

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 Prechtel (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

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'arniocentesi, 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-

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.

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 chiaro-scuro, la rimandano a vissuti di incompleteness, incertezza, timore, in una situazione ambigua che talora finisce per rappresentare una "fantasia abortiva" (Soule, 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 rassicurare 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, Bruschiweiler, 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, confermando 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 gestazione 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 scaccia, 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 "cammino 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'esplosione 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 feto 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'incremento di endorfine e catecolamine, che passano al feto; se invece lo stato emotivo è negativo, il feto può subire scariche adrenaliniche. 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 emotogene, 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, borbogli, 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 parlando 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 *rèverie* (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 "réverie" materna, capacità che si esplica attraverso un'attività mentale simile a quella dei sogni (*réves*): 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 ipertonica 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 nella 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 dell'*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 partorientente 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 pregnamente 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 partorientente, 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 partorientente avrà avuto nella sua vita di bimba e di ragazza un buon rapporto con la mamma; altrimenti, una madre con cui la partorientente 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 compartecipe 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 partorientente 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 la fatto che la propria aggressività è sentita come capace di aver distrutto l'oggetto buono (il bimbo). La partorientente 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 differenziatamente 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 settimana la pelle si è formata e a quindici settimane sono presenti i recettori tattili. I feto 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 acquisite 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 inerti 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, cenesestici, 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 psicomatica 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-bimbo (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, metodo 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 affenziali 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-bimbo e di quella triade madre-bimbo-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-bimbo 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 sonore-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 partecipante dell'intero processo della sua nascita, non solo perché in grado di orientarsi e prepararsi fisiologicamente nel canale del parto, ma in quanto partecipante 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 partoriente 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, apprendendo meno coinvolte di quanto in verità nel loro intimo non lo siano. Riferendosi alla loro famiglia 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: adatteranno 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-

ramento 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., Antonoli M., Gambi D. (1978), Intrauterine 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: Pendragon.

- 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 socio-sanitari*, cap. 8. Padova: Piccin.
- Denet 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.
- Ferenczi S. (1914), Il parassita come simbolo della gravidanza. In: *Opere*, vol. 2. Milano: Raffaello Cortina.
- Ferenczi 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: Pietropoli 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 analitica*, 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 transgenerazionalità. *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: IED.
- 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 socio-sanitari*. Padova: Piccin.
- Kestenberg 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 ostetrica 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.RI.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-emeiologici*. *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.
- Natanziel 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.
- Precht 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., Rigetti 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 perinatale et les prémices de la psychosomatique. *Psychological Bulletin*, 35, 712-713.
- Spelt D.K. (1948), The conditionig 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: conceptual or sem... Precht H.F.R. (a cura di),
Cor
tal.
Trevar
cul
19

- Development, 16, 85-103.
- Vries J.I.P., Visser G.H.A., Precht 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.