano degli svantaggi: riducendo l'efficacia delle contrazioni uterine si deve compensare somministrando l'ossitocina; inoltre si può interferire negativamente con i fenomeni di rotazione e flessione della testa fetale, producendo malposizioni (Khan et al., 1993). È dimostrato infine che quando si utilizza l'analgesia aumenta l'incidenza dei parti operativi (Gomar, Fernandez, 2000). L'analgesia blocca il S.N. simpatico provocando vasodilatazione periferica, ipotensione (Okojie, Cook, 1999) e diminuzione del circolo feto-placentare. Nel praticare l'analgesia epidurale si possono inoltre avere complicanze, per esempio fuoriuscita di liquor, con conseguente cefalea (Vincent, Chestnut, 1998), che in genere necessita sempre di ulteriori terapie; oppure può esserci un mancato blocco segmentario o può rimanere una zona, in genere quella inguinale, non anestetizzata. Inoltre la donna gravida nel 50% dei casi soffre di lombalgia: l'epidurale di solito la peggiora, soprattutto se i tentativi di introduzione del farmaco nello spazio vertebrale sono ripetuti, come a volte capita.

Le competenze dell'ostetrica di fronte ad una donna in analgesia sono di equipe e non in autonomia, proprio per i rischi sopraccennati. La rilevazione del battito cardiaco fetale deve inoltre essere fatta in continuum, sia in travaglio sia durante il parto.

La gestione attiva del dolore prevede interventi e metodiche di vario tipo. Elenchiamo le principali:

a) Il contesto ambientale: la donna potrebbe trovarsi a partorire in un ambiente del tutto controproducente al buon andamento del travaglio e quindi del dolore stesso, per esempio in una stanza con la porta aperta, un ambiente rumoroso, dove il personale entra ed esce e magari ognuno discute degli affari propri, dove vi sono altre partorienti che gridano o reclamano. In questi casi

qualunque cosa si faccia per affrontare il dolore, avrà esito negativo. Occorre dunque l'ambiente adatto, che assicuri tranquillità e privacy, oltre all'assistenza personalizzata.

b) La relazione con l'ostetrica (Davies, 1997; Enkin et al., 2001; Guana, Lucchini, 1997; Rosemary, 1998): sarebbe quanto mai opportuno, se non indispensabile, che la donna già durante la gravidanza avesse stabilito una buona relazione con chi l'assisterà al parto, assicurando continuità, e un'assistenza one to one. Questo purtroppo non avviene nelle strutture pubbliche attuali, per ragioni organizzative.

Una donna preparata durante la gravidanza, e anche prima, potrà più facilmente gestire le proprie risorse e quelle di chi l'assiste. Tra le tecniche di preparazione, citiamo:

- *Lo stretching*: è più facile che una donna assuma una posizione in travaglio che ha già sperimentato prima e che ritiene comoda per lei; questo è possibile solo se prima c'è stata una preparazione.
- *La respirazione*: un addestramento respiratorio facilita il travaglio e la gestione del dolore.
- *Il massaggio*: non riduce il dolore, ma va ad interferire su punti di maggior intimità: alcune donne accettano di essere massaggiate, altre no, o lo gradiscono solo dal marito, piuttosto che dalla madre. La tecnica indubbiamente funziona ma richiede una grande competenza dell'operatore.
- *Musica, aromaterapia*: costituiscono ulteriori tecniche per gestire il dolore.
- *Le posizioni* (Atwood, 1976; Buhimischi et al., 2002). Quale sia la posizione più idonea al parto è complessa, e nella nostra cultura è soggetta ad una medicalizzazione che ne ha capovolto le finalità. Nei nostri paesi infatti da oltre un secolo la donna è stata obbligata a partorire supina (Allahbadia, Vaidya, 1992; Ang et al., 1969; Bieniarz et al., 1968; Hansen, Uealnd, 1973; Humphrey et al., 1974; Johnstone et al., 1987); ciò diversamente da tutte le altre pur varie posizioni che in altre culture e Paesi sono state adottate e che oggi si rivelano in effetti più opportune (Engelmann, 1882; Jarcho, 1934). La posizione supina serve al medico ed all'ostetrica ma non favorisce la donna. In genere una posizione idonea deve favorire la possibilità che la donna agisca con volontarie contrazioni e rilassamenti sia dei muscoli dell'addome sia del cingolo pelvico, e/o che possa sfruttare la forza di gravità,

ovvero il peso del feto. La posizione seduta, accovacciata (Gupta, 1989, 1991; Kurokawa, Ziikoski, 1985), carponi o in piedi (Mendez-Bauer *et al.*, 1975) aumenta la pressione della testa del feto sul collo dell'utero, facilitando la dilatazione (Russell, 1969, 1982), nonché la produzione di ossitocina. Queste posizioni facilitano un aumento dei diametri trasverso e antero posteriore dello stretto medio e inferiore del bacino e riducono la compressione della testa del feto, facilitandone inoltre la progressione per una diminuzione generale della resistenza.

- *Il parto in acqua* (Accinelli, 1995). Questa tecnica è stata attrice di numerosi lavori. Occorre ovviamente l'ambiente adatto e solo in poche strutture lo si pratica. L'acqua tiepida favorisce il rilassamento e la dilatazione e per contro facilita le contrazioni, sia quelle uterine che quelle complementari che la donna volontariamente può mettere in atto. È stata documentata la riduzione del dolore.

Vediamo ora un'indagine del 2003 sulla realtà bresciana (Colosio, 2003): sono stati esaminati i protocolli in 12 punti nascita (Spedali Civili, Gardone, Desenzano, Manerbio, Gavardo, Iseo, Esine, Chiari, Sant'Orsola, Casa di Cura città di Brescia, Poliambulanza, Sant'Anna) e le cartelle cliniche di 2136 donne che hanno partorito. Ecco i risultati:

- a) *periodo espulsivo*: 7 dei 12 ospedali utilizzano dei protocolli; solo 5 di questi si basano sulla medicina dell'evidenza. In 10 ospedali il periodo espulsivo ha una durata definita: per 7 ospedali entro i 60 minuti, per 3 entro i 90; 2 non hanno limitazioni di tempo, ovvero lasciano un tempo indefinito a che il parto possa avvenire in modo naturale, senza interventi acceleranti.
- b) *Quando la donna comincia a spingere*: in 11 ospedali si dice alla donna di spingere quando è a dilatazione completa e avverte il premito, in 1 anche quando la dilatazione non è completa.
- c) *Posizioni alternative*: solo 4 ospedali presentano dei dati rilevanti di parti in posizioni alternative; in 7 ospedali sono accettate, ma con bassa ricorrenza; in 1 è ammessa solo la posizione tradizionale. Complessivamente il 90.3% delle donne hanno partorito in posizione supina.
- d) *Analgesia*: in 3 ospedali non è possibile l'analgesia epidurale, mentre negli altri 9 la si pratica. Il battito cardiaco fetale viene auscultato ad intermittenza in 3 ospedali, in 9 in continuum.

- e) *Cordone ombelicale*: il cordone ombelicale viene reciso precocemente (per poter rilevare il pH ematico fetale) in 11 ospedali. In 1 si attende invece che il cordone smetta di pulsare.
- f) *Cesareo*: il 36% dei parti è stato effettuato con taglio cesareo (la media nazionale è del 33%); nel 3% dei parti si è applicata la ventosa; nell'8,5% si è praticata la manovra di Kristeller.
- g) *Episiotomia*: è stata effettuata nel 61% dei casi (paramediana 90%, mediana 10%).

Si può concludere che soltanto 4 ospedali su 11 seguono un'ecologia del parto (Iseo, Esine, S. Orsola, Poliambulanza): dove sono possibili posizioni alternative, c'è una minore incidenza di taglio cesareo, di parti operativi, di utilizzo dell'analgesia; la donna spinge quando si sente, come vuole e non a comando. Viceversa, dove il parto è medicalizzato, l'incidenza del taglio cesareo è alta, vi sono più parti operativi, in analgesia, vi sono più episiotomie, e si partorisce in posizione supina in quasi la totalità dei casi. I dati parlano chiaro, basterebbe leggerli e volerli modificare.

Leboyer scrive: "questo neonato è uno specchio vi restituisce la vostra immagine, tocca a voi non farlo piangere" (Leboyer, 1974).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Accinelli G. (1992), Acquaticità in gravidanza e nel travaglio di parto. *Nascere*, 3, 22-24.
- Allahbadia G.N., Vaidya P.R. (1992), Why deliver in the supine position? *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.*, 32(2), 104-106.
- Ang C.K., Tan T.H., Walters W.A.W., Wood C. (1969), Postural influence on maternal capillary oxygen and carbon dioxide tension. *British Medical Journal*, 4, 201-203.
- Atwood R.J. (1976), Parturitional posture and related birth behaviour. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.*, 57, 1-25.
- Bieniarz J. et al. (1968), Aortal compression by the uterus in late human pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, Jan, 100(2), 203-217.
- Birrell D. (2001), Management of second stage labour with an epidural. A problem in isolation? *Flinders University of South Australia*, Jun; 14(2), 5-10.
- Buhimschi I.A., Malinow A.M., Kopelman J.N., Weiner C.P. (2002), Pushing in labour; performance and not endurance. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, Jun; 186(6), 1339-1344.
- Colosio A. (2002), Tesi di D.U. Ostetricia: *La gestione del periodo espulsivo del parto nella provincia di Brescia*. A.A. 2002-2003.
- Davies R. (1997), *Il ruolo dell'ostetrica nel parto nor-*

- male. In: Chamberlain G., Steer P. (a cura di): *Turnbull's Obstetrics, 3rd edition*. Salerno: Momento Medico Menarini.
- Engelmann G. (1882), *Labor among primitive peoples*. St Louis: JH Chamber & Company.
- Enkin M., Keirse M.J., Neilson J., Crowther C., Duley L., Hodnett E., Hofmeyr G.J. (2001), Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. *Birth*. Mar; 28(1), 41-51. Review.
- Gomar C., Fernandez C. (2000), Epidural analgesia-anaesthesia in obstetrics. Department of Anaesthesiology, Hospital Clinic Provincial, University of Barcelona, Spain. *Eur. J. Anaesthesiol.*, Sep; 17(9), 542-558.
- Grandolfo M., Donati S., Giusti A. (2002), Indagine conoscitiva sul percorso nascita. Aspetti Metodologici e risultati nazionali. *Istituto Superiore di Sanità*.
- Guana Lucchini M. (1997), *Midwifery: arte e scienza, la professione di ostetrica/o: fonti storiche, legislative regolamentari per l'esercizio della professione*. Roma: CIC.
- Gupta J.K., Nikodem V.C. (2003), Woman's position of during second stage of labour. In: *The Cochrane Library*, 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hansen J., Ueland K. (1973), *Maternal cardiovascular dynamics during pregnancy and parturition, in parturition and perinatology*. F. Marx, ed. Philadelphia: FA Davis Co.
- Humphrey M.D., Chang A., Wood E.C., Morgan S., Humslow D. (1974), The decrease in fetal pH during the second stage of labor when conducted in the dorsal position. *J. Obstet. Gynecol. Br. Commw.*, 81, 600-602.
- Istat (2002), *Il percorso della maternità... 1999-2000*, Istituto Nazionale di Statistica.
- Jarcho J. (1934), *Postures and practices during labor among primitive peoples*. New York: Paul Hoeber.
- Johnstone F.D., Aboelmagd M.S., Harouny A.K. (1987), Maternal posture in second stage and fetal acid base status. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 94, 753-757.
- Kalish B.J. (1973), What is empathy? *A.M. J. Nurs.*, September, 73, 1148-1152.
- Khan K.S., Khan B.F., Rasul S., Chohan U. (1993), The safety of epidural analgesia in labour and its effect on delivery. A case control study in Pakistan women. *Karachi J. Pak. Med. Assoc.*, Jun; 43(6), 115-117.
- Kurokawa J., Ziikoski M.W. (1985), Adapting hospital obstetrics to birth in the squatting position. *Birth*; 12, 87-90.
- Leboyer F. (1974), *Pour une naissance sans violence*. Paris: Seuil.
- Mendez-Bauer C., Arroyo J., Garcia Ramos C., Menendez A., Lavilla M., Izquierdo F., Villa Elizaga I., Zamarriego J. (1975), Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J. Perinatal Med.*, 3, 89-100.
- Okojie P., Cook P. (1999), Update on some aspects of the use of epidural analgesia in labour. Women's Centre, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK *Int. J. Clin. Pract.*, Sept.; 53(6), 418-420.
- Rosemary E. (1998), *La qualità nell'assistenza ostetrica*. Milano: Mc Graw-Hill.
- Russell J.G.B. (1982), The rationale of primitive delivery position. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 89, 712-715.
- Simkin P. (1984), *Employing physiologic principles to manage labor and prevent complications*. Seattle: Penypress.
- Vincent R.D. Jr., Chestnut D.H. (1998), *Epidural analgesia during labor*. *Am. Fam. Physician.*, Nov, 15; 58(8), 1743-1744, 1746.

4.3 L'ALLATTAMENTO

(Leonardo Speri)

4.3.1. Competenze psicologiche in un progetto di sanità pubblica

“Tenere insieme intorno alla salute materno infantile tutti i protagonisti è la sfida che attende le comunità e le istituzioni nei prossimi anni. La promozione dell'allattamento al seno è un banco di prova formidabile e un laboratorio prezioso di come debba e possa essere tessuta la rete di alleanze sulla salute, nel suo senso più completo: fisica, psicosociale e ambientale fin dall'inizio della vita. [...] Un ascolto reciproco, una collaborazione costante, sono l'obiettivo e la preconditione per la buona riuscita di qualsiasi progetto di salute pubblica. Il III° Convegno nazionale degli “Ospedali Amici dei Bambini OMS/UNICEF” si propone di fare il punto

su come, grazie alla BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative), possano convergere sulla protezione dell'inizio della vita le energie di tutti. Sostenere insieme, da alleati, un cambiamento culturale sia nelle azioni quotidiane che nelle linee guida scientifiche e nel riorientamento dei servizi è possibile” (UNICEF, Regione Toscana, 2004).

Questi sono alcuni passaggi della presentazione del Convegno tenutosi a Chianciano nel 2004, 3^a edizione di un evento ormai annuale, che testimonia il successo di una iniziativa solo di recente approdata in Italia, che sta trovando una applicazione per certi versi originale. Questo progetto attraversa numerose problematiche di pertinenza psicologica, non solo sul fronte della psicologia dello sviluppo,

dal suo ambito prenatale a quello della primissima infanzia, ma anche della psicologia della famiglia, della psicologia di comunità fino alla psicologia dei gruppi e delle organizzazioni. Un aspetto particolarmente stimolante è inoltre l'interconnessione tra questi diversi momenti. Ritengo una coincidenza interessante che la responsabilità del coordinamento di questo progetto sia stata offerta ad uno psicologo e psicoterapeuta, con una formazione di tipo psicoanalitico, gruppoanalista, occupatosi per anni di analisi istituzionale in un'ottica psicosocioanalitica (Ronchi, 1997; Ronchi, 1999; Speri, 1999).

Il lavoro di oltre venti anni nei servizi di psichiatria con pazienti gravi e di attenzione particolare al lavoro di equipe mi ha permesso infatti di trasferire la mia esperienza istituzionale precedente nel progetto internazionale di promozione dell'allattamento al seno oggetto di questa presentazione, prima nella sua attuazione presso un'azienda sanitaria, poi nella sua conduzione più generale. Il tipo di competenza che ho maturato in ambito psichiatrico è stata particolarmente attenta a tutto quel mondo di emozioni, di atmosfere emotive, che si presentano nel quotidiano di chi lavora con pazienti molto gravi come sono gli schizofrenici, i depressi o soggetti con personalità molto disturbate (Nosè, Speri, 1999).

L'esperienza del lavoro istituzionale ci ha insegnato che in qualche modo le emozioni che si agitano nel mondo interno delle persone oggetto di cura, riverberano nella mente degli operatori e si riversano in modo specifico nel vissuto dell'équipe, qui intesa come caratterizzata da una "mente di gruppo" (Correale, 1999).

In termini psicosocioanalitici possiamo dire che i movimenti emotivi del gruppo curante sono fortemente connessi con il compito e possono costituire, se letti opportunamente, un importante strumento di conoscenza dei movimenti soprattutto inconsci che abitano la mente di chi è oggetto di cura (Ronchi, 2002). Poter lavorare anche su questi stati affettivi, che potremmo definire come un vero e proprio controtransfert istituzionale, è a mio parere fondamentale nei servizi della salute mentale, ma rappresenta una grande risorsa nel promuovere cambiamenti culturali ed organizzativi nei servizi sociosanitari in generale e nel gestire le ansie specifiche connesse ai nuovi compiti (Menzies, Lyth, 1988; Hinshelwood, 2000).

Queste competenze si sono rivelate molto utili quando ho cominciato ad occuparmi di promozione della salute, di reti di servizi e di gruppi di lavoro, fino al progetto OMS/UNICEF "Ospedali Amici dei Bambini" per la promozione dell'allattamento al seno. Oggi posso affermare che all'interno di

questo progetto il valore aggiunto che ho potuto portare ai miei colleghi, pediatri sia ospedalieri che di famiglia, ostetrici, ostetriche, infermieri, puericultrici, assistenti sanitarie, e in parte anche ai colleghi psicologi, è rappresentato dalla possibilità di un altro punto di vista rispetto a quello con cui essi lavoravano nella quotidianità. Vedremo infatti come il cambiamento più significativo che viene richiesto è prima di tutto un passaggio culturale profondo degli ospiti di un *punto nascita*, da pazienti, oggetto di cura, a protagonisti, soggetti attivi di sviluppo.

Questo passaggio culturale si è rivelato determinante nel lavoro di ricerca/azione comune, durato alcuni anni, che ha prodotto il riconoscimento dell'Ospedale dell'ULSS 20 di Verona, con sede a Soave, come secondo ospedale italiano "Ospedale amico dei bambini OMS/UNICEF" e l'indicazione da parte del Comitato Italiano per l'UNICEF di questa struttura come punto di riferimento nazionale, per mostrare come si può trasformare un "ospedale dove si nasce" in un "punto nascita che si prende cura delle relazioni primarie e promuove l'allattamento al seno".

Il successo di quest'esperienza è dovuto ai 25 colleghi del Comitato Promotore Multiprofessionale che hanno guidato il progetto e ai 128 operatori dei Reparti e del Territorio che, accettando la sfida della trasformazione, lo hanno tradotto nella quotidianità e lo sostengono nel tempo, con l'indispensabile contributo della dirigenza dell'Azienda ULSS 20 di Verona. Dietro ad un metaforico specchio monodirezionale hanno contribuito in modo determinante i colleghi di Ariele Psicoterapia, che hanno creato un luogo del pensiero dove il concreto agire quotidiano ha potuto essere rivisitato nella sua valenza emotiva e simbolica (Speri *et al.*, 2002 a). Oggi penso anche che l'attenzione ai processi d'équipe, in particolare ai movimenti emotivi di gruppi e sottogruppi di lavoro, abbia contribuito a dare solidità all'esperienza, proteggendola contro il rischio di un traguardo solo "provvisorio" e a favorire una interiorizzazione diffusa del cambiamento piuttosto che confinarne le determinanti in qualche leadership messianica, per sua natura transitoria.

4.3.2 Allattamento e salute: la promozione dell'allattamento materno e dell'iniziativa OMS UNICEF Ospedale Amico dei Bambini

I motivi che hanno portato la sanità pubblica ad occuparsi, per la verità in modo ancor oggi insufficiente, di allattamento materno, cioè della normale,

naturale modalità nutrizionale del primo periodo della vita, possono essere riassunti nella crescente consapevolezza che il progressivo declino di questa pratica si è mostrato responsabile di numerosi problemi di salute per le madri e i bambini di tutto il mondo, sia nel breve che nel lungo periodo, come dimostrato da una ormai consolidata letteratura scientifica.

Dal dopoguerra in poi in Occidente si sono andate consolidando nuove metodiche di assistenza al parto e di puericultura che, nel corso del tempo, hanno permesso al latte artificiale di soppiantare il latte materno contagiando in seguito e in misura più o meno significativa tutto il mondo. Il ricorso al latte artificiale è andato di pari passo all'indebolimento della convinzione e della capacità effettiva della donna di essere la normale e di conseguenza l'indispensabile ed inimitabile fonte di nutrimento, fisico e psichico insieme, per il proprio bambino. Assieme ai problemi legati al massiccio marketing da parte delle case produttrici di latte artificiale, ci si è confrontati con una crescente aspettativa nelle capacità della tecnologia in ambito sanitario, rivelatasi in questo caso quanto mai ingiustificata.

La ripresa su scala mondiale della pratica dell'allattamento materno infatti, oltre che ad indubbi benefici per la salute fisica e psicologica sia delle mamme che dei bambini, risulta ancora oggi vitale per la sopravvivenza di gran parte di quei 10 milioni di bambini sotto i 5 anni che muoiono ogni anno per malattie legate alla malnutrizione nei paesi più poveri, e in modo più diretto per il milione e mezzo di neonati che muoiono ogni anno per l'uso di latte artificiale, ma è molto importante anche per la salute dei bambini nei paesi industrializzati, vittime anch'essi o dell'indigenza, o paradossalmente dell'opulenza (WHO/UNICEF, 2002).

Le consapevolezze scientifiche su danni e benefici si traducono in questi casi in indispensabili documenti guida e in atti legislativi, ma non senza difficoltà, e ancor più lentamente diventano azioni concrete e cultura diffusa. Per queste ragioni l'allattamento materno compare come obiettivo in numerosi progetti di promozione della salute su scala internazionale, nazionale e regionale, e si allinea al terzo obiettivo (garantire a tutti una buona partenza di vita) del documento "Health 21, 21 obiettivi per il 21° secolo" per la Regione Europea dell'OMS (WHO, 1999).

Dal punto di vista delle direttive istituzionali nazionali ed internazionali i riferimenti principali sono:

1) Convenzione Internazionale sui Diritti per

l'Infanzia del 20.11.1989, ratificata dallo Stato Italiano con L. n° 176 del 27.5.1991;

- 2) Priorità per l'Infanzia 2002-2005 dell'UNICEF;
- 3) gli Obiettivi del Millennio dell'UNICEF;
- 4) Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno – OMS 1981 e successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale di Sanità;
- 5) Dichiarazione Congiunta OMS UNICEF 1989 – Ginevra;
- 6) Dichiarazione degli Innocenti 1990 – Firenze;
- 7) Maternity Protection Convention International Labour Organization. C183.ILO, 2000;
- 8) Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, OMS, 2002;
- 9) EU Project Promotion on breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, 2004.

Tutti questi documenti hanno l'obiettivo in termini generali o in modo specifico di promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento materno (Speri, 2004 b). Nel mondo tuttavia questa promozione si colloca in contesti locali molto diversi, sia dal punto di vista dei bisogni che dell'organizzazione sanitaria, ed ha portato all'apertura di nuovi filoni di ricerca sia in ambito di salute pubblica che nella cultura ostetrica e pediatrica. Grazie a queste ricerche possiamo oggi sostenere che le azioni promosse hanno basi scientifiche rigorose secondo la medicina basata sull'evidenza (EBM), ma questo non basta a renderle operative: vi si oppongono routines consolidate ed interessi economici rilevanti che si accompagnano a più sottili fenomeni psicosociali, che attendono ancora indagini adeguate.

Ci confrontiamo infatti con le conseguenze dell'abbandono dell'allattamento al seno su due scenari diversi. Il primo scenario riguarda i paesi più poveri, non industrializzati. Alle difficoltà della vita quotidiana di quelle popolazioni, si aggiungono i gravi e ormai noti problemi che l'alimentazione artificiale porta con sé: più di un milione e mezzo di neonati che muoiono ogni anno solo a causa della mancanza delle naturali difese immunitarie trasmesse con l'allattamento al seno e per l'utilizzo di acque contaminate. L'impegno dell'UNICEF in quella direzione è intenso e di vecchia data, e passa anche attraverso programmi di cooperazione soprattutto con la formazione di operatori locali e il contrasto della commercializzazione indiscriminata

di latte artificiale. Con crescenti ancorché insufficienti successi.

Il secondo scenario riguarda i paesi industrializzati ed è per certi versi più complesso. I danni dell'abbandono dell'allattamento materno si rivelano di più nel lungo periodo e sulla popolazione globale, soprattutto per le patologie legate a scorrette abitudini alimentari, ma anche in Occidente, per esempio negli Stati Uniti, si è constatata un'incidenza dell'allattamento artificiale sulla mortalità infantile. Accomuna entrambi gli scenari il concetto di "malnutrizione" come denuncia il documento dell'OMS *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* del 2002.

Rispetto a questi scenari l'OMS e l'UNICEF dal 1990 a Firenze, con la cosiddetta "Dichiarazione degli Innocenti" sottoscritta da 90 paesi, propongono tra le altre una risposta forte: l'Iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini" (Baby Friendly Hospital Iniziative – BFHI), un progetto valido ovunque, per tutte le mamme e i bambini, diventato operativo nel 1992 (WHO, 1993; UNICEF, 1999).

Il successo dell'avvio e del mantenimento dell'allattamento materno è legato a una serie di azioni rivolte alle mamme e alle strutture sanitarie, che trovano una sintesi estremamente efficace proprio in questa iniziativa, e nei "dieci passi per allattare con successo" su cui si basa. Il progetto BFHI alla revisione della Cochrane Library, secondo i criteri dell'Evidence Based Medicine (EBM) guadagna il massimo grado di Evidenza di Efficacia (1++) e il massimo rango di Raccomandazione (A) (Cattaneo, 2004). Molte azioni sono contenute e ben esplicitate nelle Raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia (SIN, 2001), come a livello internazionale dalle note Raccomandazioni della Accademia Americana di Pediatria (AAP, 2005) e dell'International Lactation Consultant Association (ILCA, 2005), per citare solo alcune tra le più autorevoli.

L'istituzione sanitaria, in particolare ospedaliera, deve rimuovere ciò che ostacola l'allattamento e garantire alle madri l'assistenza necessaria per avviarlo correttamente, attuando un cambiamento dell'organizzazione dei punti nascita e della cultura della popolazione e degli operatori. Questo cambiamento risulta radicale nel caso della organizzazione assistenziale di molti dei nostri punti nascita in Italia.

Prima di passare ad approfondire quali nuove pratiche siano richieste in queste linee di indirizzo è importante valutarne lo spirito. Ogni indicazione che incide su stili di vita, convinzioni, e soprattutto

assetti emotivi, quanto mai delicati quando si parla di gravidanza, parto e puerperio, se si traduce in prescrizioni ha probabilità di successo molto dubbie. Tutti i documenti UNICEF nel momento in cui esprimono l'auspicio che ovunque vi sia una buona garanzia per il miglior inizio possibile della vita, raccomandano lo sviluppo di un approccio integrato ai servizi, che includa la salute, quella delle donne in primis. Il riferimento alla salute materna, da sempre presente, è un indicatore molto importante di come venga ritenuto impossibile separare la mamma dal bambino anche da un punto di vista concettuale, e che i diritti dell'uno e dell'altro non possano essere messi in contrapposizione, e che la garanzia del diritto alla salute materna è la precondizione della salute del suo bambino. Si passa dall'idea di una "madre nutrice" a una coppia da sostenere nel delicato momento del puerperio (e dintorni): non solo latte quindi, ma un impegno "che include la nutrizione, con maggiore attenzione ai bambini sotto ai tre anni di vita, rafforzando la capacità delle famiglie e garantendo l'accesso a servizi di buona qualità" (UNICEF, 2002).

Il riferimento alle famiglie costituisce un altro concetto importante, perché, includendo la funzione paterna, fa proprio il concetto della necessità di una triade, essenziale sul piano di un normale sviluppo psichico: un padre presente innanzitutto nella mente, prima ancora che una risorsa per assistere i bambini e le stesse mamme. Intorno a loro, ed è un terzo livello altrettanto imprescindibile, viene auspicata una comunità capace di accoglienza e sostegno.

Attualmente l'obiettivo di salute dell'OMS è che il bambino sia allattato esclusivamente al seno (cioè senza nessun tipo di aggiunte) dalla nascita fino almeno ai sei mesi, e che il latte materno rimanga il latte di prima scelta, dopo il divezzamento, almeno fino ai due anni di età e oltre. Solo così i benefici attesi hanno la possibilità di essere pienamente raggiunti (WHO/UNICEF, 2002). Va precisato che l'indicazione del proseguimento nel tempo dell'allattamento deve essere pensata con riferimento sia agli aspetti nutrizionali, sia allo sguardo internazionale che l'OMS e l'UNICEF hanno rispetto alla varietà culturale nel mondo circa tempi modalità di svezzamento e per la necessità di contrastare un'introduzione scorretta e/o troppo precoce di sostituti, in particolar modo di latte artificiale e di latte animale. Sul piano psicologico quella che a molti sembra una indicazione che collude con gli aspetti simbiotici e prelude ad un eccesso di dipendenza è in

realtà una indicazione che restituisce alla madre, o meglio al sistema bambino-madre-partner, la scelta dei modi e tempi di uno svezzamento che non necessariamente indica capacità o incapacità di elaborare la separazione, come d'altra parte un mancato allattamento al seno non è affatto sinonimo di un bonding deficitario, o di una insufficiente costruzione di una sicurezza di base.

4.3.3 Il progetto e la sua attuazione in Italia

Il sistema bambino-madre-partner incontra altri sistemi, con livelli crescenti di interazione e di complessità. Potremmo semplicisticamente dire che uno è il microambiente di vita, l'altro, transitorio ma dal grande peso, l'istituzione sociosanitaria, intesa come articolato insieme di servizi. La "Baby Friendly Hospital Initiative" attribuisce proprio ai servizi un ruolo cruciale (Speri, 2002b).

Ricerche recenti hanno inoltre messo in luce che l'atteggiamento e la competenza degli operatori sanitari sembra avere un peso di gran lunga maggiore delle condizioni socio-ambientali sull'avvio e proseguimento dell'allattamento materno (Savage-King, 2005). L'iniziativa, lanciata a San Diego nel 1992 dall'UNICEF e dall'OMS chiede che gli ospedali accolgano nel migliore dei modi possibile i neonati e diventino dei centri di sostegno dell'allattamento al seno. Attualmente si contano oltre 19.000 ospedali in tutto il mondo distribuiti in 140 paesi. Ma non in modo uniforme: passiamo dall'eccellenza in Scandinavia (troviamo per esempio la Svezia, con 64 ospedali riconosciuti su 64) e un grande numero di ricerche scientifiche in materia, a paesi come nell'area Mediterranea che non hanno fatto questo percorso o l'hanno da poco intrapreso (in Italia sono BFH, solo 9 degli oltre 600 punti nascita italiani).

Le condizioni per il riconoscimento di Ospedale Amico dei Bambini (BFH) sono il rispetto del già citato "Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti" e l'istituzione di un sistema di monitoraggio per la piena applicazione dei "dieci passi per allattare con successo" e cioè:

- 1) definire un protocollo scritto sull'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale;
- 2) istruire il personale sanitario, per mettere in pratica il protocollo;
- 3) informare le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento;

- 4) aiutare le madri ad iniziare l'allattamento al seno, già mezz'ora dopo il parto garantendo un prolungato contatto pelle a pelle;
- 5) mostrare alle madri come allattare e mantenere la secrezione lattea, anche nel caso in cui vengano separate dai neonati;
- 6) non somministrare ai neonati alimenti liquidi diversi dal latte materno, tranne che su specifica prescrizione medica;
- 7) praticare il rooming-in permettendo alle madri e ai loro bambini di rimanere insieme 24 ore su 24;
- 8) incoraggiare l'allattamento a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita il nutrimento;
- 9) non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento;
- 10) favorire la creazione di gruppi di supporto ed indirizzarvi le madri dimesse.

Il nodo cruciale è mantenere insieme mamma e bambino e di permettere alla natura di fare ciò che è già predisposto, e questo da subito, con un prolungato contatto pelle a pelle. Il bambino e la madre, perduta con il parto la dimensione di pienezza della vita uterina, hanno necessità di perfezionare il loro reciproco contatto attraverso la mediazione olfattiva, tattile, termica. Durante lo "skin to skin" il bimbo si orienta con l'odore verso il capezzolo, e lo raggiunge da solo. È un momento davvero straordinario e occorre creare tutto un contesto perché sia realizzato nel migliore dei modi, altrimenti tanti piccoli impedimenti fanno cadere la giusta tensione, e con essa ogni buona intenzione. Anche nel caso in cui il bimbo, per ragioni di qualunque tipo, debba essere separato dalla madre, occorre aiutare la mamma a mantenere la secrezione lattea ed è comunque utile mantenere il rooming-in, la permanenza nella stessa stanza, finché è possibile anche di fronte ad eventuali problemi, come per esempio la presenza di ittero. Ovvio risulta anche la prescrizione di non dare sostituti, anche non nutritivi, come pure è attivamente scoraggiato l'uso del succhiotto, tutti elementi che interferiscono nel delicato equilibrio domanda offerta tra madre e bambino.

Laddove è presente un "Ospedale Amico dei Bambini" e questi passi sono integralmente applicati, i tassi di allattamento al seno risultano di gran lunga migliorati (Merten *et al.*, 2005).

Si tratta di un cambiamento non facile, perché è ancora fortemente condizionante il peso della tecnologia, tanto utile nelle difficoltà, quanto controproducente quando la natura dovrebbe essere

lasciata al suo corso, cioè nella grande maggioranza delle nascite. Le mamme poi vanno sostenute dopo la dimissione, nel quotidiano, fornendo loro informazioni, fiducia e aiutandole concretamente. È evidente che il ritorno a casa presenta il rischio che quanto di buono è stato costruito venga vanificato dai mille problemi che attendono la neomamma.

L'aspetto psicologico come è noto è rilevante, vista anche l'incidenza della depressione post partum, ma anche per le caratteristiche delle configurazioni familiari e sociali che attendono la madre al rientro a casa, in particolare laddove l'attesa di tutti è purtroppo di una precoce ripresa delle performance di lavoratrice e/o casalinga. E questo va nella direzione opposta dei suoi bisogni, di quella fase di protezione detta anche della "quarantena", periodo che la saggezza popolare ha indovinato corrispondente alla fase più delicata per il proseguimento dell'allattamento, la "calibrazione", dove trova assestamento il gioco di domanda offerta madre bambino. La valenza anche territoriale del progetto e la consapevolezza che solo un sostegno integrato e dislocato nell'intero percorso nascita – dal periconcezionale fino a tutta l'esogestazione, ha indotto alcuni paesi (Argentina, Canada, Regno Unito, Australia) a modellare un progetto per il riconoscimento di un "Territorio Amico dei Bambini" (su 7 o 10 passi), in via di sperimentazione anche in Italia.

Studi recenti hanno sottolineato come siano determinanti, sia in corso di ricovero che sul territorio, oltre l'atteggiamento e la competenza, soprattutto le capacità di counselling dell'operatore sanitario (Savage-King, 2005). Da qualche anno si registra anche in Italia un rinnovato interesse per l'allattamento materno (Davanzo, Orzalesi, 2000). In realtà nel nostro paese per parecchio tempo non si è arrivati nemmeno a pensare che esistesse un problema "allattamento materno", forse anche per un antico stereotipo che vedeva le mamme italiane come balie floride e generose. Così in effetti era stato per le donne migranti, nell'Ottocento e fino agli anni Trenta, in Nord Europa e negli Stati Uniti, dove il binomio mamma italiana/allattamento era solido e diffuso.

In Italia in realtà siamo distanti dagli standard dell'OMS: una ricerca multiscopo ISTAT del 1999/2000 (ISTAT, 2002) ci dice che l'81% delle donne inizia l'allattamento, ma questa percentuale scende al terzo mese al 56.7%, a 26.6 % al sesto, e inoltre in tutti i casi si tratta sempre del cosiddetto "any breast-feeding", cioè di qualsiasi tipo di allattamento, non solo quello esclusivo la cui prevalen-

za è piuttosto ridotta. Una ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità mostra, contrariamente agli stereotipi, che non è vero che le donne italiane non vogliono più allattare: esse hanno invece una propensione positiva verso l'allattamento (> 95%) (Grandolfo *et al.*, 2002). Il dato di fatto è che tale propensione si perde per strada; il desiderio trova molti ostacoli, molti inciampi, tanto nell'atmosfera sociale collettiva, quanto purtroppo nei servizi per la maternità.

Dato che il progetto di promozione dell'allattamento al seno attraverso la "Baby Friendly Hospital Initiative" attribuisce proprio ai servizi un ruolo cruciale, il Comitato Italiano per l'UNICEF si sta concentrando in modo particolare sugli ospedali e dopo un periodo "precursore", ha iniziato ufficialmente nel 1999 la sua attività sul progetto "Ospedale Amico dei bambini", istituendo un nucleo di valutazione che ha riconosciuto i primi 9 – Bassano del Grappa (VI), Soave (VR), Merano (BZ), Montepulciano (SI), Casa di Cura la Madonnina di Bari, Bressanone (BZ), Vipiteno (BZ), Pordenone, e la casa di Cura Santa Famiglia di Roma, che si sono poi organizzati in Rete assieme ad altre organizzazioni per la promozione dell'allattamento materno. Le prospettive di successo dell'iniziativa e le crescenti richieste da parte di Ospedali in tutta Italia hanno portato l'UNICEF a organizzare per la promozione del progetto, il coordinamento del lavoro di rete tra ospedali e il collegamento con altri programmi sui diritti dell'infanzia, una Task Force "ad hoc" e un team di 12 valutatori formati.

4.3.4 Scienza ed emozione: una sinergia per il cambiamento

Ho parlato di un'emozione che poi è diventata un progetto: questo progetto, assai concreto, sembra proprio essere nato dalla capacità collettiva di sentire, riconoscere, le emozioni che sono legate alla nascita, al concepimento, alla gestazione, alla vita della coppia, all'allattamento, allo svezzamento. La vicenda dell'Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini OMS/UNICEF sembra ben rappresentare il passaggio dall'emozione al pensiero e da questo alla quotidianità; all'interno di un progetto tra i più interessanti nel panorama delle iniziative di salute pubblica degli ultimi anni.

Alla fine degli anni '80 gli operatori dell'OMS e di importanti Organizzazioni non Governative, trovavano una certa difficoltà nel riprendere in mano le

fila dell'allattamento al seno dopo il grande calo registrato nel dopoguerra: a fronte di una sempre minor incidenza non erano infatti disponibili strumenti di "efficacia comprovata" per promuovere un'inversione di tendenza. La promulgazione del "Codice Internazionale" contro la commercializzazione indiscriminata dei sostituti del latte materno si era rilevata una misura insufficiente: non bastava proteggere, ma si trattava di promuovere attivamente e di sostenere. Prima di decidere dell'efficacia di un'azione, sarebbero stati richiesti, a rigore, moltissimi pre-test, analisi e ricerche preliminari e studi di fattibilità: ma con che tempi e con che risorse? In una riunione, che rimase famosa, fu richiesto ad un gruppo di donne attive nell'OMS di trovarsi tra di loro e, a partire dalla propria esperienza soggettiva di operatrici e di madri, di provare a mettere sulla carta quali fossero i criteri che dovevano caratterizzare l'accoglienza in un reparto maternità. Nacquero così i *dieci passi*, in una dimensione quasi ludica e sicuramente molto informale (Cattaneo, 2004). La cosa interessante, è che questi dieci passi una volta applicati hanno raggiunto, sia singolarmente che come insieme, gli altissimi livelli che abbiamo già esaminato di evidenza scientifica. Cosa curiosa, ma non troppo dal punto di vista psicosocioanalitico che riconosce un continuum tra esperienza del singolo, del gruppo, dell'istituzione con il suo sistema organizzativo e di regole: l'emozione è una potentissima sonda e se si accede alla sua pensabilità e la "traduzione" non la tradisce, è anche una fonte di energie per il cambiamento.

Le azioni scelte, i dieci passi, sono semplici e, con il senno di poi, quasi ovvie. A ben vedere non appartengono inoltre alla stessa classe logica ed hanno dimensioni diverse: una analisi più dettagliata permetterebbe di vedere le gerarchie e le correlazioni tra le varie azioni. Questa caratteristica, che reputo un debito delle modalità sorgive descritte, nel momento in cui si passa alla fase applicativa, costringe il gruppo di lavoro ad una riprogettazione "locale", che favorisce l'indispensabile interiorizzazione dei contenuti.

Un esempio interessante è il passo che scoraggia l'uso di biberon e ciucci, tra l'altro il più debole dal punto di vista dell'evidenza. Un bambino che viene allattato al seno non ha bisogno del ciuccio, soprattutto nel primo periodo di ospedale: il ciuccio più che una causa dell'abbandono, come qualcuno mette in luce, è semplicemente un indicatore di un cattivo funzionamento del rooming-in e del sistema di sostegno. Accanirsi contro il ciuccio è una cosa

assolutamente inutile, se non controproducente: lo "step" diventa così una fredda regola, che finisce per essere applicata rigidamente. Ma se si agisce senza trasmettere i suoi significati, in una struttura con operatori inadeguati o che comunque non permette agli operatori, oltre la formazione necessaria, spazi e tempi ragionevoli per gestire una prassi che deve trasmettere significati emotivi (ecco di nuovo le "emozioni"), tutto può degenerare in una serie di regole prive del loro senso, tanto più applicate radicalmente, tanto più nocive per le donne e per i bambini. Quando questo avviene risulta evidente che simili modalità di azione servono agli operatori, non ai bimbi: per far sentire ad operatori sbrigativi di avere assolto un dovere, indipendentemente dal risultato. Devo dire che questo atteggiamento è sempre più raro e in via di superamento.

Interpretare questi 10 passi come un decalogo di prescrizioni dal carattere superegoico – bisogna fare assolutamente così – diventa in effetti un boomerang. I dieci passi sono obiettivi, passi appunto, *steps*, scalini di un percorso destinato a trasmettere alle mamme e ai bimbi dei significati emotivi, a cui quell'emozione originaria, che possiamo a buon diritto chiamare "scientifica". Questa emozione ha tentato con successo, nel mondo di protocolli e procedure della sanità, di dar spazio concreto al rispetto per le prerogative della natura da parte di un'organizzazione sanitaria purtroppo autoreferenziale e sorretta da motivazioni che di scientifico tante volte hanno davvero poco (orari, interventi inappropriati, piccole radicate mitologie sui danni dell'allattamento materno sulla salute della madre e del bambino). La saldatura tra mondo emozionale, scientificità e cambiamento reale, sembra davvero la peculiarità di questo progetto e contemporaneamente spiega come sia tutt'altro che facile implementarlo, come sa chi, dopo una prima entusiasta adesione, con gli obiettivi che sembrano a portata di mano, trova, man mano che si addentra, un percorso irto di ostacoli, in misura proporzionale agli ostacoli che la struttura sanitaria frapponne inconsapevolmente al buon avvio dall'allattamento materno.

4.3.5 Sostenere la trasformazione, un'occasione per le mamme e per le istituzioni

L'UNICEF ha il compito istituzionale, in accordo con l'OMS, di valutare gli ospedali. Si tratta di una visita molto rigorosa: l'interesse principale non è tanto focalizzato sul fatto che l'ospedale abbia

messo in atto i *dieci passi*, ma che le mamme abbiano capito, che abbiano appreso, che siano state effettivamente supportate e che siano effettivamente contente di questo. L'analisi viene fatta quindi non solo su quello che è stato offerto da parte dell'ospedale, ma su come le mamme hanno percepito l'assistenza fornita loro, sugli esiti – non scontati – del lavoro degli operatori. L'UNICEF ha un atteggiamento di sostegno verso gli ospedali che già applicano questi principi e anche gli altri che li hanno scelti come obiettivi di qualità, perché riconduce sempre questi sforzi nell'ottica più generale di una promozione dei diritti di tutti i bambini. Come metodologia viene privilegiato fortemente l'empowerment delle mamme, delle famiglie e degli operatori: di tutte le mamme e indipendentemente dall'allattamento al seno, al contrario di quanto sembra ad alcuni critici.

Ovviamente quando si pone l'accento sull'allattamento al seno, come su qualsiasi obiettivo di salute in qualche modo connesso ai comportamenti, si crea concettualmente, involontariamente ma anche inevitabilmente, un discrimine. Esiste quindi il problema delle mamme che per diversi motivi non possono, non riescono o non vogliono allattare: queste mamme e questi bambini hanno chiaramente gli stessi diritti, di accudimento, di presenza, di sostegno da parte degli operatori, né si vede come questo possa essere messo in dubbio. In nessun caso il progetto mette in discussione la libertà della madre di decidere per sé e per il proprio bambino: la struttura ha solo il compito di garantire che ciò avvenga dopo che la mamma ha avuto tutte le informazioni e nel caso tutto il sostegno necessario; diversamente non si può certo parlare di "libera scelta". Lasciare la neomamma da sola e senza informazioni significa avviarla al ricorso di sostituti del latte materno e non garantirle autonomia. Laddove invece sembra o si rileva effettivamente che vi sia addirittura una colpevolizzazione delle mamme che non allattano, credo che dovrebbero essere valutate tempestivamente le fondamenta di tale atteggiamento. In questi casi viene spesso riscontrato uno stereotipo implicito, che relega la funzione della madre al rango di "nutrice". Il gruppo di lavoro, il singolo operatore, dovranno essere accompagnati ad una riflessione su quanto invece sia necessario valorizzare tutte le funzioni materne, indipendentemente dall'allattamento. Spesso poi il risultato sarà che proprio questo atteggiamento favorirà le migliori performance anche nell'allattamento materno, che risulterà quasi un "effetto collaterale" di una buona

espressione del "bonding" e del successo nel sostegno alle madri. Queste capacità vanno sostenute da subito, e se l'enfasi nei primi giorni è evidentemente su parto e prima nutrizione, una volta a casa il sostegno deve proseguire e si deve allargare man mano che la sfida aumenta il suo grado di complessità, e la trasformazione del contesto diventa ancora più ardua.

Il progetto infatti necessita di una grande integrazione tra ospedale e territorio: prima, durante e dopo la degenza. Per esempio sappiamo che un buon corso di preparazione alla nascita facilita la naturalità del parto: comporta meno parti cesarei, meno episiotomie e via dicendo. Lo stesso è dimostrato nel caso dell'allattamento al seno, la cui maggior incidenza è legata ad una adeguata e tempestiva informazione. Occorre ovviamente che ad un buon corso di preparazione al parto faccia seguito l'accoglimento in una struttura ospedaliera adeguata, coerente con quanto proposto dal corso stesso. Questo esempio, ma se ne potrebbero fare molti altri, introduce la necessità di importanti trasformazioni istituzionali, che fanno di questo progetto contemporaneamente un elemento problematico ed una rara occasione di trasformazione culturale ed organizzativa. La sua realizzazione incontra infatti molteplici resistenze di varia natura. Complesse ragioni socio-culturali (atteggiamenti della popolazione, realtà socioeconomiche, ecc.) e di organizzazione sociosanitaria (parcellizzazione, vuoti o ridondanze d'intervento, abitudini assistenziali e culturali sedimentate, lacune formative) spiegano le maggiori difficoltà di alcuni paesi Occidentali (l'area mediterranea risulta tra l'altro in notevole ritardo rispetto al nord e a parte dell'est europeo) ad orientarsi nella direzione auspicata.

Concentrando la riflessione sul sistema di cura in Italia, va detto anche che dove vi è sensibilità e motivazione del personale, molti vincoli locali intervengono purtroppo nell'ostacolare l'applicazione dei 10 passi e il raggiungimento degli obiettivi. Tra questi ostacoli c'è senz'altro una grande difficoltà a fare rete. Nelle nostre istituzioni la rete è un oggetto del desiderio molto inseguito ma talvolta francamente evanescente. Data la natura dell'obiettivo, così connesso – come credo di aver descritto in modo sufficiente – con il mondo delle emozioni, ritengo personalmente che la buona riuscita del progetto e l'efficacia delle procedure proposte, risentano in modo decisivo del clima organizzativo interno dei gruppi di lavoro e del loro assetto relazionale verso l'esterno, cioè la modalità con cui viene accolta la coppia madre bambino, sia nel

punto nascita che sul territorio. La cura dell'atmosfera emotiva di un gruppo di lavoro (la rete è una particolare configurazione di gruppo), è a mio parere fondamentale ed è tanto più rilevante quanto più l'atmosfera è legata alle emozioni mosse dal compito a cui il gruppo è chiamato. Questo e la maggior parte dei punti seguenti sono stati oggetto di numerose riflessioni e di alcune pubblicazioni di cui il presente materiale è debitore (Speri, 2002a).

La gravidanza, il parto e l'allattamento sono un formidabile condensato di eventi biologici e di emozioni corrispondenti che, come ho già avuto modo di accennare, attraversano a cascata le donne e i loro bambini, gli operatori, gli stessi dirigenti e i decisori. Ma come possono accettare di cambiare istituzioni ormai così rodute come le nostre maternità, per certi versi molto efficaci (si pensi ai buoni dati italiani sulla mortalità infantile)? Questa trasformazione passa solo attraverso l'interiorizzazione in tutta la catena istituzionale della sua profonda necessità. Una forte volontà trasformativa da parte della Direzione Aziendale è una premessa fondamentale: la Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie (territoriali ed ospedaliere) infatti è un anello indispensabile della rete che va considerata in modo accurato affinché i cambiamenti siano istituzionalmente riconosciuti, sostenuti e possano diventare stabili. Potremmo parlare, utilizzando un altro linguaggio, della necessità di sostenere innanzitutto la genitorialità interna al progetto per poter sostenere quella delle mamme nel raggiungimento completo dell'obiettivo, consigliato dall'OMS, di un allattamento esclusivo e prolungato, ma soprattutto dell'obiettivo di vivere nel modo più naturale e sereno possibile la gravidanza, l'evento parto e l'esperienza del puerperio e dello svezzamento.

Perseguire il riconoscimento di Ospedale Amico del Bambino fornisce l'occasione per migliorare le performance del punto nascita per raggiungere gli standard desiderati, ma anche per costruire un progetto in cui la rete assuma un ruolo privilegiato, soprattutto nella successiva fase di mantenimento: molto poggia infatti sulla massima integrazione tra operatori, tra servizi ed in particolare tra ospedale e territorio. In particolare il progetto è l'occasione per coinvolgere tutti gli attori già dalla fase di progettazione, creando da subito un clima organizzativo adeguato. La strategia progettuale deve quindi passare da una impostazione dall'alto in basso ad una più condivisa (da top-down a bottom-up), in linea con le azioni richieste, che appunto devono lasciare gli eventuali incroci prescrittivi a favore della

auspicata dimensione di empowerment.

Il percorso formativo richiesto nei dieci passi dall'OMS/UNICEF (almeno 18 ore su temi specifici predefiniti, di cui almeno 3 di pratica clinica), va costruito con una attenzione particolare alla ricognizione dei reali bisogni formativi degli operatori e nel rispetto dei criteri richiesti. Una delle ricadute più rilevanti di questo tipo di formazione sui gruppi di lavoro, in genere, è data dalla "rara" opportunità di una condivisione tra personale medico e non medico delle diverse strutture dell'ospedale e del territorio dei contenuti, delle preoccupazioni, del linguaggio, delle perplessità, delle nuove scoperte, degli obiettivi. Aggiungo: anche di un entusiasmo progettuale che si riscontra in tutte le équipes, pari alla fatica del cambiamento per il superamento delle vecchie routine, vera insidia sulla sostenibilità nel tempo delle azioni e degli standard. Sempre con quel gioco di specchi che ci permette l'analisi istituzionale, come per le madri, anche per molti operatori, soprattutto del territorio, che lavorano individualmente, questo progetto significa infine uscire dalla solitudine. Il progetto riguarda le équipes e gli operatori non perché le donne gravide con le loro famiglie, successivamente puerpere con i loro bambini, non siano le vere protagoniste del processo ma perché mira alla creazione/trasformazione della rete istituzionale.

Vale la pena di ricordare ancora che i dieci passi non sono un decalogo per le madri, ma per la struttura sanitaria e che un "malinteso" su questo può comportare a quel dannoso atteggiamento prescrittivo nei confronti delle mamme che non è nello spirito del progetto. Forse si sconta il debito verso la tradizione medico-igienistica, ma penso che il ricorso ad atteggiamenti semplificatori sia solo in parte giustificato dalla riduzione della complessità e dalla costruzione di azioni di facile riproducibilità, perché attinge anche alla difficoltà a mettersi in relazione in modo più rispettoso delle prerogative e potenzialità delle mamme e alla mancanza o mancata interiorizzazione di strumenti operativi cruciali come la valutazione e il sostegno della poppata, o il counselling. Il vero problema è aiutare gli operatori a fare un indispensabile passo indietro rispetto ad abitudini consolidate e ad assumere una nuova forma di presenza competente, restituendo lo spazio ai veri protagonisti ed alle loro spontanee capacità di esprimersi e svilupparsi secondo il percorso a cui sono già naturalmente predisposti, come troviamo anche tra i principi del counselling. Si tratta di un cambiamento che la psicosocioanalisi individua soprattutto nel saper

essere prima ancora che nel saper fare e che passa attraverso un importante attraversamento emotivo personale. Questo prefigura un compito particolare: creare una rete di sostegno che sorregga l'astensione dalle azioni tradizionali – una volta riconosciute nel loro potenziale dannoso (dalla separazione della madre e del bambino, agli orari, alle tettarelle e i succhiotti, alla glucosata, ecc., in sintesi a quella lunga serie di sassolini che finiamo per disseminare lungo la faticosa strada della conquista dell'equilibrio ottimale tra richiesta e produzione di latte materno) – e le sostituisca con attività concrete su un nuovo registro, quello dell'ascolto e dell'osservazione, della consulenza delicata e competente, dell'appoggio fornito con tempestività nel momento del bisogno e ritirato con altrettanta tempestività nel momento della crescita di una maggiore autonomia.

Sto affermando che il sostegno della genitorialità nel caso dell'allattamento al seno passa qui in un modo indiretto, attraverso un'attenzione particolare alla rete istituzionale, fatta dai curanti del territorio, dai curanti dell'area ospedaliera, dalla stessa dirigenza aziendale. Si potrebbe con altre parole chiedersi come sostenere il genitore istituzionale nel movimento alterno tra il codice materno dell'ascolto, dell'accoglienza e dell'accudimento, e il codice paterno della decisione, dell'intervento di separazione. Si tratta di promuovere il benessere istituzionale, sostenere la salute degli operatori della salute o, in altre parole, di prendersi cura del sistema di cura (Ruvolo, Speri, 2002).

4.3.6 L'esperienza nell'ospedale di Soave

Tanto di tutto questo è stato scoperto e di tutto questo si è cercato di far tesoro nel corso della trasformazione del punto nascita di Soave (Azienda ULSS 20 di Verona) in "Ospedale Amico dei Bambini", ma anche nell'intera esperienza dello stato nascente dei primi ospedali italiani (Speri, 2004 a).

Quello che abbiamo capito, fondamentalmente, è che non è possibile imporre in modo standardizzato nuove pratiche in un'istituzione. Possiamo avere dei protocolli, delle ottime idee, però il problema è cercare di capire come tutto questo possa diventare patrimonio di un gruppo di lavoro, di un'equipe e della struttura stessa. Si è visto che essere prescrittivi con l'equipe porta con sé inevitabilmente trasgressioni, o comunque applicazioni senza senso e senza efficacia. La metodologia deve essere sempre di grande condivisione. Come d'altra

parte una donna non può "allattare a comando", così si tratta di creare uno spazio "per", bisogna saper aspettare, per esempio, che arrivi la montata latte, ci devono essere le giuste condizioni emotive, così bisogna saper aspettare il singolo operatore e con lui il suo gruppo di lavoro maturino. Non esiste la possibilità di "prescrivere" un allattamento, come non si può prescrivere una modalità di parto, anche se purtroppo la nostra tecnologia ci ha permesso molta ingiustificata invasività: possiamo intervenire su un parto fisiologico anticipandolo o operando un cesareo, ma questo non vuol dire aiutare la donna a gestirlo con partecipazione; possiamo anche intervenire sull'allattamento semplicemente sostituendoci, ma anche questo non implica nessun progresso. Di fatto il problema è creare una situazione di condivisione. Lo stesso vale per l'equipe: l'equipe non cambierà, non creerà i presupposti per tirare fuori le immense risorse assistenziali che ha, ed è straordinario riscontrare che questa ricchezza c'è davvero, se gli si impone un modello. Questo però deve prima diventare cultura comune. Se non si ha fretta, si crea un terreno di base per poter arrivare a questo tipo di risultati, bene e in tempi più rapidi di quel che si crede, come nell'esempio in descrizione.

Il "punto nascita" di Soave serve un'area di oltre 110.000 abitanti, con oltre 1200 parti all'anno. C'è un limitato ricorso al parto cesareo, nettamente inferiore alla media nazionale, e nel 99% dei casi di anestesia epidurale, prestazione che è disponibile gratuitamente anche in corso di travaglio fisiologico ma che è utilizzata solamente da poco più del 10% delle donne. Quest'ultimo dato è interessante vista la gratuità: l'informazione fornita alle gravide su questa opportunità in caso di difficoltà a sopportare il dolore è in genere accompagnata dall'informazione sul significato del dolore nel travaglio e nel parto, contribuendo a rendere questa opzione piuttosto consapevole e non un ricorso routinario e acritico. La neonatologia è di 2° livello, in rete con strutture di 3°, ed è abbastanza importante per l'area. A Soave è stato implementato un progetto che costruisce e poi mantenesse un'area di pensiero, prima ancora di cominciare a lavorare al cambiamento, valorizzando quello che era stato fatto in precedenza e istituendo un comitato multiprofessionale composto dalla ginecologia-ostetricia, dalla pediatria, insieme anche al territorio, con il contributo determinante dei pediatri di famiglia. Nel 2000, vi era il 19% di parti cesarei, un allattamento esclusivo alle dimissioni non esaltante, un rooming-in diurno, una con-

sulenza parziale per l'allattamento, prevalentemente su appuntamento, nessun follow-up sistematico, la formazione era incompleta e per un gruppo limitato di operatori. Si è arrivati al 17,8% di cesarei nel 2001 e a 16,8% nel 2004, mentre l'allattamento esclusivo alla dimissione è diventato del 94,4% (retrospettivamente nel 2005 possiamo dire che la media di questi anni oscilla tra l'85 e il 90%); il ricorso alla nutrizione artificiale è rarissimo, il rooming-in è totale, 24 ore su 24, ed anche la consulenza sull'allattamento è garantita 24 ore su 24. Vi è infine un follow-up dei pediatri di famiglia in occasione dei bilanci di salute al 1°-3°-6°-9° mese. La formazione di base, di oltre 21 ore, ha coinvolto tutti i 129 operatori a qualsiasi titolo a contatto con madri e neonati. L'andamento della prevalenza dell'allattamento al seno post-dimissione inizialmente non è stato proprio brillante, ma nel 2003, dopo tre anni di lavoro, è stato raggiunto un 36% di allattamento effettivamente esclusivo al 6° mese.

Le cose pian piano vanno migliorando, probabilmente perché tutti gli operatori hanno fatto ancora molta formazione di consolidamento e di approfondimento e c'è una rete effettiva fra ospedale e territorio, rete che ha i suoi limiti, ma che si cerca venga rinsaldata, soprattutto attraverso la formazione permanente comune e strumenti di feedback, sia one-to-one su casi individuali, sia collettivi attraverso un bollettino semestrale. Data la complessità del compito si è rivelata molto utile la suddivisione in sottogruppi di lavoro: ognuno deve occuparsi di alcuni dei vari aspetti del problema, per esempio c'è chi si occupa di preparazione al parto, ma anche chi si occupa poi del sostegno dei gruppi di auto-aiuto, che non può essere lo stesso sottogruppo deputato al rooming-in o al rispetto del passo 4 (contatto pelle a pelle) in sala parto. Al posto di un nido tradizionale c'è ora una "stanza delle mamme", così ribattezzata dalle puericultrici, dove le puerpere si trovano e dove un operatore, in genere un'ostetrica, tiene un gruppo pressoché quotidiano con loro su "allattamento e dintorni". Nato per la dimostrazione della spremitura manuale del latte, uno dei punti richiesti dal progetto, questo diventa di fatto un gruppo di sostegno; le domande sono mille e le occasioni di crescita favorite dalla "risorsa gruppo". Questo cambiamento, anche logistico, è il segnale più evidente del cambiamento radicale di un ospedale che diventa un "Ospedale Amico dei Bambini": il nido non viene abolito, viene trasferita al suo funzione nella stanza di degenza, e l'ex nido diventa luogo di incontro e non più di separa-

zione. Chiaramente c'è la mamma che non può o non vuole tenere con sé il bambino, e anche in questi casi valgono le condizioni di una libertà di scelta individuale che deve però essere sempre caratterizzata dalla trasmissione di una informazione corretta e completa e soprattutto fornita in modo adeguato. Le mamme vi ricorrono sempre più raramente e l'esperienza va consolidandosi verso una nuova, e speriamo duratura, normalità.

Per realizzare obiettivi così ambiziosi occorre ovviamente una grande sintonia tra tutti gli operatori a diverso titolo coinvolti. Tra primari innanzitutto, come è felicemente successo nel caso di Soave, cosa spesso non facile, per i diversi percorsi scientifici e i diversi modelli organizzativi che ne derivano e forse per una tendenza ad una visione specialistica che, più approfondisce, più rischia di perdere in termini di visione sistemica. Inoltre le conoscenze in questa materia cambiano rapidamente e non è infrequente riscontrare un gap di saperi tra Pediatria, Ginecologia, Pediatria di Famiglia e Consultori Territoriali. Le società scientifiche si stanno positivamente interrogando su questo e un progetto che forse è nato un pò sbilanciato verso la pediatria può davvero diventare un progetto di tutti, cominciando dal sottolineare l'importanza cruciale dei ginecologi/ostetrici.

A Soave si sono messi a fuoco tanti altri problemi ed è importante riconoscerli subito perché sono stati una formidabile occasione di apprendimento e rappresentano ancora oggi un'importante indicazione per chi vuole misurarsi con questo cambiamento. Ci sono problemi di ordine organizzativo, che riguardano i consueti ostacoli che si incontrano quando si modifica qualcosa in una struttura: poco tempo a disposizione per formarsi, compiti aggiuntivi, o transitori, carico di lavoro pesante per l'operatore del front-line, con le mamme in particolare. Gli infermieri e le ostetriche sono stati sottoposti ad uno stress molto alto, stili vecchi e nuovi si sono sovrapposti e ci si è confrontati con la fisiologica riluttanza verso il cambiamento. Ci sono le sfide cognitive. In generale bisogna aumentare la conoscenza dato che un operatore non formato è per definizione in difficoltà, non sa come fare ad aiutare la mamma. Il confronto tra una mamma impotente che dice "non so come si fa" e operatori impotenti che "non sanno come si fa ad aiutare", comporta l'ovvio ritorno ai saperi precedenti, più solidi benché ormai riconosciuti come superati o addirittura sbagliati. Queste regressioni non sono "colpa" di nessuno, c'è semplicemente da crescere.

Ci sono infine, decisive, le sfide emotive. Quando si cambia, quando si trasforma, insorgono tutti i problemi tipici del cambiamento. Tutti noi abbiamo un'ambivalenza molto forte verso il cambiamento: vogliamo cambiare, ma ne abbiamo una paura terribile. Prendiamo ad esempio il lavoro di rete: lavoriamo da soli, stiamo anche male, siamo un pò isolati, però lavorare in rete implica il riconoscimento dell'altro, della diversità, del punto di vista, cosa che può essere ansiogena, o in modo perverso, ansiolitica (la possibilità di scaricare per esempio gli insuccessi su qualcun altro, che nel lavoro di rete diventa il responsabile). Succede allora che non si fa "perché le ostetriche..."; non si fa "perché le puericultrici..."; non si fa "perché... il primario", e così via. Il passo in avanti, il momento evolutivo per un'equipe è quando diventa consapevole che il problema sta nell'organizzazione, non è mai dei singoli gruppi di lavoro o delle singole professioni, ma nel sistema di relazioni che si crea tra di loro. Questo "sistema di relazioni" è fortemente attraversato da perturbazioni emotive che fanno parte della vita quotidiana di tutti i gruppi di lavoro e che nel momento della trasformazione devono poter essere rese pensabili e confrontabili. Ci si confronta infatti con delle ansie molto specifiche che, come già detto, sono relative al fatto che lo stato emotivo di un'equipe è fortemente condizionato dal suo compito.

In psichiatria si è visto come lavorare con pazienti gravi, per esempio gli schizofrenici, comporti certe configurazioni mentali nei singoli operatori, e nei gruppi di lavoro, che diventano una sorta di rispecchiamento del mondo mentale della persona di cui si stanno occupando. Si tratta del fatto che gli operatori, inconsapevolmente, assumono atteggiamenti mentali dei pazienti². La comprensione di tale evento psichico ci è stata strumento prezioso nel nostro lavoro coi neonati per capire come tutta una serie di pratiche di puericultura sedimentate nel tempo e riscontrate nelle condotte degli operatori, come per esempio, l'utilizzo improprio della aggiunta di glucosata, o il ciuccio, siano in realtà effetto di rispecchiamento indotto dagli utenti. In un'ottica psicosocioanalitica si tratta in realtà di "sedimentazioni in regole di stati emotivi collettivi legati ad ansie specifiche".

² Nota del curatore – Si tratta del fenomeno, ben noto in psicanalisi, denominato controidentificazione proiettiva.

Per esempio, il ricorso alla supplementazione è spesso indotto da una fantasia di morte per fame del bambino. Le puericultrici, per restare nell'esempio, messe davvero a dura prova da un progetto che chiedeva loro più che ad altre categorie professionali il cambiamento più radicale, non sapevano a cosa attribuire tutto il malessere che provavano e che finalmente una di loro era riuscita ad esprimere "perché io devo star male così, per cose che non capisco, preferisco andare in chirurgia, dove almeno o si vive o si muore!!! Perché questo stato di incertezza mi è assolutamente intollerabile, per cui mi viene da... dare un pò di glucosata, nonostante tutte le evidenze dicano, non solo che è sbagliato, ma anche controproducente per la salute del bambino". Ci ha soccorso nell'occasione una bellissima interpretazione di Bettelheim sulla favola di Hansel e Gretel: "un bambino di notte da solo che piange, evoca in noi tutti la morte per fame" (Bettelheim, 1977). Le angosce di morte non sono che uno dei tanti elementi emotivi in gioco: quante azioni si fanno in sanità perché sono un ansiolitico per l'operatore e per l'organizzazione?

Quando introduciamo argomenti come questo apriamo un campo che è tutto da studiare. A me pare che il problema centrale stia nella filosofia di chi accudisce, dell'accompagnatore: il problema vero, alla fine, è il nostro narcisismo. Chi è che fa nascere, chi è che allatta? "Io sono qui per fare un lavoro, mi pagano, ho le mie gratificazioni, ho i miei strumenti, li devo mettere in atto, non sono qui per stare a guardare". Così pensano, spesso senza saperlo o altre vote rivendicandolo apertamente, gli operatori. "Ad-sistere": prestare aiuto sì, ma anche stare a guardare (Nosè, 1992); assistiamo anche ad uno spettacolo, interveniamo quando c'è bisogno e ci sottraiamo quando la mamma riesce a fare da sola. È un equilibrio difficile: dobbiamo sostenere senza sostituire. Ci aiuta molto la conoscenza dei nostri limiti, l'umiltà e la serena consapevolezza delle nostre capacità.

Un noto episodio storico nella storia dell'Ostetricia può essere assunto come paradigmatico di quanto il contesto ospedaliero può essere resistente al cambiamento, al punto di diventare cieco anche di fronte all'evidenza.

Nell'800, con un apice intorno a metà del secolo, nelle maternità di tutta Europa molte donne morivano di febbri puerperali. Si scoprì col tempo che i medici trasmettevano infezioni alle partorienti passando dal tavolo anatomico alle sala

parto senza disinfettarsi le mani, causando la setticemia post-partum. A Vienna il Dott. Semmelweiss, aveva capito, per primo, che era necessario che gli operatori sanitari, medici e altri operatori, si lavassero le mani, prima di passare in sala parto: erano loro il veicolo dell'infezione. A seguito di questa intuizione, Semmelweiss introdusse, senza autorizzazione, cambiamenti nel reparto dove lavorava: dopo aver messo a disposizione dei medici adeguati bacili, le infezioni puerperali erano calate, e di molto.

Tuttavia la prassi, e soprattutto i modi, apparivano allora contrari all'establishment e Semmelweiss fu allontanato dall'ospedale: aveva davanti a sé il Prof. Klin, ginecologo della casa reale, convinto intimamente dell'impossibilità "filosofica" che il medico nel suo intento di curante potesse essere veicolo di infezione. Solo molti anni dopo con la scoperta dei microbi si comprese che Semmelweiss aveva ragione.

Ma Celine, il grande scrittore che narra questa vicenda nella sua tesi di laurea in medicina (Celine, 1924), mette in luce un aspetto importante, in altre parole che il problema non derivava soltanto dalla cecità e dalla diffidenza verso l'innovazione di una medicina conservatrice: quando Semmelweiss diventò primario a Budapest, e qui divenne in grado di imporre i dovuti lavacri prima che si entrasse nelle stanze del parto, le "febbri puerperali" scomparvero effettivamente dal suo reparto, ma solo per poco. Inesorabilmente la vecchia routine, commenta Celine, da lui troppo trascurata, lo aspettava al varco.

La sana pratica di lavarsi non divenne quindi una abitudine, ma una azione sempre meno praticata. L'intuizione di Semmelweiss, che oggi appare ovvia, e la prescrizione, più che semplice, furono vinte dal contesto avverso e dall'inerzia delle vecchie pratiche, ma anche dalla sua incapacità di relazionarsi poiché, ricorda sempre Celine, "umana-mente era un maldestro".

Il nostro problema è come possiamo noi prenderci cura di chi cura, noi che implementiamo progetti come questo, perché chi cura ha bisogno che qualcuno si occupi di lui, che tenga conto delle sue emozioni e della fatica che si fa a cambiare (Ruvolo, Speri, 2002).

Ma cambiare si può e spesso ci si ferma o per sfiducia o per una sorta di ritrosia a mostrare le proprie capacità e le proprie convinzioni. Anche qui, il sentimento degli operatori rispecchia quello delle mamme. Alcune donne sembrano sfidu-

ciare rispetto alle loro capacità, ma sembrano anche un pò spaventate dalla bellezza di quello che sono capaci di fare. Sembra quasi che non si riesca a godere pienamente di questa prepotente capacità che è quella di mettere al mondo e di far crescere. Cito spesso a questo proposito una frase citata da Mandela nel discorso inaugurale del nuovo Sud Africa: "la paura più profonda non è di essere inadeguati, la nostra paura più profonda è di essere potenti, oltre ogni limite, è la nostra luce e non la nostra oscurità ciò che più ci spaventa" (Speri, 2003).

Quest'area emozionale si riferisce ad un altro importante campo di studio della cultura psicosociale, quel sentimento che Pagliarani ha chiamato "angoscia della bellezza". C'è infatti qualcosa nella gravidanza e nell'allattamento che appartiene alle angosce che si provano nei confronti di qualcosa di bello e straordinario: così bello e straordinario da far paura. Una paura che può essere connessa anche all'antico problema dell'invidia, in cui ciò che è bello rischia di essere vittima (Pagliarani, 1985). L'invidia della capacità procreatrice, simbologgiata dalla gravidanza e l'allattamento che ritroviamo ripresa da alcuni artisti come Klimt, nel quadro "la speranza" (figura 4.1), dove tra le figure che guardano questa donna incinta (si veda l'ingrandimento) cioè il dolore, la morte e la vecchiaia, troviamo l'invidia, cieca (Galletti, 1997).

O come in Ensor (figura 4.2), che per rappresentare l'invidia sceglie l'immagine della donna che allatta, minacciata da elementi mortiferi che Ensor, pittore sensibilissimo ai disastri del '900, mette in scena nelle sue opere popolate di teschi, morti, figure macabre.



FIGURA 4.1

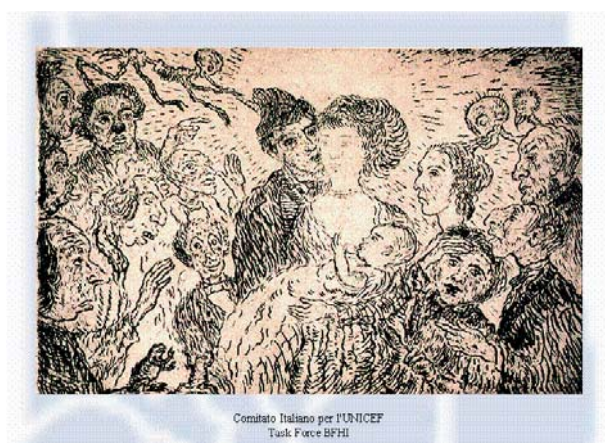


FIGURA 4.2

Consapevoli della costante dialettica della vita e della morte, stiamo proponendo un progetto che promuove la vita, qualcosa che ha a che fare con quello che Pagliarani chiama “il coraggio di Venere”, che sottrae qualcosa alla tecnologia e lo restituisce alla natura, non in modo ingenuo, ma attraverso una riflessione capace di coglierne le straordinarie conseguenze su piani diversi. Promuovere l'allattamento materno costituisce oggi, a mio parere un'occasione straordinaria di trasformazione e promozione del benessere inteso in senso olistico, benessere dell'individuo, del suo gruppo familiare e allargato, dell'intera comunità.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AAP, American Academy of Pediatrics, (2005), Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 115(2).
- Bettelheim B. (1977), *Il mondo Incantato*. Milano: Feltrinelli.
- Cattaneo A. (2004), *Significato della BFHI per la promozione dell'allattamento al seno: le prove di efficacia*. In: Speri L. (a cura di), *L'Ospedale Amico dei Bambini. Un progetto OMS/UNICEF per la promozione dell'allattamento al seno*. Milano: Masson.
- Celine L.F. (1924), *Il dottor Semmelweis*. Milano: Adelphi, 1993.
- Correale A. (1999), *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Davanzo R., Orzalesi M. (2000), L'allattamento al seno in Italia. *Riv. Ital. Pediatr.*, 26.
- Galletti A. (1997), *Puerperio, puerpera e Assistenza*. In: Pecorelli S., Avisani R. (Azienda Ospedali Civili Università degli Studi di Brescia).
- Grandolfo M., Donati S., Giusti A. (2002), *Indagine Conoscitiva Sul Percorso Nascita. 2002 Aspetti Metodologici e Risultati Nazionali - Istituto Superiore di Sanità*.
- Hinshelwood R.D. (2000), Skogstad W., *Observing Organisation. Anxiety, defence and culture in health care*. London and Philadelphia: Routledge.
- <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/percorso-nascita.htm>
- <http://www.ilca.org/pubs/ClinicalGuidelines2005.pdf>
- http://www.istat.it/dati/catalogo/20020418_00/volume.pdf
- http://www.neonatologia.it/linee_guida/allattamento.pdf
- <http://www.ulss20.verona.it/upload/Progetto%20Baby%20Friendly%20Hospital.ppt#1>
- ILCA (2005), 2005 *Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding*.
- ISTAT (2002), Famiglia e Società *Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno Indagine Multiscopo sulle famiglie. "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000*.
- Menzies Lyth I. (1988), *Containing anxiety in institution*. London: Free Association Book.
- Merten S., Dratva J, Ackermann-Liebrich U. (2005), Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 116(8).
- Nosè F. (1992), La presa in carico come “messa in scena”. Una riflessione su teatro, teatralità e scena nel trattamento istituzionale della psicosi. *Psichiatria Gen. Età Evol.*, Vol. 30.
- Nosè F., Speri L. (1999), *Spartir le pene*. Verona: CEM.
- Pagliarani L. (1985), *Il coraggio di Venere*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ronchi E. (1997), Gruppo operativo, emozioni istituzionali e cambiamento. *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, Vol. XII – N. 3/4 dic.
- Ronchi E. (2002) *Una mappa per orientarsi in un progetto di cambiamento*. Relazione di apertura al Convegno Nazionale “Gruppi che curano”. Le istituzioni della salute, la salute delle istituzioni. Facoltà di Medicina, Università di Brescia, 11 e 12 aprile.
- Ruvolo G., Speri L. (2002) *Risorse e cultura dei gruppi per la cura delle istituzioni di cura*. Gruppi, IV. Bologna: Franco Angeli.
- Savage King F. (2005), *International Perspective on the Promotion and Implementation of the Innocenti Declaration*. In: 1990-2005 Celebrating the Innocenti Declaration On the Protection, Promotion, and Support of Breastfeeding, Firenze 21-22 novembre. www.innocenti15.net
- SIN – Società Italiana di Neonatologia (2001), Commissione Consultiva sulla Promozione dell'Allattamento Materno. Raccomandazioni sull'Allattamento Materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani.
- Speri L. (1999), Il gruppo e i suoi attrattori. Il pifferaio di Hameln: qualcosa di più di una metafora. In: Di Marco G. (a cura di), *L'istituzione come sistema di gruppi*. Venezia: Cedit.
- Speri L. (2002a), Genitorialità istituzionale. Una rete di sostegno all'allattamento al seno presso l'Ospedale

- Baby Friendly Hospital di Soave. *Psychomedia Telematic Review*, Roma.
<http://www.psychomedia.it/pm/grpther/psoa/speri.htm>
- Speri L. (2002b), L'ospedale amico dei bambini. In: "Quale ospedale per il XXI secolo?", *Quaderni di Janus*. Roma: Zadig Ed.
- Speri L. (2003), Il latte materno: perché resistergli? *Janus*. Roma: Zadig Ed.
- Speri L. (2004a), *L'Ospedale Amico dei Bambini. Un progetto OMS/UNICEF per la promozione dell'allattamento al seno*. Milano: Masson.
- Speri L. (2004b), *L'UNICEF e la promozione dell'Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini nella programmazione regionale*. Relazione al III° Convegno Nazionale della Rete Italiana degli Ospedali Amici dei Bambini "Allattamento materno. Le alleanze per crescere". Chianciano Terme (SI) 3-4 ottobre 2004.
- Speri L., Marcer G., Tosadori U., Pastorelli E. (2002), *L'iniziativa Ospedale Amico del Bambino nell'Azienda ULSS n°20 Verona*. Presentazione in "L'Ospedale Amico del Bambino e la promozione dell'allattamento al seno" Riconoscimento OMS/UNICEF agli Ospedali di Bassano del Grappa e di Soave, Venezia – Palazzo Balbi, 22 Marzo.
- UNICEF (1999), *Baby-Friendly Hospital Initiative: progress report*. New York: UNICEF.
- UNICEF (2002) – Consiglio Esecutivo dell'UNICEF Internazionale "Priorità per l'Infanzia 2002-2005" – New York.
- UNICEF, Regione Toscana (2004), *Allattamento materno. Le alleanze per crescere*. III° Convegno Nazionale della Rete Italiana degli Ospedali Amici dei Bambini, Chianciano Terme (SI) 3-4 ottobre 2004.
- WHO (1993), *Regional office for Europe, Baby friendly Hospital Initiative*. Part I European Action Plan.
- WHO Regional Office for Europe (1999), *HEALTH 21 – The health for all policy for the WHO European Region*. Copenhagen (European Health for All Series, n. 6).
- WHO/UNICEF (2002), *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, WHO.

