PSICOLOGIA

PSICOLOGIA CLINICA PERINATALE PER LO SVILUPPO DEL FUTURO INDIVIDUO

UN UOMO TRANSGENERAZIONALE

Antonio **Imbasciati**, Francesca **Dabrassi**, Loredana **Cena**

espress

PSICOLOGIA CLINICA PERINATALE PER LO SVILUPPO DEL FUTURO INDIVIDUO

UN UOMO TRANSGENERAZIONALE

Antonio **Imbasciati**, Francesca **Dabrassi**, Loredana **Cena**

L'editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, laddove non sia stato possibile rintracciarli per chiedere la debita autorizzazione.

FSC Mixed SW-COC-003789

Questo libro è stampato su carta riciclata ed ecologica, orientato alla sostenibilità e prodotto attraverso un processo a basso impatto ambientale.

Fotocopie per uso personale (cioè privato e individuale) nei limiti del 15% di ciascun volume possono essere effettuate negli esercizi che aderiscono all'accordo SIAE – AIE – SNS e CNA, Confartigianato, CASA, Confcommercio del 18 dicembre 2000, dietro pagamento del compenso previsto in tale accordo. Per la legge italiana la fotocopia è lecita solo per uso personale purché non danneggi l'autore. Chi fotocopia un libro, chi mette a disposizione i mezzi per fotocopiare, chi comunque favorisce questa pratica commette un furto e opera ai danni della cultura.

©2011 ESPRESS EDIZIONI srl

via Po 14 – 10123 Torino
tel. 011 19501623
www.espressedizioni.it
info@espressedizioni.it

Prima edizione:
novembre 2011

ISBN 978-88-97412-144

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.

Illustrazione di copertina: *Nuovi pensieri* di Martina Abbadessa
Redazione: Elisa Santini
Progetto grafico e impaginazione: Pangramma – Torino
Stampa: Stamperia Artistica Nazionale – Trofarello (Torino)

AL LETTORE

Questo testo continua un precedente volume dei medesimi autori, comparso nel 2007, col similare titolo di Psicologia Clinica Perinatale*: questo nostro secondo lavoro focalizza le più recenti ricerche, ponendo l'accento sulla transgenerazionalità e prospettando una Psicologia Clinica Perinatale «per lo sviluppo dei futuri individui». Quali strutture neuromentali potrebbero sopravvenire nelle nuove generazioni?*

In questi ultimi lustri, sempre più i contributi della ricerca mondiale delle diverse scienze che si occupano dell'origine e dello sviluppo della mente dell'uomo hanno rivelato una convergenza nell'indicare l'irripetibile individualità della mente e del cervello del singolo, e come questa sia determinata dall'esperienza di quel singolo nei primi tempi della sua vita, fetale, neonatale, infantile primaria. L'«uomo transgenerazionale» che verrà sarà strutturato dal tipo di relazionalità che nella sua prima esperienza lo costruì. L'attenzione che tutti gli studiosi stanno dedicando nel mondo a coloro che generano, fanno nascere, accudiscono e costruiscono i nuovi individui merita uno sforzo del lettore per la comprensione dei complessi progressi della ricerca scientifica su tale tema.

Nella composizione e redazione del presente testo hanno concorso i tre autori nella misura in cui i loro nomi vengono volta a volta indicati nei singoli capitoli e paragrafi e nell'ordine sequenziale di tale indicazione. A ciò va aggiunta la ripetuta globale revisione di tutto il testo da parte di Antonio Imbasciati, e soprattutto un continuato ripetuto e paziente lavoro di organizzazione, editing e controllo bibliografico a opera di Francesca Dabrassi, a cui si è affiancata Daniela Ferraboli; quest'ultima, pur non comparendo come autrice, ha svolto un partecipato e intelligente lavoro senza il quale quest'opera con difficoltà avrebbe potuto realizzarsi.

