

### 3. Dal prenatale al neonatale

di Loredana Cena<sup>1</sup>

#### 1. Dal prenatale al neonatale: “Nascita di una madre”

La relazione di continuità tra quella che è stata la nostra vita prenatale e la successiva vita neonatale era stata oggetto di riflessione psicoanalitica già da parte di Freud (1925) e di alcuni suoi allievi come Ferenczi (1924) e Rank (1924).

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

Dopo gli anni '70 c'è un proliferare di studi in questo settore della ricerca, con scienziati di diversa formazione che hanno indagato le competenze fetali, percettive e mnestiche, da vertici teorici differenti come Rascovsky (1977), Laing (1978), Bertini *et al.* (1978), Chamberlain (1988), De Casper e Fifer (1980), Ianniruberto e Tajani (1981), Milani Comparetti (1981), Hepper (1988), Mancina (1989), Piontelli (1987), Negri *et al.* (1990), Mosser (1994), Righetti (2000) e molti ancora, sino a più recenti contributi: nel

1. Ringrazio il prof. Imbasciati per i suggerimenti e l'editing del presente capitolo.

1989 (Cena, 1989) sono anche iniziati i nostri studi nel settore. Altri autori in ambito psicoanalitico, come Bion (1962), Meltzer (1980), Stern (1987), Bucci (1997), Dennet (1978), Lichtenberg (1989), Wallerstein (1965), Imbasciati (1998), (Manfredi, Imbasciati, 2004), Mc-Dougall (1989), Mitchell (2000), Fonagy (2001), hanno interpretato i dati relativi allo sviluppo mentale e rilevato l'importanza delle primarie relazioni per lo strutturarsi della mente nascente. Il grande impulso ricevuto dalle ricerche sulla vita prenatale è stato indubbiamente dovuto all'avvento delle tecniche ecografiche che hanno consentito l'osservazione in tempo reale dell'attività spontanea fetale e delle sue reazioni alle più diverse stimolazioni (Piontelli, 1987; Negri, Guareschi-Cazzullo, Vergani, Mariani, Roncaglia, 1990).

In particolare, in una visione costruttivistica della mente (Imbasciati, 1998, 2005), i primi elementi che si formano a costituire le prime strutture protomentali vengono individuati nelle prime elaborazioni esperienziali del feto, le quali costituiscono le basi che condizioneranno a loro volta il formarsi di strutture successive, in una progressiva costruzione della mente.

La complessità degli "oggetti di studio" feto-madre, come unità inscindibile, fino al parto ed anche dopo, comporta necessariamente uno sforzo d'integrazione, di contributi di scienze diverse, affinché i due elementi di questa unione vengano indagati in "unità", anche per quelle ricerche che si occupano distintamente della donna gravida da un lato e del suo feto dall'altro.

Due sono i termini comunemente più usati per indicare il periodo dell'attesa di un bambino: gravidanza e gestazione. Secondo l'etimologia la parola gravidanza rimanda a gravido da *gravidus*, oberato, che presuppone un verbo di stato: *graveo*, sono pesante (Devoto, 1967, p. 195). Ancora: gravidanza dalla vc. dotta del latino *gravidus* (m) un derivato da *gravis*, grave, dal verbo *gravare*, essere grave, pesante; lat. *gravidare*: ingravidare (Cortellazzo, Zolli, 1980). Anche: gravidanza lo stato femminile dal concepimento al parto; v. dotta dal latino *gravida f. di gravidus (da gravis)* gravido, aggravato, carico, appesantito, pieno (Battisti, Alessio, 1975, 1865). Mentre la parola gravidanza rimanda più ad una posizione, uno stato in cui si trova una persona, l'etimologia della parola gestazione si rapporta a una funzione di attività. Abbiamo infatti: 1. un rimando al latino *gestatio – gestationis* da *gestare*, che è la forma intensiva, o iterativa, di *gerere* "portare"; dunque *gestare* vuol dire portare in continuazione. *Gestatio* assume solo in età medioevale il significato fisiol. di gravidanza, significato poi ripreso dai medici secenteschi (fr. *gestation*). Anteriormente al XIV sec., *gestare* significava già portare nel senso essere incinta. "Gestazione" inoltre richiama il prefisso *ges*, che rimanda a "gesto": *gesto* che è movimento, atto, dal latino *gestus, participio passato di gerere* (Battisti, Alessio, 1975, 1794). Il Devoto (Devoto, 1967, p. 186) riporta gestazione dal latino *gesta-*

*tio-onis* e rimanda a *gestante* (dal latino *gestans-antis* part. pres. di *gestare*). Ancora *gestazione*, *gestatio* era usata già da Lattanzio nel sec. IV con riferimento alla gravidanza (“*infantium gestationes*”), in cui si fa esplicito riferimento al bambino. *Gestante* “donna incinta”, dal medesimo etimo di *gestare* forma più intensiva di *gerere*. Gestare, come latinismo nella lingua italiana viene ripreso da qualche scrittore moderno (Vaccaro). La relativa fortuna del neologismo è certo dovuta alla continua ricerca di un nome che eviti espressioni ritenute più crude (Cortellazzo, Zolli, 1999). L’etimo di *gestazione* può rimandare inoltre alle *res gestae*, i fatti compiuti e in genere le imprese gloriose e faticose: anche la gravidanza è una grande impresa.

In alcune voci della lingua italiana si usa l’aggettivo *pregna* come sinonimo di *gravida*. *Pregnancy* è del resto il corrente termine inglese per gravidanza. *Pregno* significa “pieno”, anzi “pregnanza” vuol dire completezza, importanza, centralità di qualcosa. Dunque la gravidanza è l’elemento *pregnante* della vita di una donna.

La natura ha deciso che i bambini non scelgano le loro madri, essi arrivano e le madri hanno il tempo per ri-orientarsi: una donna entra in una fase (Winnicott, 1956) da cui uscirà nelle settimane e nei mesi successivi alla nascita del bambino, in cui in larga misura “lei è il bambino” e “il bambino è lei”. La donna è stata una bambina e conserva i ricordi di questa condizione e delle cure che ha ricevuto, e questi ricordi l’aiutano o la ostacolano nelle sue esperienze di madre (Winnicott, 1987).