4.4 ANGOSCE E DIFESE SEDIMENTATE NELLE ISTITUZIONI

(Antonio Imbasciati)

Il parto, in tutte le epoche e in tutte le culture, è stato oggetto di pratiche in cui s'intrecciano modalità di assistenza, preoccupazioni della collettività, ansie individuali e gruppal, rituali di tipo religioso e tecniche mirate a facilitare l'evento: quest'intreccio è quanto mai variabile, e si presenta svariatissimo a seconda della cultura e dell'epoca considerata. Per questa variabilità il parto è stato ed è tuttora interessante oggetto di studi antropologici.

Se consideriamo il parto soltanto dal punto di vista delle funzioni biologiche, ci aspetteremmo che, lungo la lunga storia evolutiva dell'umanità, questa abbia trovato una modalità più o meno uniforme, e ottimale, perché esso avvenga nel migliore dei modi per la madre, per il bimbo, per la famiglia, per la comunità. Ci aspetteremmo che la specie umana potesse aver escogitato adattamenti comportamentali e strategie culturali relativamente uniformi tra i vari gruppi umani: il metodo migliore per un "parto naturale". Invece, non soltanto le ricerche etnografiche e storico-antropologiche hanno descritto le più svariate e pittoresche modalità nelle culture passate o in quelle presenti ma geograficamente isolate, ma a tutt'oggi, nella nostra cultura occidentale, progredita e tecnologizzata, ci sono ancora enormi variazioni, sulle quali tuttora si discute su quale sia la migliore; oppure le si praticano senza metterle in discussione.

Possiamo ricordare, aneddoticamente senza pretesa di analisi sistematica, come in alcune culture vi sia stato e vi sia il "posto solitario", piuttosto che il posto comunitario o addirittura pubblico. Cioè, in alcune culture la donna si apparta e partorisce da sola, in altre da sola ma con il partner, in altre ancora è assistita da un gruppo di altre donne, tra le quali può o no esistere la *sage-femme*, la levatrice, oggi "ostetrica"; in altre infine c'è l'intervento del sacerdote o dello sciamano, e comunque quasi sempre sono riscontrabili, in misura maggiore o minore, rituali, esorcismi, grandi o piccoli, preghiere, cerimonie. Così pure svariata si presenta la tecnica, per così dire, del parto, in particolare la posizione della donna. In alcune culture la donna stava in piedi: presso alcuni amerindi il marito appende la donna, ben sostenuta per le braccia e le ascelle, e la accudisce personalmente nell'espletamento. Si sfrutta così la gravità, e si promuovono le contrazioni. In moltissime culture, anche attuali, la donna partorisce su apposita sedia.

Nella nostra epoca e nella nostra cultura si è adottata la posizione supina, su apposito lettino, parallelamente alla progressiva medicalizzazione del parto: oggi però questa posizione viene messa in discussione e, come accennato nel precedente paragrafo (3.3), si cercano altre modalità. V'è tuttavia una notevole resistenza, nei servizi assistenziali, ad

abbandonare questa tradizione. Si è riconosciuto che questa modalità "ospedaliera", serve agli operatori, medici in primis, ma non giova alla fisiologia dell'espletamento del parto. Il riconoscimento rimane però sulla carta e, nella stragrande maggioranza dei nostri servizi, si continua a far partorire così. È significativo apprendere come il settore dell'ostetricia sia una delle aree che più si sottrae ai controlli della "medicina basata sull'evidenza".

La variabilità delle modalità di parto, nel passato così come ora nel presente, il sottrarsi delle varie modalità al confronto e ai controlli scientifici, il perdurare di abitudini pur giudicate non confacenti al parto stesso, dicono come questo, ancor oggi, abbia risonanze inconscie, individuali e collettive, che ne fanno situazione misteriosa, suscettibile di attivare prassi apparentemente idonee ma in realtà obbedienti a forze emotive radicate in rappresentazioni fantasmatiche non consapevoli: il parto diventa il palcoscenico degli agiti promananti (sotto apparenze scientifiche), dalle arcaiche fantasie infantili verso il grembo materno (Imbasciati, 1990).

Una conferma di quanto agiscano motivi profondi mascherati di scientificità la possiamo scorgere nella pratica dell'episiotomia. Questa viene attuata al di là della sua effettiva necessità, con una frequenza irragionevole, in alcuni ospedali come routine per tutte le donne. In realtà l'episiotomia è necessaria soltanto quando un'attenta e continuata assistenza la valuta come indispensabile. Ma è proprio per evitare l'attenta e continua assistenza che la si pratica indiscriminatamente: serve all'operatore; non certo alla donna, che, anzi, in certi casi è a rischio di postumi di compromessa sensibilità dei suoi genitali (ipotesia, anestesia), talora duratura, pericolosa quanto sottovalutata per la sua vita sessuale, l'armonia di coppia e il legame tra sessualità e procreazione che tanto spesso nella nostra civiltà viene ad essere compromesso. Questo legame è intrinseco ad un'ottimalità delle strutture psichiche (Imbasciati, 1990, 2000, 2006; Imbasciati, Margiotta, 2004, cap. 17 e 19) ma incidenti di percorso come sopra accennati possono comprometterlo. Perché allora perdurano certe pratiche? Difficile è sottrarsi all'impressione che la loro perpetuazione, nella pratica dell'episiotomia come routine, oltre ad essere favorita dalle abitudini e dalle circostanze organizzative dei servizi, serva da copertura a più arcaiche e inconscie fantasie aggressive nei confronti della creatività femminile; al limite che possa essere apparentata alle più esplicite e crudeli pratiche rituali di mutilazione genitale.

Il parto, posto di fatto al servizio degli operatori anziché della donna, dell'organizzazione ospedalie-

ra e dell'economia aziendale dei servizi, vede una più saliente conferma nella pratica a dismisura dei cesarei, in cui l'Italia purtroppo primeggia; nonché nell'abuso dei sistemi di analgesia. La donna soffre nel travaglio ed è giusto che essa per questo dolore venga aiutata anche farmacologicamente. Tuttavia l'analgesia spesso supplisce alla mancanza di un'adeguata preparazione psicologica della donna e soprattutto della mancanza di un'assistenza di supporto durante il travaglio: il dolore viene demonizzato, nella nostra cultura, cosicché se ne aumenta la paura; ma con la paura il dolore, come sappiamo, aumenta davvero. La percezione del dolore viene infatti esaltata a livello del S.N.C. Demonizzato il dolore, lo si esorcizza con le tecniche analgesiche. In particolare si è diffusa l'analgesia epidurale: cultura, costume, comodità per l'organizzazione dei servizi, sbrigatività degli operatori concorrono nell'indurre la donna a richiederla. Si dimentica che il parto indolore negli animali sortisce spesso il rifiuto del piccolo da parte della madre: l'abbandono, talora l'uccisione; e che anche per la femmina umana si sono rilevati, sia pure in scala minore, fenomeni omologabili a quelli riscontrati negli animali. Si è rilevata una diminuzione dell'attaccamento, delle attitudini materne alla comprensione della comunicazione non verbale del neonato, nonché eventi psicosomatici, quali l'ipogalassia, o l'agalassia, o comunque una diminuzione dello svolgersi di quel dialogo madre-neonato che presiede alla promozione e alla regolazione dell'allattamento al seno.

Sappiamo che la secrezione lattea è fortemente modulata dalla situazione psichica. La connessione non ci meraviglia, oggi, viste le attuali nozioni sulle funzioni del cervello mesolimbico, l'asse ipotalamo-ipofisario e tutto l'assetto ormonale. Sappiamo del resto che la puerpera sente e vede secernere il latte alla vista del suo bimbo, o nell'udire il suo pianto, prima che questi si attacchi al capezzolo. Sappiamo che la pratica del tiralatte non è efficace come il succhiare della bocca del bimbo, malgrado la prima eserciti un decompressione maggiore sui dotti galattiferi: è la mente, dunque, che modula la secrezione; in parole comuni, è la gioia di avere un bimbo, una vera gioia viscerale, che porta la donna ad allattare.

Perché allora, malgrado tante conoscenze, si continuano a organizzare i servizi alla vecchia maniera? Perché l'allattamento al seno solo in questi ultimi anni viene rivalutato e comunque non lo si promuove con un'adeguata psicopedagogia della gestante e della puerpera? Le conoscenze psicoanalitiche sull'inconscio gruppale indurrebbero a pensare che, al di là dei fattori sociali, organizzativi ed

economici, agiscano potenti e oscure forze contro la donna madre, forse l'invidia atavica del maschio (siamo ancora in una società maschilista?) nei confronti del grembo materno (Imbasciati, 1990).

Nel capitolo 3 si accenna al fatto che la partorientente senta di dover subire un attacco da parte del suo bimbo: sono dell'avviso che una tale interpretazione, ancorché condivisa da alcuni autori (la propone per esempio Fornari – cfr. cap. 3.3), possa in realtà essere una proiezione dell'operatore. Sappiamo che il dolore, nei meccanismi schizoparanoidei infantili, viene scisso e proiettato, cosicché diventa un nemico alieno ed esterno. Il meccanismo può ripetersi, inconsciamente, nell'adulto, e nell'operatore. Il fantasma del dolore viene così separato dall'io che soffre e attribuito ad un "altro": "è lui (il bimbo) che mi fa soffrire; è lui che mi attacca; non sono io che ho una tribolazione nell'aiutarlo a venire alla luce". Credo che simili difese proiettive della donna possano diventare un nefasto patrimonio comune degli operatori, e da essi riverberarsi di nuovo sulle donne, cosicché queste, che già per natura vi potrebbero ricorrere, dalle menti degli operatori se le vedono convalidare e ingigantire. Gli operatori, che potrebbero avere l'ufficio di bonificare le immagini "cattive" della donna che soffre, e restituirglielle "bonificate" e "pensabili" (sono questi termini molto precisi in psicoanalisi), gliele rimbalzano invece in modo ancora più terrifico. Credo che tale situazione, in cui versano alcuni operatori, non possa certo aiutare la donna sofferente; né garantirle tanto meno una serenità da trasmettere al figlio.

Le emozioni della donna si riflettono nell'animo degli operatori e questi possono elaborarle positivamente oppure possono amplificarle, elaborarle negativamente e ributtarle alla donna. Lo stesso circuito positivo o negativo può venire anche nei confronti del partner e di tutto l'entourage o addirittura di tutta l'istituzione. Quello che gli psicoanalisti che si occupano di neonati hanno descritto come funzione rêverie, e gioco di reciproche identificazioni proiettive, positive e soprattutto negative, che ha luogo tra il neonato e la madre, si ripete nell'istituzione, tra la donna e gli operatori. Accade così che nell'istituzione molte delle pratiche, che si sono sedimentate come metodologia indiscussa nelle vicende perinatali, sono, non tanto frutto di averne sperimentato il vantaggio, quanto la sedimentazione di un'elaborazione di angosce collettive.

Le angosce, dalla puerpera che ha le sue naturali preoccupazioni, investono tutta la rete del collettivo, e alla fine non si sa più da cosa sono generate, nel senso che ogni protagonista che entra in questa

rete le trasforma a suo modo, le amplifica, le ammorbidisce o acuisce, le rimanda agli altri; le rimette comunque in circuito.

Ciò accade del resto in ogni istituzione. Un'analisi delle istituzioni è, a parer mio, quanto mai necessaria: altrimenti si corrono i rischi, come è stato sopra sottolineato, di una prescrittività cieca. Si è detto infatti che bisognerebbe non dare il ciuccio: però accanirsi a non dare il ciuccio quando un bimbo piange, sarebbe sadico. Questo discorso è generale per tante altre pratiche: il prescrivere pratiche che sarebbero in se stesse ottimali, introducendole però in modo prescrittivo, a comando, non funziona, anzi è controproducente. Una donna non può allattare a comando, e così un'istituzione non può istituire una nuova prassi per una decisione di vertice. Se un'istituzione vuole a tutti i costi essere "à la page" con quelli che vengono pubblicati come risultati delle migliori istituzioni europee in questo campo, e pertanto volesse imporre a se stessa e ai suoi operatori tutta una serie di nuove regole, ne verrebbero fuori inevitabili distorsioni, perversioni delle regole stesse. Quello che passa all'utente, quello che effettivamente riceve, e cioè l'efficacia delle prassi, non sono date dalle prassi stesse, ma dai significati che esse veicolano. Per veicolarli, cioè perché certe regole abbiano efficacia, occorre che esse siano condivise, anzi desiderate, da tutti gli operatori di un'istituzione. Per questo allora occorre creare una cultura, uno spazio, una formazione, una rete istituzionale che faccia di certe prassi veicolo efficace di miglioramento.

A proposito dell'allattamento si è accennate alle attuali remore per cui oggi le donne spesso rifiutano, o si vergognano, di allattare e ad una certa sessualizzazione del seno femminile. V'è qui questione complessa che riguarda le vicende dello sviluppo psicosessuale femminile (Imbasciati, 1990). Il seno è certamente implicato nell'attrazione erotica, ma lo è né più né meno di quanto non lo possa essere qualunque diversità del corpo della donna rispetto a quello dell'uomo. E parimenti ogni diversità del corpo maschile entra in gioco nell'attrazione da parte della donna. Le cosiddette "caratteristiche sessuali secondarie" non sono variabili secondarie nell'attrazione: anzi, le culture di tutti i tempi hanno adottato modalità di accentuarle, nella cosmesi e nell'abbigliamento. Ma ogni situazione che ha valenza erotica è nel profondo della fantasmaticizzazione psichica collegata alla procreazione: bene o male, integrata o scissa, armonicamente o in modo da originare conflitti, difese, comportamenti disadattativi. La nostra attuale cultura, mediata soprattutto dai grandi media visivi, ci presenta oggi una

scissione tra l'eroticismo e la procreazione: in tal modo propone una visione superficiale dell'uno e dell'altra, che, anziché alimentarsi dell'intreccio simbolopoietico intrinseco allo sviluppo psicosessuale e corroborarlo in un'armonica integrazione, favorisce scissioni, identificazioni proiettive, conflitti; in una parola disarmonie suscettibili di psicopatologia. Così accade in modo particolare per il seno e le sensazioni ad esso connesse, per il piacere di allattare, da parte delle donne, e per il piacere di succhiare da parte del bimbo. Scissioni, proiezioni, identificazioni proiettive, alimentate dalla cultura, possono favorire la trasformazione del piacere in dolore, nella donna, o il rifiuto di succhiare quando sono rimbalzate nel bimbo; o favorisce problemi relazionali, per esempio le ragadi.

Non ha d'altra parte senso disquisire se il piacere di allattare abbia connotati sessuali o no, ovvero attribuirlo a un non meglio definito istinto; né se il ciucciare sia evento da definire sessuale, come aveva accennato Freud. La psicoanalisi attuale non riconosce la sessualizzazione freudiana dell'apparato psichico (Imbasciati, 2005): il piacere non è evento promanante dagli organi, bensì costruito psichico (Imbasciati, 1987), che volta a volta può essere più o meno intrecciato con la rete simbolopoietica delle immagini e delle fantasie inconscie che regolano e l'attrazione e la procreazione insieme. E che legano una gamma variabilissima di piaceri, in un continuum intermedio tra una polarità definibile come sessuale ed altre polarità, altri piaceri, percepiti più distanti dal corpo.

Guardando l'iconografia classica, pubblica, del seno (dipinti, statue, immagini varie, anche popolari, di rappresentazione o di simbolo della maternità), constatiamo una sorta di ostentazione orgogliosa dell'allattamento della donna. Il seno è scoperto, in una maniera naturale, anzi enfaticizzato nella sua funzione e dimensione. Oggi quest'iconografia pubblica del seno sembra scomparsa: il seno è prevalentemente, se non soltanto, uno stimolo di sollecitazione sessuale. I mass-media ci propinano le tette delle varie star, top-model, veline e via dicendo, in una luce totalmente diversa da come si poteva vedere la mammella in una statua, in un dipinto, e anche in un manifesto pubblicitario fino agli anni cinquanta. Ci si può allora chiedere il significato di tale mutamento culturale. A mio avviso sta succedendo una grossa trasformazione di tutta la dimensione sessuale dell'uomo, in cui gli eventi del concepimento, della gravidanza, della nascita e del parto, e soprattutto dell'allattamento, sono diventati scissi dalla dimensione sessuale. O meglio questa è stata artefatta-

mente scissa dalle sue radici psichiche. Gli eventi riguardanti la nascita si trovano così difensivamente scissi dalla dimensione sessuale (Imbasciati, 2000), o meglio in questa si sta verificando una scissione tra gli eventi mentali profondi più radicati nella struttura emotiva, e quindi carichi di angosce e di complesse elaborazioni, e i processi mentali più facilmente coscientizzabili, e quindi mistificabili a livello razionale e giustificabili a livello culturale. Questa scissione non può non generare conflitti nell'animo della donna, tra una sua sessualità sradicata dalla biologia e dalle emozioni profonde, e concentrata invece sul piacere e il successo, e per contro gli eventi della nascita. Credo che tutto ciò possa riflettersi in maggiori difficoltà della donna ad affrontare il percorso nascita, e per contro favorire nel maschio, in quest'ultima non direttamente implicato, una sua sessualità ancor più scissa dagli eventi emotivi connessi alla riproduzione, che per natura dovrebbero essere al centro della sessualità anche di quella maschile. La partecipazione del maschio al percorso nascita può allora diventare mero dovere sociale, avulso dalle sue radici emotive.

Gli eventi psicosociali suddescritti possono concorrere a alimentare la difficoltà dei padri ad essere vicini, identificati alla donna che partorisce, in una integrazione del loro legame erotico con la partner e del legame che si stabilisce col bimbo che nasce. Questa vicinanza potrà anche sostenere l'allattamento della donna. Voglio qui ancor una volta ricordare come l'allattamento al seno, col contatto esteso di corpo, di pelle, e il contatto visivo che esso richiede ai due protagonisti, è una situazione privilegiata per l'apprendimento primario, su cui si fonda lo sviluppo psichico e psicosomatico del futuro individuo; lo sviluppo mentale e la regolazione somatica dell'organismo neonatale, come matrice su cui si innesteranno, bene o meno bene, nel bene o nel male, tutte le future vicende esistenziali.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Imbasciati A. (1987), Il piacere come costruito mentale. *Sessuologia*, 11, 29-40.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati A. (2000), La dimensione della sessualità. *Riv. di sessuologia*, 24, 129-161.
- Imbasciati A. (2005) *La sessualità e la teoria energetico pulsionale. Freud e le conclusioni sbagliate di un percorso geniale*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati A. (2006), *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2005), *Compendio di Psicologia per gli operatori socio-sanitari*. Piccin: Padova.

4.5 FANTASMATICA DELL'ALLATTAMENTO E COMUNICAZIONE

(Antonio Imbasciati)

Per fantasmatica s'intende, nella corrente accezione psicoanalitica, l'insieme di "immagini psichiche" che vengono inferite nella clinica psicoanalitica a livello inconscio e che non hanno nessuna corrispondenza con qualunque oggetto reale. Esse non sono in realtà vere immagini, perché non raffigurano alcunché: sono costituite da frammenti senza senso, confusi tra di loro, mescolati e sovrapposti, che vengono derivati sia dall'esperienza sensoriale, di una multisensorialità anch'essa mescolata, in organizzazioni percettive del tutto difformi da quelle dell'adulto (cfr. Imbasciati, 1994 cap. 9, Imbasciati, Margiotta, 2005, cap. 10, Imbasciati 2005), sia dalla produzione interna di proto-pensieri (emozioni, affetti, sentimenti del tutto inconsci) da parte dell'attività primaria del sistema mentale. Il termine "fantasmatica" è derivato per estensione dal concetto di "phantasy" descritto originariamente dalla Klein. Per comprenderne il significato estensivo dobbiamo rifarci all'acquisizione, maturata in psicoanalisi a seguito delle opere di Bion, per cui ogni attività mentale ha la sua genesi nei processi primitivi, che si riattivano nell'adulto a produrre il pensiero più evoluto: ricordiamo la "griglia" di Bion e il concetto che ogni prodotto di pensiero, persino il calcolo algebrico, ha radici nei processi inconsci; e nelle "emozioni".

La fantasmatica comprende pertanto una dinamica, o meglio una combinazione o interrelazione, di quegli elementi che sono stati descritti col concetto di "oggetto interno": un "oggetto, che si forma nella mente e che serve alla sua economia, o processualità di sviluppo, che però non ha nessuna corrispondenza con nessun oggetto reale. Esso ha un valore rappresentazionale, nello sviluppo mentale dell'infante e nella processualità del pensiero inconscio adulto, ma è una rappresentazione sui generis (Imbasciati, 1991, 1994), che non rappresenta nulla di reale, ma solo qualcosa che serve alla funzionalità mentale.

Dai primitivi oggetti interni si sviluppa la mente, in una processualità simbolopoietica: ogni elemento protomentale che venga a costruirsi nella mente dà origine ad ulteriori progressive simbolizzazioni, sempre più evolute, fino a permettere quelle operazioni mentali che danno origine alla percezione (realistica), e poi al senso di sé, e a tutte quelle con-

nessioni che rinveniamo nel pensiero quando diventa cosciente (Imbasciati, 1998; 2006b). Quanto vediamo svolgersi diacronicamente nello sviluppo neonatale e infantile viene a depositarsi in memorie implicite, che si riattivano in ogni processo mentale adulto.

Fra i primi oggetti interni è stato descritto, a cominciare dalle opere della Klein, l'oggetto-interno-seno: al di là dell'inquadramento teorico che a suo tempo ne diede la Klein, esso viene oggi ad essere descritto come un insieme di tracce afferenziali, tattili, propriocettive, gustative, olfattive, termiche, vestibolari, motorie, nonché viscerali, ed anche visive, che vengono assemblate in organizzazioni similpercettive del tutto difformi da qualunque percezione che potrebbe aver luogo nell'adulto, raffigurante cioè gli oggetti reali che intervengono nella situazione di allattamento. Le derivazioni sensoriali sono infatti tra di loro fuse e confuse con gli stati interni, corporei e mentali, del neonato, a comporre un unico "qualcosa" psichico, che non è scomponibile, come avverrebbe invece in un adulto, in differenti e distinte percezioni, esterne e interiori, o in affetti, e che ha il carattere di un unico "oggetto" mentale. Si parla così di Seno: un seno che non ha niente a che fare con alcuna mammella reale, né alcun biberon; anche se questi sono intervenuti nella sua composizione.

Perché tale elemento protomentale è stato chiamato Seno? Il presupposto sottinteso è stato quello per cui si è postulato che l'allattamento fosse, in genere, davvero al seno. In questa prospettiva la letteratura psicoanalitica ha prodotto gran messe di studi, centrati sul rapporto corporeo, di pelle, del bimbo con la mamma, che riattiverebbe la fantasmatica materna del proprio oggetto-interno-seno. Ma che avviene, allora, quando l'allattamento è artificiale? Credo che ugualmente si possa continuare a usare il termine Seno, tenendone presente il significato che ha attualmente in psicoanalisi, e cioè, come sopra descritto, quell'insieme unitario dato dalla fusione delle più disparate afferenze sensoriali, nonché degli stati interiori, in un'unica "percezione" di un unico oggetto, corrispondente all'esperienza globale che nella mente del neonato si costruisce a seguito delle vicende alimentari.

Ovviamente dobbiamo presupporre che un siffatto Seno sia alquanto differente da quello che viene a costruirsi quando le vicende alimentari riguardano la mammella reale. Tuttavia tale differenza, sondabile peraltro caso per caso nell'analisi dei bambini e degli adulti (ricordiamo che comun-

que gli oggetti interni comportano una irripetibilità individuale e pertanto si può parlare solo di prototipi), non inficia la funzione fondamentale dell'oggetto-interno-seno e cioè quella di fungere da matrice per innescare la costruzione delle catene simbolopoietiche (Imbasciati, 2006a, b), che costituiscono lo sviluppo di tutte le successive capacità operative della mente.

La differenza tra i due prototipi di oggetto-interno-seno esiste tuttavia: e indubitabilmente tale differenza iniziale produrrà catene simbolopoietiche diverse e dunque strutture mentali differenti. Per questo è tutt'altro che trascurabile il dato anamnestico che un bimbo abbia avuto allattamento al seno piuttosto che artificiale, al di là di qualunque condizionamento biologico. Tale dato anamnestico è importante considerando la struttura psichica di un adulto, di una donna, la quale a sua volta allatterà.

Infatti, come più volte in vari passi di questo testo è stato descritto, la donna che fa un bimbo e che lo allatta (in un modo o in un altro), mette in atto nei suoi comportamenti relazionali e quindi in ciò che trasmette, o comunica, al suo infante, le strutture mentali sue primitive, quelle che si erano formate quando era bimba e veniva accudita dalla sua mamma. Quando si dice che la gravidanza, il parto, l'allattamento e l'accudimento del piccolo mobilitano in una donna le sue strutture affettive inconscie, si vuol significare che queste, a cominciare dai primi suoi oggetti interni, e dunque dal suo "seno interno", si riattivano e improntano il suo stile di accudimento, trasmettendosi al bimbo, che a sua volta le assimila usandole per la costruzione della propria mente.

Pertanto il fatto che una donna abbia costruito il proprio primo seno interno a seguito di allattamento naturale piuttosto che artificiale, potrà far sentire la sua differenza in ciò che la madre "farà" al piccolo, e gli infonderà a base della di lui mente. Le differenze tuttavia, come già enunciato, possono non essere decisive. Infatti quel Seno che si viene a costruire in un bimbo allattato al seno si è organizzato a seguito di molteplici afferenze sensoriali: non solo quindi quelle del contatto di pelle e della suzione di un capezzolo, ma anche di molte altre, presenti sia nell'allattamento naturale che in quello artificiale, tra le quali di primaria importanza sono quelle mediate dal modo con cui una madre tiene in braccio il suo bimbo, e soprattutto dalle organizzazioni delle afferenze visive inerenti al dialogo degli sguardi, che comunque avviene tra care-giver e neonato. Certamente l'allattamento artificiale non faci-

lita il dialogo degli sguardi (si ricordi il ritmo del bimbo: qualche succhiata e poi una pausa, in cui guarda la madre) e cambia anche le posture, oltre che far mancare le afferenze "di pelle"; ed inoltre comporta spesso un cambiamento continuo del caregiver, cioè della persona che dà il biberon, il che non facilita lo stabilirsi di codici di comunicazione. Tuttavia può avvenire ugualmente che una mamma che dà il biberon stabilisca un dialogo di sguardi (codice di comunicazione) e un dialogo di posture offrendo così al bimbo una condizione comunicativa altrettanto efficace, che gli permetta di costruire una sufficiente operatività mentale. Differenze dunque tra l'uno e l'altro tipo di allattamento possono sussistere, di un grado che dipende dalla singola situazione: nell'allattamento al seno la donna trasmette messaggi differenti, rispetto a quelli di un allattamento artificiale, tuttavia la composizione globale degli uni e degli altri può assumere un significato egualmente efficace, seppur differente, per il bimbo; dipenderà dalle capacità della madre.

In ogni caso una donna che allatta mobilita la sua struttura psichica primaria (quella che con termine approssimativo si dice affettiva inconscia), ovvero la sua fantasmatica. Tale mobilitazione si traduce in una comunicazione e questa serve da base per l'iniziale costruzione della mente neonatale. Di qui la transgenerazionalità (Imbasciati, 2004 a, b).

La fantasmatica interna di una madre che allatta, così come dell'interiorità psichica di ogni individuo, non si limita però a quanto abbiamo sommariamente indicato come oggetto-interno-seno. Da tale oggetto, o meglio, secondo quanto oggi in psicoanalisi più adeguatamente si inferisce, dagli oggetti interni primari, si articolano i processi mentali successivi, descrivibili secondo lo sviluppo a rete delle catene simbolopoietiche (Imbasciati, 2006a, b), o nei più tradizionali termini di fantasie, angosce, conflitti. Nello sviluppo psichico femminile sono state in dettaglio descritte le progressive immagini fantasmatiche che caratterizzano lo sviluppo psicosessuale femminile (Imbasciati, 1990), dalla bambina alla donna, con particolare riguardo a quelle "immagini" che nella mente della bimba si sono costruite a seguito dei suoi pensieri circa gli organi genitali, propri e per contro maschili, e intorno al modo con cui un corpo femminile – la mamma e in futuro la bimba diventata donna – fa i bambini.

Rimando al succitato testo per una descrizione esauriente, ricordiamo qui come nella situazione della gestante e poi della puerpera che allatta, tutto

il mondo fantasmatico dello sviluppo psicosessuale femminile viene a riattivarsi; ed è questo che impronta le modalità con cui una madre “tratta” il suo bimbo, con particolare riferimento alle fantasmaticherie dell'allattamento. Le modalità con cui una madre allatta il suo bimbo veicolano, tutte, dei significati: sono questi, insieme a tanti altri significati, veicolati durante la gestazione e l'accudimento attraverso molteplici significanti³ sensoriali, che strutturano la mente del futuro individuo, nella ottimalità mentale piuttosto che nella conflittualità e nella psicopatologia.

L'attivazione della fantasmatica genera dunque la prima impronta che la struttura psichica materna dà alla costruenda struttura mentale del bimbo: una strutturazione irripetibilmente individuale, così come irripetibile è la struttura psichica di ogni singolo umano, in questo caso di ogni singola donna.

Come per tutti gli eventi mentali e relazionali primari, è qui in gioco anche lo psiche-soma, ovvero l'attivazione della fantasmatica della donna si esprime anche attraverso la fisiologia del suo corpo: le sue variazioni termiche, il suo ritmo cardiaco e respiratorio, la sua regolazione circolatoria, il suo assetto ormonale, la sua secrezione lattea, i suoi odori sono tutti eventi psicosomatici che contengono messaggi che passano al bimbo e gli “insegnano” quella che sarà a sua volta la propria regolazione psicosomatica (cfr. gli studi di Hofer, riportati da Taylor, 1997).

La fantasmatica di una donna potrà essere improntata a un metabolismo mentale riparativo, e quindi creativo, oppure essere pregna di angosce, conflitti, fantasie terrifiche, aggressività, distruttività, qualora sia improntata a un metabolismo schizoparanoideo, vale a dire psicotico (Imbasciati, 2006b). L'una piuttosto che l'altra polarità, con tutti i gradi intermedi e le variazioni personalissime di ogni singola donna, si trasmetteranno in qualche modo al bimbo, creando difficoltà, maggiori o minori, al suo iniziale sviluppo psichico. Alcune di queste difficoltà possono essere clinicamente osservate coi metodi delle “infant observation” (Bick, 1964; Harris, 1978, 1980).

Sia la comunicazione psicosomatica, sia la comunicazione più propriamente psichica, veicolate dai comportamenti della madre e dalle variazioni psicosomatiche della sua fisiologia, possono offrire al bimbo situazioni ottimali, che facilitano il

suo sviluppo psichico, così come situazioni difficili, fino a quel limite in cui si parla di una strutturazione mentale patologica. Si tratta in questi casi di una relazione madre-bimbo che crea a questi (ma anche alla donna) situazioni di estrema difficoltà, psichica e psicosomatica. Con processi simili abbiamo le ipogalassie, o le agalassie, o comunque il rifiuto (spesso poco cosciente) di allattare, o la trasmissione al bimbo di un messaggio che gli fa rifiutare il seno (il neonato non si attacca), o il maldesto offrire il capezzolo con eventuali formazioni di ragadi e relative ulteriori difficoltà; così pure abbiamo quelle difficoltà di contatto madre bimbo che sono alla base della formazione della crosta lattea, o ancora il rigurgito che diventa vomito, le alterazioni dei ritmi sonno veglia del bimbo; o comunque disregolazioni somatiche, nonché strutture psichiche non ottimali, che possono andare dall'irrequietezza all'ipercinesia, dal ritardo psicomotorio al ritardo mentale successivo, o a strutture di fondo di tipo psicopatologico.

La panoramica suesposta rende conto del rilievo che le strutture mentali profonde (“affettive”) della donna possono avere per l'espletamento del periodo perinatale e postnatale, e soprattutto per il futuro del bimbo. Incentrate sul “seno”, sia esso mammella reale, sia oggetto interno della donna attivato dal richiamo a una situazione che comunque rimanda al seno reale produttore di alimento per il bimbo (imponentemente segnalato dalle modificazioni anatomofisiologiche che la mammella subisce e fa sentire alla donna), le dinamiche che hanno luogo durante l'allattamento meritano il massimo rilievo per il futuro del bimbo. Il seno dispiega così la sua potenza: creatrice, se lo sviluppo della donna fu ottimale; oppure fonte di disagi, psichici e somatici, nella diade madre-bimbo. E spiega anche, a mio avviso, la connessione con l'erotismo, in cui il seno reale è oggetto di interesse, narcisisticamente per la donna, attrattivamente per il maschio: vestigia qui, purtroppo obliterata dalla cultura attuale, che la sessualità non può esser disgiunta dalla creatività, quella carnale in primis.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bick E. (1964), Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. In: Bonaminio V., Jaccarino A. (a cura di), *L'osservazione diretta del bambino*. Torino: Boringhieri, 1984.
- Harris M. (1978), *Collected papers of Martha Harris and Ester Bick*. Perthshire: Clunie Press.
- Harris M. (1980), *L'osservazione del bambino*. In:

³ Si ricorda la differenza tra significante e significato (cfr. Imbasciati, 1998).

- Speziale-Bagliacca R. (a cura di), *Formazione e percezione psicoanalitica*. Milano: Feltrinelli.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*. Milano: Angeli.
- Imbasciati A. (1991), *Affetto e rappresentazione*. Milano: Angeli.
- Imbasciati A. (1994), *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*. Torino: UTET Libreria.
- Imbasciati A. (1998), *Nascita e costruzione della mente: la teoria del Protomentale*. Torino: UTET Libreria.
- Imbasciati A. (2004a), Um suporte teorico para a transgenerationalidade. *Rev. Brasileira de Psicáanalise*, 38(1), 181-201.
- Imbasciati A. (2004b), A Theoretical Support for Transgenerationality. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 83-98.
- Imbasciati A. (2005), *Psicoanalisi e Cognitivismo*. Roma: Armando.
- Imbasciati A. (2006a), *Constructing a mind*. London: Brunner-Routledge.
- Imbasciati A. (2006b), *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati A., Margiotta, M. (2004), *Compendio di psicologia clinica per operatori sociosanitari*. Padova: Piccin.
- Taylor G.I. (1987), *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. Roma: Astrolabio.

4.6 ALLATTAMENTO E RELAZIONALITÀ

(Francesca Dabradi)

4.6.1 Il triangolo dell'allattamento: il neonato, la madre e la società

Da sempre l'allattamento è considerato, nel panorama storico e sociale, un tema di grande attualità, soggetto a forti discussioni che risentono di pressioni provenienti dall'organizzazione sociale (e.g., abbiamo sempre più donne inserite nel mondo del lavoro), da questioni economiche (e.g., la presenza sul mercato di latte artificiale sempre più perfezionato in grado di rispondere alle esigenze di – e a sostituire? – una madre lavoratrice) e da influenze ideologiche (e.g., se da un lato le correnti naturiste ed ecologiste e le ricerche psicologiche sulle relazioni primarie sollecitano le donne ad allattare naturalmente, dall'altro in nome di un femminismo sempre più pressante si richiede che le prime cure del neonato vengano sempre più condivise con la figura paterna). Inoltre, la scoperta di un neonato “competente”, capace di elaborare stimoli e di agire attivamente sul mondo circostante, ha indotto gli studiosi a cercare risposta ad antichi dibattiti quali il rapporto *nature-nurture* (ovvero il ruolo della natura e dell'esperienza), l'individuazione di periodi critici (cioè di fasi precise dello sviluppo entro le quali devono avvenire l'acquisizione di certe funzioni), l'importanza della ritmicità nello sviluppo di competenze cognitive e relazionali (Giovannelli, 1997). In questo senso l'allattamento costituisce un tema di ricerca molto proficuo soprattutto per quanto concerne l'osservazione della ritmicità spontanea del neonato (la cosiddetta suzione nutritiva), del progressivo stabilizzarsi di ritmi reciproci tra madre e bambino e dell'evolversi di una struttura comunicativa nella diade (proto-dialogo). È proprio intorno

all'alimentazione che si sviluppa uno degli assi d'interazione più precoci tra madre e bambino, su cui si appoggeranno alcuni stadi successivi.

Alla nascita il neonato presenta tutta una serie di competenze neurofisiologiche funzionali particolarmente ben sviluppate per quanto riguarda il comportamento di suzione: il riflesso dei punti cardinali insieme alla rotazione della testa, il riflesso di fuga, il riflesso di suzione e di deglutizione, i tentativi di prensione con le dita (*grasping*). Si può notare come fin dalla nascita ogni neonato presenti differenze individuali: abbiamo bambini “voraci” ma anche “piccoli mangiatori”; quelli con un ritmo di suzione rapido, quasi senza pausa, e quelli con un ritmo di suzione lento e con molte pause; bambini che attendono con tranquillità l'arrivo del momento dell'allattamento e bambini che invece piangono e si agitano fortemente; quelli che succhiano con occhi aperti e quelli che lo fanno ad occhi chiusi. Ci sarebbe da domandarsi quale possa essere l'origine di tali differenze. Una prima spiegazione si potrebbe rintracciare nel tipo di relazione che si instaura tra madre-bambino che regola, già dalla seconda settimana di vita, il comportamento e la fisiologia stessa del bambino (Stern, 1977, Emde e Robinson, 1979). Un bambino che ha molta fame, richiamerà a gran forza la madre perché soddisfi il suo bisogno. A seconda di come la madre risponderà alla sua richiesta, se lo farà subito, se deciderà di farlo attendere, se sarà contenta di poterlo allattare o se, invece, proverà sentimenti di scoccatura e di fastidio nel farlo, il bambino si appresterà al seno in modo diverso. Possiamo avere anche situazioni contrarie dove il bambino non ha fame, o comunque non richiede di essere allattato, ma la madre sente la

necessità di farlo lo stesso, questo bambino verosimilmente presenterà un ritmo di suzione e di attaccamento al seno completamente diverso dal caso precedente e, forse, questa volta sarà il bambino ad essere “scocciato” e a protestare. Ma quando il bambino impara questi comportamenti? Sappiamo da Janniruberto e Tajani (1981) che già a 12-13 settimane di gestazione un feto mostra i primi atti di suzione e deglutizione e che a 15 settimane lo si può osservare mentre introduce il pollice in bocca e inizia a succhiare (cfr. cap. 1.3). Inoltre, a 14 settimane aumenta o diminuisce l'introduzione del liquido amniotico alla presenza di sostanze zuccherine piuttosto che amare, mostrando in questo modo una capacità di percezione gustativa precoce. Anche la capacità olfattiva è già sviluppata tra l'undicesima e la quindicesima settimana di gestazione: i neonati sono in grado di riconoscere gli stimoli olfattivi esperiti in epoca fetale e sono attratti dall'odore degli umori e del latte materno. Tutte queste esperienze, che potremmo considerare come precursori delle esperienze che si hanno durante l'allattamento, vengono elaborate a livello percettivo dal feto che è in grado di riconoscerle, discriminarle e registrarle a livello mnestico. Inoltre, sappiamo da molti studiosi che le emozioni provate dalla madre durante il periodo di gravidanza comportano una ricaduta a livello di neurotrasmettitori e ormoni nel sistema circolatorio materno e in tutti gli altri parametri corporei, cambiamenti che abbiamo visto essere percepiti dal feto (per una rassegna, Imbasciati, Margiotta, 2005, cap. 8). Allora, se già dalla quindicesima settimana di gestazione un organismo fetale è in grado di fare esperienze dei cambiamenti umorali e corporei della madre, di avvertire i suoi cambiamenti di stato, ed è già in grado di succhiare (comportamento messo in atto non per soddisfare il bisogno di fame), verosimilmente possiamo pensare che quella relazione madre-bambino che osserviamo alla nascita, regolatrice del suo stesso comportamento, abbia in realtà le sue radici già a livello fetale e sia l'esperienza che influenzerà il suo modo di proporsi nell'interazione dell'allattamento. Infatti, se pensiamo che i primi apprendimenti (e quindi le prime esperienze) di un organismo fetale iniziano a strutturarsi già a partire dal terzo trimestre di gravidanza, quando lo sviluppo sensoriale e motorio è tale da permettere al feto di entrare in relazione con l'ambiente uterino e col corpo materno, forse possiamo far risalire tali differenze all'esperienza relazionale che avviene in utero.

Sembra che la suzione costituisca per il bambi-

no, e non solo per il feto, un bisogno in sé, non legato solo alla nutrizione: è possibile notarlo soprattutto in quei lattanti che consumano troppo velocemente il loro pasto e che ricercano un modo di prolungare il tempo di suzione o portando alla bocca le proprie dita o altri oggetti. In effetti, potremmo considerare il momento dell'alimentazione il prototipo delle interazioni umane: non è costituito unicamente dalla suzione e dalla soddisfazione della fame, ma è caratterizzato anche da tutti quei contatti corporei, quelle parole, quegli sguardi o dondolamenti materni che Winnicott raccoglie nel termine di “handling” (cfr. cap. 7.3).

Nel manifestare i propri bisogni il neonato mostra tutta una serie di caratteristiche proprie (definite tutte insieme con il termine “temperamento”⁴) che attivano e regolano l'interazione con la madre: è in questo modo che comunica con essa e stessa cosa fa la madre nel momento in cui risponde (o meno) alle sue manifestazioni. Il bambino memorizza le risposte che sono costituite da contatti, sguardi, suoni, ecc., e “apprende” che cosa sta succedendo tra lui e la madre. È la capacità dell'adulto di entrare in relazione con il piccolo, di capire e dare significato alle sue comunicazioni che configura la qualità della relazione entro la quale si trasmette lo stile di attaccamento al bambino.

L'allattamento al seno favorisce il cosiddetto “dialogo degli sguardi” che pare essere la situazione privilegiata per i primi apprendimenti. Sono stati studiati gli sguardi della mamma che allatta insieme ai movimenti degli occhi del neonato e si è visto come man mano si stabiliscono delle corrispondenze, quasi che ci fossero dei codici di comunicazione oculo-motori che hanno un qualche significato. Non sappiamo ancora cosa comunica la madre e cosa recepisce il bambino (e, nel caso, cosa memorizza), ma pensiamo che sia importante per la qualità della relazione che si instaura.

Vediamo quindi come non vi siano solo i fattori che riguardano il lattante, ma anche tutte le attitudini che riguardano la madre: queste dipendono dal comportamento del bambino, dalla sua capacità di apprendimento o adattamento alle nuove situazioni,

⁴ Il termine viene usato per indicare una serie di caratteristiche “pre-psicologiche” del bambino presenti alla nascita, quali i livelli di attività comportamentale, i livelli di attività del sistema nervoso autonomo, la disponibilità a farsi calmare, la durata dell'attenzione e la distraibilità, la reattività emotiva, la modalità e la quantità di pianto, la soglia di sensibilità agli stimoli e la reattività agli stessi, ...

ma anche dalle caratteristiche di personalità della mamma stessa, dall'esperienza vissuta in gravidanza e dall'atteggiamento (consapevole o meno) che ha rispetto al proprio ruolo materno (Imbasciati, Margiotta, 2005 cap. 10).

La stessa gravidanza è stata definita dalla Bribing (1959) un periodo di "crisi maturativa", indicando così un momento evolutivo di integrazione e rielaborazione della risoluzione dei precedenti conflitti infantili e degli equilibri psichici che la donna aveva stabilizzato. La crisi può essere vista nelle sue connotazioni positive di maturazione, ma anche nella sua valenza di vulnerabilità che lascia spazio a possibili rischi sul piano psicologico: le donne che hanno raggiunto un buon equilibrio psichico ed una buona accettazione di sé sono in grado di affrontare la gravidanza e la maternità in modo migliore; al contrario, le donne che non hanno raggiunto una loro autonomia e una differenziazione dei propri confini personali e del proprio spazio interno vivranno il periodo della gravidanza come un momento di difficoltà caratterizzato da ansia per il proprio corpo, per il feto, per il parto e per il futuro rapporto con il bambino. In questo secondo caso molto probabilmente si tratta di donne che non sono state in grado di avere una identificazione, il più possibile non conflittuale, con l'immagine materna, provocando pertanto scompensi psicopatologici che possono influenzare in modo negativo la formazione del legame genitore-bambino e l'avvio del momento dell'allattamento. Questo si può ripercuotere non solo sullo sviluppo psicologico del bambino, ma anche su quello somatico. Infatti, se prendiamo in considerazione la prospettiva di Hofer (1978) secondo cui la madre svolge per il bimbo una funzione di "regolatore biologico e comportamentale" attraverso il contatto corporeo e l'allattamento, nel caso di un'esperienza primaria di sintonizzazione costantemente carente avremo più probabilità che il bambino si ammali fisicamente o sviluppi un disturbo del comportamento. Una madre che è capace di "godere" delle gioie dell'allattamento, di comunicare amore al suo bambino mentre lo allatta, che lo guarda con uno sguardo particolare, è una madre che sta creando le basi affinché avvenga lo sviluppo della "mente emozionale", garanzia per uno sviluppo di una "mente cognitiva".

Infine, il terzo, ma non ultimo, fattore che interviene in questo scambio di interazioni è quello che riguarda la società, i significati culturali che l'alimentazione assume e le norme dell'allattamento,

dello svezzamento e dell'alimentazione che impone. In ogni epoca la scelta delle donne di allattare o meno al seno è sempre stata subordinata ai valori della cultura dominante (Knibielher, Fouquet, 1982; De Palo, Oliverio Ferraris, 1991). L'allattamento, al contrario di quello che si pensa, non è tanto un comportamento naturale quanto piuttosto soggetto alle influenze culturali del momento (Hastrup, 1992). Ripercorrendo la storia di questa pratica vediamo come il neonato, nel corso del tempo, sia stato non solo allattato al seno dalla madre biologica, ma anche dalla balia (il cosiddetto allattamento baliatico), oppure alimentato con latte animale (di capra, mucca, asino) o con miscugli alimentari somministrati con corni perforati o poppai rudimentali (che possiamo considerare i precursori degli attuali biberon).

In particolare, la scelta di allattare o meno al seno è sempre stata determinata da una varietà di fattori sociali, economici e culturali (Matthews Greco, 1991): in Europa tra il 1400 e il 1800, per esempio, l'allattamento naturale era praticato solo dalle popolazioni rurali e dai "grandi poveri" delle città, mentre era considerato un'attività animale degradante dalle classi superiori, le quali si rivolgevano alla pratica dell'allattamento mercenario (baliatico), insieme a tutti coloro che avevano aspirazioni di mobilità sociale. La scelta della balia non era dettata dal caso, ma considerata una questione molto importante e, per questo, gestita da precise regole sociali: la balia doveva mostrare buona salute fisica e psicologica (si riteneva che l'aspetto fisico fosse legato alle qualità interiori), essere irreprensibile, onesta, sincera, non dedita a comportamenti sessuali promiscui e di buoni sentimenti. Si riteneva infatti che attraverso il latte transitassero e venissero trasmesse al bambino le caratteristiche peculiari di chi allattava. Per le classi elevate, la scelta del baliatico era dettata anche dal bisogno di riprendere una vita sessuale di coppia (considerata per anni controindicata all'allattamento perché si riteneva che "sporcasse" il latte materno), di assicurare una discendenza numerosa e di riprendere al più presto, dopo il parto, le funzioni di rappresentanza delle donne. Per le classi meno abbienti, invece, la scelta poteva rispondere al bisogno per l'economia della famiglia che la donna riprendesse l'attività lavorativa (Le Roy Ladurie, 1983).

È nella seconda metà del XVIII secolo che si assiste ad una riscoperta dell'amore materno, della natura, della libertà e della tenerezza. È in questo

contesto storico che un personaggio come Rousseau, anticipando i nostri tempi, valorizza il legame affettivo dell'allattamento materno, sottolineando come questo avvenga con il contatto corporeo tra madre e figlio e come abbia il potere di "illuminare, trasfigurare, tutte le relazioni familiari". Da questo momento tra le classi privilegiate e colte si diffonde la "moda della mammella" e l'idea che per una buona riuscita dell'allattamento si dovesse attaccare il bambino al seno immediatamente dopo il parto; inoltre, il rifiuto di allattare veniva considerato al pari di un aborto. Viceversa, all'inizio di questo secolo assistiamo ad un nuovo declino della pratica di allattare al seno, in concomitanza sia alla produzione di diversi tipi di latte artificiale, sempre più adattati ai bisogni del neonato, che alla valorizzazione dell'indipendenza femminile e alla sua liberazione sessuale (Jodelet e Ohana, 1996).

È dagli anni Settanta, grazie anche alle scoperte mediche e psicologiche e all'emergere di correnti naturiste ed ecologiste, che l'importanza dell'allattamento materno viene ripreso. Nel 1956 nasce negli Stati Uniti la Leche League, un movimento tutt'ora molto diffuso che si propone di aiutare le donne che desiderano allattare fornendo informazioni e i supporti necessari per farlo.

Mentre nelle società occidentali l'allattamento artificiale perde terreno; ne acquista invece nei Paesi in via di sviluppo con conseguenze di morbidità e mortalità infantili a causa di un contesto economico e igienico-sanitario deprivato in cui viene attuato. Questi esiti negativi hanno avuto forti ripercussioni istituzionali tanto che l'OMS e l'UNICEF (cfr. cap. 4.3) hanno dato avvio a numerose azioni di informazione e promozione che sono confluite, dopo il 1991, nel WABA, un'associazione internazionale che ogni anno dedica una settimana mondiale all'allattamento al seno.

Jodelet e Ohana (1996) affermano che, a dispetto delle campagne promozionali per il ritorno al seno, l'allattamento è ancora una "pratica labile", non consolidata. Inoltre, sottolineano come questa bassa incidenza sia in contrasto con quanto le donne affermano nei sondaggi e nelle inchieste su vasta scala a proposito del loro desiderio di allattare. Forse la causa di questa discrepanza – provano ad ipotizzare – risiede nell'ambivalenza delle pratiche sanitarie e ospedaliere, che sono rappresentate come "guardie" che impediscono l'allattamento: il neonato non sempre viene attaccato subito al seno, dipende dalla situazione ospedaliera del momento

(il numero dei parti della giornata, il numero del personale ostetrico a disposizione, la sensibilità della singola ostetrica, ...). La maggior parte delle volte, a causa della dimissione in seconda giornata, le donne tornano a casa con la preoccupazione di non essere in grado di poter allattare il proprio bambino o di non essere capaci di farlo. Il risultato è che magari la prima poppata risulta essere deludente, faticosa per il neonato che non riesce ad attaccarsi, e dolorosa per la madre che decide ben presto di rinunciare all'allattamento materno.

4.6.2 L'"ormone dell'amore": tra allattamento e bonding

L'allattamento rappresenta per le madri un'esperienza emotivamente coinvolgente, che sentono di condividere con il loro bambino e che non riguarda solo un nutrimento fisiologico, ma anche sociale e psicologico per loro stesse e per i loro piccoli (Newton, 1971; Newton e Newton, 1967; Wiesenfeld *et al.*, 1985). Nonostante questo, le ricerche si sono concentrate soprattutto sugli aspetti fisiologici ed immunologici del latte materno, prendendo meno in considerazione l'esperienza psicologica che l'allattamento stesso rappresenta e il ruolo che potrebbe avere nello sviluppo del bonding materno e della relazione madre-bambino.

Kennell e Klaus furono i primi a trattare il concetto di bonding materno (1976), ipotizzando l'esistenza di un breve periodo, appena dopo la nascita, durante il quale si svilupperebbe un legame affettivo molto forte tra la madre e il suo bambino. Secondo questa formulazione, se per qualche motivo questo contatto non viene permesso, viene compromessa la capacità della madre di saper creare questo legame con la possibilità di avere conseguenze negative nel breve o nel lungo termine, come il fornire cure inadeguate, trascuratezza, abbandono, abuso o maltrattamento (Schaffer, 1994). La funzione dei comportamenti di bonding è, invece, proprio quella di assicurare la vicinanza della madre al suo bambino (Maestripieri, 2001a): il seno e il torace materno scaldano un neonato più velocemente di un'incubatrice, quasi che la madre sia stata "costruita" apposta per tenere al caldo il bimbo. In questo modo un neonato tenuto sul ventre materno è più tranquillo, riconosce il calore della madre, la sua voce, l'odore del seno così simile a quello del liquido amniotico in cui è stato immerso per nove mesi.

Ed è proprio nel primo periodo postpartum che la circolazione materna dell'ossitocina⁵ raggiunge il picco massimo. Alcune ricerche hanno indagato l'esistenza di un legame tra i livelli di ossitocina e il bonding materno: i risultati mostrano come a livelli elevati del peptide corrisponda una maggiore predisposizione da parte della donna a formare legami con i loro bambini e a mostrare comportamenti di affiliazione (Carter, 1998; Klaus, 1998; Kennell, Klaus, 1998). Molte ricerche condotte sugli animali mostrano come il comportamento materno sia mediato da questo ormone (Kendrick et al., 1987; Maestripieri, 2001 a; Pedersen et al., 1982), ma gli stessi studi sugli esseri umani non hanno riportato risultati ugualmente significativi (Eyer, 1992; Lamb, 1983). Lamb (1983) ha però precisato che le ricerche condotte con gli animali riguardano soprattutto ungulati e roditori, raramente primati. A questo proposito Lamb afferma che "è improbabile che un comportamento così complesso e plastico come quello della genitorialità sia così strettamente e criticamente dipendente dagli inneschi ormonali e da pattern di comportamento preorganizzati" (ibidem, pag. 489).

I pochi studi esistenti sugli umani mostrano come le madri che allattano al seno rispetto alle donne che allattano artificialmente tendono ad essere più responsive ai bisogni dei loro piccolini (Wiesenfeld et al., 1985), tendono a toccarli di più sia durante il momento dell'alimentazione che nel gioco (Bernal, Richards, 1970; Kuzela, et al., 1990) e tendono ad avere maggiori contatti visivi (Lavelli, Poli, 1998). Recentemente, Mezzacappa e Katkin (2002) hanno esaminato gli effetti dell'allattamento al seno rispetto allo stress e allo stato d'animo materno: sembra che l'allattamento al seno sia cor-

relato ad un minore percezione di stress, anche se parallelamente non si ha un miglioramento nello stato d'animo.

Ma, se è vero che mancando il contatto precoce si possono avere conseguenze negative (posizione peraltro criticata da parecchi autori, tra cui Lamb, 1983, e Maestripieri, 2001a), è altrettanto vero che cercare di accelerare la formazione di un legame "imponendo" un contatto precoce a quelle madri che non si sentono ancora pronte a sostenerlo non ha di certo degli effetti positivi. È anzi probabile che quello che verrà trasmesso a livello non verbale sarà proprio la difficoltà della madre di avvicinarsi al bambino e di prendersi cura di lui, comunicazione che passerà attraverso il suo corpo, il suo sguardo e probabilmente anche dal suo odore. Gli stessi Kennell e Klaus, che avevano promosso il contatto precoce andando a modificare le pratiche ospedaliere del tempo, si sono poi ricreduti su questa posizione: "non è verosimile che una relazione su cui si basa tutta la vita dipenda da un singolo processo (il contatto precoce subito dopo la nascita)", riconoscendo che il bonding non richiede per forza un contatto pelle-a-pelle nel primo periodo post-partum, ma che potrebbe facilitarlo. "Vi sono molte altre strade sicure per arrivare a manifestare l'attaccamento" (1976; si veda anche Kennell e Klaus, 1984).

L'associazione internazionale Leche League suggerisce a questo proposito che devono essere "quella" madre e "quel" bambino a dover trovare un loro modo per stare insieme e solo in questo modo potrà essere facilitato l'arrivo della montata lattea della donna. Non è pertanto auspicabile costringere una donna a tenere sul ventre il proprio bambino appena nato solo perché è una pratica ospedaliera che segue la "moda" del momento (abbiamo visto il ruolo della società e della cultura), ma bisognerebbe lasciare a lei la scelta dei modi e dei tempi di quell'"incontro". È solo in questo modo che potrà non vivere l'allattamento come un evento costringitivo, minaccioso per il suo ruolo di donna, moglie, professionista, ...

Detto questo, ci si chiede se l'allattamento artificiale può in qualche modo alterare lo sviluppo del rapporto madre-bambino. Belsky sostiene all'interno del suo modello sulla genitorialità che, "poiché il funzionamento parentale è determinato da fattori che provengono dalle caratteristiche del genitore, da quelle del bambino e da quelle della famiglia e del contesto sociale in cui è inserito il rapporto madre-bambino, è ragionevole pensare che nessun singolo fattore eserciterà un effetto uniforme sulla

⁵ È un ormone secreto dall'ipotalamo, che viene poi richiamato nella parte posteriore dell'ipofisi, detta neuroipofisi, e di lì immesso nel circolo sanguigno con brevi e improvvisi picchi. È l'ormone specifico per il riflesso di eiezione del latte, mentre la prolattina è specifica per il controllo della produzione e della secrezione. Non solo: esso è coinvolto anche durante il momento del travaglio e durante i rapporti sessuali. Sembra che, sia durante la masturbazione, che durante un orgasmo, vi siano picchi rilevanti di dismissione dell'ossitocina e che, in questo secondo caso, faciliterebbe l'incontro tra l'ovocita e lo spermatozoo, probabilmente causando contrazioni uterine. Addirittura, sembra che persino il feto, all'inizio del travaglio, produca ossitocina. Per questo motivo Newton l'ha definito "l'ormone dell'amore". Sarebbe interessante verificare se, all'inverso, non sia la predisposizione psichica all'amore a produrre ossitocina.

funzione genitoriale” (Belsky, Rosenberger, e Crnic, 1995). Pertanto, secondo questo modello (1984), quando un elemento del processo genitoriale diviene meno affidabile, probabilmente gli altri elementi che lo caratterizzano possono compensare la mancanza nelle funzioni genitoriali. Per esempio, una madre che decide di allattare artificialmente può essere comunque molto sensibile e responsiva ai bisogni del suo bambino.

Pertanto, non dobbiamo pensare che esistano cure ideali, più perfette di altre, ma piuttosto cure “sufficientemente buone” (con le parole di Winnicott): cioè anche se forse imperfette, basta che siano adeguate per lo sviluppo normale del bambino e della relazione. Malgrado il pregiudizio culturale, la cura fornita da altre figure parentali che non siano la madre non è predittiva di un rapporto madre-bambino di qualità povera (Erel et al., 2000; National Institute of Child and Human Development Early Child Care Research Network, 2000; Scarr, 1984; Scarr et al., 1989). E se la cura delle figure non materne è abbastanza buona, possiamo ritenere che le cure dalle madri che allattano in modo artificiale può essere anch'essa abbastanza buona. In conclusione, l'allattamento al seno non è uno stato né necessario né sufficiente per lo sviluppo di un rapporto madre-bambino di alta qualità.

È importante tenere presente che tutto ciò che è benessere o malessere per la mamma “passa” al bambino e rappresenta uno dei nutrimenti del suo sviluppo. Qualunque cosa la mamma faccia, che decida di allattare al seno o con il biberon, quello che è importante è la qualità della relazione che s'instaura, la quale, come abbiamo visto in precedenza, si basa sulla capacità di sintonizzazione e di intesa con il proprio bambino. È un problema di “disponibilità affettiva”: anche se abbiamo una mamma molto indaffarata, riuscirà ad allattare il suo bambino (al seno o anche artificialmente) guardandolo negli occhi e cercando nello stesso tempo le cose in cucina; al contrario, se abbiamo una mamma depressa, anche se allatterà al seno, sarà poco disponibile a guardare il suo bambino, ma gli darà da mangiare in modo meccanico. Ogni diade lattante-madre rappresenta un sistema aperto, unico e irripetibile, caratterizzato da ritmi e modelli interattivi che sono specifici di quella coppia, e influenzato da un'infinità di variabili (fattori psicologici del bambino, quelli della madre, fattori biologici dell'uno e/o dell'altro, fattori sociali, ecc.).

Abbiamo visto come alcuni autori sostengono che il periodo precoce del postpartum sia un

momento “sensibile” (e non critico!) per lo sviluppo del bonding materno, caratterizzato da una propensione maggiore da parte della madre di fornire cure ai figli (Maestripieri, 2001b), ma è altrettanto vero che “periodo sensibile” non significa escludere l'eventualità che ciò non possa accadere anche dopo. Il bonding è un processo che si sviluppa con il tempo e non è necessariamente innescato dall'ossitocina, anche se sicuramente l'esperienza dell'allattamento può favorire il suo sviluppo.

Man mano che le ricerche sull'allattamento vanno avanti, diventa sempre più evidente la complessità dell'argomento e la difficoltà a giungere a risultati generalizzabili, in grado di dare risposte definitive, né tantomeno risultati su cui basare comportamenti prescrittivi con lo scopo di sedare le ansie delle madri.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Belsky J. (1984), The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky J., Rosenberger K., Crnic C. (1995), Maternal personality, marital quality, social support and infant temperament: Their significance for infant-mother attachment in human families. In: Pryce C.R., Martin R.D., Skuse D. (a cura di), *Motherhood in human and nonhuman primates; Schultz-Biegert Symposium*. New York: Karger.
- Bernal J., Richards M.P.M. (1970), The effect of bottle and breastfeeding on infant development. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 247-252.
- Bibring G.L. (1959), Some consideration of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic study of the child*, 14, 113-121.
- Carter C.S. (1998), Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 779-818.
- De Palo L., Oliverio Ferraris A. (1991), Un affare da uomini. Risvolti psicologici e sociali dell'allattamento nella Firenze rinascimentale. *Psicologia Contemporanea*, 106, 33-39.
- Emde R.N., Robinson J. (1979), The first two months: recent research in developmental psychobiology and the changing view of the newborn. In: Noshpitz J.D. (a cura di), *Basic Handbook of Child Psychiatry*. Vol. 1. New York: Basic Books.
- Erel O., Oberman Y., Yirmiya N. (2000), Maternal versus nonmaternal care and seven domains of children's development. *Psychological Bulletin*, 126, 727-747.
- Eyer D.E. (1992), *Mother-infant bonding: A scientific fiction*. New Haven: Yale.
- Giovanelli G. (1997), *Prenascere, nascere e rinascere*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Hastrup K. (1992), L'allattamento al seno in Islanda nel

- XVII e XVIII secolo. Cultura e ragione. In: Maher V. (a cura di), *Il latte materno. I condizionamenti culturali di un comportamento*. Torino: Rosenberg e Sellier.
- Hofer M.A. (1978), Hidden regulatory processes in early social relationship. In: Bateson P.P.G., Klopfer P.H. (a cura di), *Perspective in Ethology*. Vol. 3. London: Plenum Press.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2005), *Compendio di Psicologia per gli operatori sociosanitari*. Piccin: Padova.
- Janniruberto A., Tajani E. (1981), Ultrasonographic study of fetal movements. *Seminars in Perinatology*, 5, pag. 175-181.
- Jodelet D., Ohana J. (1996), Rappresentazioni sociali dell'allattamento materno: una pratica sanitaria fra natura e cultura. In: Petrillo G. (a cura di), *Psicologia sociale della salute*. Napoli: Liguori.
- Kendrick K.M., Keverne E.B., Baldwin B.A. (1987), Intracerebroventricular oxytocin stimulates maternal behavior in the sheep. *Neuroendocrinology*, 46, 56-61.
- Kennell J., Klaus J.H. (1976), *Maternal-infant bonding*. St. Louis, MO: Mosby.
- Kennell J., Klaus M.H. (1984), Mother-infant bonding: Weighing the evidence, *Developmental Review*, 4, 275-282.
- Kennell J., Klaus M.H. (1998), Bonding: Recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review*, 19, 4-12.
- Klaus M.H. (1998), Mother and infant: Early emotional ties. *Pediatrics*, 102, 1244-1246.
- Knibielher Y., Fouquet C. (1982), *Histoire des mères*. Paris: Hachette Pluriel.
- Kuzela A.L., Stifter C.A., Worobey J. (1990), Breastfeeding and mother-infant interactions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 185-194.
- Lamb M. (1983), Early mother-neonate contact and the mother-child relationship. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 487-494.
- Lavelli M., Poli M. (1998), Early mother-infant interaction during breast- and bottlefeeding. *Infant Behavior e Development*, 21, 667-684.
- Le Roy Ladurie E. (1982), L'allattamento mercenario, *Prometeo*, 1, 2, 62-67.
- Maestripieri D. (2001a), Biological bases of maternal attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 79-83.
- Maestripieri D. (2001b), Is there mother-infant bonding in primates? *Developmental Review*, 21, 93-120.
- Matthews Grieco S.F. (1991), *Breastfeeding, wet nursing and infant mortality in Europe*. In: Matthews Grieco S.F., Corsini C.A. (a cura di), *Historical perspectives on breastfeeding*. Florence: UNICEF Istituto degli Innocenti.
- Mezzacappa E.S., Katkin E.S. (2002), Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*, 21, 187-193.
- National Institute Of Child Health And Human Development Early Child Care Research Network (2000), The relation of child care to cognitive and language development. *Child Development*, 71, 960-980.
- Newton N. (1971), Psychologic differences between breast and bottlefeeding. *American Journal of Clinical Nutrition*, 24, 993-1004.
- Newton N., Newton M. (1967), Psychologic aspects of lactation. *New England Journal of Medicine*, 277, 1179-1188.
- Pedersen C.A., Ascher J.A., Monroe Y., Prange A.J. (1982), Oxytocin induces maternal behavior in virgin female rats. *Science*, 216, 648-649.
- Scarr S. (1984), *Mother care, other care*. New York: Basic Books.
- Scarr S., Phillips D., McCartney K. (1989), Working mothers and their families. *American Psychologist*, 44, 1402-1409.
- Schaffer H.R. (1994), *Decisioni sui problemi socio-familiari riguardanti i bambini*. Padova: Piccin.
- Stern D. (1977), *The first relationship*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Wiesenfeld A.R., Malatesta C.Z., Whitman P.B., Granrose C., Uili R. (1985), Psychophysiological response of breast- and bottlefeeding mothers to their infants' signals. *Psychophysiology*, 22, 79-86.

5.1 "COSA SI PROVA AD ESSERE UN NEONATO"

(Stefano Benzoni)

Lo studio della genesi della vita mentale nei neonati costituisce una delle aree più inesplorate del rapporto mente-cervello e per tale ragione rappresenterà ancora a lungo una sfida per scienziati e filosofi. È noto che nel corso dei primi anni di vita extrauterina il cervello umano subisce modificazioni imponenti della sua organizzazione anatomica e funzionale: a quale stadio dello sviluppo cerebrale possiamo parlare di una mente? Quali sono le caratteristiche di questa entità teorica? Quando, nel corso dello sviluppo, l'uomo inizia a fare esperienza della realtà?

La maggior parte delle teorie sull'ontogenesi della mente postula l'esistenza di una qualche sorta di "senso di sé" nel neonato. Nelle distinte tradizioni di cui la psicologia dello sviluppo si compone, tale entità ha trovato nomi diversi corrispondenti tuttavia a famiglie di concetti molto simili tra loro. Studiosi autorevoli (Ammaniti, 1989; Bermúdez, 1998; Butterworth, 1992a; Della Vedova, Imbasciati, 1998; Gibson, 1993; Legerstee, 1998; Mancina, 1989; Neisser, 1993; Piontelli, 1987; Rochat, 1997; Siegel, 1993; Stern, 1985, 2004; Trevarthen, 1993) hanno parlato così di coscienza minima, senso del sé emergente, sé ecologico, sé biologico. Secondo il punto di vista prevalentemente espresso da tali posizioni i neonati sarebbero "consapevoli" di ciò che accade loro, già dai primi istanti di vita. In altre parole sarebbero già in possesso di una delle caratteristiche fondamentali della mente adulta, l'essere caratterizzata da una soggettività, la possibilità di dare vita ad esperienze fenomenicamente coscienti.

Tuttavia, nonostante la vastità di consensi ottenuti da queste posizioni, il percorso che ha portato a simili conclusioni nasconde passaggi delicati e, sorprendentemente, sembra essere rimasto impermeabile alla discussione scientifico-filosofica sul cosiddetto problema mente-corpo che pure ha avuto tanta risonanza in altri campi. Se l'attribuzione di coscienza fenomenica nell'adulto dipende dalla possibilità

di un resoconto verbale in prima persona degli stati intenzionali, l'attribuzione della stessa entità teorica ai neonati sembra un passo assai problematico.

Il consenso riguardo la coscienza del neonato e del feto si basa su evidenze sperimentali in cui si analizzano diversi pattern di risposte a stimolazioni sensoriali, sia di tipo comportamentale classico sia psicofisiologico (Meltzoff, Burton, 1979; Radeau, 1994; Rochat, 1997). I dati raccolti mostrano che neonati (Meltzoff, 1990; Neisser, 1993) e feti (Piontelli, 1987; Tajani, Ianniruberto, 1990) sono in grado di discriminare *pattern* complessi di stimoli uditivi, visivi ed in misura minore tattili, somministrati in diverse combinazioni e condizioni ambientali. Queste evidenze sono ritenute condizioni sufficienti per l'attribuzione di veri e propri stati percettivi, tali per cui è possibile ipotizzare che esista un flusso di esperienze ad essi legato. Tale attitudine necessariamente implica l'assunto che le "azioni" dei neonati siano strumenti affidabili per inferire sulle caratteristiche degli stati interni (mentali), il che a sua volta sembra dipendere dall'assunzione implicito e presperimentale che il cervello dei neonati sia "causalmente sufficiente" per rendere conto dell'esistenza di simili stati.

D'altra parte lo studio dello sviluppo mentale implica *per definizione* la possibilità che a un certo stadio gli esseri umani *non* siano dotati di *una mente* a causa del fatto che il Sistema Nervoso matura durante la gestazione.

Nonostante questo argomento ed alcuni tentativi di stabilire relazioni tra lo sviluppo cerebrale e lo sviluppo mentale (Burgess, Tavia, 1996; Joseph, 2000; Mancina, 1981; Scher, 1996; Zelazo, Zelazo, 1998), nessun lavoro ha sino ad oggi, a nostra conoscenza, testato sistematicamente le teorie dei Correlati Neurali della Coscienza (CNC) "valide" per l'adulto (Damasio, 2000; Dennett, 1991; Edelman, 1989; Metzinger, 2000; Nagel, 1986; Tononi, Edelman, 1998; Varela, 1997) alle condizioni funzionali del cervello immaturo per verificare se esse siano compatibili e quali siano eventualmente le conseguenze teoriche e empiriche di un simile confronto.

Questo tipo di approccio sembra particolarmente utile per analizzare il problema della coscienza fenomenica da un duplice punto di vista, il fatto che le esperienze occorrono sotto forma di un *flusso continuo* di eventi mentali dotati di qualità intrinseche, ineffabili e direttamente accessibili in prima persona (i cosiddetti *qualia*), ed il fatto che essi *si presentino a noi* in modo tale che la metafora “prospettiva in prima persona” ci sembri calzante per descrivere l’effetto che fa averle.

Se la possibilità di fare esperienza di un *flusso di eventi coscienti* dipende, così come dimostrato dalle più note teorie CNC (Varela, 1997; Tononi, 2004), dal funzionamento integrato e dinamico di regioni cerebrali anatomicamente segregate, allora una teoria dell’ontogenesi della mente non può affidarsi esclusivamente a studi di analisi comportamentale, ma deve rendere conto dello sviluppo di quelle proprietà funzionali del cervello necessarie affinché siano possibili stati percettivi coscienti, ossia dello sviluppo di comportamenti neuronali su vasta scala in grado di rendere conto della presenza di stati fenomenicamente coscienti.

La disarmonia evolutiva del cervello alla nascita (con le regioni profonde e le aree somoestesiche e motorie primarie molto più sviluppate del resto della corteccia), lo stato di parziale mielinizzazione delle fibre, le caratteristiche elettriche, biochimiche e dinamiche del funzionamento della corteccia immatura sembrano rendere molto problematica la compatibilità dei modelli CNC “validi” per l’adulto a queste condizioni funzionali-limite (Benzoni, 2004).

Poiché è improbabile che la mente si sviluppi nel tempo secondo un modello binario, da uno stadio di assenza della coscienza fenomenica ad uno di presenza, allora è anche implausibile che l’impressione soggettiva di avere (o essere identici a) un *flusso* di esperienze emerga come un fenomeno tutto-o-nulla: in tal senso è sensato supporre che la proprietà fenomenica “continuità” emerga progressivamente durante lo sviluppo in modo tale che le esperienze precoci si caratterizzino per il fatto di presentarsi, soggettivamente, come eventi “discontinui” (Benzoni, 2004).

Cercherò ora di entrare più specificatamente nel problema che ho scelto di illustrare: le possibilità di coscienza del neonato. L’argomento riguarda la neurofisiologia e la psicologia, ma anche quella particolare disciplina che oggi si denomina filosofia della mente.

Questa disciplina negli ultimi anni ha prodotto molti contributi abbastanza popolari, nel senso che

sono state prodotte molte teorie sul tipo di modalità con cui il cervello rende possibile l’esistenza di una vita mentale. Questo genere di teorie ha un lato, evidentemente molto speculativo e molto oneroso, molto complesso, e ne ha un altro invece più superficiale e anche più interessante. Oltre al già citato Edelman, ci sono altri filosofi della mente che hanno prodotto teorie, che sono diventate addirittura anche oggetto di sceneggiature cinematografiche. Oliver Sachs, neurologo statunitense, ha scritto per esempio alcuni libri filosofici sul tema, fra cui quello che ha ispirato il film “Risvegli”. Si tratta di eventi e discussioni interessanti per il dibattito comune. Ora più che cercare di rispondere in modo pedissequo al titolo implicito del mio intervento, che si concentra intorno alla domanda “Cosa si prova ad essere neonato?”, cercherò di affrontare quali sono le tipologie di problemi che si incontrano quando cerchiamo di rispondere.

Come primo problema dobbiamo definire l’oggetto di studio, porci il problema di che cosa stiamo parlando: quando si parla di mente, si può dire tutto e il contrario di tutto e, in un certo senso, concetti come quelli di “anima”, “psiche” e “mente” si intersecano in modo estremamente e filosoficamente ingestibile. Bisogna ridurre il proprio spazio di intervento e concentrarsi su un preciso oggetto, che non è necessariamente il migliore o esaustivo: se ne sceglie però uno solo per uno scopo pragmatico; per poter discutere di qualcosa bisogna decidere di cosa discutere.

Oggetto di studio

- Occuparsi di genesi della mente implica occuparsi di genesi della coscienza.
- È necessario distinguere la coscienza di ordine superiore dalla coscienza fenomenica.

Cercherò di parlare della ontogenesi della coscienza, cioè di come si sviluppa la coscienza, di quali sono i problemi dello studio dello sviluppo della coscienza nel neonato e prima nel feto. Il termine coscienza è estremamente vago: bisogna definire ulteriormente che cosa intendiamo con il termine coscienza. Molto sommariamente, superficialmente, si può dire che esiste una coscienza di ordine superiore, che è la nostra capacità di avere metarappresentazioni della realtà, cioè avere dei pensieri autoriflessivi. Chi mi sta leggendo sta pensando a cosa sto

dicendo, oppure ai fatti suoi, ma comunque sta pensando a contenuti della propria mente. Ognuno ha costantemente un'attività di monitoraggio di ciò che succede, ha un giudizio che cosa succede, programma che cosa farà fra cinque minuti, cerca di capire quello che legge e giudica se lo comprende, o se sa che si sta annoiando. Di questo aspetto della mente, che pure è interessante per la psicologia dello sviluppo, non ne parleremo qui, semplicemente perché si sviluppa più tardi che non nelle prime fasi della vita fetale o neonatale. Perché si possano avere della meta-rappresentazioni di sé, o dei pensieri autoriflessivi, è necessario che ci siano tutta una serie di condizioni del funzionamento del sistema nervoso centrale, che non ci sono alla nascita. È necessario che funzionino molto bene i lobi frontali che invece cominciano a funzionare dopo i sei mesi.

Ci occuperemo invece di coscienza fenomenica. La coscienza fenomenica è quell'insieme di proprietà o stati o contenuti (in questa materia definire le entità teoriche è abbastanza complesso) tali per cui ci fa un certo effetto esperire la realtà. Sotto ai pensieri meta-riflessivi che ognuno ha della realtà, esiste un'esperienza: quando si aprono gli occhi al mattino, dopo una notte di sonno senza sogni, si ha una esperienza della realtà, una sorta di film, una fotografia di quel che succede che è accompagnato da una impressione soggettiva: si hanno impressioni, sensazioni sonore, sensazioni tattili, fa un certo effetto essere noi stessi. Questa cosa non è affatto scontata: se accade, accade perché c'è un sistema nervoso centrale che funziona; quando il sistema nervoso centrale non funziona più, si smette di avere questa sensazione. Ora questa sensazione è una delle questioni più delicate dal punto di vista scientifico-filosofico, perché per riuscire a comprendere come studiare questa sensazione e come il cervello rende possibile questa nostra sensazione, di essere noi quando apriamo gli occhi, bisogna inventarsi delle cose che poi creano problemi abbastanza grossi.

Definizione oggetto di studio

- Un essere diventa fenomenicamente cosciente se possiede sensazioni soggettive (esperienze, ciò che si prova) della realtà.
- Essere fenomenicamente coscienti di un certo stato significa che ci fa una certa impressione soggettiva essere in quello stato, che si prova qualcosa ad essere in quello stato.