Brescia, 6 settembre 2011

INDICE

11 PRESENTAZIONE

CAPITOLO 1

QUANDO COMINCIA LA MENTE DELL'UOMO (Imbasciati, Dabrassi)

15 1.1. Costruzione della maturazione neuromentale
20 1.2. Gli studi sullo sviluppo fetale e neonatale
24 1.3. Dall'Infant Research al prenatale: la relazione come matrice neuromentale
27 1.4. L'attaccamento prenatale

CAPITOLO 2

L'AREA OSTETRICA E L'EVIDENZA CLINICA DELLA RELAZIONALITÀ (Imbasciati)

35 2.1. Medicalizzazione, disumanizzazione e riumanizzazione del parto
38 2.2. Psicosomatica ostetrica e Istituzioni
42 2.3. Dalla psicoprofilassi ostetrica alla Psicologia Clinica Perinatale

CAPITOLO 3

GESTAZIONE E PARTO (Dabrassi, Imbasciati)

49 3.1. I processi psichici nella gravidanza
52 3.2. Psicosomatica della gravidanza
57 3.3. La diagnosi prenatale
61 3.4. Parto e puerperio

CAPITOLO 4

LA MATRICE DELLO SVILUPPO DEL FUTURO INDIVIDUO (Imbasciati, Cena)

65 4.1. Le cosiddette cure materne
71 4.2. Significati veicolati delle cure materne e strutturazione della mente del bimbo
77 4.3. La comprensione delle emozioni come base dell'intelligenza
82 4.4. Processi implicati nelle cure materne
88 4.5. La prospettiva transgenerazionale

CAPITOLO 5

LA VALUTAZIONE DELLE «CURE MATERNE»
(Imbasciati, Cena)

95 5.1. La videosservazione delle interazioni madre-neonato
97 5.2. Indicatori della «bontà» delle cure materne
101 5.3. L'attaccamento e la «sensibilità» materna
107 5.4. Uno strumento per valutare la «sensibilità» e la qualità delle «cure materne»: il CARE-Index

CAPITOLO 6

DOLORE NEL PARTO E QUALITÀ DI ACCUDIMENTO
(Imbasciati, Dabrassi)

113 6.1. Percezione o effetto somatico di una emozione?
117 6.2. Il dolore e la sua misura: «da» parto o «nel» parto?
120 6.3. Come valutare il dolore nel parto
126 6.4. La fantasmatica femminile
129 6.5. Il parto nella prospettiva dell'Infant Research
132 6.6. Indici predittivi per i futuri individui

CAPITOLO 7

ALLATTAMENTO, COMUNICAZIONE, SVILUPPO
(Imbasciati, Dabrassi)

139 7.1. Il lattante
141 7.2. Alimentazione e contatto corporeo come prototipo delle interazioni umane
146 7.3. Nell'allattamento artificiale
148 7.4. Il contatto corporeo come regolatore biologico

CAPITOLO 8

IL DIALOGO EMOTIVO NON VERBALE E I SUOI EFFETTI NEUROPSICOSOMATICI
(Imbasciati)

153 8.1. L'intersoggettività come farmaco
155 8.2. Il dialogo somatico

CAPITOLO 9

IL TRIANGOLO PRIMARIO (Dabrassi, Imbasciati)

161 9.1. Una triade fin dagli inizi
165 9.2. Assessment neonatale: per le famiglie
170 9.3. Un assessment anche prenatale

CAPITOLO 10

LA COMUNICAZIONE AFFETTIVA ALLE ORIGINI DELLO SVILUPPO NEUROMENTALE (Imbasciati)

175 10.1. Cosa e come impara il bambino?
181 10.2. La modulazione materna
185 10.3. Di generazione in generazione

CAPITOLO 11

DIFFICOLTÀ PERINATALI: LA NASCITA PRETERMINE (Imbasciati, Cena)