La *gestazione* è il filo che unisce passato e futuro, in un continuum affettivo e temporale (Ferraro, Nunziante Cesaro, 1985). Nella sua storia della gravidanza i due piani dell’immaginario e del reale si intersecano e permeano le vicissitudini della vita emotiva. La donna deve costantemente fare i conti con aspetti reali e fantasmatici di sé, affinando una sensibilità che la renda capace di adattarsi alle esigenze del bambino per rispondere ai suoi segnali (Langer, 1951).

Il desiderio di procreazione (cfr. cap. 4 prima parte primo volume) è stato indagato principalmente nell’ambito della psiche femminile, attraverso soprattutto la letteratura psicoanalitica e i contributi di psicoanaliste donne: già abbiamo menzionato la Helen Deutsch (1945) e la Benedek (1956), che attribuiscono tale desiderio alla peculiare funzione ricettiva della psiche femminile. Con la Bibring (1959, 1961) viene evidenziato il processo evolutivo maturativo, espresso con il concetto di “crisi”, come per la pubertà e la menopausa, che caratterizzerebbe la gravidanza. Si verificherebbe una riorganizzazione dell’identità femminile attraverso una integrazione, ma anche una possibile destrutturazione del sé della donna, in relazione ai vissuti che riemergono rispetto a conflittualità relazionali irrisolte.

Anche altre autrici come la Breen (1992) e la Pines (1972, 1982) sono concordi nel sottolineare come nel periodo della gravidanza emergano mol-

ti dei vissuti inconsci relativi alla propria infanzia: vissuti del proprio passato, quando era bambina, adolescente, richiamando le prime relazioni e le diverse identificazioni significative, in particolare con la propria madre. I diversi autori si trovano concordi nell'evidenziare come questi processi psichici di elaborazione dei vissuti reali e fantasmatici con la propria madre, costituiscano il processo centrale di elaborazione che la donna è chiamata a fare in gravidanza. La gravidanza consente alla donna di rielaborare ulteriormente il processo di separazione-individuazione in relazione alla propria madre, nella definizione della propria identità personale, e le permette di sperimentarsi attraverso una serie di trasformazioni e cambiamenti corporei e psichici. Ogni donna vivrà dunque la propria gravidanza con modalità individuali a seconda delle sue passate vicissitudini relazionali con le figure affettive di riferimento.

Questo interscambio biopsicologico riattiva a livelli consci, preconschi e inconsci le esperienze del suo passato che si intrecciano con quelle del presente, intorno al sé infantile e al sé adulto (Ammaniti *et al.*, 1995). Questa complessa esperienza identificatoria si manifesta attraverso le oscillazioni comportamentali frequenti in gravidanza, che si evidenziano con atteggiamenti di ripiegamento della donna su se stessa e di ritiro in una fusione mentale col feto, mentre è contemporaneamente presente una identificazione con gli aspetti materni di sé come caregiver, che si prenderà cura del bambino.

La duplice capacità identificatoria della gravida, con una figura materna “sufficientemente buona” (Winnicott, 1958) che si prenderà cura del piccolo e contemporaneamente di identificazione con il piccolo prodotto del concepimento stesso, riattivano una idealizzata unione infantile con la propria madre (Deutsch, 1945; Benedek, 1959; Bibring, 1961; Pines, 1982; Ammaniti, 1992). Inoltre la donna che ha sperimentato una relazione positiva con la propria figura materna potrà, proprio attraverso lo stato di momentanea regressione dovuta alla gravidanza, identificarsi con una figura materna portatrice di vita e con se stessa bambina, per un positivo sviluppo del suo sé. Questa identificazione con una buona immagine materna deve poter essere quanto meno conflittuale perché la gestazione possa essere vissuta dalla donna senza troppi sintomi somatopsichici. Non manca il rischio però, secondo la Pines, che questo processo di differenziazione-individuazione possa anche fallire in una esperienza dolorosa per la prevaricazione del desiderio infantile di fusione con la figura materna.

Il periodo di gestazione viene descritto dalla maggior parte dagli autori (Bibring, 1959; Soifer, 1971; Raphael-Leff, 1980; Pines, 1982) attraverso stadi che scandiscono i nove mesi del processo evolutivo. Durante questo periodo, inizia anche quella che è la “Nascita della madre” e che secondo Stern *et al.*, 1999 configura una nuova identità nella donna: il senso dell'essere madre, che l'autore definisce come “assetto materno”, una speciale or-

ganizzazione mentale che accompagna la maternità e che apparterrà poi anche in seguito alla donna stabilmente. La nascita di una madre non avviene in un tempo definito, ma si sviluppa durante i mesi precedenti e successivi la nascita del bambino: una donna diventa mamma più e più volte nel corso dell'attesa e dopo. Durante il periodo della gestazione secondo Stern sono tre le gravidanze che procedono contemporaneamente: il feto che si sviluppa, l'assetto psichico che si orienta alla maternità e il bambino immaginario che prende forma nella mente della madre. I mutamenti corporei che modellano il corpo della madre, plasmano anche il precedente senso del suo Sé in modo che possa costituirsi quella che è l'identità materna, ma contemporaneamente contribuiscono a favorire lo sviluppo del bambino immaginario, che per Stern costituisce un vissuto caratterizzante l'intero processo della gravidanza. Nello spazio mentale, che farebbe pensare allo spazio transizionale di Winnicott, la donna può "rivedere e provare vari scenari futuri" (Stern *et al.*, 1999), e portare a compimento entro il termine della gravidanza la maggior parte della preparazione mentale alla nuova identità.

La donna si prepara all'evento nascita con un tempo sufficientemente lungo perché, parafrasando Ferraro e Nunziante Cesaro (1985), il suo "spazio cavo" si trasformi in spazio condiviso in cui il bambino possa crescere fino al momento della nascita.