Un essere vivente è fenomenicamente cosciente se possiede sensazioni soggettive, cioè se fa delle esperienze, se prova qualcosa ad essere quell'essere in una certa particolare situazione. Non è affatto scontato: bisogna avere un cervello che funziona. Essere fenomenicamente coscienti di un certo stato significa che ci fa una certa impressione. Ora le caratteristiche di questa impressione sono fondamentali, perché è in base alle caratteristiche di questa impressione che, da Locke in poi, dalla fine del 1600 in avanti, noi consideriamo gli individui come quelle entità del mondo che sono caratterizzate da una mente. Apro e chiudo una parentesi molto rapidamente: è ovvio che qualcuno può anche sostenere che questa proprietà o stato della coscienza fenomenica dipenda dall'anima e l'anima è una sostanza metafisica, che vive dopo la morte. Questo attiene alle credenze personali, ma sta al di fuori del discorso scientifico-filosofico.

La coscienza fenomenica ha caratteristiche cruciali: 1) il nostro modo di giudicare se un individuo è un individuo, è precisamente il fatto che abbia una mente; allora il fatto che un individuo abbia esperienze soggettive legate al vissuto della realtà, è fondamentale perché abbia una mente. Dal punto di vista dello sviluppo, se c'è qualcosa da spiegare sulla genesi della mente, questo qualcosa deve avere in qualche modo a che fare con il sopraggiungere nell'ordine naturale delle cose, all'interno della vita di un individuo, di una coscienza fenomenica, cioè del fatto che l'individuo abbia esperienze, legate al suo stare nel mondo. Queste esperienze si caratterizzano per il fatto di essere connotate da una serie di qualità intrinseche: il fatto che ciascuno di noi percepisce dei colori, non è scontato; ci sono per esempio i soggetti daltonici che li percepiscono in modo completamente diverso. Quindi la sensazione soggettiva legata ad un certo colore non è scontata. 2) Un'altra caratteristica della coscienza fenomenica è il fatto che essa si presenta a noi sotto forma di un flusso di eventi: noi tutti abbiamo l'impressione di stare dentro ad un flusso di esperienze. Un'esperienza non è scandita da dei tempi, non abbiamo dei flash, ma è un film continuo. 3) La terza proprietà è che la coscienza fenomenica si presenta a noi in un modo tale, per cui la metafora "prospettiva in prima persona", per descrivere l'effetto che fa l'esserci, ci sembra calzante. Noi tutti apriamo gli occhi e abbiamo una prospettiva, una visione in prima persona sul mondo. Ditelo ad uno schizofrenico che delira e che ha una voce che gli parla, che ha un'altra persona dentro la sua testa, e

comprendere che la prospettiva unica di visione sul mondo non è affatto scontata. Quindi la coscienza fenomenica ha delle proprietà che non sono un dato dell'esistenza, ma una conquista dello sviluppo.

Ora abbiamo definito molto vagamente l'oggetto. Qual è il problema?

Quale problema?

- I neonati sono esseri fenomenicamente coscienti.
- A quale stadio dello sviluppo sono possibili esperienze di realtà?

Il problema è capire se i neonati sono esseri fenomenicamente coscienti, cioè se fa una qualche impressione "essere un neonato" e, anche più conservativamente, al posto di dire se i neonati sono fenomenicamente coscienti, possiamo chiederci se e a quale stadio dello sviluppo si diventa fenomenicamente coscienti. Il dibattito filosofico scientifico su questo tema è esorbitante, da un punto di vista della quantità di contributi. La maggior parte derivano dal campo della psicologia dello sviluppo, che a sua volta conosce una serie di tradizioni culturali spesso tra loro in contrasto, che stanno però tra loro convergendo proprio grazie ai contributi sullo studio degli eventi precoci. Questo dibattito nelle scienze psicologiche ha permesso la convergenza delle discipline delle scienze cognitive con le discipline delle scienze psicomotorie: fatto rilevante sul piano culturale.

Una risposta "autorevole" che riprenderemo alla fine, dice "non dubito che i bambini prima di nascere ricevano alcune poche idee dell'impressione che certi oggetti possano fare sui loro sensi nel grembo materno, come effetti inevitabili dei corpi che li circondano, oppure dei bisogni che hanno. Annovero tra queste idee se è permesso fare congetture su cose che non sono molto suscettibili di esame, quelle della fame e del calore" (Locke, 1690 p. 145 trad. it). Vedremo poi quello che è importante è che la stragrande maggioranza, forse la totalità dei contributi della psicologia dello sviluppo sulla genesi della mente sono sostanzialmente concordi con questa posizione.

La maggior parte delle teorie sull'ontogenesi della mente postula l'esistenza di una qualche sorta di "Senso di Sé" nel neonato, così con differenti sfumature si pronunciano Ammaniti (1989); Butterworth (1992a), Della Vedova, Imbasciati, (1998, 1999), Neisser (1993), Piontelli (1987),

Rochat (1997), Siegel (1993), Stern (1985, 2004), Thevarthen (1993).

Quasi tutte le teorie in questo campo postulano che si provi qualcosa ad essere un neonato: sicuramente ci sono delle esperienze alla nascita, tanto che quasi tutti parlano della presenza di una sorta di "senso di Sé" del neonato. Questa entità teorica che è il "senso di Sé" ha trovato nomi diversi: si è parlato di "senso di Sé ecologico", "senso di Sé emergente", "coscienza minima" di "senso di Sé neurale", di "senso di Sé biologico". Ho citato alcuni autori, ho fatto sicuramente torto a molti, ma era per dare una panoramica del fatto che c'è una moltiplicazione di contributi, da molti punti diversi, con una produzione molto florida.

Come si giunge a concludere che si prova qualcosa ad "essere un neonato" e che i neonati sono dotati di una sorta di consapevolezza di quello che accade loro intorno?

Si giunge sostanzialmente, con le dovute approssimazioni del caso, con un paradigma sperimentale classico: si analizzano dei modelli di analisi stimolo e risposta. Queste risposte possono essere risposte comportamentali classiche o risposte neurovegetative. Noi stimoliamo un neonato con una stimolazione sensoriale e registriamo la sua risposta nei termini di movimenti. Neurovegetativo nel caso che, al posto dei movimenti, ci accontentiamo di "misurare" variazioni della frequenza cardiaca, o respiratoria. Non c'è una grandissima differenza, nel senso che trattasi di comportamenti in ogni caso.

Naturalmente per gli studi che sono stati fatti sul neonato le strategie e le tecniche di indagine sono completamente diverse da quelle che vengono effettuate sul feto, e questo è ovvio, perché l'accessibilità dello sperimentatore al neonato è necessariamente diversa. Sui neonati sono stati condotti molti studi e da diversi anni: se ne sono occupati autori come Meltzoff (1990), Neisser (1993), Radeau (1994), Rochat (1997). Sul feto posso citare i lavori della Piontelli (1987) e della Tajani Ianniruberto (1990).

Per esempio si è visto che i neonati, stimolati con espressioni di volti umani, sono in grado di imitarle: si è scoperto che il volto della mamma è molto più efficace nell'elicitare risposte del neonato (Meltzoff, Moore, 1977). Ancora, ci sono gli studi sull'esplorazione orale e visiva di superfici lisce e ruvide: se si mette un ciuccio ruvido in bocca a un neonato, questi lo succhia, dopo di che, se gli si fa toccare una superficie liscia tolgono la mano, se

toccano invece una superficie ruvida, mostrano di riconoscerla: continuano infatti a toccarla, in un modo che viene misurato e che è statisticamente significativo. La differenza tra le due prove non avviene a caso, ma esiste con una preferenza per la superficie ruvida. Si dice dunque che i neonati "preferiscono" la superficie ruvida, il tipo di superficie a cui erano stati preventivamente stimolati (Meltzoff, Burton, 1979). Ci sono poi ancora i famosi esperimenti sul riflesso di orientamento: se con un dito o con un ciuccio si stimola la bocca, le regioni periorali, il neonato si girerà come per cercare il capezzolo della madre. Il neonato porta molto spesso le mani alla bocca, i movimenti sulla linea mediana sono i più semplici e quando i neonati si autostimolano nella regione periorale non hanno un riflesso di orientamento, non girano la loro bocca alla loro mano. Questo è stato preso come il segno del fatto che i neonati discriminano tra sé e l'altro, sono in grado di discriminare la propria mano da quella di un altro e quindi hanno una percezione cosciente della realtà, legata alla discriminazione tra sé e l'altro (Butterworth, 1992b; Rochat, 1997).

Gli studi sui feti possono essere condotti con vari metodi, ad esempio si possono somministrare stimoli sensoriali, inclusi quelli luminosi, attraverso i tessuti addominali della madre: il problema è semplicemente la fattibilità e la qualità delle registrazioni delle risposte. Oppure con una guida ecografica si misurano le variazioni del battito cardiaco. Si è dimostrato addirittura che se nel liquido amniotico si induce la presenza di una soluzione amara, diminuisce la suzione automatica del feto del liquido amniotico: evidentemente non la gradisce ovvero viene discriminata dall'amaro. Ancora tra la 26 e la 29 settimana di gestazione sono presenti risposte e stimoli uditivi e vibratorii con reazioni comportamentali complesse (movimenti spontanei e reazioni vegetative).

La metodica meno invasiva è quella di stimolare con stimolazioni acustiche: questo ha dato vita ad una serie di scuole di pensiero sulla opportunità di far sentire la musica classica ai bambini durante la gravidanza, o addirittura di sottoporli ad una "università prenatale", con una serie di corsi di lingua appositamente disposti sull'addome.

Da queste evidenze si inferisce che: 1) esistono esperienze alla nascita; 2) poiché il parto non può agire da evento "interruttore" per questa proprietà funzionale, esistono esperienze anche in utero. In altre parole se è vero che è il cervello a "rendere

possibili" esperienze alla nascita, è assurdo pensare che pochi secondi prima del parto il cervello sia incapace di rendere possibili certe esperienze e pochi secondi dopo le possa rendere possibili. Perciò, se esistono esperienze dopo il parto, esistono necessariamente esperienze anche prima. Questa posizione prescinde dagli studi sul feto, nel senso che noi potremmo raggiungere la conclusione che esistono esperienze prima del parto, indipendentemente dalle osservazioni effettuate sui feti in utero. Questo la dice lunga sul potere che questo tipo di affermazioni, relative alla proprietà della mente alla nascita, ha sulla nostra possibilità di fare ipotesi su quello che succede agli individui durante il loro sviluppo. Rovescio della medaglia è che tutto ciò non ci risolve il problema di capire quando incomincia a svilupparsi la mente.

Lo studio dello sviluppo mentale implica, per definizione, la possibilità che a un certo stadio gli esseri umani non siano dotati di una mente, a causa del fatto che il Sistema nervoso matura durante la gestazione. Il problema è proprio qua: se il cervello agisse come un interruttore sapremmo dove andare a studiare, ma così non è. Il sistema nervoso centrale matura progressivamente a cominciare dall'embrione e il processo prosegue durante la gestazione e anche dopo la nascita. Non possiamo in altri termini stabilire il punto zero, per l'inizio di un qualcosa che possiamo chiamare mente, e specificamente una "coscienza".

Gli studi sperimentali hanno tuttavia limiti epistemologici: possiamo considerare i comportamenti come strumenti affidabili di inferenza per giudicare la presenza e la qualità degli stati mentali degli individui? Abbiamo visto infatti che quello che si fa, è dare una stimolazione e registrare un comportamento: siccome il comportamento mi suggerisce che esista un'esperienza allora, io giudico che quel comportamento sia affidabile e ne deduco che effettivamente si presenta qualcosa di una esperienza di realtà. Questo va bene nella vita di tutti i giorni, ma ci sono alcuni esempi che contrastano con la considerazione che i comportamenti siano affidabili strumenti. La macchina che distribuisce il caffè è un sistema cognitivo discriminante, fa un'operazione cognitiva, discrimina monete da un euro, due euro, distribuisce il caffè. Questo significa che un sistema cognitivo può discriminare cose anche molto complesse e non essere cosciente: un computer discrimina cose molto complesse ma non è cosciente di quello che gli succede.

Ancora abbiamo i cosiddetti blindsighters: vedenti ciechi. Questi soggetti sono del tutto simili agli adulti, fatta eccezione per una lesione molto piccola alla scissura calcarina, l'area visiva primaria della corteccia. Questi soggetti sono ciechi corticali, non vedono nulla o meglio dicono che non vedono nulla, dicono che non hanno esperienze visive, tuttavia se gli vengono sottoposti degli stimoli visivi, che loro dicono continuamente di non vedere, e si misurano le loro risposte in modo statistico, ci si accorge che non rispondono a caso. Se fate vedere una palla o un quadrato (ovviamente devono avere caratteristiche formali di luminanza definite, altrimenti non possono essere visti), loro continueranno a dirvi che non hanno esperienze visive, però dalle analisi statistiche delle loro risposte si comprende che non rispondono a caso. Il loro sistema nervoso centrale è allora in tutto e per tutto uguale a quello di un adulto: ha discriminato lo stimolo, nonostante la sensazione soggettiva di rispondere a caso perché non si vede niente. Questi soggetti hanno discriminato due stimoli visivi, ma non ne sono assolutamente coscienti: non hanno esperienza.

Ancora si cita l'esempio del tennista. Si sa che, perché due stimoli diversi vengano discriminati visivamente devono essere somministrati a latenze, cioè a distanze l'uno dall'altro non inferiori a circa un terzo di secondo. La pallina a trecentoquaranta all'ora per fare quindici metri ci mette meno di un terzo di secondo. Il tennista non può dunque vedere, coscientemente, la pallina, non ha un'esperienza della traiettoria della pallina. Eppure il tennista risponde alla pallina, perché il suo sistema nervoso discrimina in modo assolutamente implicito e automatico quello che succede: dopo di che ricostruisce a posteriori, con la propria memoria semantica, la sua esperienza, che gli sembra senza "buchi", così come la nostra quotidiana esperienza non ci fa sentire. Se noi dovessimo giudicare dalle risposte verbali del tennista diremmo che egli ha avuto esperienze coscienti che ha un flusso di coscienza e che era cosciente di dove andava la pallina.

Un altro limite epistemologico dell'approccio sperimentale è che c'è una moltiplicazione delle entità teoriche, che in questo campo prendono nomi diversi: "senso di Sé emergente", o "senso di Sé ecologico" o ancora "senso di Sé biologico", e via dicendo.

Una teoria scientifica che moltiplica le sue entità è una cattiva teoria, in generale, perché dovremmo essere in grado di spiegare le cose utilizzando

un arsenale concettuale il più scarso possibile. Un esempio abbastanza clamoroso della dispendiosità teorica di queste teorie è la nozione di percezione amodale, che ha costituito una specie di fondamento degli sviluppi psicologici degli ultimi quindici anni. I neonati, si dice, hanno una percezione amodale della realtà: hanno la capacità di discriminare, (come abbiamo visto prima per la ruvidità del ciuccio e della superficie) delle invarianti dimensionali tra stimoli. Per esempio il ritmo della stimolazione. Se voi stimolate con un fascio luminoso ad un certo ritmo, il neonato impara a riconoscere quel ritmo di quella stimolazione visiva; se successivamente si dà una stimolazione acustica con lo stesso ritmo, si constata che il neonato la riconosce subito come se già ne avesse avuto esperienza. Eppure questa esperienza non l'ha avuta: discrimina senza esperienza. Un limite di questi studi sperimentali è dunque un'assunzione implicita che un'attività discriminante del SNC sia causa sufficiente per l'occorrenza di coscienza fenomenica.

In che modo dunque studiare il cervello serve per capire qualcosa della coscienza fenomenica, cioè delle esperienze?

Questo è il nucleo più resistente dei problemi che si incontrano in filosofia della mente: in questo campo, una risposta è davvero difficile: ci sono alcuni studiosi che dicono che la coscienza è accessibile solo in prima persona: solo io sono consapevole che sono cosciente e voi dovete fidarvi. Oppure possiamo dire, secondo l'approccio fenomenologico classico, che la coscienza fenomenica necessita di un resoconto verbale. Il primo tipo di approccio è quello che dà il titolo al mio lavoro: il titolo del mio lavoro è la parafrasi del titolo di un famoso filosofo americano che nell'83 ha scritto un articolo che è considerato un pò un testo fondatore della filosofia della mente contemporanea che è "Cosa si prova ad essere un pipistrello" di Tomas Nagel. Nagel sostiene che non è possibile inferire sui contenuti degli stati mentali di esseri che non hanno un resoconto esplicito, verbale. Qualsiasi tipo di avanzamento scientifico faremo, non sapremo mai se un pipistrello ha una qualche esperienza legata alla sua "vita interiore".

Le opportunità alternative restano quelle dell'affidarsi a resoconti non verbali per tutti quegli esseri che non sono in grado di parlare. Probabilmente i mammiferi sono tutti in grado di avere esperienza della realtà, hanno qualcosa come un flusso di coscienza; e non solo i primati, ma anche i mammiferi più evoluti, un cane, un gatto, per esempio. Ma

si fa fatica ad immaginare che un granchio, che pure ha dei comportamenti complessi, o un gambero, abbiano qualcosa come un'esperienza della realtà. In condizioni non standard purtroppo è necessario affidarsi alle teorie dei Correlati Neurali della Coscienza per verificare la presenza delle condizioni funzionali che sono necessarie a produrre la coscienza. Vuol dire che in condizioni non standard ci dobbiamo chiedere se il cervello sia causalmente sufficiente per *causare* le esperienze e se sì, che cosa possiamo utilizzare per studiarlo. Le teorie dei Correlati Neurali della Coscienza, per esempio quella di Edelman, sono teorie che spiegano come il funzionamento neurale si correla a qualche cosa di mentale e quali sono le conseguenze di questo tipo di operazione. In sostanza, studiando il funzionamento neurale negli stati di coscienza, possiamo isolare quelle funzioni che necessariamente li accompagnano: senza queste non dovrebbe esserci coscienza. Di conseguenza si arguisce che qualora si riscontrino questi correlati neurali ci deve essere coscienza. Queste teorie però ci dicono che, perché ci sia coscienza, il cervello deve fare questo e questo, ma non ci dicono se "questo e questo" sono sufficienti a causare coscienza.

La maggior parte dei contributi in tal senso, in campo neonatale consiste in studi interdisciplinari neuropsicologici, che indagano soprattutto a) la relazione tra caratteristiche EEG e sviluppo "cognitivo" (Burgess, Tawia, 1996; Scher et al., 1996) verso la 30 settimana di età gestazionale; b) i primi cicli di sonno veglia; c) i fenomeni motori durante stadi di sonno assimilabili a quelli che nell'adulto sono associati ai sogni.

In generale si cerca di capire, sulla base di parametri come l'EEG, se questi in qualche modo suggeriscono la presenza di qualcosa di complesso, assimilabile alle attività che contrassegnano la coscienza a stadi ulteriori di sviluppo. L'argomento di Burgess è questo: l'EEG del neonato e del feto dalla trentesima settimana in poi sono molto simili. Burgess in sostanza dice che, se si è coscienti dopo, lo si è anche prima: se siamo coscienti alla nascita, siamo coscienti anche prima. A mio avviso il ragionamento non funziona. Ad esempio è noto che il cervello, in veglia, ha certe caratteristiche elettroencefalografiche, che alla nascita sono quelle di un adulto che dorme in sonno profondo non REM. Una teoria che afferma che l'EEG del cervello del neonato è sufficiente per rendere conto del fatto che il neonato è cosciente deve, dal mio punto di vista, spiegare come è possibile che un cervello che fa

qualche cosa che sembra un sonno profondo dell'adulto, sia cosciente, altrimenti stiamo nel campo delle mere ipotesi.

Altri argomenti sono quelli che concernono fenomeni motori durante quello che viene descritto come un sonno non REM e un sonno simil-REM del neonato, e che sembrerebbero simili a quei movimenti associati nell'adulto ai sogni. Di qui si evincerebbe che anche il neonato sogna. A tali argomenti sono anche legati i contributi di diverse tradizioni di pensiero psicodinamico, legate al richiamo in memoria di esperienze precoci.

Esistono poi altri approcci che studiano, ad esempio, la relazione tra sviluppo encefalico e modificazioni degli stati di arousal (Mancia, 1981) e stati "percettivi" precoci (Joseph, 2000), o comunque i rapporti tra coscienza e sviluppo cerebrale (Zelazo, 1998).

I lavori di Mancia (1981), ma anche di Joseph (2000), in questo campo sono particolarmente accurati. L'unico lavoro in cui si affronta esplicitamente il problema, sorprendentemente per molti, dice che le condizioni minime perché il cervello sia cosciente alla nascita forse non ci sono. Questo è quello che dice in breve la teoria di Zelazo.

Le teorie dei Correlati Neurali della Coscienza, generalmente considerate "valide" per gli adulti, molto in breve, sostengono che le esperienze sono rese possibili dall'attività simultanea e integrata di regioni cerebrali anatomicamente segregate: questo vuol dire che il cervello non funziona come un sistema sequenziale, per cui un segnale va da una parte all'altra, seguendo un suo cammino, ma il cervello deve funzionare in modo integrato. Le esperienze sono rese possibili dall'attività simultanea e integrata di regioni cerebrali anatomicamente segregate. Tale funzionamento necessita di: a) un'attività ricorsiva tra superficie e profondità (Damasio, 2000; Edelman, 1989; Metzinger, 2000; Tononi, Edelman, 1998); b) di alcune definite proprietà dinamiche della rete di neuroni (Tononi, Edelman, 1998; Varela, 1997). L'integrazione non è soltanto spaziale: le regioni anteriori con quelle posteriori, alcune regioni profonde del cervello sono cruciali perché ci sia coscienza. Con un trauma nel tronco cerebrale per esempio, si è in coma. L'integrazione non riguarda solo criteri spaziali, anatomici, ma anche criteri temporali: questo è l'aspetto cruciale, più interessante e intrigante.

Perché l'integrazione delle esperienze avvenga ci vuole circa un terzo di secondo. Questa attività

integrata, che rende possibile la coscienza, non si sa ancora con esattezza che cosa sia, ma se ne conoscono alcune caratteristiche. Una di queste riguarda il fatto che gli eventi mentali alla base della coscienza fenomenica sono discreti, mentre invece una delle caratteristiche della coscienza è che ci si presenta come un flusso continuo di esperienze. Dal un punto di vista di cosa succede nel cervello, questo non è affatto un flusso, bensì è come se una serie di flash, tra loro legati, di una durata definita.

Perché ci siano queste sorta di flash è necessario che ci sia un'attività che viene descritta come ricorsiva, che vuol dire semplicemente che le strutture superficiali e le strutture profonde del cervello, devono scambiarsi informazioni; devono essere come strumenti musicali, in risonanza tra loro. Perché questo succeda ci deve essere una comunicazione, le aree devono essere adeguatamente sviluppate e deve avvenire tutto in un certo tempo. Deve inoltre avvenire sulla corteccia in senso diffuso. Ci sono delle teorie che spiegano questo anche in modo accessibile, come ad esempio quella di Tononi, che è uscita recentemente in un libro splendido, che si intitola "Galileo e il fotodiodo", estremamente semplice da leggere.

Il cervello alla nascita pone grandissimi problemi, rispetto alle teorie dei Correlati Neurali della Coscienza. Non possiamo entrare nei dettagli, ma ci basti accennare ad alcuni. Il cervello immaturo è caratterizzato da una disarmonia evolutiva: le regioni cerebrali profonde maturano prima, poi le regioni sensoriali primarie, poi le regioni posteriori, poi le regioni anteriori. Matura prima il cervello di destra, poi quello di sinistra, e alla nascita le regioni della corteccia cerebrale che funzionano sono soltanto quelle motorie primarie e sensoriali primarie. Tutte le teorie dei Correlati Neurali della Coscienza che dicono che, per avere coscienza, bisogna avere funzionante una certa parte del lobo parietale, per esempio, incontrano notevoli problemi. Inoltre il cervello alla nascita non ha la sostanza mielinica: come fa allora a funzionare il sistema nervoso centrale in queste condizioni? E soprattutto: le sue caratteristiche sono compatibili con la presenza di coscienza?

In sostanza le proprietà del funzionamento del cervello immaturo sembrano rendere molto problematica la compatibilità dei modelli dei Correlati Neurali della Coscienza, validi per l'adulto, che ci dicono che ci sono certe cose che servono al cervello per renderci coscienti (Benzoni, 2004).

Conclusioni

Se la possibilità di fare esperienza di un flusso di eventi coscienti dipende dal funzionamento integrato e dinamico di regioni cerebrali, allora:

- una teoria dell'ontogenesi della mente DEVE rendere conto dello sviluppo di quelle proprietà funzionali del cervello necessarie affinché siano possibili stati percettivi coscienti.
- esiste la possibilità (non solo teorica) che "non si provi nulla ad essere un neonato".

Esiste dunque la possibilità, non solo teorica e speculativa, che non si provi nulla ad "essere un neonato", almeno in un senso che sia vicino al nostro modo di intendere la mente degli individui, che ha a che fare con il fatto che la coscienza fenomenica si presenta a noi con certe caratteristiche, in modo continuo e con una prospettiva in prima persona. Tutto questo per il neonato non è affatto scontato. Inoltre, poiché è improbabile che la mente si sviluppi nel tempo, secondo un modello binario, da uno stato di incoscienza ad uno stato di coscienza (come se uno accendesse la luce, prima non c'era la coscienza e c'è un secondo dopo), allora è anche implausibile che la nostra sensazione di avere o di essere identici ad un flusso di esperienze, emerga da un momento all'altro in modo improvviso. È anche implausibile che l'impressione soggettiva di avere o essere identici ad un flusso di esperienze emerga anche come un fenomeno "tutto o nulla", cioè che prima abbiamo un flusso di esperienze poi ad un certo punto, durante lo sviluppo, arriva il flusso di esperienze. Questo implica che l'argomento regge anche solo dal punto di vista logico.

Vorrei concludere con un'osservazione: la maggior parte dei ricercatori in questo campo ha mostrato che la temporalità delle stimolazioni è un aspetto cruciale nei primi momenti di vita, tanto che gli studiosi più autorevoli, come Daniel Stern, hanno descritto precisamente la comunicazione madre-bambino come una sorta di danza di movimenti, che risponde ad una grammatica temporale delle dinamiche di ingaggio della conversazione, delle dinamiche di sottrazione della conversazione. Questa grammatica temporale potrebbe (è un caso, ma potrebbe non esserlo) rispondere alle esigenze temporali del sistema nervoso centrale del neonato, che, poiché immaturo, non tollera stimolazioni di un'ora e un quarto consecutive e non tollera nean-

che stimolazioni mordi e fuggi. Ha bisogno di una reiterazione, di una ripetizione, che di solito è scandita in tempi che non possono superare i cinque secondi e non possono essere inferiori al secondo. Questo tipo di grammatica della conversazione madre-bambino probabilmente ha che fare, in modo molto intimo, ma molto strutturale, con le esigenze funzionali del sistema nervoso centrale, perché si possano avere delle esperienze coscienti.

Riprendiamo ora, alla luce di quanto esposto, la risposta autorevole di Locke:

Non dubito che i bambini prima di nascere ricevano alcune poche idee dell'impressione che certi oggetti possono fare sui loro sensi nel grembo materno, come effetti inevitabili dei corpi che li circondano, oppure dei bisogni che hanno (...)

Annovero tra queste idee (se sia permesso fare congetture su cose che non sono molto suscettibili di esame) quelle della fame e del calore (...).

(Locke, 1690, pag. 145, trad. it).

E non dimentichiamo che la premessa di Locke al suo saggio sulla intelligenza umana era "Non mi confonderò qui ad considerare la natura dell'anima, come farebbe un fisico, a vedere ciò che ne costituisce l'essenza, quali movimenti debbano venire eccitati nei nostri spiriti animali o quali cambiamenti debbano avere luogo nel nostro corpo, per produrre mediante i nostri organi delle sensazioni o delle idee e se alcune di queste idee, o tutte quante, dipendano o meno nella loro formazione dalla materia". Dal 1690 la nostra conoscenza del funzionamento del cervello ha conosciuto un progresso straordinario ed ha avuto importanti implicazioni filosofiche. Molta psicologia dello sviluppo appare invece ancora ferma agli intenti pragmatici di Locke. Non sorprende, forse, che le conclusioni cui si giunge siano sostanzialmente le medesime.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ammaniti M. (1989), *La nascita del Sé*. Roma-Bari: Laterza.
- Benzoni S. (2004) *Il presente discontinuo. Esperienza, coscienza e soggettività nel neonato*. Milano: IL Saggiatore.
- Bermúdez J.L. (1998), *The Paradox of Self Consciousness*. Cambridge MA: MIT Press.
- Burgess J.A., Tawia S.A. (1996), When Did You First Begin to Feel It? Locating the Beginnings of Human Consciousness? *Bioethics*, 10, 1-26.
- Butterworth G.E. (1992a), Hand-mouth coordination in the newborn baby. *Br. J. Dev. Psychol.*, 91, 251-256.
- Butterworth G.E. (1992b), Self Perception As a Foundation for Self Knowledge. *Psychological Inquiry*, 3(2), 134-136.
- Damasio A. (2000), A Neurobiology for Consciousness. In: Metzinger T. (a cura di), *The Neuronal Correlate of Consciousness*. Cambridge MA: MIT Press.
- Della Vedova A. (1999), La vita psichica prenatale: breve rassegna sullo sviluppo psichico del bambino prima della nascita. *Psychomedia* (Telematic Review), Sezione Periodo Pre- e Perinatale. www.psychomedia.it/pm/lifecycle/perinatal/delved1
- Della Vedova A., Imbasciati A. (1998), Alle origini della mente: lo studio della vita psichica fetale. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 18, 155-168.
- Dennett D.C. (1991) *Consciousness Explained*. New York: Little Brown. Trad. It. Coscienza. Milano: Rizzoli, 1993.
- Edelman G. (1989), *The Remembered Present. A Biological Theory of Consciousness*. New York: Basic Books.
- Gibson E.J. (1993), Ontogenesis of the Perceived Self. In: Neisser U. (a cura di), *The Perceived Self. Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Joseph R. (2000), Fetal Brain Behaviour and Cognitive Development. *Developmental Review*, 20, 81-98.
- Koch C., Davis J. (1994), *Large-Scale Neuronal Theories of the Brain*. Cambridge MA: MIT Press.
- Legerstee M. (1998), Mental and Bodily Self Awareness in Infancy. *Consciousness and Self-Existence. Journal of Consciousness Studies*, 5, 627-644.
- Locke J. (1690), *Saggio sull'intelligenza umana*. Bari: Laterza, 1972.
- Mancia M. (1981), On the Beginning of Mental Life in the Foetus. *International Journal of Psycho Analysis*, 62, 351-357.
- Mancia M. (1989), *Vita prenatale e organizzazione della mente*. Roma-Bari: Laterza.
- Meltzoff A.N. (1990), Foundations for Developing a Concept of Self: The Role of Imitation in Relating Self to Other and the Value of Social Mirroring, Social Modeling, and Self Practice in Infancy. In: Cicchetti D, Beeghly M. (a cura di), *The Self in Transition: Infancy to Childhood*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meltzoff A.N., Burton R.W. (1979), Intermodal Matching by Human Neonates. *Nature*, 282, 403-404.
- Meltzoff A.N., Moore M. K. (1977), Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75-78.
- Metzinger T. (2000), *The Neuronal Correlate of Consciousness*. Cambridge MA: MIT Press.
- Nagel T. (1983), *The View from Nowhere*. New York: Oxford.

- Nagel T. (1986), *Che effetto fa essere un pipistrello. Questioni mortali*. Milano: Il Saggiatore.
- Neisser U. (1993), *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge*. New York: Cambridge University Press. Trad. It *La percezione del sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.
- Piontelli A. (1987), Infant Observation from Before Birth. *International Journal of Psychoanalysis*, 68(4), 453-463.
- Radeau M. (1994), Auditory-visual spatial interaction and modularity. *Cahiers de psychologie cognitive*, 13(1), 3-51.
- Rochat P. (1997), Differential Rooting Response by Neonates: Evidence for an Early Sense of Self. *Early Development and Parenting*, 6, 105-112.
- Scher M.S., Steppe D.A., Banks D.L. (1996), Prediction of Lower Developmental Performances of Healthy Neonates by Neonatal EGG-Sleep Measures. *Pediatr. Neurol.*, 14(2), 137-144.
- Siegel D. (1993), Energetics of intermediates in membrane fusion: comparison of stalk and inverted micellar intermediate mechanisms. *Biophys. J.*, 65, 2124-2140.
- Siegel D. (1999), *The developing mind*. The Guilford Press Inc. Tr. It. *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Stern D.N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books Trad. it. *Il mondo Interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Stern D.N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. NY: Norton.
- Tajani E., Ianniruberto A. (1990), The Uncovering of Fetal Competence. In: Papini M., Pasquinelli A., Gidoni E.A. (a cura di), *Development Handicap and Rehabilitation: Practice and Theory*. Amsterdam: Elsevier.
- Tononi G. (2004), An information integration theory of consciousness. *B.M.C. Neurosci.*, Nov 2; 5(1), 42.
- Tononi G., Edelman G. (1998), Complexity and the Integration of the Information in the Brain. *Trends in cognitive sciences*, 2, 44-52.
- Trevarthen C. (1993), *The self born in intersubjectivity: the psychology of infant communicating*. In: Neisser U. (a cura di), *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge*. New York: Cambridge University Press.
- Varela F. (1997), The Specious Present: A Neurophenomenology of Time Consciousness. In: Petitot J., Varela F.J., Roy J.M., Pachoud B. (1999), *Naturalizing Phenomenology*. Stanford: Stanford University Press.
- Zelazo P.R., Zelazo P.D. (1998), The Emergence of Consciousness. In: Jasper H., DeScarriers L., Castellucci V., Rossingol S. (a cura di), *Consciousness: At the Frontiers of Neuroscience*. Philadelphia: Lippincott-Raven.

5.2 QUALE COSCIENZA NEL NEONATO?

(Antonio Imbasciati)

Il precedente paragrafo parte dalla distinzione tra una coscienza detta fenomenica ed una di "ordine superiore", per attribuire la prima al neonato e distinguere la seconda come appartenente all'adulto.

Questa seconda corrisponde all'accezione più ricorrente del termine "coscienza": coscienza di star pensando, percependo, ragionando, valutando ed anche di essere vigili e svegli (nel sonno si può percepire, e anche sognare, ma di solito tale accezione di coscienza a questi eventi non viene riferita), in una parola coscienza dei propri pensieri (in senso lato) ed anche coscienza di essere coscienti; nonché di poter riferire ad altri, o comunque comunicare, ciò di cui siamo consapevoli. In questo senso intese Freud la coscienza, e così pensavano i suoi contemporanei. Gli orientamenti cognitivisti parlano di metacognizione, intendendo pressappoco la stessa cosa. L'autore del precedente paragrafo parla di coscienza di ordine superiore, dichiarando che, trattando del neonato egli si riferisce a una differente

coscienza, per la quale usa appunto il termine di coscienza fenomenica. Discutendo di questa sulla base dei numerosi e differenti studi di vari autori, dopo numerose prove che depongono per l'esistenza di una tale coscienza nel neonato, si conclude che esiste la possibilità che "non si provi nulla ad essere neonato". Dunque si mette in dubbio che quanto prima distinto come coscienza fenomenica (per poterla attribuire al neonato e anche al feto e agli animali), sia un concetto davvero applicabile al neonato. Si mette dunque in dubbio che, pur avendo distinto una particolare coscienza con l'aggettivo di "fenomenica", si possa parlare di coscienza per il neonato. Se ne evincerebbe allora che il termine coscienza si addice solo a quanto chiamato coscienza di ordine superiore, quale si manifesta nell'adulto.

Nelle argomentazioni appare inoltre un'identificazione del concetto di mente con la presenza della suddetta "coscienza fenomenica", quasi quest'ulti-

ma qualificasse quella, e che quindi, sostanzialmente, quando questa la si riscontri, si debba parlare di mente: ma sembra anche affermarsi l'inverso, che il termine "mente" debba necessariamente essere riferito ad una qualche coscienza; non più dunque soltanto "mente" come comprensiva eventualmente anche di coscienza, ma "coscienza" come componente necessaria di mente.

A mio avviso in tal quadro vi sono ambiguità di definizione, di termini e di concetti.

Vediamo innanzitutto quanto è inerente al concetto di coscienza fenomenica. L'aggettivo "fenomenico", oltre alle risonanze filosofiche, richiama agli psicologi gli studi di matrice gestaltista sulla percezione: "oggetto fenomenico", "realtà fenomenica" ecc. La maggior parte di questi studi è stata condotta sugli adulti e comunque il punto di partenza è stato quello della Scuola della Gestalt, da cui poi si sono derivati termini e concetti prolungati ad oltranza nel tempo anche a fronte di studi diversamente impostati. I gestaltisti insistono sulla fenomenicità degli eventi percettivi, cioè sul fatto che essi si presentano *direttamente* alla coscienza del soggetto. Ma si tratta di un soggetto che può riferire verbalmente, o comunque comunicare (p. esempio riproducendo un oggetto) ciò che ha percepito: v'è implicata la coscienza di un adulto. Questi di solito sa che sta percependo, cioè usa una coscienza "di ordine superiore". In alcuni esperimenti non ha questa metacognizione circa la soggettività del suo atto percettivo e riferisce (comunica) che la realtà è così. In questi casi la sua "coscienza" sembra limitarsi ad essere consapevole di avere visto (udito, toccato) una certa realtà: può mancare una effettiva metacognizione. In altri esperimenti ancora, e questi condotti sui bimbi, o i neonati, il soggetto, dimostrando di riconoscere certi oggetti o stimoli, percepiti, comunica che li ha memorizzati: ma questo forse significa che questo soggetto, quando elaborava gli input sensoriali per memorizzarli, era pienamente cosciente di essi? Si ha l'impressione che quando si parla di coscienza non si possa fare la distinzione tra le due categorie, di coscienza piena (di ordine superiore, metacognizione; gli psicoanalisti parlano di funzione, o capacità, riflessiva, talora autoriflessiva – Fonagy, Target, 2001), e di coscienza fenomenica, bensì si tratti di una gradualità delle capacità di coscienza: di "livelli" di coscienza (Liotti, 1994; 2000; Imbasciati, 2005).

D'altra parte, parlando di coscienza "fenomenica", ci si riferisce soprattutto alla percezione, così

come conviene all'origine della Scuola della Gestalt. Ma percepire vuol dire che si ha coscienza di star percependo? Oppure soltanto che un sistema mentale-neurale configura un *inpingment* di stimoli in modo da produrre risposte più o meno adeguate? Percezione implica un lavoro elaborativo (Imbasciati, 1998, cap. 3) del tutto inconsapevole e automatico, che è impossibile che possa comunque essere coscientizzato, iscritto nella memoria implicita delle funzioni neurali-mentali che rendono possibile la percezione stessa. Perché allora identificare la percezione con un qualcosa che si possa chiamare coscienza?

In questo quadro il fatto che un essere vivente reagisca *specificamente* ad una corrispondente specifica configurazione di stimoli, ovvero che il suo comportamento ci dica che li "riconosce", nulla dice di una sua coscienza di essi, sia tal coscienza pur detta correttamente fenomenica. Ci dice più semplicemente che un sistema di ricezione di stimoli e di loro elaborazione (Sistema nervoso, che possiamo chiamare anche sistema mente – Imbasciati, 2005; Imbasciati, 2006 a, b) ha organizzato in memoria un "qualcosa" (rete neurale?) che gli fa per così dire riconoscere la configurazione di stimoli legandola ad una specifica risposta: o meglio l'elaborazione mnestica di quegli stimoli gli permette di leggere quella situazione e di elaborarne la relativa risposta. Ma questo ci dice di apprendimento e di memoria: nulla di "coscienza". Il "riconoscere", in riferimento ai neonati, ai bimbi piccoli, al feto e agli animali, è insito nell'azione che ce lo rivela, ma questo non ci dice che in quell'azione il soggetto abbia coscienza di quel che gliela fa fare. L'esempio della macchina del caffè, riportato dallo stesso Benzoni, è eloquente. Un granchio può benissimo rispondere adeguatamente a certi stimoli, avere cioè imparato a riconoscerli, nel senso di reagirvi in modo specifico, eventualmente appropriato, senza avere coscienza alcuna. Può essere avvenuto un apprendimento per semplice condizionamento operante; o comunque un apprendimento più complesso, tipo strategie cognitive, senza che quell'individuo vivente abbia coscienza alcuna. Anche una macchina può imparare.

Apprendere non significa sapere di apprendere: lo dimostra quanto è stato chiamato apprendimento incidentale. Percepire nel senso di riconoscere certe configurazioni non significa aver coscienza di star percependo. Lo dimostra lo stupore dei soggetti *naïf* di fronte alle illusioni ottico-geometriche. Percepire nell'adulto vuol dire di solito sapere che

esistono oggetti così come sono percepiti. Il che è del tutto ingenuo: è il famoso “realismo ingenuo”, notato dagli stessi gestaltisti (Kaniza, 1980). Nell’adulto è diverso lo stato soggettivo di star percependo che esiste l’oggetto percepito dallo stato dell’essere consapevole che quel che si percepisce non è l’oggetto ma la nostra percezione stessa; e che dunque quell’oggetto potrebbe anche esser diverso da come lo si percepisce. Questa differenza per percezioni semplici è avvertita solo da alcuni adulti, non da tutti, ma man mano che l’atto percettivo è complesso (per esempio percezione interpersonale), questa percezione di star percependo aumenta. Questo ci suggerisce che una coscienza sorge per gradi. Questo nell’adulto: ma nel bimbo la suddetta differenza è inesistente; e già nel fanciullo; a maggior ragione nel neonato.

Il neonato mostra di riconoscere certe configurazioni, e lo mostra con comportamenti specifici, ma nulla ci autorizza ad attribuirgli una coscienza di ciò che gli sta succedendo, e neppure una coscienza dell’esistenza di quegli oggetti (stimoli) che pur mostra di aver imparato a riconoscere. Riconoscere non vuol dire esperienza soggettiva: può trattarsi di un processo del tutto automatizzato, come avviene nelle macchine (vedi studi sull’intelligenza artificiale). In un essere vivente l’apprendimento a riconoscere qualcosa viene costruito in base all’esperienza: ma, così come in una macchina “esperienza” non vuol dire soggettività, altrettanto in un neonato esperienza non vuol dire che si è consapevoli di starla facendo, che “si prova qualcosa”. Le scuole cognitive hanno ampiamente mostrato quanto apprendimento e memoria avvengano per processi complessi di cui il soggetto non ha nozione alcuna; se non, e solo qualche volta, del risultato. Le neuroscienze hanno dimostrato la pregnanza della memoria implicita. E del resto cento anni fa Freud, e dopo di lui tutta la psicoanalisi, hanno dimostrato quanto inconsapevoli siano la gran massa di tutti i processi mentali. La coscienza è un epifenomeno incostante, quasi casuale, discontinuo, e per lo più mistificante di ciò che sta operando la mente (Imbasciati, 2005).

Perché chiamare coscienza, sia pur fenomenica, la semplice acquisizione di aver imparato a riconoscere certi insiemi di stimoli? C’è qui a mio avviso il sottostante equivoco dell’identificare il concetto di mente con quello di coscienza: un equivoco, retaggio della nostra filosofia occidentale, che si insinua sotto i nostri ragionamenti? La distinzione tra una coscienza di ordine superiore e una coscienza fenomenica, come può apparire nell’esordio del prece-

dente paragrafo, non è a mio avviso decisiva, né utile. La coscienza che vien chiamata fenomenica è soltanto una parte della operatività della mente: quella che riguarda percezione, apprendimento e memoria. Ma la mente (anzi quanto più precisamente può essere denominato sistema mentale, ovvero la struttura funzionale acquisita da un essere vivente, umano soprattutto) è ben più ampia di quanto sia lecito chiamare coscienza; e non occorrono psicoanalisti per tale affermazione. Basti considerare gli studi neuropsicologici sulla memoria implicita.

Sottostante al discorso di Benzoni c’è a mio avviso una serie di equazioni implicite, e cioè si presuppone che: mente = soggettività = esperienza = consapevolezza di stare esperendo = coscienza = percezione = senso di Sé. Con tali presupposti, sottintesi a priori, si è costretti a coniare il concetto e il termine di coscienza fenomenica, salvo poi mettere in dubbio che, per lo meno nel neonato, esista una qualche effettiva coscienza. Questo però non significa ancora che il neonato non “provi” nulla. A proposito di esperienza soggettiva viene notato l’esempio dei daltonici, per affermare che l’esperienza soggettiva non è scontata. A mio avviso, qui oltre a identificare esperienza soggettiva e percezione, non si considera che la diversità non sta tanto nell’esperienza, sia pur considerata come percezione, bensì nel fatto che gli stimoli recepiti sono diversi. Lo stimolo prossimale, infatti, cioè l’afferenza retinica, è nel daltonico diversa. Di conseguenza egli ha costruito una capacità di riconoscimento del colore diversa da quella che si costruisce nella mente di chi ha sempre avuto stimoli retinici più articolati. Riconoscimento, però, non vuol dire esperienza di “provare qualcosa”: per questo occorre qualcosa di più del semplice riconoscimento percettivo.

Ricorrono qui alcune ambiguità: quella inerente al verbo “provare”, al “cosa si prova”. Il verbo provare può avere differenti riferimenti: può essere inteso nella accezione di una coscienza piena, così come invece può essere riferito al “provare”, per esempio, una puntura dolorosa; in questo caso si può dire che si “ha la prova” che il suo sistema neurale-mentale ha imparato a riconoscere certi stimoli e ad elaborarvi condotte adeguate. Altra indefinità può derivare dal termine “esperienza”: una certa situazione può dirsi “esperita”, come tale, oppure più semplicemente sperimentata in quanto ha dato origine a una risposta? Infine bisognerebbe definire cosa significa l’aggettivo “soggettiva” attribuito a “esperienza”.

Supporre che un neonato non abbia coscienza

intesa nel senso più corrente ed effettivo del termine, non significa dunque che egli non “senta nulla”: il neonato, per esempio, sente il dolore, ma lo sente perché il suo sistema neurale e pertanto mentale lo ha reso idoneo (qui anche per predisposizioni genetiche) ad elaborare risposte difensive di fronte a stimoli pericolosi per la sua esistenza; una percezione specifica determinata da specificità di recettori determina quelle clamorose risposte che denominiamo “dolore”. Che questo sia identico nel feto piuttosto che nell’adulto, rimanda alla definizione di coscienza, o meglio dei suoi vari livelli. Così pure diciamo che il neonato avverte, cioè riconosce come specifiche, certe situazioni, o configurazioni di stimoli, perché ha imparato a dispiegare condotte adeguate. Il problema sta nel definire cosa voglia dire “provare”, e così pure “sentire” o “avvertire”; e “riconoscere” o “fare esperienza”. Nel quadro attuale delle scienze psicologiche credo che tali termini debbano riferirsi a costrutti concettuali che riguardino le capacità del sistema neurale-mentale, sia per predisposizione genetica, sia ancor più per apprendimenti, di leggere, elaborare, memorizzare, costruire proprie funzioni per dispiegare condotte adeguate, di fronte alle diverse situazioni di input, giuntigli dai suoi recettori. Il tutto al di là di ogni consapevolezza o coscienza: questa la si dovrebbe riferire soltanto a qualcosa che si può rilevare in una qualche comunicazione che ci può dare un adulto.

Ovvero, per il termine “provare” si ripetono le stesse ambiguità che ricorrono col termine “coscienza”. Il problema sta a mio avviso nel presupporre che entrambi possano essere riferiti ad uno stato della mente supposto categoriale, creduto a priori come più o meno uguale per tutti. In realtà dovremmo parlare di una dimensione in continuum, da zero alla piena coscienza dei processi interni: dovremmo pertanto parlare di livelli di coscienza, ben sapendo che ce ne possono essere infiniti, e che, sia il punto zero che la totale consapevolezza non possono essere individuati (Imbasciati, 2005). In particolare una consapevolezza “piena” corrisponde non ad un “punto”, ma ad un “infinito”, impossibile da determinare, inferibile solo teoricamente. Occorre pertanto parlare di “livelli” di coscienza, o stati di coscienza (ma non per indicare soltanto le supposte “alterazioni”: Imbasciati, 2005), o meglio di capacità di coscienza, variabile da caso a caso, da contesto a contesto anche nel medesimo soggetto. Analogamente dovremmo procedere considerando quello che “si prova”.

È pertanto più che lecito chiedersi “cosa si prova a essere un neonato”, perché qualcosa indubbia-

mente viene “provato”, ma voler riferire questo a uno stato di coscienza si presenta problematico: occorrerebbe sapere prima cosa un adulto, con capacità di coscienza sviluppate, ci potrebbe comunicare se potesse esperire uno stato neonatale.

Stanti i suddetti equivoci, non ci meraviglia il fatto che, riferendo delle teorie dei correlati neurali della coscienza, nel precedente paragrafo si concluda dicendo che tali correlati non ci autorizzano a dire che essi causano la coscienza. A parte chiarificazioni sul concetto di causalità, possiamo dire che i correlati neurali sono condizione necessaria ma non sufficiente per la presenza di una qualche coscienza. Ma si tratta davvero di coscienza? Oppure molto più semplicemente si deve parlare di eventi mentali, la cui operatività ha i dovuti indispensabili correlati neurali. Forse anche taluni neurofisiologi sono vittime di uno scontato a priori che la mente coincida con la coscienza. A mio avviso è questo un retaggio del secolo scorso, sul quale del resto altrove ho riflettuto e scritto. In ogni caso le mie osservazioni nulla tolgono al merito di quanto esposto nel precedente paragrafo e agli accurati studi che l’autore qui, e più in dettaglio in altra sede, ha descritto (Benzoni, 2004): la complessità e l’accuratezza della documentazione, e relativa bibliografia, ci dicono di un’impostazione del problema che non può non essere critica. Tale impostazione, con tutti i suoi punti interrogativi, apre alle incertezze, e queste sono caratteristiche intrinseche dell’indagine scientifica, e stimola a ulteriori ricerche.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benzoni S. (2004), *Il presente discontinuo. Esperienza, coscienza, e soggettività nel neonato*. Milano: Il saggiatore.
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Imbasciati A. (1998), *Nascita e costruzione della mente*. Milano: UTET Libreria.
- Imbasciati A. (2005), *Psicoanalisi e cognitivismo*. Roma: Armando.
- Imbasciati A. (2006a), *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati A. (2006b), *Constructing a Mind*. London: Routledge.
- Kaniza G. (1980), *Grammatica del vedere*. Bologna: Il Mulino.
- Liotti G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: NIS.
- Liotti G. (2000), *Le opere della coscienza*. Milano: Cortina.

5.3 COSA SI PROVA AD AVERE UN NEONATO? L'ESPERIENZA DI UN'OSTETRICA

(Linda Tosoni)

Avere un neonato significa diventare genitori o essere genitori. L'inizio della genitorialità viene di solito correlata al momento della nascita, ma molti studi (Chamberlain, 1988) le pongono nove mesi di ritardo. È vero che la nascita segna il momento di inizio di una storia di genitori, ma segna anche la fine di un capitolo che forse ci siamo dimenticati.

L'avvento della tecnologia, con le sue tecniche diagnostiche sempre più perfezionate, soprattutto l'ecografia ci hanno permesso di vedere cosa succede all'interno della pancia e non solo da un punto di vista anatomico.

La gravidanza è sempre pensata come i nove mesi che precedono il parto. Braibanti (1980) primo tra tutti ha coniato il termine "esogestazione", definendo i nove mesi che seguono il parto, che vanno a completare il processo gestazionale. Dividendo l'"eso" e l'"endo" gestazione in trimestri, il primo trimestre, il secondo e il terzo dell'endogestazione hanno similitudini con gli omologhi trimestri della esogestazione. A noi interessa in modo particolare il terzo trimestre dell'endogestazione, che ha come caratteristiche la preparazione e l'accettazione alla separazione, e il primo trimestre dell'esogestazione, che ha come caratteristiche il cambiamento della madre e l'adattamento alla presenza di un bambino reale, che può non essere come il bambino che si era immaginato.

Nell'esogestazione gli aspetti sensoriali sono più evidenti: le sensorialità che già erano state riscontrate come sviluppatasi nel periodo fetale (udito, tatto, gusto, olfatto) si fanno più presenti, interviene inoltre la vista. I canali sensoriali sono il mezzo attraverso il quale i genitori comunicano col bimbo, prima in utero, poi dopo la nascita. Thomas Verny (Verny, Weintraub, 2004), psichiatra americano, ipotizza tre sistemi di comunicazione all'interno della triade prenatale: il primo canale è quello fisiologico, rappresentato dal linguaggio biologico. La mamma si nutre, viene a contatto con determinate sostanze e queste possono arrivare al feto attraverso il cordone ombelicale, così come gli ormoni e le sostanze metaboliche. Il secondo è il sistema comportamentale, che riguarda tutte le azioni che si possono compiere nell'interazione col feto e il neonato: movimenti, suoni, voci, musica, accarezzare la pancia, e via dicendo. L'ultimo cana-

le è quello meno spiegabile scientificamente, definito simpatetico o telepatico. Sarà capitato a tutti di essere in mezzo alla gente e avere la sensazione che qualcuno ci guardi, girarci e realmente vedere che c'è una persona che lo sta facendo: è questo un esempio tra le numerose esperienze che si possono riportare. Alcune donne riportano l'esperienza di avere immaginato, prima di vedere il bambino, le caratteristiche somatiche del bambino stesso, oppure di avere avuto situazioni di questo tipo, attraverso il sogno. I tre livelli di comunicazione si sviluppano di solito simultaneamente.

La comunicazione e quindi la relazione all'interno della triade prenatale, madre-padre-feto, si viene a creare attraverso questi tre canali. Si pensa che l'asse comunicativo più importante sia sempre quello tra la madre e il feto: in realtà è solo quello più evidente; è un canale obbligato, perché la madre contiene al suo interno il feto e pertanto si ipotizza che il canale col padre abbia una importanza inferiore. In realtà questo si realizza semplicemente attraverso l'utilizzo di canali diversi.

È importante valutare come la relazione all'interno della triade prenatale si debba mantenere con una certa continuità tra la vita intrauterina e la vita extrauterina. Tale continuità sembra essere favorita anche dalla produzione ormonale. L'ossitocina è stata definita da molti autori (Newton, piuttosto che Micheal Odent, 1982), come l'ormone dell'amore: non ci sarebbe nessuna storia di amore senza la presenza di ossitocina. L'ossitocina induce comportamenti materni, induce a prendersi cura dei cuccioli, favorisce l'innamoramento e il contatto fisico, la suzione e conseguentemente l'allattamento. Il picco massimo di ossitocina non avviene durante il travaglio, ma circa trenta minuti dopo il parto. L'adrenalina materna e l'adrenalina fetale concorrerebbero a favorire l'imprinting neonatale. La donna, in modo particolare, viene resa dall'adrenalina più lucida e più attenta, viene tenuta in allerta e le verrebbe in tal modo resa indelebile la memoria del parto. Le endorfine, secrete contemporaneamente all'adrenalina e all'ossitocina, rappresentano la "morfinina naturale" endogena del nostro organismo: rendono infatti il dolore più sopportabile, e hanno un ruolo importante durante il travaglio e dopo. Le endorfine producono nella donna uno stato di euforia, di gratificazione: partorire non equivale allora soltanto all'equazione parto = dolore; ci può essere anche uno stato di gratificazione. Si è rilevato anche un particolare stato di alterazione della coscienza, documentato dal rallentamento delle

onde cerebrali, dovuto proprio all'endorfina, che è stato interpretato come finalizzato a favorire il legame. L'ossitocina farmacologica altera la produzione delle endorfine: dobbiamo ricordarci dunque che qualsiasi intervento farmacologico può interferire nel processo naturale a catena che si manifesta durante e dopo la nascita e pertanto tenere conto dei possibili effetti. Così pure la prolattina, stimolata dall'ossitocina e dalle endorfine, è un processo favorito dal contatto della pelle e dalle carezze, e agisce sui comportamenti materni di accudimento.

La mutua regolazione biologica e psicologica che avviene tra genitori e bimbo dice quanto sia importante che fin nei primi momenti di vita i genitori stiano con il loro bambino. I sensi vanno stimolati, risvegliati, favoriti, perché si crei la nuova forma di relazione, il legame, o il Bonding. Il rispetto di un travaglio e di un parto fisiologico contribuisce alla formazione di un giusto legame, ovvero a formare la capacità di amare; pertanto alla formazione di individui migliori. Tuttavia in più del cinquanta per cento degli ospedali, nonostante le evidenze scientifiche a favore, il bambino non viene tenuto insieme ai genitori nell'immediato dopo parto. Il sentimento di amore verso il bambino viene corroborato dal fatto che i genitori possano stare un po' da soli con lui, con tranquillità e intimità. Questo è favorito dal nido aperto o dal rooming-in.

Sembra che molti segnali biologicamente preterminati sviluppino gli atteggiamenti materni. Cramer (Brazelton, Cramer, 1991) sostiene che la forma bombata che occupa la forma superiore del volto e l'aspetto paffuto delle guance del neonato possano stimolare atteggiamenti di protezione e di affetto. Altre situazioni stimolanti sono il pianto del neonato, la ricerca del seno, lo sguardo lucido e umido del neonato. Questi segnali hanno equivalenti molto evidenti negli animali.

Vediamo per esempio come il pianto, forse per il concomitante aumento di ossitocina, dia un riflesso condizionato che nella madre stimola una sensazione di pizzicore o di pressione sul capezzolo, e che dà l'avvio alla fuoriuscita del latte. L'allattamento al seno può essere considerato uno dei più importanti canali relazionali. Valpiana (2004) sostiene che il latte rappresenta in qualche modo il legame tra i due esseri, come sostituzione al legame rappresentato dal cordone ombelicale.

Spesso la puerpera riporta un'esperienza di un sentimento di inadeguatezza e di autocolpevolezza: nei primi giorni in un reparto di ostetricia chiunque può aver sentito espressioni tipo "Sarò capace...?

Sarò in grado? Come farò ad accudire mio figlio?". La donna va assolutamente rassicurata e vanno stimolate tutte le sue potenzialità. Questa situazione di inadeguatezza trova una sua forma parapatologica nel fenomeno del baby-blues o maternity-blues. Un tale disagio può risolversi nel giro di qualche settimana, ma in alcuni casi può preludere a una psicosi puerperale. Questo disagio è stato messo in relazione con il cambiamento del quadro ormonale. Una cosa interessante sul versante clinico e biologico è costituita dalla comparsa di baby-blues anche negli uomini. È un dato da valutare e studiare. Mutamenti ormonali si riscontrano anche nell'organismo maschile in relazione alla gravidanza della propria partner.

Il padre è una figura importante, anche se è sempre stata lasciata piuttosto in disparte: andrebbe invece favorito il suo pieno ingresso come protagonista in questo genere di eventi. Il padre è l'altro pilastro fondamentale, insieme alla madre, della famiglia e della prima società del neonato. L'uomo non può essere una vice-madre, ma pone le fondamenta specifiche del suo essere maschile nella società in cui si trova immerso l'essere umano.

L'ostetrica moderna dovrebbe essere in grado di rafforzare la sfera emozionale della donna e stimolare le risorse interne che tutte le donne naturalmente possiedono. Nell'evento nascita andrebbe favorita la partecipazione ai corsi di accompagnamento per tutto il percorso, prima del parto, nel dopo parto e nell'allattamento. Sarebbe auspicabile la presenza delle coppie e non delle sole madri. Socialmente l'uomo è meno favorito a partecipare a questo tipo di attività, anche per un discorso lavorativo, ma sarebbe consigliabile che si cominciasse a ipotizzare di favorire sempre più la presenza del padre in ogni esperienza genitoriale.

Mi sentirei anche di consigliare l'attuazione di corsi di accompagnamento al concepimento. L'essere genitori nasce, spesso, dal desiderio di diventare o essere genitori, da un progetto, e per questo motivo sarebbe importante formarsi e prenderne un'adeguata previa coscienza. Inoltre ovviamente occorre favorire il parto fisiologico e il travaglio naturale, il contatto corporeo entro due ore dalla nascita, il bonding, l'imprinting e il rooming-in.

Accenno infine a un lavoro in fase di approfondimento, di cui presenterò alcuni dati iniziali. Si tratta di un'indagine che ho svolto presso il luogo in cui lavoro, la Casa di Cura Poliambulanza in Brescia. È stato somministrato un questionario a risposta multipla, anonimo, a coppie di genitori

dopo il parto. Le coppie prese in esame erano 60, di cui 20 con esperienza di parto spontaneo, 20 indotto e 20 taglio cesareo.

Nella maggior parte della madri la notizia della gravidanza ha suscitato un sentimento di euforia e di felicità, nei padri di felicità e orgoglio. I genitori hanno per lo più desiderato di conoscere il sesso del feto prima della nascita, in modo particolare coloro che hanno poi avuto una esperienza di taglio cesareo. Il dato si presta a ulteriori studi. Alcuni genitori riportano di avere in qualche modo previsto il sesso del feto, prima che nascesse, con una buona percentuale di previsioni esatte: nei parti spontanei del 75%, dato questo di grosso interesse. Altro dato interessante è che i padri erano riusciti più delle loro compagne a valutare il tipo di sesso corretto. In base a cosa dunque essi sono riusciti ad avere questa percezione? Circa il 50% di chi l'aveva avuta riporta "attraverso il "sogno".

Molti genitori affermano di aver avuto la sensazione di comunicare con il proprio bimbo durante la gravidanza, soprattutto attraverso il tatto, quindi le carezze, e la voce. L'85% delle donne, ha avuto la sensazione che anche il feto comunicasse con loro, attraverso tatto e movimenti. Anche i padri riportano questo tipo di comunicazione.

Rispetto al vissuto dei padri in sala parti, soprattutto quelli coinvolti in parto vaginale, si è riscontrata una grossa preoccupazione per quanto riguarda l'evento in generale, soprattutto una paura riconducibile alla propria famiglia e al bambino, mentre la donna concentra di più le attenzioni sul suo fisico, sul suo organismo. Per quanto riguarda quello che i geni-

tori provano ad avere un neonato, emerge la prevedibile alternanza tra gioia, felicità, incredulità e timore, per questa nuova presenza e per il nuovo ruolo che viene loro richiesto e che dovranno svolgere.

Finisco con una frase di David Chamberlain (1999):

"Se i genitori fossero informati su quanto oggi si sa sulla psicologia prenatale, cambierebbero sicuramente il loro modo di essere genitori e se il loro modo di essere genitori cambiasse, cambierebbe il mondo. Ma che cosa vuol dire essere genitori? Divenire genitori implica molto di più che l'unione sperma-uovo: implica nutrimento fisico e psichico, protezione, guida e aiuto ai bambini. Il fallimento dei genitori nella loro precisa funzione è come una falla nella diga della civiltà".

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Braibanti L. (1980), *Nascere meglio*. Roma: Ed. Riuniti.
 Brazelton T., Cramer B.G. (1991), *Il primo legame*. Milano: Edizioni Frassinelli.
 Chamberlain D. (1988), *I bambini ricordano la nascita*. Bonomi Editore, 1998.
 Chamberlain D. (1999), L'inizio della genitorialità: territori inesplorati. *Journal of prenatal and perinatal psychology and health*, 14.
 Odent M. (1982), *A misura di bambino*. Emme Edizioni.
 Valpiana T. (2004), *L'alimentazione naturale del bambino*. Como: Red.
 Verny T., Kelly J. (1981), *Vita segreta prima della nascita*. Roma: Mondadori.
 Verny T., Weintraub P. (2004), *Bambini si nasce*. Bonomi Editore.

5.4 LA RELAZIONE COL NEONATO

(Antonio Imbasciati)

La relazione col neonato da parte del suo o dei suoi primi care-givers è determinante per la costruzione delle basi della sua struttura mentale. Su tale proposizione convergono tutti gli studi psicologici e neurologici che hanno indagato l'argomento. Le prime funzionalità della mente di un individuo sono relative alle sue prime esperienze, che determinano il costituirsi delle reti neurali che elaboreranno ogni successiva esperienza. La costruzione di ogni successiva struttura mentale dipende quindi dalle modalità con cui la precedente ha appreso a elaborare l'esperienza che attraversa (Imbasciati, Margiotta, 2005; Imbasciati, 1998, 2005, 2006 a, b). Su tale

tema già si è trattato in altri punti del presente testo (cfr. 1.2 e 3.3). Non è mai comunque inutile ricordarlo, di fronte al ricorrere nella formazione di molti operatori, di un riduzionismo dei dati scientifici a una pseudopsicologia del senso comune.

Primissime strutture mentali (e neurali) già si formano nell'esperienza fetale (Manfredi, Imbasciati, 2004): il tema è sviluppato lungo tutto il presente testo: in questo paragrafo sarà descritto il passaggio dalla relazione fetale-gestazionale a quella materno-neonatale, con la differente esperienza dei due protagonisti, che determinerà una nuova e diversa modalità per lo strutturarsi della mente del

bimbo. La diversità della relazione sarà determinata dalla diversità della comunicazione che viene a intercorrere tra i due, a seguito della possibilità di nuovi media comunicativi. Nel dialogo gestante-feto sono implicati linguaggi che si avvalgono dei medium umorali, tattili-viscerali, propriocettivo muscolari, gustativo-olfattori, sonori. Con la nascita tutti cambiano qualità, e sopravvivono i medium visivi, nonché termici.

Il bimbo esce dalle viscere materne: il contatto con la madre non avviene più attraverso le mucose, ma attraverso la pelle: non più continuo anche se variabile, ma discontinuo e con variabilità diversa. Non c'è più inoltre la continuità del contenimento corporeo della madre con i conseguenti suoi vissuti e quindi i conseguenti messaggi inviati al feto: la donna deve elaborare i vissuti della separazione e con questi costruire un nuovo linguaggio di contenimento intermittente; e tramite un linguaggio tattile-proprio-cettivo-muscolare diverso. Non c'è più la comunicazione umorale attraverso il cordone ombelicale: c'è quella incomparabilmente minore del latte materno. La regolazione umorale-ormonale del bimbo non può più essere per via diretta: il suo sistema nervoso centrale, deve imparare a elaborare (cioè costruire funzioni mentali) gli stimoli olfattivi, gustativi, termici, visivi, nonché tattili-proprio-cettivi-muscolari ricevuti dal caregiver, per modulare ora il proprio metabolismo, neuro-ormonale in primis e le altre sue proprie incipienti funzioni organiche. La regolazione delle funzioni biologiche del neonato dipende dalla qualità (significato) delle cure materne (Taylor, 1987). Il medium vestibolare viene inoltre ad essere modulato, non più dai movimenti più o meno automatizzati del corpo materno, bensì da quelli assai più intenzionali dei movimenti che la madre imprime al bimbo. Anche questo funge da mutamento dei parametri comunicazionali. Interviene inoltre la comunicazione termica: prima il feto era a temperatura costante; ora la sua pelle sarà più o meno a contatto col caldo e col freddo a seconda del modo con cui la madre lo accudirà e lo terrà di più o di meno a contatto con la propria pelle.

I principali vissuti della madre dopo che il figlio le è uscito dal corpo sono incentrati sull'elaborazione di una separazione: il bimbo non è più parte di se stessa, ma le si dispiega in una individualità propria. Il contatto deve ora essere modulato attraverso la pelle, ed è condizionato da tutte le variabili che la madre si trova a mettere in moto nel succedersi delle varie forme di quell'accudimento con cui ella

si trova a "stare" col figlio. Se i vissuti simbiotici della gestazione e i vissuti necessariamente narcisistici del saper generare e poter tener entro di sé un bimbo non possono trasformarsi in vissuti di separazione, di separatezza di entrambi, e al contempo di legame amorevole, i messaggi che la madre trasmetterà al neonato attraverso i nuovi canali di contatto, ovvero la comunicazione non verbale, con i rispettivi codici di linguaggi che si instaurerà tra madre e bimbo, saranno diversi. Diversi profondamente, da quelli che si vengono a costruire, codificare e trasmettere quando la madre è in grado, con la propria struttura psichica, di vivere ed elaborare separazione, separatezza e relazione amorevole, in una nuova e diversa forma di legame d'amore.

La comunicazione non verbale che passerà, in primis attraverso i significanti¹ fisici della modulazione dei contatti di pelle, strutturerà le strutture primarie della mente del bimbo; ciò attraverso modalità inconsapevoli da parte di quelle strutture mentali primarie che si saranno riattivate in quella madre; già dalla gestazione. Sappiamo infatti che durante la gravidanza, e nel parto stesso, e successivamente nell'accudimento (allattamento al seno soprattutto), *quelle* strutture primarie della mente di *quella* donna che si erano strutturate quando ella era *quella* bambina, si riattivano, rendendo la mente materna idonea a comunicare al livello più opportuno (cfr. funzione rêverie) in cui sta funzionando la costruendo mente del bimbo (Imbasciati, Margiotta, 2005, cap. 8 e 9; Imbasciati, 2006b). Pertanto, a seconda delle proprie strutture mentali primarie, ogni donna si ritroverà, nel bene o nel male, a comunicare col figlio, condizionando, in modo ottimale piuttosto che disfunzionale e patogenetico, la costruzione delle basi della mente di quel futuro individuo che ora è il suo neonato.

L'elaborazione dei vissuti di separazione che la puerpera si trova ad attraversare condizionano dunque i messaggi strutturanti che ella trasmetterà al figlio: essi potranno veicolare significati di riconoscimento della propria individualità, e più tardi identità, oppure di un rifiuto, che si potrà tradurre in un'ingiunzione negatoria della esistenza individuale del bambino, in una sorta di condanna premonitrice ad essere per sempre e soltanto appartenente alla madre. La comunicazione non verbale mediata dalla pelle e dagli altri media sensoriali paralleli (proprio-cettivo-vestibolari-muscolari e termici) o

¹ Si ricorda ancora una volta la differenza tra *significante* e *significato*.

comunque concomitanti (modulazione olfattiva della cute materna, configurazioni visive e sonore), è dunque responsabile della fondazione delle strutture mentali (e neurali) del bimbo. Questa dipende dalla struttura della mente materna, e si dispiega al di sotto della consapevolezza dei protagonisti. Ovviamente, non soltanto l'elaborazione di vissuti di separazione compiuta dalla mente materna condiziona la trasmissione di messaggi strutturanti, ma tutta la struttura mentale del caregiver si ripercuote nella comunicazione non verbale che condiziona lo sviluppo della mente di quel bimbo.

Quanto sopra può far meditare sul rilievo che la qualità della mente di chi si occupa di neonati (madre in primis, ma anche di tutti gli altri caregiver: partner, famiglia, operatori) può avere nello sviluppo psichico e psicofisico (cfr. 2 e 3) del nuovo nato; nonché sul rilievo di tutti quei fattori ambientali – assistenza, contesto sociale – che possono favorire un miglior funzionamento di quelle strutture psichiche dei caregiver che sarebbero deficitarie, rispetto al compito di ben strutturare lo sviluppo del bimbo; oppure al contrario che possono peggiorare le condizioni in cui strutture mentali disfunzionali di adulti stanno già malstrutturando le menti dei bimbi. Di qui l'importanza della qualità di servizi di assistenza psicologica, alle gestanti, alle puerpere, alle madri; nonché al personale che assiste, il quale a sua volta può esser bisognoso di aiuto; ostetriche in primis.

D'altra parte è ormai accertato che la struttura mentale che si sta costruendo nel neonato inizia dalla elaborazione delle sue funzioni corporee e queste dipendono a lungo dalla modulazione loro impressa dalla madre: dai messaggi contenuti nella comunicazione corporea modulata dalla madre medesima a seconda della di lei struttura psichica e psicosomatica (cfr. 2.1 e 3.3). La madre regola la temperatura corporea del piccolo, il battito cardiaco, la respirazione, i ritmi alimentari e di sonno veglia, il suo metabolismo, l'assetto ormonale e immunitario, il ritmo di crescita (Hofer, 1978, 1981; Taylor, 1987): tutto ciò al di là della coscienza e delle intenzioni della stessa, per comunicazione corporea. La relazione madre-neonato è matrice di tale comunicazione, e della costruzione dello psiche-soma dal quale prenderanno origine le funzioni mentali del bimbo. Molte sindromi del neonato, delle quali si rilevano soltanto i meccanismi patogenetici (per esempio endocrini, neurovegetativi, immunitari, come per ritardi di crescita, disturbi dell'alimentazione, disfagie, vomito, rifiuto di ali-

mentazione, sindromi respiratorie allergiche, vulnerabilità alle malattie, ecc.) hanno un'eziologia nella relazione madre-neonato. L'attenzione agli operatori deputati all'assistenza assume qui caratteri molto specialistici.

In questa sede può essere utile accennare ai collegamenti che la comunicazione non verbale, di pelle in particolare, che si dispiega tra madre e neonato, ha rispetto alla "dimensione sessuale" (Imbasciati, 2000) della donna: di quella donna. E ciò in funzione del fatto che una conoscenza di questa dimensione può fungere da utile indice, forse predittivo, rispetto alle vicende perinatali, per valutare l'impatto della comunicazione di pelle che una madre può essere in grado, o non in grado, di dispiegare col suo bimbo.

La sessualità si struttura, quando sopravvivono pubertà, adolescenza e esperienze, sulla base di una primaria struttura di una comunicazione non verbale, soprattutto tattile, che si è costruita nei primi mesi di vita (Imbasciati, Margiotta, 2005, cap. 17, 18, 19): a seconda di questa, l'esperienza di una adolescente può essere elaborata verso l'acquisizione di una sessualità piena ed armonica, piuttosto che in una dimensione deficitaria, disfunzionale al mantenimento dei legami affettivi, in taluni casi perversa, in modo spesso latente. Ricordiamo in questo contesto quanto lo svilupparsi della dimensione sessuale negli esseri umani sia evento essenzialmente psichico, e intrecciato con lo sviluppo cognitivo, inteso nel suo pieno aspetto di simbolopoesi (Imbasciati 1983, 1987 a, b, 1990, 2000, 2001, 2003). Il comportamento sessuale non è evento biologico e istintuale, come rozzamente si crede per evitare l'angoscia delle considerazioni del proprio inconscio, ma è una parte, integrata con tutte le altre (funzionamento corticale diffuso), del funzionamento psichico, al cui centro stanno le funzioni affettive (cervello mesolimbico) che sono state apprese, nel bene e nel male: in quanto tale, il comportamento sessuale è squisitamente relazionale e viene messo in moto in una vasta gamma di possibili modalità, a seconda della comunicazione non verbale che intercorre nella coppia.

L'ottimalità della dimensione sessuale di un individuo dipende così dalla capacità che questi ha acquisito (lungo tutta la sua vita a cominciare da quella neonatale) di comunicare (non verbalmente) significati primari di riconoscimento, di creatività, di sviluppo simbolopoietico: pensiero (nell'accezione bioniana), anziché narcisismo, appropriazione, invidia, distruttività. Si comprende allora la

compenetrazione di tali capacità con quella che può regolare la comunicazione dell'adulto col neonato e il valore strutturante, piuttosto che mortificante o distruttivo, di entrambe le capacità. Sintonizzazione e funzione rêverie sono cardini di entrambi queste capacità, ed ovviamente possono essere o non essere possedute dagli adulti. Sono pertanto ipotizzabili correlazioni tra la qualità dei processi comunicazionali che hanno interessato la costruzione della dimensione sessuale di una donna e quelli che regolano la sua comunicazione col feto, col neonato-bambino (al centro l'allattamento al seno), e lo sviluppo psicosomatico di questi; focali in questo quadro potrebbero essere le correlazioni con la modulazione della gravidanza e le possibilità fisiche di un parto fisiologico. Tali argomenti sono oggetto di nostre ricerche in corso.

Tornando al "contatto di pelle", e più in generale alla trasformazione che avviene quando si passa da quella gestante/feto alla più complessa madre/neonato, occorrerà interrogarsi sulla estensione della possibile gamma comunicazionale che la donna potrà dispiegare, per strutturare lo sviluppo del suo bimbo: alcune infatti potranno disporre di un'estesa gamma comunicazionale, e di buona qualità, altre invece avranno minori possibilità, o strutture che comunicheranno messaggi a significato contraddittorio, che quindi saranno disfunzionali allo sviluppo del bimbo. Di qui il rilievo di un'indagine sulle strutture psichiche non solo della donna, ma anche di tutti gli adulti che fungono da caregiver; nel possibile intento di potersi prendere cura di loro. La loro struttura psichica modulerà non solo le comunicazioni non verbali "di pelle", sulle quali ci siano finora soffermati, ma anche le comunicazioni mediate dagli altri canali sensoriali; quello sonoro e quello visivo in primis.

Il neonato già nella vita fetale ha imparato alcuni significati nei significanti sonori che il suo cervello ha elaborato (Manfredi, Imbasciati, 2004): quando esce è pronto e ancor più sensibile a recepire segnali e, se la modulazione di emissione è idonea, a codificarli imparando così nuovi simboli. Sta alla madre, e alla sua capacità di relazione e di rêverie, la possibilità di inviargli messaggi idonei ad essere capiti e appresi: sta alla sua struttura inconscia, al di là di ogni sua buona intenzione o velleità. Quest'ultima considerazione può valere per chiunque si occupi di neonati, operatori inclusi.

Si apre infine al neonato il canale visivo: qui si costruirà il linguaggio visivo che, ricalcando modelli di precedenti simbolizzazioni (Imbasciati,

1983), li svilupperà enormemente, dando così vigoroso impulso allo sviluppo psichico. Questo non sarà però passivo: per imparare a leggere visivamente (riconoscere adeguatamente) il mondo circostante, il bimbo ha bisogno che la madre gli "insegni" come assemblare le afferenze retiniche. Il primo passo, perché poi questo sviluppo proceda automatizzandosi, è costituito dal linguaggio degli sguardi tra madre e bimbo.

Prove osservative, ma anche precisi studi sperimentali, dimostrano come gli sguardi che la madre rivolge al bimbo, e questi a lei, siano configurati, motoricamente oltre che visivamente, in correlazione con altri significanti sensoriali (tenere in braccio – e come? –, allattare, emettere suoni, mimica, ecc.), in modo da costituire significanti di una effettiva comunicazione che veicoli significati; dunque che insegni nuovi simboli, che strutturi nuove capacità funzionali della mente del bimbo.

