

## Capitolo 3 PSICOSOMATICA DELLA GRAVIDANZA E DEL PARTO

(Antonio Imbasciati, Loredana Cena)

### 3.1 PSICHE E SOMA: LA PSICOSOMATICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intorno agli anni Sessanta, gli scarsi successi terapeutici relativi all'utilizzo del trattamento psicoanalitico delle sindromi psicosomatiche inducono una certa disillusione nei riguardi della psicoanalisi, con uno spostamento dell'attenzione verso la psicofisiologia o il contesto esistenziale dei pazienti. Le teorie psicosomatiche classiche, direttamente evolute dalla teorizzazione freudiana delle nevrosi, comportano concettualizzazioni di tipo biologico e neurologico superate dalle nuove scoperte della ricerca in psicobiologia evolutiva. Accanto all'ipotesi che conflitti emotivi inconsci possono originare disturbi psicosomatici, viene messa in evidenza (Ruesch, 1948, MacLean, 1954) un difetto della *manifestazione delle emozioni*. MacLean (1949; 1967; 1977) ritrova nei soggetti con patologie psicosomatiche una difficoltà al riconoscimento e alla verbalizzazione delle emozioni. Egli spiega questo deficit (facendo ricorso ad una teorizzazione del cervello trino) come dovuto a una scarsa integrazione tra corteccia cerebrale, sede dei processi più strettamente cognitivi, e sistema limbico, sede dell'attività emotiva. Dunque la possibilità di una manifestazione psichica delle proprie emozioni nella coscienza o nella condotta, si presenta come espressione di uno stato di benessere nell'individuo. All'inverso, una difficoltà di estrinsecazione delle emozioni, con corrispondenti deficit delle connessioni tra le suddette zone cerebrali<sup>1</sup>, genererebbe la tendenza alla psicosomatosi. Ruesch (1948; 1957) individua nei pazienti psicosomatici oltre a problematiche relative ad una mancata espressione verbale e simbolica delle emozioni, anche una *personalità infantile*. Tale proposta si connota come una delle prime alternative al conflitto psichico, verso una teorizzazione della patologia psicosomatica basata su un *difetto di struttura*. Ruesch segnala inoltre come problematiche connesse alla relazione madre-bambino siano determinanti per lo sviluppo della capacità di espressione emotiva.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

psiche-soma rivela così sempre più la sua unitarietà.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

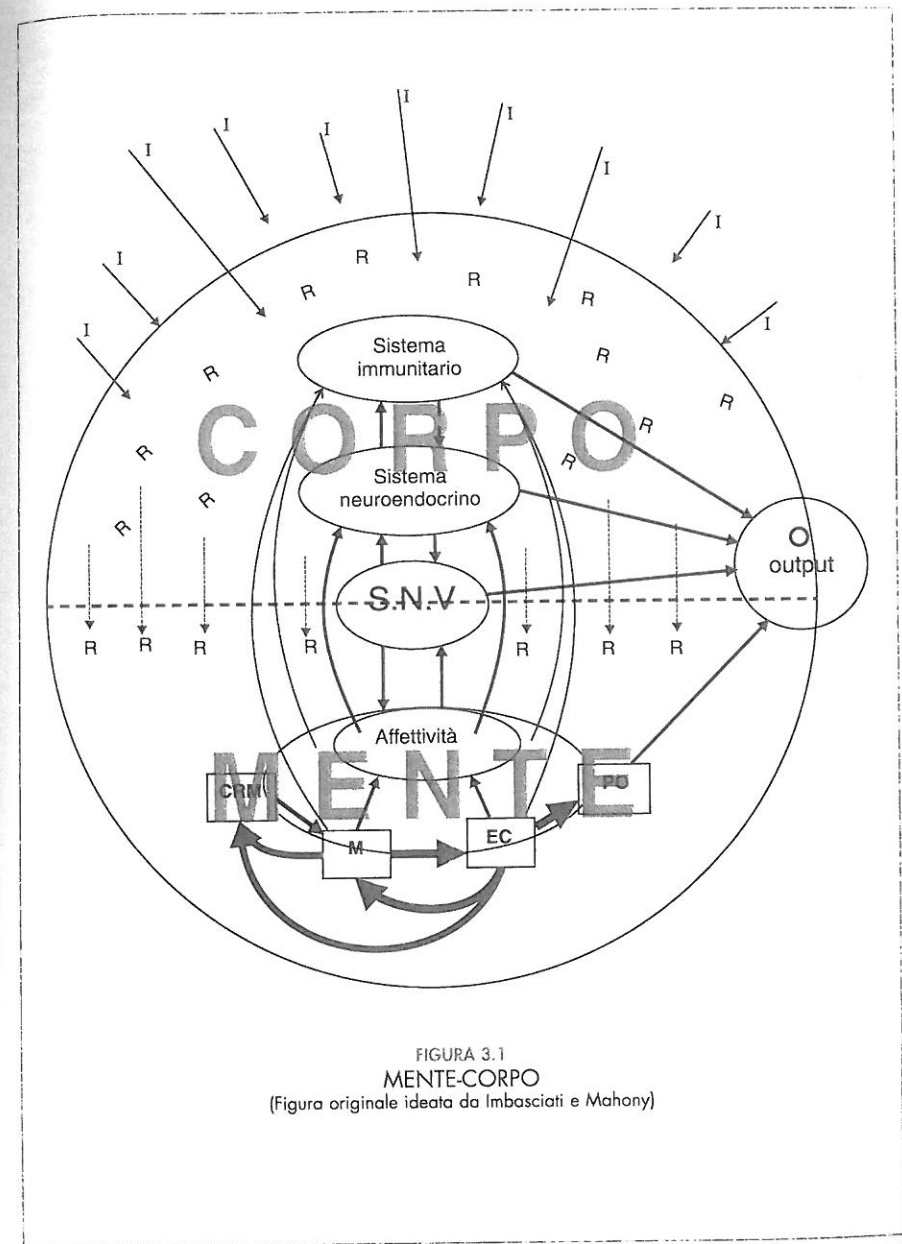


FIGURA 3.1  
MENTE-CORPO  
(Figura originale ideata da Imbasciati e Mahony)

FIGURA 3.1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.3 PSICOSOMATICA GINECOLOGICA E OSTETRICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una sindrome originata dal desiderio di maternità è la cosiddetta gravidanza immaginaria, la pseudocesi o pseudogravidanza o gravidanza spuria. Un'amenorrea psicosomatica può manifestarsi, isolatamente o con altri sintomi come anoressia, lipotimie, vomito, nausea, in concomitanza con la credenza di essere incinte. Questa ultima sindrome sarebbe correlata ad un desiderio di gravidanza. Se una mancata gravidanza comporta un intenso disagio emotivo nel contesto personale e sociale, il desiderio può alimentare lo sviluppo di un complesso squilibrio funzionale di più organi e pertanto la pseudocesi. In questa sindrome si osservano tutte le funzioni della gestazione, dalle modificazioni utero-ovariche, all'inturgidimento delle mammelle, sino alla secrezione di latte, all'iperemesi, alle modificazioni endocrine (Piscicelli, 1977), a dimostrazione saliente di quanto i fattori psichici modulino i processi organici<sup>2</sup>.