## **2. Apprendimenti primari e costruzione della mente**

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

Le attuali ricerche di psicologia evolutiva, in particolare l'Infant Research, in questi ultimi decenni stanno focalizzando l'attenzione sullo scambio emotivo-cognitivo della coppia madre-bambino-padre; sulla sua origine, formazione ed evoluzione, e su come la mente fetale si sviluppi proprio attraverso questi scambi comunicativi primari. Caratteristica della mente umana, nel gioco dell'interazione dinamica tra aspetti biologici, psicologi-

ci e sociali, è il formarsi e lo strutturarsi all'interno di una relazione: per lo sviluppo psichico dell'individuo sono indispensabili i fattori biologici, ma tale sviluppo è determinato da tutti gli apprendimenti che via via il bimbo può acquisire, a cominciare, in misura condizionante, dagli apprendimenti precoci. Questi apprendimenti primari si caratterizzano come i primi elementi nella costruzione delle strutture mentali e delle funzioni psichiche della nascente mente fetale e dipendono dalla relazione che si stabilisce con la madre in primis, la coppia genitoriale e poi le altre figure di accudimento (Imbasciati, 2001).

Sviluppo psichico fetale e vicissitudini psicologiche gestazionali vanno letti pertanto contemporaneamente, perché gli accadimenti dell'uno si integrano con quelli dell'altra, nella tessitura di quella meravigliosa storia che appartiene a ciascuno di noi e che prende avvio da quello che è il concepimento, dalla fecondazione di un uovo e dal suo annidamento nell'endometrio dell'utero.

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

Dentro il "corpo cavo" della donna, dopo che la cellula uovo è stata fecondata, i nuclei dei due gameti si fondono. La fusione dei due pronuclei maschile e femminile determina la formazione dello zigote, nel quale si trovano associati i genomi (il patrimonio genetico) dei due genitori: i cromosomi si mescolano per la prima divisione mitotica, che si verifica tra le 12 e le 24 ore dopo l'inizio della fusione delle due membrane. A questo punto può cominciare la divisione cellulare. Si forma una struttura più complessa, la blastocisti, che giunge nella cavità uterina (al 5°-6° giorno) e inizia a impiantarsi nell'endometrio. Questo è il momento in cui, secondo la definizione più classica dell'ostetricia, ha inizio la gravidanza (Flamigni, 2001). È del resto questo il momento in cui alcune donne possono avere una intuizione, più o meno consapevole del cambiamento che sta avvenendo nel proprio corpo, prima ancora di avere i risultati del test di gravidanza.

La donna potrà "gestare" piuttosto che "ri-gettare" il corpo estraneo che si sta formando dentro di lei, e potrà prendere avvio quella che è la "gestazione", in cui al sistema immunitario verrà impedito di difendere il corpo della donna, in modo che si possa "gravare" di questo essere che crescerà dentro di lei. A livello biologico questi iniziali delicatissimi processi che

danno l'avvio alla gestazione sono da alcuni omologati a quelli che si verificano nei casi di trapianto senza rigetto (Peluffo, 1976).

Con l'impianto della blastocisti inizia una serie di messaggi biologici che giungono alla madre e che avviano una profonda modificazione dell'utero e della blastocisti stessa. La donna intanto, che ha constatato l'assenza del ciclo mestruale, affronta anch'essa una profonda trasformazione: si tratta degli iniziali vissuti ambivalenti di gioia (se l'evento era atteso), ma anche di paura e ansia, perché l'amenorrea è manifestazione tangibile di cambiamenti corporei che annunciano prove di adattamento al nuovo stato. Come evidenziano Brazelton e Cramer (1991) in questo primo stadio la donna deve "accettare la novità": il suo corpo si sta predisponendo alla gestazione, il primo compito è quello di accettare il "corpo estraneo".

Mentre nella profondità del suo ventre si completa l'embriogenesi, la madre attraversa momenti di regressione e di ripiegamento su se stessa, che si manifestano spesso con una ipersomnia. Il sentire una maggiore necessità di dormire è la manifestazione di una regressione, in cui in cui la madre si identifica con il feto (Soifer, 1971). Può anche rappresentare una difesa (Nunziante Cesaro, 1988) dalla conflittualità emergente con l'insorgere di ogni gravidanza, tra il trattenere o l'espellere il prodotto del concepimento.

Sono presenti fantasmi minacciosi connessi al pericolo di un rigetto dell'embrione e quindi di un aborto. Possono comparire anche sintomi psicosomatici quali nausea e vomiti, dolori gastrici, intolleranze o preclusioni alimentari, insaziabile fame, diarrea, stipsi, iperemesi, correlabili ai sentimenti ambivalenti di accettazione o rifiuto del "corpo estraneo" che sta crescendo dentro di lei. Nausee e vomiti sono espressione del conflitto tra rifiuto e accettazione della gravidanza, ambivalenza tra desiderio e paura di aspettare un bambino (Deutsch, 1945; Pines, 1972, 1982). Il vomito può significare un desiderio inconscio di espellere l'embrione e ristabilire la precedente condizione. L'ansia determinata dall'incertezza di essere incinta sta spesso all'origine di questi sintomi, in altri casi prevale una componente persecutoria perché si ha paura del proprio rifiuto (Brustia, 1996) e si cerca di "rigettarlo", espellendo ciò che è cattivo (la parte che rigetta la maternità), conservando ciò che è buono (il bambino). In questa situazione conflittuale è solo una parte della donna che rifiuta la gravidanza, perché il fatto che sia stato possibile che questa si sia instaurata, significa che una parte più forte di lei l'ha desiderata.