Da ultimo una menzione all'ancora inesplorata comunicazione olfattiva, che la madre *emette* per il bimbo (Vincenzi, Imbasciati, 1993; Imbasciati, Vincenzi, 1993).

In tutta la descrizione qui esposta, ripetutamente abbiamo notato quanto tali fenomeni dipendano dalle funzioni automatizzate e non consapevoli dell'adulto che si occupi di un bimbo: ovvero dalla struttura inconscia del care-giver. Questa rimanda, nel nostro caso, a quanto il caregiver strutturerà a suo tempo con la propria madre. Tale ripetuta nostra notazione ha lo scopo di sfatare, per quanto possibile, la ricorrente presunzione, di molte madri così come di molti operatori, che una buona comunicazione col bimbo, e una buona strutturazione della di lui mente, la si possa ottenere col linguaggio verbale e con un intenzionale "curarsi del bimbo", cioè con propositi coscienti e azioni programmate, nell'illusione che una attenta dedizione al bimbo costituisca il perfetto prendersi cura. Non è così. Anzi, spesso tale buona intenzione diventa intrusività distruttiva, nella costruzione della mente, che faticosamente sta avvenendo nel cervello di quel bimbo.

C'è un limite insormontabile in tutte le nostre azioni umane: quel che ci è noto del loro significato è minimo, se non ingannevole. Tale limite è frustrante: per questo il nostro animo ricorre alle illusioni delle "buone intenzioni". Solo tenendo conto di tale limite, e sopportandolo, una madre, così come un operatore, potrà usufruire degli ausili che le scienze psicologiche gli offrono per diminuirlo; almeno di un poco.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Hofer M.A. (1978), Hidden regulatory processes in early social relationship. In: Bateson P.P.G., Klopfer P.H. (a cura di), *Perspectives in Etology*, Vol. 3. London: Plenum Press.
- Hofer M.A. (1981), *The roots of human behavior*. San Francisco: Freeman.
- Imbasciati A. (1983), *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Imbasciati A. (1987a), Sessualità e piacere come costrutti mentali. *Sessuologia*, 11(1), 29-40.
- Imbasciati A. (1987b), L'ambiguo linguaggio dell'Eros. *Rivista di Sessuologia*, 11(2), 5-17; 11(3), 5-18; 11(4), 5-16.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati A. (2000), Le origini della dimensione sessuale. *Rivista di Sessuologia*, 24(2), 149-161.
- Imbasciati A. (2001), The Unconscious as Symbolopoiesis. *Psychoan. Rev.*, 88, 837-873.
- Imbasciati A. (2003), Psicopatologia e sessualità, *Psichiatria Psicoter. Analitica*, 22(2), 109-113.
- Imbasciati A. (2005), *Psicoanalisi e Cognitivismo*. Roma: Armando.
- Imbasciati A. (2006a), *Constructing a mind*. London: Routledge.
- Imbasciati A. (2006b), *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2005), *Compendio di Psicologia per gli operatori sociosanitari*. Padova: Piccin.
- Imbasciati A., Vincenzi S. (1993), La comunicazione olfattiva e la sua influenza nei rapporti umani. *Rivista di sessuologia*, 17(1), 35-59.
- Manfredi P., Imbasciati A. (2003), *Il feto ci ascolta... e impara*. Roma: Borla.
- Taylor G.J. (1987), *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. New York: Internat. Un. Press. Trad. It. *Medicina e psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. Roma: Astrolabio, 1993.
- Vincenzi S., Imbasciati A. (1993), Contributo alla costruzione di un differenziale semantico per la percezione olfattiva. *Arch. Psicol. Psich. Neur.*, 54(1), 113-129.

Capitolo 6

ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

6.1 MENTE, PSICHE, ANIMA: LA PSICOPROFILASSI AL PARTO-NASCITA

(Marisa Farinet)

La consultazione della fondamentale unità relazionale della diade madre bambino, nonché la sua basilare importanza non semplicemente per promuovere il benessere della gestante e della partoriente, ma anche per una promozione dello sviluppo, mentale e fisico, del futuro individuo, hanno maturato in ambito ostetrico un orientamento di pensiero e di prassi che potremmo definire “psico-ostetrico”: a cominciare dagli anni cinquanta, questa si è progressivamente anche se lentamente diffuso e differenziato. Le prime realizzazioni di tale approccio, introdotte in Italia da Miraglia e dalla rivista “Nascere”, vanno, o meglio, andavano sotto la denominazione di psicoprofilassi ostetrica.

La storia della psicoprofilassi al parto-nascita ha una storia ormai antica e lo stesso termine, oggi, suona antiquato: il titolo che ho voluto premettere al termine, vuole evidenziare le radici storico-scientifiche da cui è partito, trenta anni fa col Prof. Miraglia e il Prof. Fornari, il movimento, nel quale si può dire ho militato, per un cambiamento radicale nell’assistenza ostetrica. Cambiamento che ha visto le rivalutazioni, dopo oltre un secolo di medicalizzazione dell’ostetricia, dei fattori psichici, emotivi, affettivi, che si strutturano intorno al percorso nascita, dalla formazione della coppia al desiderio di generare, alla gestazione-gravidanza ed infine al parto, e che psicoanaliticamente condizionano gli eventi ostetrici. Psicoprofilassi è il termine che fu usato nella campagna condotta negli anni passati, per istituire corsi di preparazione alla nascita, che migliorasse le condizioni in cui si svolge il parto.

C’è un termine entrato oggi nel lessico sanitario corrente, quello di “umanizzazione”; sta a indicare un atteggiamento di rispetto e considerazione verso l’individuo come persona. È un termine non molto felice, perché “umani” comunque lo siamo (magari incivili, male-educati, o altro ma sempre umani). Un termine questo che ha origini lontane, risalenti

agli anni ’60-’70 del secolo testé scorso e a quell’epoca riguardava in specifico l’assistenza sanitaria neonatale; quando, finita l’epoca dell’Ostetrica “condotta”, che si occupava del parto a casa, l’ospedale “luogo per malati” era diventato sede elettiva per il parto, cioè “ospedale per sani”.

Nasceva in quegli anni il movimento della “psico-profilassi al parto-nascita”; non solo in Italia ma tra le ostetriche, dove ha potuto divenire una nuova etica comportamentale nell’assistenza alla maternità, “contagiando”, possiamo dire, anche l’assistenza ospedaliera più generale nell’ultimo decennio. Il processo è tutt’ora in corso perché questa tanto decantata “umanizzazione” non è ancora completamente diffusa. Dare regole di comportamento, creare protocolli clinici di assistenza in sala parto è facile, ma applicarli nel proprio intimo, mettendo in gioco mente, spirito e anima diventa più difficile.

Con l’ospedalizzazione generalizzata degli anni ’60/70, parto-nascita-puerperio erano entrati in una routine medicalizzata nella quale, alla predominante fisiologia dell’evento, sul piano della biologia umana, faceva riscontro, con il nuovo approccio psicologico, il “malessere”, l’emergenza affettiva ed emotiva (cioè psichica) che coinvolge da sempre la coppia gestante-feto, puerpera-neonato. In altre parole, si stava iniziando a indagare sul dramma che il partorire e il nascere nascondono a livello inconscio, quando al dolore fisico si associa il dolore psichico: sofferenza nella donna per la separazione da qualcuno che è stato parte di lei e poi di colpo diventa “altro” da lei; e sofferenza nel nascituro che nella separazione perde il suo “giardino dell’Eden”, condizione indefinita, protetta e felice.

Non dimentichiamo anche che il “nascere”, sia per chi partorisce come per chi viene al mondo, costituisce la metafora, nel corso dell’esistenza, di tutti i momenti di crisi, di passaggio, di cambiamenti che comunque generano sofferenza. E questo è un elemento che la psico-profilassi ha elaborato già più di vent’anni fa ed era emerso allora un po’ in sordina: cioè come la regia di tutte le vicende affettive profonde, di tutti i processi decisionali profondi che

avvengono nella vita di ognuno di noi, riguardi sempre problemi legati alla nascita. E non solo perché l'imprinting affettivo e mentale si abbozza nella fase pre-natale e si struttura poi nelle prime fasi della vita post-natale, ma anche nel senso che, oltre alla "prima" nascita, quella biologica, si ripropongono infinite volte problemi legati alla separazione, all'organizzazione di un progetto, di un cambiamento, di una trasformazione. E alla sofferenza. E non si dice forse, quando si entra in uno di questi momenti di crisi, che si deve "ri-nascere"?

Inoltre cosa c'è che può interessare di più alla specie, se non che nascano i bambini? E che nascano bene, biologicamente e psichicamente? La specie ha messo dentro di noi Operatori, uomini e donne, un sapere, una competenza, che ci aiutano a far nascere i bambini; e che ci possono aiutare a prendere le nostre decisioni proprio confrontandole

con il "sapere" scientifico che abbiamo relativo alla nascita, e con la necessità di affrontare il dolore fisico e psichico e la separazione.

Scriveva Imbasciati su *Nascere*, già circa 10 anni fa: "...Snaturando l'esperienza naturale del parto, oscurandone i vissuti esistenziali, ignorandone i fattori affettivo-emotivo-sociali connessi, si creano le condizioni peggiori perché funzioni un'ottimale regolazione psicosomatica del travaglio" (Imbasciati, 1994). Sottolinerei questo come profondo significato e prima finalità di quanto è stato detto in modo più che esaustivo, in un precedente ciclo di Seminari (A.A., 2004). L'evoluzione che è avvenuta in questi ultimi anni può essere illustrata dalla figura 6.1.

La paura di un evento così impegnato di grandiosità, il mistero-miracolo che avvolge l'entrata nel mondo di un nuovo essere umano, l'enorme

Paradigma di assistenza sanitaria

Modello tecnocratico

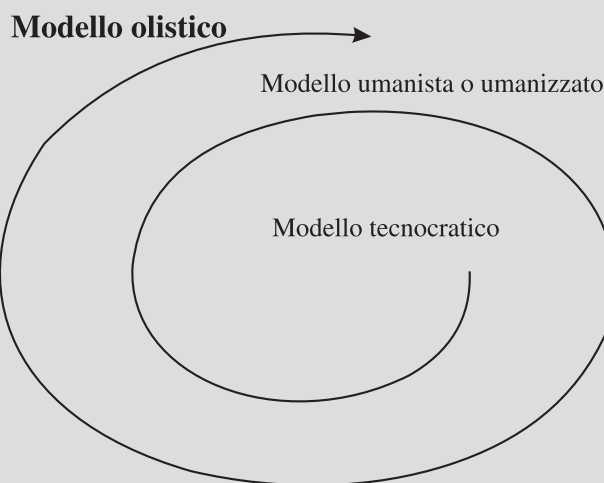
*Visione meccanicistica oggettuale del corpo
Intervento della tecnologia*

Modello umanista o umanizzato

*Visione organismica mente-corpo
Mente e corpo considerati un'unica entità
Al benessere del corpo corrisponde il benessere affettivo-emotivo*

Modello olistico

*Visione spirituale dell'essere umano
Non solo legame tra corpo e mente ma tra corpo mente e spirito
Viene presa in considerazione la dimensione spirituale dell'essere umano. Il modello umanizzato comprende e trascende quello tecnocratico e quello olistico trascende e include sia quello umanizzato che quello tecnocratico*



Da Davis Floyd Robbie, 1997.

potenzialità e responsabilità creativa che vive la donna gestante sono tutti elementi con-divisi e con-vissuti dagli operatori della sala-parto. E soprattutto dalle Ostetriche. Non dobbiamo dimenticare che sono state le Ostetriche, sin dai lontani anni '60-'70, quando iniziava a diffondersi la psico-profilassi, le più accese, agguerrite e preparate faultrici nella lotta per la difesa della fisiologia e dell'affettività intorno al parto-nascita.

Una forte identificazione di genere? Una condivisione empatica di sensibilità, emotività, persa nella notte dei secoli? Un retaggio dello storico accudimento al parto "faccenda di donne"? Un codice "materno" nascosto nei meandri dell'inconscio femminile e che si manifesta nella bellissima maternità "vicariata", ispiratrice della professione dell'Ostetrica? Direi tutti questi elementi fusi insieme.

E il medico ginecologo? Forti motivazioni clinico-scientifiche, e oggi anche una sofisticata preparazione tecnologica, stimolano l'interesse alla ricerca e alla sperimentazione nell'ambito della patologia, dove può *anche* emergere la vocazione alla "cura". Sono tutti fattori che hanno avuto un notevole peso nelle difficoltà d'affermare una umanizzazione del parto. In sala parto deve essere presente un "prendersi cura" che presuppone forti competenze pratiche nell'ambito della fisiologia del travaglio-parto, ma anche una non calcolabile disponibilità di tempo e l'accettazione di una dose di rischio emotivo. Quanto peso hanno avuto e hanno tutt'ora tutte queste componenti nel "non" sostenere a spada tratta (da parte di tanti medici), la "naturalità" del parto fisiologico, e a "non" promuovere, in un coinvolgimento più radicale di mente-psiche-anima, a "non" rinforzare l'"ars ostetrica" del passato, con nuovi presidi scientifici, ma sempre comunque "specchio" di questo mistero-miracolo della natura che è la maternità? Che peso ha avuto la diffidenza se non l'idiosincrasia per quel suffisso "psico", considerato quasi uno sminuimento della scienza ostetrica?

"La psico-profilassi è stata in genere connotata, nella mente dei responsabili dell'ostetricia accademica, solo alla stregua di una fisioterapia: utile, forse necessaria, ma comunque una semplice "tecnica", una sorta di ginnastica specialistica demandata a operatori "tecnici"... Ma questo modo di considerare la "psiche", che vale solo per chi si pensa abbia qualcosa che viene semplicisticamente denominato "problema psichico", significa non avere idea alcuna di che cosa essa sia effettivamente" (Imbasciati, 1994).

Quanti sono stati, e sono tutt'ora, i responsabili di Servizi Clinici o Ospedalieri che promuovono lo slogan dell'umanizzazione solo per dare un contentino alle Ostetriche, senza voler nulla cambiare nella realtà? E qui ne farebbe anche testimonianza il primato nazionale nella statistica dei tagli cesarei.

Ma fortunatamente ci sono stati anche medici, soprattutto ospedalieri, con qualche Direttore di Clinica Universitaria (a proposito di questi ultimi è stato significativo il termine "anima" come elemento base nell'assistenza al parto, che ha usato Bianchi (A.A., 2004) che hanno condiviso il processo di "umanizzazione" nell'assistenza ostetrica dedicando capacità, tempo e rischio alla fisiologia del parto-nascita e condividendo in sala-parto il carico emotivo degli "affetti" presenti; carico che avvolge non solo la coppia e il bambino, ma anche tutti gli operatori. Una sala-parto-crocevia (come l'ha definita, più volte, Miraglia, 2005) dove si scontrano tutte le emotività: ansie, paure, dubbi, esaltazione, gioia di chi assiste e di chi è assistito.

Direi dunque che un obiettivo prioritario oggi sia quello di rifondare con l'apporto di questo modello di cultura scientifico-umanistica, la Clinica Ostetrica. Perché i futuri Medici Ostetrici possano disporre anche di un'approfondita e soprattutto "vissuta" conoscenza della psicosomatica del parto. In particolare per quanto concerne gli aspetti eziologici, cioè i fattori psichici e sociali, così condizionanti l'equilibrio psicosomatico della donna, durante la gestazione, nel parto e nel puerperio; nella sua relazione con il feto e dopo con il bambino; utilizzando tutti i recenti parametri psicofisiologici alla base della simbiosi madre-bambino e che possono influenzare, oltre alla funzionalità di vari organi come i ritmi respiratori e cardiaci, anche lo sviluppo cerebrale e ormonale. Iniziative di seminari interdisciplinari sul percorso nascita (A.A., 2004) potrebbero essere un avvio, in ambito di assistenza perinatale, di un Progetto per "gruppi di incontro" istituzionalizzati, frazionati numericamente, finalizzati a verificare il tipo di relazione intercorrente tra gli Operatori, tra Operatori e gestanti, tra Operatori e coppia-bambino, tra Operatori e Istituzioni sanitarie; il tutto con lo scopo di metabolizzare ansie, conflitti, dissensi, paure, e salvaguardare non solo il livello di assistenza ma anche l'atmosfera di gratificazione e di crescita individuale, professionale e interiore; che, se risulta importante in tutto l'ambito sanitario,

diventa prioritaria e determinante dentro una sala-parto¹.

In questi ultimi anni Nascere (organo ufficiale della psico-profilassi in Italia) ha gradualmente spostato l'obiettivo prioritario dei temi trattati sull'individuo-bambino; intendendo una "individualità" che è anche cammino verso l'identità e che potremmo definire nell'attuale cultura perinatale come: a) L'apparato mentale-psichico, non più considerato semplice emanazione dello sviluppo neurologico, ma anche come prodotto dell'elaborazione dell'esperienza. b) L'origine delle funzioni psichiche derivate dall'esperienza che si strutturano sulle relazioni degli ultimi mesi della vita fetale (psichismo fetale) e del primo anno di vita (prime funzioni mentali in epoca neonatale); ritornando quindi al rapporto madre-figlio, e al legame emotivo-affettivo prima, durante e dopo la nascita. Legame che si può anche considerare convergenza tra due menti "fenomenologiche", (Boncinelli, 1999) cioè quella parte di mente che coincide con il nostro mondo interiore fatto di ricordi, sensazioni, emozioni e sentimenti personali.

L'individuo umano nasce con un cervello non ancora sviluppato (un quarto di quello che avrà da adulto) per quel famoso "dilemma ostetrico" che risale ai primi ominidi. Ma questo cervello, nella sua parte più nobile, la corteccia cerebrale, contiene già praticamente tutte le cellule nervose che avrà da adulto, mentre è incompleta la rete di connessioni fra loro, cioè le "sinapsi". Quelle presenti alla nascita sono state in parte stabilite dal patrimonio genetico ed altre si formano nei primi 15 anni di vita secondo un piano prestabilito. Ma su quale base si formano tutte le altre numerose connessioni che costituiscono il supporto materiale della nostra mente, del nostro "Io", della nostra individualità? "Alla luce del sole..." – aggiunge Boncinelli, ovvero in base all'esperienza che quell'individuo elaborerà lungo tutte le relazioni della sua esistenza, a cominciare da quelle neonatali. Queste e in genere

quelle dei due primi anni di vita hanno un'importanza fondamentale (Imbasciati, 2006).

"È solo all'alba del XXI secolo – scrive Oliver Sacks (1986), neurologo – che abbiamo incominciato ad avere la consapevolezza e la misura reale della complessità del corpo umano, a comprendere come natura e cultura interagiscono tra loro e come il cervello sia figlio della mente e viceversa".

Quello delle neuroscienze e della neuropsicologia è un cammino oggi in piena evoluzione, che porta in sé i valori della didattica e della ricerca. Mi sembra opportuno concludere assunti significativi: "...l'emozione non è una perturbazione del corso della ragione ma una sua parte vitale" (Wilson, 1999); "...senza le emozioni probabilmente non sarebbe possibile nemmeno la cognizione..." (Edelman, 2004); "... secondo lo schema concettuale corrente la mente tesse soprattutto rappresentazioni e stati d'animo..." ; "...la vita emotiva non si esaurisce con le emozioni: esistono anche i sentimenti e le passioni. Senza passioni non si vive..." ; "...l'anima è la sintesi delle facoltà cognitive più quelle emozionali... la psiche è il braccio secolare dell'anima..." (Boncinelli, 1999); "...l'intenzionalità dell'individuo è attribuita ai lobi frontali, i quali sono essenziali per la coscienza superiore, il giudizio, l'immaginazione, l'empatia, l'identità, insomma per l'anima..." ; (Goldberg, 2004); "...l'interazione precoce fra madre e figlio è importante per il normale sviluppo della corteccia orbitofrontale nei primi mesi di vita..." (Schore, 2001).

La psico-profilassi si è inserita in un percorso culturale che può essere sintetizzato nella formula: psiche-mente-anima. Il ricorrere di quest'ultimo termine "anima" con il senso vago, indefinito, inafferrabile ma assoluto che la distingue, all'interno di discipline scientifiche, rappresenta una rivalutazione di aspetti trascurati nella storia degli ultimi due secoli della medicina. La introdusse nel 1984 Franco Fornari (1984), teorico dell'etica della psico-profilassi, con l'esaltazione dello "scrigno degli affetti" di pertinenza di ogni umano. Scriveva: "Riscoprire l'anima è in realtà un passaggio obbligato per riscoprire l'amore, in un felice accoppiamento tra anima femminile e anima maschile, tra anima paterna e anima materna, tra anima dei bambini e quella dei genitori, nel cammino della nostra vita che va dalla nascita alla morte e chissà, forse, perché no? perché sì? anche al di là della morte". Ed è significativo che tale termine oggi ricorra nella bocca di medici ostetrici.

Mente... Psiche... Anima... Riterrei incompleto

¹ Scriveva Gustavo Pietropolli Charmet (1987) a proposito della sperimentazione in Psicologia Clinica, attuata presso gli ICP "Ospedale dei Bambini" di Milano per 4 anni: "è lecito chiedere se allo stato attuale dei rapporti fra scienze umane e scienze biologiche, l'intento formativo non sia la sostanza dell'incontro sia sul piano delle motivazioni degli Operatori dell'area biologica sia dal punto di vista delle motivazioni degli Operatori dell'ambito delle scienze umane. Stando così le cose... è legittimo chiedersi perché mai tale finalità non possa essere esplicitata ufficialmente e divenire la base contrattuale dell'incontro fra discipline diverse".

il rapido percorso indicato su questi tre elementi-base della nostra etica, se non accennassi in chiusura all'altro termine che lo "scigno degli affetti" di Fornari ha evocato: famiglia. È un termine che sembra ormai uscito dal lessico quotidiano (si parla molto di coppia, di figli, di anziani, ...) e appare più come un'astrazione, retaggio di un passato, anche se recente.

Ma anche lontanissimo perché se da una donna e da un uomo nasce il loro "frutto", un figlio, è da sempre che si crea una famiglia.

Limitandoci all'accezione fornariana dello "scigno degli affetti", è incontrovertibile che ognuno di noi porti nel suo DNA psichico un modello affettivo

legato alle due figure parentali primarie e collegato ad una "aspettativa di bene". La quale trova (o dovrebbe trovare) corrispondenza nella realtà ma rimane comunque nel profondo, a livello simbolico: una madre che genera, nutre, accudisce; un padre che indica la norma; infine un "bambino" il cui fantasma può continuare a perdurare nel mondo psichico adulto e che permette – dentro gli affanni della vita reale – gli spazi di creatività, di gioco, di benessere, alimentati dal bene ricevuto all'origine. Una "Buona Famiglia Interna" come baluardo a questo parossistico avvicinarsi di metamorfosi culturali nel quale il nostro tempo è immerso.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A.A. (2004), *Percorso nascita*. Fascicolo speciale di "Nascere".
- Boncinelli E. (1999), *Il cervello, la mente e l'anima – le straordinarie scoperte sull'intelligenza umana*. Milano: Mondadori.
- Davis Floyd R. (1997), *Childbirth and Authoritative Knowledge*. The Regent of the University of California.
- Edelman G.M. (2004), *Più grande del cielo*. Torino: Biblioteca Einaudi.
- Fornari F. (1984), *La riscoperta dell'anima*. Bari: Laterza.
- Goldberg E.G. (2004), *L'anima nel cervello, lobi frontali, mente e civiltà*. Torino: UTET Libreria.
- Imbasciati A. (1994), Psicosomatica ostetrica e istituzione ospedaliera. *Nascere*, 12(1), pag. 22-31.
- Imbasciati A. (2006), *Il Sistema Protomentale*. Milano: LED.
- Miraglia F. (2005), *Per una cultura del nascere*. Cosenza: Ed. Rubettino.
- Pietropolli Charmet G. (1987), *La democrazia degli affetti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sacks O.W. (1986), *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*. Trad. It. Morena C. (a cura di), Milano: Adelphi.
- Schore A.N. (2001), The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, pag. 7-66.
- Wilson E.O. (1998), *Consilience*. New York: A. Knopf. Trad. it. Milano: Mondadori, 1999.

6.2 EVOLUZIONE DEI CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

(Miriam Gambarini)

6.2.1 Metodi di preparazione alla nascita

Fino alla seconda metà del settecento, l'ostetricia rimane in Europa affidata solo agli strumenti d'intervento manuale propri dell'arte specifica ed al semplice gesto di soccorso. Si deve giungere al 1777, quando madame Le Boursier Du Coudray tiene con molto successo, nella provincia francese, dei corsi gratuiti a donne del popolo sul modo migliore di prepararsi al parto. Il tentativo resta un fatto straordinario e isolato: dovranno infatti passare altri decenni per ritrovare propositi di una profilassi del dolore nel parto.

Intorno alla metà dell'Ottocento si sviluppa in Europa una serie di studi tendenti a raggiungere l'analgesia nel parto con mezzi psicologici. In quel periodo a Parigi la scuola di Charcot ed a Nancy la scuola di Bernheim intrapresero numerose ricerche sull'ipnosi clinica. Ne scaturirono vaste applicazioni. L'ipnosi sembrava aver ridotto le patologie, migliorato gli esiti fisiologici del parto, ma mancava totalmente l'attenzione ai vissuti della donna.

La sperimentazione con l'ipnosi ha aperto la strada alla conoscenza di importanti aspetti del dolore del parto, ne ha evidenziata la componente

psichica, l'importanza della motivazione e la relazione empatica tra la donna e chi l'assiste. Negli anni '30 Dick-Read (1979) osservò che la paura crea tensione muscolare, in particolare contratture del canale del parto, con conseguenza resistenza e dolore. Egli sostenne che era possibile una riduzione o l'eliminazione della paura attraverso: *una preparazione attiva al parto*, che comprendesse le informazioni (la didattica), il lavoro corporeo (ginnastica) per sciogliere le tensioni e il decondizionamento degli aspetti negativi del dolore (suggestione). Questo metodo si avvaleva di mezzi psicologici per elevare la soglia del dolore, in cui la suggestione era l'elemento cardine.

In quegli anni si diffusero in ambiente ostetrico manuali di esposizioni teoriche da impartire alle gestanti, di ginnastica prenatale e di esercitazioni di gruppo. Le relative istruzioni riguardavano la respirazione alitante (allenamento alla respirazione profonda, alternata ad una respirazione superficiale, rapida e ansimante, durante l'apice della contrazione e nella fase espulsiva).

Il metodo R.A.T. (Piscicelli, 1991) nato come metodo di terapia per le malattie psicosomatiche, è stato applicato con opportune modifiche al parto. Nelle terapie autogene si attua un rilassamento muscolare per regolare lo stato emotivo e neurovegetativo. Il metodo R.A.T. comporta conoscenze della fisiologia del dolore e della fisiopatologia ostetrica, comprende sette esercizi da praticare nelle prime sette sedute, ripetute nelle settimane che precedono il parto.

Analizzando questi metodi è evidente come i protagonisti siano gli operatori, mentre la donna riveste più il ruolo di "macchina". Ne consegue che, se il metodo non è adatto alla donna e/o la donna non è riuscita ad applicarlo, ella comunque si sentirà frustrata, o poco "brava".

Negli anni '70 la Kitzinger (1994) inserisce l'evento nascita come evento della vita sessuale femminile nella ciclicità della vita della donna: in questo contesto l'educazione alla nascita si esprime attraverso una *metodologia attiva*, che ha come approccio quello di rendere la donna/coppia attiva e protagonista, di accettare il dolore come opportunità evolutiva, di permetterne la libera espressione, di vivere la nascita come esperienza senza giudizi a valenza positiva o negativa. Questo orientamento che vede la nascita in un'atmosfera di benessere e di accoglienza, si manifesta oggi come la possibilità di scelta per la coppia del modo di far venire al mondo il proprio bambino, togliere la nascita dagli automa-

tismi sanitari e culturali, per restituirle la dignità di un evento complesso dove cultura, salvaguardia della specie ed emotività s'intrecciano.

Il lavoro proposto a partire dagli anni '70 da Leboyer (2000) e da Odent (1989) si basa su una presa di coscienza della donna: sapere che il parto è nel suo stesso codice genetico e che, sepolto da vari condizionamenti culturali, va riscoperto. Anche il bambino è visto come un individuo già portatore di una sua personalità. Protagonisti diventano quindi mamma, papà e bambino, mentre gli operatori hanno il compito di "osservare" un processo che, se indisturbato, nella maggior parte dei casi andrà avanti fisiologicamente. Il rapporto tra la coppia, il bambino e chi assiste al parto deve costruirsi in un ambito di comunicazione e scambio di informazioni, nel rispetto della persona.

La preparazione attiva alla nascita prevede un lavoro sulle competenze intrinseche alla biologia della donna. Attraverso un approccio globale, corporeo, comportamentale ed emozionale, la donna può influenzare direttamente il suo equilibrio endocrino, neurovegetativo e la funzionalità placentare. Il sistema informativo del corpo, rappresentato dai neurotrasmettitori e dalle informazioni nervose, fa da tramite tra la sua realtà interiore, quella ambientale e quella fisica. Promuovere un parto naturale significa approfondire i ritmi fisiologici, attivare le risorse psicofisiche profonde nella donna, che le rimarranno disponibili anche dopo la nascita, e significa favorire, nel bambino, tutti i processi di adattamento alla vita extrauterina; significa cioè promuovere la salute.

Possiamo allora chiederci: cosa significa oggi "preparazione alla nascita"? Prae-paro significa "allestire prima": potremmo intendere il preparare nel senso di "mettere in grado di affrontare una prova"; in questo modo la donna può avere l'opportunità di ascoltarsi e ascoltare, di avere fiducia nelle proprie capacità, di potenziare le proprie risorse e scegliere cosa è meglio per sé e per il suo bambino.

Ho avuto modo di riflettere a lungo sul tema dell'accompagnamento alla nascita: le mie considerazioni sono il frutto di letture, studio, esperienze e confronto con gli altri operatori, nei diciotto anni della mia attività lavorativa. Dal mio punto di vista l'impegno nella conduzione di corsi di questo tipo è notevole, ma può essere stimolante e gratificante. In un corso di accompagnamento alla nascita troviamo persone diverse tra loro, ognuna con un proprio bagaglio di esperienze e con personali capacità di rispondere agli stimoli. Abbiamo un gruppo con le

sue dinamiche e abbiamo obiettivi: informare la donna e la coppia sui processi fisiologici della nascita, per rendere le scelte più consapevoli, sviluppare la fiducia nelle proprie competenze da parte della donna/coppia, favorire un clima sereno, facilitare la possibilità di esprimere i propri bisogni. La base sociale dell'accompagnamento alla nascita si attua attraverso il gruppo, che rappresenta un'importante fonte di sostegno, di condivisione e di stimoli; che favorisce il confronto e lo scambio, facilita la socializzazione, ha un valore autoterapeutico. Il gruppo affronta tematiche della vita, anche educative, di preparazione alla maternità e alla paternità e crea un legame sociale. Il gruppo rappresenta un'importante risorsa per attivare il cambiamento e la crescita nelle persone.

La base emozionale dell'accompagnamento alla nascita offre uno spazio per sentire e accogliere le emozioni. Questo lavoro chiede al conduttore capacità di accoglienza: l'ostetrica grazie alle sue competenze globali, per madre, bambino e famiglia, è la professionista indicata per la conduzione dei corsi in gravidanza e nel dopo parto.

È importante che l'ostetrica si chieda che cosa vuole trasmettere, perché e come. La comunicazione che avviene all'interno del gruppo deve tener conto di regole, valori, aspettative e ruoli dell'emittente e del ricevente, tra i quali avviene la comunicazione. Una comunicazione efficace in gruppo può avvenire se si stabilisce una relazione empatica: un clima empatico sta alla base di apprendimento e ascolto. In questo contesto acquista particolare importanza *il linguaggio non verbale*, facendo particolare attenzione alla postura, al livello in cui ci poniamo come operatori; anche *l'ascolto attivo* è fondamentale, utilizzando domande aperte, o tecniche di problem solving. *Dare sostegno e fiducia* significa accettare ciò che l'interlocutore pensa e sente, non esprimere giudizi, fornire aiuto pratico e dare informazioni utilizzando un linguaggio semplice.

In questi ultimi decenni si è sempre più sottolineata l'importanza di una partecipazione del padre ai processi di accompagnamento alla nascita. Gli studiosi della famiglia riconoscono che la nascita di un figlio (e la sua attesa) costituisce un'importante fase di passaggio nel ciclo vitale di una famiglia, allo stesso modo in cui la maternità e la paternità costituiscono una fase significativa nel processo evolutivo dell'individuo. Il periodo della gravidanza è quindi un momento importante per costruire lo spazio affettivo che accoglierà il bambino. Se è vero

che un figlio "si fa in due" è altrettanto vero che il bambino ha bisogno di entrambi i genitori per crescere sano.

Tuttavia non è facile realizzare un tale obiettivo, per molteplici ragioni, psicologiche e culturali. Molti padri desiderano partecipare ai corsi ma non tutti poi si ritrovano a loro agio. Altri non vogliono a priori. Spesso l'uomo è sgomento di fronte alla sua donna che partorisce, si sente impacciato, impotente; spesso soverchiato da emozioni, che hanno un'origine oscura e arcaica. È d'altra parte controproducente forzare i padri a partecipare ai corsi più di quanto essi stessi si sentano. Per questo occorrono chiarimenti preliminari, offerti alla coppia, sugli scopi di un corso di accompagnamento alla nascita, nell'intento che la coppia chiarisca a se stessa, alla donna e soprattutto all'uomo, quanto sia utile la partecipazione.

6.2.2 Obiettivi e organizzazione di un corso di accompagnamento alla nascita

L'obiettivo principale dei corsi di accompagnamento alla nascita è quello di aumentare il senso di sicurezza della coppia che si avvicina al momento del parto, di ridurre lo stress e l'ansia, attraverso un percorso che deve iniziare il prima possibile in gravidanza e che miri al rafforzamento dell'autostima e alla soddisfazione.

La maggior parte dei corsi si articola in 8-10 incontri di gruppo a cadenza settimanale, orientati a definire un corpo comune d'esperienza, e includono tecniche di rilassamento, di respirazione e di massaggio; nonché suggerimenti finalizzati alla riduzione della percezione del dolore; hanno inoltre lo scopo di fornire informazioni sulla gravidanza, sul travaglio e il parto, sul puerperio e allattamento. Le informazioni non sono fornite esclusivamente da chi tiene il corso, ma viene messa in atto la discussione con le altre partecipanti, stimolando la rassicurazione e la condivisione derivanti dal mettere in comune esperienze e informazioni. Alcuni studi controllati random (Enkin et al., 1993) hanno dimostrato che i corsi di accompagnamento alla nascita riducono significativamente il ricorso ad analgesie durante il travaglio.

Un corso di accompagnamento alla nascita deve considerare l'aspetto fisico, emotivo, socioculturale e cognitivo dei partecipanti. La persona che apprende è l'elemento fondamentale del processo cognitivo. Il processo di apprendimento investe la persona

nella sua globalità e diventa efficace quando è dato spazio al livello cognitivo, psicomotorio (provare, fare), affettivo (emozioni, appoggio, autopercezione). È più facile raccogliere un'idea o uno stimolo che sia in qualche modo relativo a qualcosa già conosciuto, che fare riferimento ad esperienze passate o a risorse personali. Ogni persona filtra le informazioni attraverso la propria realtà: questo spiega come mai lo stesso messaggio spesso sia interpretato in modi diversi da persone diverse. Le motivazioni giocano un ruolo importante nella pronta ricezione e nella selezione delle informazioni.

L'attenzione è una variabile molto importante per il processo di apprendimento, ed è influenzata dalle motivazioni personali, dal tempo di esposizione e dalla piacevolezza dell'ambiente. Se i tempi di esposizione sono superiori ai 15 minuti e senza intervallo, la percentuale di informazioni mantenute tende a diminuire.

Altre variabili intervengono nel processo di apprendimento: l'interazione con le altre persone che partecipano al lavoro di gruppo (il gruppo e il conduttore), l'ambiente (luogo piacevole), le strategie adottate, il target di utenza, se per sole madri o per coppie.

Il luogo del corso dovrebbe essere predisposto con uno spazio adeguato per il numero di persone e facilmente accessibile, fornito di tutto il materiale che occorre (materassini, cuscini, cartelloni, fogli, pennarelli, palle da tennis, ecc.). È importante definire un orario accessibile, la durata degli incontri, il numero dei partecipanti (massimo 15 persone) almeno 8 incontri di 2 ore settimanali, oltre a un paio di incontri post-partum. Ovvia una pubblicizzazione a mezzo locandine, opuscoli, con materiale informativo chiaro, dettagliato e incoraggiante.

Gli obiettivi possono essere così riassunti: a) creare occasioni d'incontro tra donne/coppie per aiutare a condividere aspettative, desideri, paure ed ansie; b) fornire informazioni relative ai processi fisiologici della gravidanza, del parto e del puerperio; alla cura di sé e del neonato; c) informare sulle risorse disponibili nei diversi punti nascita; d) promuovere l'allattamento al seno; e) fornire informazioni sui servizi consultoriali; f) favorire l'autostima e la consapevolezza delle diverse fasi che caratterizzano il percorso nascita; g) favorire il primo legame; h) fare un lavoro corporeo attraverso il movimento, la respirazione, il rilassamento.

Utilizzando il gruppo come risorsa, un'adeguata conduzione promuove una circolarità che attiva la socializzazione: la donna/coppia e il bambino sono

al centro del processo. In un primo incontro è importante ridurre l'ansia dell'arrivo, favorire la conoscenza reciproca, curare le modalità di presentazione dell'esperienza, facilitare la comunicazione, saper accogliere ed ascoltare.

Come strumenti possiamo elencare: a) discussioni in gruppo con domande aperte; b) associazioni libere (brain storming); c) problem solving; d) drammatizzazione; e) attivazione di sottogruppi; f) rilassamento e movimento attivo; g) visualizzazione; h) respirazione. Strategie adottate: a) ambiente accogliente; b) cura del linguaggio e della comunicazione; c) spazio a riflessioni ed espressioni personali; d) comunicazione non verbale; e) ripetere, evidenziare, sintetizzare, rafforzare; f) stimolazione di tutti i sensi; g) un momento di verifica, che serva all'ostetrica a riflettere per mettere in atto le varie strategie.

Gli strumenti specifici degli operatori sono: a) la comunicazione verbale e non verbale; b) la conduzione attiva; c) l'accoglienza e l'ascolto; d) un bagaglio teorico scientifico; e) una conoscenza delle dinamiche dei processi di crescita e di crisi; f) le competenze sulla salute e lo sviluppo del bambino; g) la capacità di individuare le situazioni di rischio.

Negli incontri del corso si discute di argomenti di ostetricia: processi fisiologici della gravidanza, del parto e del puerperio, risorse e competenze della donna/coppia, del feto e del bambino. Si discute inoltre dei luoghi del parto, di chi assiste, con quali procedure e perché. L'ostetrica deve sempre aver chiaro l'obiettivo generale (di tutto il corso) e l'obiettivo specifico (del singolo incontro).

La gravidanza è un periodo di notevoli trasformazioni che coinvolgono la globalità della persona: molti di questi cambiamenti (assetto ormonale, metabolismo, sistema cardio-circolatorio, ecc.) influenzano la postura, il peso, l'equilibrio, la flessibilità, il tono muscolare, la respirazione. L'esperienza del movimento costituisce un percorso che porta la donna alla riscoperta delle potenzialità del proprio corpo. Ruolo importante assume la respirazione che diventa profonda, in grado d'interagire sugli equilibri vegetativi e su quelli ormonali, permettendo quindi di ottimizzare l'ossigenazione di madre e bambino.

La madre attraverso il battito cardiaco, la circolazione, il tono muscolare, la biochimica, è a diretto contatto con il bambino. Quando una donna partorisce, partorisce con tutta la sua pelle, i suoi organi, i suoi muscoli. La partoriente è in grado di per-

cepire tutte le informazioni che arrivano alla sua muscolatura, imparando a conoscere i muscoli che possono contrarsi involontariamente e a distenderli. Basta poco perché la nostra muscolatura si contragga: un pensiero, uno stress, ecc. Occorre in particolare imparare a sintonizzare il movimento del diaframma con la muscolatura del perineo, il lavoro della parte inferiore della schiena, il rilassamento dei muscoli dell'interno cosce, il movimento del bacino. Diverse tecniche corporee possono essere utilizzate: ginnastica dolce, stretching, yoga, massaggio, respirazione, ginnastica in acqua.

Durante la respirazione, l'oscillazione verso l'alto e verso il basso del diaframma produce un massaggio sugli organi interni e stimola circolazione e digestione. L'azione del diaframma influenza anche la muscolatura, addominale, che si contrae e si rilassa. Se la respirazione è squilibrata saranno squilibrati anche i muscoli addominali e tutta la regione pelvica. Questo può avere importanza al momento del parto. Le emozioni influenzano il respiro: lo stress e l'ansia sono frequentemente causa di respirazione rapida o faticosa.

Lo scopo delle varie tecniche per il controllo della respirazione è di rendere la respirazione più cosciente, perché si possa imparare a respirare in modo pieno e rilassato. Diventando più consapevoli del respiro, si respira in modo più profondo e tranquillo. Il vero rilassamento nasce da un uso corretto del corpo, che si può raggiungere con l'esercizio e la respirazione, in modo che permettano di abbandonare gli irrigidimenti e le tensioni muscolari, con eliminazione delle posizioni scorrette, che limitano la mobilità corporea.

Lo *stretching* (allungamento) è una forma efficace di rilassamento e si basa sul semplice principio di rimettere il corpo nella posizione giusta, in cui alle articolazioni sia consentita la massima libertà di movimento: è una ginnastica che non affatica, che aiuta ad eliminare le tensioni, allunga e rilassa i muscoli sfruttando la forza di gravità, migliora la circolazione del sangue, previene i crampi. Inizialmente alcune posizioni possono risultare dolorose o difficili da tenere a lungo, ma la rigidità e il disagio iniziali spariscono man mano che si procede con l'esercizio.

Una tecnica efficace, semplice e flessibile, può accompagnare gli esercizi di rilassamento: la *visualizzazione*. Si invita cioè la donna a lasciare affiorare immagini, pensieri, sensazioni piacevoli. Con questa tecnica non ci devono essere rumori esterni forti, la temperatura dell'ambiente deve essere ade-

guata, lo spazio a disposizione per ogni persona deve essere sufficiente per garantire piccoli spostamenti; ogni persona deve trovare una posizione comoda; ci deve essere penombra; la postura e la posizione del conduttore sono importanti: più elevato rispetto agli altri, udibile da tutti, deve poter vedere tutti, il linguaggio deve essere semplice, con pause tra un "comando" e l'altro, un tono fermo e rassicurante.

Un'altra tecnica coadiuvante il rilassamento consiste nell'*uso dell'acqua*, in piscina. L'acqua come mezzo terapeutico è stata utilizzata fin dai tempi più remoti, da tutte le grandi culture del mondo, per il rilassamento fisico e per alleviare il dolore: un chiaro esempio sono le sorgenti di acqua termale. Nell'acqua è più semplice prendere coscienza dei propri mutamenti, ascoltare le proprie percezioni, avere fiducia nelle proprie reazioni, l'acqua consente di far fluire le sensazioni. Molte esperienze diverse sono possibili in questo spazio fluido, così particolare, che si configura come un mezzo facilitante per stare con se stesse e col proprio bambino e per prepararsi sia fisicamente sia psicologicamente a quella grande, unica esperienza che è la nascita del proprio figlio. Nell'acqua, madre e bambino sono entrambi immersi in un fluido che culla, massaggia, accarezza, trasporta suoni, vibrazioni, odori.

Tutto ciò dà alla madre la possibilità di immaginare la realtà in cui vive il bambino, che porta dentro di sé, e d'immedesimarsi più facilmente con il suo stato di intensa comunicazione. Allo stesso tempo l'acqua fornisce alle donne un notevole sollievo dal senso di peso della pancia, che si fa via via più ingombrante, permettendo una quantità di movimenti impensabili in altro ambiente, che danno un senso di libertà e potenzialità di movimento del proprio corpo.

Il lavoro in acqua, che si effettua sfruttando il più possibile la spinta idrostatica, permette di tonificare gradualmente la muscolatura, di allungare i legamenti e mobilizzare le articolazioni, di lavorare più facilmente per la mobilità e l'apertura del bacino. Inoltre, può essere utile ad alleviare lombalgia, sciatalgia, pubalgia e molti dei comuni fastidi legati alla gravidanza e alle modificazioni che essa comporta. Enormi benefici ne traggono ovviamente sia la circolazione sanguigna sia quella linfatica, grazie al continuo massaggio che l'acqua produce sia sulla pelle sia in profondità, utile ai fini del benessere globale della donna. In gravidanza non sempre i cambiamenti sono facili da accettare: l'acqua aiuta

a sdrammatizzare, offre un contenimento, fornisce un ambiente accogliente in cui è possibile lasciarsi andare, immergersi, rilassarsi, farsi cullare, ascoltare suoni, respirare, divertirsi. Tutto ciò rinforza la fiducia in se stesse, sostenendo, con il resto del lavoro, le proprie competenze.

Fa parte infine delle tecniche di rilassamento l'utilizzo di un'adeguata *osservazione del dolore*. Il dolore in quanto "modalità di espressione", di relazione, di comunicazione, comporta le seguenti domande: come viene accolto? Cosa esprime? Cosa significa? Cosa vuole comunicare la donna attraverso le sue modulazioni del dolore? Mentre si presenta un sintomo doloroso, si viene presi in considerazione, si ricevono cure e vi è un approccio relazionale gratificante. Ci si serve del dolore per comunicare. Attraverso l'esperienza del dolore si mette in gioco qualcosa.

Nell'esperienza del parto si possono riconoscere due distinti livelli di formazione del dolore: una "sofferenza" che coinvolge tutte le donne della terra, senza distinzione e nella stessa maniera, e un altro livello, che nella sua espressività più eclatante si mostra con qualità formali molto diverse da popolazione a popolazione, da epoca ad epoca e da cultura a cultura.

Un'attenta osservazione del dolore comporta per la donna un'elaborazione interiore che può avere valore terapeutico. Esiste un maggior controllo dell'espressività del dolore man mano che aumentano la civiltà e la cultura: non sappiamo se questo maggior controllo sia veramente utile o se invece esprimere il dolore, anche drammaticamente non sia un modo di lenire la sofferenza. In ogni caso un'attenta osservazione del dolore e della comunicazione in esso contenuta può servire all'ostetrica per capire come modulare gli esercizi di rilassamento, e in genere le varie componenti tecniche di un corso di preparazione alla nascita.

6.2.3 **La mia esperienza nella realtà bresciana**

Il codice deontologico dell'ostetrica dice: "l'ostetrica assiste e consiglia la persona assistita riconoscendole di esprimere le proprie scelte e favorisce la sua partecipazione attiva nelle decisioni, informandola in modo chiaro ed esauriente sul proprio stato di salute e i mezzi per mantenerlo, e su tutte le pratiche e i provvedimenti socio-assistenziali ritenuti necessari". Dagli anni Novanta in poi si parla di medicina e di ostetricia basata sulle prove

di evidenza (EBM, EBO): diventa quindi indispensabile per l'ostetrica, trasmettere informazioni alla gestante che siano supportate dalle evidenze scientifiche. La legislazione dice anche chiaramente (legge 42/1 999 e la 1251/2000 e direttive dell'Unione Europea) quali siano le competenze dell'ostetrica: valutazione e monitoraggio dello stato di benessere materno-fetale, diagnosi di eventi patologici, rilievo tempestivo e precoce dei fattori di rischio, sostegno e supporto alla coppia nel processo di maternità e paternità, informazione ed educazione sanitaria e counselling alla gestante, partecipazione agli interventi ostetrici e gestione dei corsi di accompagnamento alla nascita.

Dalla Legge regionale della Lombardia 8/5/87 numero 16 che ha come titolo: "La tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale", cito uno stralcio dell'articolo 4: "1) il personale addetto ai sensi dell'art. 5 della L.R. 6 settembre 1976, n. 44 ai consultori, integrato da altri operatori del servizio sanitario nazionale, deve coordinare corsi di preparazione al parto. I corsi – nei quali la figura dell'ostetrica deve essere prevista – sono rivolti fin dall'inizio della gravidanza alla coppia; 2) i corsi di preparazione alla nascita, oltre a garantire le conoscenze relative all'evento gravidanza-parto-nascita, nei suoi aspetti fisici e psichici nonché dei luoghi ove partorire, utilizzano metodi di derivazione scientifica di larga applicabilità che, nel rispetto dell'unità psicofisica della gestante, garantiscano durante il travaglio un buon equilibrio psichico e condizioni organiche ottimali per l'espletamento del parto; 3) durante lo svolgimento dei corsi deve essere dato ampio spazio allo scambio di esperienze e deve essere consentita la partecipazione di figure non professionali di donne le quali possano trasmettere le esperienze vissute; 4) a completamento dei corsi devono inoltre essere previsti incontri, dopo il parto, tra le madri, possibilmente appartenenti agli stessi gruppi di preparazione al parto, ed il personale che ha condotto il corso stesso per gli opportuni scambi di esperienze, le valutazioni sull'evento, e i problemi legati alla nuova condizione della donna e della coppia". Oggi, quindi, per l'ostetrica "accompagnamento alla nascita" significa aggiornarsi sulla tecnologia appropriata, trasmettere informazioni basate sulle prove di efficacia, rispettare le scelte individuali, sostenere la coppia nelle sue decisioni, verificare e revisionare il proprio lavoro.

Nell'ambito delle Indagini Multiscopo sulle famiglie avviate dall'ISTAT, è stata condotta nel 1999 un'indagine sulle "Condizioni di salute e

ricorso ai servizi sanitari” dalla quale emergono dati che rappresentano un utile supporto conoscitivo per la valutazione dell’assistenza alla nascita in Italia: si evidenzia un eccessivo ricorso all’assistenza privata (81% a livello nazionale) e una sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche senza differenze sostanziali tra le gravidanze fisiologiche e quelle complicate da patologie. Dall’indagine campionaria “Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato” (Baglio et al. 2000) emerge che, nonostante i corsi di preparazione alla nascita risultino associati ad una riduzione degli esiti negativi per la salute della madre e del bambino, essi sono però frequentati solo dal 30% delle gestanti. Tali corsi riducono sensibilmente il ricorso all’analgesia durante il travaglio. Le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita presentano un rischio di taglio cesareo significativamente ridotto, presentano una percentuale più bassa di mancato allattamento al seno durante il ricovero in ospedale (3,7% contro 9,0%). Tale effetto è più spiccato per i corsi tenuti in consultorio. Partecipare ai corsi di preparazione alla nascita risulta un fattore favorente l’allattamento al seno. Le donne che partecipano ai corsi dimostrano di avere migliore cognizione anche sui tempi d’inizio dell’allattamento, visto che oltre il 95% è per cominciare precocemente.

Il corso svolge inoltre il ruolo di fattore protettivo rispetto alla crescente medicalizzazione del percorso nascita: le donne che dispongono di migliori informazioni sulla fisiologia della gravidanza, parto e puerperio e che hanno sviluppato maggiore consapevolezza rispetto alla propria esperienza, sono anche in grado di negoziare un ruolo attivo rispetto ai processi decisionali. Una donna informata, capace di scegliere, consapevole delle proprie competenze, è una donna che incorre meno in interventi ostetrici, ha meno bisogno di assistenza sanitaria, costa meno allo stato, ma, soprattutto, è una donna più soddisfatta della sua esperienza di maternità. Le donne che hanno partecipato ai corsi, nella grandissima maggioranza, si sono dichiarate molto soddisfatte o abbastanza soddisfatte nell’aver frequentato corsi di accompagnamento alla nascita.

Favorire le scelte personali all’interno di un accompagnamento alla nascita significa allora non fornire un corso preconfezionato, ma lavorare in un gruppo rilevando e cercando di raccogliere quelle che sono necessità e aspettative. La maggiore consapevolezza della donna/coppia, e il recupero del suo ruolo di soggetto attivo nella gestione delle varie fasi dell’assistenza alla gravidanza, parto e puerperio sono condizioni essenziali per una pratica ostetrica meno invasiva e più attenta alle reali esigenze di salute della donna/coppia e del bambino. Concludo dicendo che, nella mia esperienza lavorativa, mi capita spesso di dover aumentare il numero di corsi programmati in un anno, poiché la richiesta è superiore all’offerta. Questo significa che i genitori hanno il desiderio di essere informati, di partecipare e di confrontarsi. Alla luce delle numerose ricadute positive che i corsi di accompagnamento alla nascita hanno per la salute globale della donna/coppia e del bambino, auspico che a tale compito siano dedicate maggiori risorse.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Baglio G., Spinelli A., Donati S., Grandolfo M.E., Osborn J. (2000), *Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato*. Ann. Ist. Super. Sanità, 36(4), pag. 465-478.
- Braibanti L. (1993), *Parto e nascita senza violenza*. Como: RED.
- Dick-Read G. (1979), *Childbirth without fear*. New York: Harper & Row Publisher.
- Enkin M., Keirse M., Chalmers I. (1993), *L’efficacia delle procedure di assistenza alla gravidanza e al parto. Una completa rassegna critica degli interventi medici e ostetrici*. Como: RED.
- Kitzinger S. (1994), *La salute sessuale della donna. Il corpo, gli affetti, l’amore nell’esperienza di noi donne*. Como: RED.
- Leboyer F. (2000), *Per una nascita senza violenza*. Milano: Bompiani.
- Odent M. (1989), *Ecologia della nascita. Una via antica e nuova al parto naturale*. Como: RED.
- Piscicelli U. (1991), *Training autogeno, respiratorio e psicografilassi ostetrica*. Padova: Piccin.

6.3 EDUCAZIONE ALLA SALUTE E AL BENESSERE NEL PERCORSO NASCITA

(Lucia Grassi, Miriam Guana)

Il concetto di salute e benessere globale deve essere oggi inteso come equilibrio della sfera fisica, psico-emotiva e sociale, che si traduce, per l'ostetrica/o, nella individuazione e nella soddisfazione dei bisogni della persona, attraverso la realizzazione di prestazioni secondo un approccio olistico. Tale accompagnamento deve garantire alla donna/coppia: a) l'empowerment, ossia l'autonomia di scelte responsabili rispetto alla gestione della salute individuale e del proprio bambino; b) il rispetto dei loro diritti nel percorso nascita, come sancito dall'OMS, dalle Direttive U.E., dalle leggi nazionali e regionali; c) la continuità dell'assistenza.

Per empowerment s'intende "autorizzazione, consenso acquisizione di consapevolezza e responsabile potere decisionale della persona assistita" (Grandolfo *et al.*, 2001). Si contrappone al concetto di "compliance", ossia l'adesione a cure attraverso un atteggiamento di obbedienza. L'empowerment porta la donna ad acconsentire, scegliere e richiedere, ossia di esprimere la propria consapevole volontà; permette alla donna di scegliere come, da chi e quando farsi curare. In questa ottica, l'ostetrica/o deve rivestire un ruolo di guida, di supporto che aiuti la coppia ad attivare le proprie energie, risorse e potenzialità.

Nella Carta dei Diritti della partorienti (doc. A2-38/88) è citato il diritto di frequentare, con il partner, corsi di accompagnamento alla nascita; il progetto Obiettivo Materno Infantile, approvato dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 inserisce i "corsi pre-parto" fra le azioni necessarie a perseguire gli obiettivi di Umanizzazione del percorso nascita e di promozione dell'allattamento al seno.

La preparazione al parto e allo stato di genitore, compresi gli aspetti psicologici, la conoscenza e l'uso dell'attrezzatura ostetrica, fa parte del programma di formazione delle ostetriche. Nel percorso nascita l'ostetrica/o è abilitata a *prendersi cura* della donna, della coppia e del bambino nella sua ampia accezione; oltre alla sorveglianza e al monitoraggio clinico dello stato di salute materno/fetale, fornisce sostegno/supporto che operativamente si traduce *nell'accompagnare i futuri genitori* a vivere serenamente e con responsabilità questa delicata ed indimenticabile esperienza di vita.

La continuità delle cure ostetriche è il valore di partenza per un processo assistenziale inserito in un *continuum*. Tale continuità può essere attuata tramite l'assistenza erogata *one to one* durante tutta la gravidanza oppure durante un determinato periodo di tempo, come ad esempio il percorso nascita, oppure da più professioniste dello stesso profilo professionale o da un'equipe multidisciplinare avvalendosi di strumenti operativi condivisi e applicati.

Nello specifico *l'accompagnamento alla nascita*, definizione che sostituisce il classico e superato termine "corsi di preparazione al parto", consiste nel garantire alla donna gravida, puerpera e al proprio compagno, una serie di incontri finalizzati alla: a) *informazione*: eventi fisiologici, comuni disturbi, accertamenti clinici e procedure in gravidanza, nel parto ed in puerperio; b) *consulenza*: normative italiane in materia di tutela dei diritti delle lavoratrici madri, dei diritti delle partorienti e del bambino in ospedale e sul territorio e riguardo al riconoscimento del figlio; c) *educazione alla salute materna*: alimentazione, cura del corpo compresa l'estetica, sessualità, contraccezione, prevenzione dei fattori di rischio, perineal-care; d) *educazione alla salute del bambino*: prenatalità, relazione madre-bambino, allattamento, svezzamento, vaccinazioni, puericoltura, prevenzione degli incidenti domestici; e) *sostegno emotivo* alla donna/coppia rispetto a bisogni e problemi dell'area psico-emotiva e sociale.

Sulla base dei presupposti suesposti, si può sottolineare l'opportunità di un corso in tal modo strutturato. Un tale servizio sarà rivolto alla donna gravida/neo-mamma ed al proprio compagno/neo-papà o alla triade (madre, padre e bambino); gli incontri sono però aperti anche ad altre persone significative. Il servizio dovrebbe essere realizzato da ostetriche provenienti da realtà operative diverse che hanno sviluppato conoscenze e competenze specifiche, capaci quindi di attuare e monitorare il processo comunicativo con la finalità di trasmettere informazioni rilevanti, non per modificare il comportamento in una direzione rispetto ad un'altra bensì per permettere alla donna-coppia di scegliere, promuovendo quindi l'empowerment e il rispetto dei loro diritti.

Il corso che prospettiamo si può articolare in tre moduli di incontri di gruppo: a) durante la gravidanza; b) il puerperio, da 0 a 3 mesi dal parto; c) oltre il terzo mese dal parto. La strutturazione in 3 moduli (anche opzionali) consentirà alla donna o alla coppia una maggior libertà di accesso alle tre

proposte. Ogni gruppo dovrà essere composto da non più di 10 gravide con rispettivi accompagnatori. A scelta della donna o della coppia è possibile programmare su richiesta uno o più incontri personalizzati rispetto a bisogni specifici.

“L’accompagnamento alla nascita” sarà diviso in una serie di incontri a tema dove si succederanno le varie professioniste. Quindi, il gruppo avrà la possibilità di interagire con ostetriche provenienti da realtà diverse, le quali affronteranno via via argomenti e aspetti pertinenti alle loro aree di competenza. Negli incontri la partecipazione dell/i partecipante/i è considerato requisito indispensabile. Le meto-

dologie pedagogiche consisteranno in un confronto in gruppo, nell’ascolto attivo, nell’utilizzo di audiovisivi e in simulazioni.

Ci auguriamo che corsi di questo tipo possano essere promossi in tutti i servizi di assistenza ostetrica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Grandolfo M., Donati S., Giusti A. (2002), *Indagine conoscitiva sul percorso nascita. Aspetti metodologici e risultati nazionali*. Istituto Superiore della Sanità.

6.4 COMPETENZA DEL PRENDERSI CURA: IL MODELLO FORMATIVO NEL CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

(Miriam Guana, Umberto Bianchi)

La storia dell’ostetricia ci consente di affermare che il sostegno alla donna gravida e l’assistenza alla partorientente hanno sempre caratterizzato il tradizionale ruolo sociale dell’ostetrica/o. Un’attestazione in tal senso ci viene fornita dal *Gynaecia* di Muscione, scritto intorno al 500 d.C., sottoforma di catechismo per le *levatrici* (Coppola, 1997; Guana, Lucchini, 1996). Egli affida alla levatrice anche la funzione del *prendersi cura* della gravida, che si traduce nell’incoraggiarla, nell’aiutarla, nel rassicurarla e nell’informarla sul dolore del parto.

Madame Boursier (*sage femme*), oltre ad essere stata la più nota levatrice di Parigi nel 1500 è ricordata come la proto-ostetrica della psicoprofilassi al parto; così si evince dalle “*istruzioni*” lasciate alla figlia che si apprestava ad apprendere l’arte della madre. È opportuno qui riportare lo stralcio del documento in cui M. Boursier esorta la figlia a fornire sostegno psicoemotivo alla gravida/partorientente: “*Le donne che debbono partorire purtroppo sono spesso visitate da conoscenti che raccontano loro ogni sorta di disgrazie che possono capitare a chi partorisce, giungendo persino ad inventarne delle nuove, e ciò è un grave danno per le poverette. La donna gravida è come un grande vascello che ha bisogno di un buon timoniere: una saggia ed attenta ostetrica...*” (Coppola, 1997).

L’accompagnamento alla nascita ed alla maternità è uno dei modelli teorico/concettuali appartenenti alla disciplina ostetrica (*MED 47 – Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche*) che orientano l’agire professionale dell’ostetrica (Guana, 2002a, b; Bianchi, Guana; DM Murst, 2000; DM

Murst, 2001). Esso racchiude una serie di concetti, valori, significati ed interventi che trovano fondamento: nella psicoprofilassi ostetrica, avviata in Italia negli anni ’70 da F. Miraglia, nelle esperienze di Leboyer, di M. Odent; nei principi del “parto attivo” di S. Kitzinger, di J. Balaskas e di I.M. Gaskin; nelle raccomandazioni dell’Unione Europea e dell’OMS e delle leggi nazionali e regionali in materia di tutela della donna e della maternità; nei principi etici contenuti nel codice deontologico dell’ostetrica/o, anno 2000 (Guana, 2002a, b).

Il valore centrale di questo modello è “*prendersi cura*” o “*to take care*”, che vuol dire “stare vicino a qualcuno per aiutarlo”, “prendersi cura dell’altro”, occuparsi della persona nella sua globalità. Dal significato del “*to take care*” deriva *caring*, ossia “attenzione”, protezione, premura, nonché anche trepidazione, tensione, apprensione, cioè propensione dell’animo che implicano il pre-occuparsi di qualche cosa o di qualcuno (Lai, 1998; Guana, 1996).

Nella relazione ostetrica/o-donna, il *to take care* è da configurare come un rapporto professionale basato sull’interesse dell’altra (io mi interesso di te, mi rendo utile per te), dove i soggetti coinvolti si alleano per un obiettivo comune: si viene a creare una *partnership* (alleanza terapeutica). Prendersi cura per l’ostetrica/o significa offrire protezione, sostegno, tenerezza, tatto, conforto, discrezione, empatia ecc. Mediante un atteggiamento di protezione si vuole comunicare la volontà di condividere ed occuparsi dei suoi desideri, interessi, aspettative, preferenze, scelte rispetto ai suoi bisogni di salute e benessere o in merito ai suoi disagi o problemi rela-

tivi agli eventi, fenomeni, manifestazioni ed agli avvenimenti connessi con l'esperienza della nascita e della genitorialità, anche in termini di emozionalità e di cultura (Guana, Lucchini, 1996; L. 251/2000).

L'accompagnamento alla maternità ed alla paternità, più semplicemente alla nascita, rientra tra le competenze professionali dell'ostetrica/o, come si evince dalle Direttive Europee e dal profilo professionale (DM 740/94). Si tratta di un'attività che viene assicurata dal professionista in vari ambiti operativi: ospedale, consultorio, studio privato, palestre ecc., sia in autonomia assoluta sia nella partecipazione, compresa la progettazione, realizzazione in equipe di interventi di educazione alla salute nel percorso nascita. Il concetto di autonomia viene chiaramente enunciato sia nella legge 42/99 e n. 251/00 "...l'ostetrica svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle normative del relativo profilo e codice deontologico utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza..." (L. 251/2000).

La nuova formazione dell'ostetrica/o che si individua nel corso di Laurea in ostetricia oggi si fa garante nell'assicurare, alla gestante ed ai futuri genitori, professionisti competenti. Per competenza si intendere "ciò che compete", "ciò che è di pertinenza, o meglio ciò che si è abilitati a fare, come previsto dello Stato italiano (Guana, 2002). Lo sviluppo della competenza del "prendersi cura" richiede allo studente una formazione umana/umanistica il cui fine è pervenire ad una formazione globale, imprescindibile per l'acquisizione, la fissazione e l'elaborazione di quei contenuti che consentono la realizzazione, nell'esercizio professionale, un'assistenza globale intesa come prestazione all'uomo "totale" (Guana, 1998). Il corso di laurea in ostetricia prevede pertanto, all'interno del piano di studi, l'integrazione di una varietà di SSD (settori scientifico disciplinari) tra loro integrati attraverso un rapporto di interdisciplinarietà. Questi SSD possono appartenere all'area dei saperi delle scienze biologiche, psicologiche umane e normative. I saperi delle scienze psicologiche e quelli delle scienze umane sono irrinunciabili per lo sviluppo della competenza del *to take care* ossia *prendersi cura*; si tratta di un insieme di conoscenze il cui *oggetto* di studio è "l'uomo-soggetto" nei suoi vari aspetti: la sua natura, la sua interiorità, la sua mente, la sua maturazione/sviluppo, la sua integrazione con l'ambiente, i suoi valori, i suoi ideali, i suoi diritti, ecc.

All'interno del programma di studi le mete da perseguire sono due: in primo luogo, la maturazione dello studente intesa come processo dinamico che lo conduce a governarsi sia nella vita personale/sociale e sia in quella professionale, attraverso l'acquisizione di autonomia, autocoscienza, autodeterminazione (*formazione umana*). Ciò significa percorrere un cammino formativo che porta verso una fiducia di fondo, una capacità di instaurare una relazione di aiuto, una capacità di autovalutazione e autorealizzazione; una capacità di scelta, di assumersi le responsabilità, una capacità di vivere positivamente la propria dimensione sessuale. In secondo luogo si ha di mira l'acquisizione di un sapere fondamentale per comprendere i fenomeni, gli eventi, i problemi, le situazioni della sfera psicosociali, che lo porterà ad agire per un'assistenza globale all'uomo "totale" (*formazione umanistica*) (Guana, 1998).

I saperi che concorrono allo sviluppo della competenza del "prendersi cura" nel percorso nascita e dei futuri genitori, sono contenuti nei seguenti SSD: Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche (MED 47), Scienze infermieristiche generali (MED745), Pedagogia Generale e sociale (M-PED/01), Psicologia generale (M-PSI/01), Discipline demoantropologiche (M-DEA/01), Psicologia Clinica in Ostetricia, Psiconcologia, Psicossessuologia, (M-PSI/08), Didattica e pedagogia speciale (M-PED/03), Inglese scientifico, Neuropsichiatria-infantile (MED/39), Diritto di famiglia (IUS/90), Deontologia ed etica medica (MED/42), Sessuologia clinica e contraccezione (MED 40), Andrologia (MED/13), Sociologia generale (SPS/07), Storia della medicina (MED/02), Diritto sanitario (IUS/09) (AA.VV., 2002).

L'attività pratica, in particolar modo il tirocinio guidato e le metodologie di apprendimento attivo (BPL, role-playing, simulazioni, studio dei casi) hanno un peso formativo importante nella formazione professionalizzante globale perché consentono allo studente, oltre all'applicazione di modelli del "sapere umanistico", appresi in aula, anche l'avvicinarsi a contesti reali o simulati che rappresentano "il campo proprio di apprendimento". Si valorizza quindi l'apprendimento attraverso l'esperienza (*Experiential Learning*) (White, Ewan, 1994; Bianchi, Guana, 2004).

Oltre allo studente, in questa complessa formazione sono da individuare gli altri attori che entrano nella formazione globale e cioè i formatori, nello specifico i docenti e i tutori. Il formatore al fine di garantire un'educazione globale deve essere promo-

tore del cambiamento, quindi un conoscitore fedele del profilo dello studente, un modello di umanità un orientatore, un compagno di cammino, una persona coerente, consapevole dei propri limiti e flessibile ed un esperto nell'ambito del *caring perinatale*.

Il modello di insegnamento/apprendimento orientato allo sviluppo delle competenze del "prendersi cura" è inserito in un itinerario formativo molto più ampio, ossia della Laurea quinquennale (3+2), dove nella Laurea triennale il professionista viene abilitato alla professione di ostetrica/o, mentre nella Laurea Magistrale in scienze Infermieristiche e ostetriche l'obiettivo è l'acquisizione di una competenza avanzata, volta a creare esperti anche nell'ambito dell'organizzazione dei servizi compresi quelli relativi al *caring perinatale*. Da ricordare che nell'ambito dell'offerta formativa universitaria vi sono pure i master ed i corsi di perfezionamento la cui finalità è quella di consolidare competenze (AA.V.V., 2002).

L'università di Brescia ha attivato nell'anno accademico 2003/2004 un corso di perfezionamento in *Accompagnamento alla nascita* la cui finalità è di consentire alle ostetriche ed agli ostetrici lo sviluppo delle competenze nell'ambito della promozione e della tutela della salute e del benessere globale della triade (madre, padre e bambino) nel percorso nascita. Gli obiettivi specifici si possono così definire: a) Applicazione del processo di midwifery management nella sorveglianza dello stato di salute materno/fetale nella gravidanza fisiologica in relazione alle linee guida ed alle evidenze scientifiche. b) Approfondimento delle conoscenze circa la prenatalità, la genitorialità ed il processo di attaccamento della triade in gravidanza e dopo il parto. c) Approfondimento della normativa sanitaria, in materia di diritto del lavoro e diritto di famiglia. d) Miglioramento delle competenze relazionali (relazione di aiuto – *counselling* – gestione dei gruppi). e) Acquisizione dei principi generali dell'andragogia, della educazione alla salute e delle metodologie di apprendimento attivo. f) Costruzione di un pro-

getto di educazione alla salute nel percorso nascita: analisi di contesto e dei bisogni, obiettivi, contenuti, metodi e valutazione. g) Acquisizione delle conoscenze relative al *perineal-care* ed al fitness in gravidanza e nel dopo parto.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A.A. V.V. (2002), *Guida all'esercizio della professione ostetrica*. Torino: Edizioni medico-scientifiche.
- Bianchi U.A., Guana M. (2004), Gli ambiti della ricerca nella disciplina ostetrica. Proposta di un modello. *Ginecorama*.
- Coppola E. (1997), La professione ostetrica: fonti storiche, legislative e regolamentari per l'esercizio professionale. *FNCO*.
- DM MURST 2 aprile 2001. *Determinazione delle classi delle lauree universitarie e delle professioni sanitarie CCNL integrativo del CCNL*.
- DM MURST 4 ottobre 2000. *Rideterminazione e aggiornamento dei settori scientifico-disciplinari e definizione delle relative declaratorie, ai sensi dell'art. 2 del DM 23 dicembre 1999*.
- Guana M. (1996), *La valorizzazione della coppia nell'assistenza alla gravidanza e al parto*. Atti SIGO, Congresso di Firenze.
- Guana M. (1998), *La formazione dell'ostetrica/o oggi: il diploma universitario*. Roma: CIC.
- Guana M. (2002a), Aspetti epistemologici della scienza ostetrica (midwifery). *Diritto delle professioni sanitarie*, 5(2), pag. 121-127.
- Guana M. (2002b), *Proposta di linea guida all'interpretazione del "Codice Deontologico dell'Ostetrica lo anno 2000*. Collegio delle ostetriche di Brescia e provincia. 2^a Edizione.
- Guana M., Lucchini F. (1996), *Midwifery, arte e scienza, la professione di ostetrica/o oggi*. Roma: CIC.
- L. 251/2000 – *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, nonché della professione ostetrica*.
- Lai (1998), *Considerazioni pedagogiche sulla formazione etica alla "cura" della Midwifery*. Atti 29° Congresso nazionale delle ostetriche, Cagliari.
- White R., Ewan C. (1994), *Il tirocinio. L'insegnamento clinico del Nursing*. Milano: Sorbona.

6.5 ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA E STRUTTURE OSPEDALIERE NELLA LOMBARDIA

(Miriam Guana)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità divide le cure sanitarie in *Cure* e *Care*.

Al "*cure*" appartengono le prestazioni di carattere clinico/medico, ovvero quelle erogate per fare diagnosi e per intervenire terapeutamente (componente "*hard*" delle prestazioni sanitarie); al "*caring*" si fa riferimento alla relazione di aiuto, al sostegno, supporto alla persona (componente "*soft*" delle prestazioni sanitarie secondo la cultura della qualità dei servizi sanitari) (Bonaldi *et al.*, 1994). Nei paesi anglofoni i due aspetti delle cure sono ben espressi nei due distinti verbi, *to cure* e *to care*, i cui equivalenti non esistono nella lingua italiana. Mentre *to cure* corrisponde all'accezione medica del verbo transitivo italiano "curare la malattia", *to care* si rende con il più espressivo "prendersi cura di" (Guana, 1996; Guana *et al.*, 2002; Guana, 2003a).

Parlare oggi di *caring* nel percorso nascita, si riferisce al più noto modello assistenziale di *accompagnamento alla nascita* che ha sostituito la desueta denominazione "corsi di preparazione al parto". Gli specifici obiettivi sono: 1) promozione della salute e del benessere globale della donna e della coppia, della triade; 2) sostegno alla coppia genitoriale; 3) rafforzamento delle potenzialità e delle energie della partoriente; 4) presa di coscienza dei diritti e delle responsabilità da parte della donna e dei genitori; 5) promozione/crescita delle competenze di accudimento presenti nella coppia genitoriale; 6) affermazione dell'autodeterminazione nelle scelte assistenziali da parte della donna/coppia (empowerment) (Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche, 1997, 2002; Guana, 2002; 2003b).

In questi ultimi anni seppur si sia assistito ad uno sviluppo delle cure perinatali nell'ambito clinico, quelle orientate al *caring*, ossia al *prendersi cura* nel percorso nascita della donna e dei futuri genitori, non hanno avuto la stessa espansione nonostante l'OMS (Obiettivi Salute per l'anno 2020), le normative europee, nazionali e regionali abbiano dato indicazioni programmatiche ben precise in merito alla tutela della salute materno/infantile. In Italia, anche le ricerche volte a valutare la qualità del servizio offerto nei *percorsi di accompagnamento alla nascita* sono state sin ad ora poche.

Indubbiamente da ricordare le indagini nazionali condotte dall'Istituto Superiore della Sanità. In

quella compiuta nel 1995/96, sono state intervistate 9004 donne presso le ASL di 13 regioni italiane. Della totalità delle intervistate solo il 23.1% riferisce di aver frequentato un percorso di accompagnamento alla nascita (Nord 40% – Centro 39,2% – Sud 13,2%); di queste ben il 52,5% è rimasta soddisfatta dell'esperienza contro il 6% che esprime parere negativo. Le ragioni della mancata partecipazione sono le seguenti: esperienza inutile (26,8%), scarsità di tempo (26,1%), non disponibilità delle strutture (18,5%), mancanza di informazioni (8,6%) (Grandolfo *et al.*, 2002; Guana, 2003b; www.saperidoc.it/print_ques_240.html).

Una ricerca Istat 1999-2000 su gravidanza, parto e puerperio fa emergere alcuni punti critici; tra questi, oltre all'eccesso di medicalizzazione in gravidanza, all'aumento del numero di TC, si registra una scarsa partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita, un'informazione prenatale non omogenea, una bassa percentuale di donne che allattano nell'Italia insulare.

Dall'analisi di numerosi studi condotti tra 1985 ed il 2001 (*Cochrane Database*) e dall'indagine nazionale eseguita dall'Istituto Superiore di Sanità nel 1999 presso le cliniche ostetriche (campione di 1776 donne intervistate), risulta che l'aver partecipato ad un corso di preparazione alla nascita, l'essere seguiti in particolare nei consultori familiari, o da un'ostetrica, ed il sostegno emotivo in travaglio di parto, comportano per la donna un minor rischio di subire procedure invasive, quali parto indotto o pilotato monitoraggio cardiocografico, taglio cesareo, analgesia, nonché maggior appropriatezza nell'utilizzo delle strutture, riduzione dell'ansia in gravidanza e nel post-partum, miglior approccio all'allattamento al seno, riduzione dei casi di depressione in puerperio. I corsi di preparazione al parto, quindi, costituiscono un fattore di protezione; ciò è probabilmente dovuto alla loro efficacia nel determinare nella donna una maggior autodeterminazione delle scelte assistenziali.

Vediamo ora la situazione in Lombardia. I dati riportati si riferiscono ad un'indagine effettuata nel 2003 (periodo agosto-settembre) presso i punti nascita delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, considerato che l'ospedale ed i consultori familiari sono il luogo prescelto dalle gravide. La finalità della ricerca è di fotografare la situazione attuale dei "*percorsi*" nelle città e province di: Bergamo, Brescia, Sondrio, Mantova, Cremona, Pavia, Lecco, Lodi, Como, Varese, Milano. Sono stati coinvolti nell'indagine n. 77 Punti Nascita, di

cui 67 pubblici e 10 privati convenzionati il cui reclutamento è avvenuto attraverso la consultazione del sito internet della Regione Lombardia; si sono quindi ricavati gli indirizzi delle strutture ospedaliere e con la collaborazione dei Collegi delle ostetriche della Lombardia è stato possibile selezionare quelle in cui è presente un Punto Nascita (Bondi, 2002/03; Alberti, 2002/03).

È stato utilizzato, per la raccolta dati, un questionario costruito secondo il modello di Donabedian (1990) strutturato sull'analisi di tre indicatori (*assi della qualità*): struttura, processo ed esito. Gli indicatori di *struttura* rispondono alla domanda "Di che cosa si dispone e come è organizzato il lavoro? Quelli di *processo* o di *attività* rispondono alla domanda "Che cosa si fa?" Quelli di *esito* (outcome/output/risultato/efficacia) rispondono alla domanda "Che cosa si ottiene sia in positivo che in negativo?" Il questionario prevedeva una serie di domande chiuse a risposta multipla sugli *Indicatori di struttura*, gli *Indicatori di processo*, gli *Indicatori di esito* (Buckley, 1998; Donabedian, 1990; Bonaldi *et al.*, 1994).