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

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

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

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



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

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

La *gestosi* è definita come una sindrome multifattoriale (Pancheri, 1984) che si manifesta nel terzo trimestre di gravidanza con una sintomatologia triadica: edemi, proteinuria, ipertensione (EPH gestosi). Nelle crisi più gravi possono presentarsi crisi convulsive (eclampsia) ed anche morte della paziente. È una patologia grave che comporta anche la mortalità perinatale. La patogenesi della sindrome peraltro non è ancora ben definita, ha carattere concausale: più spesso ischemia placentare e/o eccesso di alcuni corticosteroidi; circa l'etiologia<sup>3</sup> sono state avanzate differenti ipotesi tra cui soprattutto quella psicosomatica: una situazione psichica, di solito caratterizzata dal rilievo di ansia, può essere causa di una enorme stimolazione simpatica che può provocare una vasocostrizione dei vasi uterini o altri eventi nel corpo materno (Myers, 1979) con conseguente ritardo della crescita fetale e/o morte intrauterina. Altre situazioni psichiche, o forse "strutture psichiche", possono essere invocate nell'origine prima delle gestosi. È stato per esempio riscontrato che le gravide affette da gestosi presentano maggiori disturbi psichici rispetto alle donne normali, e spesso il rilievo anamnestico di un comportamento abnorme durante l'infanzia; o talora un rapporto di coppia insoddisfacente. Spesso le donne

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>3</sup> Si ricorda la differenza tra patogenesi e etiologia.

hanno alimentato la presenza di rappresentazioni interne persecutorie e cattive.

Se la espressione degli affetti attraverso i processi di simbolizzazione non è possibile per la eccessiva ambiguità e confusività, il sistema simbolico primario intraprende la "strada somatica", attraverso la manifestazione di disturbi psicosomatici. I disturbi che si presentano alla pratica clinica, come la frigidity, il vaginismo, la dispareunia, che sono disturbi prevalentemente psichici con riflessi somatici hanno origine, secondo Fornari, da una confusione semantica e sintattica di base. La paura nella donna di essere ferita dal pene, la paura della gravidanza, l'invidia e l'ostilità verso l'uomo, che si ritrovano nei casi di frigidity, vengono fatti risalire al fatto che il pene, il bambino e l'uomo sono simbolizzati nella mente di quella donna come cattivi. Normalmente, invece, il pene, il bambino e l'uomo, ad un livello sessuale genitale<sup>4</sup> e di generatività, hanno prevalentemente connotazioni buone, sotto forma di pene, di bambino e di uomo che generano la vita: sessualità e generatività hanno consonanza semantica coinemica positiva. Nei casi di frigidity invece, pene, bambino e uomo sono confusi con referenti portatori di morte. Nel vaginismo, inteso come repulsione o come difesa ad oltranza da ogni invasione, il pene viene simbolizzato come nemico, oggetto cattivo da cui appunto difendersi, anziché come oggetto buono da accogliere dentro di sé. Nella dispareunia la simbolizzazione del ricevere dispiacere da un pene cattivo sollecita lo strutturarsi a livello del S.N.C. di percezioni dolorose, riferite alla fisicità del coito. Analoga simbolizzazione si ritrova nelle algie pelviche, siano esse o no connesse al coito.

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

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

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

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

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

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

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

### 3.4 IL PARTO E IL DOLORE

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

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

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

Come per tutti i dolori, la percezione viene modulata (esaltata o attenuata, in qualche caso soppressa) dall'elaborazione spinale, ma soprattutto da quella encefalica. È noto infatti come si possa avvertire il dolore a seconda delle condizioni psichiche in cui ci si trova. Queste, per il dolore da parto, hanno un grande rilievo (Margaria, Sinigaglia, Grea, Meduri, 2001). L'elaborazione del dolore avviene a vari livelli, diencefalici e corticali (Biella, 2001; Zucchi, Agrò, Vecchiet, Ischia, Gedda, 1995), ed è in particolare relazione con le strutture encefaliche dell'emotività (cervello mesolimbico). Nel parto dunque la situazione emotiva della donna incide notevolmente sulla percezione del dolore. Per situazione emotiva si intende ovviamente ciò che avviene nella struttura affettiva profonda e cioè tutti i processi psichici non consapevoli che regolano tutto l'organismo e modulano sia i processi cognitivi che quelli somatici. Non si intende dunque semplicemente l'emozione evidente, o avvertita dal soggetto. Pertanto tutto quanto viene descritto come costruzione delle strutture della psicosessualità femminile (sviluppo della bambina fino alla donna: cfr. Imbasciati, 1990) costituisce il quadro in cui il dolore viene modulato. Così, a seconda di questa struttura, gli stimoli fisiologici provenienti dalle contrazioni viscerali e dalle distensioni dei tessuti pelvici sortirà esito differente: alcune donne possono sentire molto dolore, altre un dolore trascurabile<sup>5</sup>, anzi ogni singola donna sentirà il suo specifico dolore.

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.5 LA "PAURA DEL PARTO": INTERPRETAZIONI PSICODINAMICHE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.6 LA RICERCA NELLA PSICOSOMATICA DELLA GRAVIDANZA E DEL PARTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rispetto poi agli effetti non positivi dell'analgisia sul decorso del travaglio-parto e sul neonato, sono interessanti sono le valutazioni di alcune ricerche: è stato rilevato che a seguito dell'analgisia epidurale è possibile si verifichino malposizioni fetali e la presenza di una maggiore frequenza di parti strumentali, con un aumento di distocie e di sofferenza fetale (Habere, 1991; Benedetto, Zonca, Bonino, Carmigani, Garetto, Marini, Masuelli, Margaria, 2003). Del resto l'analgisia negli animali può produrre vistose alterazioni delle attitudini di accudimento<sup>6</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

### 3.7 LA PSICOPROFILASSI, ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA, EDUCAZIONE PRENATALE

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

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

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

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

Si parla infatti oggi non più tanto di "psicoprofi-

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

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

La nostra trattazione degli aspetti psicologici

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

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

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

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

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

### 3.8 PUERPERIO, ALLATTAMENTO, POST-PARTUM BLUES E DEPRESSIONE

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

Il corpo della puerpera è soggetto a modificazio-

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Aarts M.C., Vingerhoets A.J. (1993), Psychological factors and intrauterine fetal growth: a prospective study. *Journal Psychosomatic Obstet. Gynecol.*, 14, 249-258.