Può sussistere un rifiuto della gravidanza anche quando questa è stata voluta e cercata: è presente una certa ambivalenza, come nei vissuti collegati ai meccanismi primitivi di funzionamento mentale. In questi accadono le vicissitudini che coinvolgono i nostri primi oggetti d'amore, verso i quali possiamo sperimentare stati di amore, quando questi gratificano i nostri desideri (diventando così per noi "oggetto buono"), ma anche stati di

odio quando non ci gratificano (diventando così “oggetto cattivo”): sentimenti che rivolgiamo allo stesso oggetto (attraverso il meccanismo della scissione) in momenti diversi a seconda della esperienza che facciamo (Klein, 1969). Analogamente è possibile descrivere le vicissitudini nei confronti del bambino. Allo stesso modo in cui avviene una scissione dell’oggetto primario, in buono e cattivo, la donna può operare una scissione tra il “bambino buono”, quello che sarà buono e bello, che gratificherà il suo desiderio di maternità, e il “bambino cattivo”, quello che potrà deformare il suo corpo, che porterà dolori fisici e preoccupazioni, che impedisce di fumare, che costringe ad una dieta. Questi vissuti ambivalenti nei confronti del bambino possono dare origine all’alternarsi di vomiti e voglie in cui si ritrovano le modalità dell’espellere e dell’incorporare, che rimandano alle modalità di trattenere ed espellere che caratterizzano gli impulsi protettivi e ostili nei confronti del feto: cerca di espellere il bambino cattivo con il vomito e di reincorporarlo con le voglie.

“La gravidanza può essere considerata l’esperienza psicosomatica per eccellenza: è leggibile infatti una circolarità fra dimensioni più fisiche e quelle più psichiche, fin dall’inizio dove un evento psichico, dai mutevoli gradi di consapevolezza (dal desiderio di avere un figlio, alla disponibilità di rimanere incinta) permette che un rapporto sessuale – esperienza questa sia fisica che psichica – dia avvio alla gestazione, la quale, a sua volta, promuove o incentiva processi mentali – in particolare di rielaborazione delle proprie esperienze passate e di progetti ed aspettative future – i quali, a loro volta, hanno una ricaduta – somatica – sull’andamento della gravidanza e del parto” (Manfredi, Imbasciati, 2004, p. 407). In questa esperienza psicosomatica avvengono le prime comunicazioni tra la gestante e il suo bimbo: si tratta di un continuum di comunicazione mediata biochimicamente, ma modulata psichicamente da ciò che avviene nella mente della gestante; una comunicazione psicobiologica, dalla madre all’embrione e poi al feto ed anche da questi alla madre. Una comune mentalità medicalistica porta spesso a considerare questa comunicazione somatica primaria come dettata unicamente dagli automatismi biologici. In realtà essa non è una comunicazione puramente somatica, bensì psicosomatica: quanto sopra descritto circa le vicissitudini psichiche riguardanti il desiderio di un figlio e quindi il realizzarsi di una gravidanza, agiscono, nel cervello della donna, su tutta la modulazione psicosomatica (asse ipotalamo/ipofisario, assetto ormonale, meccanismi immunitari; cfr. Imbasciati, Margiotta, 2004, cap. 11) del suo organismo e da qui per via umorale passano all’embrione, che a sua volta “risponde”, sempre per via umorale, all’organismo ma anche alla mente della madre.

Tutta questa comunicazione primaria, anzi “primarissima”, non va trascurata nei confronti di una successiva (ma sempre primaria) comunicazio-

ne di tipo più psichico, che inizia quando messaggi non più umorali, bensì sensoriali intervengono, reciprocamente tra madre e feto. Tra questi, di primaria importanza sono quelli che corrono nella sensorialità tattile-proprio-cettiva motoria, dei movimenti della madre rispetto a quelli del feto; nonché nella comunicazione sonora (Manfredi, Imbasciati, 2004). Non è pensabile che tutta questa comunicazione non abbia un effetto su tutta la successiva e progressiva comunicazione che accade dopo la nascita e costituisce la base della costruzione della mente del futuro individuo (Imbasciati, 2005).

La Soifer (1971) segnala sette momenti critici durante la gravidanza, in cui la comparsa di vissuti e fantasie è associata ad una sintomatologia somatica: l'inizio della gestazione, quando l'organismo deve prendere la decisione (ovviamente non consapevole) di trattenere o espellere il prodotto del concepimento; al secondo e terzo mese, in corrispondenza della formazione della placenta e quindi di una comunicazione umorale reciproca più ricca; verso i tre mesi, al percepire i primi movimenti fetali; al quinto mese con il pieno manifestarsi dei movimenti fetali; al settimo mese, in corrispondenza del rivolgimento interno del feto; nel nono mese nella piena consapevolezza del parto prossimo.

Al secondo e terzo mese, in corrispondenza con la formazione della placenta, secondo la Soifer (1971) subentra un adattamento psico-corporeo alla nuova condizione, con l'attivazione di processi identificatori di sé come una buona madre che accoglie, e con il feto che sta crescendo dentro. Sarebbe fondamentale, in questi primi mesi di gestazione, che si realizzasse l'accettazione del feto come parte integrante di sé, attraverso una prima unione simbiotica, affinché possa completarsi la formazione stessa dell'embrionogenesi. La gestazione si può allora dividere in due grandi periodi: dal concepimento al quinto mese-sesto mese, in cui la gravida sperimenta la fusione e dal sesto mese fino alla nascita in cui sperimenta la separazione.

Con la nona settimana di gestazione il piccolo prima chiamato embrione viene ora chiamato feto: ha l'aspetto di un fagiolo è lungo 30-35 millimetri e pesa 10-11 grammi. Si presenta ripiegato su se stesso, la testa è molto più grande rispetto al resto del corpo. Già gli organi cominciano a formarsi e si assiste all'iniziale sviluppo degli arti. Sono riconoscibili i primi tratti del volto. Alla fine del terzo mese il feto è lungo 12 centimetri e pesa circa 110 grammi. Tutti questi sviluppi sono oggi direttamente visibili attraverso l'ecografia: la donna può così "vedere" il suo bimbo e in tal modo le trasformazioni del feto scorrono parallele alle trasformazioni psichiche della gestante. L'esperienza ecografica ha una grossa incidenza nella psiche della donna, che fa pensare a non trascurabili ripercussioni psicosomatiche.