In via preliminare, è stata effettuata la taratura dello strumento (fase pilota) per sperimentare la sua validità prima della distribuzione e della compilazione presso le sedi individuate. Lo strumento è stato spedito ai Dirigenti Sanitari di Struttura complessa dell'Area Ostetrica accompagnato da una lettera di presentazione in cui veniva dichiarato l'obiettivo della ricerca. Per il ritiro del questionario compilato è stata fornita una busta pre-affrancata, contenuta in quella utilizzata per l'invio.

I dati sono esposti nella tabella 6.1.

Come si può constatare nella maggior parte dei casi il servizio viene denominato "Corso di preparazione al parto"; si rilevano altre denominazioni, come ad esempio: "corso di accompagnamento alla nascita" (21,40%), "percorso nascita" (14,30%), "corso di educazione alla nascita" (10,7%), "Corso di psicoprofilassi" (10,7%); ed altri "diventare mamma", "mamma, sono qui!" ed "incontrarsi per una nascita attiva". Gli obiettivi ed i contenuti dei percorsi vanno oltre il semplice passaggio di conoscenze, inerenti la salute ed il benessere globale (fisico, psico-emotivo e sociale) ed il controllo del dolore del parto e sono tesi ad implementare l'autonomia decisionale (*empowerment*) ed a fornire sostegno (*care*) e aiuto alla coppia genitoriale.

Nella maggioranza delle risposte si considera importante educare la donna in merito all'allattamento al seno, all'accudimento del bambino (98%), nonché riguardo alla salute in puerperio (94%). Vengono garantite informazioni sui luoghi del parto (88%); in quasi tutti i contesti è assicurata l'educazione alla salute prenatale (92%) ed il sostegno emotivo alla donna/coppia (82%) anche attraverso la condivisione dell'esperienza in gruppo (80%). Inoltre ben il 66% dei Punti Nascita prevede la partecipazione della donna affiancata dal partner. Infine il 40% assicura una continuità assistenziale del *caring perinatale*: non solo in gravidanza ma pure nel post-parto.

L'ostetrica/o risulta la professionista più visibile (100%); sebbene sia la figura centrale, solo il 32% del campione afferma di coinvolgere tutte le ostetriche operanti nella propria struttura. Emerge però un lavoro interdisciplinare di équipe dove collaborano in sinergia, oltre all'ostetrica/o, il pediatra (85,4%), il ginecologo (61%), la puericultrice (43,9%), lo psicologo (41,5%) e l'anestesista (19,5%); altro (14,6%).

Fra le metodologie di apprendimento, la discussione e l'esposizione sono quelle più utilizzate (86%), seguono inoltre l'uso di audiovisivi e di disegni (43%), le visite documentative presso i luoghi del parto (32%-35%); fra le attività corporee prevalgono lo stretching (76%) e la ginnastica dolce (66%), il RAT (42%), il massaggio (39%). Il luogo più frequentemente scelto è la struttura ospedaliera (74%); il 20% dichiara l'utilizzo di una palestra e l'8% di una piscina. I luoghi, seppur adeguati per dimensione, nel 46% dei casi non permettano la riservatezza. Emerge un dato critico, ovvero, il 50% dei responder dichiara che l'accesso alle prestazioni è inferiore alla domanda dell'utenza per carenza di personale sanitario e di strutture.

Da quanto presentato è possibile dunque affermare che il quadro teorico e l'organizzazione dei percorsi è in netta evoluzione: il "*caring*" nel percorso nascita viene considerato l'obiettivo principale e le prestazioni erogate sono orientate alla tutela della salute/benessere globale: fisico-psico/emotivo e sociale. Si valorizza il lavoro di équipe e le rispettive competenze e si dimostra centrale il ruolo dell'ostetrica/o.

TABELLA 6.1

Percorsi di "Accompagnamento alla nascita ed alla maternità"

Lo stato dell'arte nelle strutture ospedaliere della Lombardia nel 2003

TOTALE PUNTI NASCITA	n. 77 n. 67 pubblici n. 10 privati accreditati
TASSO DI RISPONDEZZA	67,5%
% TOTALE CORSI ATTIVATI	96,1% (ISTAT 2000 – 40% Nord Italia)
% CORSI ATTIVATI STRUTTURE PUBBLICHE	86%
% CORSI ATTIVATI STRUTTURE PRIVATE CONV.	14%
EPOCA DI ATTIVAZIONE	1970/79: 18% 1980/89: 38% 1990/99: 30% >2000: 0%
DENOMINAZIONE DEI CORSI*	CPP: 34% CAN: 24% Altro: 38%
LUOGHI DEI CORSI	Ospedale: 74% palestra: 20% piscina: 8% altro: 20%
GESTIONE DEI CORSI	ostetrica/o: 18% équipe: 82%
LE FIGURE PROFESSIONALI	Ostetrica/o: 100% pediatra: 85,4% ginecologo: 61% puericultrice: 43,9% psicologo: 41,5% anestesista: 19,5% altro: 14,6%
UTILIZZO LINEE GUIDA	98%
FORMAZIONE CONTINUA DELL'OSTETRICA/O	64%
TIPOLOGIA E CONTINUITÀ DEL CORSO	In grav: 60% grav+post: 40%
TIPOLOGIA DEL TARGET	Gravide: 12% coppie: 66% altro: 2%
SODDISFAZIONE TEAM	Sì: 90% no: 10%

*Legenda: denominazione percorso di accompagnamento alla nascita

CPP: corsi di preparazione al parto**CAN:** corsi di accompagnamento alla nascita**Altro:** Percorso Nascita, Corso di Psicoprofilassi, Corso di Educazione alla Salute, Incontrarsi per una Nascita, ecc.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Alberti R. (2002/03), *I corsi di accompagnamento alla nascita: analisi della realtà ospedaliera della Lombardia occidentale* – Tesi di Diploma in Ostetricia, A.A. 2002/2003 – Università degli Studi di Brescia.
- Bonaldi A., Focarile F., Torreggiani A. (1994), *Curare la qualità*. Milano: Guerini e Associati.
- Bondi E. (2002/03), *I corsi di accompagnamento alla nascita: analisi della realtà ospedaliera della Lombardia orientale* – Tesi di Diploma in Ostetricia, A.A. 2002/2003 – Università degli Studi di Brescia.
- Buckley E. Rosemary (1998), *La qualità nell'assistenza ostetrica*. Mc Graw-Hill, Milano.
- Donabedian A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (1997), *La professione di ostetrica/o: fonti storiche, legislative regolamentari per l'esercizio della professione*. Roma.
- Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (2002), *Guida all'esercizio della professione di Ostetrica/o*. C.G. Torino: Edizioni Medico Scientifiche.
- Grandolfo M., Donati S., Giusti A. (2002), *Indagine Conoscitiva sul percorso nascita. Aspetti metodologici e risultati nazionali*. Istituto Nazionale di Statistica.
- Guana M. (1996), *La valorizzazione della coppia nell'assistenza alla gravidanza e al parto* – Atti SIGO, Congresso di Firenze.
- Guana M. (2003a), *La salute sessuale riproduttiva. L'ostetrica e le sfide nel terzo millennio*. *Rivista Panorama della sanità*, n.11 marzo.
- Guana M. (2003b), *Gestione della gravidanza, quali influenze nella riduzione dei tagli cesarei*. Atti Congresso SIGO, Catania.
- Guana M. et al. (2002), *Codice Deontologico dell'Ostetrica lo anno 2000*. Collegio delle ostetriche di Brescia e provincia, anno 2002– 2° Edizione
- Guana M., Lucchini F. (1996), *Midwifery, arte e scienza, la professione di ostetrica/o oggi*. Roma: CIC.
- Istat (2002), *Il percorso della maternità: gravidanza, parto ed allattamento al seno*. Indagine multiscopo sulle famiglie. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999/2000. Istituto Nazionale di Statistica.
- www.iss.it (Annale vol. 36, n° 4 – 2000).
- www.saperidoc.it/print_ques_240.Html

6.6 DALLA PSICOPROFILASSI ALLA PSICOLOGIA CLINICA PERINATALE

(Antonio Imbasciati)

Da molti secoli, da millenni, da quando l'homo sapiens sviluppò la Cultura, in tutte le culture si è costituito, nelle varie forme di collettività, un corpus di conoscenze, di credenze e di prassi per un'assistenza alla donna che partorisce. Gravidanza e parto furono e sono tuttora gli eventi che garantiscono la continuazione della vita oltre gli anni concessi al singolo, e lo sviluppo stesso delle collettività umane: uno sviluppo che ben presto, già nei primordi, da semplice protezione della specie diventò progressivamente sviluppo della cultura. La costituzione della famiglia, quale nucleo di gestione di emozioni, sulle quali si innesta la riflessione sulla necessità di migliorare le proprie condizioni nonché l'inventiva per attuarne il progetto, diventò nucleo di aggregazione di gruppi più vasti, di collettività, che necessitavano di essere organizzate. Branco, famiglia, tribù: si passa così alla civiltà; dalla gestione delle emozioni alla riflessione, al pensiero, alla conoscenza. Potremmo qui vedere nel collettivo quel passaggio dall'emozione al pensiero, che la psicoanalisi più recente (dall'opera di Bion in avan-

ti) ha elucidato nello sviluppo mentale del singolo. Ma anche possiamo qui intravedere come proprio le emozioni primarie connesse alle progenie, possano considerarsi fulcro di pensiero, nonché parallelamente, secondo i più recenti studi sui rapporti tra comunicazione, linguaggio e pensiero, fulcro di socializzazione e quindi di civiltà.

Il passaggio dall'emozione informe al pensiero non è né semplice, né rapido, né lineare, nel singolo come nel percorso collettivo. Così, tra il punto di partenza emotivo e quell'elucidazione organizzata che viene studiata sotto l'ampia denominazione di pensiero, si interpongono credenze: qualche volta felici intuizioni che preludono la conoscenza, più spesso credenze arbitrarie, inutili, errate, talora dannose; e conseguenti prassi, codificate in regole dettate più dall'angoscia che da percorsi conoscitivi; regole a priori spesso rigide, anch'esse talora dannose, incorporate nelle religioni e nelle ideologie. Così, nella considerazione e nella prassi delle varie forme di collettività civilmente organizzate, gravidanza, parto e cura del neonato sono state fatte

oggetto di regole, mutevoli nel tempo e nei luoghi, per le quali si sono costituite persone esperte nell'applicarle. Nel tempo e nelle varie culture, con fisionomie differenti, si è costituita la figura dell'ostetrica: la *sage femme*, come nella felice dizione francese.

Donne in aiuto alle donne, per il mantenimento della vita, utilizzando l'esperienza diretta di generazioni di donne. Ma non fu dimenticata, in alcune culture distanti dalle nostre, la presenza e l'assistenza del partner alla donna che gli dà la progenie, come attestano testimonianze di culture a torto considerate primitive.

Nella nostra civiltà "occidentale" la cultura delle esperte, più tardi dette ostetriche, subì una lenta ma radicale trasformazione, nel secolo diciannovesimo e ventesimo, ad opera del progresso della medicina, che sull'onda delle frequenti complicanze, talora mortali, delle vicende perinatali, sviluppò un'ostetricia basata su cognizioni scientifiche, biologiche e medico-chirurgiche. Le ostetriche furono addestrate in apposite scuole ospedaliere, perché la loro opera diventasse più adeguata alle conoscenze scientifiche che si andavano accumulando nell'area relativa al loro operare. Ne venne fuori un'ostetrica che operava in subordine, per lo meno conoscitivo, al medico, specializzandosi questi nell'area che fu detta ostetrico-ginecologica. Ne venne però fuori anche quella che fu detta la medicalizzazione della cultura del parto; e della prassi delle ostetriche. Sui vantaggi e sui difetti di tale medicalizzazione ampiamente si è discusso e scritto.

Tra gli svantaggi che in questa sede è tema ricordare, occupa posizione focale la trascuranza di tutti quei fattori inerenti alle relazioni umane, che si è visto, a posteriori, intervenire, anche pesantemente, sulle vicende della gestazione, del parto, del puerperio, dell'allattamento e dello sviluppo ottimale del neonato; quei fattori, genericamente detti "umani", che lo sviluppo delle scienze psicologiche del ventesimo secolo ha più propriamente inquadrato come psichici e psicosomatici.

Vi sono tuttora difficoltà, nella cultura sanitaria, ad afferrare pienamente il senso e l'importanza dello psichico nella sua relazione coi processi biologici che regolano l'organismo. Si comprende la cosiddetta malattia psicosomatica – concetto oggi scientificamente obsoleto – ma molto meno la costante modulazione psichica della fisiologia somatica; e qui c'è il riferimento al nostro tema. Il fatto che i processi psichici modulino quelli organici appare misterioso e comunque viene sottovaluta-

to. Si ammette che processi psichici possano interferire con quelli biologici – così si suol dire – ma il concetto di interferenza è erroneo, e conferisce al fenomeno l'attributo del patologico. I processi psichici non interferiscono, ma regolano, e sempre, gli automatismi biologici; e con notevoli effetti. Ancor meno si considera come, dicendo "processi psichici", non si tratta di strutture insite nel singolo individuo, ma di processi che avvengono sempre per la relazionalità, mutevole nel tempo, che ognora e diversamente ogni individuo attraversa. Alla radice di questi misconoscimenti non c'è un'adeguata considerazione che a quanto individuiamo o inferiamo come processo psichico corrisponde sempre un processo neurale, che interessa tutto l'encefalo, anche se più intensamente la corteccia, e che questa, in collegamento con le strutture subcorticali, e particolarmente via ipotalamo, neuroipofisi, ipofisi, sistema endocrino, sistema neurovegetativo ed anche sistema immunitario, regola tutti i processi biologici dell'organismo. In altri termini non è ancora del tutto assimilata la concezione attuale della psicosomatica, e che non esiste il presunto "misterioso salto della mente al corpo"; come una volta disse Felix Deutsch (1970).

Ed ancor meno si considera – dicevo – il fatto che qualunque processo psichico, e neurale, dipende non solo dal modo con cui il singolo apparato psico-neurale ha imparato a funzionare a seguito delle pregresse esperienze di quell'individuo (la struttura funzionale individuale), ma anche dalle esperienze ognora attuali: queste vogliono dire relazioni. E "relazione" vuol dire comunicazioni, essenzialmente non verbali, e non consapevoli. Il termine "relazioni umane", come oggi si suol dire, deve allora, oggi, avere un preciso e attuale riferimento scientifico: alla neurofisiologia, alla psicofisiologia e alla psicologia, in particolare a quella che studia i processi emotivi. Qui includo la psicoanalisi, nel suo sviluppo moderno, e non fraintesa (purtroppo accade) come coincidente con status delle sue origini storiche. Non si può oggi, pertanto, parlare di relazioni umane intendendo l'aggettivo umano nel senso comune. Purtroppo invece ciò accade, nella cultura sanitaria, e così l'etichetta "relazione umana", o anche "umanizzazione della medicina", copre l'ignoranza dei progressi della psicologia, e della psicosomatica in particolare, e si presta agli abusi (Imbasciati, 1999). Gli abusi per cui professionisti della sanità non specificamente specializzati e dunque non adeguatamente competenti nelle scienze psicologiche si impadroniscono

rozzamente e riduzionisticamente di prassi alle quali non sono sottesi adeguati presupposti scientifici. È ricorrente, oggi, constatare quanto gli operatori più diversi usino termini tratti dal linguaggio delle scienze psicologiche senza minimamente sapere cosa quelle “parole” in realtà significhino. Paradigmatico è l'esempio del termine “relazione”.

Il discorso generale di cui sopra è indispensabile per capire come l'evoluzione più recente della prassi ostetrica possa correre molti rischi.

Tornando dunque al punto focale del nostro tema, durante la fase di totale medicalizzazione dell'ostetricia si è intuito che qualcosa si andava perdendo: e si è tentato di recuperarlo. Questa intuizione è nata primariamente dalla prassi clinica delle ostetriche. Parallelamente i progressi della psicologia delle emozioni e in particolare gli studi sulle dinamiche psichiche profonde, hanno permesso di vedere quanto quest'ultime fossero attive e peculiari nella donna in relazione alle sue vicende sessuali, con al centro quelle riproduttive. Si è studiata la psicodinamica della femminilità, e la particolare riedizione di questa quando la donna concepisce, conduce la gestazione, partorisce e dipoi accudisce il neonato; i progressi della psicosomatica ne hanno chiarito l'aspetto neurale e il conseguente impatto sulla corrispondente fisiologia corporea. E si è visto come la stragrande maggioranza delle difficoltà di gestazione, patologie in particolare, del parto (presentazione, travaglio), del puerperio, dell'allattamento, fossero dipendenti da corrispondenti dinamiche psichiche. È nata così l'idea di aiutare la donna, con “qualcosa” che avesse una valenza preventiva nei confronti delle difficoltà, normali e/o patologiche, del suo diventar madre. E nata la psicoprofilassi del parto, i corsi di “preparazione” al parto, o meglio si sono inventate le varie (talora variopinte) prassi per preparare la gestante a partorire in condizioni psichiche presumibilmente migliori, nell'intento, o per lo meno nella speranza, di diminuire i rischi delle complicanze.

Tale varietà ha origine, sia nelle incertezze circa la correlazione tra determinate prassi di intervento e i processi psichici attivati, sia nella suaccennata scarsa o mistificata conoscenza delle dinamiche psichiche (ancor più degli effetti di quelle dinamiche relazionali attivate o comunque implicate o evocate con l'intervento), sia nell'impatto della cultura medica (ancora la medicalizzazione) su quella psicologica, spesso intesa nel senso comune anziché nella sua specificità scientifica. Quest'ultimo impatto è implicito nel termine psico-profilassi, in

cui si premette un generico “psico” ad un termine specificamente medico.

La suddetta multiformità, del resto inevitabile quando si percorrono strade nuove, ha avuto ed ha tuttora una complessa evoluzione. A seguito di una medicalizzazione progressiva lungo il secolo ventesimo, nelle ultime decadi di questo si è intuito quanto il suddetto progresso avesse messo in ombra tutto l'aspetto “umano”, in realtà oggi diciamo psicomatico, che pur in modo grossolano era posseduto dalla precedente prassi ostetrica, delle ostetriche, in particolare. Lo si è liquidato facendone un tutt'uno, anziché individuarlo e svilupparlo, con preparazione del tutto empirica delle ostetriche di un tempo: tutto ciò in nome del progresso medico. Fortunatamente, negli ultimi trent'anni, alcuni medici ostetrici, particolarmente sensibili (vorremmo dire “illuminati”) a quanto si era messo da parte, hanno promosso iniziative volte a “riumanizzare” una medicalizzazione della quale si intuivano i difetti. Come si è visto nel precedente paragrafo, si sono affermati i “corsi” di “psicoprofilassi” al parto. È merito di questi e dei loro promotori che l'ambiente medico si è andato sensibilizzando agli apporti che le scienze psicologiche potevano offrire a tale “umanizzazione del parto”.

Con tale fase di transizione, è iniziato un più scientifico sviluppo di una prassi ostetrica che tenesse in conto una integrazione del sapere medico con quello delle scienze psicologiche. Dai semplici “corsi” di “psicoprofilassi”, o (che dir si voglia) di “preparazione al parto”, si è così passati ad una visione più generale delle necessità che dovesse essere assistito, con un'assistenza non solo medica, ma anche e forse essenzialmente psico-sociale, non solo il periodo della gravidanza e del parto, ma tutto il percorso che precede, nella donna e nella coppia, la decisione di fare un figlio; e quello che segue dopo l'evento concreto della gestazione e del parto. In questa evoluzione ai contributi delle scienze psicologiche (psicodinamica e psicosomatica in *primis*) si sono sommati quelli provenienti dai cambiamenti dell'assistenza medico-ostetrica, nonché quelli che più recentemente sono stati aggiunti attingendo (a mio avviso con poca cautela) alle scienze pedagogiche. È variata di conseguenza anche la terminologia: non si parla più, per esempio, di psicoprofilassi, e forse a ragione, ma piuttosto (e non so quanto a ragione) di educazione; educazione alla procreazione, alla gestazione, al parto, educazione prenatale, perinatale ecc. La cautela – che qui sottolineo – che ritengo indispensabile nel-

l'attingere al concetto educazione, sta nel fatto che i processi psichici che si attivano in gravidanza, nel parto e in tutte le vicende perinatali, sono inconsapevoli e pertanto difficilmente sondabili, soprattutto nella loro incidenza psicosomatica. Il concetto di educazione facilmente si presta ad essere concepito in termini di processi coscienti: di qui i rischi di facili presunzioni che le prassi di intervento escogitate, pedagogiche, cioè prescrittive e coscienti, realmente possano incidere sulla psicosomatica del parto. Ma qui non operano processi consapevoli, né tanto meno imperano le buone intenzioni o la "volontà": i processi psichici implicati nelle modulazioni psicosomatiche sono assolutamente al di là di qualunque coscienza. L'educazione, pertanto, potrà dare una momentanea rassicurazione alla donna, alla famiglia, agli operatori, e alla loro immagine pubblica, ma quanto davvero gioverà ad un percorso ottimale nelle vicende perinatali e alla promozione di un buon sviluppo psichico del bimbo?

Equivoci dovuti ad una superficiale acquisizione di termini psicologici da parte di operatori non specificatamente competenti di scienze psicologiche, riguardano il concetto di relazione connesso a quello di comunicazione. Relazione, in psicologia, concerne un insieme di vissuti interpersonali non coscienti, basati sulla comunicazione, e questa non si intende verbale, né consapevole: non riguarda quindi il linguaggio verbale, come erroneamente e grossolanamente viene frainteso.

Gli interrogativi sono aperti: rimandano ad una cultura specifica, e scientifica, che deve a mio avviso ancora formarsi e che vede il non facile compito di integrare la Psicologia Clinica, nelle sue componenti di psicologia del profondo e di psicosomatica, con le scienze più specificamente ostetriche; nonché, semmai, pedagogiche, queste intese però, anch'esse, nella loro versione scientifica e attuale. Tutto questo, se non si vuole che nominalismi pomposi coprano l'effettiva incompetenza in saperi che richiedono specifiche e approfondite formazioni.

In questo spirito il percorso nascita non si esaurisce

con la gestazione e il parto, ma va oltre, nella formazione della coppia, nella genitorialità, nello sviluppo del bimbo e del futuro individuo. Deve così svilupparsi una effettiva "Psicologia Clinica Perinatale", nel cui ambito le scienze psicologiche, tenuto conto di tutti i progressi medico-biologici, dovranno elaborare, sia cognizioni accessibili all'ambiente medico, da un lato, e alla comprensione sociale dall'altro, sia una serie di prassi applicative, che si avvalgano anche (qui sì) della pedagogia, e che possono essere messe in opera da quell'operatore specifico che oggi si profila: il "dottore" in scienze ostetriche, ovvero colui che uscirà dalla trasformazione del corso di laurea triennale per ostetriche in una laurea specialistica.

La trasformazione sarà laboriosa, e forse soggetta a mistificazione. Gli obiettivi che sulla carta si propongono i suddetti corsi di laurea sono ambiziosi, ma i mezzi per attuarli sono poco definiti e soprattutto le risorse che si prospettano a disposizione sono del tutto insufficienti. Il rischio è che tutto possa rimanere solo sulla carta. Occorrerà infatti avviare una non facile integrazione tra operatori diversi, ma soprattutto una ancor meno facile integrazione tra scienze tra di loro differenti. Tutto ciò dovrebbe confluire nella formazione – effettiva! – dell'operatore specifico di questo campo: questa figura dovrebbe riassumere in sé un'integrazione e a sua volta promuovere un'integrazione, effettiva e non solo formale, di saperi *effettivamente* scientifici, pur essendo tra di loro diversi. Per questa via si dovrebbe a mio avviso arrivare alla formazione della figura professionale specifica: di un nuovo professionista che possa essere indenne dai retaggi del passato, dagli equivoci di una illusoria omnicomprensività, dai nominalismi che giocano sul senso comune e dalle facili approssimazioni del clima organizzativo culturale italiano.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Deutsch F. (1970), *Il misterioso salto dalla mente al corpo*. Firenze: Martinelli, 1975.
 Imbasciati A. (1999), Umanizzazione della medicina e criteri di scientificità. *Nascere*, 17(78), 13-16.

7.1 DESIDERIO DI GENERARE

(Loredana Cena, Antonio Imbasciati)

7.1.1 Desiderio di generare e desiderio di genitorialità: avere un figlio o essere genitori?

Il desiderio di avere un bambino è ovvio e naturale? Quali sono i vissuti, le dinamiche relazionali che spingono alla maternità e alla paternità? Quali motivazioni intrapsichiche, interpersonali e intergenerazionali, quali spinte culturali e sociali sono sottese? Sull'argomento riproduzione esiste una vasta letteratura demografica, etologica, antropologica, fisiologica, sociologica, psicologica e psicoanalitica: secondo il pensiero ingenuo il desiderio riproduttivo è universale e "normale", fa parte dell'ordine naturale della vita, anche se però non si riesce a dedurre che cosa si intenda per "naturale" e "normale" (Mathieu, 1973; Busfield, 1974).

Innumerevoli significati e progetti sono legati alla decisione di avere o non avere un figlio: indubbiamente i casi sono tanti quante sono le coppie, e le motivazioni mutano con la storia di ognuna. Alle motivazioni individuali, di coppia e delle rispettive famiglie di origine, che sollecitano positivamente o negativamente verso la procreazione, si aggiungono motivazioni sociali. Sia le prime che le seconde si sono però profondamente modificate nel corso del secolo passato e la procreazione oggi è una scelta motivata da cause diverse, rispetto a quelle che influirono sulle generazioni precedenti. Queste si ponevano nei confronti di un figlio in una posizione che si potrebbe definire quasi di potere, con un fenomeno tanto più accentuato quanto più si va indietro nel tempo, soprattutto nella realtà contadina: il figlio era vissuto come una potenzialità di introito economico e quindi di assicurazione per la propria vecchiaia: pensiamo ai detti "più braccia per lavorare" e figlio "bastone della vecchiaia"; era inoltre l'erede del patrimonio familiare da trasmettere; da qui l'enfasi per il figlio maschio e per il nome di famiglia. La trasformazione della nostra società da agricola a urbano-industriale, ha portato

a radicali trasformazioni nel mondo del lavoro con profondi cambiamenti dei principi valoriali e dei ruoli entro la famiglia e nella realtà sociale, economica e culturale. L'età della nuzialità o della convivenza e della progettualità generativa è stata spostata in avanti, nel tempo del "ciclo di vita della coppia". Una modificazione si è avuta attraverso la possibilità di pianificazione delle nascite, per cui un figlio, nella maggioranza dei casi, viene programmato e voluto in un determinato tempo e solo se ci sono certe condizioni. Il controllo della fertilità consente di pensare alla propria possibilità di generare come ad un "potere", con il quale è possibile soddisfare un desiderio profondo che è di libertà e di realizzazione di un'"esperienza privilegiata di responsabilità" (Bydlowski, 2004).

Che cosa sta dietro alla scelta di "avere", piuttosto che "non avere" un figlio? Il figlio diventa garanzia di sopravvivenza e in questo senso non è diverso dal figlio delle generazioni passate; risponde ad un bisogno di creatività, di ampliamento della identità personale, nonché al desiderio di un prolungamento di se stessi nel futuro: è quindi un bisogno che oggi si potrebbe definire più "funzionale" alle esigenze psicologiche dei due partner e non più ai bisogni economici della famiglia.

La decisione di "avere un figlio" può essere sollecitata dal desiderio di mostrarsi capace di generare per sentirsi come i propri genitori, o in ambito sociale, per emulare i propri amici. La procreazione di un figlio può rappresentare l'opportunità di sganciarsi dalla famiglia di origine, o per avviare una competizione con un membro della famiglia stessa, a cui si vogliono dimostrare le proprie capacità. Se la decisione arriva tardi può rappresentare il desiderio di ringiovanire, di sentirsi utili, rapportandosi al nuovo nato. Può sottendere il bisogno di compagnia, o il desiderio di trattenere presso di sé, con una nuova comune responsabilità, il proprio compagno che appare fuggitivo: un figlio può essere creduto un elemento di coesione della coppia o vissuto nel desiderio di una famiglia allargata. Molto spesso accade che il figlio venga desiderato per rimediare ad un vuoto personale: il bimbo diventa

allora il “sintomo” di una realtà disfunzionale oppure viene sentito come parte del Sé del genitore oppure la donna non soddisfatta del rapporto con il partner può ricercare nel figlio un rifugio (Binda, 1985). Complesse e molteplici sono dunque le motivazioni che devono essere lette a più livelli: intrapsichici, interpersonali, culturali e sociali. Legittimo dunque, e doveroso, considerare quale è il significato che ha la nascita per la nostra società e quanto condizioni il desiderio di generare e le capacità genitoriali.

Come si è visto nel passato, nei ceti meno abbienti, la nascita aveva funzioni di incrementare il patrimonio produttivo in seno alla famiglia. Nei ceti abbienti la nascita di un bambino consentiva di rispondere invece al desiderio di trasmettere il patrimonio familiare e il sistema dei significati e di simboli che era connesso al patrimonio curato dalla famiglia: definiva l'identità della famiglia e la radicava nella memoria sociale in cui viveva. Ai nostri giorni il figlio viene sovrainvestito di aspettative impegnative e alcuni autori (Scabini, Cigoli, 2000) esaminano questi aspetti del problema, prendendo in considerazione tematiche che rimandano all'onnipotenza-impotenza, rispetto all'atto generativo.

Oggi il figlio sembra rivestire quasi esclusivamente una funzione di tipo “espressivo” cioè di realizzazione emotiva, di identificazione, di autoconferma, di approvazione e di affermazione di un'identità sociale positiva (Salvini, 1993). La presenza di un figlio costituisce un legame simbolico con la società, poiché esprime l'assimilazione da parte della coppia di uno dei suoi imperativi funzionali e le fornisce uno statuto sociale. Anche se ci troviamo di fronte ad un restringimento delle funzioni sociali del bambino, la maternità e la paternità conferiscono comunque ai due membri della coppia un'identità sociale positiva, data l'importanza funzionale che riveste la genitorialità per la società nel suo insieme (Wyatt, 1967). Questo restringersi delle funzioni sociali del bambino ha provocato una dissimmetria tra l'interesse e la percezione che di esso ha il gruppo sociale, al quale interessa in quanto fruitore di specifici servizi, e la famiglia, che deve farsi carico di tutto il suo peso significativo, con le conseguenze di un potenziamento della sua autonomia decisionale e programmatica, ma anche di aumento dei costi, economici, psicologici, relazionali e organizzativi. La progressiva privatizzazione del bambino sembra collocarlo in una posizione privilegiata, per certi aspetti, perché ne sottolinea la gratuità (Pasini, 1977) e il valore esclusivo di fonte di gratificazione

affettiva e dell'accordo dei partner. In questo senso riveste un'importante funzione simbolica, perché è espressione del comune progetto di coppia ed anche dei suoi orientamenti, dello stile di vita, del benessere economico che si evidenzia nel “modo” di presentare il bambino. Se questa gratuità rafforza la posizione del bambino e ne sancisce il diritto a ricevere attenzioni ed affetto, comporta anche che egli debba inserirsi nel progetto esistenziale dei genitori: la perdita della funzione sociale comporta che egli assuma una funzione in rapporto a coloro che hanno la possibilità di generarlo. Il modello sociale riproduttivo di un gruppo può generare un sistema di opinioni sulla riproduzione che può influenzare poi il comportamento individuale (Busfield, 1974).

In ambito sociale la rappresentazione della generatività (Francescato, Prezza, 1979; Casadio, Curcio-Rubettini, 1984) si esprime attraverso pressioni dirette ed indirette, tra loro strettamente interconnesse, in cui avere figli risulta naturale ed inevitabile per la maggior parte degli individui o almeno per la maggior parte di quelli che si trovano a vivere una relazione stabile.

In particolare fino a non molti anni fa il ruolo e l'identità femminili venivano soprattutto definiti in termini di matrimonio e di maternità (Acciaro, Pitzalis, 1978). Il desiderio di avere bambini sarebbe influenzato dalle aspettative sociali e dalla concezione che la donna ha di ciò che dovrebbe essere e fare; le fluttuazioni dell'atteggiamento collettivo dunque inciderebbero sulla motivazione alla riproduzione nell'individuo. Attualmente la popolazione femminile nella fase della vita professionale che coincide con l'età fertile si interroga sul tema dell'esperienza della maternità e la vive come un fondamentale arricchimento della propria esperienza individuale, più che risposta ad una richiesta di tipo sociale. Tuttavia non risulta semplice equilibrare la spinta cosciente alla propria realizzazione personale, con il desiderio di procreare: occorre allora che la maternità venga attentamente programmata e sia resa congruente con le diverse fasi del proprio progetto esistenziale, nonché con quello di coppia e con le aspettative del proprio ambiente sociale e familiare: ciò soprattutto se la donna vive la propria sessualità e la propria identità femminile collegate con l'esperienza della maternità (Nunziante Cesaro, 1984).

Ferrari Occhionero (1997) evidenzia come sia stato incisivo in questi decenni un cambiamento nel costume sociale con un innalzamento dell'età nella formazione della famiglia o della convivenza di coppia, una diminuzione del numero dei membri per

unità familiare e una riduzione del tasso di natalità. Tra le motivazioni alla decisione di avere figli le ricerche mettono in rilievo la prevalenza di un desiderio di continuità, il senso di immortalità e di sopravvivenza. Perché possa avvenire positivamente la transizione dalla coniugalità alla genitorialità sembra necessario un processo di distanziamento e di disinvestimento dalla famiglia di origine (Charazac, Brunel, 1999) e nell'ambito di questo allontanamento la dimensione genitoriale si definisce attraverso passaggi maturativi, relazionali e rappresentazionali. Cowan e Pape Cowan (1997) evidenziano quanto sia difficile questo passaggio, in quanto la coppia deve affrontare diversi aspetti durante questa transizione: il mondo interno dei genitori e del figlio, il senso di sé e la visione del mondo, la relazione comunicativa e la struttura dei ruoli dei due partner, la relazione transgenerazionale tra nonni, genitori, nipoti, la relazione tra la neofamiglia e le istituzioni esterne, la tipologia della relazione tra ognuno dei genitori e il bambino. Gli autori sostengono che ciò che accade dopo la nascita di un figlio è in stretta relazione a ciò che è accaduto alla coppia, precedentemente alla nascita. Pare alquanto significativa poi la fase in cui si colloca, nella storia della coppia, la decisione di volere un figlio (Giacometti, Masina, Montanari, 1999). L'approccio sistemico-relazionale (Cancrini, 1998) sollecita a prestare attenzione a questi segnali in quanto possono essere spesso predittivi di psicopatologia.

Altre ricerche si sono sviluppate intorno alle fantasie sulla nascita, non solo riferite ai singoli individui, ma anche rappresentative di fantasie collettive, relative ai miti familiari (Montecchi, 1995). Studi più recenti riguardano le rappresentazioni genitoriali intorno alla nascita: rappresentazioni intese come luoghi del concepimento mentale del figlio e segnalatori del rapporto di attaccamento tra il bimbo e i suoi genitori, attraverso una lettura dell'organizzazione psichica del neonato (Stern, 1995; Fonagy, Target, 2001).

Molte ricerche evidenziano che avere un figlio nel nostro tempo è sempre più l'esito di una scelta valutata e molto spesso unica nell'ambito del ciclo di vita dell'individuo adulto: diventare genitori è un evento che scandisce il processo maturativo della personalità adulta, scelta ponderata all'interno del ciclo di vita della coppia, ma che ha origini lontane nel processo di sviluppo dei singoli. Questo evento viene considerato una "crisi evolutiva" (Scopesi, 1994), che coinvolge i membri della coppia in un confronto con le proprie figure genitoriali e con i propri vissuti infantili rispetto alla paternità e alla

maternità, alla ricerca di modalità comportamentali da adottare a loro volta come genitori, con il proprio figlio. Il primo figlio soprattutto comporta per l'individuo adulto la più importante crisi evolutiva (Erikson, 1984) che lo pone di fronte alla propria capacità procreativa, ma anche alla capacità di assumersi responsabilità, e dunque alla possibilità evolutiva del processo di identità. Nella società attuale, l'uscita dalla casa dei genitori e il matrimonio non scandiscono più il raggiungimento dell'adulthood per la maggior parte degli individui, mentre lo è diventato invece il diventare genitori (Bimbi, Castellano, 1990): tale transizione ha infatti connotazioni durature di permanenza nel tempo, perché se un membro della coppia viene meno all'unione, il sistema decade, ma se un genitore abbandona la famiglia, questa permane, seppur menomata, e il suo ruolo genitoriale resta.

Negli autori che hanno analizzato la tipologia della transizione dalla diade alla triade, attraverso ricerche longitudinali in coppie in attesa di un figlio (Binda, 1997) viene evidenziata l'importanza della percezione e della competenza genitoriale, quale indicatore favorevole per la realizzazione positiva del passaggio alla generatività/genitorialità; la trasmissione del desiderio di generare e dei valori simbolici tra le generazioni può essere incentivante per l'investimento del legame di coppia. Il passaggio dalla individualità alla coppia comporta momenti successivi e articolati che vanno dalla "sincronizzazione di due orologi", prima di passare verso quella che viene a configurarsi come la "temporalità di coppia" (Galimberti, 1985): sincronizzazione degli orologi è inteso nel senso che i due membri che stanno per costituirsi a coppia, pur avvertendo la necessità di abbandonare il riferimento ad un tempo individuale, non arrivano ad una ristrutturazione del proprio mondo interiore. Solo quando si avvia una temporalità di coppia il percorso si fa più articolato e la trasformazione più profonda, il passato "viene giocato" in termini di presente: la dimensione sincronica e diacronica si articolano in un tempo che non è più esterno, ma interno alla coppia. Si ha così un rapportarsi di due livelli: relazionale e intrapsichico, che alimentano un "sistema interiorizzato di relazioni" (Zavattini, 1984). In questo senso è possibile la lettura di quella che si struttura come la famiglia "interna", intesa come realtà fantasmatica che deriva dal "sistema interiorizzato" di relazioni (Cigoli, Galimberti, 1983; Zavattini, 1984; Galimberti, 1985). La coppia si costituisce come il punto di intersezione tra i due livelli inter e intra-

psichico su cui si costituisce il “mondo fantasmatico” condiviso dagli psichismi individuali. Il desiderio di generatività della coppia si collocherebbe in questo spazio fantasmatico condiviso: prima di nascere un figlio ha bisogno di uno spazio mentale: Winnicott (1987) dice che l’origine dei bambini ha luogo quando sono pensati. Questo “luogo” forse potrebbe trovarsi in quel mondo fantasmatico condiviso, nel punto di intersezione degli psichismi individuali: è lì che inizia la venuta al mondo di un bimbo, dall’unione psichica, prima ancora che fisica, dei due genitori, nell’unione dei loro progetti di generatività e genitorialità: il punto di intersezione delle fantasie individuali, tempo e luogo in cui le fantasie relative ad un proprio bimbo personale diventano condivise e danno forma ad un “bimbo immaginario” comune, prodotto dalla condensazione dei pensieri della coppia (Lebovici, 1983).

La gravidanza e la nascita sono esperienze tra le più profonde e le più comuni nella vita di una coppia: il fenomeno gravidanza si iscrive e rimanda all’intera struttura di personalità dei membri della coppia e ai loro modi di relazione con il proprio mondo interiore oltre che esterno; nascita e genitorialità si collocano, secondo una prospettiva psicosociale, nelle prime fasi dell’evoluzione del “ciclo di vita” che dalla coppia conduce alla famiglia (Scabini, 1985).

L’idea di generatività/genitorialità inizia molto presto nell’immaginario e nella storia dello sviluppo intrapsichico e dei rapporti interpersonali di ognuno dei due membri della coppia. La generatività è molto più di un evento biologico: è correlata ai vissuti con le proprie figure genitoriali. Fanno parte di questo bagaglio tutte le fantasie di accoppiamento e di vita di coppia. Successivamente, quando nella vita reale della coppia sopraggiunge un periodo in cui il “desiderio di fare dei bambini” comincia ad affacciarsi alla coscienza, nella donna e nel suo partner si animano fantasie inconsce e remote che appartengono alla storia individuale di ognuno di loro (Palacio Espasa, 1991).

Il desiderio di un passaggio dalla diade alla triade è il primo momento di una nuova storia generazionale perché sarà proprio la nascita di un figlio che renderà più tangibile l’unione di due persone. Questo evento mobilita una ricchezza di processi individuali e dell’intero sistema familiare. Nel passaggio dalla diade alla triade la prima cosa necessaria è fare posto al bambino: in gravidanza “il bambino-pancione” è già di fatto in mezzo ai genitori ed essi devono prendere in considerazione la sua onnipresenza che già li

mette in concreto a distanza (o li unisce) l’uno dall’altra prima della sua nascita (Binda, 1985).

Il movimento della coppia versus famiglia è legato a rapporti intergenerazionali: un figlio è il prodotto comune di storie diverse (Cigoli, Galbusera, Colombo, 1980). La nascita comporta non solo il “passaggio” dei due membri della coppia allo status di genitori ma anche di quello dei loro genitori allo status di nonni. Una nascita comporta il passaggio ad una nuova generazione e ristruttura il sistema familiare allargato: ne fa una realtà trigenerazionale (Galimberti, 1985). L’evento nascita comporta l’allargamento dei confini e i mutamenti di status di tutti i membri del sistema familiare: si iscrive all’interno di un progetto di genitorialità, di *transition to parenthood* (Scabini, 1985), allargato, che non coinvolge solo la coppia.

Il desiderio di un figlio è dunque un processo complesso che comporta contemporaneamente desideri consapevoli di immortalità e di identificazione ai propri genitori e rappresentazioni meno consapevoli, transgenerazionali, di entrambi i membri della coppia generante, soprattutto della donna, fino ad assumere le connotazioni di un “debito di vita”, inconscio verso la propria generazione di antenati (Bydlowski, 2003b).

In letteratura spesso si ritrovano i due termini generatività e genitorialità usati in modo interscambiabile. Con tali denominazioni si intendono processi complessi che necessitano di una puntualizzazione. Per generatività si intende il processo che comporta l’atto del generare: rimanda quindi alla creazione di qualcosa, al superamento del narcisismo individuale a favore di un qualcosa d’altro, cui l’individuo può anche sacrificarsi; in questi termini, lo descrisse Erikson (1950) come ulteriore evoluzione di una “genitalità” intesa come oblatività e dedizione reciproca. Concretamente, nella vita di ognuno, generatività rimanda alla gravidanza, alla gestazione, alla procreazione, al voler “fare un figlio”: a un desiderio presente in entrambi i sessi, che ritroviamo celebrato nel corso dei tempi nei miti e nelle cosmogonie (Imbasciati, Cena, 1987, 1988).

L’atto del generare e il desiderio ad esso sotteso si colloca in una doppia temporalità, quella lineare dell’ordine delle generazioni e quella circolare del ciclo nascita-vita-morte. La riproduzione sessuata consegna gli individui irreversibilmente alla morte (la riproduzione per scissione può far pensare all’immortalità nello sdoppiamento continuo del medesimo individuo) e l’unico modo per sfuggire alla caducità è quello di lasciare traccia e testimo-

nianza della propria esistenza o attraverso la creazione di opere, o attraverso gli esseri a cui si trasmette e si affida la vita che si è ricevuta. Attraverso la procreazione, la sessualità trascende i propri limiti spazio-temporali, si fa progetto, funzione trans-individuale che si incarna, come sottolinea Green (1983) molto più nettamente nella donna che nell'uomo, in quanto è il suo corpo che può contenere un altro, separato da una differenza di generazioni e talvolta di sesso. Questa sua funzione trasversale è regolata dal tempo biologico, proprio del femminile, che è quello circolare: tempo visibilmente inscritto nel corpo, nel ripetersi delle "regole" che ne scandiscono il rapporto con la fertilità. Il corpo mestruato femminile richiama il legame con la materialità dell'origine e ricorda che c'è un tempo per generare e rinvia alla sottomissione della legge naturale. Nel mito la donna è assunta a metafora della terra-madre dal cui ventre nasce la vita e a cui ritorna nell'inevitabile incontro con la morte.

La genitorialità richiama invece i processi interiori del "prendersi cura di", del curare e dell'accudimento del bimbo: secondo Stern (1995) nella cura del figlio la coppia farà riferimento alle esperienze di accudimento che aveva a sua volta ottenuto dai propri genitori, riattualizzando anche antiche modalità di rapporto. Una prova evidente la vediamo nella trasmissione degli stili di attaccamento. Genitorialità è inoltre espressione del progetto di fare figli, del voler diventare genitori: progetto condiviso dalla coppia, della quale spesso esprime l'identità, o l'esistenza stessa (Bydlowski, 2004).

La genitorialità comporta una ristrutturazione della coppia a diversi livelli: in primo luogo si avrà una nuova modalità di funzionamento ora di tipo triadico, in cui ogni membro dovrà poter avere il proprio posto, entro la rappresentazione relazionale familiare, senza vissuti di esclusione: da un punto di vista organizzativo deve avvenire una progressiva integrazione e distribuzione dei ruoli di cura entro la coppia (Carli, 2002). La genitorialità inoltre rimanda al "ruolo" di genitore, all'interno del contesto intergenerazionale della famiglia (Scabini, 1985). Con la nascita del bimbo il progetto di generatività può concretizzarsi e consentire una piena realizzazione del progetto di genitorialità, attraverso quella serie di modificazioni relazionali, familiari prima solo potenzialmente inferite, che possono essere sperimentate ora fattivamente.

In genere i due processi di generatività e genitorialità sono imbricati l'uno nell'altro, in quanto comunemente la generatività evolve verso la genito-

rità, o viceversa è il progetto di genitorialità che stimola alla generatività l'individuo e la coppia: ciò spiega l'interscambiabilità dell'uso dei due termini. Può essere però che, per complesse vicissitudini interiori, intrapsichiche, interpersonali o anche sociali, la generatività non sia sostenuta o non evolva verso la genitorialità: il ruolo genitoriale può venire assunto da qualche altro caregiver entro o fuori la famiglia, oppure nei casi più gravi il bimbo può venire abbandonato, maltrattato, abusato o ucciso.

Può anche accadere il contrario: il progetto di generatività può fallire per l'impossibilità procreativa, fisiologica o psicologica di uno o di entrambi i membri della coppia, mentre il progetto di genitorialità potrà venire realizzato attraverso l'adozione di un bambino o l'assunzione di un affido. Allora parafrasando Baldaro Verde, "Avere un figlio o essere genitori?" (Baldaro Verde, 1987) è porsi una domanda sulle complesse vicissitudini circa la progettualità umana sulla continuazione della specie: tale progettualità comporta dunque non solo aspetti generativi, attraverso un accoppiamento, una gestazione che dura nove mesi, un parto e un allattamento, ma anche aspetti genitoriali dovuti all'accudimento psicofisico e alla cura del piccolo, necessari per le caratteristiche di prolungata dipendenza della prole umana, uniche rispetto alle altre specie.

7.1.2 "L'istinto che vuol generare...." (Freud, 1915) e il sentimento di maternità

Il desiderio di generare, che dal pensiero ingenuo viene letto come naturale e comune a tutte le specie viventi, è stato spesso fatto risalire all'istinto: negli animali il comportamento riproduttivo è regolato dai ritmi fisiologici dell'estro e dalla possibilità ciclica di generare nella femmina. La riproduzione procede sulla base della regolazione istintuale. Il comportamento istintivo nel mondo animale della femmina, che ricerca l'accoppiamento quando è in una situazione di estro, è scomparsa per il genere umano, già da molti millenni. La nozione di "istinto" riproduttivo, operante in maniera analoga a quello animale, si ritrova però ancora a volte nel senso comune, quando si fa riferimento ad un implicito "istinto materno" (Shaffer, 1980), per motivare il desiderio di generare nella donna.

L'idea di un istinto, anche dietro le vicissitudini dello sviluppo individuale umano, è stata stimolante nella prima psicoanalisi, in cui il punto di vista biologico rappresentava un principio fondamentale

e lo studio della riproduzione dava modo di estenderlo. Si è pertanto cercato un substrato fisiologico o istintuale alla motivazione riproduttiva. Nello sviluppo della teoria psicoanalitica la questione dell'istinto è stata oggetto di una lunga controversia. Freud si è occupato in vari scritti dello sviluppo della sessualità femminile (Freud, 1913, 1923, 1925, 1926, 1931, 1932): i suoi riferimenti al bisogno di generare sono però pochi e sporadici e rivelano una concezione della maternità coerente con la sua teorizzazione dello sviluppo femminile. La bimba si renderebbe conto della mancanza di un organo riproduttore visibile come quello del padre e della sua incapacità di avere gravidanze, si allontanerebbe allora dal primo oggetto di amore e di identificazione – la madre – e si rivolgerebbe al padre da cui desidererebbe avere un figlio. Nota è la teoria freudiana dello sviluppo psicosessuale della bambina, con al suo centro l'invidia del pene e il complesso edipico. Note sono altresì le critiche e le contestazioni a tale teoria, oggi superata. Lo stesso Freud auspicava nuovi contributi sull'argomento da parte delle psicoanaliste, in quanto riteneva la psiche femminile qualcosa di molto enigmatico, più facilmente accessibile alla donne che agli uomini.

Due scuole di pensiero, una rappresentata dalla Karen Horney (1928) e dalla scuola Kleiniana, e l'altra da discepoli più fedeli alla concezione freudiana, come la Helen Deutsch, la Ruth Brunswick (1940) e la Maria Bonaparte (1933), hanno assunto ipotesi differenti: la prima presuppone una femminilità precoce e dunque la presenza di un desiderio di maternità, già nella prima infanzia. La seconda scuola segue la tesi freudiana dell'iniziale mascolinità della bimba.

La Deutsch (1954) e la Benedek (1956) approfondiscono la tesi freudiana facendo riferimento a un istinto materno, derivato di un processo di trasformazione dell'istinto animale nel corso dell'evoluzione filogenetica. La Deutsch (1954), così come la Kestenberg (1956) e la Benedek (1960), fanno riferimento ad un'iniziale distinzione tra "istinto" di maternità, che interesserebbe lo sviluppo delle funzioni fisiologiche della gravidanza, parto, allattamento, e "spirito" materno, inteso come una particolare qualità caratterologica in cui gli elementi narcisistici insiti in ogni individuo, come anche il desiderio di essere amati, sarebbero trasferiti sul figlio. La speranza di trovare un substrato fisiologico e biologico al desiderio di maternità ha guidato le ricerche di Therese Benedek (1960) e di Judith Kestenberg (1956): nelle donne adulte Therese Benedek (1952) sostiene una correlazione tra qualità materne e flut-

tuazioni ormonali, sviluppando una teoria biofisiologica della riproduzione e distingue il desiderio di procreazione, dal sentimento materno: la donna sarebbe preparata dalla natura ciclica della sua femminilità alla gravidanza. L'autrice postula l'esistenza di un substrato biologico al desiderio di procreare, in linea con la più generale concezione freudiana; ovviamente non può darne dimostrazione concreta.

Dopo la teorizzazione freudiana (bambino come sostituto del pene) grande rilievo hanno avuto le osservazioni cliniche della Klein (1932): il desiderio di generare nella bambina è collegato al desiderio di "riparazione" nei confronti delle fantasie aggressive verso la "pancia" materna. Nella concezione Kleiniana (Klein, 1932) viene data massima importanza ai fattori psichici ed in particolare alle fantasie della bambina verso il grembo materno: la "pancia che fa i bambini". Si ha cioè una nozione precoce, nella bimba, delle capacità procreative della madre e quindi anche una precoce nozione delle proprie capacità femminili. Per altre vie la Horney (1928) sottolinea la presenza precoce, nella bambina, di sensazioni, vissuti, e quindi una conoscenza della propria vagina.

Tutti i bambini fantasticano la pancia della mamma piena di bambini. In particolare la bambina, esplorando il proprio corpo, configurerebbe un precoce "oggetto interno vagina" che gradualmente diventerà un'immagine più adeguata all'oggetto esterno reale, cioè alla parte corporea femminile; tale vissuto si lega con quello del ventre materno in una simbolizzazione unica, che dà origine alla "pancia-vagina-che-fa-i-bambini" (Imbasciati, 1983, 1990). La possibilità di generare dà alla donna la certezza di non aver subito danneggiamenti all'interno del suo corpo. Nello sviluppo psicosessuale femminile la propria potenzialità generativa si presenta già nella mente della bambina, come il più importante atto creativo, come un atto riparativo e di amore (Imbasciati, 1990). Non soltanto verso l'uomo con cui genererà il bimbo, ma soprattutto di amore nei confronti di se stessa e del proprio mondo interno, comprese le sue passate esperienze con le figure genitoriali. Così poi, a suo tempo, la realizzazione del desiderio di generare potrà essere vissuta con completezza, se è vivo nella donna il sentimento che attraverso la generazione di un figlio si sta realizzando non soltanto qualche cosa di fisico, ma anche quelle aspirazioni che ella aveva avuto da bambina: ella può vedere finalmente concretizzarsi, con modalità adulte il proprio mondo infantile.

Nella bambina sarebbero presenti anche fantasie

di appropriazione dei bambini fantasticati come comunque contenuti nel corpo della madre: sarebbero bimbi già fatti, che a seguito di un'invidia primaria vengono fantasticati come "rubati"; rubati a un'altra donna, o alla madre (Capello, Vacchino, 1985). Sulla scorta delle osservazioni della Klein si è dibattuto a proposito dell'invidia della bimba per la pancia della mamma e i suoi possibili contenuti; e parimenti sulle fantasie aggressive d'impadronirsi, rubarli, o distruggerli.

In entrambi i sessi sono state riscontrate fantasie corporee autogenerative, spesso improntate a quanto il bimbo sperimenta circa i suoi apparati escretori: così le fantasie di fare un bambino così come si fanno le feci. Il desiderio di procreazione appartiene alla vita psichica dei bambini, ancora prima che essi abbiano raggiunto la maturazione fisiologica riproduttiva. La letteratura psicoanalitica evidenzia che la presenza o meno del desiderio di generare sia legato a fasi cruciali dello sviluppo psicosessuale, nelle quali si realizzano processi mentali profondi relativi all'acquisizione dell'identità femminile. Un nodo cruciale del discorso è rappresentato dal difficile percorso dell'identità in relazione ai primi rapporti oggettuali e al formarsi dell'immagine del sé corporeo. Secondo la Ferraro e la Nunziante Cesaro (1983) l'identità femminile sarebbe marcata dal potenziale "spazio cavo" del corpo della donna, che può essere saturato nella speranza del generare: sarebbe iscritto nella costituzione biologica un "bisogno primario" di procreazione. Le vicissitudini fantasmatiche che accompagnano i vissuti della corporeità femminile animerebbero i processi generativi (la gravidanza) e il desiderio di maternità.

Brazelton e Cramer (1991) individuano molteplici aspetti nella complessità del desiderio di avere un figlio per la donna: tra questi l'identificazione con la madre e le figure di caregiver a cui la bambina è stata esposta e il desiderio di essere perfetti e onnipotenti. La gravidanza offre l'opportunità di essere piene, perfette, di sperimentare il corpo come potente, produttivo: di vivere il desiderio di fusione e di unità con un altro, il desiderio di essere in un'unità con il bambino che riprende il desiderio di tornare all'unità con la propria madre; il desiderio di rispecchiarsi nel bambino, come l'espressione di una dimensione narcisistica, in cui il bambino rappresenta una promessa di continuazione di una lunga catena che unisce alla propria famiglia di origine e di cui assumerà alcune caratteristiche; ed infine la realizzazione di ideali e di occasioni perdute. Il bambino immaginario contiene in sé l'io ideale del geni-

tore e il desiderio di rinnovare vecchie relazioni: il figlio comporta la possibilità di rinnovamento, di transfert di legami perduti, l'occasione di sostituire la propria madre e contemporaneamente di separarsi da lei; si sperimenta così una doppia identificazione, con la propria madre e con il proprio feto.

Nel desiderio di generare sono dunque sottese dinamiche della propria infanzia e dei primitivi rapporti con la madre. Per la donna si tratta di quelle fantasie inconsapevoli che appartengono alla sua infanzia e adolescenza, alle sue identificazioni con le figure amevoli che contribuiranno poi a dare un nome e una caratterizzazione fisica al futuro bambino. Il bambino si configurerà allora come continuazione dei legami familiari, per esempio attraverso la scelta del nome di uno dei nonni, oppure come un'opposizione ad essi (Ammaniti, 1992). Il desiderio generativo nella bambina apparirebbe precocemente secondo la Vegetti-Finzi (1990): la gravidanza viene vissuta attraverso una manifestazione onnipotente del sé che accoglie attributi femminili e maschili e genera autonomamente un bambino per la propria madre, quale risarcimento della loro separazione e quale identificazione con lei. L'autrice descrive come la bimba, nei primi giochi con la bambola, e con l'oggetto transizionale che ne tiene il posto, esprimerebbe un desiderio di generatività senza padre: l'oggetto di attaccamento è definito come il "bambino della notte", cioè con una fantasia di intimità vissuta nello spazio affettivo che la bimba condivide solo con la madre, e uno spazio mentale in cui accogliere il figlio prima immaginato, poi reale nel momento in cui insieme con il partner realizzeranno un progetto generativo. Si tratta di un vissuto di creatività e di autonomia che ha animato il suo gioco solitario, quando ancora bambina pensava alla propria capacità di fare bambini e al proprio bambino: una figura del sogno che poi svanisce dalla sfera del pensiero, sostituita da una concezione coniugale della filiazione. L'autrice definisce questi eventi interiori come "preistorico gioco di maternità" che non va confuso con il gioco sociale delle bambole o con la riproduzione teatrale dei ruoli sociali; è un gioco molto più remoto, privo di rappresentazione, che si svolge nella semplicità della propria solitudine: è quell'ineffabile "bambino della notte", che la futura donna porterà in sé per sempre e che poi verrà messo a confronto, a livello inconscio, con il bambino reale che ella genererà quando sarà diventata donna. I vissuti dunque della donna contengono una remota fantasia femminile costituita dalla rappresentazione di un corpo femminile che genera da sé il proprio "bambino della notte" (Vegetti Finzi, 1990).

Secondo la Lemoine-Luccioni (1976) la nascita, come il coito, non viene fantasticata direttamente: vi è una qualche allusione stemperata in scenari molto evasivi, la donna è rappresentata ad un certo punto a letto con il bimbo accanto, come se il bimbo fosse nato attraverso un sogno e le fosse posto accanto: la bimba può sostenere la fantasia di avere la pancia, ma non di partorire, perché il parto rappresenterebbe l'assunzione delle fantasie di accoppiamento e pertanto di dipendenza e riparazione. La rappresentazione sessualità-maternità è talora negata, rimossa fino all'adolescenza. Le fantasie adolescenziali, come quelle infantili, non assemblano dati reali: è difficile per la ragazza conciliare la sessualità emergente attraverso le sensazioni emanate dalla propria corporeità con le fantasie generative, ritenute invece appartenenti ad "altri". La giovane adolescente non riesce ad identificarsi in un'esperienza piena e totalizzante della propria femminilità e ad assumere le differenze dal sesso maschile: per lei è più semplice sottolineare invece lo stacco generazionale per riuscire a differenziarsi completamente dalle figure genitoriali. Complesse sono pure le vicissitudini che accompagnano l'evoluzione della femminilità nei suoi aspetti peculiari rispetto alla mascolinità: essere "sesso e maternità", o maternità come sesso è fortemente turbante, tanto da voler preferire a volte la scissione tra i due aspetti, come difesa dall'angoscia di perdersi in una confusione nella quale non si riesca più a ritrovare un'identità sicura e definita (Capello, Vacchino, 1985, pag. 64). Anche Fornari esprime le rappresentazioni degli aspetti connessi alla sessualità e alla generatività attraverso due codici diversi: il Codice Femminile e il Codice Materno (Fornari, 1976a) fondamentalmente antinomici, che contraddistinguono la contrattualità femminile. Il Codice Femminile è basato su una contrattualità paritetica tra i sessi, attraverso uno scambio reciproco della propria sessualità; il Codice Materno è funzionale alla gravidanza, al parto e all'allattamento, per favorire nel bambino l'esperienza transizionale dell'onnipotenza, ma è un codice troppo sproporzionato, in quanto non pone, non esige scambio, è oblazione pura da parte della madre, che dà tutto senza chiedere nulla (Fornari, 1976b). Quale codice allora per un'integrazione tra ciò che la donna è: oblazione e scambio? Come è possibile conciliare femminilità e maternità in un processo che realizzi entrambe le potenzialità della donna, attraverso un'equilibrata tra ciò che la donna è: sesso e maternità?

In letteratura (Cena, 1989), dunque, il desiderio

di procreazione si ritrova principalmente declinato attraverso un duplice aspetto: come desiderio di gravidanza e desiderio di maternità (Pines, 1972, 1982; Baruffi, 1979). Shaffer (1980) e Badinter (1981) rilevano come non si possa parlare di un comportamento istintivo che conduca la donna verso la maternità, ma di un insieme di capacità e sentimenti basati su una disponibilità interiore della madre, che si manifestano in particolari condizioni psicologiche e sociali (Vegetti Finzi, 1997).

La Pines (1977) sostiene che diventare genitori è presagito nel gioco e nella fantasia durante i primi anni di vita: il desiderio di un figlio è presente prima che esista la possibilità fisiologica di crearne uno. Desiderio di gravidanza e maternità non sempre coincidono: ci sono molte ragioni intrapsichiche che sottendono una gravidanza, che non hanno nulla a che fare con il desiderio di occuparsi e di accudire un bambino reale. Nel desiderio di un figlio può prevalere il desiderio narcisistico che il proprio corpo funzioni come quello della propria madre oppure può prevalere la disponibilità ad occuparsi e prendersi cura di un bambino (Pines, 1972). Secondo l'autrice occorre dunque fare una distinzione tra i termini, anche se sembrano la manifestazione di un unico desiderio, perché i vissuti che li alimentano dipendono da esperienze alquanto diverse: nel desiderio di maternità prevalgono infatti vicissitudini interiori collegate al "prendersi cura di", quindi alle funzioni di caregiver, mentre nel desiderio di gravidanza prevalgono vicissitudini in cui il poter diventare gravida diventa per la donna unicamente una garanzia rispetto alle proprie capacità procreative ed è una rassicurazione dalle angosce e dai dubbi sul proprio corpo e sulla propria identità sessuale. Con l'arrivo della mestruazione l'apparato riproduttivo dell'adolescente è predisposto a fare un figlio, ma non sempre questa maturazione coincide anche con il raggiungimento di una adeguata maturazione affettiva che consenta anche la funzione di caregiver. La mestruazione indica la piena realizzazione della propria corporeità di donna, simile a quella della madre, in grado di generare e contenere al proprio interno bambini: i vissuti relativi al proprio corpo fertile sono influenzati dalle modalità della relazione con la propria madre e con quella che è la rappresentazione della propria femminilità. I mutamenti che comporta l'adolescenza, indicativi della avvenuta maturità sessuale, possono comportare esperienze emotive diverse in relazione alla capacità di crescere e di differenziarsi dalla propria madre.

Anche la relazione con il padre e quella tra il proprio padre e la propria madre hanno una loro influenza: i vissuti nei confronti della coppia genitoriale sono determinanti per le scelte della ragazza nei confronti della generatività e della genitorialità (Randaccio, De Padova, 2004).

Il desiderio di genitorialità si svilupperebbe anche a prescindere dalla sua espressione biologica. Già secondo Freud (1931) il primo comportamento materno che il bimbo manifesta, rappresenterebbe un'identificazione con la madre: per i bambini di entrambi i sessi da questa fonte di identificazione si svilupperebbero sentimenti genitoriali. Nella bambina il desiderio di un figlio avrebbe inizio durante i primi diciotto mesi di vita, espresso attraverso il gioco con la bambola. Questo primo stadio del sentimento materno si concluderebbe con una delusione: il gioco perde il suo carattere di realtà, perché la bambina si rende conto che la sua bambola non è un bimbo vero. Questo stadio si concluderebbe con una temporanea rinuncia al bambino.

Segnalazioni relative alla presenza già nei bambini di elementi relativi alle manifestazioni di un sentimento materno si ritrovano anche negli scritti della Kestenberg (1956) che individua nell'attaccamento alle bambole della bimba di due anni elementi del comportamento con gli oggetti transizionali, di cui tratterà poi Winnicott (1989) dicendo che i fenomeni e gli oggetti transizionali appartengono al regno dell'illusione, un'illusione per cui il bambino crede che ciò che inventa esista realmente. Secondo la Kestenberg (1956) nell'oggetto transizionale, comune a entrambi i sessi, può essere individuato il primo modello del "bambino": il maschio desidera avere un bambino in identificazione con la madre e varia le sue fantasie, dal desiderio di ricevere un figlio da lei a quello di averne uno con lei o dargliene uno. Per qualche tempo entrambi i sessi vivono in questo mondo di illusione, in cui realtà e immaginazione confluiscono liberamente l'una nell'altra. Diversi episodi, in cui l'irrealtà del bambino-bambola diventa evidente, aiuterebbero la bambina a farle capire che quella con cui sta giocando non è un bambino vero, ma soltanto una bambola. Talvolta durante il terzo anno di vita, incidenti traumatici di mutilazione della bambola sono collegabili a rappresentazione di morte del bambino. Con la morte della bambola sembra morire anche il mondo di irrealtà e magica creatività. Con la crescita della bimba il bambino-bambola cresce con lei: le forme di gioco precedenti rivivono nella latenza, nella pubertà, nell'adolescenza. La forma che il gioco

assume è indicativa della fase che viene rivissuta. In ogni fase la bimba agisce sulla bambola ciò che vorrebbe capitate a lei: al tempo stesso si identifica con la madre di un bambino che cresce.

La dimensione temporale nelle fantasie infantili ha caratteristiche di onnipotenza: manca la capacità di seguire un'evoluzione progressiva degli eventi (Capello, Vacchino, 1985). La bimba che fantastica di avere un figlio nella pancia, immagina di averlo da sempre e per sempre per sé: se gioca ad allattarlo, lo allatta per un tempo infinito, il bimbo fantasmato non cresce e non si sviluppa; è un bimbo nato per soddisfare in modo "vicariante" i bisogni insoddisfatti della relazione della figlia con la madre. Il gioco ha caratteristiche di ciclicità e di ripetizione all'infinito, come difesa dall'ansia del tempo che passa, per arrestare la crescita; in ultima istanza la morte. Nei giochi della bambina la figura maschile è segregata sullo sfondo, tenuta in disparte per allontanare il pericolo che possa interrompere la simbiosi tra madre e figlio.

La genitorialità è un processo psichico che accompagna l'esistenza dell'individuo: le tendenze psicodinamiche che motivano questo processo hanno origine nella relazione che la bimba ha sperimentato con la propria madre. Solo un legame positivo ed un'identificazione positiva con la madre possono consentire alla donna di generare e di diventare una buona madre, portatrice di un rapporto originario con il proprio figlio, attivando così il processo della genitorialità.

Lo sviluppo della genitorialità in ogni donna rappresenta dunque un processo interattivo fra polarità di rappresentazioni psichiche e di esperienze di dipendenza dalla propria madre: la donna per accedere al processo della genitorialità deve poter attivare quei processi psichici che a sua volta aveva attivato la sua mamma. In particolare deve essere in grado di attivare il processo della "rêverie" (Bion, 1965): la rêverie è lo stato mentale aperto alla ricezione di tutti gli oggetti provenienti dall'oggetto amato (il figlio), è la capacità di recepire le identificazioni proiettive del bambino, indipendentemente dal fatto che siano buone o cattive. La capacità di rêverie è una modalità della funzione genitoriale, che consente evoluzione e sviluppo ad un'altra vita mentale. Un bimbo per crescere ha bisogno di una madre che sia in grado di accogliere le sue identificazioni proiettive, senza ributtargliele, perché troppo angoscienti, ma elaborandole in sé, attraverso un processo di metabolizzazione e rimandandogliele bonificate.

La presenza di un figlio nel mondo inconscio di una donna segna il suo iter evolutivo a partire dall'infanzia: la maternità e il desiderio di generare e di genitorialità costituiscono, consciamente e inconsciamente, un lungo e complesso cammino psicologico nella formazione della struttura psichica della donna, saldamente ancorato alle aspettative sul proprio futuro di donna adulta e sulle dinamiche psicologiche che sottendono la qualità dei processi di identificazione con la propria madre. Una donna che ammira la propria madre potrà volere dei figli per diventare una madre come quella che ha avuto lei: immagina di sperimentare la stessa realizzazione che sua madre ha trovato nella maternità e desidera riprodurre, con i propri figli, il rapporto che ha avuto lei con la madre. Se invece ritiene che la propria madre sia stata carente e infelice, può temere, diventando madre a sua volta di mostrarsi altrettanto carente e di sperimentare la maternità, essenzialmente come un peso e un sacrificio. Può temere di riprodurre la stessa insoddisfacente vita familiare che ha sperimentato da piccola e di ristabilire con il figlio lo stesso rapporto indesiderabile avuto da lei con la madre, rendendolo altrettanto infelice. Oppure una donna che non ammira la propria madre può considerare l'allevamento dei figli come un mezzo per dimostrare che lei, invece, è capace di essere una buona madre. È decisa a creare una vita familiare diversa da quella che ha sperimentato come figlia, stabilendo con i propri bambini un rapporto diverso da quello avuto con sua madre (Baruffi, 1979).

Ancora, una donna può aspettarsi di trovare le sue caratteristiche riflesse e perpetuate nel figlio, oppure considerare la procreazione un modo di compensare le carenze che avverte in se stessa, allevando un figlio il quale realizzi ciò che ella non è stata capace di realizzare, o diventi quello che lei vorrebbe essere. Una donna può sentirsi infatti sicura della sua femminilità e guardare alla procreazione come un'ulteriore conferma della propria identità femminile; oppure può dubitare e aver bisogno della gravidanza come dimostrazione della propria adeguatezza di donna e del fatto di essere adulta, e può chiedersi se il fare figli sia necessario alla sua identità; oppure può desiderare la maternità come identità sostitutiva per aspirazioni di carriera non realizzate, oppure giudicarla un impedimento rispetto alla sua identità di persona che vuole raggiungere certe mete professionali. Se invece una donna ha scarsa stima di sé, può essere riluttante a fare figli, nel timore che il figlio cresca simile a lei,

con i suoi difetti. A seconda di come si valuta, una donna può desiderare o meno la continuità biologica come una sorta d'immortalità: molteplici e ambivalenti possono essere dunque le diverse facce del "desiderio di maternità" (Miraglia, 1992, Miraglia et al. 1984).

Il "sentimento materno" ha le sue origini nell'infanzia e si sviluppa sulle basi reciproche del rapporto coi propri genitori: è l'esperienza di essere amato dai propri genitori che fa emergere la capacità di amare nel bambino, di entrambi i sessi, mettendolo in grado di ricambiare l'affetto e più tardi di trasferirlo anche agli altri. L'essere amato lo rende capace di amare; il non aver avuto questa esperienza arresterà le sue capacità (Riva Conguola, 1993). In questa direzione si muove il pensiero di Winnicott (1958, 1965, 1986, 1987, 1988, 1989). A metà tra le concezioni istintuali endogeniste e quelle che spiegano su base sociale il desiderio di generare, stanno gli apporti derivati dagli studi di Harlow (1958). Nelle scimmie si dimostrò che il cosiddetto istinto sessuale e le capacità di procreare e accudire i piccoli sono frutto di apprendimenti precocissimi, del piccolo scimmiettino nel rapporto con la propria madre e gli altri adulti: in particolare si tratta di apprendimenti tattili-proprioceettivi che costituiscono una memoria implicita sulla quale si struttura poi il comportamento sessuale e quello materno. Anche nell'uomo è dimostrabile come quanto ascripto all'istinto, sessuale e materno, debba farsi risalire a memorie implicite della primissima infanzia: sono questi apprendimenti "affettivi" che strutturano il rapporto di coppia e con esso le attitudini generative (Imbasciati, Margiotta, 2005, cap. 17).

Nel senso comune pertanto il concetto di istinto viene usato in modo scorretto: si ritiene che un comportamento spontaneo sia istintivo. Il concetto di istinto è applicabile solo per gli animali inferiori: nei mammiferi subentrano gli apprendimenti (Imbasciati, Ghilardi, 1990; Ghilardi, Imbasciati, 1986). Nell'uomo non si può parlare di istinto, ciò che sembra istintivo è in realtà appreso in epoche precoci.

Man mano che la psicoanalisi si è evoluta, dalle primitive concezioni endogeniste e quindi istintiviste, a teorizzazioni relazionali, si è affermata sempre più la nozione che quanto prima era ritenuto spinta endogena, ancorabile quindi al biologico nell'antico concetto di istinto, era invece dovuto a uno sviluppo psichico interpersonale, ovvero ad apprendimenti precocissimi, costituenti memoria implicita che, come tale, muove l'essere umano senza che

egli ne possa avere coscienza alcuna. Di qui l'errata concezione istintuale: ciò di cui non si aveva coscienza, appariva automatico e ne facilitava l'attribuzione al biologico. Lungo questa evoluzione della psicoanalisi gli studi che focalizzavano invece lo sviluppo nel sociale si sono venuti a trovare non più in contrapposizione, ma in complementarità. Apprendimenti e memoria implicita vengono così a trovarsi correlati col sociale, e non solo in riferimento alle prime fasi della vita, ma a tutto il suo successivo scorrere. In tale prospettiva le aspettative sociali esercitano la loro pressione su predisposizioni psichiche acquisite.

7.1.3 Il progetto gestazionale e i limiti della possibilità generativa

Il progetto gestazionale evolve lungo un continuum nel corso dello sviluppo psicologico dell'individuo: a partire da una polarità costituita da aspetti narcisistici, in cui si pensa a livello fantasmatico ad un'autogenerazione di se stessi e di altri, verso una considerazione della differenza dei sessi e della loro separatezza, poi dell'accoppiamento, della dipendenza, della complementarità, in un percorso evolutivo in cui si passa da fantasie in cui il bambino interno immaginario appartiene alla propria intimità personale, a quelle in cui un bimbo emerge dall'esperienza intima e condivisa di un "progetto della coppia".

Il bambino reale non "potrà essere amato se non se ne ama il padre: il figlio rischia di essere progettato come una replica del Sé infantile, un altro Sé bambino o una parte di compensazione" (Capello, Vacchino, 1985, pag. 57). Nella cultura cosiddetta "femminista" è presente la proposta di generare un figlio comunque senza una compartecipazione dell'uomo al "progetto", con un'autogestione onnipotente dell'intero processo procreativo, attraverso un'inseminazione artificiale. Sono questi casi estremi della manifestazione di fantasie partogenetiche o di fantasie onnipotenti di immortalità, invischiati entro processi di sviluppo narcisistici, dove non si accetta la diversità, i propri limiti e confini. Perché possa attivarsi un autentico "progetto gestazionale" è necessario che sin dalle prime fasi dello sviluppo, sia nel bimbo che nella bimba, avvenga un riconoscimento della differenza dei due sessi e della conseguente dipendenza e si sviluppi la consapevolezza di "essere stato generato". Tale consapevolezza sembra essere primaria rispetto a quella della differenziazione dai propri genitori, e sembra collocarsi

nel momento in cui il bimbo si appresta a distinguere sé stesso dal mondo esterno, uscendo dal "narcisismo primario". Individuare l'esistenza di un altro da cui si è dipesi per la propria esistenza e da cui si dipende per la propria sopravvivenza, può però non coinvolgere l'intuizione inerente le diversità sessuali e l'accoppiamento: può essere invece inerente alla fantasia del "genitore unico" o della "coppia genitoriale combinata", secondo quanto evidenziato dalla psicoanalisi kleiniana (Capello, Vacchino, 1985, pag. 57). Solo acquisendo la consapevolezza di due diversità, quella sessuale e la conseguente differenza generazionale, si avvia un effettivo processo di "nascita psicologica" dell'individuo.

Quando vi sono problematiche interiori irrisolte, il progetto generativo interiore non si realizza, nelle sue immagini creative più profonde: la gravidanza può allora assumere i connotati di vicenda problematica. Secondo Ferraro e Nunziante Cesaro (1985) può accadere che tale rischio si traduca nella possibilità di "agire" nella gravidanza altri bisogni, angosce e desideri: la gravidanza può configurarsi come "acting out", un "esprimere nel corpo e con il corpo" ciò che non può in alcun modo essere contenuto nella mente. L'acting-out si realizza quando ciò che conta è solo "rimanere gravide", realizzando la fantasia generativa in una sorta di corto circuito corpo-mente-corpo. La gravidanza serve per negare nel corpo e con il corpo il trauma della separazione originaria: con tal termine le autrici considerano non tanto il trauma della nascita biologica, ma l'esperienza della nascita psicologica. Questa, a differenza della prima che può essere un evento osservabile e circoscritto, è un processo intrapsichico che si svolge lentamente, spesso di difficile evidenziazione, ma che prende le mosse dalla scoperta sconvolgente di non essere più partecipe dell'onnipotenza materna e di ritrovarsi esposti ed impotenti perché separati dalla propria madre. In questo caso ciò di cui la donna si ingravida non è un bambino che è insieme parte di sé e oggetto, quanto piuttosto un progetto di nascita di sé per altra via: la gravidanza diviene allora un tentativo di esistere, una sorta di impresa magica ed autarchica in cui si è genitori di se stessi.