189 11.1. Fare figli
191 11.2. Il processo interiore della genitorialità
195 11.3. Difficoltà e ostacoli nella genitorialità: la nascita pretermine
198 11.4. L'odissea genitoriale nella nascita pretermine
202 11.5. Il bambino pretermine
207 11.6. L'odissea del bambino
212 11.7. Fattori di rischio
214 11.8. Fattori di protezione: curare la relazione
219 11.9. Prospettive assistenziali

CAPITOLO 12

QUALI FUTURI INDIVIDUI? (Imbasciati)

221 12.1. Quale futuro per la famiglia
225 12.2. Perché la sessualità?
230 12.3. L'attuale società e la famiglia

237 BIBLIOGRAFIA

PRESENTAZIONE

In questi ultimi trent'anni le ricerche della Psicologia dello Sviluppo (in particolare l'Infant Research), della Psicologia Clinica, della Psicoanalisi, della Neuropsichiatria Infantile e delle Neuroscienze hanno evidenziato una convergenza nel dimostrare come i primissimi tempi della vita siano decisivi per la strutturazione della mente, nonché del cervello stesso, e come tale strutturazione sia la base condizionante per ogni ulteriore apprendimento e pertanto di ogni ulteriore strutturazione neuropsichica, funzionale e mnestica. Di qui un sempre crescente sviluppo di ricerche, da vari vertici condotte, sulle condizioni che determinano la qualità individuale della struttura neuromentale di base. Quanto fino a qualche decade addietro era creduto maturazione neurologica «naturale», si è rivelato invece frutto di esperienze individuali, mediate dal tipo, o meglio dalle qualità delle relazioni in cui si è trovato il feto, il neonato, il bimbo. Nessuno ha pertanto un cervello eguale a quello di un altro, nessuno una mente come quella di un'altra persona.

Gli studi succitati convergono nell'aver dimostrato come tale «strutturazione relazionale» dipenda dalla madre, dai caregiver, dalla struttura emotiva della loro mente (cervello emotivo) nelle condizioni in cui accudiscono il bimbo. Di qui la massima attenzione a come tutte le interazioni perinatali possano strutturare al meglio il futuro individuo, oppure mettere a rischio di patologia ogni suo ulteriore sviluppo, fino all'età adulta.

La psicoanalisi aveva anticipato, fin dai tempi delle scoperte kleiniane e poi soprattutto con le ricerche della Harris e della Bick negli anni Sessanta, l'intuizione clinica di quanto rilevante fosse lo sviluppo psichico delle epoche perinatali agli effetti di ogni successivo sviluppo della mente dell'individuo, e ciò non solo nei riguardi di eventuali patologie, ma anche e soprattutto nei confronti del tipo e della qualità della struttura psichica che si verrà a formare, dell'intera personalità nei suoi vari aspetti, affettivi e cognitivi, caratteriali e comportamentali.

I rilievi clinici degli psicoanalisti ebbero grande e originale sviluppo, a cominciare dagli anni Settanta, con l'opera di John Bowl-

by, psicoanalista egli stesso, che ebbe il grande merito di coniugare l'osservazione clinica con l'approccio sperimentale: le Scuole derivate direttamente o indirettamente da Bowlby si sono moltiplicate, incrociandosi con il vertice cognitivo comportamentale e con i vari filoni dell'intera Psicologia evolutiva; nonché, ultimamente, con le neuroscienze.

Fini metodologie hanno scoperto la natura e la qualità dei primi apprendimenti umani, fetali, perinatali, neonatali e del primo anno di vita, e come tali apprendimenti siano condizionanti, quasi determinanti ogni successivo sviluppo neuromentale: ma soprattutto si è scoperto come questi apprendimenti non siano affatto automatici o «naturali», ma modulati dalle persone, in primis dalla madre, che si occupano del bambino. La loro interiore e inconscia disposizione affettiva e caratteriale e la loro stessa struttura mentale strutturano una specifica e individuale relazione con il singolo bimbo, che non solo veicola, ma condiziona i di lui apprendimenti. Si è scoperto in altri termini quanto il concetto di «relazione», specificato nei suoi aspetti prima sconosciuti, sia determinante per la qualità degli apprendimenti e come questi *costruiscano* le strutture neurologiche del cervello del bimbo: queste a loro volta condizioneranno ogni futuro sviluppo, anche fisico, e psicosomatico, ma soprattutto psichico, del futuro individuo.