Verso il terzo mese può essere possibile alla madre una percezione dei primi movimenti fetali, che progressivamente, da rapidi e irregolari che interessano tutto il corpo del feto, evolvono in movimenti lenti e di tipo seg-

mentale, sempre più verso una coordinazione motoria. In molti casi i movimenti non vengono percepiti che a partire dal quinto mese, se non oltre. Può accadere nelle primigravide, raramente nelle pluripare, che vi sia all'inizio una scarsa dimestichezza nella discriminazione percettiva dei movimenti fetali rispetto a quelli di altri organi interni del corpo, e può anche essere che la percezione dei primi movimenti fetali susciti ansia nella gravida, per la riattivazione di antichi conflitti, connessi allo sviluppo psico-sessuale infantile, che possono essere elusi attraverso il meccanismo della negazione e dunque della non percezione dei movimenti stessi.

La possibilità di visualizzare il feto attraverso l'ecografia consente non solo di misurarne l'accrescimento fisico, ma di osservarne i movimenti e di studiarne il comportamento. Il feto inizia a mandare i suoi primi messaggi proprio attraverso l'articolazione di movimenti. I movimenti attivi fetali sono stati individuati come indicatori della regolarità di sviluppo e del benessere del feto: una variazione è un indicatore di eventuali stati di sofferenza somatica ma soprattutto psicosomatica e relazionale. Ianniruberto e Tajani (1981) hanno per primi tracciato una mappa della progressione delle caratteristiche dei movimenti fetali (cfr. prossimo cap.: schema riassuntivo). A sei-sette settimane si registrano i cosiddetti movimenti vermicolari, a otto settimane subentrano movimenti globali del corpo (startle), a quattordici settimane si registrano risposte motorie globali a stimoli specifici meccanici e quindi sonori (startle specifico), che cessano qualora la stimolazione venga ripetuta frequentemente e a brevi intervalli. È questo il fenomeno dell'habituation che viene assunto come primo indicatore di un riconoscimento percettivo. Infatti l'assuefazione è in relazione non tanto alla stimolazione in sé risposta motoria ricomincia; dunque il feto non risponde se riconosce lo stimolo che viene ripetuto e a cui si è abituato, mentre sussulta a un nuovo stimolo. Questo fenomeno fa presupporre che possa esserci una qualche forma di memoria e dunque di funzionalità di una primitiva struttura mentale.

Secondo il prospetto riportato dagli autori, dalla sedicesima settimana iniziano comportamenti esplorativi del feto: con le mani sembra esplorare le pareti della placenta, toccarsi il cordone ombelicale, la testa, i piedi, mediante una coordinazione dei movimenti degli arti. Intorno alla ventisettesima-ventottesima settimana, la sua motricità varia, in funzione della percezione differenziata di stimoli sonori esterni. Le risposte variano a seconda dell'intensità dello stimolo, se è di moderata intensità il feto si attiva, se lo stimolo è troppo intenso il movimento viene inibito. Le variazioni sono inoltre in funzione della qualità oltre che dell'intensità dello stimolo. Per esempio può rispondere a stimoli musicali con movimenti ritmici, simili ad una danza.

Anche altri autori, come de Vries, Visser e Prechtel (1985), concordano che il repertorio motorio è complesso: non sembra essere di natura rifles-

sa ma piuttosto come risposta differenziata a stimoli ambientali riconosciuti, con fasi di attività e fasi di riposo. I primi movimenti (lente estensioni del capo già osservabili già alla settima settimana e mezzo di gestazione, poi rapide contrazioni degli arti e movimenti globali di tutti i muscoli del corpo) si sviluppano con un incremento generale della motricità, che si manifesta dalla decima settimana in avanti. Da questo momento i movimenti si strutturano come “schemi motori” (Camaioni, Di Blasio, 2002): l’articolazione degli arti inferiori e superiori, la suzione, la deglutizione, i singhiozzi, gli sbadigli. Questi movimenti tutt’altro che disordinati e caotici, acquistano sempre più armonia fino a diventare responsivi a stimolazioni esterne. Tutto questo viene assunto come acquisizione da parte del feto di capacità di discriminazione e coordinazione motoria, percettiva e percettivo-motoria, che dice di acquisite capacità mentali, con le relative memorie, sia percettivo che motorie. Queste prime strutture mentali sono sostenute da corrispondenti strutture neurali (connessioni sinaptiche) che si sono costruite in parte per uno sviluppo geneticamente predeterminato, ma in parte, e forse prevalente, per acquisizione dalla situazione esterna, cioè per apprendimenti; come dimostrano gli studi più recenti. Il feto pertanto acquisisce una capacità non solo di rispondere differenziatamente, ma anche con tali risposte differenziate, di comunicare: si può così parlare di un dialogo tra il feto e l’ambiente, o meglio tra il feto e la gestante, fonte di apprendimenti per il feto (ed anche per la madre) e quindi di sviluppo, che si rivelerà in pieno dopo la nascita, e che continuerà nei successivi mesi (approssimativamente diciotto) nell’accudimento.

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

Il feto dunque inizia a comunicare attraverso la sua motricità e la risposta che questa sorte nella comprensione dei genitori, che in tal modo insegnano al bimbo a sviluppare ulteriormente la sua acquisita capacità comunicativa.

### **3. Dal movimento al gesto**

La teoria riflessologica sulla genesi dei movimenti fetali è oggi superata: o per lo meno ridimensionata. Fino a qualche tempo fa si parlava di “riflessi primitivi”: il termine veniva utilizzato perché si pensava che il cervello funzionasse come un insieme di reazioni motorie geneticamente predeterminate a fronte di determinati stimoli, in contrapposizione ad una attività motoria controllata concepita come volontaria. Tale concezione promana-

va dal presupposto neurologico che nel sistema nervoso fosse individuabile una motricità “volontaria” e una “involontaria”: se questo è vero per comodità descrittive di una certa motricità riscontrata nell’adulto, i concetti devono essere ridimensionati considerando l’acquisizione delle capacità motorie del feto. Lo stesso concetto di volontà, di origine filosofica occidentale, viene ridimensionato dagli attuali studi delle neuroscienze. La nuova neurofisiologia considera il feto e poi il neonato come un organismo dotato di sottosistemi interconnessi, pronto a imparare a modulare la sua attività in funzione differenziata rispetto agli stimoli ambientali (Cioni, Paolicelli, 1999).