La gravidanza contiene in sé sia l'elemento di fusione che quello di separazione: si rifanno nel proprio corpo entrambe le esperienze ed è probabile che esse seguano il destino che la donna ha avuto nella sua storia di fusione e separazione dalla madre. Se le rappresentazioni mentali interne della fusione con la madre si sono formate in modo soddisfacente, sarà

possibile integrare le due esperienze, di fusione e di separazione: altrimenti il bimbo come oggetto rischia di sparire e il bisogno di ripetere l'esperienza della propria nascita diviene un impulso coattivo. Usata coattivamente, la gravidanza nega la separazione ed enfatizza la fusione, e la donna sembra sentirsi confermata di "essere" solo se ha il ventre pieno, prima, e con la dipendenza totale del figlio, poi. Perché si produca creazione e crescita, occorre che spazi di vuoto non saturato vengano tollerati, che la separazione li attivi, e crei una tensione a ricercare integrazioni con l'oggetto. La donna deve avere integrate entro di sé le due modalità complementari, del saper vivere la fusione e di recuperare la propria identità separata quando è opportuno. La gravidanza appare paradigmatica di queste vicende: produce nel corpo ed evoca in fantasia la storia di fusione-separazione. Dall'esperienza fusiva della prima fase della gravidanza, il bimbo fa il suo ingresso con i primi movimenti fetali percepibili, e irrompe con la sua individualità nella percezione materna, preparando il processo di differenziazione e separazione che nel parto troverà il suo compimento. Questa seconda fase della gestazione è allora contraddistinta dalla graduale esperienza di differenziazione, che la donna farà tra il bambino come parte di Sé, confuso nel Sé, e il bambino come oggetto separato, il figlio che si appresta a nascere per essere un "altro".

Il desiderio di un figlio può inoltre venire "agito" difensivamente, anche per compensare la propria insicurezza: si tratta di quei casi in cui le donne si fanno "mettere incinta" e poi abortiscono. Nei servizi purtroppo sono note queste tristi storie: ci sono donne ricadute di IVG, che dopo il primo aborto vengono indirizzate ad una contraccezione, di cui non usufruiscono, continuando a ripresentarsi per ulteriori IVG. Questa ambivalenza verso la maternità viene confermata anche dai dati che emergono sulle pratiche contraccettive (Francescato, Picarelli, Arcidiacono, 1982; Francescato, 1983; Turkington, 1986). Ci sono a tal proposito alcuni dolorosi aneddoti, come quelli di donne che si presentano ai servizi per il settimo-ottavo aborto, e continuano a reiterare questa modalità, come contraccettiva. La Carini e la Finzi (1987) hanno raccolto molte storie di donne in "Aborto volontario e ripetuto e desiderio di gravidanza", dove affrontano il problema quale si presenta agli operatori sanitari e psicosociali dei servizi preposti ad occuparsene. Le autrici ritengono che la ripetizione di IVG possa essere considerata alla stregua di un sintomo, come moda-

lità di espressione di una situazione conflittuale, spesso inconscia, i cui meccanismi possono essere individuati a livello intrapsichico e relazionale, e indicano la necessità per i servizi di una presa in carico personalizzata delle donne. Molto spesso però i servizi non riescono a capire quale problema queste donne portino, attraverso la richiesta ripetuta di IVG e che cosa questo significhi per loro e per il loro ambiente di vita.

Diverso è il caso, anche se manifestato con analoghe modalità di un'agito, delle adolescenti che non usano contraccettivi, senza poter portare a termine una gravidanza. La loro ricerca inconsapevole di gravidanza, che poi si concluderà con un aborto, dipende dalla necessità di assicurazione: possono in questo modo paradossalmente avere una prova tangibile e certa di essere capaci di procreare (Baldaro Verde, Pallanca, 1984; Baldaro Verde, 1987), ossia che i loro apparati deputati alla procreazione funzionano, che "sanno" fare bambini e li potranno fare, quando vorranno. Il desiderio di generare, di essere incinta, rappresenta la ricerca di assicurazione che la Natura manterrà la sua promessa: il "bisogno" di un bambino è un modo per sfuggire all'angoscia del dubbio sulle proprie capacità (Bydlowski, 2004). È la ricerca di una assicurazione dalle angosce, che l'interno del proprio corpo non abbia subito danneggiamenti: l'interpretazione Kleiniana (Klein, 1932) le attribuisce a una ritorsione delle fantasie invidiose e distruttive rivolte contro il ventre della propria madre.

Che cosa capita invece, nei nove mesi della gravidanza, se la madre la rifiuta (Vegetti-Finzi, 1983)? Se la rifiuta violentemente, ma non giunge alla soluzione di un aborto, si parla in questi casi di "gravidanza senza maternità" (Acciario, 1985). La Acciario sostiene che non si nasce da un corpo di donna ma da un "Io di donna": la prima vera nascita avviene nella mente di una donna che può volere o non volere un figlio. Esisterebbe un "rigetto da concepimento" nella madre, rigetto che può innescare nel figlio, se poi nascerà, una sorta di "nevrosi da concepimento" come contraccalpo del conflitto materno. Nel caso di un concepimento non desiderato il corpo della donna si predispone alla gravidanza, mentre l'Io di questo corpo, nello stesso momento, la respinge e non si predispone alla maternità. L'autrice definisce questa donna una "madre negata", nel senso che si nega al figlio come madre, pur essendolo fisiologicamente, mettendo a rischio l'identità del figlio che nascerà. Come gravida, non è giunta al punto di liberarsi di lui fisicamente, ma

instaurerà un tentativo di eliminazione psichica. Il rigetto psichico da parte della gravida, che madre non si può chiamare, è stato studiato attraverso testimonianze dirette. L'autrice sostiene l'ipotesi di un lo fetale (o di un pre-io psicobiologico) e di una "vita psichica del feto", citando Arnaldo Rascovsky (1977), che spiegherebbe alcune componenti del "mondo affettivo" originario del bambino. Durante i nove mesi di gravidanza, nel dialogo tra madre e figlio, la madre invia messaggi di "morte" che lascerebbero terribili "segni" nella struttura psichica del figlio. L'autrice prende spunto dagli studi che sembrano presupporre una vita psichica intrauterina e indica che si possa pensare ad un "utero psichico", oltre che fisiologico. Questo utero psichico farebbe da canale ai messaggi che dalla madre passano al feto, che diventa interlocutore: l'uomo "tutto sa nel corpo materno e tutto dimentica nell'atto di nascere" (Buber, 1985); la psicologia moderna è impegnata a tradurre in termini di evidenza molti aspetti della vita affettiva originaria (Fornari, 1963).

Quanto finora descritto esemplifica diverse soluzioni, o meglio pseudosoluzioni, al problema di non poter tollerare il fatto che da soli non si genera. Non solo per le necessità biologiche dovute alla riproduzione umana legata ai due sessi, ma anche e soprattutto perché il percorso psicologico che porta alla propria identità separata e sessuata contiene un limite intrinseco, rispetto al desiderio di generare. Questo percorso, nella sua ottimalità, comporta l'integrazione della fusione e della separazione rispetto alla propria madre (e ai genitori), l'accettazione della propria nascita psicologica, e la considerazione dell'altro sesso, da cui si dipende e con cui ci si deve integrare per poter generare. La fusione-separazione avvenuta, bene o male, con la propria madre deve ripetersi nell'esperienza di fusione-separazione dell'accoppiamento: bene o male a seconda di come fu la prima integrazione. La fantasia onnipotente infantile di poter comunque autonomamente generare deve cedere all'accettazione dei limiti, imposti dalla natura e dal conseguente sviluppo psichico che gli umani devono percorrere.

Il limite alla possibilità di generare è dunque intrinseco all'individuo singolo. Accade però che tale limite si possa presentare anche alla coppia: è il caso della sterilità, temporanea e parziale, o assoluta, in cui una coppia deve cimentarsi (Colpi, Premoli, 1979; Affronti, 1986; Tavaglini, 1985; Bedini, 1985; Hill, 1989; Flemming, 1984; Seibel, Taymor, 1982; Soule, 1990; Menning, 1980; Stagno, Strano, 1994; Kopitzke, 1991; Edelman, Connolly, 1986; Harrison,

1984; Beretta, 1983; Terenzi, 1989; Schenker, 1992; Bresnick, Taymor, 1979; Domar, 1999; Dayan, Lintzer, 2003). La sterilità richiama all'infinito i temi conflittuali della sessualità e della filiazione (Bydlowski, 2000).

La maggior parte delle ricerche sul desiderio di generatività (Farri Monaco, Castellani, 1994; Navone, 1997) hanno evidenziato come il desiderio di un bimbo rimandi ad un desiderio di immortalità; un figlio può diventare spesso un oggetto d'amore sostitutivo, come nei casi delle gravidanze a rischio, sterilità o nascite patologiche. Ricerche relative all'immaginario di donne sterili (Maggioni, 1997) evidenziano che il conformismo sociale e la ricerca di una conferma per la realizzazione della coppia, avrebbero un loro peso determinante nel desiderio di maternità (Bydlowski, 2003a). Viene segnalato un cambiamento nel panorama delle scelte genitoriali: la struttura delle coppie, la scelta di avere o non avere figli sarebbero correlati a mutamenti "della concezione della naturalità, dell'istinto materno, dell'idea circa i bambini, circa la loro educazione e la loro funzione entro la coppia e la famiglia" (ibidem pag. 25). Quando la situazione di sterilità porta all'adozione il desiderio sarebbe collegato a una mancanza e sarebbe alimentato da sensi di colpa e rabbia: perché possa avvenire il passaggio alla genitorialità resta pertanto indispensabile un inserimento del figlio nella propria "storia". Attraverso l'adozione avverrebbe una riparazione della sterilità e una compensazione del vuoto fisico e mentale che la mancanza di un figlio comporta: spesso però lo stato di necessità che una coppia si prefigura rispetto al bimbo da adottare implica un'identificazione proiettiva, in realtà di bisogni che sono, non del bimbo, ma della coppia stessa.

Abbiamo qui inoltre la complessa tematica che riguarda la "procreazione medicalmente assistita". È un argomento che sia per le implicazioni biomediche, sia per quelle etiche, consente di essere qui solamente tratteggiato, mediante alcuni interrogativi.

Relativamente al tema della procreazione e del desiderio di un figlio, le problematiche connesse alla fertilità e sterilità hanno sollecitato, attraversato la storia dell'umanità sin dai primordi, riflessioni e ampi dibattiti in ambito filosofico, religioso, biologico, politico e sociale. Nel corso dei secoli e a seconda delle varie tendenze socio-politiche, sono prevalse visioni diverse della concezione della natura e delle scienze della vita. L'avvio di un discorso specifico di quella che si è costituita come la scienza inizialmente detta della inseminazione artificiale

risale al lontano settecento a Lazzaro Spallanzani (1767-1781) e alle sue prime sperimentazioni.

La responsabile principale della sterilità di coppia è stata, nel corso dei tempi, considerata quasi sempre la donna: per l'uomo, la capacità riproduttiva è stata identificata con la potenza sessuale e sulla donna è sceso tutto il peso di quanto viene percepito come difetto, se non come "colpa". Solo nel secolo scorso, la ricerca ha permesso di evidenziare la fisiopatologia del sistema riproduttivo maschile scindendo potenza virile e capacità riproduttiva e sfatando gli antichi pregiudizi. La coppia vede così spartirsi le sofferenze collegate alla impossibilità riproduttiva. È presente tuttavia spesso la tendenza ad assumere un atteggiamento di ricerca del "responsabile", tra l'uno e l'altro dei partner di questa "mancata" prolificità: se entrambi poi risultano "colpevoli", si ricerca chi tra i due lo è di più. Molto spesso il problema della sterilità viene stigmatizzato e diventa una ossessione, quella di "bambino che deve nascere a tutti i costi".

Esiste una causalità psichica della sterilità: le ragioni interiori di tale tipo di sterilità sono complesse, spesso irripetibilmente individuali e pertanto assai difficili da enucleare; esse agiscono psicosomaticamente sul sistema endocrino, sui tessuti degli apparati riproduttivi e sulla stessa proliferazione delle cellule germinali, talora con esiti irreversibili, talvolta temporanei, come dimostrato da altrimenti inspiegabili concepimenti che avvengono dopo anni in cui era stata accertata la sterilità; e spesso avvengono dopo eventi di rilevanza psichica, per esempio l'adozione. Col termine di sterilità "idiopatica" è stata denominata quella sterilità senza cause biologiche riconosciute, che pertanto è stata ricollegata a una non meglio definita peculiarità del singolo (dal greco *idios*, peculiare, singolare). La sterilità cosiddetta idiopatica (Nerson-Sachs, 2003) avrebbe la funzione di esprimere un "significante" particolare, proprio di un linguaggio, che può far presupporre un dialogo psichico e psicosomatico entro la coppia. La sterilità, nei suoi aspetti reali e simbolici può servire come pretesto ai due coniugi per esternare altre difficoltà, forse collegate a delusioni e aggressività (Abraham, Pasini, 1987). In ogni caso la sterilità ha ripercussioni psichiche, sull'uomo e sulla donna, mettendoli a confronto con la sofferenza della presa di coscienza del limite: la sterilità, come la morte, causa una frattura esistenziale e simbolica. I due partner sperimentano una doppia esclusione: dalla successione delle generazioni e dalle altre coppie cosiddette "normali" (Chevret-Measson, 2003).

L'impossibilità sia per l'uomo che per la donna di concepire un figlio, apre una ferita sull'integrità fisica e biologica dell'interno della propria corporeità, con la riattivazione dei vissuti infantili rispetto alle angosce relative ad una ritorsione persecutoria degli attacchi invidiosi fantasmaticizzati nei confronti del corpo materno (Klein, 1932). Attiva inoltre vissuti relativi alla propria identità sessuale, collegata alla capacità di procreare (Baldaro Verde, 1987). Se i vissuti, relativi ad un'integrazione di sé sono "sufficientemente buoni", l'individuo dovrebbe poter fronteggiare la frustrazione e far emergere "una nuova virtù o forza vitale" (Erikson, 1981). Tale capacità è direttamente collegata alla relazione stabilitasi tra i due membri della coppia e dipendente dai motivi inconsci che hanno portato i due partner a decidere un progetto comune insieme (Baldaro Verde, Pallanca, 1984).

Attraverso nuovissime e controverse tecnologie sono state sperimentate diverse possibilità di filiazione per le coppie sterili, alle quali viene data la possibilità di tentare più strade, alternativamente all'adozione: "avere un figlio a tutti i costi". Non entrando peculiarmente nel merito delle specifiche differenti tecniche e delle relative esperienze (Fagan, 1986; De Cecco, 1987; Ostuni, Nusiner, 1988; Hurtwitz, 1989; Shaw, 1988; Domar, 1992; Demyttenaere, 1993; Andersosson, 1997; Facchinetti, 1997; Tarabusi, 2000; Gallinelli, 2001; McNaughton-Cassio, 2000; Epelboin, 2003) viene evidenziato che, così come per le motivazioni culturali e le tecnologiche contraccettive tendenti a limitare le nascite, anche in queste metodiche sarebbe attiva una tendenza alla scissione tra la sessualità e la riproduzione (Marrama, Bazzani, Grandi, Agostini, Carani, 1987). Di fatto le nuove tecniche di riproduzione separano la riproduzione dalla sessualità. La problematica si presenta dunque speculare (Pasini, 1987) rispetto a quella della contraccezione: non più sessualità senza procreazione, ma procreazione senza sessualità. Il problema sollecita aspetti inquietanti in quanto, oltre al trauma della scissione di quella che è la procreazione da ciò che è un atto di amore tra due individui, le tecniche di fecondazione artificiale consentono la nascita di nuovi esseri umani come "prodotto di una fabbricazione indipendente da ogni rapporto interpersonale tra i protagonisti (pag. 10) di tale fabbrica, i genitori" che in tal modo non generano nel senso pieno del termine, ossia non sono genitori. Nella mitologia la nascita senza accoppiamento, come unica espressione della "riproduzione" di una parte di sé, onnipotente e narcisistica, si ritrova abbastanza spesso e con

caratteristiche simili in diverse culture. I miti di procreazione senza sessualità rimandano a vissuti di onnipotenza, a tentativi di ricongiungersi a se stessi senza riconoscenza per l'altro attraverso il dono della sessualità. Meltzer e Harris (1983) sostengono come durante il concepimento e la gravidanza siano fondamentali, in entrambi i genitori, le fantasie di identificazione introiettiva e proiettiva che rimandano a rappresentazioni della coppia genitoriale interna. Ovvero, in sostanza, una buona gravidanza, una buona nascita e un buon futuro individuo non possono essere garantiti se sussistono fantasie narcisistiche partogenetiche onnipotenti.

7.1.4 Il "nome-del-padre"

Se il progetto gestazionale, in ragione del suo espletamento biologico, è assegnato prevalentemente alla donna, per il bimbo/a che nascerà è sempre stato richiesto il riconoscimento paterno: il "nome" è del padre. Qualcosa attualmente sta cambiando: la legislazione sta permettendo di avere solo il cognome della madre. Il futuro ci dirà il significato psichico di tale cambiamento. Sta il fatto che da sempre, nel corso dei tempi, il "nome" viene dato dal padre. Con il nome viene proferita la genitorialità paterna. Tale esperienza concorre a connotare i vissuti dell'uomo relativi ad essa. Troviamo nelle Sacre Scritture, nel Vangelo di Luca (Lc 1, 5-25; Lc 1, 57-66), che Zaccaria, reso muto dopo che un angelo del Signore gli diede l'annuncio che la moglie sterile avrebbe concepito un figlio, schiude le labbra e riprende di nuovo a parlare solo a conclusione della gravidanza, dopo il parto, quando il bambino verrà portato al suo cospetto di padre ed egli ne pronuncerà il "nome", dopo averlo scritto su una tavoletta.

La filiazione paterna, in quasi tutte le culture, si stabilisce giuridicamente, più che biologicamente, attraverso una relazione di linguaggio, un atto di nominazione. Questa nominazione viene fatta partendo dal patronimico, che segna il bambino come colui che non è confuso con la madre: il padre può dare il nome, simbolicamente, al bambino, rompendo ogni relazione fusionale immaginaria, ponendosi tra madre e il bambino (This, 1984). Il generatore non coincide col padre: il primo sacralizza il dono del liquido seminale, nella procreazione, il secondo è colui che dà un nome, una parola responsabile che riconosce il bambino. Al momento della nascita (ma anche nel periodo pre-natale) i genitori, nominando il bambino, lo fanno entrare nel linguaggio: questi *esiste* cioè simbolicamente. Il nome e cognome declinano l'identità del bambino: senza

nominazione non vi è una vera nascita. Senza che prima avvenga una "registrazione" all'anagrafe, il bimbo che è nato in ospedale non può "uscire", deve prima poter essere riconosciuto e inserito nei registri della società: in genere è il padre che si assume questo compito.

La paternità è legata al fatto di parlare (This, 1984). Il significante padre funziona ad un livello relazionale e simbolico. La relazione tra il bambino e la madre potrebbe prolungarsi fantasmaticamente in una relazione dove l'uno è il prolungamento o il completamento dell'altro, fuso, confuso con lei. La funzione del padre separa invece il bambino dalla madre; interdice la fusione-confusione originale. Il bambino diventa figlio di una coppia pro-creativa, di un uomo e di una donna. La paternità è riferita alla nominazione (nominare, mettere un contrassegno). Dando il proprio nome, quello dei suoi antenati paterni, l'uomo "dichiara" il bambino, si riconosce corresponsabile di fronte alla legge e agli uomini.

"Il genitore (dal latino *genitor*: persona che genera) è l'iniziatore, colui che 'decolpevolizza' l'entrata e l'uscita dal corpo della madre" (This, 1984): il padre non è la legge, ne è il guardiano, ma è il nome-del-padre che dà il fondamento alla legge simbolica della famiglia. L'adagio latino "*pater incertus*" ci ripete che il padre è sempre incerto, in quanto generatore, ma la paternità è legata al linguaggio e può esercitare i suoi effetti anche quando la generazione non è in causa, per esempio nell'adozione, o in alcune culture che trascurano la paternità biologica e ugualmente prescrivono che un uomo, designato da tradizioni rituali, ufficialmente si pronunci come padre affermando che il bimbo sarà suo figlio. L'atto paternante si realizza per mezzo della parola, dando il proprio nome.

La paternità sociale è acquisita simbolicamente da quando, se l'uomo si sposa, la moglie prende il suo nome; implicitamente anche i figli porteranno il suo nome. L'origine di questa paternità simbolica è molto, molto lontana, si perde nelle origini del linguaggio. Secondo Muldorf (1975) si situerebbe nel movimento socio-storico che avrebbe dato luogo al passaggio dal matriarcato al patriarcato (Bachofen, 1867). La preminenza dell'uomo nella vita economica tuttavia rimane la base sulla quale si è instaurata la funzione simbolica del nome del padre: la paternità generante è anch'essa un'evidenza, fin dal momento in cui l'uomo mette "incinta" la donna.

Il problema è la paternità psicologica e affettiva. L'evolversi del "sentimento paterno" è un processo complesso che impegna nell'uomo movimenti

affettivi profondi, la cui elaborazione può essere lunga e difficoltosa. Le vicissitudini relative alla sua mascolinità vengono riattivate: la sua posizione di uomo nei confronti del proprio padre, nei confronti dell'immagine materna, nei confronti della compagna. Questa riattivazione può suscitare momenti di fragilità psicologica. La paternità si strutturerebbe, secondo Muldorf (1973) in: paternità biologica, quella relativa all'atto del concepimento; paternità psicologica, quella relativa agli "effetti" della funzione paterna sullo sviluppo di un soggetto, l'allevare un figlio; paternità simbolica, relativa alla funzione dell'uomo nella società e la cui conseguenza fondamentale è iscritta nel nome del padre (l'uomo che dà il proprio nome al figlio).

Una donna può generare attraverso l'intervento di un uomo, ma l'uomo per questo non è padre, è stato il genitore: perché diventi padre, occorre che la sua funzione sia inserita nelle strutture sociali e culturali e che lui stesso le elabori attraverso un processo psicologico intrapsichico e interpersonale. Come per la donna: madri non si nasce, si diventa; così padri si diventa, attraverso un lungo processo di maturazione psico-affettiva: un uomo non è mai padre in potenza, il rapporto sessuale è per lui attuazione di un desiderio, mentre l'aspirazione (eventuale) alla paternità è fenomeno secondario. Un uomo non diventa padre il giorno in cui la moglie partorisce, può esserlo "psicologicamente" anche prima o accedere alla paternità in seguito. Sentirsi padre significa assolvere una triplice esigenza relativa allo status dell'uomo in una determinata società: amare la propria donna, amare il proprio figlio, assumere il proprio ruolo socio-professionale. È sentirsi in grado di assumere la basi necessarie di quella sicurezza che la donna e il bambino si attendono dall'uomo che è insieme compagno e padre.

7.1.5 Desiderio di procreazione e di paternità

La maternità è in genere definita nell'ordine del naturale e la paternità nell'ordine del culturale: la donna diviene madre tramite e all'interno di un processo biologico, che appartiene all'ordine della natura, un uomo diventa padre tramite un sistema simbolico che appartiene all'ordine della cultura. Portare un figlio nel ventre è un atto di natura, dare il proprio nome ad un figlio è un atto di cultura, definito dalle norme di una determinata società. La fondamentale diversità, biologicamente determinata, ha portato a considerare la funzione materna

come "relativamente più biologica" e quella paterna come "relativamente più sociale" (Ackerman, 1968). Margaret Mead (1949) parla di paternità come una "invenzione sociale" dal momento che per l'uomo questa costituisce, in tutte le culture, un comportamento appreso e relativamente indipendente dalla paternità biologica.

È presente ancora oggi una scissione tra biologia e cultura, in quanto alla donna, con la gravidanza, è affidata la maggior parte del progetto generativo della coppia, mentre per la società è determinante l'identificazione del figlio da parte del padre, dunque la matrice sociale è prevalente su quella biologica. La Kitzinger (1979; 1980) evidenzia come tra le popolazioni dove non è richiesta la paternità biologica, una paternità sociale viene comunque garantita da un maschio: tale evento, oltre a motivi di organizzazione sociale, sottenderebbe a livello inconscio l'esigenza di ridurre la potenza generativa femminile, avvertita come pericolosa, e pertanto subordinarla all'ordine del padre. Anche la Rich (1976) sottolinea come nel corso del tempo la donna abbia risentito di questo pregnante ancorché secondario riconoscimento sociale, colludendo con aspetti di questa invidia generativa maschile con atteggiamenti di passività e sottomissione alle leggi paterne. L'uomo opererebbe così, attraverso il simbolico, un "recupero della funzione gestazionale" (Capello, Vacchino, 1985, pag. 56).

L'immaginario è ricco di fantasie e miti in cui sono presenti progetti di generatività maschile (Graves, 1955; Grimal, 1951); nei miti viene rappresentata l'eterna contesa tra i sessi per il potere di generare (Imbasciati, Cena, 1988). Dalle antiche società matriarcali in cui la "legge era nel nome della madre", si è passati a società in cui impera la "legge nel nome del padre" e, nel corso della storia, si è cercato di enfatizzare la superiorità del contributo del maschio al processo riproduttivo (Di Vita, Giannone, 2002).

Nei miti greci Zeus fu più volte gravido di un bambino: Atena uscì armata di tutto punto dalla sua testa e Dioniso dalla sua coscia. È noto che Metis era quella meravigliosa Titanide che si trasformava costantemente per sfuggire alla bramosia divina. Quando Zeus poté finalmente fecondarla, l'oracolo della Terra madre dichiarò che il frutto sarebbe stato una bambina: ma se lei fosse stata incinta ulteriormente, il bambino che sarebbe nato avrebbe detronizzato il padre, come Zeus aveva fatto con Crono, il quale a sua volta aveva detronizzato Urano. Per evitare questa avventura Zeus la ingoiò. Zeus affer-

mava che Metis dall'interno della sua pancia gli parlava e gli dava consigli giudiziosi. Alcuni mesi dopo, passeggiando sulla riva del lago Tritone, fu colto da un mal di testa così violento che gli sembrò che il cranio gli stesse scoppiando: Hermes arrivò in suo aiuto e persuase Efesto a prendere cuneo e martello per fare una breccia nel suo cranio dal quale, lanciando un grido potente, Atena sprizzò fuori tutta in armi.

È noto il mito della bella Semele, figlia di Cadmo, sedotta da Zeus, camuffatosi da mortale: l'evento suscitò la gelosia di Era che trasformata in vecchia, consigliò Semele di chiedere al suo amante di mostrarsi così come era, nel suo vero aspetto. Avendo Zeus rifiutato, Semele gli proibì l'accesso alla sua alcova; infuriato egli le apparve allora sotto forma di fulmine e tuono: lei ne fu subito consumata. Hermes salvò il feto che aveva solo qualche mese, lo cucì nella coscia di Zeus che lo portò così fino alla nascita. Quando giunse il termine lo fece uscire: per questa ragione Dioniso viene chiamato "nato due volte".

Nell'America del Nord, i Klamath-Modoc ci raccontano miti analoghi (Levi-Strauss, 1969): una giovane, Lethakawash, mentre portava il suo bambino piccolo sulla schiena, come fanno le madri indiane, innalzò un rogo per incenerire il cadavere di una strega (la madre). In realtà, voleva perirvi lei stessa con il bambino. Il Demiurgo Kmukamsh la sorprese nel momento in cui si gettava nelle fiamme, ma riuscì a salvare soltanto il bimbo. Non sapendo che fare del piccolo, se lo introdusse nel ginocchio, tornò a casa e si lamentò con la figlia per aver contratto un'ulcera che gli dava molto dolore. La figlia cercò di estrarre il pus, ma con sua grande sorpresa dalla piaga uscì un bambino: il bambino piangeva senza sosta e il padre volle dargli un "nome" per calmarlo: ne enumerò molti senza risultato, quando arrivò al nome "Aishish", che significa "chi è stato nascosto nel corpo", i pianti si diradarono, e cessarono del tutto. Il bimbo crebbe col padre adottivo.

Notiamo che nei miti greci e Nord-americani, il bambino è concepito prima nel corpo della donna, solo in un secondo tempo viene posto nel corpo dell'uomo. In certi altri miti il bambino può essere concepito direttamente nel corpo paterno, senza intervento femminile. I natoko del Chaco (Sud-America) dicono che il demiurgo chiamato Tawkxwax (il "celato" o "l'invisibile"), non avendo una donna, si rese lui stesso incinto di un maschio. Affidò poi ad una vecchia il bambino, che crebbe e si rivelò un pescatore miracoloso. In talune versioni

l'eroe è incinto nell'anca, ma partorisce i figli attraverso l'ano. È questa l'immagine infantile di bambini-escrementi. Nello studio dell'uomo "incinto" amerindo un particolare sembra ritornare a più riprese: il bambino che è appena nato non smette di gridare fino a quando non riceve, dal padre, il nome che gli conviene, "Aishish": la nominizzazione (This, 1984) sarebbe come l'equivalente del seno materno che il padre non può dare.

Nell'India antica, il nome dato al momento della nascita doveva restare segreto fino al momento dell'iniziazione, che assicurava la rinascita. L'importanza della nominazione postnatale, il suo effetto protettivo, calmante, rassicurante, pone il problema della parola rivolta al bambino che è appena nato: questa parola non fa che proseguire il "dialogo" delle parole rivolte al bambino dai genitori, nel momento in cui era contenuto nell'utero della madre. È interessante e curioso che gli dei maschi figolino ignorando, in apparenza, una unione sessuale elementare: Vishnu cade in estasi e Brahma sprizza fuori dal suo ombelico, troneggiando in un fiore di loto.

Gli Hittiti affermano che Kumarbi, dopo aver strappato con i denti gli organi genitali del dio del cielo Anu, ingoia il suo seme e resta gravido del dio dell'amore. Ea, il fratello di Anu, è chiamato per estrarre dalla pancia il bambino concepito in modo così strano. Dato che Kumarbi non aveva inghiottito tutto il seme, ma ne aveva sputata una parte sul monte Kansura, lì nacque la dea dell'amore. I greci ripeteranno questa storia, ma Anu diventerà Uranos (Urano) e Kumarbi sarà Kronos, mentre Afrodite uscirà dalla schiuma del mare (*àphros*).

La psicoanalisi ci dà alcune interpretazioni circa i desideri maschili celebrati nei miti delle partogenesi: vi ritroviamo in forma metaforica verità inconscie che appartengono all'animo umano (Imbasciati, Cena, 1988) e in particolare i vissuti maschili circa la generatività e la genitorialità. Freud (1908, 1911, 1914, 1915, 1922, 1952) analizzò genesi e sviluppo dei desideri riproduttivi nel maschio, cogliendone soprattutto le implicazioni passive e regressive. È stata la generazione successiva degli analisti (Jones, 1927; Horney, 1924, 1933; Klein, 1978; Rado, 1933) a mettere in luce la dimensione attiva e progressiva delle aspirazioni procreative dell'uomo, definendo e approfondendo nozioni di invidia dell'utero e del seno, invidia del potere materno, identificazione del maschietto con la madre quale mezzo per ricreare la perduta relazione con lei e costruire la propria identità.

Nel maschio il desiderio di avere un bambino si

fonda su elementi in parte analoghi a quelli femminili: il desiderio di una continuità della propria discendenza, il bisogno di rinnovare precedenti relazioni con persone significative del passato, il desiderio di un figlio come superamento della rivalità edipica, ed ancora il desiderio narcisistico di riprodurre la propria immagine, ragione che farebbe preferire al padre un figlio maschio; nonché il desiderio di soddisfazione della propria ambizione, attraverso i risultati delle prestazioni ottenute dal figlio maschio. Brazelton e Cramer (1991) sottolineano come il figlio maschio conforti i dubbi che un padre ha nei confronti della propria immagine mascolina, ed al contempo susciti una maggiore ansia concernente i propri stati di debolezza o insicurezza, e dubbi sulla propria potenza. Ancora ricordiamo l'interpretazione di Freud descritta nel caso del piccolo Hans (Freud, 1908): il desiderio dell'uomo di essere come la madre. Questo motivo sarà sviluppato dalla scuola Kleiniana. La Klein (1932) pone in evidenza come il desiderio di un bambino sia antecedente al desiderio di un pene o all'orgoglio, nel caso del maschio, per il relativo possesso. Il desiderio di un bambino sembra riflettere la relazione madre-figlio, senza implicare fantasie sul rapporto tra i genitori. Presto però entra in scena il padre come rivale e oggetto d'amore e il bambino sviluppa fantasie sulla relazione parentale: sia nella bimba, che nel maschio nascono gli impulsi a competere con il padre, per avere dalla madre un bimbo. Il passaggio alle fantasie edipiche di avere un figlio dalla madre e la rinuncia ai desideri femminili di gravidanza costituiscono per il maschio un decisivo passo avanti: secondo l'autrice sarebbero uno dei requisiti indispensabili perché si sviluppino normalmente nell'uomo il desiderio di figli e il suo futuro atteggiamento nei loro confronti.

Ruth Mack Brunswick (1940) nel saggio "Fase preedipica dello sviluppo libidico" rileva come nel maschio e nella bambina il pensiero orientato dal desiderio di avere un bambino insorga molto presto, durante la fase preedipica dello sviluppo. La Jacobson (1952) riscontra in molti uomini un'intensa invidia per la capacità riproduttiva della donna. Essi sarebbero incapaci di sublimare il desiderio di un bambino. Molti sembrano impazienti di sposarsi, e di fatto considerano il matrimonio solo un mezzo per avere bambini. Si identificano con la moglie durante la gravidanza e il parto, e competono avidamente con lei per quanto riguarda le cure da prestare al piccino. Tra questi uomini si ritrovano persone creative soprattutto artisti: l'analisi della

loro attività creativa rivela un intenso investimento di fantasie riproduttive femminili inconscie. Il lavoro creativo si costituisce come il mezzo principale per sublimare i desideri riproduttivi femminili nell'uomo. L'assenza del desiderio di figli nell'uomo, finché non si avvicina al matrimonio, sarebbe dovuta a difese contro l'invidia delle funzioni riproduttive della donna. Quando un uomo accetta di sposarsi o di impegnarsi in una convivenza e avere dei bambini, il suo desiderio di figli esprime l'amore che egli nutre per la compagna e la sua disponibilità ad assumersi la responsabilità di padre, basata su un'identificazione con il proprio padre: ma queste tendenze realistiche si fondono in genere con più profondi motivi irrazionali. Un'unione duratura, rappresentando l'inizio di una vita nuova e la fine di un periodo libero da preoccupazioni e responsabilità, mette uomini e donne di fronte alla visione dei propri limiti: anche se alimenta pensieri di futura felicità, suscita paure di morte e desideri di onnipotenza, che la nascita di un bambino, in quanto garantisce la sopravvivenza, riesce a colmare.

In queste componenti narcisistiche del desiderio di figli da parte dell'uomo si ravviserebbero i suoi desideri infantili, frustrati, di riproduzione, specialmente se da piccolo ha potuto osservare la madre in stato interessante. La Jacobson dice di aver avuto occasione di osservare questa intensa e persistente invidia della capacità riproduttiva della donna tra i suoi piccoli pazienti, quando è nato loro un fratellino. La gravidanza della madre e la nascita di un fratellino possono sollecitare nel bambino maschio alcuni problemi: alla nascita del più piccino, il più grande può sentirsi abbandonato e sperimentare un intenso conflitto di rivalità sia con il padre sia con il nuovo venuto. In questa situazione un'identificazione con la madre nell'amore e nelle cure che presta al neonato, si può presentare come un metodo efficace per affrontare i problemi e aiutare. Aiuta il maschietto ad accettare la sua incapacità e la sua paura di competere con il padre: gli permette di sopportare la perdita delle cure materne, di superare l'ostilità verso il neonato e il desiderio di sostituirsi a lui. Nella bimba l'identificazione con la madre rappresenta la soluzione più adeguata, ma anche i maschietti sviluppano tendenze materne, benché solo come reazioni di difesa temporanee, transitorie, di fronte all'arrivo di un altro bambino. Si riscontra un periodo di grande attenzione al neonato e alle cure che la madre gli presta, periodo in cui è evidente la lotta tra i desideri contrastanti di essere padre o madre del piccolo e di sostituirlo.

Molti uomini mostrano un particolare entusiasmo per il loro lavoro, con la gravidanza della moglie: questo aspetto richiama il significato creativo dell'attività lavorativa, perché, come la propria compagna sta generando un figlio, così essi producono benessere economico; altri invece possono sviluppare comportamenti o sintomi da cui è evidente un'identificazione con la donna incinta. Il corpo dell'uomo, anche se non subisce modificazioni durante la gravidanza, può tuttavia manifestare sintomi fisici simili a quelli della compagna incinta (Groddeck, 1925). L'uomo identificandosi con la propria partner ne riproduce gli stessi sintomi psicosomatici: all'inizio del terzo mese, al nono mese e durante il parto (Delaisi De Parseval, 1982). Molto spesso sono presenti vissuti di ambivalenza: gli uomini si sentono esclusi dalla nascita e vivono un sentimento di perdita del proprio rapporto con la compagna; possono provare sentimenti di gelosia verso il nascituro, vissuto come rivale; il ripiegamento della donna su se stessa in questo periodo corrobora questi sentimenti e spesso una diminuzione dei rapporti sessuali segna un vissuto di esclusione; vissuto che spesso si concretizza in un'autoesclusione in tutta la gravidanza: identificando la moglie ad una madre, alla propria madre, sarebbero rivissute le proibizioni edipiche, razionalizzate nel timore di nuocere al figlio durante i rapporti.

Tanto nell'uomo, quanto nella donna possono essere ravvisate equazioni simboliche inconscie del figlio atteso con la propria madre, il proprio padre o fratelli rivali, e queste possono diventare il vettore inconscio di varie aspettative narcisistiche: che il bambino assomigli ai genitori, o a qualche altro familiare. Solo la nascita effettiva del bambino potrà permettergli di eliminare gradualmente gli elementi infantili e narcisistici disturbanti e di trasformare le sue fantasie in una relazione sana e amorevole con il figlio. Il successo di questo passaggio decisivo, dal desiderio di un figlio alle relazioni oggettuali con il figlio, dipende dalla storia passata dell'individuo, soprattutto dalla riuscita identificazione con il padre e dal dominio della rivalità con i fratelli.

Molto complessa è dunque l'elaborazione dei vissuti paterni durante l'attesa (Merbert, Kalinoski, 1986; Borsato, 1990; Capello, Olivieri, 1991; Vitale, Costa 1995; Grigio, 1992; Shapiro, 1989; Gerson, 1989; Smorti, 1987a, b): la concordanza degli autori sta nel ritenere che poiché il padre non può accedere all'esperienza diretta della gestazione, ma tra lui e il figlio si frappone la corporeità mater-

na, il rapporto verrebbe ad essere collocato subito all'interno di una relazione triadica.

È possibile distinguere nel maschio un'organizzazione che, parallelamente al desiderio materno, animi il desiderio di paternità? Secondo la Benedek (1960) ci sarebbe una tendenza "biologica" a divenire colui che proteggerà e allevierà la prole. L'autrice suppone due fonti di desiderio di paternità: una sarebbe la bisessualità biologica e l'altra la dipendenza biologica dalla madre. Fa riferimento a studi di zoologia in cui è stato rinvenuto nelle funzioni riproduttive di vertebrati non mammiferi sorprendenti esempi di una diversa distribuzione del corteggiamento, delle attività preliminari all'accoppiamento e della cura dei piccoli. In molti casi il maschio si assume la cura delle uova depositate e/o della nutrizione del piccolo, come richiede l'organizzazione "istintuale" della specie. Anche nei mammiferi ci sono esempi della partecipazione del maschio alla cura della prole. La natura, dice la Benedek, sembra capace di penetrare fino alle più profonde inclinazioni bisessuali in modo da soddisfare le esigenze dei processi adattativi di una specie: la nostra conoscenza della bisessualità umana è tuttavia estremamente limitata e controversa.

Anche altri autori (Ackerman, 1968, 1983; Mitscherlich-Nielsen, 1982) ipotizzano un sentimento "materno" nell'uomo. Il sentimento protettivo materno del padre avrebbe differenti connotazioni: mentre nella madre si esprime soprattutto attraverso la tenerezza, nel padre assume l'aspetto della difesa, nei confronti del bambino e della madre. Il sentimento paterno comporta quella che viene definita la "funzione paterna" (Muldworf, 1973): l'essenza ne sarebbe la separazione; la natura del sentimento paterno è la mediazione: per separare bisogna trovarsi tra i due elementi che devono essere separati, in altri termini servir loro da legame.

Smorti (1980) sottolinea come la teoria psicoanalitica disponga di un costrutto fondamentale, il "triangolo edipico", mediante il quale è possibile decifrare il significato più profondo che l'esperienza della paternità suscita nell'uomo. Il complesso di Edipo designa la situazione del bambino nel triangolo con i due genitori o meglio con la rappresentazione ideo-affettiva del padre e della madre maturata nel corso delle prime fasi di sviluppo. Queste rappresentazioni si caricano di valenze positive e negative in rapporto alle vicissitudini dello sviluppo. Nello status della paternità il padre si troverebbe nuovamente in una posizione triangolare, nella quale gli altri due pesi sono occupati dalla moglie e

dal bambino. La chiave di lettura di questo secondo triangolo sarebbe offerta dalle specifiche esperienze che il padre ha vissuto come figlio nel primo triangolo. Il secondo triangolo può dunque assumere nella prospettiva dell'uomo la seguente struttura: la moglie divenendo madre del nascituro, si presta ad essere vissuta come la Madre; nel bambino il padre può vedere se stesso come figlio e quindi rivivere in sé le esperienze compiute nell'infanzia.

L'uomo potrà sentirsi in sintonia con la propria compagna durante la gravidanza, esprimere in forma completa le proprie capacità creative assumendo funzioni materne (Klein, Riviere, 1937). Oppure egli può provare ansia per la gravidanza che lo fa sentire più legato e dipendente dalla moglie-madre e possono risvegliarsi antichi timori di essere reso passivo vivendo un rapporto di dipendenza da una donna. Il processo di identificazione positiva alla propria compagna può essere impedito dai sentimenti di invidia inconsci verso la gravidanza della donna, sentita come più potente, più creativa. Possono così attivarsi nell'uomo sia forze tendenti ad una realizzazione piena e soddisfacente della genitorialità, sia forze tendenti ad ostacolare questa realizzazione o ad incrementare motivazioni difensive e patologiche. Nella clinica si possono riscontrare problematiche di coppia che si scatenano durante la gravidanza: nell'uomo conflittualità relazionali non adeguatamente elaborate possono essere fonte di sofferenza e di allontanamento dalla coppia, a volte agite anche attraverso "fughe" nel lavoro o isolamento dal rapporto e dunque vissuti parallelamente dalla donna come uno scarso interesse e partecipazione alla gestazione, se non addirittura come un "abbandono".

Anche l'uomo come la donna, durante il percorso verso la "genitorialità" affronta una serie di cambiamenti relativi al passaggio dalla posizione di figlio e marito a quella di padre e contemporaneamente si confronta con le fantasie conscie e inconscie attivate in lui dalla gravidanza e dalla maternità della moglie. L'uomo si trova anch'egli in una nuova fase di sviluppo, a confronto con importanti cambiamenti che gli richiedono la destrutturazione del suo precedente equilibrio ed un lavoro di riadattamento e di riorganizzazione. Molti autori (Bibring, 1959; Benedek, 1959; Pines, 1972; Pazzagli, 1981, 1983; Smorti, 1987a, b) hanno parlato della maternità e della paternità come "fasi di sviluppo".

In questa evoluzione progressiva l'uomo dovrebbe riuscire ad elaborare, parallelamente a quella femminile, una "preoccupazione paterna pri-

maria" (Smorti, 1987a, b), cioè la capacità di "prendersi cura", che durante la gravidanza viene rivolta alla compagna, con il parto al figlio. Si svilupperebbe anche una funzione di "rêverie paterna" (Delaisi De Parseval, 1982) attraverso la ricerca di un rapporto diretto con il bimbo, cominciando dai tentativi di stabilire un dialogo comunicativo in gravidanza "attraverso la pancia" della propria compagna.

Per altri autori (Pietropolli Charmet, 1991), al contrario, nello sviluppo dell'acquisizione dell'identità di genere non sarebbe, nell'uomo, incluso un progetto generativo: tra gli adolescenti maschi, diversamente che nelle femmine, non è stata riscontrata alcuna preoccupazione circa la propria potenzialità generativa, mentre si riscontra invece quella inerente l'accoppiamento sessuale. Sarebbe la donna che investe l'uomo eleggendolo padre dei propri figli: il bimbo nasce nella mente dell'uomo quando gli viene comunicata la gravidanza ad opera della donna. Sarà poi il momento del parto e il poter parteciparvi assistendo la compagna a sollecitare quello che viene definito l'"engrossement", cioè l'essere completamente immersi in un intenso rapporto affettivo col figlio. Anche per la Delaisi De Parseval (1982) l'immagine del bimbo arriva tardi, non in gravidanza, ma alla nascita; solo con la nascita del figlio si avrebbe nell'uomo la presa di coscienza della paternità (Ventimiglia, 1996), mentre nel periodo della gravidanza l'uomo sarebbe presente più come "sostegno" per la sua compagna, che con una partecipazione di condivisione della gestazione. Con il parto e con la decisione di parteciparvi egli può avere la possibilità di affrontare alcune preoccupazioni relative alla salute del bimbo e della madre e ad aspetti più coinvolgenti relativi al momento del parto stesso, come la trasformazione dei genitali della compagna o la presenza di sangue e la propria capacità di "reggere" a questi momenti così intensi emotivamente e psicologicamente. Potrà partecipare (Capello, Olivieri, 1991) con la partner attivamente con le stesse emozioni, soffrendo e spingendo, e alla fine accogliere il figlio nato e identificarsi con lui, oppure venire travolto da vissuti confusivi, sollecitati dalla potenza dell'esperienza. La funzione paterna durante il parto è quella di accogliere su di sé le angosce dell'evento e di bonificare il rapporto madre-bambino (Fornari, 1975; Fornari, Frontori, Riva Crugnola, 1985).

Altri autori (Liebernberg, 1967; Lamb, 1976; Cigoli, Galbusera, 1980; Lamb, Pleck, Levine, 1985; Smorti, 1980, Cigoli, 1987, 1997; Shapiro, 1989; Biller, 1993; Scopesi, 1994) evidenziano

come il passaggio alla genitorialità, soprattutto per il primo figlio, sia portatore di "crisi", in seguito alla rottura degli equilibri raggiunti e quindi vi sia la necessità di una nuova organizzazione della famiglia. Nei tempi odierni il padre vive una crisi di ruolo dovuta a maggiori difficoltà incontrate nella identificazione con il proprio padre, spesso criticato per il carattere autoritario e la scarsa vicinanza affettiva, che si vorrebbe sostituire con uno stile relazionale alternativo, che comporti un maggiore accudimento e una maggiore presenza nella quotidianità (Ventimiglia, 1994). Quello che viene maggiormente rilevato è inoltre la mancanza comunque di un dialogo intergenerazionale tra padri che non facilita l'elaborazione della propria esperienza attraverso un confronto costruttivo che aiuti nella crescita della funzione paterna; c'è una scarsa manifestazione dei propri vissuti emotivi, ansiogeni e di preoccupazione relativa alla responsabilità nei confronti della diade (Shapiro, 1989).

Il desiderio di paternità si presenta all'interno della coppia, quando il legame è vissuto come sicuro, stabile e duraturo, tale per cui la coppia può aprirsi ad un nuovo elemento che rappresenta il futuro: nasce un progetto di generatività e genitorialità, l'uomo contribuisce alla elaborazione mentale del bimbo e la coppia costruisce insieme una immagine di quello che sarà il proprio figlio (Badolato, 1993; Ambrosini, Bormida, 1995). Insuccessi nella reciprocità dei ruoli di marito e di moglie, disturbi nelle relazioni sessuali, oppure forzature nella suddivisione delle autorità e delle responsabilità, agiscono in modo negativo sulla motivazione dell'uomo al passaggio alla generatività e alla genitorialità. Nella misura in cui egli sentirà minacciato e sentirà messo in discussione il suo valore da parte della sua compagna, in società o nelle relazioni di lavoro, i suoi sentimenti riguardo ad un eventuale figlio saranno ambivalenti o apertamente di rifiuto. Nell'uomo la capacità di soddisfare pienamente il proprio narcisismo attraverso i figli, è meno sviluppata che nella donna e la spinta all'autoaffermazione aggressiva è più impellente. Ne deriva che la generatività e la genitorialità possono costituire per l'uomo lo splendido coronamento di una vita di successo, ma non il fattore sostitutivo. A seconda dei bisogni emotivi del padre, il bambino può servire da testimone della virilità o delle capacità educative o dell'intelligenza paterna; d'altra parte può anche sollecitare il timore di un fallimento, la paura ad assumere responsabilità oppure può essere considerato come un rivale.

Diventando padre inoltre, l'uomo trasforma il proprio padre in avo: la morte è evocata, presto negata dalla reincarnazione dell'antenato, che così sembra immortale (This, 1984): accogliendo il bambino che lui avrebbe potuto far sparire, accettando che i suoi discendenti non muoiano prima dei suoi ascendenti, l'uomo che come Abramo sospende l'uccisione di suo figlio, accetta l'ordine delle generazioni e la loro successione.

Alcuni studi hanno evidenziato negli "uomini in attesa" (Wainwright 1966, Hartman, Nicolay, 1966, Lieberberg, 1967, Pazzagli, Benvenuti, 1996) frequenti manifestazioni patologiche come anoressia, nausea, depressione, che tendono ad aumentare di intensità con l'avvicinarsi il momento della realizzazione del progetto genitoriale. Tali manifestazioni sono dovute al fatto che la gravidanza della donna può intensificare nell'uomo sentimenti di separazione e riattivare conflitti infantili (Muldworf 1973). Se la coppia si costituisce in base a reciproci meccanismi di identificazione, come una specie di annessione dell'essenza psichica dell'uno da parte dell'altro partner, l'uomo continua ad evolversi psicologicamente, a maturare nel contesto della coppia coniugale, e nella sua maturazione arricchisce il proprio io incorporando anche gli elementi dell'essenza psichica della sua donna. Così facendo può però venire a trovarsi in uno stato di dipendenza nei suoi confronti, per cui il suo rapporto con la compagna viene di fatto a costituirsi secondo una domanda materna. La nascita di un figlio può essere vissuta negativamente poiché la futura madre, intenta alle trasformazioni che si compiono nel suo corpo e al nuovo essere che sta per venire al mondo, è meno disponibile per il marito. Questi vive tale situazione come un vero e proprio abbandono, come una perdita d'oggetto d'amore, e può precipitare nella depressione. Talvolta ne risulta compromesso l'intero equilibrio della personalità: in modo analogo alle psicosi puerperali, possono sopravvenire nell'uomo fenomeni psicotici. Come si ritrovano le psicosi puerperali materne nella donna che ha appena partorito, si possono riscontrare forme di psicosi puerperali paterne: bouffés deliranti, melanconia, ipocondria, con crisi che possono essere improvvise. Soggetti che fino ad allora possono non aver mai presentato nessun disturbo rilevante, alla nascita del bambino manifestano tali psicopatologie.

Un ulteriore interessante contributo, per una comprensione della variegata fenomenologia che si osserva nel passaggio alla generatività/genitorialità, si può trovare anche negli studi a carattere etnologi-

co e antropologico culturale sul fenomeno della "couvade", osservato in zone geografiche e in popolazioni diverse. Si tratta di una curiosa usanza in cui "l'uomo si corica (se couche) quando la sua donna partorisce (accouche)" (This, 1984). Accoucher, che oggi significa partorire, primitivamente è "se coucher", andare a letto.

Negli etimi francesi, l'autore individua una usanza che impone all'uomo di *se coucher*, di coricarsi, quando la sua donna accouche, partorisce coricata, e dopo che abbia partorito. Questa usanza è un fenomeno localizzato nel tempo: il primo documento scritto che parli della couvade è la "Luciniade" di Jaen Francoise Sacombe. (1792). Pare essere un costume basco, corso e spagnolo. Si ritrova in Sardegna e nelle Baleari. Usanze analoghe alla couvade sono state individuate anche in Cina e in India. Couvade viene da couver, "covare", couver da cubare, essere coricato. Il latino cubare, essere coricato, si è specializzato nel senso di "covare". Bachofen (1867) vede nella couvade un passaggio dal matriarcato al patriarcato, esprimendo con questo rito la partecipazione del padre per acquisire sul bambino dei diritti che fino allora appartenevano alla madre. Theodor Reik (1914) ha illustrato che l'uomo, coricandosi, esprimeva socialmente la propria paternità: sdraiato sul letto da parata, in abiti da festa l'uomo riceveva i vicini, gli amici i parenti che lo salutavano, ammiravano il bambino che teneva in braccio, portavano regali per il neonato. Il padre non doveva muoversi per iscrivere il bambino sui registri dello stato civile, era il gruppo sociale che veniva ad accogliere il bambino. Levy-Strauss (1969) invece ritiene la couvade una estensione al padre delle proibizioni che colpiscono la madre dopo il parto. Secondo la Lemoine-Luccioni (1976) spesso durante la gravidanza della moglie, a fianco di questa possente madre nascente, l'uomo può presentare episodi di svirilizzazione e fenomeni fisiologici che sono l'equivalente attuale della antica couvade. Secondo Frazer (1971) possono essere distinti due tipi di couvade: una couvade pre-natale, in cui l'uomo simulava un parto per alleggerire simbolicamente dalle doglie la madre e la couvade serviva a lenire i dolori della madre trasferendoli magicamente sull'uomo, e una couvade post-natale, che consisteva in una dieta osservata dal padre a favore del neonato. Nell'opera di Reik (1949) questi fenomeni hanno avuto una prima interpretazione in senso psicoanalitico: consisterebbero nella ritualizzazione di un sistema difensivo organizzato dall'uomo per controllare i propri

impulsi sadici e distruttivi contro la donna (couvade pre-natale) e il figlio (couvade post-natale): il rituale avrebbe la funzione di prevenire atti di aggressività contro i due membri della famiglia.

7.1.6 I processi di generatività/genitorialità nel legame di attaccamento della coppia

Sin dalla prima infanzia il bimbo sviluppa un legame di attaccamento al proprio genitore a seguito delle cure prestate dall'adulto al neonato. Sulla base delle risposte che il caregiver fornisce alle sue richieste, il bimbo impara a prevedere il comportamento dell'adulto, costruendo rappresentazioni sempre più consone al funzionamento della relazione, mentre si struttura un'immagine di sé con l'altro. Egli adegua le sue richieste elaborando strategie comportamentali che gli consentono di ottenere cura e protezione da parte del caregiver. Quando giunge all'adolescenza, il soggetto si troverà più o meno pronto ad affrontare il passaggio di ruolo, dal suo essere "oggetto di cure" da parte del genitore, all'essere lui stesso potenziale caregiver, con una graduale emancipazione dalla famiglia, attraverso l'esperienza di legami alternativi extrafamiliari. L'adolescente nel processo di autonomizzazione dalla famiglia inizia a cercare al di fuori di essa legami affettivi sostitutivi: se nel corso dello sviluppo, dall'infanzia alla adolescenza, si è stabilito un rapporto stabile, consolidato con i genitori, essi potranno continuare a svolgere una funzione di protezione e supporto. Questo legame si interseca con quello dei nuovi rapporti amicali e amorosi che l'adolescente tende a stabilire al di fuori della famiglia e ne influenza il percorso evolutivo (Engels, 2001; Freeman, Brown, 2001). La ricerca di autonomia e identità lo sollecita a rivolgersi verso nuove figure di attaccamento extrafamiliari e la maturità sessuale che, finalmente può essere esperita, lo stimola a rivolgere la sua attenzione verso quei pari che si costituiscono non solo come figure di attaccamento ma come partner asimmetrici con cui stabilire legami potenzialmente riproduttivi (Grabill, Kerns, 2001; Silverman, 2001): gradualmente attraverso una successione di esperienze, basate inizialmente sul soddisfacimento dei propri bisogni, passa ad altre sempre più orientate allo scambio di cure e protezione.

Il periodo dell'adolescenza si colloca quale momento di particolare criticità in tale evoluzione e viene individuato come momento privilegiato per

interventi preventivi delle problematiche amorose adulte e genitoriali (Lopez, Brennan, 2000): i nuovi legami infatti possono mettere alla prova, attraverso il loro implicito potenziale trasformativo, gli stili di attaccamento e i modelli operativi interni di sé e dell'altro. Se nell'ambito delle diverse esperienze interattive verrà poi privilegiato un legame, si vedrà il costituirsi della coppia, la quale attraverso uno scambio reciproco di supporto amorevole consentirà alla relazione di consolidarsi in un rapporto più stabile e duraturo nel tempo. Questa evoluzione relazionale porrà le basi perché, nel successivo periodo del ciclo di vita dei due giovani individui, si apra una dimensione temporale nuova, in cui la progettualità di coppia possa strutturarsi in una apertura della diade ad un terzo (Carli, 2002). Le funzioni di accudimento e protezione vengono progressivamente trasferite dalla famiglia di origine ai pari, e attraverso una integrazione dei sistemi comportamentali di cura e sessuale si ha secondo Bartholomew e Thompson (1995) una "trasformazione" del legame familiare di tipo gerarchico in un legame di coppia di tipo simmetrico, in cui i membri si danno e ricevono reciprocamente cura e protezione. Il legame con la famiglia di origine perderà il primo posto nella scala gerarchica dell'affettività e verrà collocato in una posizione meno prioritaria con un cambiamento nella modalità di rapporto genitori-figli, verso una maggiore autonomia reciproca. Si verificherà una rimodulazione delle distanze e una ridefinizione di obiettivi in termini generazionali, con un trasferimento dello stile relazionale, e quindi di attaccamento, dal nucleo familiare d'origine al partner. Questi, se il precedente stile di attaccamento (cfr. 7.3) è stato quello denominato "sicuro", assumerà a sua volta le connotazioni di "base sicura" (Feldman, Gowen, Fischer, 2001). Viceversa per i nuclei familiari in cui non si è stabilita una base interattiva solida (stili di attaccamento "ansioso-ambivalente", o "evitante", o "disorganizzato"), l'adolescente cercherà la propria autonomia senza avere il sostegno e il modello di una relazione protettiva familiare, con una conseguente maggiore difficoltà ad organizzare legami stabili e una base sicura per un attaccamento di coppia; oppure rinuncerà alla propria indipendenza proprio per non perdere il supporto, qualunque esso sia stato e sia, della famiglia di origine. In entrambi i casi non viene rimodulata la relazione con i genitori e l'adolescente potrà restare dipendente dalle figure di riferimento con un forte senso di insicurezza; oppure del tutto distaccato, o disorganizzato, senza rife-

rimento alcuno, nel caso di un precedente stile di attaccamento evitante o disorganizzato. Il legame di attaccamento di una eventuale nuova coppia sarà pertanto difficile, prevalentemente di tipo insicuro, con il timore di rivivere nelle future relazioni extra-familiari le esperienze passate, di tipo abbandonico e una preclusione ad esplorare nuove relazioni affettive. Il legame con i pari non presenterà pertanto prospettive evolutive che possano permettergli di risolvere i suoi vecchi conflitti di dipendenza. Non sarà possibile un passaggio dal ruolo di figlio a membro di una coppia: i suoi vissuti costituiscono degli impedimenti alla transizione verso la genitorialità adulta. La donna viene segnalata come la più vulnerabile a un investimento affettivo che le consenta di integrare nella propria femminilità la dimensione materna (Salzman, 1996).

Vi può d'altra parte essere un sentimento implicito di tradimento e di colpa, che la famiglia di origine trasmette qualora nei figli compaiano manifestazioni al cambiamento: la progettazione di un loro futuro ne è allora compromessa. Si possono produrre rapporti di coppia in cui sono state attivate strategie incongrue, che hanno l'implicita finalità di impedire la traslazione verso nuovi ruoli di coppia e di generatività/genitorialità per mantenere invariato, anche se inadeguato e conflittuale, il rapporto con il nucleo familiare di origine.

Un rapporto di coppia che possa avere come esito la generatività/genitorialità attraverso la transizione delle funzioni di attaccamento dai genitori al partner, è una costruzione progressiva e graduale che evolve a partire dall'infanzia lungo l'iter dello sviluppo del bambino e dell'adolescente e poi dell'adulto. La mancanza di un accudimento adeguato, l'assunzione impropria di una funzione sostitutiva delle figure genitoriali, possono non aver permesso lo strutturarsi di esperienze di cura sufficientemente adeguate e non aver posto le basi per legami sicuri con i propri caregiver. Questi rapporti non forniscono una sufficiente sicurezza nelle separazioni dalle figure di accudimento, né la possibilità di identificarsi con una figura affettiva efficace. Shaver e Hazan (1992) evidenziano come questo poi si riverberi nelle motivazioni della scelta a favore della non generatività e Bartholomew e Horowitz (1991) sottolineano come nelle relazioni della coppia, se i membri mantengono rapporti invischianti con il nucleo familiare di origine, si manifestino resistenze o rifiuti verso l'assunzione del ruolo genitoriale.

Alla decisione di avere figli sottostanno nel ciclo di vita della coppia processi relazionali e intergene-

razionali alquanto complessi. In un'interessante ricerca (Carli, Castoldi, Mantovani, 1995) sono state indagate le motivazioni dei partner della coppia riguardo la decisione di avere figli. È stato utilizzato il modello della teoria dell'attaccamento: l'ipotesi delle autrici è che la qualità della relazione di coppia, influenzata dalla qualità del legame con il nucleo familiare di origine, abbia implicazioni sulla motivazione e decisione di generatività nei membri della coppia. In particolare i legami di tipo insicuro, ambivalente ed evitante caratterizzerebbero le coppie non motivate alla generatività. Più in specifico, l'ambivalenza si ritrova in relazioni in cui è prevalente la richiesta di accudimento di un membro della coppia nei confronti dell'altro: il figlio viene considerato una possibile compensazione della propria insicurezza affettiva, anche se poi, di fatto, non compensa il bisogno e la coppia continua ad essere in crisi. La dimensione ambivalente, che conduce alla scelta di non avere figli, può anche comprendere il timore di non essere in grado di prestare adeguate cure al bimbo sia per insicurezza nei confronti del partner, sia per sfiducia nella proprie capacità, oppure per evitare di dover fare spazio nella coppia ad un terzo elemento. Il partner con caratteristiche evitanti manifesta invece poca disponibilità e intimità verso l'altro membro della coppia: comportamenti che derivano da esperienze infantili di scarso accudimento e che possono condurre ad una inibizione nella costituzione di un nucleo affettivo familiare, e alla manifestazione di una esasperata esigenza di libertà e indipendenza, che impedisce il formarsi di un legame di coppia, e ancor più di una famiglia.

Il legame di tipo sicuro manifesta invece reciprocità e responsabilità affettiva: il desiderio di avere un bambino si basa sulla fiducia nella propria competenza di saper dare e ricevere aiuto, simmetricamente al proprio partner.

Nella scelta della coppia che evolve alla genitorialità sono presenti complessi processi che determinano un nuovo "profilo di genitorialità emergente" (Carli, 2002). Diventare genitori nell'epoca attuale comporta una scelta che è sempre più libera da vincoli biologici e pressioni culturali: tale possibilità ha pertanto favorito la formazione di nuove configurazioni "dell'essere genitori". Le teorie "ponte" come quella di Stern (1995), la teoria ecologico-contestuale dell'attaccamento e quelle derivanti dai contributi della teoria evoluzionistica (Belsky, Steinberg, Draper, 1991; Carli, 2000, Simpson, 1999) ci consentono di esplorare in un'ot-

tica relazionale e intergenerazionale i processi che conducono alla scelta di transizione alla genitorialità, indicando una correlazione con il comportamento della famiglia di origine. In psicologia sociale della famiglia, il passaggio alla genitorialità, il "transition to parenthood" (Scabini, 1995) della coppia viene inteso come un passaggio che viene condiviso dal nucleo familiare di origine e influenzato da spinte culturali e sociali. Il processo del "transition to parenthood", si sviluppa progressivamente a partire dall'infanzia ed è in relazione a tutti i passaggi che l'individuo deve affrontare nell'evoluzione del suo ciclo di vita: l'uscita dal nucleo familiare di origine, e la scelta di diventare genitore. Gli esiti di questa evoluzione, che sottendono una complessa elaborazione dei legami, possono venire letti nella prospettiva della teoria dell'attaccamento (Carli, 2002).

Durante il suo sviluppo il bimbo fa numerose esperienze di separazione che vengono individuate come "eventi induttori" di crisi, le quali possono essere superate, se la figura di riferimento affettivo è sensibile e il legame è di tipo sicuro. Possono venire appresi comportamenti di tipo adattativo che consentono di rivolgersi a caregiver diversi da quelli familiari, secondo un iter che conduce il bimbo ad acquisire una sempre maggiore autonomia, fino alle soglie dell'adolescenza, in cui verranno ricercate tra i pari figure con cui instaurare nuove relazioni di attaccamento. Questi rapporti non saranno una "riedizione" di quelli infantili (Ainsworth, 1992), ma potranno essere modulati secondo prospettive più mature. La relazione di coppia ha caratteristiche definite di tipo simmetrico in cui i membri si danno reciprocamente affetto e sostegno e sono orientati verso una progettualità comune. Parallelamente il rapporto di tipo asimmetrico con il nucleo familiare di origine si riorganizza anche secondo modalità simmetriche. Viene a costituirsi uno spazio di coppia, senza confini troppo rigorosi nei confronti del nucleo familiare di origine, e in una rete più matura di rapporti il soggetto può "autorizzarsi" a diventare genitore. Se però durante questo iter evolutivo c'è stata una prevalenza di esperienze di tipo insicuro con i membri del nucleo familiare di origine, che colludono con atteggiamenti intrusivi, di sottomissione, non paritari, non supportanti e rassicuranti, il processo avrà esiti negativi, per cui ci sarà una prevalenza di modalità interattive che sono centrifughe alla genitorialità. Lo spazio mentale di coppia sarà pervaso da conflittualità generazionali irrisolte che influenzeranno anche il desiderio di generare e la

motivazione alla scelta di diventare genitori. Potrà essere tuttavia possibile ai membri della coppia riappropriarsi della propria storia evolutiva, in quanto proprio la nuova esperienza affettiva positiva con il partner potrà promuovere una ristrutturazione dei modelli relazionali e di cura non adattativi, attraverso una riprogettazione della rete di rapporti affettivi (Jones, Herman, 1992; Byng, Hall, 1998; Fraley, Davis, 1997; Le Poire, Haynes, Driscoli, Driver, Wheelis, Hynde, Prochaska, Ramos, 1999). Sono pertanto individuabili iter differenti nell'evoluzione del desiderio di genitorialità: si possono trovare coppie in cui il sistema comportamentale di cura, che si è sviluppato a seguito di esperienze adeguate con le proprie figure di accudimento, viene attivato per far fronte ai potenziali bisogni di un bimbo futuro e ci sono al contrario altre coppie in cui tale sistema non è giunto a una maturazione. C'è allora una prevalenza dei propri bisogni di accudimento infantili insoddisfatti, di vuoto affettivo ancora da colmare, che preclude ad una scelta positiva verso la transizione alla generatività: si tratta di quelle coppie che deliberatamente scelgono di non avere figli, scelta sostenuta da una organizzazione sociale di vita "adult centered" (Binda, 1997; Scabini, 1995; Tafà, Rivelli, Malagodi Togliatti, 2000).

In altri casi invece la scelta alla genitorialità diventa una soluzione strumentale (Carli, Castoldi, Mantovani, 1995): a seconda delle conflittualità o dei problemi irrisolti prevalenti, il figlio desiderato viene ad assumere molteplici funzioni vicarianti, è colui che tiene insieme la coppia, il vendicatore o il messia della famiglia, colui che ne risolleverà le sorti, colui attraverso il quale si possono realizzare desideri inappagati (Stern, 1995). Ulteriori complicazioni si possono verificare nel caso in cui il bimbo non possa essere concepito: talora l'impossibilità di concepire, maschile e femminile, ha radici psicosomatiche proprio nei conflitti irrisolti con il nucleo familiare di origine, con la transgenerazionalità di attaccamenti insicuri o evitanti, con le angosce primarie connesse allo sviluppo psicosessuale. In ogni caso di sterilità, comunque, la coppia si trova nella necessità di dover rielaborare i vissuti di mancata generatività, a seguito magari di plurimi tentativi non riusciti, in cui si sono verificati anche aborti ripetuti che hanno messo a dura prova la progettualità dell'individuo e della coppia. Oltre gli aborti anche altri lutti irrisolti nelle storie di entrambi i membri della coppia possono incidere pesantemente nella decisione di avere figli (Liotti, 1996) e costituirsi come indicatori di problematiche presenti

nella transizione alla generatività/genitorialità. Solo se la coppia riuscirà ad elaborare tali lutti, potrà accedere alla dimensione progettuale genitoriale, nell'ottica anche di una adozione, in cui il figlio sia accettato in quanto tale e non in sostituzione di quello mancato. Altre volte invece il figlio che non arriva può rappresentare il fallimento della propria potenzialità generativa, ma non della propria progettualità che viene esplicitata nella ricerca ostinata di una gravidanza biologica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abraham C., Pasini W. (1987), *Introduzione alla sessuologia medica*. Milano: Feltrinelli.
- Acciaro M. (1985), *Gravidanza senza maternità*. Roma: Armando.
- Acciaro M., Pitzalis M. (1978), *In nome della madre*. Milano: Feltrinelli.
- Ackerman N.W. (1968), *Psicodinamica della vita familiare*. Torino: Boringhieri.
- Ackerman N.W. (1983), *Patologia e terapia nella vita familiare*. Milano: Feltrinelli.
- Affronti G. (1986), Procreazione senza sessualità. Aspetti psicologici. *Sessuologia*, 3, 153.
- Ainsworth M. (1992), Gli attaccamenti oltre l'infanzia. *Adolescenza*, 3(2), 144-163.
- Ambrosini A., Bormida R. (1995), Lo spazio e il tempo del padre. *Funzione e senso della paternità*. Pisa: Cerro.
- Ammanniti M. (1992), *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Andersson I. (1997), Stress and optimism during IVF: a comparison of husband and wives. *Abstract of the 13 Annual Meeting of the ESHRE*, Edinburgh, 67, 309.
- Bachofen J.J. (1867), *Das Mutterrecht*. Tr.it., *Le madri e la divinità olimpica*. Milano: Bocca, 1947.
- Badinter E. (1981), *L'amore in più. Storia dell'amore materno*. Milano: Longanesi.
- Badolati G. (1993), *Identità paterna e relazione di coppia. Trasformazione dei ruoli genitoriali*. Milano: Giuffrè.
- Baldaro Verde J. (1987), Avere un figlio o essere genitori? In: Marrama P., Carani C., Pasini W., Baldaro Verde J. (a cura di), *L'inseminazione della discordia*. Milano: Franco Angeli.
- Baldaro Verde J., Pallanca F. (1984), *Illusioni d'amore. Le motivazioni inconscie, la scelta del partner*. Milano: Cortina.
- Bartholomew K., Horowitz (1991), Attachment style among young adults: a test of four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew K., Thompson J.M. (1995), The application of attachment to counselling psychology. *The*

- Counseling Psychologist*, 23(3), 484-490.
- Baruffi L. (1979), *Desiderio di maternità*. Torino: Boringhieri.
- Bedini B. (1985), La sessualità nell'uomo infertile. *Contraccezione Fertilità Sessualità*, 12, 409.
- Belsky J., Steinberg L., Draper P. (1991), Childhood experience interpersonal development and reproductive strategy: an evolutionary theory of socialization. *Child Development*, 62, 647-670.
- Benedek T. (1952), The psychosomatic implications of the primary unit: Motherchild, Armer. *J. Orthopsychiatr.*, vol. 19, Ristampato in *Psychosexual functions in women*. New York: Ronald Press.
- Benedek T. (1956), Psychobiological aspect of mothering. *Amer. Jour. Orthopsychia.*, vol. 26.
- Benedek T. (1959), Parenthood as a development phase. A contribution to the libido theory. *J. Amer. Psychoanalytic Assoc.*, 7, 389.
- Benedek T. (1960), L'organizzazione della funzione riproduttiva. In: Baruffi L. (1979) *Desiderio di maternità*. Torino: Boringhieri.
- Beretta G. (1983), La paternità mancata: il vissuto emozionale nel maschio infertile. *Sessuologia*, 2, 141.
- Bibring G.L. (1959), Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic study of the Child*, 14, 113-121.
- Biller H.B. (1993), *Fathers*. New York: Basic Books.
- Bimbi F., Castellano G. (1990), *Madri e padri*. Milano: Franco Angeli.
- Binda W. (1985), Dalla diade coniugale, alla triade familiare. In: Scabini E. (a cura di), *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Milano: Franco Angeli, 1993.
- Binda W. (1997), *Diventare famiglia. La nascita del primo figlio*. Milano: Franco Angeli.
- Bion W.R. (1965), *Trasformazioni*. Roma: Armando, 1973.
- Bonaparte M. (1933), *Psicoanalisi e antropologia*. Bologna: Guaraldi, 1971
- Borsato M.C. (1990), La difficoltà a diventare padre. *Nascere*, 1, 24-2. 6
- Brazelton T.B., Cramer B.G. (1991), The earliest relationship. Reading. Mass.: Addison Wesley Pub. Co. Tr.it. *Il primo legame*. Como: Frassinelli.
- Bresnick E., Taymor M.L. (1979), The role of consulting in the infertility. *Fertil. Steril.*, 45, 1.
- Brunswick R.M. (1940), The pre-oedipal phase in the developmental of the libido. *Rev. Fr. Psychanal.*, 31, 267-291, 1967.
- Buber M. (1985), in: Baruffi L. (1979), *Desiderio di maternità*. Torino: Boringhieri
- Busfield J. (1974), Ideologia e riproduzione. In: Baruffi L. (1979), *Desiderio di maternità*. Torino: Boringhieri.
- Bydlowski M. (2003), Desiderio di un figlio e infertilità: prospettive psicoanalitiche. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetrica e Psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Bydlowski M. (2003), *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Urbino: Quattroventi.
- Bydlowski M. (2004), *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Bologna: Pendragon.
- Byng-Hall J. (1998), Le trame della famiglia. *Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Milano: Cortina.
- Cancrini L. (1998), *La luna nel pozzo*. Milano: Cortina.
- Capello C., Olivieri A. (1991), La gestazione dei genitori: immagini della gravidanza, del parto e del bambino. *Nascere*, 1, 6-12.
- Capello C., Vacchino R. (1985), *Sessualità femminile e istituzioni sociali*. Pisa: ETS.
- Carini R., Finzi I. (1987), *Aborto volontario ripetuto e desiderio di gravidanza*. Milano: Franco Angeli.
- Carli L. (2000), Rappresentazione infantile e giovanile adulta del legame alla famiglia di origine e attaccamenti adulti: un'ipotesi di ricerca. AIP. *II congresso nazionale della Sezione di Psicologia Clinica*. Alghero, 28-30 settembre.
- Carli L. (2002), *La genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento*. Milano: Franco Angeli.
- Carli L., Castoldi S., Mantovani S. (1995), *Processi relazionali e intergenerazionali nel ciclo di vita della coppia*. Milano: Cortina.
- Casadio E., Curcio-Rubettini M. (1984), *Abortire oggi*. Scienza Esperienza.
- Cena L. (1989), *L'attesa di un figlio nella coppia: vissuti materni, paterni, e dinamiche psicologiche del periodo perinatale*. Tesi di specializzazione. Milano: Università Cattolica del sacro Cuore.
- Charazac-Brunel M. (1999), Defusionnement et disillusion face à la famille d'origine, relation psychique et reconstruction dans laa famille actuelle. In: Bramnti D. (a cura di), *Coniugalità e genitorialità: i legami familiari nella società complessa*. Milano: Vita e Pensiero.
- Chevret-Measson M. (2003), Fertilità e sessualità. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di psicosomatica ostetrica e ginecologica*. Milano: Franco Angeli.
- Cigoli V. (1987), *Il sistema familiare, Nuove prospettive della ricerca*. Milano: Franco Angeli.
- Cigoli V. (1997), *Intrecci Familiari*. Milano: Cortina.
- Cigoli V., Galbusera Colombo T. (1980), Coppie in attesa del primo figlio: come si programma la vita. *Terapia familiare*, 8, 37-52.
- Cigoli V., Galimberti C. (1983), *Psicoanalisi e ricerca sui sistemi in terapia familiare*. Milano: Franco Angeli.
- Colpi G., Premoli S. (1979), Aspetti psicologici dell'infertilità maschile. *Sessuologia*, 4, 68.
- Cowan P.A., Pape Cowan C.P. (1997), *Dall'alcova al nido: la crisi della coppia alla nascita di un figlio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dayan-Lintzer M. (2003), Incontro con la coppia infertile. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di psicosomatica ostetrica e ginecologica*. Milano: Franco Angeli.