Acciario M. (1985), *Gravidanza senza maternità*. Roma: Armando.

Amadei G. (2005), *Come si ammala la mente*. Bologna: Il Mulino.

Ammaniti M. (1991), *Narrazioni materne in gravidanza e stile di attaccamento infantile*. In Ammanniti M., Stern D.N. (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*. Roma: Laterza.

Ammaniti M. (1992), *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

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

Aragona I., Braibanti E., Versolatti I. (1982), *Partorire senza violenza*. Edizioniemme.

Badolato G. (1993), *Identità paterna e relazione di coppia. Trasformazione dei ruoli genitoriali*. Giuffrè, Milano.

Baglio G., Spinelli A., Donati S., Gandolfo M.E., Osborn J. (2000), Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Am. Ist. Sup. Sanità*, 36(84), 465-478.

Bahnsen C.B. (1981), Stress and cancer; the state of the art. *Psychosomatics*, 22, pag. 202-220.

Bahnsen C.B. (1982), Psychosomatic issues in cancer. In: Gallon L. (a cura di), *The Psychosomatic Approach to Illness*. New York: Elsevier Biomedical.

Balaskas J., Gordon Y. (1992), *Manuale del parto in acqua*. Como: Red.

Baldaro Verde J. (1987), *Avere un figlio o essere genitori?* Milano: Franco Angeli.

Bartolotti A. (2002), Lo psicologo della salute e la psicoprofilassi ostetrica. *Nascere*, 87(3), 1.

Benedek T. (1952), The psychosomatic implications of the primary unit: mother-child, *American Journal Orthopsychiat.*, 19, 642-654.

Benedek T. (1959), Parenthood as a developmental phase: a contribution to libido theory. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 7, 389-417.

Benedetto C., Massobrio M. (2004), *Psicosomatica in Ginecologia e Ostetricia*. Roma: CIC.

Benedetto C., Zonca M., Bonino L., Carmigani D., Garetto A., Marini S., Masuelli G., Margaria E. (2003), Effetti dell'analgesia epidurale sul decorso travaglio-parto e sul neonato. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.

Benesova O., Pavlik A. (1989), Perinatal treatment with glucocorticoid and the risk of maldevelopment of the brain. *Neuropharmacology*, 28, 89.

Berardi N., Pizzorusso T. (2006), *Psicobiologia dello sviluppo*. Bari: Laterza.

Berkowitz G.S. (1983), The role of psychological factors in spontaneous preterm delivery. *Journal Psychosomatic Res.*, 27, 283-290.

Bertolini M., Giannakoulas A., Hernandez B. (2003), *La tradizione winnicottiana*. Roma: Borla.

Bestetti G., Regalia A. (2006), *Il dolore è... nel parto*. Milano: Mimesis.

Bibring G.L. (1959), Some consideration of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic study of the child*, 14, 113-121.

Biella G.E.M. (2001), Ruolo della corteccia frontale nel dolore. In: Tiengo M.A. (a cura di), *La percezione del dolore: ruolo nella corteccia frontale*. Milano: Springer.

Biella G.E.M., Revelli A., Revelli E. (1988), *Partorire insieme*. Roma: Armando.

Binda W. (1990), Dalla diade alla triade familiare. In: Scabini E. (a cura di), *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Milano: Franco Angeli.

Binda W., Rosnati R. (1997), Un evento cruciale per la famiglia: la nascita del primo figlio. In: Binda W. (a cura di), *Diventare famiglia*. Milano: Franco Angeli.

Bion W.R. (1962a), *Learning from experience*. London:

Heinemann. Trad. it. *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.

Bion W.R. (1962b), *Una teoria del pensiero*. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.

Bion W.R. (1965), *Trasformazioni*. Roma: Armando, 1973.

Bion W.R. (1970), *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando, 1970.

Biondi M., Pancheri P. (1994), Stress. In: Pancheri P., Cassano G.B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson.

Biondi M., Pancheri P. (1999), Lo stress: psiconeurobiologia e aspetti clinici in psichiatria. In: Pancheri P., Cassano G.B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson.

Bitzer J. (2003), Il dolore in ostetricia e ginecologia. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.

Black B.P. (1995), Comparison of pregnancy symptom of infertile and fertile couples. *J. Perinat. Neonat. Nurs.*, 2, 1-9.

Blondel B., Breart G., Berthouy Y. (1992), Home uterine monitoring in France: a randomised controlled trial. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 167, 424-429.

Bogetto F., Salvi V., Maina G. (2004), Disturbi d'ansia e disturbi dell'umore in gravidanza: terapie farmacologiche e non farmacologiche. In: Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica ostetrica e ginecologica*. Roma: CIC.

Bonen A., Campagna P., Gilchrist L., Young D.C., Beresford P. (1992), Substrate and endocrine responses during exercise at selected stages of pregnancy. *J. Applied Physiol.*, 73, pag. 134-142.

Bowlby J. (1969), Attaccamento e perdita. Vol. I: *L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1972.

Bowlby J. (1973), Attaccamento e perdita. Vol. 2: *La perdita della madre*. Torino: Boringhieri, 1978.

Bowlby J. (1979), *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock. Trad. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Cortina, 1982.

Braibanti L., Braibanti P. (1980), *Nascere meglio*. Roma: Editori Riuniti.

Breen D. (1992), Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale. In: Ammanniti M. (a cura di), *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Burger J., Horowitz S.M., Foryth B.W. (1993), Psychological sequelae of medical complications during pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 93, 566-571.

Bydlowski M. (2003), La trasparenza psichica della donna incinta. In: Maggioni C., Mimoun S. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetrica psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.

Carducci B., Savone R., D'Alessio M.C., Iannello F., Caruso A. (2003), Effetti del dolore sull'unità materno-fetale. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.

Cena L., Gaglia C. (1992), Psicoprofilassi: area di mediazione tra cultura medica e cultura psicologica? *Nascere*, 57, 22-25.

Cepicky P., Mandys F. (1989), Reproductive outcome in women who lost their husband in the course of pregnancy. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 30, 137.

Chapman H.A., Hobfoll S.E., Ritter C. (1997), Partners stress underestimations led to women's distress: a study of pregnant inner-city women. *Journal Pers. Soc. Psychol.*, 73, 418-425.

Ciolfi P., Parlavaccchio E., Onorati E., Russo R. (2003), La psicoprofilassi ostetrica oggi. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.

Ciolfi P., Parlavaccchio E., Russo R. (2001), *La psicoprofilassi sa rispondere alla domanda dei nuovi genitori?* Atti LXXVII, Roma: SIGO.

Ciolfi P., Vizzaccaro F., Russo R. (2001), *Attualità della psicoprofilassi ostetrica*. Atti VIII Convegno Nazionale A.GI.CO. Roma.