Tale concetto di «costruzione» è stato confermato ed evidenziato dalle neuroscienze: quanto fino a qualche decade fa era considerato una naturale maturazione neurologica, dovuta al patrimonio genico, individuale e della specie, si è invece rivelato costruzione di reti neurali che dipendono da quanto viene appreso nelle relazioni primarie. La biologia cerebrale non è indipendente dall'esperienza che l'individuo attraversa, e tale esperienza non consiste nelle condizioni esterne in cui si è allevato il bimbo, ma da come la relazione con cui i caregivers le fa apprendere, ovvero le trasforma, modulate da un dialogo affettivo: l'affettività è la prima fonte della cognizione, al di fuori di qualsiasi consapevolezza.

In tale contesto sono le azioni, o meglio le interazioni, che avvengono sempre e comunque tra madre e bimbo in ogni forma di accudimento, che veicolano altrettanti messaggi: la struttura affettiva della madre li modula e così modulati vengono appresi. Le relazioni modulano sempre ciò che l'individuo «impara» e l'imparare sempre corrisponde a strutturazioni e ristrutturazioni neurali: queste sono di enorme rilevanza nelle prime epoche della vita, ma comunque avvengono sempre, in misura decrescente in ogni epoca

della vita dell'uomo, in tutte le sue relazioni. Nessun individuo avrà mai un cervello uguale a quello di un altro, perché nessuno potrà mai avere la stessa esperienza nelle medesime relazioni.

Né individuo alcuno, potrà mai avere una mente uguale a quella di un altro: il termine «mente» (*mind*) oggi lo si intende in senso molto ampio, comprendendovi ogni manifestazione comportamentale dell'individuo, intenzionale o non che sia, consapevole o inconscia, e ciò che è stato in passato chiamato, non solo intelligenza e pensiero, ma anche affettività, carattere, temperamento e via dicendo ogni attività, manifesta o no, dell'essere umano. Anzi, è proprio ciò che fu chiamato affettività che è la manifestazione più importante del cervello: il «cervello emotivo», che occupa la maggior parte dell'encefalo e regola le stesse capacità cognitive, in un lavoro continuo, silenzioso, inconsapevole. Il cervello regola lo stesso sviluppo fisico, nell'equilibrio psicosomatico.

L'importanza della relazione per la costruzione di ogni futuro individuo ha portato l'accento, in questi ultimi anni, su quanto in ogni specifica relazione si trasmetta da un individuo all'altro e in particolare su quanto nelle epoche perinatali possa passare dalla struttura neuromentale del caregiver a quella costruenda del bimbo. Ovvero le ricerche vertono sulla transgenerazionalità delle strutture neuromentali, e pertanto su una transgenerazionalità di un patrimonio «mentale».

Poiché tutto ciò passa nella *relazione*, è questa che viene oggi studiata: non è infatti affatto detto che le relazioni trasmettano qualcosa di uguale per tutti, né che trasmettano ciò che si vorrebbe, né che trasmettano elementi positivi. Se nella struttura neuromentale dei caregivers vi sono difetti, patologie o comunque disfunzionalità, anche occulte, queste si possono trasmettere, condizionando negativamente la costruenda struttura del futuro individuo. Parimenti, se le relazioni sono disturbate o impedite, l'esperienza, gli apprendimenti e la struttura neuromentale dell'individuo ne risentiranno negativamente: si pensi a tutte le circostanze che possono ostacolare, disturbare, interferire nella cura che una madre (o comunque un caregiver) può avere col bimbo; si pensi agli stress, alle disgrazie, ai dissidi familiari o più semplicemente al lavoro, che spesso obbliga madri e padri a rimediare in qualche modo all'accudimento del bimbo. L'accudimento veicola nelle interazioni la trasmissione transgenerazionale di cui stiamo parlando, nel bene come purtroppo e più spesso nel male. È in particolare l'elemento detto «affettività» che modula i messaggi inconsapevoli che strut-

turano le basi mentali del bimbo: ogni turbamento della vita affettiva del caregiver può ripercuotersi sul bimbo.