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

Vedere il proprio bambino e vederlo insieme al padre del nascituro è pertanto un importante momento per uno sviluppo ottimale delle capacità genitoriali. Il sentimento che dovrebbe prevalere è la naturale rassicurazione sull’integrità fisica del nascituro: questa rassicurazione fa fronte alle inevitabili angosce di malformazione che sempre accompagnano le fantasie femminili circa il prodotto del proprio concepimento. Tali angosce si radicano nello sviluppo emotivo primario della bambina, come rappresentazioni dirette e concrete degli “oggetti cattivi” che si configurano nella relazione inevitabilmente invidiosa della bambina verso il grembo della propria madre (Imbasciati, 1990). In altri termini ogni bimbo si rapporta alle capacità creative della propria madre e nella relazione con lei si animano oggetti buoni e oggetti cattivi: i primi contengono per la bimba la speranza di diventare a propria volta una buona madre, capace di fare dei bei bambini, i secondi sono concrezioni di vissuti di disappunto, di senso di inferiorità, di aggressività proiettata e ritorta entro il proprio corpo, la cui immagine più concreta, che si anima quando la bimba sta per diventare a sua volta madre, sono le immagini di bambini deformi e mostruosi che ella potrebbe partorire.

Pertanto nella donna che segue l’ecografia del proprio bimbo nascono sentimenti contrastanti: anche se il monitor le rimanda immagini di normalità, confermate dall’ecografista, ella può sempre dubitare, ad ogni minima ombra che il suo bimbo sia deforme; l’immagine reale sul monitor

non corrisponde mai a quella del “bambino immaginato”, dalla donna e dalla coppia, e le emozioni non sempre sono positive. Spesso la donna dice di non riuscire a percepire i movimenti che invece vengono registrati. Le immagini poco chiare, attraverso i contrasti del chiaro-scuro, non definite, rimandano a vissuti di incompletezza, incertezza, ambiguità che finiscono per rappresentare l’“interruzione volontaria di una fantasia” abortiva (Soulè, 1999) del bambino immaginato/rio.

La ricerca della individuazione del sesso del nascituro, che in molte coppie non viene richiesta, è significativa di come alcune informazioni non siano così rilevanti come si crede nei confronti dei vissuti emotivi della coppia. Rilevanti sono invece le eventuali rassicurazioni circa il ben procedere della gravidanza. Tuttavia l’ecografia, esame diagnostico che dovrebbe rassicurare sul benessere fetale, non adempie mai pienamente a questo scopo, a livello emotivo. Non sempre l’ecografia tranquillizza la donna, che spesso può addirittura richiedere di effettuare più ecografie del dovuto, ansiosa di verificare che “l’immagine reale” smentisca i suoi timori e diventi nel tempo sempre più vicina a quella del suo “progetto mentale”.

Secondo Stern (Stern *et al.*, 1999) il processo relativo alle fantasie sul bambino immaginario, che attraversa l’intera gravidanza, ha inizio generalmente dopo il terzo mese, quando dalle indagini diagnostiche si sono avute conferme del regolare procedere dello sviluppo. In questa fase la maggioranza delle donne inizia a fantasticare sulle caratteristiche fisiche e psicologiche che il loro bambino potrebbe avere; per altre donne è invece necessario un tempo più lungo per elaborare lo stato di gravidanza e può anche accadere che nemmeno alla fine del primo trimestre riescano a rivelare pubblicamente la gravidanza in corso.

Durante il quarto mese l’esperienza del feto reale, proprio attraverso le ecografie, sollecita le fantasie sul bambino e tra i quattro e i sette mesi la maggioranza delle madri le sviluppa maggiormente, mentre si va configurando sempre più con maggiore precisione un’immagine realistica del proprio bambino. Le fantasie sul bambino diventano ora più precise: la madre sogna il bambino perfetto anche se contemporaneamente può continuare ad avvertire angosce più o meno intense per le possibili malformazioni (Brazelton, Cramer, 1991). Il bambino può presentare contemporaneamente caratteristiche meravigliose, conferma per la donna della propria interna integrità, ma può essere rappresentato anche come brutto e mostruoso, prova della avvenuta ritorsione degli attacchi distruttivi rivolti un tempo al grembo e al figlio della propria madre (Soifer, 1971).

È al quarto mese che il volto del feto reale inizia ad assumere un aspetto abbastanza definitivo: la testa appare meno sproporzionata, rispetto al resto del corpo, lo scheletro irrobustito, la cute appare ricoperta di lanugine. Il feto respira ed espira liquido amniotico, anche se i suoi polmoni non sono

ancora funzionanti. Il feto, anche completamente formato, sarebbe incapace di sopravvivere se la connessione con la placenta venisse interrotta: solo al 7° mese si forma l'epitelio polmonare che permetterà ai polmoni di poter funzionare. Tutto ciò può essere seguito dalla donna attraverso le ecografie e tutte le informazioni che ella, nella nostra attuale società, può ricevere. Tutto questo ha una notevole influenza nella relazione.

In questo periodo della gestazione può essere presente nella donna una forma di angoscia che si declina in molteplici manifestazioni (Soifer, 1971): come paura del figlio (questo sconosciuto), paura della responsabilità assunta (paura che aumenta con il progredire della gestazione e con l'aumentare di volume della pancia), paura di morire di parto (simbolica morte di una parte della donna per rinascere come madre), paura di generare un figlio deforme. In queste angosce sono presenti vissuti di colpevolezza per un'onnipotente autosufficienza, fantasmaticizzata attraverso l'unione con il feto dentro di sé, e tale angoscia si può manifestare nel timore di restare con il corpo deformato, di creare un figlio deforme; o di morire di parto.

I movimenti fetali durante il quinto mese di gravidanza diventano chiaramente percepibili dalla madre: il bimbo si muove, estende gli arti, apre e chiude la bocca, si succhia il pollice, compie movimenti con la testa. La Bibring (1959), la Pines (1972), Brazelton e Cramer (1991) concordano che un compito adattativo richiesto alla donna è quello conseguente alla percezione dei movimenti fetali: la donna deve prendere atto della presenza viva di un bambino dentro di lei, che è un essere autonomo; interiormente ella va incontro ad una riorganizzazione delle proprie relazioni oggettuali interne per prepararsi poi alla separazione, richiesta dall'evento nascita.