Cisternino A., Scibilia G. (2003), L'assistenza alla nascita ed i problemi della comunicazione. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.

Clifton V.L., Read M.A., Leitch I.M. (1994), Corticotropin-releasing hormone-introduced vasodilatation in the human fetal placental circulation. *Journal Clin. Endocrinol. Metab.*, 79, 666-669.

Colombo G., Pizzini F., Regalia A. (1987), *Mettere al mondo*. Milano: Franco Angeli.

Condon J.T. (1993), The assessment of antenatal emotional attachment: Developments of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.

Consoli S.M. (2003), Apporti della psiconeuro-immunologia alla prospettiva psicosomatica. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato ginecologia ostetrica psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.

Cramer B. (1994), Le fonctionnement psychique dans le post-partum et son rôle dans l'épingleage d'identité. *Devenir*, 6, 15-21.

Cramer B., Stern D.N. (1988), Evaluation des changements relationnels au cours d'une psychothérapie breve mere-nourrisson. In: Cramer B. (a cura di), *Psychiatrie du bébé, nouvelles frontières*. Paris: Eshel. *Médecine et Hygiène*.

Crandon A.J. (1979a), Maternal anxiety and neonatal well being. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 113-115.

Crandon A.J. (1979b), Maternal anxiety and obstetric complications. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 109-111.

Cranley M.S. (1981), Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30, 281-284.

D'Alessio M. (1988), (a cura di). *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*. Roma: NIS.

- D'Alessio M., Fiandaca A. (1990), La costruzione dell'interazione nell'allattamento. In: D'Alessio M. (a cura di) (1988), *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*. Roma: NIS.
- Dalton K. (1971), Prospective study into puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 118, 689-692.
- Dantzer R. (2003), Stress e riproduzione: aspetti psico-neuroendocrini. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetrica psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- De Beauvoir S. (1951), *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard. Trad. It. *Il secondo sesso*. Milano: Il saggiatore, 1984.
- De Lee J.B., Greenhill J.B. (1951), *Principles and practice of obstetrics*. Philadelphia and London: Saunders Company.
- De Simone M.G., Calugi A., Piccione E. (2003), Paura-dolore-tensione nella donna d'oggi dal parto al puerperio. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Demyttenaere K., Maes A., Nijs P. (1995), Coping style and preterm labor. *Journal Psychosomatic Obstet. Gynecol.*, 16, 109-114.
- Deutsch F. (1927), *Psychoanalysis and internal medicine. Evolution of psychosomatic concepts. Anorexia Nervosa*. A Paradigm. London: Hogarth Press, 1965.
- Deutsch F. (1939), Associative anamnesis. *Psychoanal. Quart.*, 8, pag. 354-381.
- Deutsch F. (1953), *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Deutsch F. (1959), *Il misterioso salto dalla mente al corpo*, Firenze, Martinelli, 1975.
- Deutsch H. (1945), *Psicologia della donna*. Vol. 1-2. Torino. Boringhieri.
- Dunbar H.F. (1943), *Psychosomatic diagnosis*, New York: Columbia University Press.
- Emde R.N., Buchsbaum H.K. (1993), Verso una teoria psicoanalitica degli affetti: sviluppo emotivo e comunicazione nell'infanzia. In: Riva Crugnola C. (a cura di) *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Milano: Cortina.
- Engel G.L. (1962), *Medicina psicosomatica e sviluppo psicologico*. Bologna: Cappelli.
- Engel G.L. (1977), The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel G. L., Schmale A.H. (1967), Psychoanalytic theory of somatic disorder: Conversion, specificity and the disease onset situation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 15, 344-365.
- Erikson M. (1982), *La natura dell'ipnosi*. Roma: Astrolabio.
- Facchinetti F., Ottolini F., Fazio M. (2004), Evidenze di correlazione fra stress psicosociale e ipercontrattilità uterina. In: Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica ostetrica e ginecologica*. Roma: CIC.
- Fangman J.J., Mark P.M., Pratt L. (1994), Prematurity prevention programs: an analysis of successes and failures. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 170, 744-750.
- Fava G.A., Freyberger H.J., Bech P., Christodoulou G., Sensky T., Theorell T., Wise T.M.N. (1995), Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychoter. Psychosomatic*, 63, 1-8.
- Fava Vizziello G.M., Antonoli M., Cocci V., Invernizzi R., Stern D.N. (1992), *Dalle cure materne all'interpretazione*. Milano: Cortina.
- Ferenczi S. (1926), Nevrosi d'organo e loro trattamento. In: *Psicoanalisi delle abitudini sessuali*, Vol.III. Rimini: Guaraldi.
- Ferraro F., Nunziante Cesaro A. (1985), *Lo spazio cavo e il corpo saturato*. Milano: Franco Angeli.
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina.
- Forleo R., Forleo F. (2003), Per una pedagogia medica nell'approccio psicosomatico alla ginecologia. In: Piccione M. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Forleo R., Pagliai G., Pellegrini M.G., Forleo P. (2004), Ieri, oggi, domani, nella psicoprofilassi ostetrica alla luce degli ultimi anni di conduzione di corsi di preparazione ed accompagnamento della coppia in gravidanza e parto. In: Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica ostetrica e ginecologica*. Roma: CIC.
- Fornari F. (1966), *La vita affettiva originaria del bambino*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari F. (1975), *Genitalità e cultura*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari F. (1976a), *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari F. (1976b), Codice materno e disturbi della personalità. *Gin. Psicosomatica e Psicoprofilassi Ost.* Atti I Congr. Italo-Francese Psicop. Ost. Venezia. Padova: Piccin.
- Fornari F. (1978), *L'Edipo e le angosce della gravidanza e del parto*. Atti II Congr. Psicoprofilassi ostetrica. Biarritz.