Negli ultimi trent'anni i costumi e le condizioni sociali che concernono la struttura familiare sono profondamente cambiate, in particolare nei confronti delle condizioni della donna e dell'accudimento, allevamento, educazione dei piccoli. La qualità delle relazioni strutturanti la mente del bimbo sono di conseguenza cambiate, quasi sempre restringendo gli spazi relazionali e ancor più la disponibilità emotiva dei caregiver. Ci si domanda pertanto come cambierà la struttura neuromentale dei futuri individui.

Da qui un'attenzione, di portata sociologica antropologica e futurologica, a come l'andamento della nostra civiltà, sia nei costumi che nelle modificate strutture di personalità, possa portare a future generazioni: migliori oppure peggio strutturate. Di qui un'attenzione a una possibile, ancorché non facile da attuarsi, assistenza, preventiva, a tutte le famiglie.

Il presente testo, riassumendo i principali filoni delle ricerche sullo sviluppo perinatale, pone particolarmente accento sugli interrogativi transgenerazionali che possono attenderci e su come si possa e debba prevenire con adeguate forme di assistenza un eventuale deterioramento delle generazioni future. Questo libro può pertanto interessare non solo studiosi e studenti delle differenti scienze psicologiche, neuropsichiatri e psicoanalisti infantili, medici, educatori, ma anche chiunque abbia a cuore il futuro dell'umanità.

Milano, 28 giugno 2011
Antonio Imbasciati
<www.imbasciati.it>

CAPITOLO 1

QUANDO COMINCIA LA MENTE DELL'UOMO

Antonio **Imbasciati**, Francesca **Dabrassi**

1.1. COSTRUZIONE DELLA MATURAZIONE NEUROMENTALE

Antonio Imbasciati

Da sempre, fino a tutta la prima metà del secolo scorso, si è pensato che non si potesse parlare di psiche, tanto meno di mente, se non dopo che l'individuo, il bambino, avesse acquisito adeguate capacità di linguaggio, cioè a cominciare dai tre anni di vita. Su quando si potesse parlare di psiche, piuttosto che di mente, l'incertezza dipendeva da non ancora acquisite conoscenze scientifiche su cosa si potesse univocamente definire con le parole – «psiche» e «mente» – nonché su quanto si potesse intendere, interferendone i relativi concetti e termini, con «affettività», se non con «anima». Vi erano le idee della tradizione, scontate e non dimostrate ma universalmente diffuse nell'occidente, che l'affettività riguardasse cosa molto diversa dal pensiero (quello cosciente, si intendeva allora), cosicché essa (che oggi sappiamo essere attività cerebrale al pari di qualunque altra) fosse da distinguere dall'«intelligenza»: e che questa, soprattutto sotto la dizione di «intelletto», era più o meno decisamente ascritta a una sfera spirituale, immateriale, o a un'anima concepita in un quadro metafisico, mentre l'affettività era più frequentemente ascritta a una sfera corporea (le «passioni»), o a un'anima, concepita però differentemente da come sopra, come principio vitale, per la quale si assunse il termine greco di *psiché*, o psiche. Di qui differenti sensi che nella nostra cultura sono stati dati ai due termini, di «psiche» e di «mente»: nella prima si poteva comprendere l'affettività, nella seconda solo il pensiero, con riferimento a quello cosciente dell'individuo adulto.