- De Cecco L. (1987), Tecnologie della riproduzione umana. In: Baldaro Verde I., Pasini W., Marrama P., Carani C. (a cura di), *L'inseminazione della discordia*. Milano: Franco Angeli.
- Delaissi De Parceval G. (1982), *Padre al padre*. Milano: Bompiani.
- Demyttenaere K. (1993), Coping and the ineffectiveness of coping influence of the outcome of in vitro fertilization through stress responses. *Psychoneuroendocrinol.*, 17, 665.
- Deutsch H. (1954), *The psychology of women*. vol. 1. London: Grune Stratton.
- Di Vita A.M., Giannone F. (2002), *La famiglia che nasce*. Milano: Franco Angeli.
- Domar A.D. (1999), Distress and conception in fertile woman: complementary approach. *J.Am. Med. Women Assoc.*, 54, 196.
- Edelman R.J., Connolly K.L. (1986), Psychological aspects of infertility. *Br. J. Med. Psychol.*, 59, 209.
- Engels R., Finkenauer C., Mees W., Dekovic M. (2001), Parental attachment and adolescents emotional adjustment: the association with social skills relational competence. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 428-439.
- Epelboin S. (2003), Uguale ma diversa: la gravidanza ottenuta ricorrendo alle tecniche di procreazione assistita. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di psicosomatica ostetrica e ginecologica*. Milano: Franco Angeli.
- Erikson E. (1950), The problem of ego identity. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 4, 50.
- Erikson E. (1981), *L'adulto. Una prospettiva interculturale*. Roma: Armando.
- Erikson E. (1984), *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Roma: Armando.
- Facchinetti F. (1997), An increased vulnerability to stress is associated with poor outcome of in vitro fertilization-embryo, transfer treatment? *Fertil. Steril.*, 67, 309.
- Fagan P.J., Schmidt C.W. Jr, Rock K.J. (1986), Sexual functioning and psychologic evaluation of in-vitro-fertilization Complex. *Fertility & Sterility*, 46, 668-72.
- Farri Monaco M., Castellani P.P. (1994), *Il figlio del desiderio: quale genitore per l'adozione*. Torino: Boringhieri.
- Ferrari Occhionero M. (1997), *Paternalità e maternità nella famiglia in transizione, Nuovi modelli e nuove identità*. Milano: Unicopli.
- Ferraro F., Nunziante Cesaro A. (1985), *Lo spazio cavo e il corpo saturato*. Milano: Franco Angeli.
- Flemming J. (1984), Infertility as a chronic illness. *Resolve Nat. Newsletter*. Dic.
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina.
- Fornari F. (1963), *Il mondo affettivo originario del bambino*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari F. (1975), *Genitalità e cultura*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari F. (1976), *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari F. (1976b), Codice materno e disturbi della femminilità. In: Cerutti (a cura di), *Ginecologia Psicosomatica e psicoprofilassi ostetrica*. Padova: Piccin.
- Fornari F., Frontosi L., Riva Crugnola C. (1985), *Psicoanalisi in ospedale. Nascita e affetti nell'istituzione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fraley R.C., Davis K.E. (1997), Attachment formation and transfer in young adults close friendship and romantic relationship. *Personal Relationships*, 4, 131-144.
- Francescato D. (1983), *Verso una prevenzione dell'aborto*. Roma: Casa del Libro.
- Francescato D., Arcidiacono C., Picarelli A. (1982), Aborto ripetuto: recidive e non recidive a confronto. *Psicologia Clinica*, II, maggio-agosto.
- Francescato D., Prezza M. (1979), *Le condizioni della sessualità femminile*. Bari: De Donato.
- Frazer G. (1971), *Totemism and exogamy*. vol.IV. Tr. It. *Totemismo*. Roma: Newton Compton.
- Freeman H., Brown B.B. (2001), Primary attachment to parent and peer during adolescence: differences by attachment style. *Journal of Youth Adolescence*, 30(6), 653-674.
- Freud S. (1908), La morale sessuale civile e il nervosismo moderno. In: *Opere di Sigmund Freud, vol V*.
- Freud S. (1911), Sui due principi dell'accadere psichico. In: *Opere di Sigmund Freud, vol VI*.
- Freud S. (1913), Il motivo della scelta degli scrigni. In: *Opere di Sigmund Freud, vol. VII*.
- Freud S. (1914), Introduzione al narcisismo. In: *Opere di Sigmund Freud, vol VII*.
- Freud S. (1915), Metapsicologia. In: *Opere di Sigmund Freud, vol VIII*.
- Freud S. (1922), L'io e l'ES. In: *Opere di Sigmund Freud, vol IX*.
- Freud S. (1923), L'organizzazione genitale infantile. In: *Opere di Sigmund Freud, vol IX*.
- Freud S. (1925), Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi. In: *Opere di Sigmund Freud, Vol. X*.
- Freud S. (1926), L'analisi dei non medici. In: *Opere di Sigmund Freud, vol X*.
- Freud S. (1931), La sessualità femminile. In: *Opere di Sigmund Freud, vol XI*.
- Freud S. (1932), Introduzione alla psicoanalisi, nuova serie. In: *Opere di Sigmund Freud, vol XI*.
- Freud S. (1952), *Mosè e il monoteismo*. Milano: Pepe Diaz.
- Galimberti C. (1985), Il processo di formazione della coppia. In: Scabini E. (a cura di), *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Milano: Franco Angeli.
- Gallinelli A. (2001), Immunological changes and stress are associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfert? *Fertil. Steril.*, 76-85.
- Gerson M.J. (1989), Tomorrow's fathers: the anticipation of fatherhood. In: Cath S. A., Gurwitt A., Gunsberg

- L. (a cura di), *Father and their families*. London: The Analytic Press.
- Ghilardi A., Imbasciati A. (1989), *Il concetto di istinto. Neurologia Psichiatria e Scienze Umane*, 6, 1035-1056.
- Giacometti K., Masina E., Montinari G. (1999), Verso un modello multipersonale della genitorialità. In: Lorio C., Solfaroli D., Camillocci M., Micheli M. (a cura di), *Genitori, individui, relazioni intergenerazionali nella famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Grabill C.M., Kerns K.A. (2001), Attachment style and intimacy in friendship. *Personal Relationship*, 7, 33-378.
- Graves R. (1955), *I miti greci*. Milano: Longanesi, 1979.
- Green A. (1983), *Narcisismo della vita, narcisismo della morte*. Paris: Minuit.
- Grigio M. (1992), Il parto di coppia: il padre. *Nascere*, 3, 14-18.
- Grimal P. (1951), *Dictionnaire de la mythologie greque et romaine*. Paris: PUF.
- Groddeck G.W. (1925), *The Meaning of Illness: selected Psychoanalytic writing*. London: Hogart Press.
- Harlow H. (1958), The nature of love. *American Psychologist*, 13, 637-685.
- Harrison F. (1984), Stress in infertile couple. In: Bunnar J., Thomson W. (a cura di), *Fertility and Sterility*. Lancaster: MTP Press.
- Hartman A., Nicolay R.C. (1966), Sexually deviant behavior in expectant father. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(3), 232-234.
- Hill A. (1989), Infertility as Post-Traumatic Stress disorder. *Resolve Nat. Newsletter*, 14-21.
- Horney K. (1924), Sulla genesi del complesso di castrazione nelle donne. In: Horney K. (a cura di), *Psicologia Infantile*, Roma: Armando, 1973.
- Horney K. (1928), *Psicologia femminile*. Roma: Armando, 1980.
- Horney K. (1933), The denial of the vagina. *Intern. Journal Psychoanalysis*, 18.
- Hurtwitz N. (1989), The psychological aspects of in vitro fertilization. *Pre- and Peri-natal Psychology*, 4, 43.
- Imbasciati A. (1983), *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*. Roma: Il Pensiero scientifico.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati A., Cena L. (1987), Uno studio sulla femminilità attraverso l'analisi del mito. In: *Il laboratorio e la città. Lo psicologo professionista e ricercatore*. XXI Congresso degli Psicologi Italiani, Atti, 685-691.
- Imbasciati A., Cena L. (1988), La donna nel mito greco. *Neurologia psichiatria e Scienze Umane*. vol. VIII, 3, 435-455.
- Imbasciati A., Ghilardi A. (1990), L'istinto nelle scienze: necessità e storia di un concetto irrisolvibile. *Rivista di Sessuologia*, 2, 101-106.
- Imbasciati A., Margiotta, M. (2005), *Compendio di psicologia per gli operatori sanitari*. Padova: Piccin.
- Jacobson E. (1952), Sullo sviluppo di un desiderio di un bambino nel maschio. In: Baruffi L. (a cura di), *Desiderio di maternità*. Torino: Boringhieri, 1979.
- Jones E. (1927), The early development of female sexuality. *Int. Jour. of Psychoanalysis* vol. 8
- Kestenberg S.J. (1956), Vicissitudini della sessualità femminile. In: Baruffi L. (a cura di), *Desiderio di maternità*. Torino: Boringhieri.
- Kitzinger S. (1979), *Donne come madri*. Bompiani.
- Kitzinger S. (1980), *Come far nascere il bambino*. Milano: Ambrosiana.
- Klein M. (1932), *La psicoanalisi dei bambini*. Firenze: Martinelli.
- Klein M. (1978), *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri.
- Klein M., Riviere J. (1937), *Amore odio e riparazione*. Roma: Astrolabio.
- Kopitzke E.J. (1991), Psychological and emotional stress associated with components of the infertility investigation: prospective of professionals and patients. *Fertil. Steril.*, 55, 1137.
- Lamb M.E. (1976), *The role of the father in child development*. New York: Wiley.
- Lamb M.E., Pleck J.H., Levine A. (1985), The role of the father in child development; the effect of increased paternal involvement. In: Lahey B.S., Kazdin A.E. (a cura di), *Advances in clinical child psychology*, vol. 8. New York: Plenum.
- Le Poire B.A., Haynes J., Driscoll J., Driver B.N., Wheelis T.F., Hynde M.K., Prochaska M., Ramos L. (1999), L'attaccamento come funzione delle tendenze ad avvicinare ed evitare i genitori e il partner. In: Carli L. (a cura di), *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Milano: Cortina.
- Lebovici S. (1983), *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*. Roma: Borla, 1988.
- Lemoine-Luccioni E. (1976), *Il taglio femminile*. Milano: Edizioni delle donne.
- Levi-Strauss C. (1969), *Le strutture elementari della parentela*. Milano: Feltrinelli.
- Liebernberg B. (1967), Expectant fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*.
- Liotti G. (1996), Su alcuni fraintendimenti della teoria dell'attaccamento. In: Rezzonico G., Ruberti G. (a cura di), *L'attaccamento nel lavoro clinico e sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Lopez F.G., Brennan K. (2000), Dynamic processes underlying adult attachment organization: toward and attachment, theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), pag. 1-17.
- MacNaughton-Cassoli M.E. (2000), Development of brief stress management support groups for couples in vitro fertilization treatment. *Fertil. Steril.*, pag. 74-87.

- Maggioni C. (1997), *Il bambino inconcepibile*. Milano: Franco Angeli.
- Marrama P., Bazzani M., Grandi F., Agostini M.F., Carani C. (1987), La sterilità maschile aspetti nosografici e diagnostici. In: Baldaro Verde I., Pasini W., Marrama P., Carani C. (a cura di), *L'inseminazione della discordia*. Milano: Franco Angeli.
- Mathieu N.C. (1973), *Homme culture, femme nature? L'Homme*, vol. 3, luglio-settembre.
- Mead M. (1949), *Male and female*. New York: Morrow.
- Meltzer D., Harris M. (1983), *Il ruolo educativo della famiglia*. Torino: C.S.T.
- Menning B. (1980), The emotional needs of infertile couples. *Fertil. Steril.*, 34, 313.
- Merbert C.J., Kalinoski M.F. (1986), Parents expectations and perceptions of infant temperament: pregnancy status differences. *Infant Mental Health Journal*, 14(2), pag. 192-207.
- Miraglia F. (1992), *Progetto Nascer*. Milano: Rizzoli.
- Miraglia F., Michetti G., Orlandini E. (1984), *Sarò madre*. Milano: Rizzoli.
- Mitscherlich-Nielsen M. (1982), *Psicoanalisi della femminilità. Psicoterapia e scienze umane n. 3*. Milano.
- Montecchi F. (1995), *I simboli dell'infanzia: dal pensiero di Jung al lavoro clinico con i bambini*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Muldorf B. (1973), *Il mestiere di padre*. Roma: Editori Riuniti.
- Muldorf B. (1975), *Sessualità e femminilità*. Roma: Editori Riuniti.
- Navone A. (1997), Il bambino rifiutato: dalla non esistenza all'accoglienza. In: Montecchi F. (a cura di), *Il gioco della sabbia, nella pratica analitica*. Milano: Franco Angeli.
- Nerson-Sachs C. (2003), Soggetto, oggetto nella procreazione medicalmente assistita: riflessioni psicologiche e psicopatologiche. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di psicosomatica ostetrica e ginecologica*. Milano: Franco Angeli.
- Nunziante Cesaro A. (1984), Identità femminile e gravidanza. In: *Atti convegno Naz. Psicoprofilassi Ostetrica*, Bologna: Monduzzi.
- Ostuni R., Nusiner M.P., Porri V. (1988), Procreative Obstinacy: Ethical and psychological aspect. *Minerva Ginecologica*, 40, 435-8.
- Palacio Espasa F. (1991), Fantasie dei genitori e psicopatologia del bambino. In: Soc. Ital. N.P.J. (a cura di) *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*, Roma: Borla.
- Pasini W. (1977), *Contraccezione e desiderio di maternità*. Milano: Feltrinelli.
- Pasini W. (1987), Aspetti psicologici delle filiazioni inabituali e dell'IAD. In: Baldaro Verde I., Pasini W., Marrama P., Barzani A., Carani C. (a cura di), *L'inseminazione della discordia*. Milano: Franco Angeli.
- Pazzagli A. (1981), *Maternità come crisi*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Pazzagli A. (1983), *Disturbi psicosomatici e lavoro della paternità*. In: Atti del convegno "Soma psiche".
- Pazzagli A., Benvenuti P. (1996), Diventare padri: scompensi psicopatologici. *Prospettive psicoanalitiche*, 14(2), pag. 123-134.
- Pietropolli Charmet G. (1991), La nascita del bambino nella mente del padre. *Nascere*, 3, pp. 16-21.
- Pines D. (1972), Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, pag. 333-343.
- Rado S. (1933), Fear of castration in women. *Psychoanalysis Quarterly*, vol. 2.
- Randaccio S., De Padova M. (2004), Aspetti emozionali: modificazioni psicologiche in gravidanza. In: Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica in ginecologia e ostetricia*. Roma: CIC.
- Rascovsky R. (1977), El psiquismo fetal. trad. it. *La vita psichica del feto*. Milano: Il Formichiere.
- Reik T. (1914), Il rituale, psicoanalisi dei riti religiosi. *Imago III*, Paris: Demet, 1973.
- Reik T. (1949), *Il rito religioso*. Torino: Boringhieri, 1974.
- Rich A. (1976), *Nato di donna. La maternità in tutti i suoi aspetti*. Garzanti.
- Riva Crugnola C. (1993), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Milano: Cortina.
- Salvini A. (1993), *Personalità femminile e riproduzione umana*, Roma: Lombardo.
- Salzman J.P. (1996), Primary attachment in female adolescents: association with depression, self-esteem and maternal identification. *Psychiatry*, 59, pag. 20-33.
- Scabini E. (1985), *L'organizzazione famigli, tra crisi e sviluppo*. Milano: Franco Angeli.
- Scabini E. (1995), *Psicologia sociale della famiglia*. Torino: Boringhieri.
- Scabini E., Cigoli V. (2000), *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*. Milano: Cortina.
- Schenker J. (1992), Stress and Human reproduction. *E.J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 45, 1.
- Scopesi A. (1994), Diventare genitore: una crisi evolutiva dell'adulto. *Età Evolutiva*, 48, pp. 103-107.
- Seibel M.M., Taymor M.L. (1982), Emotional aspects of infertility. *Fertil. Steril.*, 37, 137.
- Shaffer R. (1980), The developing child. In: Bruner J., Cole N., Llyod B. (a cura di), *Maternità*, Roma: Armando.
- Shapiro J.L. (1989), Il padre in attesa. *Età Evolutiva*, 95, pag. 33-37.
- Shaver P.R., Hazan C. (1992), Adult romantic attachment process: theory and evidence. In: Perlman D., Jones W. (a cura di), *Advances in Personal Relationships outcomes vol. IV Jessica*. London and Bristol: Kingsley Publisher. Tr.it. Carli L. (1993), *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Shaw P. (1988), Counselling needs, emotional and relationship problems in couples awaiting IVG. *J.*

- Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 9, 171.
- Silverman D.K. (2001), Sexuality and attachment. *Psychoanalytic Quarterly*, LXX, 325-358.
- Simpson J.A. (1999), Attachment theory in modern evolutionary perspective. In: Cassidy J., Shaver P.R. (a cura di), *Handbook of attachment*. New York: The Guilford Press.
- Smorti A. (1980), *Ruolo del padre e sviluppo psicologico del bambino*, Firenze: La Nuova Italia.
- Smorti A. (1987a), La paternità come processo evolutivo. L'origine della paternità nell'infanzia. *Psicologia Contemporanea*, 80, 36-43.
- Smorti A. (1987b), La paternità come processo evolutivo. Paternità: una dimensione sociale della mascolinità. *Psicologia Contemporanea*, 81, 29-32.
- Soulé M. (1990), Le conseguenze psicologiche della sterilità e dell'infertilità. In Seminario "I problemi psicologici del nascere". Reggio Emilia.
- Stagno P., Strano B. (1994), L'infertilità: un problema di coppia. Analisi psicologica delle relazioni familiari. *Contraccezione, Fertilità, Sessualità*, 21-51.
- Stern D.N. (1995), *La costellazione materna*, Torino: Boringhieri.
- Tafà M., Rivelli M.C.C., Malagoli Togliatti M. (2000), La coppia e la transizione alla genitorialità, *Rassegna di Psicologia*, 17(1), 95-117.
- Tarabusi M. (2000), Stress-response in male partners of women submitted in vitro fertilization and embryo transfer. *Psychother. Psychosom.*, 69, 275.
- Tavaglini T. (1985), Psicologia e sessualità nella coppia sterile: valutazioni psico-cliniche. *Rivista di sessuologia*, 36.
- Terenzi S. (1989), Infertilità e problematiche psico-comportamentali. *Sessuologia*, 1/2, 23.
- This B. (1984), *Come nascono i padri*. Bari: Laterza.
- Turkington C. (1986), Contraceptives, why all woman don't use them. *American Psychological Association Monitor*.
- Vegetti Finzi S. (1983), La maternità negata, Alle origini dell'immaginario femminile. In: *Memoria*. Torino: Rosenberg e Sellier.
- Vegetti Finzi S. (1990), *Il bambino della notte*. Milano: Mondadori.
- Vegetti Finzi S. (1997), *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*. Milano: Mondadori.
- Ventimiglia C. (1994), *Di padre in padre*. Milano: Franco Angeli.
- Ventimiglia C. (1996), *Paternità in controluce*. Milano: Franco Angeli.
- Vitale P., Costa L. (1995), Ruolo paterno e parto di coppia. *Nascere*, 1, 13-15.
- Wainright W.H. (1966), Fatherhood as a precipitant of mental illness. *American Journal of Psychiatry*.
- Winnicott D. W. (1988), *Sulla natura umana*. Milano: Cortina, 1989.
- Winnicott D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1970.
- Winnicott D.W. (1986), *Dal luogo alle origini*. Milano: Cortina, 1990.
- Winnicott D.W. (1987), *I bambini e le loro madri*. Milano: Cortina, 1987.
- Winnicott D.W. (1989), *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Cortina, 1995.
- Wyatt F. (1967), Note cliniche sui motivi della riproduzione. In: Baruffi L. (a cura di), *Desiderio di maternità*. Torino: Boringhieri.
- Zavattini G.C. (1984), Il ritorno del rimorso: psicoanalisi e terapia sistemica. *Terapia Familiare*, giugno, 59-65.

7.2 L'ATTACCAMENTO PRENATALE

(Anna Della Vedova)

7.2.1 La prima relazione genitori-bambino: il legame di attaccamento prenatale

Il termine *attaccamento* è stato individuato da Bowlby (1969) per descrivere la specifica tendenza del bambino a cercare di mantenere la vicinanza delle persone che si prendono cura di lui, generalmente i genitori. Nell'essere umano la presenza di una figura di riferimento affettivo che assicuri la costanza del sistema delle cure è condizione indispensabile per la sopravvivenza fisica e per lo sviluppo psichico. Secondo Bowlby la base del legame

tra bambino e caregiver è una spinta motivazionale di tipo primario ed il comportamento infantile si organizza "per naturale tendenza" in funzione del mantenimento del sistema di cure di cui il bambino ha primaria e irrinunciabile necessità. Al formarsi di tale legame contribuisce il corredo comportamentale innato (o per lo meno già acquisito alla nascita) del neonato, costituito dalle capacità percettive e motorie, con le quali egli può orientarsi verso l'adulto, e da forme comportamentali come il pianto, i vocalizzi, la mimica, la capacità di afferramento e di suzione, attraverso le quali può richiamarne e mantenerne l'attenzione. A tali modalità di ricerca di

vicinanza e interazione, espresse dal comportamento dei neonati verso i genitori (o caregivers), corrisponde generalmente una complementare tendenza dei genitori ad attivarsi per mantenere la vicinanza, la soddisfazione dei bisogni e l'interazione con i piccoli. Bowlby ipotizzava che questo specifico sistema di interazione tra bambini e genitori fosse sostenuto a livello neuroanatomico da circuiti neuronali innati, operanti sia nel bambino che nell'adulto, con la funzione di attivare il neonato verso il caregiver, e viceversa, al fine di mantenere la vicinanza e alimentare il legame, detto appunto, di *attaccamento*. Durante i primi mesi, genitori e neonati vivono un lungo periodo in cui le loro esperienze sono caratterizzate da un'estrema vicinanza e da un vicendevole scambio. Da queste esperienze strutturanti per la mente infantile, nel neonato si forma, gradualmente, una rappresentazione di base di *sé in relazione con l'altro* (il caregiver); Bowlby definì questi prime rappresentazioni: *modelli operativi interni* (Internal Working Models). Secondo la teoria dell'attaccamento, entro il primo anno di vita il bambino stabilisce un legame di attaccamento verso i suoi genitori, ovvero forma una rappresentazione mentale stabile della qualità della relazione, definita *modello operativo interno del legame di attaccamento*. Il legame di attaccamento persiste generalmente per tutta la vita dell'individuo, e il modello operativo interno funziona da guida per le successive relazioni generando modalità relazionali analoghe a quelle interiorizzate dal bambino nelle prime esperienze. Lo studio delle modalità con le quali i bambini sviluppano il legame di attaccamento verso i loro caregivers ha permesso di identificare delle modalità di *attaccamento sicuro* e di *attaccamento insicuro* legate a particolari caratteristiche dell'interazione tra bambino e caregivers (cfr. 4.3). Mentre le caratteristiche dell'attaccamento infantile verso l'adulto sono state studiate e descritte con notevole precisione, lo stesso non si può dire delle complementari caratteristiche dell'attaccamento prenatale. È questa una nuova area di studio, se non altro dal punto di vista di uno studio sperimentale, che da alcuni decenni esplora lo sviluppo dell'attaccamento dei genitori al bambino a partire dalle fasi precedenti alla nascita, in particolare l'investimento affettivo dei genitori verso il bambino che attendono.

Il termine "attaccamento prenatale" è stato individuato per definire il particolare tipo di legame che i genitori sviluppano verso il feto durante le fasi della gravidanza. Il periodo della vita che va dal concepimento alla nascita è attualmente considera-

to una fase importante dello sviluppo psichico dell'individuo rispetto a diversi fattori. Questi fattori riguardano prevalentemente il "significato" che il desiderio, il concepimento, l'attesa e la nascita di un bambino hanno per i suoi genitori e per il formarsi della futura identità del bambino stesso. Si parla in questo senso del costituirsi graduale nella psiche genitoriale di un'"area di pensiero" dedicata al bambino atteso, uno spazio mentale per un bambino immaginato che prepara un posto nella famiglia per l'arrivo di un bambino reale e, contemporaneamente, origina importanti cambiamenti nell'identità dell'adulto che diviene genitore. Tali aspetti, più o meno consapevoli, determinano la qualità della relazione genitori-bambino ed il successivo sviluppo psichico infantile.

Dagli anni '70 ad oggi vi è stato un interesse crescente verso lo sviluppo prenatale e l'area dei processi psicologici che riguardano il divenire genitori. Gli studi sullo sviluppo prenatale hanno mostrato un feto attivo, sensibile, in grado di apprendere e di interagire con gli stimoli provenienti dal corpo materno e dall'ambiente a partire dal secondo trimestre di gravidanza (Della Vedova, Imbasciati, 1998). Contemporaneamente è divenuto di particolare rilievo considerare la dimensione psicologica genitoriale e le trasformazioni cui quest'ultima va incontro nell'approccio al bambino atteso durante le fasi prenatali. Si ritiene infatti che la relazione genitori-bambino prenda vita nelle fasi precedenti alla nascita originandosi nel particolare tipo di investimento affettivo che i genitori sviluppano nei confronti del feto e che si realizza nell'incontro tra i processi psicologici dei genitori con gli aspetti corporei dell'instaurarsi della gravidanza e con il rendersi sempre più concretamente presente del feto.

Un approccio scientifico allo studio del rapporto genitori-feto nasce inizialmente in campo ostetrico negli anni '80, con l'obiettivo di sistematizzare le osservazioni sugli effetti di quell'insieme tipico di atteggiamenti, fatto di interesse, sentimenti, comportamenti e pensieri, che insorge nei genitori nei confronti del feto. Tale complesso è stato denominato "attaccamento prenatale". In un approccio che consideri la gravidanza come un evento psicosomatico in cui i processi psicologici influenzano e modulano i funzionamenti fisiologici, diviene irrinunciabile considerare la dimensione psichica della gestante e del partner. Una simile prospettiva è di particolare rilevanza per una assistenza medico-ostetrico-infermieristica che coltivi un approccio interdisciplinare rivolto al benessere della persona.

L'evoluzione psichica che porta gli individui che si apprestano a divenire genitori a sviluppare un "attaccamento prenatale" verso il feto è così divenuta oggetto privilegiato di studio, anche ad un fine preventivo. In condizioni normali, la gravidanza comporta in entrambi i genitori una serie di mutamenti psichici volti ad includere, nelle proprie rappresentazioni mentali, una rappresentazione del bambino in arrivo e nuovi aspetti della propria identità in evoluzione. Dall'inizio della gravidanza i genitori cominciano del tutto spontaneamente a pensare al feto: lo immaginano, gli attribuiscono caratteristiche, provano emozioni e sentimenti nei suoi confronti. Dal secondo trimestre in avanti molti genitori cominciano anche ad interagire con il feto e a cercare una comunicazione con esso. Contemporaneamente essi modificano le proprie abitudini e i propri comportamenti per favorire al massimo il benessere presente e futuro del bambino.

Cranley (1981), partendo dall'osservazione degli atteggiamenti che si sviluppano parallelamente ai mutamenti fisici e psichici nella donna in gravidanza, e per la prima volta ha definito il costrutto di "attaccamento materno-fetale" ed ha costruito un questionario per misurarlo. Tale strumento è poi stato esteso al costrutto speculare di "attaccamento paterno-fetale". Successivamente altri studiosi si sono interessati al costrutto di "attaccamento prenatale" (Condon; 1993; Muller; 1993) approfondendo l'indagine degli atteggiamenti, dei comportamenti, delle rappresentazioni e delle fantasie che i genitori sviluppano nei confronti del feto e perfezionando altri strumenti atti alla misurazione e, in parte, alla ridefinizione del costrutto. Lo studio dell'attaccamento prenatale è attualmente rivolto ad indagare gli effetti della qualità dell'investimento affettivo dei genitori verso il feto sui processi della gravidanza, del parto, della successiva relazione di attaccamento genitori bambino e dello sviluppo psichico infantile. In un'ottica di tutela della salute e promozione del benessere (psichico e fisico) della gestante e del feto, si ritiene infatti di particolare interesse un aumento delle conoscenze sul primo legame affettivo che unisce i genitori al bambino che attendono. Se si considera lo sviluppo infantile particolarmente influenzato dalla relazione prenatale tra genitori e feto e se i processi della gravidanza sono concepiti come esito di un "dialogo" psicobiologico tra feto e corpo materno in grado di influenzare la successiva relazione genitori-bambino, si comprende come tali conoscenze acquistino particolare rilevanza in vista dell'organizzazione di programmi di prevenzione.

7.2.2 Verso uno studio della relazione genitori-bambino prima della nascita

L'importanza della relazione tra bambino e i suoi genitori per lo sviluppo della personalità e della psiche infantile è un aspetto attualmente più che documentato, ma possiamo trovare già agli inizi del secolo scorso nel pensiero psicoanalitico (Ferenczi, 1929) dei chiari riferimenti alle necessità del neonato di essere al centro dell'investimento affettivo dei suoi genitori e di sentire la propria nascita desiderata. A partire dagli anni '50 la psicoanalisi infantile (Winnicott, 1958; Mahler *et. al.* 1975) ha posto come elemento centrale la qualità delle prime relazioni e dell'ambiente affettivo in cui ha luogo la crescita psicologica del bambino. La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969) e gli approcci più attuali dell'infant research (Stern, 1995; Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999), con gli studi sistematici delle primissime interazioni neonato-caregiver, hanno fornito evidenze sperimentali di come la psiche infantile si strutturi e si modelli nelle relazioni affettive di base del bambino.

Fino agli anni '70 circa la relazione di attaccamento è stata studiata per lo più nella forma che il bambino sviluppa verso l'adulto. Bowlby (1969), partendo da una base etologica dell'osservazione del comportamento e considerando la straordinaria importanza che la presenza continua del genitore ha per la prole neonata, riteneva che i piccoli interagissero con gli adulti allo scopo di ottenere vicinanza e protezione. L'attaccamento veniva descritto come "legame affettivo che una persona o animale forma tra sé e un altro individuo tendente a preservare una vicinanza spaziale tra essi e durare nel tempo" (Ainsworth *et. al.* 1970). Attraverso la relazione di attaccamento che si sviluppa verso l'adulto nel corso del primo anno di vita, il bambino struttura particolari rappresentazioni mentali di sé e in relazione con i caregivers definite "modelli operativi interni". Tali rappresentazioni dinamiche costituiscono degli organizzatori dell'esperienza relazionale per cui tutti i legami significativi successivi risultano influenzati dalle esperienze affettive di base (cfr. 7.3). Secondo un approccio integrato tra teorie dell'attaccamento, "infant research" e psicoanalisi (Fonagy, Target, 2001), la relazione bambino-genitore costituisce dunque la base della psiche infantile: nei primi scambi comunicativi il neonato prende coscienza di sé grazie all'investimento affettivo del genitore nell'esperienza interattiva precoce.

Successivamente attraverso tale investimento affettivo, unito alla considerazione del bambino come “essere pensante” (Fonagy, Target, 2001), la psiche infantile apprende una modalità di funzionamento simbolico e struttura le sue principali funzioni rappresentative.

Mentre la teoria dell'attaccamento descrive le interazioni tra genitore e bambino, l'attaccamento prenatale riguarda l'investimento affettivo che un individuo adulto sviluppa verso un essere non ancora in grado di rendersi visibile e di essere reciproco: il feto. Come Bowlby (1969) ha evidenziato l'attaccamento dei piccoli all'adulto, volto essenzialmente a garantire protezione e cura, riveste un'importanza fondamentale per la sopravvivenza della prole. Allo stesso modo, secondo un approccio che valorizza il ruolo della qualità dell'investimento affettivo genitoriale verso il bambino, lo svilupparsi di un attaccamento degli adulti ai piccoli prima della nascita è da considerarsi una necessaria premessa allo sviluppo del legame successivo.

Il concetto di attaccamento prenatale affonda le sue radici nel pensiero di numerosi autori che, molto prima che ne venisse formalizzato il costrutto, avevano messo in primo piano quanto avviene nella mente dei genitori in attesa di un figlio, ritenendo che la relazione di attaccamento neo-natale cominciasse con un investimento affettivo del genitore verso il bambino atteso.

Storicamente il primo oggetto di riflessione è stato il rapporto fisico e mentale tra la donna e il bambino che si sviluppa dentro di lei, e molta letteratura si è occupata dei processi psicologici della gravidanza (Deutsch, 1945; Bibring, 1959; Benedek, 1959; Pines, 1972; Ammaniti *et. al.*, 1995). Solo più tardi l'investimento affettivo verso il feto è stato considerato come un processo che riguarda profondi rivolgimenti psicologici in entrambi i genitori, sia singolarmente che come coppia. Deutsch (1945) per prima pose l'attenzione verso le particolarità dei mutamenti psicologici che avvengono nella donna in gravidanza, evidenziando il progressivo formarsi di un investimento affettivo verso il feto e mettendo in primo piano i processi di trasformazione dell'identità femminile nell'esperienza di maternità. La Bibring (1959) analizzò approfonditamente i processi della gravidanza, definendola come una fase di “crisi maturativa” per l'identità femminile, ed evidenziò il formarsi di un investimento libidico materno verso il feto. La Benedek (1959) descrisse le dinamiche dell'investimento affettivo materno verso il feto come il progredire da un investimento di tipo

narcisistico, tipico delle fasi iniziali della gravidanza, in cui il feto è vissuto come una parte di sé, ad un investimento di tipo oggettuale, in cui il feto comincia ad essere riconosciuto come individuo a sé stante con i propri bisogni e le proprie caratteristiche.

Nella descrizione che Winnicott (1958) fece della “preoccupazione materna primaria” troviamo forse la più chiara raffigurazione del definirsi di un investimento affettivo specifico verso il bambino che la donna attende. Winnicott definì “preoccupazione materna primaria” quello speciale tipo di coinvolgimento, così intenso da sembrare una forma passeggera di “follia”, che è tipico della madre verso il neonato. Egli riteneva che tale coinvolgimento cominciasse a formarsi non appena una donna sa di essere incinta e che la qualità di questo particolare legame tra madre e bambino, che riguarda in particolare le fasi prenatali e i primi mesi dopo la nascita, influenzasse in modo decisivo tutto lo sviluppo successivo dell'individuo. Le teorie della psicoanalisi infantile mantengono ancora oggi questo punto di vista. Secondo la Little (1986) la memoria inconscia del rapporto che si sviluppa tra il corpo della madre e il corpo del bambino, durante i nove mesi in cui egli vive e cresce dentro di lei, costituisce un aspetto centrale della successiva rappresentazione di sé dell'individuo. Come Winnicott (1988), la Little riteneva che il feto fosse in grado di serbare delle memorie corporee della propria esperienza fetale e che in fondo alla psiche di ognuno restasse la memoria fusiva, che definì “l'unità fondamentale”, di quel primo antico rapporto di sé unito al corpo della madre quale base inconscia della personalità.

Dagli anni '70 ad oggi l'investimento affettivo dei genitori verso il feto è stato studiato in modo sempre più preciso e sistematico fino ad arrivare alla definizione del costrutto dell'attaccamento prenatale e di un'area specifica di studio. In questi anni gli studiosi cominciarono le prime ricerche qualitative interessandosi alle rappresentazioni e fantasie che la donna in gravidanza sviluppa verso il feto. In uno dei primi studi Lumley (1972) indagò il formarsi dell'immagine mentale del feto lungo il corso della gravidanza intervistando trenta primipare. Emersero due aspetti: il primo fu che con il progredire della gravidanza il feto viene pensato progressivamente sempre più come persona, il secondo che le madri stabiliscono precocemente un legame di attaccamento con il feto. Nello stesso periodo il rapporto madre-feto è stato studiato dalla Rubin (1975) che descrisse “i compiti fondamentali della gravi-

danza” come un impegno particolare della donna verso il feto nel: 1) realizzare un passaggio sicuro attraverso le fasi della gravidanza fino al parto, 2) assicurarsi che il bambino sia accettato dalle persone significative della famiglia, 3) sviluppare un legame affettivo verso il feto, 4) essere in grado di fare dono di sé al bambino.

In uno studio qualitativo svolto da Leifer (1977), che indagò per la prima volta il legame di attaccamento madre-feto, emerse un dato interessante, ovvero che una certa percentuale di donne manifestava un basso investimento affettivo rispetto al feto. Nel suo campione, infatti, un quarto delle donne manifestava basso attaccamento e, le stesse, a sei mesi di distanza dal parto evidenziavano il persistere di un basso attaccamento verso i bambini. L'interesse prognostico della qualità del legame di attaccamento prenatale diveniva dunque di un certo rilievo.

Negli ultimi decenni sono stati di grande interesse gli studi di derivazione clinica riguardo il formarsi dell'identità genitoriale e della rappresentazione mentale del bambino atteso (Palacio Espasa, 1991). Riprendendo i concetti di base della teoria dell'attaccamento, questo approccio ha evidenziato la relazione tra la qualità del legame che i genitori sviluppano verso il feto e le esperienze affettive vissute dai genitori stessi nella famiglia di origine. L'esperienza di essere stato un bambino più o meno desiderato, e più o meno sensibilmente accudito, è alla base del legame di attaccamento che un adulto ha interiorizzato come modello operativo interno. La transizione richiesta all'adulto che diviene genitore (Solomon, George, 1996) riguarda il passaggio da una rappresentazione di sé come figlio (care recipient) ad una rappresentazione di sé come genitore (caregiver). Nella costruzione della nuova identità genitoriale si evidenzia il ruolo dei modelli operativi interni che il genitore stesso ha sviluppato: ovvero la rappresentazione di “sé come bambino con i propri genitori” determina la rappresentazione di “sé come genitore” rispetto al proprio bambino che comincia così ad essere immaginato. La rappresentazione anticipatoria del bambino atteso, che i genitori cominciano a creare in fantasia per rapportarsi al feto che si sviluppa, è stata infatti definita la rappresentazione del “bambino immaginato” (Soulè, 1982; Lebovici, 1983). Essa si origina nella mente dei genitori durante la gravidanza attraverso pensieri, emozioni, sentimenti, forma complesse fantasie e raccoglie desideri e idealizzazioni che i genitori proiettano sul feto “invisibile” allo scopo di dargli

un volto, una prima forma di identità. Sebbene non sovrapponibile alle componenti dell'attaccamento prenatale, la rappresentazione del bambino immaginato, ne costituisce un aspetto importante. Si ritiene infatti che l'investimento affettivo genitoriale generi, e poi si diriga verso, una rappresentazione del bambino atteso che comprende aspetti di fantasia e di proiezione misti ad aspetti reali dovuti all'interazione che comincia a verificarsi con il feto. Tale rappresentazione sarà influente nelle interazioni tra genitori e neonato; successivamente, il contributo attivo del neonato, con le sue caratteristiche personali e uniche, porterà al formarsi di una nuova rappresentazione nella mente dei genitori, quella del “bambino reale”.

7.2.3 Il costrutto dell'attaccamento prenatale e gli strumenti che lo misurano

Le diverse formulazioni del legame che si instaura tra genitori e feto, sono state recentemente formalizzate in un costrutto teorico definito “attaccamento prenatale”. Il costrutto dell'attaccamento prenatale è stato individuato inizialmente da Mecca Cranley (1981) con il nome di “attaccamento materno-fetale”. L'autrice, in seguito all'osservazione dello specifico insieme di atteggiamenti e comportamenti che le donne manifestano quando sono in attesa di un figlio e che rivelano lo svilupparsi di un coinvolgimento affettivo-emotivo nei confronti del feto, ha definito l'attaccamento materno-fetale come “la misura in cui la donna manifesta comportamenti che rappresentano interazione e coinvolgimento affettivo verso il bambino che attende”. Attualmente in letteratura esistono tre strumenti che misurano il costrutto dell'attaccamento prenatale rispettivamente creati da Cranley (1981), Condon (1993) e Muller (1993). Si tratta di scale tipo Likert costituite da una serie di affermazioni a cui i soggetti assegnano un punteggio su dimensioni di accordo o frequenza. La scala di Cranley, Maternal Foetal Attachment Scale (MFAS-Cranley, 1981), è costituita da 23 affermazioni rispetto alle quali i soggetti devono esprimere un punteggio di accordo su una scala a cinque livelli. Maggiore è il punteggio negli items maggiore e più adattivo risulta l'attaccamento della madre al feto. L'autrice ha individuato cinque componenti di base dell'attaccamento prenatale che sono:

- 1) la differenziazione tra sé e il feto,
- 2) l'interazione con il feto,

- 3) l'attribuzione di caratteristiche e intenzioni al feto,
- 4) la capacità di donare sé stessi,
- 5) l'assunzione del ruolo materno.

La scala dell'attaccamento materno è stata in seguito adattata in una versione speculare che misura l'attaccamento del padre verso il feto.

La scala di Condon (MAEAS, Maternal Emotional Attachment Scale Condon, 1993) ha successivamente proposto una parziale ridefinizione del costrutto dell'attaccamento prenatale. Sulla base della teoria dell'attaccamento adulto, l'autore riconduce l'attaccamento del genitore al feto a cinque assunti che identificano l'attaccamento come un tipo di rapporto per cui due individui manifestano particolari disposizioni uno verso l'altro: una disposizione a conoscere, una disposizione ad interagire, una disposizione ad evitare la separazione e la perdita, una disposizione alla protezione e una disposizione a identificare e gratificare i bisogni. Lo strumento di Condon è una scala bidimensionale che misura, oltre ad un valore di attaccamento globale, un fattore di qualità e uno di intensità dell'attaccamento. La scala materna è costituita da 19 affermazioni, mentre quella paterna da 16 affermazioni, da valutare su cinque livelli. Le affermazioni non sono esattamente uguali per la madre e per il padre: nei lavori di Condon emerge infatti che l'attaccamento materno e paterno pur avendo una base comune hanno degli aspetti che li differenziano.

La scala di Muller (PAI, Prenatal Attachment Inventory, Muller, 1993) si presenta nella struttura come la scala di Cranley ma gli aspetti indagati sono diversi. Anche la Muller ha riconsiderato il costrutto dell'attaccamento materno-fetale, indirizzando il proprio interesse all'emergere di variabili psicologiche come sentimenti, pensieri o emozioni che la madre comincia a provare nei confronti del feto. La Muller ha indagato esclusivamente l'attaccamento materno-fetale affermandone la natura peculiare e distinta dall'attaccamento paterno-fetale.

Alla luce delle ricerche svolte fino ad oggi (Gau, Lee, 2003) è possibile affermare che, nonostante alcune differenze nella definizione del costrutto, i tre strumenti citati sono stati creati per misurare, ed effettivamente misurano, un unico costrutto e contribuiscono alla possibilità di indagare sperimentalmente l'attaccamento genitoriale-fetale. Un limite di tali strumenti è costituito dal fatto che la misura pare relativa ad aspetti parziali del rapporto genitori-feto, come la qualità e quantità degli affetti e dei

pensieri rivolti dai genitori verso il feto. Elementi più complessi, come le rappresentazioni mentali genitoriali o il tipo di attaccamento dei genitori stessi, in particolare i modelli operativi interni genitoriali, non sono invece valutabili attraverso le scale di misura dell'attaccamento prenatale. Queste possono essere utilmente affiancate da strumenti di misura diversi, per esempio interviste semistrutturate (Ammaniti *et. al.*, 1995), che permettano di meglio evidenziare la complessità della relazione tra genitori e bambino atteso.

7.2.4 Gli studi sull'attaccamento prenatale

Lo studio dell'attaccamento prenatale si svolge dunque essenzialmente attraverso la rilevazione nei genitori della presenza di comportamenti, atteggiamenti, emozioni e affetti come indicatori del formarsi di rappresentazioni cognitive del bambino atteso e di un investimento affettivo dei genitori verso il feto. Molte ricerche sono state svolte utilizzando tali strumenti anche se la maggior parte degli studi presenti in letteratura ha privilegiato la misurazione dell'attaccamento materno fetale mentre l'attaccamento paterno o relativo a entrambi i genitori sono ancora poco indagati.

Passando a quanto scoperto negli studi che sono stati svolti negli ultimi decenni si può notare come siano stati presi in considerazione molteplici aspetti e la loro influenza sulle modalità di sviluppo dell'attaccamento materno-fetale. Tra questi sono state indagate prevalentemente variabili di tipo psicosociale, di tipo demografico e fattori correlati alla gravidanza.

Riguardo alle modalità secondo le quali si sviluppa il legame di attaccamento materno-fetale, i risultati della maggior parte degli studi svolti convergono sul fatto che l'attaccamento materno aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza (Laxton-Kane, Slade, 2002; Cannella, 2005). Le ricerche che hanno testato longitudinalmente l'attaccamento materno nel primo, secondo e terzo trimestre evidenziano come la maggior parte delle donne manifesti un aumento dell'attaccamento a partire dal secondo trimestre, in particolare l'incremento si collega alla percezione dei primi movimenti fetali. Da tali ricerche emerge inoltre che le donne più sensibili ai movimenti fetali sono anche le stesse che hanno i maggiori punteggi nell'attaccamento verso il feto (Heidrich, Cranley, 1989). L'attaccamento materno-fetale non sembra legato solo alla percezione del

feto, si evidenziano infatti dati sull'insorgenza dell'attaccamento materno-fetale anche nel primo trimestre di gravidanza. In uno studio svolto su donne che si sottoponevano a diagnosi prenatale si è riscontrata la presenza del legame di attaccamento già a dieci settimane di gestazione (Caccia *et al.*, 1991).

In numerosi studi è stato preso in esame il ruolo dei *fattori psicosociali* nello sviluppo dell'attaccamento materno fetale. Il sostegno sociale, inteso come insieme di elementi del contesto di riferimento e sanitario che supportano la donna in gravidanza, è stato indicato da Cranley (1984) come un aspetto correlato positivamente all'attaccamento materno. Studi successivi hanno rilevato un simile effetto in gruppi di gestanti con gravidanza a basso rischio ma non in gestanti con gravidanza ad alto rischio (Mercer *et al.*, 1988), mentre altri studi non hanno potuto riscontrare la medesima relazione in campioni di donne ospedalizzate (Curry, 1987) e in gestanti adolescenti (Koniak-Griffin *et al.*, 1993). Condon e Corkindale (1997) in uno studio su 238 donne hanno invece evidenziato una correlazione positiva tra sostegno sociale e sottoscala dell'intensità dell'attaccamento al MAEAS (Condon, 1993). Nel complesso pare emergere una rilevanza dei fattori di sostegno sociale anche se il loro ruolo deve forse essere meglio specificato.

Oltre al sostegno sociale è ipotizzabile che in una situazione delicata come quella della gravidanza le relazioni affettive significative possano influire sulle possibilità genitoriali di creare un legame con il feto. Il ruolo delle *relazioni con le figure di riferimento affettivo* è stato studiato in gestanti adolescenti per le quali una buona relazione con la propria madre è risultata positivamente correlata con l'attaccamento verso il feto (Wayland, Tate, 1993), lo stesso risultato è emerso in campione di donne ospedalizzate (Curry, 1987). In gestanti adolescenti si è potuto rilevare come anche una relazione soddisfacente con il padre del bambino fosse correlata positivamente con l'attaccamento al feto nel primo trimestre, questo effetto però scompariva con il procedere della gravidanza (Bloom, 1997). Relazioni familiari connotate da mutualità, definita come capacità di empatia e aiuto tra familiari, secondo alcuni studi correla positivamente con l'attaccamento delle gestanti al feto (Fuller *et al.*, 1993; Wilson *et al.*, 2000) mentre secondo altri studi non mostra correlazioni (Mercer *et al.*, 1988). Uno studio sullo stile di attaccamento (Mikulincer, Florian, 1999) ha evidenziato come le gestanti con attaccamento di tipo sicuro avessero un maggiore attacca-

mento al feto rispetto a gestanti con attaccamento evitante o ambivalente, ma questo non è stato confermato in altri studi. Nonostante i risultati si diversifichino molto a seconda degli studi, le relazioni significative, come quella con la madre o con il partner, in un momento di transizione dove l'identità della donna è messa particolarmente in gioco, sembrerebbero avere un ruolo nello svilupparsi di un migliore attaccamento materno-fetale.

Il ruolo delle *variabili psicologiche e psicopatologiche della personalità materna* risulta di particolare interesse soprattutto in relazione ai rischi depressivi connessi con la gravidanza e con il parto. Ricerche sul ruolo dell'autostima e del concetto di sé della donna in gravidanza non hanno evidenziato particolari relazioni rispetto all'attaccamento materno eccetto in un campione di donne ospedalizzate (Curry, 1987). Rispetto all'ansia, alcuni studi rilevano una relazione inversa tra attaccamento materno-fetale e ansia di stato (Gaffney, 1986) mentre lo stress materno negli studi di Cranley (1981) ha evidenziato una correlazione inversa con l'attaccamento materno-fetale ma altri studi non hanno rilevato questo andamento.

Numerosi studi hanno cercato di chiarire quale impatto può avere la depressione sull'attaccamento materno. Si potrebbe pensare che uno stato depressivo determini un basso attaccamento materno, questo è quanto emerso in uno studio di Mercer (Mercer *et al.*, 1988) e in un successivo studio su 238 donne (Condon, Corkindale, 1997) in cui si è evidenziata una correlazione inversa tra sintomi depressivi e punteggio globale dell'attaccamento materno fetale al MAEAS (Condon, 1993). In uno studio su 73 donne (Priel, Besser, 1999) nell'ultimo trimestre di gestazione e nelle prime otto settimane post-partum si è invece evidenziato come un alto attaccamento materno-fetale al MAEAS (Condon, 1993) fosse associato a sintomi depressivi. Uno studio condotto con la stessa metodologia su 216 donne tra i tre e i sei mesi di gestazione non ha evidenziato nessuna associazione tra sintomi depressivi e attaccamento materno-fetale (Honjo *et al.*, 1993). In uno studio su un campione di donne devianti, inviate dai servizi sociali per una valutazione psicologica delle capacità genitoriali, si sono riscontrati disturbi della personalità e si è rilevato un attaccamento verso il feto notevolmente più basso rispetto alla popolazione normale: su quaranta donne solo due avevano un attaccamento ottimale al feto e molte affermavano di provare insofferenza e aggressività verso il feto (Pollok, Percy, 1999).

Così pure studi su gestanti tossicodipendenti hanno evidenziato bassi livelli di attaccamento al feto (Mikhail *et al.*, 1995). Rispetto alle cure prenatali e alla tutela del feto, uno studio (Lindgren, 2001) ha evidenziato in gestanti attente alla tutela della salute alti livelli di attaccamento materno-fetale. Tale risultato sembra coerente con il costrutto dell'attaccamento materno-fetale che si basa sul fatto che nelle madri insorga in primo luogo una preoccupazione per la salute del bambino e il desiderio di proteggerne il benessere.

I risultati di questi studi sottolineano l'impatto dei fattori psicologici e psicopatologici sull'attaccamento materno-fetale. I sintomi depressivi non sembrano essere sempre correlati a basso attaccamento, mentre alcune problematiche di personalità sembrano determinare un basso attaccamento materno fetale. In particolare un dato come quello che emerge dallo studio di Pollok (Pollok, Percy, 1999) ribadisce l'importanza di sostenere gestanti con problematiche psicologiche.

Anche i *fattori di tipo demografico* sono stati studiati in relazione all'attaccamento materno-fetale, le variabili prese in considerazione sono state l'età materna, il numero dei figli, il livello di istruzione, lo stato civile e fattori di appartenenza razziale. Rispetto all'età, diversamente da quanto si potrebbe pensare, essere in età molto giovane non sembra intaccare lo sviluppo del legame di attaccamento materno-fetale. In uno studio (Bloom, 1995) su gestanti adolescenti e adulte, si è infatti riscontrato un andamento parallelo nei due gruppi nello sviluppo del pattern di attaccamento materno. Una correlazione inversa tra età materna e attaccamento al feto emerge in alcune ricerche. In uno studio un gruppo di gestanti sopra i 35 anni mostrava nel primo trimestre un attaccamento al feto significativamente inferiore rispetto ad un gruppo di donne tra i 20 e i 29 anni, questa differenza però spariva nelle fasi avanzate della gravidanza (Berryman, Windridge, 1996). Tale risultato potrebbe significare che donne più a rischio di perdere il bambino per fattori di età potrebbero ritardare il processo di attaccamento al feto per proteggersi dal dolore di un'eventuale perdita. Altri studi non hanno riscontrato un effetto dell'età (Cannella, 2005). Anche rispetto al numero dei figli i risultati sembrano essere discordanti: in uno studio (Pascoe *et al.*, 1995) hanno riscontrato un attaccamento maggiore nelle primigravide rispetto alla multigravide mentre altri studi non hanno trovato questa differenza (Condon, Esuvaranathan, 1990; Berryman, Windridge, 1996)

in campioni più vasti. Il livello di istruzione materno non sembra legato all'attaccamento materno-fetale salvo una correlazione inversa evidenziabile in uno studio nel quale tale andamento si verificava anche per il livello socioeconomico (Mercer *et al.*, 1988). Lo stato civile sembra influire sull'attaccamento materno, in uno studio gestanti adolescenti e adulte sposate hanno evidenziato un attaccamento al feto maggiore rispetto a donne sole (Wayland, Tate, 1993). Infine fattori etnici o razziali non risultano correlati in modo convincente all'attaccamento materno fetale (Cannella, 2005).

Molte ricerche hanno esaminato le relazioni che molteplici *fattori correlati alla gravidanza* come l'età gestazionale, la percezione dei movimenti fetali, cure prenatali, lo screening prenatale, la maternità assistita, la gravidanza a rischio, precedenti aborti, problemi della gravidanza o patologie organiche potrebbero avere con l'attaccamento prenatale.

Come già detto la maggior parte degli studi sull'attaccamento prenatale riscontra un aumento progressivo di questo fattore con l'avanzare dell'età gestazionale e soprattutto in relazione alla percezione dei movimenti fetali. Sono state inoltre indagate variabili associate alla cura che la donna ha per la salute propria e del feto nel periodo della gravidanza, dal momento che il costrutto prevede che curiosità e interesse per la salute del bambino siano in relazione con alti livelli di attaccamento prenatale. In una ricerca su donne che affermavano di voler allattare i loro bambini si è infatti rilevato un maggiore attaccamento al feto rispetto a donne che dicevano di non averne intenzione (Foster *et al.*, 1996). Parimenti un maggior attaccamento si è riscontrato in donne che conoscevano il sesso del feto rispetto a quelle che non lo conoscono (Wu, Eichmann, 1988). Diversamente dalla previsione in uno studio su donne che avevano frequentato corsi di accompagnamento alla nascita non si sono evidenziate differenze significative dell'attaccamento prenatale (Cannella, 2005) rispetto a donne che non li avevano frequentati.

Rispetto allo screening prenatale un minore attaccamento si è riscontrato in donne che a 16 settimane si sottoponevano all'amniocentesi rispetto a donne che nella stessa fase facevano una semplice ecografia (Heidrich, Cranley, 1989). Per quanto riguarda l'ecografia, molti studi, tra cui due recenti italiani (Righetti *et al.*, 2005; Rustico *et al.*, 2005) si sono interessati del ruolo che può avere il fatto di vedere concretamente il feto rispetto all'attacca-

mento prenatale. Alcuni studi qualitativi hanno evidenziato come i genitori apprezzino l'ecografia e come percepiscano l'importanza di vedere le immagini del proprio bambino (Garcia *et al.*, 2002) anche se gli studi sperimentali non evidenziano un ruolo statisticamente significativo di tale variabile sull'incremento dell'attaccamento genitori-feto.

L'influenza di fattori di rischio per la gravidanza e delle tecniche di maternità assistita non ha fatto registrare anomalie dell'attaccamento, la maggior parte degli studi che ha messo a confronto l'attaccamento materno-fetale in donne con gravidanze ad alto piuttosto che basso rischio e donne con fecondazione in vitro piuttosto che normale non ha evidenziato differenze nei pattern di attaccamento. Anche la presenza di patologie organiche non ha mostrato correlazione con l'attaccamento materno al feto: in uno studio su gestanti con diabete gravidico (Laxton-Kane, Slade, 2002) non si sono evidenziate influenze sull'attaccamento materno. Tali risultati lascerebbero pensare che l'attaccamento prenatale possa svilupparsi anche in situazioni difficili e angosciose per la madre e per la sua salute. Alcuni studi hanno valutato l'attaccamento prenatale in un gruppo di donne che portavano avanti la gravidanza al posto di un'altra donna; in questa condizione si è evidenziato un attaccamento minore rispetto alla norma (Fischer, Gillman, 1991). Questo lascia immaginare che le donne che non continueranno nel ruolo di madre proteggano sé stesse dalla sofferenza della separazione evitando di sviluppare attaccamento verso il bambino.

7.2.5 Variabili correlate all'attaccamento post-natale e programmi di intervento

I risultati più promettenti rispetto al legame di attaccamento prenatale riguardano lo studio delle influenze dell'attaccamento materno fetale rispetto allo sviluppo successivo della relazione di attaccamento. Come Bowlby (1969) aveva rilevato i modelli di attaccamento tendono a mantenere una stabilità nel proseguo della vita e modellano le relazioni successive.

Rispetto allo stile di attaccamento materno si è visto (Fonagy *et al.*, 1991) come lo stile di attaccamento materno predica al 75% il tipo di attaccamento che il bambino avrà ad un anno nei confronti della propria madre, il che testimonia l'influenza delle relazioni della famiglia di appartenenza dei genitori sullo sviluppo psichico infantile. In uno

studio longitudinale il legame gestante-feto (Siddiqui, 2000) si è dimostrato correlato al tipo di relazione madre-bambino a dodici settimane di età. In particolare madri con alto attaccamento materno-fetale mostravano di interagire in modo più ricco e coinvolgente con il bambino facendo registrare un maggior numero di sguardi e di interazioni con il bambino. In altre parole quello che pare emergere da questi studi è che un attaccamento prenatale caratterizzato da alti punteggi è prevalentemente associato ad una migliore qualità della successiva relazione madre-bambino e al tipo di attaccamento che il bambino svilupperà. Poiché questi sono correlati allo sviluppo psichico e somatico del bambino, appare rilevante l'importanza della qualità dell'attaccamento prenatale. Si sono pertanto studiate le possibilità di poterlo monitorare e favorire così un buon sviluppo.

In alcuni studi sperimentali è stata valutata l'efficacia di programmi di intervento rivolti ad incrementare la consapevolezza materna del feto (Koniak-Griffin, Verzemnieks, 1991) e si è evidenziato un aumento dell'attaccamento materno-fetale in concomitanza con l'aumento della percezione materna del feto. Questo dato interessante conferma un assunto di base del costrutto dell'attaccamento materno-fetale per cui un'attenzione al feto, evidenziata dal desiderio di conoscenza e curiosità, sarebbe indice del formarsi di un'area di pensiero verso il feto e di un investimento affettivo dei genitori verso il bambino atteso. Questi risultati suggeriscono anche che un'area di intervento a sostegno della genitorialità potrebbe essere quella di favorire un aumento della consapevolezza materna dell'esistenza del feto attraverso informazione e sensibilizzazione dei genitori rispetto alla sensibilità sensoriale ed emotiva del feto.

In conclusione è possibile affermare che da quando Cranley (1981) ha definito il costrutto di attaccamento materno-fetale ed ha creato il primo strumento di misura dell'attaccamento prenatale si è costituito un distinto campo di ricerca sulle relazioni genitori-bambino prima della nascita. Negli ultimi decenni lo studio dell'attaccamento materno fetale si è molto diffuso nel campo della promozione della salute della gestante e del feto con l'obiettivo di allargare le conoscenze sulla natura di questo particolare legame, le sue caratteristiche e l'influenza che la sua qualità può avere nei confronti dell'andamento della gravidanza e dello sviluppo neonatale. In un'ottica di prevenzione, sia in campo psicologico che ostetrico-ginecologico, si ritiene

che la natura dell'investimento affettivo genitoriale verso il feto rappresenti un aspetto importante per il buon andamento dei processi della gravidanza, per l'attivarsi nella gestante di comportamenti adeguati alla tutela della salute propria e del feto, per lo sviluppo della relazione di attaccamento durante il periodo neonatale e per il benessere psichico successivo del bambino.

Un'analisi della letteratura mostra che l'attaccamento prenatale potrebbe essere in relazione con variabili importanti ed avere possibili ampie ricadute rispetto al buon andamento della gravidanza e al benessere psichico della madre e del bambino. Dallo stato attuale della ricerca emerge un panorama ricco di risultati interessanti e spesso contrastanti, ciò sembra dovuto alla particolare natura delle variabili in gioco che sono particolarmente complesse e spesso difficilmente sondabili con la logica della ricerca scientifica.

Quello che più chiaramente pare emergere dalle ricerche è che un attaccamento prenatale caratterizzato da alti punteggi è prevalentemente associato ad una migliore qualità della relazione madre-bambino, della gravidanza e del parto. Vi sono inoltre alcuni aspetti che mostrano un'associazione significativa stabile con l'attaccamento prenatale, in particolare: l'età gestazionale, per cui è accertato che l'attaccamento materno-fetale presenta un incremento con il procedere della gravidanza; la percezione dei movimenti fetali, rispetto alla quale si è evidenziato che l'attaccamento aumenta dopo che la madre ha percepito i primi movimenti fetali; il mantenersi dell'attaccamento dopo la nascita e i suoi effetti sulla relazione madre-bambino.

Sebbene nei molti elementi studiati in relazione al legame di attaccamento prenatale si evidenzino risultati discordanti, l'importanza dei dati raccolti suggerisce l'opportunità di approfondire la ricerca in questo campo, ponendo attenzione a possibili fonti di errore legate a imprecisioni metodologiche nell'impianto sperimentale, alla necessità di precisare i contorni del costrutto e di curare la definizione operativa delle variabili.

Da un punto di vista clinico si ritiene che lo studio dell'attaccamento prenatale e in generale dei processi psicologici implicati nel divenire genitori possa allargare le possibilità di svolgere una prevenzione dei disturbi della gravidanza, del parto e del post-partum, nonché delle problematiche del primo sviluppo psichico. Incrementare la ricerca in questo campo ancora in "statu nascendi", potrebbe significare raccogliere nuova conoscenza sui processi della gravi-

danza oltre che della genitorialità e ottenere indicazioni per pensare interventi preventivi finalizzati alla promozione del benessere materno-infantile.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ainsworth M., Bell S. (1970), Attachment, exploration and separation: illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41-50.
- Ammanniti M.; Candelori C.; Pola M.; Tambelli R. (1995), *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.
- Benedek T. (1959), Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, VII, 3.
- Berryman J.C.; Windridge K.C. (1996), Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 133-143.
- Bibring G.L. (1959), Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The psychoanalytic Study of the Child*, 16, 113-121.
- Bloom K.C. (1995), The development of attachment behaviours in pregnant adolescents. *Nursing Research*, 14, 133-143.
- Bloom K.C. (1997), Perceived relationship with the father of the baby and maternal attachment in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 27, 420-430.
- Bowlby J. (1969), *Attaccamento e perdita, vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1972.
- Caccia N., Johnson J.M., Robinson G.E., Barna T. (1991), Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 165, 1122-1125.
- Cannella B.L. (2005), Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 60-68.
- Condon J.T., Esuvaranathan V. (1990), The influence of parity on the experience of pregnancy: a comparison of first- and second-time expectant couples. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 369-377.
- Condon J.T. (1993), The assessment of antenatal emotional attachment: Developments of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Condon J.T., Corkindale C. (1997), The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.
- Cranley M.S. (1981), Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30, 281-284.
- Cranley M.S. (1984), Social support as a factor in the development of parents attachment to their unborn. *Birth Defects: Original Article Series*, 30, 99-124.
- Curry M.A. (1987), Maternal behaviour of hospitalised

- pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 7, pag. 165-182.
- Della Vedova A., Imbasciati A. (1998), Le origini della mente: la vita psichica fetale, *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva* 18, (314), 155-168.
- Deutsch H. (1945), *Psicologia della donna adulta e madre. Studio psicoanalitico. Vol. 2.* Torino: Boringhieri, 1957.
- Ferenczi S. (1929), Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte. In: Ferenczi S. (a cura di), *Fondamenti di Psicoanalisi*, vol. 3. Rimini: Guaraldi Editore, 1974.
- Fisher S., Gillman I. (1991), Surrogate motherhood: attachment, attitudes, and social support. *Psychiatry*, 54, 13-20.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. (1999), *Il triangolo primario*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
- Fonagy P., Steele H., Steele M. (1991), Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Foster S.F., Slade P., Wilson K. (1996), Body image, maternal-fetal attachment and breast-feeding. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 181-184.
- Fuller S., Moore L., Lester J. (1993), Influence of family functioning on maternal-fetal attachment. *Journal of Perinatology*, 13, 453-460.
- Gaffney K.F. (1986), Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Journal of Perinatology*, 13, 453-460.
- Garcia J., Bricker L., Henderson J., Martin M., Mugford M., Nielson J., Roberts T. (2002), Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. *Birth*, 29, 225-250.
- Gau M.L., Lee T.Y. (2003), Construct Validity of Prenatal Attachment Inventory: A Confirmatory Factor Analysis Approach. *Journal of Nursing Research*, 11, 3.
- Heidrich S., Cranley M. (1989), Effect of fetal movement, ultrasound scans and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 38, 81-84.
- Honjo S., Arai S., Kaneko H., Ujiie T., Murase S., Sechiyama H., Sasaki Y., Hatagaki C., Inagaki E., Usui M., Miwa K., Ishihara M., Hashimoto O., Nomura K., Itakura A., Inoko K. (2003), Antenatal Depression and Maternal-Fetal Attachment. *Psychopathology*, 36, 304-311.
- Koniak-Griffin D., Verzemnieks I. (1991), Effects of nursing intervention on adolescents' maternal role attainment. *Issues in Contemporary Pediatric Nursing*, 14, 121-137.
- Koniak-Griffin D., Lominska S., Brecht M.L. (1993), Social support during adolescent pregnancy: a comparison of three ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 16, 43-56.
- Laxton-Kane M., Slade P. (2002), The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 253-267.
- Lebovici S. (1983), *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*. Tr. It. Borla, Roma 1988.
- Leifer M. (1977), Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetics Psychology and Monographs*, 95, 55-96.
- Little M. (1986), *Verso l'unità fondamentale*. Roma: Astrolabio, 1994.
- Lindgren K. (2001), Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24, 203-217.
- Lumley J. (1972), *The development of maternal-foetal bonding in first pregnancy*. Third International Congress, Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology. Basle: Karger.
- Mahler M.S., Pine F., Bergman, A. (1975), *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Mercer R.T., Ferketich S., May K., De Joseph J., Sollid D. (1988), Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing and Health*, 11, 83-95.
- Mikhail M.S., Youchach J., DeVore N., Ho G.Y., Anayaegbunam A. (1995), Decreased maternal-fetal attachment in methadone-maintained pregnant women: Preliminary study. *Journal of Association for Academic Minority Physicians*, 6(3), 112-114.
- Mikulincer M., Florian V. (1999), Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy – the contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 225-276.
- Muller M.E., (1993), Development of the prenatal attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15, (2), 199-245.
- Palacio Espasa F. (1991), Fantasie dei genitori e psicopatologia del bambino. In: AA.VV. (a cura di), *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Roma: Borla.
- Pascoe J.M., Kototailo P.K., Broekhuizen F.F. (1995), Correlates of multigravida women's binge drinking during pregnancy. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 149, 1325-1329.
- Pines D. (1972), Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Pollock P.H., Percy A. (1999), Maternal antenatal attachment style and potential fatal abuse. *Child abuse and Neglect*, 23, 1345-1357.
- Priel B., Besser A. (1999), Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: dependency, self-criticism and the moderation role of ante-natal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 240-253.
- Righetti P.L., Dell'Avanzo M., Grigio M., Nicolini U. (2005), Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96, 129-137.

- Rustico M. A., Mastromatteo C., Grigio M., Maggioni C., Gregor D., Nicolini U. (2005). Two-dimensional vs. Two-plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound in Obstetric and Gynecology*, 25(5), pag. 468-472.
- Rubin R. (1975), Maternal tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing*, 4, pag. 143-153.
- Siddiqui A., Hagglof B., Eisemann M. (2000), Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, pag. 67-74.
- Solomon J., George C. (1996), Defining the caregiving system: towards a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17, pag. 183-197.
- Soulè M. (1982), L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire. In: Brazelton, T.B. (a cura di), *La. Dynamique du nourrisson*. Paris: ESF.
- Stern D. (1995). *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Wayland J., Tate S. (1993), Maternal-fetal attachment and perceived relationships with important others in adolescents. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 20, pag. 198-203.
- Wilson M.E., White M.A., Cobb B., Curry R., Greene D., Popovich D. (2000), Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing*, 31, pag. 204-210.
- Winnicott D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott D.W. (1988), *Sulla natura umana*: Milano: Raffaello Cortina.
- Wu J.H., Eichmann M.A. (1988). Fetal sex identification and prenatal bonding. *Psychological Reports*, 63, pag. 199-202.

7.3 ATTACCAMENTO NEONATALE

(Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati)

“Non esiste una cosa che si chiama “un lattante”, intendendo con ciò che se ci mettiamo a descrivere un lattante ci accorgiamo che stiamo descrivendo un lattante con qualcuno.

Il bambino piccolo non può esistere da solo, ma è fondamentalmente parte di una relazione”.

(Winnicott, 1965)

L'importanza della relazione tra madre e bambino è stata ben documentata in modo sistematico soprattutto a partire dalla *teoria dell'attaccamento* di Bowlby (1969). Questa cornice teorica ha dato inizio a tutta una serie di ricerche che mettono in risalto sia il ruolo dei legami che si vengono a formare tra il bambino e le sue figure di riferimento, sia quanto questa relazione influenzi lo sviluppo psichico del bambino.

Secondo la teoria di Bowlby (1969, 1973, 1980), i bambini hanno la tendenza innata a creare legami affettivi privilegiati con almeno una persona adulta che si prende cura di loro (il caregiver), a partire dal momento della nascita. Sono legami considerati universali, in quanto sono stati rilevati in tutti quei bambini che hanno avuto la possibilità di avere a disposizione una figura adulta che li accudisce, e hanno la funzione di assicurare protezione e benessere al piccolo.

Questa capacità di stabilire relazioni intime e significative con altri membri appartenenti alla propria specie viene considerata da Bowlby una motivazione primaria, in quanto derivante dal patrimo-

nio genetico e basata principalmente sul bisogno di vicinanza e contatto fisico. Tale prospettiva si pone in netto contrasto con l'approccio psicoanalitico classico (Freud, 1905) che concepisce il legame con la madre come frutto, invece, di una spinta motivazionale secondaria: solo nel momento in cui il piccolo avrebbe soddisfatto bisogni considerati puramente fisiologici, potrebbe investire la madre di pulsioni libidiche e aggressive.

Bowlby ha mutuato l'idea della motivazione intrinseca e primaria dagli studi di etologia, in particolare dagli studi dei coniugi Harlow sui piccoli di macaco Rhesus (Harlow e Zimmermann, 1959; Harlow, 1961). Da queste ricerche emergeva come, in situazioni di pericolo, i piccoli manifestassero una forte preferenza per un soffice e caldo sostituto materno artificiale che fosse in grado di offrire esclusivamente calore, rispetto ad un freddo sostituto di ferro in grado di nutrirli. Inoltre, se privati della “madre di stoffa”, le piccole scimmie correvano per tutta la stanza dimenando la testa e il corpo per esprimere il loro sconforto, dimostrando in tal modo un'esigenza innata di vicinanza dettata non tanto per la soddisfazione dei bisogni alimentari.

In effetti, il comportamento di attaccamento viene definito proprio come “ogni forma di comportamento messo in atto per ottenere o mantenere la vicinanza di qualche altro individuo differenziato o preferito” (Holmes, 1993). Tali comportamenti sono rilevabili fin dalla nascita nella capacità, da parte del bambino, di riconoscere la madre attraverso i canali uditivi e olfattivi: infatti i neonati mostra-

no una preferenza per la voce della madre (DeCasper e Fifer, 1980) e l'odore del suo latte (MacFarlane, 1975). Questi comportamenti vengono messi in atto con lo scopo di favorire la vicinanza fisica alla figura di riferimento agendo sia come segnale di richiamo (tra questi ricordiamo il sorriso, la vocalizzazione, il pianto, l'alzare le braccia), sia come modalità concreta di avvicinamento, come può essere il dirigersi verso la figura di accudimento quando il sistema motorio è più maturo.

I comportamenti di attaccamento vengono organizzati all'interno di un sistema comportamentale che, a partire dal sesto mese di vita, regola la vicinanza del caregiver in relazione alle variazioni ambientali. Infatti, quando un bambino si sente sicuro, è in grado di "inibire", almeno parzialmente, il sistema di attaccamento e di lasciare spazio a comportamenti di gioco e di esplorazione. Al contrario, quando l'ambiente presenta dei pericoli e ostacoli o, comunque, viene percepito poco sicuro, il bambino tenderà a mettere in atto tutti quei comportamenti che faciliteranno la vicinanza e la protezione dell'adulto di riferimento.

Sempre attraverso le osservazioni sugli animali, Bowlby ha anche indicato il periodo, definito "sensibile", in cui il legame di attaccamento si deve sviluppare. A dispetto degli altri cuccioli animali, il piccolo dell'uomo vive un periodo di immaturità e di dipendenza più lungo, anche se caratterizzato da un'elevata capacità di apprendimento. Per questo motivo si considera tutto il primo anno di vita come quel periodo sensibile per la costruzione del suddetto legame. La strutturazione avviene in quattro fasi: **a)** la prima, tipica dei primi due mesi di vita, è caratterizzata da comportamenti (prevalentemente di tipo istintivo) di segnalazione e di avvicinamento senza che però vi sia una discriminazione della persona; **b)** la seconda si sviluppa dai tre ai sei mesi ed è caratterizzata da orientamenti e segnali verso una o più persone discriminate (in particolare la madre o la figura che maggiormente lo accudisce), anche se non emergono ancora quei comportamenti di protesta per la separazione. Inoltre, questo periodo è caratterizzato dalla messa in atto, da parte della figura di riferimento, di comportamenti come lo sguardo reciproco e la capacità di *holding*, fondamentali per lo sviluppo dell'interazione adulto-bambino; **c)** la terza fase, che va dai sei mesi ai due anni, è caratterizzata da segnali di mantenimento della vicinanza, anche attraverso la locomozione, con la persona discriminata. In questo periodo emergono i comportamenti di protesta per la separazione della figura di

attaccamento e, contemporaneamente, la paura degli estranei: ha inizio la vera e propria fase di attaccamento dove il bambino è in grado di considerare l'adulto come "base sicura" (Ainsworth, 1985) per esplorare l'ambiente circostante e di ricercarlo nel caso in cui fosse assente e si sentisse in pericolo; **d)** la quarta fase, dai due anni in poi, è caratterizzata dallo sviluppo di una relazione basata sul *set-goal*, ovvero sul "rapporto reciproco diretto secondo lo scopo" (Simonelli, Calvo, 2002). I bambini, anche grazie alle importanti competenze acquisite sul piano cognitivo (linguaggio, memoria, ecc.), diventano capaci di adottare comportamenti intenzionali, di pianificare i propri obiettivi e di tenere conto delle esigenze altrui. In questo senso si stabilisce un rapporto non più unidirezionale ma reciproco, basato sulle capacità del bambino di intuire e comprendere le emozioni e i sentimenti della madre e di adattarsi, almeno in parte, alle sue esigenze. È proprio in questo periodo che si ha, infatti, la costituzione dei Modelli Operativi Interni che altro non sono che rappresentazioni mentali di se stesso e dell'altro, che si basano sull'interiorizzazione della qualità delle interazioni ripetute tra il bambino e la figura di attaccamento (Bretherton, 1985).

Bowlby (1951) ha anche precisato, attraverso il concetto di monotropismo, che i bambini sarebbero orientati ad avere un'unica figura di attaccamento preferita tra i diversi adulti. In realtà, da altri lavori più recenti, emerge una capacità del bambino di costruire relazioni significative con varie figure adulte, a patto che con queste si crei un legame intimo e continuativo (De Wolff e Van Ijzendoorn, 1997). In particolare, vi sono le ricerche sull'attaccamento padre-bambino (Main, Weston, 1981) che mostrano come il piccolo sia in grado avere un attaccamento del tutto simile a quello con la madre, anche se con delle caratteristiche e delle qualità ben specifiche che sembrano andare ad influenzare soprattutto alcuni aspetti dello sviluppo, come le abilità di gioco e quelle sociali. È stato spesso evidenziato da Winnicott (1957) e da Stern (1995) il ruolo di sostegno del padre nei confronti della madre. Addirittura ricerche ancor più recenti (pensiamo agli studi sul "triangolo primario" di Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warnery – 1999) mostrano come un bambino, almeno a partire dai tre mesi, possieda evidenti capacità di gestire le relazioni triangolari e di condividere gli affetti con entrambi i genitori. Nella stessa direzione vanno anche gli studi sull'attaccamento nei confronti delle educatrici del nido (Goossens, Van Ijzendoorn, 1990) da cui

emerge come questo legame possa influenzare l'attaccamento e lo sviluppo del bambino, in particolare rispetto alle competenze sociali con i pari.

Partendo dai presupposti della teoria dell'attaccamento, Ainsworth e collaboratori (1978) hanno condotto delle osservazioni di tipo qualitativo e longitudinale con i bambini piccoli (di età compresa tra i 12 e i 24 mesi), con lo scopo di studiare le differenze individuali rispetto all'attaccamento stesso. Per questo motivo hanno messo a punto una procedura standardizzata, chiamata *Strange¹ Situation*, che ha lo scopo di cogliere i segnali del bambino alla separazione e alla riunione con la figura di attaccamento. Il bambino durante la *Strange Situation* viene sottoposto ad una situazione di stress leggero, ma crescente nel tempo: entra in contatto con un ambiente nuovo (il laboratorio di osservazione) e ha modo di sperimentare, in un tempo limitato, una serie di situazioni diverse nel quale è o assieme alla figura di attaccamento, o a questa e ad un estraneo, o completamente solo, oppure si trova da solo con la persona estranea. In questo modo, sono state distinte tre modalità o stili di attaccamento nei confronti del genitore. Il *pattern A*, corrispondente all'attaccamento insicuro evitante, caratterizza quei bambini che, apparentemente, non manifestano disagio o sofferenza per l'assenza della figura di attaccamento. Sono bambini che sembrano tutti concentrati sul gioco e che, a volte, mostrano di preferire l'estraneo come riferimento sociale piuttosto che il *caregiver*. In realtà non è vero che i bambini non sono stressati dalla situazione, ma hanno imparato ad inibirne la manifestazione. Il *pattern B*, corrispondente all'attaccamento sicuro, caratterizza quei bambini che esplorano l'ambiente attivamente utilizzando la madre come riferimento sociale e che, al momento della separazione, mostrano segni di sofferenza e disagio. Durante il momento della riunione la cercano prontamente per essere consolati per poi tornare, poco dopo, all'esplorazione e al gioco. Il *pattern C*, corrispondente all'attaccamento ambivalente, caratterizza quei bambini che esplorano poco l'ambiente anche in presenza della figura di attaccamento e si mostrano ansiosi alla presenza dell'estraneo. Piangono in modo angosciato al momento della separazione, ricercano subito il contatto al momento della riunione, ma contempo-

raneamente lo rifiutano quando la madre li sta per prendere in braccio. Anche quando la madre ci riesce, sono bambini che difficilmente vengono consolati e la loro angoscia è mescolata a rabbia.