- Fornari F. (1979), Psicosomatica pregenitale della femminilità. In: Piscicelli U. (a cura di), *Psicosomatica ginecologica*. Padova: Piccin.
- Fornari F. (1981), *Il codice vivente*. Torino: Boringhieri.
- Fornari F. (1989), Trauma della nascita e paranoia primaria. In: Cerutti R. (a cura di), *La psicoprofilassi ostetrica italiana*. Padova: CLEUP.
- Freidman M., Rosenman R. (1959), Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J. Amer. Assn.*, 169, 1286-1296.
- Freud A. (1961), L'Io e i meccanismi di difesa. Firenze: Martinelli, 1967.
- Gandolfo M., Donati S., Giunti A. (2004), Indagine conoscitiva nel percorso nascita. (2002). Aspetti metodologici e risultati nazionali. *Riv. It. Med. Perinatale*, 6, 6-8.
- Giles W.B., Mclean M., Davies J.J., Smith R. (1996), Abnormal umbilical artery Doppler waveform and cord blood corticotropin-releasing hormone. *Obstet. Gynecol.*, 87, 107-111.
- Giuliani C. (1997), Il ruolo degli operatori dell'evento nascita. In: Binda W. (a cura di), *Diventare famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Glynn L.M. (2001), When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 184, 637-642.
- Goland R.S., Jozak S., Warren W.B. (1993), Elevated levels of umbilical cord plasma corticotropin-releasing hormone in growth-retarded fetuses. *Journal Clin. Endocrinol. Metab.*, 77, 1174-1179.
- Grace W.H., Graham D.T. (1952), Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases. *Psychosom. Med.*, 14, 243-251.
- Graham F.K. (1962), Specific attitudes in initial interviews with patients having different psychosomatic diseases. *Psychosomatic Med.*, 24, 257-265.
- Gramsbergen A., Mulder E.H.J. (1998), The influence of betamethasone and dexamethasone on motor development in young rats. *Pediatr. Res.*, 44, 105-110.
- Grandi S., Fava G.A. (2003), La sintomatologia psicosomatica nuovi approcci diagnostici. In: Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC.
- Greco P., Palma R. (1997), *Preparazione acquatica al parto*. Como: Red.
- Groddeck G.W. (1925), *The Meaning of Illness. Selected Psychoanalytic Writings*. London: Hogarth Press.
- Groddeck G.W. (1926), *Il libro dell'Es*. Milano: Adelphi, 1966.
- Grussu P., Nasta M.T., Quattraro R.M., Sichel M., Cerutti R. (2001), La salute psicologica del I anno dopo il parto: studio longitudinale su un campione di donne primipare. *Giornale Italiano di Psicologia*, Vol. XXVIII, 1, 133-155.
- Habere J.P. (1991), Analgesia peridurale in ostetricia. In: Gauthier-Lafaye P. (a cura di), *Manuale di anestesia locoregionale*. Milano: Masson.
- Hagoel L., Van-Roalte R., Kalekin-Fishman, D. (1995), Psychosocial and medical factors in pregnancy outcomes: a case study of Israeli woman. *Soc. Sci. Med.*, 40, 567-571.
- Handley S.L., Dunn T., Baker J.M., Cokott C., Gould S. (1977), Mood changes in puerperium and plasma thyptophan and cortisol concentration. *British Medical Journal*, 2, 18-22.
- Hansen D., Lou H.C., Olsen J. (2000), Serious life events and congenital malformations: a national study complete follow-up. *Lancet*, 200, 356, 875-880.
- Hartmann H., Kris E., Loewenstein R.M. (1946), Considerazioni sulla formazione della struttura psichica. In: *Scritti di psicologia psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1989.
- Haynal A., Pasini W. (1978), *Medicina psicosomatica*. Milano: Masson.
- Hedegaard M., Henriksen T.B., Sabroe S., Secher N.J. (1993), Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal*, 307(6898), 234-239.
- Heinroth J.C.A. (1818), *Lehrbuch der Storungen des Seelenlebens oder der Seelenstorungen und ihrer Behandlung*. Lipsia: Vogel.
- Hickey C.A. (1995), Relationship between psychosocial status to low prenatal weight gain among non obese black and white women delivering at terme. *Obstet. Gynecol.*, 86, 177-183.
- Hill W.C., Fleming A.D., Martin R.W. (1990), Home uterine activity monitoring is associated with a reduction in preterm birth. *Obstet. Gynecol.*, 76, 13S-18S.
- Hobel C.J., Roors M.G., Bemis R.L. (1994), The West Los Angeles Preterm Prevention Project. Program impact on high-risk women. *Am. J. obstet. Gynecol.*, 170, 54.
- Hodnett E.D. (2003), Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database of systematic Reviews*, 1.
- Hofer M.A. (1983a), The mother-infant interaction as a regulator of infant osychology and behavior. In: Roseblum L., Moltz H. (a cura di), *Symbiosis in Parent-offspring interactions*. New York: Plenum.
- Hofer M.A. (1983b), On the relationship between attachment and separation processes in infancy. In: Plutchick R. (a cura di), *Emotion, theory, research and experience*. New York: Academic Press.
- Hofer M.A., Sullivan, R.M. (2001), Toward neurobiology of attachment. In: Nelson C.A., Luciana M. (a cura di), *Handbook of developmental cognitive neuroscience*. Cambridge MA: MIT.
- Honnor M.J., Zubrick S.R., Stanley F.J. (1994), The role of life events in different categories of preterm birth in a group of women with previous poor pregnancy outcome. *European Journal Epidemiol.*, 10, 181-188.
- Howell C.J. (2001), *Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour*. The Cochrane Library.
- Hueston W.J., Knox M.A., Eilers G. (1995), The effectiveness of preterm birth prevention educational programs for high-risk women: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.*, 86, 705-712.
- Iams J.D., Johnson F.F., O'Shaughnessy R.W. (1988), A prospective random trial of home uterine activity monitoring pregnancies at increased risk of preterm labor. II. *American Journal Obstet. Gynecol.*, 159, 595-603.
- Imbasciati A. (1983a), Strutture protomentali nell'atteggiamento psicoterapeutico e in quello conoscitivo. *Psicologia clinica*, 2(1), 11-41.
- Imbasciati A. (1983b), *Sviluppo psico sessuale e sviluppo cognitivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati A. (1994a), *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*. Torino: Utet.