Ovviamente tale distinzione è legata alle denominazioni delle varie lingue: si veda il significato nella lingua inglese di *mind*, rispetto a mente, o del francese *esprit*. A monte di tutto ciò vi era la convinzione che psiche, o mente che sia, affettività o intelligenza, fossero comunque originate e si sviluppassero per una non meglio definita «natura» dell'uomo: un'insufficiente conoscenza di tale «natura» poteva dar adito a termini ambigui o controversi. Nei secoli passati, tale natura era attribuita a un'anima infusa da Dio, un dio trascendente, nell'homo sapiens: progressivamente a partire dal secolo XVIII, fu intesa come sviluppo del «genere» umano, man mano ricondotto, con le sopravvenute conoscenze di genetica e di neurofisiologia, a uno sviluppo del cervello programmato dal genoma: attribuito cioè alla «maturazione» neurologica.

Così, costituendosi le scienze medico-biologiche, si pensava esser «naturale», quindi uguale per tutti, che il bimbo sviluppasse gradatamente la sua motricità, la sua capacità percettiva (maturazione neurologica, si diceva appunto) e il linguaggio: e con questo l'intelligenza. Di qui il «pensiero», la «mente». Quanto all'affettività, progredendo la neuroanatomofisiologia, si individuò il cervello mesolimbico, come sede privilegiata di una corrispondente «naturale», anche questa, maturazione. Le variazioni individuali da quanto poteva essere rilevato come salientemente diverso rispetto alle dimensioni osservate nella stragrande maggioranza degli individui, veniva definito «anormale», cioè in riferimento alla convinzione che esistesse una norma naturale dello sviluppo: di questa «anormalità» si ricercava pertanto la causa che avesse turbato l'ordine naturale; ecco la patologia, applicata allo psichico, in modo dicotomico così come la dicotomia normale/patologico veniva utilizzata in medicina.

Oggi sappiamo che la maturazione neurologica avviene per iscrizione genetica della specie umana solo per ciò che concerne la macromorfologia del S.N.C.: micromorfologia e fisiologia (sinapsi, reti neurali, selezione neuronale ecc.) si strutturano per apprendimenti e questi sono in funzione di un'elaborazione dell'esperienza attraversata da quel singolo individuo. Questa struttura il cervello, ma essendo appunto «elaborazione», presuppone a sua volta un elaboratore, cioè una funzionalità di un qualche insieme neurale in precedenza formatosi: si apre di conseguenza la prospettiva dello studio di *quando* cominci una qualche strutturazione. In secondo luogo si apre lo studio, per ora di maggior interesse, di *come* il nascente sistema – comunque na-

scente – «impari», strutturandosi in tal modo nella propria individuale «maturazione»: in maniera specifica del singolo individuo, in quanto l'esperienza di uno mai potrà essere completamente identica a quella di un altro. Nessuno ha un cervello uguale a quello di un altro.

Lo strutturarsi della mente, e del cervello, del singolo avvengono dunque per esperienza: ma come? Si credeva fino a mezzo secolo fa che «apprendimento» significasse un imprimersi di un'esperienza nella mente. Gli studi della psicologia sperimentale hanno dimostrato invece che ciò che si apprende non è l'esperienza tale e quale, come se si trattasse del lavoro di un registratore, bensì qualcosa che da quella l'individuo elabora: ciò porta a considerare l'apparato elaborante di quell'individuo[1]. Non si impara l'esperienza, bensì si apprende dall'esperienza, secondo modalità che dipendono dal singolo individuo. E parimenti ogni individuo apprende ad apprendere in modo singolare: ognuno impara un suo personale modo di imparare. Il risultato – ciò che viene appreso – è dunque a maggior ragione dipendente dal singolo. Nessuno ha una mente uguale a quella di un altro.