Secondo Brazelton e Cramer (1991) fino a questo momento la madre e il bambino sono stati un tutt'uno: gli autori sostengono che il primissimo "attaccamento" (le teorie delle Scuole derivate da Bowlby sugli stili di attaccamento parlano oggi di attaccamento fetale) comincia a questo punto, perché ora c'è un essere a sé, e la possibilità di una relazione.

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

I movimenti fetali possono accrescere i dubbi che la gravida si pone: periodi di depressione e di euforia possono alternarsi in lei senza che riesca a prevederli. Si riscontrano in questo periodo della gestazione (quinto, sesto mese), due atteggiamenti che possono accompagnare tutto il decorso della gravidanza: un ritiro su di sé di tipo narcisistico, oppure un atteggiamento che si manifesta con una efficienza esagerata: ci sono donne che continuano a svolgere una attività intensa e non presentano troppa attenzione nei confronti dei sintomi dell'essere incinta. Tale efficienza (Langer, 1951; Soifer, 1971), che si può manifestare con sintomi quali insonnia, bulimia, può celare spesso la manifestazione di un rifiuto della gravidanza, con una conseguente scarsa attenzione alle forme di comunicazione con il proprio bambino.

In particolare la Pines (1981) evidenzia che il profondo lavoro interno della gestante, di differenziazione del feto da sé, può dare anche origine a fantasie di perdita: oppure il bambino può assumere aspetti minacciosi, come di un essere che la potrà distruggere dall'interno, o venire paragonato a feci da espellere. La Soifer (1971) si sofferma su aspetti più persecutori che la madre proietta sul feto, sentito come pericoloso, che scalcia, si muove, che potrà farle male o addirittura divorarla: si attiverebbe un meccanismo difensivo per cui l'immagine terrificante che ha origine negli impulsi ostili rivolti nei confronti della propria madre incinta viene proiettata sul feto, che assume pertanto caratteristiche minacciose.

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

La ricchezza e la complessità delle scoperte psicologiche, favorite dalle attuali tecniche di osservazione corroborate dai recenti strumenti tecnologici, sollecita in questi anni l'attenzione e la ricerca di tutti gli operatori della nascita: ostetriche, ostetrico-ginecologi, neonatologi e pediatri, oltre che, ovviamente, gli psicologi clinici e psicoanalisti che si occupano oggi di psicologia prenatale, ovvero studiano le interazioni e le comunicazioni tra gestante e bimbo che sono responsabili del buon sviluppo di questi. Le relative scoperte gettano luce sui primordi della vita psichica, sulla sua

origine, ma soprattutto sul come questa non si sviluppi “per natura”, bensì per la cura che gli adulti, gestante in primis, si prendono, dal concepimento, e prima ancora nel rapporto di coppia, nello sviluppare la loro dimensione genitoriale.

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

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

## Bibliografia

- Ammanniti M. (1992), *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Ammanniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995), *Maternità e gravidanza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Battisti C., Alessio G. (1975), *Dizionario etimologico italiano*, Barbera, Firenze.
- Benedek T. (1956), “Psychobiological aspects of mothering”, *Amer. J. of Orthopsychia*, vol. 26.
- Benedek T. (1959), “Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, VII, 3.
- Bertini M., Antonioli M., Gambi D. (1978), “Intrauterin mechanism of synchronization: in search of the first dialogue”, *Totus Homo*, 10 (8), 73-91.
- Bibring G.L. (1959), “Some consideration of the psychological process in pregnancy”, *The Psychoanalytic study of the child*, 14, 113-121.
- Bibring G.L. (1961), *The Psychoanalytic Study of the child*, A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship, 16, 9-23.
- Bion W. (1962), *Apprendere dall’esperienza*, Armando, Roma.
- Brazelton T.B., Cramer B.G. (1991), *Il primo legame*, Frassinelli, Como.
- Breen D. (1992), *Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale*. Tr. it. Ammanniti (a cura di), 1992.

- Brustia Rutto P. (1996), *Genitori*, Boringhieri, Torino.
- Bucci (1997), *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, Fioriti, Roma.
- Camaioni L., Di Blasio P. (2002), *Psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Chamberlain D.B. (1988), "The significance of birth memories", *Pre and Perinatal Psychology*, 2.
- Cena L. (1989), *L'attesa di un figlio nella coppia: vissuti materni, paterni e dinamiche psicologiche del periodo perinatale*, Tesi di Specializzazione, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.
- Cioni G., Paolicelli P.B. (1999), "Lo sviluppo fisico e motorio", in Camaioni L. (a cura di), *Manuale di psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Cortellazzo M., Zolli P. (1980), *Dizionario etimologico della lingua italiana*, Prima edizione, Volume 2 D-H.
- Cortellazzo M., Zolli P. (1999), *Nuovo etimologico DELI - Dizionario etimologico della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna.
- De Casper A.I., Fifer W.P. (1980), "Of human bonding: newborn prefer their mother's voice", *Science*, 208, 1174-1176.
- Dennett D.C. (1978), *Brainstorm*, Adelphi, Milano.
- Deutsch H. (1945), *Psicologia della donna*, Boringhieri, Torino, 1977.
- Devoto G. (1967), *Avviamento alla etimologia italiana. Dizionario etimologico*, Le Monnier, Firenze.
- Farneti A. (1998), *Elementi di Psicologia dello sviluppo*, Carocci.
- Ferenczi S. (1924), *Thalassa*, Astrolabio, Roma, 1965.
- Ferraro F., Nunziante Cesaro A. (1985), *Lo spazio cavo e il corpo saturato*, FrancoAngeli, Milano.
- Flamigni C. (2001), *Avere un bambino: come inizia una vita dal concepimento al parto*, Mondadori, Milano.
- Fonagy P. (2001), *Attachment theory and Psychoanalysis*, Other Press, New York. Tr. it. *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fornari F. (1976), "Codice materno e disturbi della femminilità", in Cerutti (a cura di), *Ginecologia psicosomatica e profilassi ostetrica*, Piccin, Padova.
- Fornari F. (1981), *Il codice vivente*, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1925), "Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi", *Opere di S. Freud*, vol. 10, Boringhieri, Torino.
- Graber H.G. (1924), *Die Ambivalenz des Kindes*, Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Vienna and Zuri.
- Hepper P.G. (1988), "Foetal 'soap' addiction", *Lancet*, Jun. 11, 1347-1348.
- Horney K. (1926), *Psicologia femminile*, Armando, Roma, 1980.
- Ianniruberto, Tajiani (1981), "I movimenti fetali umani", *Età Evolutiva*, 10, Giunti Barbera, Firenze.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A. (1998), *Nascita e costruzione della mente*, Utet, Torino.
- Imbasciati A. (2001), "Quale inconscio? La costruzione dei processi di simbolizzazione", *Psichiatria e Psicoterapia analitici*, XX, 125-142.
- Imbasciati A. (2005), *Il sistema protomentale*, LED, Milano.
- Imbasciati A., Manfredi P. (1994), "Parametri psicologici per un controllo del parto fisiologico", in Mollica G., Vesce E. (a cura di), *Medicina fetale*, XIX Riunione, Ferrara, 1-2 dicembre 1994, Monduzzi, Ferrara.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2004), *Compendio di Psicologia per gli operatori sociosanitari*, Piccin, Padova.