- Imbasciati A. (1994b), Psicosomatica ostetrica e Istituzione Ospedaliera. *Nascere*, 12(1), 22-31.
- Imbasciati A. (1998a), Difficoltà nell'umanizzazione della medicina e ruolo dell'Ostetricia. *Nascere*, 16(75), 8-12.
- Imbasciati A. (1998b), *Nascita e costruzione della mente*. Torino: Utet.
- Imbasciati A. (1999), Umanizzazione della medicina e criteri di scientificità. *Nascere*, 17(78), 13-16.
- Imbasciati A. (2004), A theoretical support for transgenerationality: the theory of Protomentale. *Psychoanal. Psychol.*, 83-98.
- Imbasciati A. (2005), *Psicoanalisi e cognitivismo*. Roma: Armando Editore.
- Imbasciati A. (2006a), *Constructing a mind*. London: Brunner & Routledge.
- Imbasciati A. (2006b), *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati A., Calorio D. (1981), *Il protomentale*. Torino: Boringhieri.
- Imbasciati A., Ghilardi A. (1993), *AIDS: Psicologia Medica per gli operatori*. Milano: Giuffrè.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2005), *Compendio di psicologia per operatori socio-sanitari*. Padova: Piccin.
- Imparato E., Scarabelli C., Lanati L., Massone L., Moro V. (1987), La partecipazione del partner alle sedute degli esercizi preparatori al parto. Considerazioni sulla dinamica di coppia. *Nascere*, 3, 10-13.
- Jones S.A., Brooks A.N., Challis J.R. (1989), Steroids modulate corticotropin releasing hormone production in human fetal membranes and placenta. *Journal Clin. Endocrinol. Metab.*, 68, 825-830.
- Kaplan C.D., Kaplan H.I. (1967), Current concepts of psychosomatic medicine. In Freedman A.M., Kaplan H.I., Sadock B.J. (a cura di) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kitzinger S. (1978), *Women as mother*. Oxford.
- Klaiber E.L., Broverman D.M., Vogel W., Kobayashiy J., Monarthy D. (1972), Effect of estrogen therapy on plasma MAO activity and EEG driving response of depressed women. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1492-1498.
- Klaus M.H., Kennel J.H., Klaus P.H. (1984), *Far da madre alla madre*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Kohut H. (1971), *The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder*. New York: International Universities Press. Trad. it. *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, 1976.
- Kreisler L., Cramer B. (1981), Sur les bases clinique de la psychiatrie du nourrisson. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 19, 223-263.
- Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., Mattila H., Ylikorkala O. (2000), Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet. Gynecol.*, 95, 487-490.
- Lamaze F., Vellay P. (1952), L'accouchement sans douleur par la methode psychophysique. *Gac. Med. Franc.* 59, 1445-60.
- Landbergis P.A., Hatch M.C. (1996), Psychosocial work stress and pregnancy-induced hypertension. *Epidemiology*, 7, 346-351.
- Leboyer F. (1975), *Per una nascita senza violenza*. Milano: Bompiani.
- Lemoine-Luccioni E. (1976), *Il taglio femminile*. Roma: Ediz. delle donne.
- Lepori B. (1992), *La nascita ed i suoi luoghi. Nuovi modi e nuovi spazi per venire al mondo*. Como: RED.
- Leung T.N., Chung T.K.H., Madsen G., Mclean M., Chang A.M.Z., Smith Z. (1999), Elevated mid-trimester maternal corticotrophin-releasing hormone levels in pregnancies that delivered before 34 week. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 106, 1041.
- Lichtenberg J.D. (1983), *Psychoanalysis and infant research*. Hillsdale NY: The Analytic Press. Trad. it. *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*. Roma: Astrolabio, 1988.
- Lipowski Z.J. (1984), What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46, 153-171.
- Lou H.C., Hansen D., Nordentoft M., Pryds O., Jensen F., Nim J. (1994), Prenatal stressor of human life affect fetal brain development. *Dev. Med. Child Neurol.*, 36, 826.
- Lucini D., Strapazzon P., Maggioni L., Pagani M. (1999), Cardiac autonomic adjustment to normal human pregnancy: insight from spectral analysis of R-R interval and systolic arterial pressure variability. *Journal of Hypertension*, 17, 1899-1904.
- MacLean P.D. (1949), Psychosomatic disease and the "visceral brain". *Psychosom. Med.*, 11, 338-353.
- MacLean P.D. (1954), Studies on limbic system (visceral brain) and their bearing on psychosomatic problem. In: Wittkower E.D., Cleghorn R.A. (a cura di), *Recent developments in Psychosomatic Medicine*, London, Isaac Pitman.
- MacLean P.D. (1967), The brain in relation to empathy and medical education. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 144, 374-382.
- MacLean P.D. (1977), The triune brain in conflict, Psychother. *Psychosom.*, 28, 207-220.
- Maggioni C. (2004), Fattori psicologici di rischio e patologie ostetriche. In Benedetto C., Massubrio M., *Psicosomatica in ginecologia e ostetricia*. Roma: CIC.
- Maggioni C., Mimoun S. (2003), Ostetricia e psicosomatica. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia-ostetricia psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Maiello Hunzinger S. (1983), Gravidanza e parto come esperienza di contenimento e separazione. In: *Chi ha paura della cicogna?* Atti convegno Assessorato servizi sociali Provincia di Roma, Cooperativa DO.RIS.