A ruota degli studi sperimentali sull'apprendimento, per via indipendente, clinica, lo psicoanalista Bion pubblicò nel 1962 il suo celebre testo «Learning from experience» (Bion 1962a), che rivoluzionò l'intera psicoanalisi (Imbasciati, Margiotta 2005, 2008). Non si impara l'esperienza bensì dall'esperienza: «from». Si apre allora anche in sede clinica, psicoanalitica in particolare, lo studio del come si impara, di quel «from» così individuale, mentre decade l'assunto che la maturazione sia determinata per natura (genetica) e tale così si strutturi la mente dell'individuo. Cade di conseguenza la dicotomia normale/patologico quale applicata allo psichico, in quanto non esiste una norma naturale, nonché si dimostra senza senso la ricerca delle cause che possono aver turbato la norma e aver causato quello che si è chiamato anormalità, come sinonimo di patologia. In effetti, se non c'è norma prestabilita, non ha senso interrogarsi sulla causa di una devianza: se ogni individuale mente (e cervello) si forma per l'individuale esperienza, la «normalità» si rivela una semplice norma statistica, il range medio di quanto osservato, e tutte le devianze sono possibili. In ciascun individuo il cervello – la mente – si è strutturato, o meglio si

1. Ciò rende rilevante l'interrogativo del precedente capoverso sul quando si possa cominciare a considerare un iniziale elaboratore protomentale: l'interrogativo è per ora ancora oscuro.

è venuto a costruire (Imbasciati 1998, 2006a, b) a suo modo: cioè per quanto dal singolo elaborato dall'esperienza, da *quell'*esperienza che *quel* suo apparato elaborante ha elaborato.

Come si struttura dunque la mente? Come e quando viene a costruirsi? Si aprono in altri termini due orizzonti di ricerca: quando inizia la mente? Ovvero quando l'individuo umano comincia a imparare attraverso quali modalità e processi? E in secondo luogo, come si comincia?

La prima prospettiva sembra di più facile accesso in quanto dipende dalle metodiche di osservazione, che permettono (o potranno permettere) di vedere i cambiamenti comportamentali che denunciano un avvenuto apprendimento. Ovviamente questo, sulla scorta anche degli studi sperimentali sugli animali, non è stato più concepito come legato a quanto l'uomo poteva rivelare con il linguaggio, come in passato. Un'accezione corrente fino a poco tempo fa nella cultura popolare, di derivazione scolastica, concepiva l'apprendimento come riferito alla verbalità: in realtà si imparano tante cose senza che sia implicato il linguaggio; l'apprendimento si rivela dal comportamento. Questo lo si può osservare negli animali, così come nei bimbi prima che abbiano imparato a parlare. E perdura del resto anche negli adulti, come acquisizione di abilità. Si è così studiato lo sviluppo motorio dei bambini, dei neonati, considerato non più come dovuto a una norma naturale, ma ad apprendimenti: sviluppo *psico*motorio. Incertezze sono state dibattute su quanto tale sviluppo, appreso, si potesse dire che denunci un'iniziale «mente», o una psiche che dir si volle, che lo apprende. Il dibattito, ovviamente, dipende dalla definizione del concetto inteso con una determinata parola: mente, appunto, o psiche, o «psichismo» (Rascovsky 1977).

Con quest'ultimo termine, e del resto col progredire dell'osservazione dal neonato al feto, si è progressivamente giunti a comprendere come il concetto base, per i vari termini nelle differenti lingue e culture usate, non fosse da legare alle manifestazioni dell'adulto, nella loro completezza e stabilità, né tanto meno alla consapevolezza che di queste e di sé l'individuo adulto può avere – la coscienza[2] – bensì come qualunque organizzazione che si organizza nell'essere vivente per far fronte alle varie e differenti situazioni: omologabile a una corrispondente struttura neurale che

2. *Consciousness*, non *Conscience*: attenzione all'ambiguità del termine italiano, che indica due aspetti differenti della mente, l'essere consapevoli e l'avere una coscienza in senso morale.

si forma per apprendimenti e che caratterizza *quello* «sviluppo»; anche quello che era stato creduto maturazione dettata dalla biologia. Il concetto di mente pertanto indica un continuum, da organizzazioni elementari a organizzazioni sempre più articolate, in grado di far fronte a situazioni reali in modo adeguato, fino al punto di dare all'individuo una qualche coscienza dell'organizzarsi di tale struttura nelle varie situazioni: poterle dunque «pensare», coscientemente, e infine riflessivamente come coscienza di quanto si sta pensando. Ecco la mente, in quest'ultimo caso in un'accezione più ristretta.