A queste tre tipologie Main e Solomon (1986, 1990) ne hanno aggiunta una denominata *pattern D*, corrispondente all'attaccamento disorganizzato/disorientato, che caratterizza tutti quei bambini che manifestano chiari segni di disagio in assenza della figura di attaccamento e che non mostrano una strategia coerente nei compiti avviati. Essi possono assumere strane posture, interrompere bruscamente ciò che stavano facendo e manifestare stereotipie. Spesso questa modalità di attaccamento è associata a situazioni nelle quali il bambino ha attraversato situazioni traumatiche (abusi, maltrattamenti) o sulle quali è la figura di attaccamento ad essere stata vittima di esperienze traumatiche nella propria infanzia. Quest'ultimo evento mostra chiaramente la relazionalità del pattern di attaccamento, cioè come questo dipenda da qualcosa che appartiene al caregiver. Ciò viene confermato dal fatto che è stato riscontrato come bambini che sono stati classificati come disorganizzati con un genitore possano mostrare un attaccamento diverso con l'altro. "Disorganizzazione e disorientamento del comportamento di attaccamento sono chiaramente dunque fenomeni relazionali legati alle caratteristiche di un preciso rapporto interpersonale" (Main e Solomon, 1990; Main e Hesse, 1990, 1992; Main, 1995).

La teoria dell'attaccamento non si limita a fornire una descrizione del comportamento del bambino o delle sue interazioni, ma ipotizza anche la continuità dell'attaccamento oltre il periodo della sua formazione: sulla base dei comportamenti interattivi esperiti durante la prima infanzia con il *caregiver*, il bambino si costruirebbe delle rappresentazioni mentali contenenti i diversi aspetti dell'esperienza costruita. Queste rappresentazioni costituiscono i modelli operativi interni (*Internal Working Models*, IWM) che hanno la funzione di indirizzare l'individuo nell'analisi delle informazioni che provengono dall'esterno in modo da permettergli di fare delle previsioni e di avere delle aspettative rispetto agli avvenimenti della propria vita relazionale (Bowlby, 1988).

Per spiegare lo sviluppo e il funzionamento dei modelli operativi interni, Bowlby fa riferimento al modello di memoria di Tulving (1972) secondo cui vi sono diversi magazzini a seconda delle caratteristiche dell'informazione proveniente dall'esterno. I modelli operativi interni sarebbero delle rappresentazioni essenzialmente mnestiche di immagini che

¹ Con il termine *strange* (insolito) si fa proprio riferimento al contesto non familiare per il bambino.

l'individuo ha costruito sui suoi genitori e su se stesso e che deriverebbero sia dalla memoria episodica che da quella semantica. In questo senso i ricordi di comportamenti avuti in particolari occasioni verranno immagazzinati in modo episodico, mentre le generalizzazioni che possono riguardare se stessi, la propria madre o il proprio padre saranno immagazzinate in modo semantico a seconda del significato personale che assumono.

Il collegamento dei modelli operativi interni con un particolare tipo di memoria costituisce una base per le attuali ipotesi neuropsicoanalitiche circa l'immodificabilità di certe strutture di personalità, in quanto appartenenti ad un inconscio primario, non rimosso, quindi non analiticamente esplorabile, iscritto nella memoria implicita, cioè in quel sistema mentale mnestico che fa capo ai circuiti che hanno il loro centro nell'amigdala. Tale sistema mnestico è neurologicamente primario rispetto al successivo (in parte overlapping) sistema, incentrato sulle formazioni dell'ippocampo (Mancia, 2004 a, b; Imbasciati, 2005). La relazionalità pertanto si iscriverebbe indelebilmente nelle strutture più stabili e automatizzate che regolano le condotte degli individui.

I modelli operativi interni derivano, come abbiamo visto, dall'interiorizzazione delle esperienze ripetute con le figure di attaccamento e la qualità della loro organizzazione dipende dalla qualità delle cure ricevute durante l'infanzia. Nel pattern di attaccamento sicuro, i modelli operativi interni si costituirebbero a partire dalla rappresentazione della figura di attaccamento come disponibile a rispondere in modo positivo e coerente alle richieste di aiuto e conforto. Di conseguenza, la rappresentazione del Sé in questo caso viene ad essere caratterizzata dal sentirsi degno di amore e dalla percezione che le proprie esigenze e i propri bisogni hanno un valore e un significato e possono essere "raccolti" da qualcuno.

All'opposto, nei *pattern insicuri*, i modelli operativi interni si costituirebbero a partire dalla rappresentazione della figura di attaccamento come non disponibile alle richieste di aiuto e conforto, una figura che lo rifiuta, che resta distante e, alcune volte, persino ostile. In modo corrispondente a questa rappresentazione, il bambino si costruirebbe un'immagine del Sé non meritevole di amore, di attenzione e di affetto. Bambini che possiedono un modello interno così formato, non saranno capaci di esprimere in modo appropriato e nel momento giusto le loro emozioni e percepiranno il mondo come avverso o,

comunque, poco "sorridente" (Zimmermann e Grossmann, 1994). In realtà la struttura che costituisce i modelli operativi interni non dipende esclusivamente dalla qualità delle cure ricevute, ovvero dal comportamento delle figure di attaccamento, ma in modo più complesso dai significati che queste veicolano con le loro condotte, cioè da qualcosa che appartiene alle strutture della figura di attaccamento e secondariamente ne condiziona la condotta.

I due stili suddescritti non possono però identificare modelli considerabili positivi o negativi a priori, ma possono essere considerati funzionali ad ambienti e situazioni diverse: ad esempio, soggetti con attaccamento sicuro, nel momento in cui si trovano in situazioni di emergenza, si troveranno più in difficoltà rispetto ai soggetti con attaccamento insicuro, già abituati a difendersi (Crittenden, 1997). Addirittura, molte ricerche condotte su bambini tedeschi (Grossmann *et al.*, 1981; Grossmann *et al.*, 1985) e italiani (Fava Vizziello, Calvo, Simonelli, 2003) indicano come stile di attaccamento più diffuso quello evitante, mentre quelle condotte su bambini giapponesi ed israeliani (Miyake, Chen, Campos, 1985; Sagi, 1990; Sagi *et al.*, 1985; Takahashi, 1990) quello ambivalente. Alcuni autori (Ammaniti, Candelori, Pola, Speranza e Tambelli, 1994) interpretano questo risultato come conseguenza delle diverse pratiche di accudimento dei bambini all'interno dei diversi Paesi. Per esempio, in Italia negli ultimi anni si è assistito ad una trasformazione sociale nella loro gestione (Fava Vizziello, Maestro, Simonelli, 1996): all'interno della maggior parte delle famiglie infatti le madri scelgono (o si trovano nella situazione di impossibilità di scegliere) di separarsi precocemente dai loro bambini, appoggiandosi a familiari o, addirittura, ai cosiddetti micronidi, portando nella vita del piccolo la presenza di numerosi adulti con la funzione di accudimento.

In effetti, a ben guardare, la presenza di una certa modalità di attaccamento riscontrabile all'interno di una relazione è solo una delle possibili scelte a disposizione per quella diade: l'esito finale è dovuto infatti, oltre alle caratteristiche proprie di quel caregiver e di quel bambino, anche alle condizioni ambientali/sociali in cui la relazione si inserisce (Hinde, 1982; Hinde e Stevenson-Hinde, 1990). Pertanto, al di là del chiedersi se la modalità di attaccamento esistente è di tipo sicuro o insicuro, considerando il secondo negativo a priori, forse ha più senso cercare di valutare se la modalità evitante è dovuta ad una minore capacità materna piuttosto

che ad una risposta adattativa alla situazione ambientale. Nel primo caso siamo di fronte ad un disturbo relazionale che probabilmente porterà all'esito di un rischio evolutivo per il bambino, nel secondo siamo di fronte ad una relazione madre-bambino funzionale allo sviluppo stesso del piccolo in quanto più in grado di autocontrollo in situazioni di stress dovute alla separazione.

Inoltre, la teoria ipotizza che nuove esperienze interattive, successive alla prima infanzia, possano determinare un processo di rielaborazione dei trascorsi negativi, favorendo una loro integrazione e riorganizzazione, come ad esempio potrebbe accadere durante l'adolescenza, periodo evolutivo caratterizzato da importanti acquisizioni cognitive ed affettive (Crittenden, 1999). Nonostante la Crittenden ci dica che "il passato è immutabile ma il suo significato è riscritto ogni volta che viene rievocato", la maggior parte delle ricerche indica come fondamentali le prime relazioni del bambino con le proprie figure di accudimento e quanto queste influenzino lo strutturarsi della mente. "Il modello operante che un bambino si costruisce riguardo a sua madre e al suo modo di comunicare e di comportarsi nei confronti del figlio, o riguardo a un modello analogo del padre, insieme ai modelli complementari di sé nell'interazione con ciascun genitore, vengono costruiti da un bambino durante i primissimi anni di vita e, si postula, presto si stabiliscono come potenti strutture cognitive" (Main, Kaplan, Cassidy, 1985, cit. in Bowlby, 1988, p. 125).

La gravidanza delle relazioni con le prime figure di attaccamento, riporta l'accento degli studi sull'epoca neonatale e l'osservazione su come le modalità di attaccamento vadano considerate non semplicemente costruendosi nel bimbo in relazione alle condotte delle figure di attaccamento, bensì precedenti da una relazione in cui queste sono parte attiva non meno del bimbo di un dialogo, che costituisce la trasmissione di strutture profonde, protomentali, dagli adulti ai bimbi transgenerazionalmente (Imbasciati, 2004).

Per lungo tempo il neonato è stato considerato dalla maggior parte della letteratura psicologica come un organismo relativamente passivo, con una mente caratterizzata da una "ronzante e pullulante confusione" (James, 1890), le cui azioni e reazioni apparivano finalizzate unicamente alla riduzione degli stimoli. Freud (1905) stesso parlava di una sequenza di fasi di sviluppo caratterizzata dal passaggio da una condizione infantile di assoluta dipendenza dall'oggetto ad una progressiva maturi-

tà del soggetto relativamente autonomo rispetto ai suoi oggetti primari. Fu Fairbairn (1954) a sottolineare per primo il bisogno primario del bambino di entrare in relazione con le sue figure di attaccamento, attraverso la formulazione di una libido rivolta non tanto alla ricerca di piacere, così come era formulata nella teoria pulsionale di Freud, quanto alla ricerca dell'oggetto.

È stato negli ultimi decenni, grazie anche allo sviluppo del settore dell'*Infant Research* (che si pone come scopo quello di indagare le abilità percettive e cognitive del bambino a partire dalle prime ore di vita) che l'immagine del neonato "passivo" è stata sostituita con quella di un "neonato competente": non solo egli è in grado di elaborare informazioni provenienti dalla realtà esterna (Piaget, 1923; 1936), ma anche di creare o mantenere situazioni di interazione con la madre e/o un'altra figura di accudimento (Stern, 1974).

Bion (1962a) e Winnicott (1989) hanno sottolineato come la struttura psichica della madre determini il tipo di struttura che avrà il bambino. In particolare Bion ha il merito di aver proposto il concetto di *rêverie materna*, definita come quello "stato sognante necessario perché la madre possa dialogare" (Imbasciati, Margiotta, 2005) con il proprio bambino. In questo modo il genitore, accogliendo i sentimenti del piccolo, può attribuire significato alle sue comunicazioni ed ai suoi comportamenti. Attraverso questo processo la madre restituisce al bambino un modo di elaborare adeguatamente la situazione che egli sta vivendo: pertanto la "capacità di *rêverie* insegna al bambino a pensare". Ma per fare questo la madre deve essere in grado di rappresentare nella propria mente gli stati del bambino, e quindi di avere quella capacità che viene chiamata "funzione riflessiva" (Fonagy, Target, 2000). Quando la madre (o il *caregiver*) non è in grado di offrire questa funzione, accade che il bambino sperimenta "cose che non hanno senso" e si trova in uno stato di "terrore senza nome" (Bion, 1962b) di fronte all'ignoto percepito come spaventoso. Winnicott, dal canto suo, ha sottolineato come lo "sviluppo non si deve all'opera di una tendenza ereditaria [...], ma ha luogo perché il bambino incontra il comportamento adattivo della madre o di un suo sostituto" (Della Vedova, Imbasciati, 2005). Winnicott parla di un "madre sufficientemente buona" che deve essere in grado di fornire quell'"ambiente supportante" tale da permettere al bambino uno sviluppo integrato. Perché ciò avvenga le cure materne

devono avere tre peculiarità: la funzione di *holding*² (definita come la capacità del genitore di sostenere e contenere mentalmente e fisicamente i bisogni del bambino, dando loro un'interpretazione e una risposta adeguata), la funzione di *handling* (quel contatto manipolatorio che rappresenta la prima esperienza psicosomatica per l'infante) e infine la funzione di *object presenting* (intesa come la modalità con cui la madre "porta il mondo al bambino").

Da tutte queste ricerche emerge come, fin dai primi giorni di vita, il neonato e la madre siano predisposti a vivere "insieme" e come questa "matrice relazionale" sia la base per l'esperienza e l'attribuzione di significati ad essa da parte del bambino (Sameroff, Emde, 1989). Secondo Sameroff (1989) le relazioni hanno un ruolo di primaria importanza in quanto sono lo strumento con cui si attuano le regolazioni evolutive che modificano le esperienze infantili, in sintonia con le trasformazioni corporee e comportamentali. "Nella prima infanzia il percorso comune di queste regolazioni è attraverso il comportamento delle figure parentali e soprattutto le prime figure di accudimento nelle loro relazioni con l'infante. Così le prime relazioni diventano cruciali nello sviluppo degli adattamenti normali o anormali dell'infante". Si tratta di quelle microregolazioni che Stern (1988) chiama "sintonizzazioni affettive", che avvengono in gran parte al di fuori di ogni consapevolezza e sono fondamentali nelle relazioni genitore-bambino. L'attenta osservazione della costituzione delle interazioni e dei dialoghi sociali tra madre e bambino nei primi nove mesi di vita ha mostrato come il comportamento della madre trascende, in genere, la semplice imitazione mentre ripropone una forma di corrispondenza trasmodale.

In una prospettiva simile a quella di Sameroff, Sander (1980, 1983) propone che il nucleo organizzante fin dalla nascita sia da rintracciare nel sistema diadico madre-bambino, organizzato su comportamenti di regolazione reciproca che gradualmente,

con una partecipazione del bambino sempre crescente, permettono l'emergenza delle funzioni autoregolative. In questo senso l'organizzazione diadica madre-bambino precede e dà origine a quell'insieme di comportamenti, sensazioni, aspettative e significati che costituiscono il Sé del neonato. Il progressivo sviluppo dell'autoregolazione influenza successivamente l'adattamento, l'esperienza ed il comportamento sociale del bambino. La tendenza all'interazione che permette l'effettuarsi degli scambi tra l'"individuo e il suo ambiente" è considerata una motivazione innata (*primary activity*) e necessaria al mantenimento della vita stessa. La maturazione del SNC del bambino comporta una costante introduzione nel sistema diadico di nuove configurazioni comportamentali e capacità funzionali che portano a modificare, parallelamente, il comportamento anche della madre. Ciascun sistema diadico assume pertanto delle evoluzioni che sono specifiche per quella coppia madre-bambino.

Sembra quindi che le prime rappresentazioni riguardino le modalità di reciproca interazione che il bambino ha con la propria madre. Le strutture precoci di regolazione reciproca, cioè le interazioni con cui ogni partner influenza il comportamento dell'altro, creano delle aspettative nel bambino. Le modalità di interazione ricorrenti che il bambino impara a conoscere e, quindi, a prevedere divengono strutturanti per la sua psiche e partecipano alla formazione di "rappresentazioni di interazioni". Pertanto le prime rappresentazioni del bambino sono rappresentazioni di processi interattivi: l'esperienza di un "Sé agente in relazione ad un altro agente" piuttosto che rappresentazioni di un Sé o di un altro separato. Gli schemi acquisiti in queste interazioni risultano in gran parte inconsci, entrano a far parte di una memoria implicita, procedurale³ (Stern, 1995; Fonagy, Target, 2000) e sono alla base di quelli che Bowlby (1969) ha definito modelli operativi interni.

Nelle videoregistrazioni fatte da Beebe e Lachmann (1992) sulle interazioni vis-à-vis di bambini di pochi mesi con le loro madri, emerge come sia la madre che il bambino modificano inconsapevolmente la durata dei propri comportamenti o delle pause per instaurare una specie di "danza interattiva", riprendendo una metafora molto cara a Stern (1977).

² A prima vista può apparire che la funzione di *holding* descritta da Winnicott e quella di *rêverie* di Bion non abbiano delle enormi differenze; in realtà, come viene sottolineato nel "Dizionario di psicoanalisi kleiniana" (Hinshelwood, 1989), nel primo caso la funzione di dare sostegno alla credenza di onnipotenza del neonato; nel secondo caso è quella di fornire una funzione di contenimento per sostenerlo nel senso di perdita di onnipotenza.

³ Fonagy (2000) afferma che "le rappresentazioni dei rapporti sé/oggetto che regolano il comportamento interpersonale vengono codificate come procedure nella memoria implicita".

Possiamo in conclusione sottolineare come lo studio dell'attaccamento neonatale possa oggi essere sempre più focalizzato sulla relazione che si stabilisce tra il neonato e i suoi caregiver, che dipende in primo luogo dalle strutture profonde dei caregiver, cui il neonato risponde acquisendo in modo più o meno adattativo proprie modalità strutturali. Considerando pertanto il neonato, si rileva l'enorme importanza di come il contesto di accudimento, non solo le varie persone che formalmente "accudiscono", sia determinante per la formazione dei futuri individui. Di qui l'accento su un'assistenza alle vicende perinatali guidata da un'efficace psicologia clinica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Ainsworth M.D.S. (1985), *Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development*. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 771-791.
- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Speranza A., Tambelli R. (1994), Influenze culturali e dinamiche relazionali nell'attaccamento infantile. Indagine su un campione italiano. *Età evolutiva*, 47, 99-109.
- Baron-Cohen S. (1995), *L'autismo e la lettura della mente*. Roma: Astrolabio, 1997.
- Beebe C., Lachmann F. (1992), The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of Self-and-Object Representation. In Skolniek S.C., Warshaw S.C. (Eds.), *Relational perspectives in Psychoanalysis*. Hillsdale N.J.: The Analytic Poem.
- Bion W. (1962a), *Learning from experience*. London: Heinemann. Trad. it. *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.
- Bion W. (1962b), *Una teoria del pensiero*. Trad. it. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.
- Bowlby J. (1951), *Maternal care and mental health*. World Health Organisation, *Monograph Series*, vol. 2.
- Bowlby J. (1969), *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books; trad. It. *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1972.
- Bowlby J. (1973), *Attachment and loss, vol. 2: Separation*. New York: Basic Books; trad. It. *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
- Bowlby J. (1980), *Attachment and loss, vol. 3: Loss*. New York: Basic Books; trad. It. *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1983.
- Bowlby J. (1988), Open communication and internal working models: Their role in the development of attachment relationship. *Nebraska Symposium on Motivation*, University of Nebraska Press, Lincoln, 57-113.
- Bowlby J. (1988), *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*. New York: Basic Books. Trad. it. *Una base sicura*. Milano: Cortina, 1989.
- Bretherton I. (1985), *Attachment theory; Retrospect and Prospect. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 3-35.
- Crittenden P.M. (1997), *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Milano: Masson.
- Crittenden P.M. (1999), *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo dell'Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina.
- DeCasper A., Fifer W. (1980), *Of human bonding: Infants prefer their mothers' voices*. *Science*, 208, 1174-1176.
- Della Vedova A., Imbasciati A. (2005), *Le origini della mente*. In: Imbasciati A., Margiotta M. (a cura di), *Compendio di psicologia per operatori sociosanitari*. Padova: Piccin.
- De Wolff M.S., Van Ijzendoorn M.H. (1997), Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infants attachment. *Child Development*, 4, 571-591.
- Fairbairn W.R. (1952), *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1970.
- Fava Vizziello G., Calvo V., Simonelli A. (2003), Sicurezza e insicurezza dell'attaccamento nella prima infanzia in una prospettiva interculturale. *Età Evolutiva*, 75(6), 36-50.
- Fava Vizziello G., Maestro P., Simonelli A. (1996), Implicazioni cliniche nella valutazione dell'attaccamento. *Imago*, 3(4), 311-322.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. (1999), *The primary triangle*. New York: Basic Books. Trad. it. *Il triangolo primario*. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Fonagy P., Target M. (2000), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Freud S. (1905), *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. trad. it. Tre saggi sulla teoria sessuale. In: *Opere*, vol. 4. Torino: Bollati Boringhieri, 1970.
- James W. (1890), *The principles of Psychology*. New York: Henry Holt.
- Goossens F.A., Van Ijzendoorn M.H. (1990), Quality of infants attachments to professional caregivers. Relation to infant-parent attachment and day-care characteristics. *Child Development*, 61, 832-837.
- Grossmann K.E. et. al. (1981), German children's behaviour towards their mothers at 12 months and their father at 18 months in Ainsworth's Strange Situation. *International Journal of Behavioral Development*, 4, 157-181.
- Harlow H.F. (1961), *The development of affectional patterns in infant monkeys*. In: Foss B.M. (a cura di),

- Determinants of Infant Behaviour*, vol. 1. London: Methuen; New York: Wiley.
- Harlow H.F., Zimmernann R.R. (1959), Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421-432.
- Hinde R.A. (1982), *Attachment: Some conceptual and biological issues*. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. (a cura di), *The place of attachment in human behaviour*. London: Tavistock.
- Hinde R.A., Stevenson-Hinde J. (1990), Attachment: Biological, cultural and individual desiderata. *Human Development*, 33, 62-72.
- Hinshelwood R.D. (1989), *A dictionary of Kleinian Thought*. London: Free Association Books. Trad. it. *Dizionario di psicoanalisi kleiniana*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1990.
- Holmes J. (1993), *John Bowlby and attachment theory*. London: Routledge. trad. It. *La teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina, 1994.
- Imbasciati A. (2004), A theoretical support for Transgenerationality. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 83-99.
- Imbasciati A. (2005), *Psicoanalisi e cognitivismo*. Roma: Armando.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2005), *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*. Padova: Piccin.
- MacFarlane J. (1975), Olfaction in the development of social preference in the human newborn. In: Hofer M. (a cura di), *Ciba Foundation Symposium: Parent-infant interaction*. Amsterdam: Elsevier.
- Main M. (1995), Attachment: Overview, with implications for clinical work. In: Goldberg S., Muir R., Kerr J. (a cura di), *Attachment theory: Social development and clinical perspective*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Main M., Hesse E. (1990), Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M. (a cura di), *Attachment in the preschool years*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press.
- Main M., Hesse E. (1992), Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati nei genitori. In: Ammaniti M., Stern D. (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Main M., Solomon J. (1986), Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton T.B., Yogman M.W. (a cura di), *Affective development in infancy*. Norwood, N.J.: Ablex.
- Main M., Solomon J. (1990), Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In: Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M. (a cura di), *Attachment in the preschool years*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press.
- Main M., Weston D. (1981), Quality of attachment to mother and father: related to conflict behaviour and readiness for establishing new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.
- Mancia M. (2004a), Coscienza e inconscio, sogno e memoria. *Psiche*, 1, 75-89.
- Mancia M. (2004b), *Sentire le parole*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Miyake K., Chen S., Campos J.J. (1985), Infant temperament, mother's mode of interaction, and attachment in Japan: An interim report. In: Bretherton I., Waters E. (a cura di), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 276-298.
- Piaget J. (1923), *Le langage et la pensée chez l'enfant*. Neuchâtel-Paris: Delachaux et Niestlé. Trad. It.: *Il linguaggio e il pensiero nel fanciullo*. Firenze: Giunti-Barbèra, 1962.
- Piaget J. (1936), *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Trad. It. *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*. Firenze: Giunti-Barbèra, 1968.
- Sagi A. (1990), Attachment theory and research from a cross-cultural perspective. *Human Development*, 33, 10-22.
- Sagi A. et. al. (1985), *Security of infant-mother-father, and metapelet attachments among kibbutz-reared Israeli children*. In: Bretherton I., Waters E. (a cura di), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 257-275.
- Sameroff A.J., Emde R.N. (1989), *Relationships Disturbances in Early Children. A Developmental Approach*. New York: Basic Books. Trad. it. *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Boringhieri, 1991.
- Sander L. (1980), Investigation of the infant and its caregiving environment as a biological system. In: Greenspan S.I., Pollock G. (Eds.), *The course of life, Vol. 1: Infancy*. Madison, Connecticut: Intern. Un. Press, 1989.
- Sauder L. (1983), To begin with-reflections on antogeny. In: Lichtenberg J.D., Kaplan S. (Eds.), *Reflections on Self Psychology*. New York: The Analytic Press.
- Simonelli A., Calvo V. (2002), *L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione*. Carocci.
- Stern D.N. (1974), L'uso dello sguardo, della voce, e delle espressioni facciali nell'interazione diadica tra madre e bambino che giocano. In: Stern, D.N. (a cura di), *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 1998.
- Stern D.N. (1977), *The first relationship*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- Stern D.N. (1988), *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books. Trad. It. *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Stern D.N. (1995), *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapico della coppia madre-bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- Takahashi K. (1990), Are the key assumptions of the "Strange Situation" procedure universal? A view from Japanese research. *Human Development*, 33, 23-30.
- Tulving E. (1972), Episodic and semantic memory. In:

- Tulving E., Donalson W. (a cura di), *Organization of memory*. New York: Academic Press.
- Winnicott D.W. (1957), *Mother and Child. A Primer of First Relationships*. New York: Basic Books, Inc.
- Winnicott D.W. (1958), *Collected Works: from Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock. Trad. It. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott D.W. (1965), *The theory of the parent-infant relationship*. In: Winnicott D.W. (a cura di), *The maturational processes and the facilitating environment*. New York: International Universities Press (Il lavoro originale é stato pubblicato nel 1960). Trad. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*. Milano: Cortina, 1992.
- Winnicott D.W. (1989), *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina, 1995.
- Zimmermann P., Grossmann K.E. (1994), *Attaccamento, emozioni e comportamento aggressivo*. In Attili G. (a cura di), *Attaccamento e disadattamento. Età evolutiva*, 47, 92-98.

7.4 UNO SGUARDO SULLA GENITORIALITÀ TRA LO PSICHICO ED IL SOCIALE

(Paola Manfredi)

7.4.1 Premessa

Tutto ciò che concerne l'evoluzione degli individui all'interno di una famiglia costituisce una storia complessa, fondamento della psiche individuale e gruppal. "I vertici di osservazione, fra loro interconnessi, devono andare dal microsistema familiare al macrosistema collettivo e sociale, ma ognuno di questi vertici, espressione del piccolo, medio o grande gruppo, offre importanti chiavi di lettura e strumenti di intervento che si arricchiscono in modo dinamico e circolare di elementi appartenenti ad ambiti relazionali diversi" (Farri, Simonetto, 2004, pag. 10). In particolare per quanto concerne vertici di osservazione "psi", gli studi che confluiscono nell'alveo della genitorialità hanno caratterizzazioni differenti: in un primo tempo viene privilegiato l'aspetto psicopedagogico di tale funzione; successivamente la genitorialità viene pensata come funzione personale – questo sia nel riferimento della teoria di Eric Berne, sia nelle più recenti teorizzazioni sull'attaccamento –; viene inoltre proposta come stadio evolutivo maturo, sia da un punto di vista psicosessuale che psicosociale, caratterizzato dalla capacità di prendersi cura, e denominato, da Erikson, generatività; attualmente è condivisa l'idea di pensare la genitorialità come una funzione autonoma dell'io, che come tutte le funzioni umane ha quindi una storia, una costruzione, un'evoluzione e modalità differenti di esprimersi in soggetti e circostanze diverse.

In questo scritto non si proporrà una lettura storica del concetto, né se ne darà una visione esaustiva dell'attuale, ma se ne metteranno a fuoco alcuni tratti per la costruzione di un'immagine auspicabilmente utile agli operatori della nascita nel loro lavoro. In particolare si proporranno alcuni spunti cercando di guardare con un occhio alle teorie e con l'altro alla

quotidianità attuale dell'essere genitore e a quei temi che, evidenziandosi come problematici, ci possono dire qualcosa dalla cultura del nostro tempo, delle fantasie che attraversano la nostra società.

Questa proposta ha, nelle intenzioni di chi scrive, più di una ragione. Vi è innanzitutto la consapevolezza che se la nostra mente apprende dall'esperienza, come Bion (1962) per primo ci ha insegnato, non può esserci così indifferente ciò che avviene nella nostra vita e nella nostra società; se il nostro intento è di favorire il benessere psicofisico dei nostri figli e delle nuove generazioni dobbiamo occuparci delle condizioni in cui si può essere genitori ora, perché le nostre funzioni mentali e la possibilità di essere genitori "sufficientemente buoni" dipendono anche dalle esperienze che viviamo, dalla nostra capacità di non essere troppo angosciati, di non essere troppo distratti, di sentirci umanamente adeguati – seppur sempre un poco difettosi. In particolare – e vi è qui una seconda ragione – gli operatori che lavorano nell'ambito dell'ostetricia e del neonatale, a cui è rivolto questo volume, dovrebbero avere, a mio parere, la straordinaria capacità di muoversi tenendo conto di due piani diversi: quello concreto, del comportamento e dell'agire, e quello più astratto, dei pensieri, degli affetti e delle fantasie. Dovrebbero cioè avere la sensibilità di ascoltare e cogliere qualcosa della profondità affettiva che si muove sullo scenario delle nascite (nascita dei bambini e nascita degli adulti come genitori) e l'intelligenza di tradurre quanto compreso in gesti semplici e pieni, in un agire consapevole e sensibile: dovrebbero quindi avere uno sguardo che intravede il profondo (e che è consapevole della sua esistenza) e saldi piedi per sostenere i primi passi dei nuovi genitori.

7.4.2 Genitorialità come capacità di comprendere lo stato della mente

Un'importante lettura teorica della genitorialità la intende come funzione mentale, ossia come capacità di comprendere lo stato mentale di un'altra persona per interagire efficacemente con lei: ad es. aiutarla a essere cosciente del proprio stato, a dare i nomi (=senso) alle emozioni, agli affetti. Nell'ambito della psicologia viene in questi ultimi anni riconosciuta grande importanza a questa umana competenza. Pensiamo ad esempio alla "teoria della mente" (Premack, Woodruff, 1978, Baron-Cohen, 1995) al concetto di funzione riflessiva del Sé (Fonagy, Target 2001) e di metacognizione. Da questo punto di vista ciò che possiamo sottolineare nell'ambito specifico della genitorialità è che la capacità di essere consapevoli del proprio stato mentale è premessa per leggere quello altrui ed è quindi un requisito necessario per svolgere una funzione genitoriale. D'altra parte perché un individuo possa apprendere tale funzione è necessaria la presenza di un altro – di un adulto, di un caregiver – che sia disponibile ad interagire con lui in base ai reciproci stati mentali, che sappia cioè insegnare l'attenzione e la lettura dei processi psichici. In altri termini la competenza più importante della genitorialità costituisce anche il principale insegnamento che l'adulto propone al bambino e che lo metterà nelle condizioni, a tempo debito, di poter efficacemente esercitare un ruolo genitoriale. Attraverso relazioni con genitori sufficientemente buoni, o, in altri termini, attraverso l'esperienza con adulti (genitori o no) che si prendano cura con consapevolezza degli stati mentali di un altro essere umano, si sviluppano quelle competenze metacognitive che consentono, in primis, di vivere con più pienezza la propria vita e poi, anche, di poter intessere relazioni genitoriali con altri.

Rispetto alle riflessioni di Bion sulla funzione di *rêverie* o di quella, un po' differente, ma in parte analoga, di Winnicott sull'*holding* (1960) e sulla preoccupazione materna primaria, vi è in questo concetto un'attenzione non solo per la madre, ma paritariamente anche per il ruolo paterno; e soprattutto vi è un maggior respiro temporale: non è infatti la genitorialità una funzione che ha un termine, ma che evolve e muta attraverso tutta la vita. Da un punto di vista teorico vi è quindi una grande continuità, con la tradizione psicoanalitica in primis, ma anche, con accentuazioni diverse, con modelli più attuali e sperimentali.

Lo stretto legame esistente fra genitorialità e

funzione metacognitiva trova conferma – teorica e sperimentale – nell'ambito dell'attaccamento, ed in particolare nell'importanza che gli studiosi del settore accordano allo "stato della mente", cioè alla coerenza mentale con la quale un adulto sa pensare alle proprie storie di attaccamento⁴. Ciò significa che non è tanto la bontà della nostra reale esperienza di figli che ci abilita o meno ad essere "buoni genitori", quanto la nostra capacità di elaborare gli eventi della nostra infanzia, senza per questo sottovalutare che è certamente più facile la lettura coerente di una realtà "sufficientemente buona", piuttosto che avversa. Ci sono infatti adulti capaci di narrazioni coerenti di storie negative (classificati come "sicuri acquisiti"), ma al momento la letteratura non ha evidenziato soggetti incoerenti nella narrazione di infanzie sufficientemente felici (non esiste una categoria di "sicuri perduti")! Tale capacità di elaborazione coerente della propria storia di figli può essere definita come capacità di tenersi dentro "oggetti buoni", oppure di accedere a rappresentazioni adeguate, di avere una buona famiglia interna, di saper ri-narrare quanto accaduto.... Sono vari i termini che possiamo utilizzare, a seconda dei vari riferimenti teorici, ma semplificando, il concetto base a cui tutti rimandano è la capacità di riparazione: ossia una competenza della mente matura, o più tecnicamente del funzionamento depressivo⁵.

Attualmente la capacità di comprendere lo stato mentale, la funzione metacognitiva, e la capacità di riparazione – funzioni che si esercitano primariamente su dati affettivi – non vengono certo favorite, ma semmai si registrano ostacoli e ostruzioni. La capacità di essere consapevoli delle nostre emozioni e di dare senso a quanto viviamo, in particolare al dolore, trova assai poco spazio nella nostra società.

Innanzitutto non abbiamo molta confidenza con le emozioni, il loro ascolto e la loro espressione. Non è a caso se solo a partire da anni recenti ('70) si è sentita la necessità di individuare un nuovo costruito – l'*alessitimia* – per definire quei soggetti che hanno un'incapacità patologica specifica di leg-

⁴ L'A.A.I., che è lo strumento elettivo per l'indagine dell'attaccamento negli adulti, prevede decodifiche dell'intervista secondo scale di esperienza e scale relative allo stato della mente.

⁵ La riparazione è un atto creativo, che riguarda la fantasia di riparare gli effetti delle proprie componenti aggressive, sia nel mondo esterno, sia – soprattutto – nel proprio mondo interno. Essa implica il riconoscimento della propria responsabilità, la preoccupazione, il rispetto e l'amore per l'oggetto.

gere le emozioni e non meno casuale che da allora ad oggi le ricerche si siano moltiplicate, a segnalare anche la rilevanza sociale di tale “nuovo” disturbo.

La comunicazione che caratterizza il nostro tempo e che è sempre più “visiva” ci propone emozioni forti, quasi dicotomiche, che si impongono allo spettatore come “dati di realtà”, come informazioni non suscettibili di interpretazione, non articolabili, molto poco pensabili... È una sorta di emozione reificata, fatta immagine, fatta oggetto, concreta e universale... È un po’ come se l’immagine non avesse il compito di evocare, di rimandare ad altro e di suscitare emozioni differenti in persone diverse, ma fosse esaurita, chiusa nel dato presente, nell’informazione percettiva. Forse anche per questo le immagini diventano spesso crude e solo a posteriori o da fuori interviene il bisogno di porre un limite, che non è più condiviso⁶.

La capacità di riparazione, che implica la necessità di leggere le emozioni e di riconoscere la propria responsabilità personale nelle interazioni umane, è analogamente poco in auge. Lo vediamo nella facilità con cui “buttiamo via” le relazioni che non sono più, o meglio non sono al momento presente, appaganti, allo stesso modo con cui cambiamo un frullatore o un ombrello perché non ci conviene farli riparare.

Ciò detto sembrerebbe così poco conveniente e fuori moda affezionarsi alla nostra prima polo, o al nostro primo computer, o all’abito che portava nostra madre da ragazza, eppure – controcorrente? – sembra ci sia anche voglia di riprendersi un passato appena prossimo (la nostra storia) attraverso il gusto del modernariato e il vintage. È questo un tentativo che passa ancora attraverso il possesso di oggetti, di cose esterne o tali oggetti possono vestirsi di ricordi, di simboli, di emozioni personali? Anche per quanto riguarda le relazioni affettive possiamo rilevare qualche segnale poco sintonico: queste sembrerebbero infatti caratterizzate dalla ricerca di facili e immediati appagamenti, ma sembrano tornare di moda anche immagini (e inevitabili sceneggiati TV) in cui l’amore è ostacolato, impedito come nei romanzi dell’Ottocento.

C’è forse anche una nuova voglia di romanticismo, di attese e dilazioni del soddisfacimento per recuperare lo spazio del desiderio? O in tempi in cui

la sessualità è stata associata all’idea di rischio per la salute o ad ansiogene valutazioni sulla prestazione è più comodo un intrattenimento rassicurante e poco attuale?

7.4.3 Genitorialità di mamma e di papà

Sempre rimanendo nell’ambito delle teorie, nella riflessione sulla “genitorialità” si sottolinea, già nel termine stesso, l’importanza di entrambi i genitori. Nell’ambito delle ricerche sull’attaccamento si parla normalmente di caregiver e non di madre, inoltre si evidenzia come il bambino sviluppi un attaccamento sia verso la madre che verso il padre, eventualmente con due diversi stili. Inoltre è possibile che esistano legami di attaccamento con altre figure, parentali o no, rilevanti nella vita del bambino e dell’adulto.

Recenti studi confermano che bambini di soli tre mesi hanno uno spazio mentale per la rappresentazione sia del padre che della madre e sono in grado di muoversi nella complessità di una dinamica triangolare (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999). Sappiamo che lo sviluppo psichico del bambino si compie all’interno di una triade e la stessa attesa del figlio comporta elaborazioni sul versante della triangolarità.

Nella nostra società non si può dire che i padri siano investiti della funzione genitoriale allo stesso modo delle madri, però esiste, almeno legalmente, la possibilità anche per i padri di prendere un periodo di aspettativa per i figli, e certo i padri attuali sanno meglio maneggiare biberon e pannolini di quanto non fossero capaci i nonni⁷. Il fatto che in ambito psicologico si accordi più importanza al padre, anche in fasi precoci dello sviluppo e che il padre sia più presente, a livello sociale, nella cura effettiva dei bambini, non significa però che egli eserciti effettivamente una funzione psicologicamente rilevante.

La nostra generazione è stata definita “senza padri”: forse non è facile ritrovarli ed assegnare loro il posto giusto.

“La società moderna, la società dei “fratelli” sembra avere ucciso il bisogno atavico di celebrare la discendenza, e ha minimizzato, fino a cancellarla del tutto, la funzione paterna”. (Farri, Pironti Campi, 2004, pag. 62). Un tempo il padre rappresentava l’autorità, la regola, la legge; con il padre si doveva fare i conti. Il padre era un modello morale

⁶ È il caso ad esempio della rete televisiva che sottolinea la personale decisione di non trasmettere alcune immagini: sentendo la necessità di comunicare la legittimità della propria scelta, in qualche modo ne denuncia anche l’arbitrarietà o la possibilità di non condivisione.

⁷ Anche se va detto che l’arrivo di un figlio può comportare per l’uomo e per la donna l’accentuazione delle differenze di ruolo in termini più tradizionalisti (Scopesi, 1994).

e colui che sovente insegnava e lasciava in eredità un lavoro. Era colui di cui portavi il nome (nei tempi antichi era il patronimico, attualmente il cognome) e ciò aveva un senso, un valore. “Il bisogno della memoria, di sapere chi siamo e a chi siamo legati, cosa portiamo nel cuore e di quale storia familiare siamo figli, sembra soffocato e represso. Il mondo moderno, così frenetico e in continuo movimento, pare dominato da un’unica dimensione temporale, il presente, e da un unico valore, il denaro. Se ha denaro, infatti, il padre lo lascia ai figli, e su questo soddisfacimento immediato e materno viene da loro valutato. Il suo potere, quindi, privato del valore simbolico rappresentato dalla continuità del nome tramandato, diventa al più un potere di tipo contrattuale, e il suo impatto nella relazione educativa con i figli diventa discontinuo, altalenante, legato esclusivamente alla sua capacità di produrre reddito” (ibidem, pag. 62).

Il rischio per i padri è quindi quello di essere presenti o come fratelli o come “mammi”, rappresentanti cioè di un mal interpretato amore che non pone differenze, non pone separazioni, né regole, né limiti. Il padre nel pensiero psicoanalitico (freudiano e lacaniano) è invece colui che sottrae la madre al figlio, che rivendica la madre anche come propria compagna sessuale, tutelando in questo modo sia madre che figlio. È in tal modo infatti che può essere definitivamente sciolto quello stato di fusionalità simbiotica che potrebbe avere caratterizzato alcune fasi della gravidanza e del puerperio.

Varie immagini pubblicitarie, spesso indicatori fedeli della nostra società, ci propongono invece giovanissime e seducenti madri, ammiccanti a figli adolescenti, o giovani adulti senza progetti di vita autonoma, in una relazione di complice alleanza con la madre ed esclusione del padre. Si rischia così di perdere due fondamentali differenze l’una costituita dal salto generazionale e l’altra dalla differenza dei legami d’amore – fra partner e fra genitori e figli. Queste differenze hanno però a che fare con i processi di separazione differenziazione, che fondano l’identità del soggetto: è attraverso la possibilità di separarci da un altro e di riconoscerci diversi, che accediamo alla nostra peculiare identità. Non poter porre confini tra una generazione e un’altra, o confonderli, è un modo seduttivo e manipolatorio per impedire ai figli di occupare il loro spazio, di avere il loro tempo (il loro futuro); è un segnale dell’incapacità genitoriale di accettare il proprio tempo, anche quello che avvicina alla vecchiaia e alla morte, ed è per gli uni e per gli altri sintomo di inca-

pacità a collocarsi nel proprio ruolo assumendo la propria identità. Forse anche la drammatica attualità della pedofilia, non tanto quella “dei casi” e dei rapporti reali con bambini – siano essi conosciuti, magari all’interno della stessa cerchia familiare o sconosciuti e di altri paesi – ma quella più diffusa dell’indulgenza mediatica, dei filmati, delle immagini e dei siti web poggia su questo sbiadimento della linea di confine, su questo dissolvimento culturale del salto generazionale.

7.4.4 Genitorialità come capacità di leggere le differenze

La diversità, la differenza è un elemento chiave della genitorialità. Essa è premessa ineludibile dal momento che “il fondamento della famiglia è dato dall’attrazione sessuale tra l’uomo e la donna. Quando un uomo desidera una donna, di fatto desidera ciò di cui egli, in quanto uomo, ha bisogno e che non ha. Quando una donna desidera un uomo, anche lei desidera ciò che in quanto donna le manca” (Hellinger, 2002, pag. 61). Al di là dei tipi di legami di coppia, rimane in tutte le coppie che potrebbero essere genitori il riconoscimento della differenza (minimamente di quella fisiologica!) come valore: ciò che non ho può essere qualcosa di buono, che posso amare (e non invidiare) in un’altra persona. Auspicabilmente questo avviene anche a livello psicologico nella possibilità di amare nel partner quegli aspetti che nella nostra vita (e nella nostra personalità) non hanno avuto modo di essere sufficientemente curati ed espressi; potendo riconoscerli come buoni, possiamo imparare a prendercene cura anche attraverso l’aiuto del partner e l’esperienza di coppia.

“Ciò che ritengo specifico dell’esperienza familiare e strettamente collegato alla funzione genitoriale è la dialettica inconscia che quotidianamente si svolge fra due esseri diversi, psicosessualmente differenti e con peculiari modalità di funzionamento mentale (...). Il quotidiano confronto, nel tentativo di conciliare logiche profonde diverse, conflittualità e modalità espressive particolari, i tentativi di rispondere al desiderio e al timore della dipendenza costituiscono a mio avviso l’arricchimento relazionale più grande che i genitori in quanto coppia, possono dare ai figli. (...) Quando la coppia è funzionale e l’investimento libidico reciproco è consistente, nessun’altra formula di accudimento e di organizzazione sociale mi sembra altrettanto efficace a fornire al bambino una grammatica interna delle

modalità di risposta tra i sessi e di elaborazione delle conflittualità e dei punti nodali specifici di ciascun sesso” (Leopardi, 2004, pagg. 54-55).

Anche su questa dimensione della genitorialità è utile riflettere.

Senza capacità di suggerire soluzioni, e al di là dei singoli casi e delle specifiche storie, mi pare vadano considerate le caratteristiche di una società e di una cultura che concepisce la possibilità di continuazione della specie attraverso la riproduzione artificiale – che tra l’altro biologicamente potrebbe compiersi utilizzando materiale genetico proveniente da un solo essere umano (la donna). La nostra vita come esseri umani ha inizio a partire da un desiderio che non ci appartiene, da un desiderio di altri, che a loro volta possono riconoscersi mancanti: un desiderio che ci precede e che muove a partire dal riconoscimento di qualcosa di buono e di mancante. Tutto questo dove va a finire, se la nascita si deve a una provetta, e dove trovano argine le fantasie di onnipotenza e di autogenerazione? Il nostro primo grazie è ai nostri genitori per la vita che ci hanno dato; in futuro il nostro primo sentimento di gratitudine potrebbe essere per una prestazione professionale, più o meno lautamente pagata, e per l’efficienza di un laboratorio? Ribadisco che non voglio sminuire il dolore e gli affetti di chi decide di realizzare il proprio desiderio di un figlio attraverso le metodiche che la scienza può offrire, ma mi sembra preoccupante che un serio dibattito su tali interrogativi rimanga confinato in una cerchia di intellettuali, mentre ciò che passa ad un pubblico più vasto sia sovente frutto di strumentalizzazioni politiche, che poco servono a “mettere pensieri” su questi aspetti. Il rischio di incrementare le fantasie di onnipotenza credo sia reale nella nostra società: la possibilità di contenerle, ritengo, debba passare attraverso la riflessione su questi aspetti⁸.

Su un piano certamente diverso, ma in qualche modo connesso alla tematica della differenza, si colloca la possibilità di adozione di bambini da parte di coppie omosessuali. Al di là di inutili cosiddette prese di “principio”, penso sia importante capire proprio quali siano i principi e ragionare a partire da quelli: se riteniamo importante per la crescita dei figli confrontarsi con persone che accettano e valorizzano la diversità, anche quella dei sessi,

sarà utile e pertinente verificare quale sia questo spazio in coppie omosessuali, tanto più che i figli potrebbero essere di un sesso differente rispetto a quello della coppia (sarebbe parimenti importante verificare anche quale sia lo spazio in coppie eterosessuali, perché come si sa le belle cornici non fanno bello il quadro e la diversità biologica non è sempre garanzia di una diversità di identità e funzioni).

La competenza nella lettura delle differenze si esplica anche attraverso la capacità del genitore di “aggiornare” l’immagine del proprio figlio, di registrare i cambiamenti, le piccole e grandi conquiste, le progressioni lente e quelle veloci, custodendo dentro sé un’immagine unitaria del figlio. Questa capacità di percepire lo stadio evolutivo attuale e di vedere insieme dove il figlio è e dove non è ancora, di guardare, con occhi innamorati, il passo non ancora compiuto ma già quasi reale (in virtù) e nel credito accordato, la capacità cioè di custodire una storia, un passato, un presente e un futuro prossimale viene denominata capacità “narrativa”. Per ognuno di noi è fondamentale riconoscersi nel tempo attraverso i cambiamenti, tenere salde le proprie radici e proprio per la solidità percepita poter vivere altre esperienze e coltivare altre parti di sé. Questa “sicurezza di sé nel tempo”, come ogni altra caratteristica personale, non è innata ma acquisita; in questo processo di acquisizione la possibilità di crescere con qualcuno che già ci vede interi nei nostri passaggi evolutivi e che, in qualche modo, può offrirci la sua immagine di noi ed insegnarci a costruire la nostra, è certo di grande aiuto.

Nel nostro tempo assistiamo a fenomeni in cui tale continuità viene sovente perduta ed in cui i passaggi evolutivi rischiano di diventare rotture, strappi, cambiamenti totali. A parte l’aumento di casi clinici connessi a problemi di identità, possiamo leggere sotto questa angolazione (ovviamente non esaustiva) anche la diffusione del bullismo. Il bullo sovente è colui che affronta i propri problemi inventandosi un’identità completamente differente, altra, rispetto alla precedente, o al vero Sé. È una persona che non riconosce legami ed evoluzioni, ma che procede per salti e cancellazioni.

Gravitano intorno a questa stessa tematica anche alcuni (ed estremi) interventi della chirurgia plastica. Nella sua dimensione più diffusa (e accettata) di contrasto all’invecchiamento essa segnala l’impossibilità di accettare il passaggio del tempo, i progressivi cambiamenti che esso scrive sul nostro corpo e quindi la difficoltà di fare i conti con la

⁸ Anche se da un punto di vista etico suscita in noi assai minori perplessità, anche la riproduzione artificiale di altre specie animali potrebbe essere sintomatica di una sorta di “invasione creatrice” dell’uomo attuale.

nostra identità ed i passaggi generazionali; altri interventi si caratterizzano non tanto per “piccoli ritocchi”, ma per cambiamenti consistenti che bruscamente modificano l’aspetto fisico del soggetto, fino a porre problemi psichici di identità. È recentissima la possibilità di trapianto di parte del viso⁹: certamente l’intervento è nato per rispondere ad esigenze di ricostruzione a seguito di patologia, ma chi porrà i limiti per il suo impiego? Ed in base a quali criteri? La sensazione è che questi limiti continuino ad essere allontanati. Un tempo, ad esempio, si riteneva opportuno che gli adolescenti non accedessero alla chirurgia estetica, riconoscendo la delicatezza della loro fase evolutiva, centrata appunto sul tema della costruzione dell’identità personale e quindi anche corporea; ora, pur avendo sentito l’esigenza di dilatare il tempo dell’adolescenza, guardiamo con favore alle feste con botulino, in cui ragazzi poco più che ventenni possono ricevere qualche iniezione per migliorare il loro aspetto.

7.4.5 Genitorialità ovvero squilibrati per amore!

Per ultimo vorrei ricordare uno degli aspetti per me fondamentali della genitorialità: rispetto a tutti gli altri tipi di amori umani (tra partner, tra fratelli/sorelle, tra amici, ecc.) quello che lega un genitore al proprio figlio è un rapporto “squilibrato” nella doppia accezione del termine! Il genitore sa che amerà per primo e che, insegnando ad un’altra persona ad amare, egli dovrà esserne maestro e – almeno fino a quando il compito non si sarà esaurito – egli dovrà quindi amare di più. Non sono molti i rapporti in cui evitiamo del tutto di “fare i contadini” e di chiederci quanto l’altro ci ami e chi ami di più. Con un figlio penso che tale domanda non si ponga (o almeno nelle espressioni più efficaci di tale relazione), benché i genitori ricevano moltissimo dai loro figli, a partire dall’illusoria immagine per cui essi sono, agli occhi dei loro piccoli, assolutamente magnifici (o in termini psicologici “onnipotenti”)!

Ma il rapporto con i figli è “squilibrato”, non solo perché come detto non è equo, ma perché quasi “folle”, nella costruzione di un amore finalizzato a permettere all’altro di andarsene. In ogni rapporto ottimale l’amore non è possesso, ma non in molti godrebbero della felicità dell’altro se essa prescindesse da noi (e ci escludesse), e del resto

molte delle nostre gelosie denunciano questa fastidiosa convivenza di libertà e possesso, nonostante i rapporti fra adulti nascano fra persone già separate. Il rapporto con un figlio inizia invece con l’accettazione¹⁰ della madre di “essere occupata” dal figlio: la madre vive un’occupazione fisica, attraverso la gravidanza, che si configura come l’unico innesto eterologo senza rigetto, ma non meno significativo è l’aspetto psicologico. Quest’ultimo si declina in varie espressioni. Si testimonia, ad esempio, attraverso l’accesso ad un funzionamento mentale differente da quello tipico della mente adulta e finalizzato alla comprensione della mente infantile (preoccupazione materna primaria, rêverie): la mamma mette tra parentesi, sospende per così dire in modo intermittente il suo modo tipico di funzionare, per usare la propria mente come se fosse ancora una bambina; in tal modo ella può comprendere cosa viva il suo bambino e – ritornando adulta nel funzionamento mentale – può trovare il modo di contenere quegli affetti, così poco pensabili per il suo bambino e così poco accessibili agli adulti. Si legge ancora nella disponibilità materna di lasciarsi pensare dal neonato come parte di lui, senza la necessità di porre un confine troppo rigido dove il terreno è troppo instabile per sostenerlo. Non a caso il termine identità etimologicamente rimanda al concetto di identico: all’inizio il bambino si fa, si pensa identico al genitore e, nel lungo processo di separazione e identificazione, bambini anche più grandicelli sono rassicurati e compiaciuti, di ritrovare in loro somiglianze con l’uno e con l’altro genitore. Eppure partendo da questa stretta vicinanza (molti autori parlano di simbiosi) il genitore dovrebbe sapere sostenere il bambino nella costruzione di una sua relativa autonomia, modulando la propria presenza e ricalibrando il proprio ruolo, in base alle esigenze del figlio e non alle proprie. Tale processo non è semplice nemmeno per il genitore, il quale, se certo non dipende affettivamente dal figlio, riceve da questo molte gratificazioni; egli deve quindi avere la capacità di modulare investimenti affettivi, conciliare ruoli diversi – per lo meno genitore e partner – e riorganizzare anche il proprio tempo, i ritmi della propria vita¹¹.

¹⁰ Tale “occupazione” credo sia più marcata nella figura materna, ma non esclusiva.

¹¹ Le tante sindromi connesse al “nido vuoto” ci dicono di questa difficoltà genitoriale di “rinuncia” del figlio e reinvestimento all’interno della coppia e/o su di sé.

⁹ In Inghilterra è stata approvata la possibilità di un trapianto dell’intero volto umano.

Come la fondazione di sé passa attraverso il primo lutto originario, di rinuncia al possesso totale dell'altro – attraverso la rinuncia alla madre, il bambino si apre alla possibilità di una propria, specifica identità – così anche la fondazione dell'amore genitoriale passa analogamente attraverso un simile processo, attraverso la capacità di rinunciare al possesso esclusivo e totale del figlio¹². In entrambi i casi tali lutti rendono possibile la costruzione di relazioni autentiche, perché basate sul riconoscimento dell'altro, sulla differenziazione e sulla separazione.

La disparità e in qualche modo la gratuità dell'amore genitoriale raggiunge l'apice quando esso contempla anche la possibilità di dare la vita per il figlio. Nella realtà non è frequente che si ponga la necessità di scegliere tra la vita del genitore e quella del figlio; si tratta generalmente di condizioni particolari del parto o di trattamenti per la cura di una patologia materna, che possono nuocere al feto; eppure questa non è una fantasia infrequente. Se è vero che la madre vive durante il parto l'angoscia di morire e l'angoscia che il proprio bambino muoia, varie donne, in previsione del parto, danno al partner indicazioni perché in caso di complicazioni si salvi il figlio.

Anche questa preferenza per la vita del figlio più che per la propria non è consueta nei nostri rapporti e, se la valutiamo con fredda razionalità, specie nelle ipotesi sopra menzionate, parrebbe anche fuori luogo. Perché una persona dovrebbe rinunciare alla propria vita per un essere che poco conosce? E come può un padre allevare un figlio con amore sapendo che per averlo ha perduto la propria donna? Non mi interessa ipotizzare di cosa sia fatto questo amore, quali identificazioni giochino e quali spazi abbia il senso di colpa o altro ancora, ma mi sembra comunque stra-ordinario che la genitorialità ci apra a questi inconsueti atti d'amore, così poco razionali nella logica umana e così efficaci nella logica della specie! Può darsi che nella nostra natura animale – ed in particolare nella femmina – ci sia qualcosa che sostiene azioni e scelte "ardite": è forse quel qualcosa che sostiene le madri della Plaza de Mayo a manifestare e cercare i loro figli dopo anni, ed è forse quel qualcosa che rende la femmina di

ogni animale che protegge i propri piccoli l'avversario più temibile¹³.

Quest'ultima osservazione ci riporta all'inizio di queste note e ci ricorda che la genitorialità è un'esperienza che non può chiudersi in un orizzonte individuale o duale, ma essa è una sorta di crocevia, una zona di incontri – e a volte di accordi – tra gruppi, generazioni e umanità (specie).

Allarghiamo allora lo sguardo per considerare come il nostro tempo registri la crisi dei grandi sistemi e delle utopie – del socialismo, ma anche del capitalismo, che avendo raggiunto la massima affermazione di sé con la globalizzazione è ora in una situazione di scacco, sia rispetto alla governabilità che alla capacità propositiva. Quale può essere la via di uscita? Fornari (1985) legge nel socialismo l'etica della giustizia come utile al più debole, mentre l'etica del più forte verrebbe affermata dal capitalismo. Nelle relazioni familiari il più debole è il figlio, mentre il più forte è il padre, ma in tale contesto risulta incongruo porre il problema della giustizia nei termini antitetici sopra indicati, perché nella famiglia la giustizia rispetta simultaneamente l'interesse del più forte (padre) e del più debole (bambino). Tale capacità di tutelare gli interessi di entrambi i soggetti potrebbe declinarsi anche nell'ambito della polis. "In questa prospettiva la comparsa sulla scena storica dei movimenti giovanili (codice dei fratelli), del movimento femminista (codice femminile) e del movimento ecologista, proprio perché tali movimenti sono postclassisti e legati alla condizione biologica del soggetto, preannuncia ciò che Fornari definisce l'etica della specie, cioè "un'etica pacifista, che oppone all'alienazione politica del mondo la forza delle verità naturali e l'importanza dei codici affettivi che nascono nei rapporti fra i sessi e nel rapporto genitori e figli" (Leopardi, 2004 pag. 58). In linea con queste riflessioni è la proposta di Vegetti Finzi che, prendendo atto dell'eclissi della comunità contadina, del trionfo borghese della privacy, con la suddivisione netta di ciò che è pubblico e ciò che è privato o familiare, e soprattutto dei molti bisogni emergenti nelle famiglie, donne, bambini, vecchi ed immigrati, vede come soluzione percorribile la "genitorialità diffusa". "La scommessa consiste nel portare la famiglia fuori di sé, nell'attivare un vettore centri-

¹² Al di là del dato di realtà per cui la separazione dal figlio avviene progressivamente, è importante che il genitore possa tenere nella propria mente l'idea del figlio come essere diverso da sé e separato, fin da subito. In fondo persino il feto nel corpo materno non è in continuità con la madre, ma è da lei separato attraverso la placenta.

¹³ Nel libro della giungla di Kipling, Rasko, la mamma-lupa, ha anche il soprannome di "diavola" per la forza e la passione con cui si batte per difendere i lupacchiotti ed è l'unico animale che la tigre teme.

fugo, che attraversi tanto il privato quanto il pubblico, ponendoli in relazione reciproca” (Vegetti Finzi, 2004a, pag. 20). “...il tema della genitorialità diffusa si propone come un incentivo a pensare, come un modo per transitare dall’individualismo narcisistico a forme comunitarie di vita e di progettualità che ci insegnino a vivere insieme, coniugando eguaglianza e differenza, prossimità e distanza” (Vegetti Finzi, 2004b, pag. 21)¹⁴.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Baron-Cohen S. (1995), *L'autismo e la lettura della mente*. Roma: Astrolabio, 1997.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando Editore, 1972.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. (1999), The primary triangle. Tr. it. *Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Farri M., Simonetto A. (a cura di) (2004), *Essere per fare. Genitori tra natura e cultura*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Farri M., Pironti Campi A. (2004), Il sonno del padre genera streghe: dinamica dei ruoli genitoriali tra metafora e realtà. In Farri, M., Simonetto, A. (a cura di), *Essere per fare. Genitori tra natura e cultura*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fornari F. (1985), *Carmen adorata*. Milano: Longanesi.
- Hellinger B. (1998), *I due volti dell'amore. Come far funzionare l'amore nei rapporti affettivi*. Edizioni Crisalide Latina, 2002.
- Leopardi S. (2004), Psicodinamica delle relazioni familiari. In Farri, M., Simonetto, A. (a cura di), *Essere per fare. Genitori tra natura e cultura*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Premack D., Woodruff G. (1978), Does the chimpanzee have a theory of mind? *The behavioural and Brain sciences*, 1, pag. 515-526.
- Scalari P., Berto F. (2002), Dare voce alla memoria genitoriale, *Animazione Sociale*, 8, Agosto-Settembre, pag. 65-75.
- Scopesi A. (1994), Diventare genitore: una crisi evolutiva dell'adulto. *Età evolutiva*, 48, pag. 103-107.
- Vegetti Finzi S. (2004a), Genitori e genitorialità: un percorso di formazione (parte prima). *Nascere*, anno XXXII, 91, gennaio-aprile, pag. 13-20.
- Vegetti Finzi S. (2004b), Genitori e genitorialità: un percorso di formazione (parte seconda), *Nascere*, anno XXXII, 93, settembre-dicembre, pag. 13-21.
- Winnicott, D.W. (1960), *La teoria del rapporto infante-genitore*. In: Winnicott, D.W. (a cura di), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando.

¹⁴ In sintonia sul tema sono anche Scalari e Berto (2002), che vedono nella famiglia una risorsa sociale, definibile sociale collaborativo.

INDICE ANALITICO RAGIONATO

(Francesca Dabrassi)

- Aborto p. 5; 26-27; 65; 123; 180
- Affetti (*vedi anche Emozioni*) p. 8; 52; 58; 68
e malattia p. 54
- Alessitimia p. 54
caratteristiche dell' - p. 54-55
e funzione riflessiva p. 62
e gestosi p. 66
e psicosomatica p. 55
e analgesia p. 76
- Allattamento p. 79-80; 94-95; 96; 115
al seno p. 102; 122; 124
e bonding p. 106; 123-124
fantasmatica dell' - p. 117-119
e Baby Friendly Hospital Initiative p. 102
e condizioni socio-ambientali p. 103
e counselling p. 107
e colpevolizzazione p. 106
e coscienza p. 137-138
e disponibilità affettiva p. 125
e latte artificiale p. 101
e promozione della salute p. 101
e psicosomatica p. 81
e relazionalità p. 83; 95; 118; 120-122; 124; 141
e Società p. 101-102; 122
- Analgesia epidurale p. 76; 95-96; 114
- Anima
e corpo p. 51-52
e profilassi ostetrica p. 150
- Apprendimento p. 154
affettivo p. 178
apprendere dall'esperienza p. 4; 7; 19; 21; 142; 160
di funzioni p. 21
e comunicazione non verbale p. 143-144
e corsi di preparazione alla nascita p. 153
e mente p. 1
e memoria p. 21
e feto p. 22
fetale e comunicazione p. 8; 15
- Assetto materno p. 25
- Assistenza
ostetrico-ginecologica p. 5
psichica p. 4
sanitaria p. 95
- Attaccamento p. 8; 44; 62; 198-199
e movimenti fetali p. 32
e servizi sociali p. 79
e modelli operativi interni p. 199; 200; 202; 210; 211-212
e relazionalità p. 211
materno/paterno-fetale p. 200; 202; 203-204
neonatale p. 200-201; 209-210
prenatale p. 62; 199; 201
attaccamento neonatale p. 206
e depressione p. 204-205
e fattori demografici p. 205
e fattori psicosociali p. 204
e fattori relativi alla gravidanza p. 205
e figure di riferimento affettivo p. 204
e gravidanza p. 201
e personalità materna p. 204-205
e programmi di intervento p. 206
strumenti di valutazione dell' - p. 202-203
stili di - p. 211
e genitorialità p. 173; 190-191; 218-219
teoria dell' - p. 209
- Bambino immaginario p. 25; 31; 199; 202
della notte p. 175
- Blues puerperale p. 81; 141
e depressione p. 81
e psicosi puerperali p. 81; 141
- Bonding materno
e ossitocina p. 123-124; 140-141
- Care/Cure p. 162
- Cervello p. 7
e mente p. 7
e rete neurale p. 21
ed esperienza p. 21; 56
- Clinico p. 1
e diagnosi
e metodo p. 1-5
- Codice
Femminile p. 176
Materno p. 67; 176
Paterno p. 67
- Coinema p. 67
- Competenza a nascere
e relazione madre-bambino p. 37; 40
del feto p. 37; 40
a far nascere da parte della madre p. 39
- Comunicazione
Corporea p. 58
gestante-feto p. 8; 22-23; 143
e affettività p. 41
e allattamento p. 42
e apprendimento del feto p. 22; 41
e competenza a nascere p. 37
e esperienza emotiva materna p. 12
e esperienza psicosomatica p. 28
e media fisici p. 26-27
e movimenti fetali p. 33; 35
e psichismo fetale p. 22
e rêverie p. 36
e stress materno p. 35
non verbale p. 22; 26-27; 143-144
- Contatto p. 15
e consapevolezza p. 15
pelle-a-pelle p. 103
- Contraccezione p. 66
- Coppia p. 171; 192
e desiderio di generatività p. 172; 192-193
- Corpo
cavo p. 26
e anima p. 51-52
schema corporeo p. 64
- Coscienza (*vedi anche Metacognizione*)
capacità di - (*vedi anche Alessitimia*)

- correlati neurali della – p. 127; 139
di ordine superiore p. 128; 136
e mente p. 129; 136-138
e percezione p. 137
e temporalità p. 134-135
fenomenica p. 129; 137
stati di – p. 139
- Costellazione materna p. 83
e relazionalità p. 83
- Cura
e conoscenza p. 2
e maternità p. 176
prendersi – p. 3; 149, 160
della gravida p. 158; 159
to care p. 162
to cure p. 162
materna p. 57; 83; 143
- Dinamiche psichiche materne p. 23-27
e desiderio di generare p. 175
e sviluppo della mente del feto p. 29
e processi psichici perinatali p. 167
- Dolore del parto p. 69; 74; 96; 151-152;
156
ed emotività p. 70
e gestione attiva p. 97
e gestione passiva p. 96-97
come segnale di pericolo p. 96
come sofferenza emotiva p. 96
- Ecografia p. 29-30; 95
e bambino immaginario p. 30
e genitorialità p. 30
e movimenti fetali p. 32
e sentimenti p. 30-31
- Educazione
alla procreazione, al parto, ecc.
p. 167-168
prenatale p. 79
- Emozioni (*vedi anche Affetti*)
consapevolezza delle – p. 218-219
e alessitimia p. 54; 218
e cervello p. 52; 62-63; 70
e sala parto p. 149
e scienza p. 104-105
e relazioni motivazionali p. 62
e processo di riparazione p. 219
origine delle – p. 63
passaggio dalle – al pensiero p. 165
- Empowerment p. 158
- Esperienza
apprendere da – p. 4; 7; 19; 21; 142; 160
- e SNC p. 21
psichica p. 58
- Famiglia p. 151
socializzazione primaria p. 16
- Feto
capacità creative del – p. 13
competenza a nascere del – p. 37; 40
competenze fisiologiche del – p. 10-11
identità del – p. 15
ipercinetico p. 33
psichismo del – p. 6; 150
e movimento p. 10-11
studi sperimentali sul – p. 131
vita del – p. 9
- Funzione riflessiva p. 62 (*vedi anche Metacognizione*)
e alessitimia p. 62
- Generatività p. 172-173; 176; 190
desiderio di generare p. 169; 181;
192-193
e istinto p. 173-174
e desiderio di riparazione p. 174
e oggetto transizionale p. 177
e spazio cavo p. 175
e adozione p. 181
e dimensione sessuale p. 94
e genitalità p. 172
e genitorialità p. 172-173
e procreazione medicalmente assistita p. 181-182
e sessualità p. 182-183
maschile p. 184; 189
- Genitorialità p. 45; 124-125; 140; 173;
177; 189; 190; 217-218
programmi di intervento a favore
della – p. 206
desiderio di – p. 177; 192-193
e adozione p. 181
e capacità narrativa p. 221
e coppie di omosessuali p. 221
e ecografia p. 30
e desiderio di generare p. 170-171
e generatività p. 172-173
e processo di differenziazione p. 220
e procreazione medicalmente assistita p. 181-182
e riproduzione artificiale p. 221
e stati mentali p. 218
e stili di attaccamento p. 173; 190-191; 218; 219
origine dei sentimenti di – p. 177
maschile p. 189
- Gestazione p. 23; 29
come integrazione e rielaborazione
p. 23
ed identificazione p. 24
e simbolizzazione p. 68
come evento femminile p. 93-94
- Gravidanza p. 63; 122; 140; 154
desiderio di – p. 176
e desiderio di maternità p. 176
e aborto p. 65
e attaccamento prenatale p. 200; 201-202
e lavoro simbolico p. 24
e processo di fusione p. 180
e processo di differenziazione-individuazione p. 24; 32; 180
e rappresentazioni materne p. 24
e stile di accudimento p. 24
integrata p. 24
non integrata p. 24
ristretta o disinvestita p. 24
e regressione p. 24; 27
e sintomi psicosomatici p. 27-28; 63-64
emesi p. 64
gestosi p. 66
ipersonnia p. 64
iperemesi gravidica p. 64
pseudogravidanza o pseudociesi
p. 65; 80
e sogni p. 67
e stress p. 75-76
e sviluppo psicosessuale femminile
p. 68
e sviluppo della mente p. 24
e sviluppo del sé p. 24
e vissuti ambivalenti p. 27
fasi della – p. 26-27; 29; 180
fisiologica e psicologica p. 24
immaginata p. 65
inizio della – p. 26
medicalizzazione – p. 78
momenti critici della – p. 28
negata p. 65
senza maternità p. 180-181
- Handling p. 121; 214
- Holding p. 38; 214
- Identificazione p. 24
proiettiva p. 36
contro – p. 110
- Identità
materna p. 29
- Infant research p. 6; 57; 213

Interazione madre-feto
e trasmissione stati emozionali p. 23

Interruzione di gravidanza (IVG)
e adolescenti p. 180
e maternità p. 180

Intervento p. 3
e compliance p. 3

Istituzione
cambiamenti nell' – p. 106-107; 115
controtransfert istituzionale p. 100
sanitaria p. 102

Maternità
desiderio di – p. 176; 178
e interruzione di gravidanza p. 180
e prendersi cura p. 176
e sterilità p. 181
gravidanza senza – p. 180-181
naturale p. 184 (*vedi Paternità*)

Maturazione
dall'esperienza p. 7
neurobiologica p. 6-7
sensoriale e percettiva p. 41

Memoria
e apprendimento p. 15-16; 21
di funzioni p. 8; 21
implicita p. 8; 52; 178; 212; 214

Mente p. 5-9
e apprendimento p. 1
e cervello p. 7
e coscienza p. 127
e relazionalità p. 143
di gruppo p. 100
nascita della – p. 6; 8; 9; 22; 33; 127-
129; 150; 200-201
nel corpo p. 63

Metacognizione (*vedi anche Funzione
riflessiva*)
e coscienza p. 136-137
e genitorialità p. 218

Modelli operativi interni p. 8
e attaccamento p. 199; 200; 210; 211-
212
e memoria implicita p. 214

Movimenti fetali p. 29; 34; 43
anomali p. 37
e apprendimento p. 29
e attaccamento p. 32; 203
e ecografia p. 31
e memorie p. 29

e movimenti neonatale p. 34
e ormoni p. 34
e sentimenti ambivalenti p. 32
e stile materno p. 77
percezione esagerata dei – p. 33

Nascita p. 93
della mente p. 6; 8; 9; 22; 33; 127-
129; 150; 200-201

Neonato
e mente p. 6

Normalità
della mente p. 7
e patologia p. 1-4
e sindrome p. 1

Object presenting p. 214

Oggetto interno p. 117
buono e cattivo p. 27
e parto p. 39
relazionale p. 29
seno p. 117-118
vagina p. 174
e stili di accudimento materno p. 118

Operatori sanitari p. 115; 148; 217
e corsi di preparazione alla nascita
p. 154

Ospedale Amico dei Bambini
un esempio: Soave p. 108-111

Ostetrica
competenze dell' – p. 160
figura dell' – p. 3; 73; 77; 97; 144;
149; 151; 156; 159; 163; 166
formazione dell' – p. 160-161
e allattamento p. 80
e analgesia epidurale p. 97
e corsi di preparazione al parto
p. 153; 156; 158; 160
e empowerment p. 158
e psicosi puerperale p. 82

Padre (*vedi anche Paternità*) p. 45; 72;
102; 141; 219-220
e allattamento p. 95
e corsi di preparazione alla nascita
p. 79; 141; 153
e couvade p. 187; 190
funzione paterna p. 187; 189
nome del – p. 183

Paranoia primaria p. 73-74

Parto 140

e angosce di morte p. 72-73
depressiva e paranoie p. 73
e angosce e difese delle istituzioni
p. 114-115
e dilemma ostetrico p. 39
e dolore p. 40
e presenza del padre p. 39
fasi del – p. 39
dilatante p. 73
espulsiva p. 73
modalità di – p. 113
premature p. 38
umanizzazione del – p. 149; 167

Paternità (*vedi anche Padre*)
biologica p. 183
couvade p. 189-190
desiderio di – p. 185-186
e bisessualità biologica p. 187
e dipendenza biologica dalla
madre p. 187
e complesso di Edipo p. 187-188
e nominizzazione p. 183-184; 185
e psicosi puerperali p. 189
e sintomi psicosomatici p. 187; 189-
190
fasi di sviluppo della – p. 188
preoccupazione paterna primaria
p. 188
psicologica p. 184
sociale p. 184 (*vedi anche Maternità*)

Patologia
e sviluppo mentale p. 22

Pensiero
ed emozioni p. 165

Percezione
e coscienza p. 137

Perinatalità
ipertecnizzazione della – p. 25
umanizzazione p. 147

Personalità
specificità della – p. 52-53
infantile p. 54

Prenatale
educazione – p. 79
e musica p. 17
Io – p. 19
Sé emergente – p. 19; 132
Triade – p. 140
Vita – e vita neonatale p. 22; 140

Preoccupazione
materna primaria p. 38; 82; 201; 222

- e identificazione p. 82
- e memoria fusiva p. 201
- e regressione p. 82
- paterna primaria p. 188
- Preparazione alla nascita (*o Accompagnamento alla nascita*) p. 152-153; 158; 159
 - corsi di – p. 79; 141; 153-157; 162
 - in Lombardia p. 162-163
 - e psicoprofilassi p. 78-79
 - e il dolore p. 78; 152, 153
 - e taglio cesareo p. 96
 - e tecniche di rilassamento p. 155-156
 - metodologia attiva (Kitzinger) p. 152
 - metodo R.A.T. p. 152
 - tecniche di – p. 97-98
- Procreazione p. 169
 - assistita e rappresentazione mentale p. 10
 - ed erotismo p. 115-116
- Protomentale
 - teoria del – p. 9; 22; 42; 58
- Psichismo fetale p. 6
- Psicologia
 - Clinica Perinatale p. 3; 168
 - Prenatale p. 9-10
 - e scienza p. 51-52
- Psicoprofilassi ostetrica p. 77; 147; 167
 - e anima p. 150
 - dalla – all'educazione alla procreazione, al parto, ecc. p. 167-168
- Psicosi puerperali p. 81-82
 - figura dell'ostetrica p. 82
- Psicosomatica p. 4; 52-53; 166
 - unità – p. 55; 57
 - come strumento metodologico p. 56
 - equilibrio psicosomatico p. 56
 - ginecologica e ostetrica p. 67
 - regolazione – p. 57; 144; 166
 - e criteri diagnostici p. 77
 - e fantasmatica dell'allattamento p. 119
 - e regolazione psicofisiologica della relazione madre-bambino p. 61; 122
- Puerperio p. 81-83
 - depressione puerperale p. 81
 - e costellazione materna p. 83
- Rappresentazione mentale p. 10
 - e procreazione assistita p. 10
- Regressione p. 53; 81
- Relazione, relazionalità p. 3; 166; 168; 209
 - del feto con l'ambiente p. 19; 121
 - e allattamento p. 120-121
 - e attaccamento p. 211
 - e costellazione materna p. 83
 - e memoria implicita p. 212
 - madre-bambino p. 214
 - come regolatore psicofisiologico p. 61; 122
 - deficit nello sviluppo della – p. 54
 - e confusività primaria p. 68
 - e contatti pelle a pelle p. 103
 - e psiche infantile p. 200-201
 - e psicosi puerperale p. 82-83
 - e Sé del neonato p. 61; 214
 - e somatizzazione p. 55
 - e stato di salute del neonato p. 57
 - medico e paziente p. 1-4
- Rêverie p. 8; 62; 144-145; 178; 213; 222
 - e apprendimento p. 8
 - e movimenti fetali p. 36
 - paterna p. 188
 - tra donna e operatori p. 115
- Rientro a casa p. 104
- Riparazione p. 218
 - desiderio di – e generatività p. 174
 - e emozioni p. 219
- Rooming-in p. 103
- Scissione p. 27
- Servizi sociosanitari p. 103
- Sessualità p. 144-145
 - e genitalità p. 68
 - e generatività p. 68; 94; 182-183
 - e maternità p. 170; 176
 - e psiche p. 116
 - e sterilità p. 181
- Sindrome/Malattia p. 1, 52
 - diagnosi e malattia p. 2
 - e normalità/patologia p. 1-4
- Sintonizzazione p. 145
 - affettiva p. 13; 62; 214
- patologica p. 13
- Sistema percettivo p. 11
 - e comunicazione p. 11
- Soggettività attrezzata p. 3
- Somatico
 - allo psichico p. 58
 - somatopsichico p. 69
- Somatizzazione p. 55
- Spazio mentale
 - e spazio transizionale p. 25
- Stato di benessere p. 63
- Sterilità
 - e maternità p. 181-182
 - idiopatica p. 182
- Stile materno
 - facilitante p. 76-77
 - regolatrice p. 76-77
 - e oggetti interni p. 118
- Stress riproduttivo p. 75
- Studio longitudinale vs. trasversale p. 1
- Taglio cesareo p. 96
- Tecniche
 - di osservazione fetale p. 11
 - di rilassamento p. 155-156
- Teoria
 - dei codici affettivi p. 67
 - dell'attaccamento p. 209
 - del Protomentale p. 9; 22; 42; 58
 - della Regressione Fisiologica e dell'Io p. 53
 - della Specificità p. 53
- Terapia
 - Psichica p. 3
- Transgenerazionalità p. 29; 58
- UNICEF p. 106; 123
- Unità gestante-feto p. 25
 - e scambio emotivo-cognitivo p. 25
 - e nascita del pensiero p. 25
- Valutazione
 - e diagnosi p. 2