- Mamelle N. (1983), La premature, un fleau social: mythe ou realite? (cahiers du nouveau-ne) Paris: Stock.
- Marnelle N., Laumon B., Lazar P. (1984), Prematurity and occupational activity during pregnancy. *American Journal Epidemiol.*, 119, 309-322.
- Marnelle N., Seguilla M., Munoz F., Berland M. (1997), Prevention of preterm birth in patient with symptoms of preterm labor. The benefit of psychological support. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 177, 947-952.
- Mann E.C. (1956), Psychiatric investigation of abtuitual abortion, preliminary report. *Obstet. Gynec.*, 7, 589.
- Mann E.C. (1957), The role of emotional determinants in habitual abortion. *Surgical Clinics of North America*, 37, 447-458.
- Margaria A., Sinigaglia R., Grea A., Meduri E. (2001), Le motivazioni psicologiche ed il vissuto personale nel dolore da parto. In: Tiengo M.A. (a cura di), *La percezione del dolore: ruolo della corteccia frontale*. Milano: Springer.
- Margolin S.G. (1953), Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological process. In: Deutsch F. (a cura di), *The psychosomatic Conception in psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Margotta R. (1968), *La medicina nei secoli*. Milano: Mondadori.
- Marty P., de M'Uzan M., David C. (1963a), *L'investigation psychosomatique*. Paris: Les Presses Universitaires de France.
- Marty P., de M'Uzan M., David C. (1963b), La pensée opératoire. *Revue Française de Psychoanalyse*, 27(suppl.), 1345-1356.
- Master W.H., Johnson V.E. (1961), The physiology of the vaginal reproductive function. *West. J. Surg.*, 69, 105-120.
- Matte Blanco I. (1984), *Concetti basilari per una medicina psicosomatica*. Firenze: USES Edizioni Scientifiche.
- Matthews S.G. (2000), Antenatal glucocorticoids and programming of the developing. *ANS Pediatr. Res.*, 47, 291-300.
- McIntosh L.J., Roumayah N.E., Bottoms S.F. (1995), Perinatal outcome of broken marriage in the inner city. *Obstet. Gynecol.*, 85, 233-236.
- McKeown T., Gibson J. (1954), A note on menstruation and conception during lactation. *Journal Obstetric. Br. Emp.*, 61, 824-826.
- Mehl L.E. (1988), Psychosocial intervention in threatened premature labor. *Pre- and Peri-Natal Psychology*, 3, 41-52.
- Mimoun S., Maggioni C. (2003), *Trattato di ginecologia ostetrica e psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Miraglia F. (1957), *Preparazione al parto*. Milano: Rizzoli.
- Miraglia F. (2005), *Per una cultura del nascere*. Milano: Rubbettino.
- Missionier S. (2003), Aspetti psicologici e psicopatologici del puerperio. Genitori, neonati, curanti, tra creatività e vulnerabilità. In: Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato ginecologia ostetrica psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Morin K.H. (1995), Obese and non-obese postpartum women: complication, body image, and perception of the intrapartum experience. *Appl. Nurs. Res.*, 8, 81-87.
- Mosconi G. (1960), *La tecnica dell'ipnosi in ostetricia*. Padova: Cortina.
- Mosconi G. (1974), *L'ipnosi per partorire*. Padova: Piccin.
- Mosconi G. (1987), *Training ipnotico*. Padova: Piccin.
- Mou S.M. (1991), Multicenter randomized clinical trial of home uterine activity monitoring for detection of preterm labor. *American Journal Obstet. Gynecol.*, 165, 858-866.
- Mulder E.J.H., Robles De Medina P.G., Huizink A.C., Van Den Bergh B.R.H., Buitelaar J.K., Visser G.H.A. (2002), Prenatal maternal stress: effect on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70, 3-14.
- Muller M.E. (1993), Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15, pag. 199-215.
- Myers R.E. (1979), Maternal anxiety and foetal death. In: Zichella L., Pancheri P. (a cura di), *Psychoneuroendocrinology in Reproduction*. Amsterdam: Elsevier.
- Newton R.W. (1979) Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labor. *British Medical Journal*, 2, 403-411.
- Nimby G.T., Lundberg L., Sveger T., McNeil F. (1999), Maternal distress and congenital malformations: do mothers of malformed fetuses have more problems? *J. Psychiatr. Res.*, 33, 291-301.
- Nordentoft M., Lou H.C., Hansen D. (1996), Intrauterine growth retardation and premature delivery: the influence of maternal smoking and psychosocial factors. *American Journal Public Health*, 86, 347-354.
- Nunziantese Cesaro A. (1984), *Identità femminile e gravidanza*. Atti del convegno Nazionale di Psicoprofilassi Ginecologica e Ostetrica. Bologna: Monduzzi.
- O'Brien Medwin J. (1978), *Prenatal yoga e altre tecniche di preparazione al parto*. Roma: Savelli.
- Odent M. (1989), *Ecologia della nascita*. Como: Red.
- Oggè G. (2004), *Un modello di assistenza all'gravidanza fisiologica evidence based: verifica di efficacia e di efficienza*. Bologna: Il Mulino.
- Omer H. (1996), Evaluating treatments for preterm labor: possible solutions for some methodological problem. *European Journal Obstet. Gynecology Reprod. Biol.*, 22, 229-236.
- Paalberg K.M. (1996), Psychosocial factors as predictors of maternal well being related to fetal grow. *Obstet. Gynecol.*, 17, 93-102.
- Paarlberg K.M., Vingerhoets A.J., Passchier J., Dekker G.A., Heinen A.G., Van Geijn H.P. (1995), Psychosocial factors and pregnancy outcome: a