- Klein M. (1969), *Amore, odio e riparazione*, Astrolabio, Roma.
- Laing R.D. (1978), *I fatti della vita. Sogni, fantasie, riflessioni sulla nascita*, Nuovo Politecnico, 100, Einaudi.
- Langer S. (1951), *Sesso e maternità*, Loescher, Torino, 1981.
- Lebovici S. (1983), *Il bambino, la madre e la psicoanalisi*. Tr. it. Borla, Roma, 1988.
- Lichtenberg J. (1989), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mancia M. (1982), "Sull'inizio di una vita mentale del feto", *Neuropsichiatria Infantile*, 13-22, 246-247.
- Manfredi P., Imbasciati A. (2004), *Il feto ci ascolta e... impara*, Borla, Roma.
- Mc-Dougall (1989), *Teatri del corpo*, Raffaello Cortina, Milano, tr. it. 1990.
- Meltzer D. (1980), "The diameter of the circle in Bion's work", in Hahn A. (ed.), *Sincerity: Collected Papers of Donald Meltzer*, Karnac, London, 1994, 469-74.
- Milani Comparetti A. (1981), "Interpretazione funzionale dei movimenti fatali", *Età evolutiva*, Convegno 10, 88-92.
- Minkowsky M. (1928), "Neurobiologische studien am menschlichen foetus", *Handbk biol., ArbMeth*, 5, 511-618 (1928).
- Mitchell S. (2000, tr. it. 2002), *Il modello relazionale: dall'attaccamento all'inter-soggettività*, Raffaello Cortina, Milano.
- Moser T. (1994), *Der erloser seiner mutter*, Suhrkamp, Frankfurt.
- Negri R., Guareschi-Cazzullo A., Vergani P., Mariani S., Roncaglia N. (1990), "Correlazione tra la vita prenatale e formazione della personalità. Studio preliminare attraverso l'osservazione di due gemelli", *Quaderni di psicoterapia infantile*, 2, Borla, Roma, 148-165.
- Nunziante Cesaro A. (1988), "La gravidanza come crisi dell'identità femminile", in D'Alessio M. (a cura di), *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*, NIS, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 25-32.
- Peluffo N. (1976), *Micropsicoanalisi dei processi di trasformazione*, Books Store, Torino.
- Pines D. (1972), "Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality", *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Pines D. (1982), "The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion", *International Journal of Psycho-Analysis*, 63, 311-319.
- Pines D. (1981), "In the beginning: contribution of psychoanalytic developmental psychobiology", *Int. J. Of Psychoanalysis*, 8, 15-33.
- Piontelli A. (1987), "Infant observation from before birth", *International Journal of Psychoanalysis*, 1987, 68 (Pt 4), 453-463.
- Rank O. (1924), *Das Trauma der Geburn Psychosozial*, GieBen.
- Raphael-Leff J. (1980), "Psychotherapy with pregnant women", in Blum B.L. (a cura di), *Psychological Aspect of Pregnancy, Birthing and Bonding*, Human sciences Press, New York.
- Rascovsky A. (1977), *La vita psichica del feto*, Il formichiere, 1980.
- Righetti P.L., Sette L. (2000), *Non c'è due senza tre*, Boringhieri, Torino.
- Soifer R. (1971), *Psicodinamica della gravidanza parto e puerperio*, Borla, Roma.
- Sontag L.W. (1944), "War and the fetal-maternal relationship", *Marriage and Family Living*, 6, 3-5.
- Sontag L.W. (1965), "Implication of fetal behavior and environment for adult personalities", *Ann N.Y.Acad. Sci.*, 134 (2), 782.

- Soulè M. (1999), "La vie du foetus: son etude pour comprendre la psychopathologie perinatale et les premices de la psychosomatique", *Psychological Bulletin*, 35, 712-713.
- Spelt D.K. (1948), "The conditionig of the human fetus in utero", *Psychological Bulletin*, 35.
- Stern D.N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino.
- Stern D.N. (1998), *Le interazioni madre bambino nello sviluppo e nella clinica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Stern D.N., Brunschweilerstern, Freiland A. (1999), *Nascita di una madre*, Mondadori, Milano.
- Vries J.I.P., Visser G.H.A., Prechtel H.F.R. (1985), "The emergence of fetal behavior. Quantitative aspects", *Early Human Development*, 12, 99-120.
- Wallestein R.S. (1965), "The goals of psychoanalysis; a survey of analytic viewpoints", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 12.
- Winnicott D. (1956), *La preoccupazione materna primaria*, in Winnicott D., 1958.
- Winnicott D. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Mertinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D. (1987), *I bambini e le loro madri*, Raffaello Cortina, Milano.