- review with emphasis on methodological issues. *J. Psychosom. Res.*, 39, 563-595.
- Paarlborg K.M., Vingerhoets A.J., Passchier J., Dekker G.A., Van Geijn H.P. (1999), Psychosocial predictors of low birth weight: a prospective study. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 106, 834-841.
- Pagani M. (1991), Spectral analysis of cardiovascular variables as a tool to quantify neural cardiovascular control in the laboratory and real life conditions. *Rhythms in Psychophysiological Systems*, 55, 103-114.
- Pagani, M., Lucini D. (1999), Chronic fatigue syndrome a hypothesis focusing on the autonomic nervous system. *Clin. Sci.*, 96, 117-125.
- Pancheri P. (1984), *Trattato di medicina psicosomatica*. USES Edizioni Scientifiche.
- Pancheri P., Bressa G.M. (1990), *Ansia e dolore*. Aprilia Lt: Wyeth.
- Panella F. (2001), *Il parto nelle varie culture*. Congresso: Il parto alternativo e le alternative al parto. Orvieto 12-06-2001.
- Papiernik E. (1985), Prenatal care and prevention of preterm delivery. *International Journal Gynecology Obstetric*, 23, 427-433.
- Pascoe M., French M. (1993), Third-trimester maternal psychosocial factors and infants' home stimulation. A prospective study. *Arch. Fam. Medicine*, 2, 624-627.
- Pasini W. (1975), *Sessualità e ginecologia psicosomatica*. Padova: Piccin.
- Paul S.M., Axelrod J. (1977), Catechol estrogens: presence in brain and endocrine tissues. *Science*, 197, 657-659.
- Pavlov W.P. (1927), *Conditioned reflexes*. N.Y.: Oxford Univ. Press.
- Perkin M.R., Bland J.M., Peacock J.L., Anderson H.R. (1993), The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *British Journal Obstet. Gynaecol.*, 100, 629-634.
- Pert C. (1997), Molecules of emotion: Why you feel the way you feel. New York: Scribner. Tr. it. *Molecole di emozioni*. Milano: Corbaccio, 2000.
- Pescetto G., Pecorari D., De Cecco L., Ragni N. (1996), *Manuale di Ginecologia e ostetricia*. Roma: Universo.
- Pines D. (1972), Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Piscicelli U. (1979), *Training Autogeno Respiratorio e Psicoprofilassi Ostetrica*. Padova: Piccin.
- Piscicelli U. (1991), *Psicosomatica ginecologica*. Padova: Piccin.
- Pop V.J. (1995), Blues and depression during early puerperium: home versus hospital deliveries. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 102, 701-706.
- Raphael-Left J. (1983), Facilitators and regulators: two approaches mothering. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 379-390.
- Read G.D. (1944), *Childbirth without fear*. Londra: Harper and Brothers.
- Riva Crugnola C. (1987), La gravidanza ponte fra noto e ignoto. In: Scaparro F. (a cura di) *Volere la luna*. Milano: Unicopli.
- Riva Crugnola C. (1993), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Milano: Cortina.
- Robertson A. (1998), *L'ostetrica e l'arte del sostegno durante il parto*. McGraw Hill.
- Robinson B.G., Emanuel R.L., Frim D.M., Majzoub J.A. (1988), Glucocorticoid stimulated expression of corticotropin-releasing hormone gene in human placenta. *Pre. Natal. Acad. Sci. Usa*, 85, 5244-5248.
- Rosenblum O., Candillis-Huisman D. (2003), Strumenti di valutazione psicopatologica come approccio terapeutico. In: Mimououn S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetrica e psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Rosenman R.H., Chesney M.A. (1982), Stress, type A behavior, and coronary disease. In: Goldberger L. (a cura di), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. Breznitz, New York: Free Press.
- Rosseau P. (2003), La visita preconcezionale dopo "perdita perinatale". In: Mimououn S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetrica psicosomatica*, Milano: Franco Angeli.
- Rostad B., Schei B., Jacobsen O. (1995), Health consequences of severe life events for pregnancy. *Scan. Journal Prim. Health Care*, 13, 99-104.
- Ruesch J. (1948), The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10, pag. 134-144.
- Ruesch J. (1957), *Disturbed communication: the clinical assess of normal pathological communicative behavior*. New York: Norton.
- Salvini A. (1993), *Personalità femminile e riproduzione umana*. Roma: Lombardo.
- Sameroff A.J., Emde R.N. (1989), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1991.
- Sander L. (1975), Infant and caretaking environment. In: Anthony E.J. (a cura di), *Explorations in child psychiatry*. New York: Plenum Press.
- Sander L. (1980), Investigation of the infant and its caregiving environment as a biological system. In: Greenspan S.J., Pollock G. (a cura di), *The Course of Life*, Vol. 1.
- Sander L. (1983), To begin with-reflections on outogeny. In: Lichtenberg J.D., Kaplan S. (a cura di), *Reflections on Self Psychology*. New York: The Analytic Press.
- Santini M., Lino G., Bartolotti A., Campolmi A. (2001), *La psicoprofilassi ostetrica come stimolo e sostegno al divenire delle competenze genitoriali*. Atti LXXVII, Roma: SIPGO.
- Schmid V. (1998), *Il dolore del parto*. Roma: Il Marsupio.
- Schultz H.J. (1929), *Autogenes Training*. *Med. Welt*, 47.
- Seguin L., Saint-Denis L., Loiselle L. (1995), Chronic stressor, social support and depression during pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 85, 583-589.
- Serafini P. (1996), Il bambino: come farlo nascere. *Nascere*, 68, 21-68.
- Serafini P. (1997), Quando l'ostetrica si confronta con la psicoprofilassi. *Nascere*, 70, 24-25.
- Serafini P., Marozio L. (2004), Corsi pre-parto: quali offerte? Quali bisogni? In: Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica della gravidanza e del parto*. Roma: CIC.
- Serafini P., Roascio R. (2000), *Assistenza personalizzata alla madre ed al neonato. Collana monografica della Società Italiana di Medicina Perinatale*. Il parto. Editeam.
- Seyle H. (1936), A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32.
- Seyle H. (1966), *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shally A., Arimura A., Kastin A.J. (1973), Hypothalamic regulatory hormones: at least nine substances from the hypothalamus control the secretion of pituitary hormones. *Science*, 179, 341-348.
- Shapiro L.J. (1989), Il padre in attesa, *Età Evolutiva*, 95, 33-37.
- Sharman A. (1966), *Reproductive physiology in the postpartum period*. Edimburg: Livingston.
- Sifneos P.E. (1973), The prevalence of "alexithymic" characteristics in Psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Smith S.L. (1975), Mood and the menstrual cycle. In: Sachar E.J. (a cura di), *Topics in Psychoneuroendocrinology*. New York: Grune & Stratton.
- Soifer R. (1985), *Psicologia della gravidanza, parto e puerperio*. Roma: Borla.
- Solano L. (2001), *Tra mente e corpo*. Milano: Cortina.
- Spearman C. (1937), *Psychology down the ages*. London: Macmillan.
- Spitz R.A. (1965), *Il primo anno di vita*. Roma: Armando editore, 1973.
- Standley K., Soule B., Copans S.A. (1979), Dimension of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 135, 22-26.
- Stegagno L. (1989), Medicina psicosomatica: storia di definizioni e di teorie. *Psicologia italiana*, 10(3), 4-15.
- Stein A. (1994), An observational study of mothers with eating disorder and their infants. *J. Child Psychol.*, 35, 733-748.
- Stern D.N. (1974), Mother and infant at play: the dyadic interaction involving facial, vocal, and gaze behaviors. In: Lewis M., Rosenblum L. (a cura di), *The Effect of the Infant on its Caregiver*. New York: Wiley.
- Stern D.N. (1977), *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Roma: Armando, 1982.
- Stern D.N. (1983), The early development of schemas of self, other, and "self with other". In: Lichtenberg J., Kaplan S. (a cura di), *Reflections of Self Psychology*. Hillsdale N.J.: The Analytic Press.
- Stern D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Stern D.N. (1985a), Affect attunement. In: Call J Galenson E., Tyson R.L. (a cura di), *Frontiers in Infant Psychiatry II*. New York: Basic Books.
- Stern D.N. (1986), The problem of sharing affective states between mother and infant. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 6(1), 91-99.
- Stern D.N. (1987), *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books. Trad. it: *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri.
- Stern D.N. (1988a), Affect in the context of the infant's lived experience: some considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 69(2), 233-238.
- Stern D.N. (1989), Le interazioni affettive. In: Lebovic S., Weil-Halpern F. (a cura di), *Psicopatologia della prima infanzia*. Vol. 1: *Il mondo del neonato*. Torino: Bollati Boringhieri, 1994.
- Stern D.N. (1989a), The representation of relational patterns: developmental consideration. In: Sameroff A.J., Emde R.N. (a cura di), *I disturbi delle relazioni della prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1991.
- Stern D.N. (1989b), La nascita del Sé fra psicoanalisi e biologia. *Età Evolutiva*, 32, 63-68.
- Stern D.N. (1990), Il vissuto e la rappresentazione degli affetti nell'esperienza soggettiva del bambino. In: Ammaniti M., Dazzi N. (a cura di), *Affetti*. Bari Laterza.
- Stern D.N. (1992), Aspetti fondamentali delle terapie genitori-bambino: i fattori comuni nei diversi approcci. In: Fava Vizziello G., Stern D.N. (a cura di), *Dalle cure materne all'interpretazione*. Milano: Raffaelli Cortina Editore.
- Stern D.N. (1995), *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- Stern D.N. (1998), *Le interazioni madre bambino nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Cortina.
- Syutkina E.V., Cornelissen G., Halberg F., Grigoriev A.E., Abramaian A.S., Yatsyr G.V., Morozova N.A., Ivanov A.P., Shevchenko P.V., Polyakov Y.A., Bunir A.T., Safin S.R., Maggioni C. (1995), Effects lasting into adolescence of exposure to betamimetics in utero. *Clinical Drug Investigation*, 9, 353-362.
- Taylor G.J. (1987), *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. Roma: Astrolabio.
- Tempfer H., Froelich H., Seidl A. (1979), Psychosomatic disorder in patients with different forms of weight change in early pregnancy. In: Carenza L., Zichelle L. (a cura di), *Emotion and reproduction*. London: Academic Press.
- Todros T. (2001), Mutamenti nell'assistenza alla gravidanza e al parto nella medicina materno e fetale. In: Todros T., Vanara F. (a cura di), *Nascere nel 2000*. Bologna: Il Mulino.

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

## Capitolo 4 IL PARTO E L'ALLATTAMENTO

### 4.1 I "MISTERI FEMMINILI" (Antonio Imbasciati)

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

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

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

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

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