Quanto dedotto dall'esempio dell'osservazione dello sviluppo motorio fu successivamente confermato dagli studi sulla percezione: così come si constatò che la motricità denunciava un'organizzazione appresa, altrettanto si dimostrò quanto la percezione, creduta dapprima «naturale», fosse invece anch'essa appresa. Se ne dimostrò la complessità dei processi che la producono: il neonato non percepisce, intendendo il termine nell'accezione (scientifica) del termine riferito alla percezione adulta, in quanto non ha ancora imparato ad assemblare le afferenze sensoriali in modo da dar loro significati definiti in relazione alle loro varie combinazioni, cioè in corrispondenza di «oggetti» riconosciuti, percepiti dunque in senso proprio, e «rappresentati» nell'organizzazione dell'incipiente mente (Imbasciati 1986, vol. II). Il cervello del neonato non ha ancora imparato a «leggere» gli insiemi afferenziali.

Quanto al secondo interrogativo, cioè al «come» si cominci, la ricerca è ancora insufficiente: infatti, visto che si matura per elaborazione dall'esperienza e che, non solo l'esperienza, ma la qualità dell'elaborazione sono in relazione al singolo, e cioè dipendono da un qualche elaboratore, come si forma il primo, primissimo elaboratore che comincerà a elaborare l'esperienza? (Imbasciati, Calorio 1981; Imbasciati 1998, 2006a, b).

In ogni caso l'organizzazione che si sviluppa per apprendimenti – la si possa chiamare mente, o psiche, o psichismo, o con altri termini di altre lingue – è questione di convenzioni. Resta il fatto che essa può darsi in forme elementarissime, fino alle forme più evolute lungo un continuum: ciò lo possiamo vedere negli animali, a cominciare da quelli più elementari (già le planarie, piccoli vermi, dimostrano apprendimento) fino a quelli più evoluti. Nell'uomo ritengo appropriato parlare di sviluppo neuromentale. Per gli esseri umani, oggetto centrale delle scienze psicologiche, si apre

la prospettiva di studiare quando (e poi il come) esso cominci. Entrambi gli interrogativi hanno avuto il loro logico campo di indagine nell'area ostetrica e neonatologica: qui si è potuto constatare clinicamente con più salienza l'importanza della relazionalità.

1.2. GLI STUDI SULLO SVILUPPO FETALE E NEONATALE

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

Negli ultimi quarant'anni studiosi di discipline diverse (neonatologi, ginecologi, neurofisiologi, psicologi clinici, psicoanalisti) hanno mostrato un grosso interesse scientifico, dovuto anche allo sviluppo delle tecnologie di indagine a ultrasuoni, per lo studio della vita fetale, volto a spiegare la continuità della vita psichica tra prima e dopo la nascita (Rascovskj 1977; Piontelli 1987; Pasini *et al.* 1989; Della Vedova, Imbasciati 1998; Righetti, Sette 2000; Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007).

In particolare gli studi hanno mostrato come già nelle fasi precoci dello sviluppo fetale risulti attivo un sistema neurosensoriale competente che permette al feto di entrare in rapporto con le condizioni fisiche dell'ambiente uterino e del corpo materno attraverso specifiche modalità, neurosensoriali e neuromotorie. Si ritiene che queste competenze, già attive nelle fasi fetali, possano essere state modulate da una particolare esperienza che ha agito sullo sviluppo del primo sistema nervoso, formando prime nascenti strutture psichiche (Manfredi, Imbasciati 2004; Della Vedova, Imbasciati 2005; Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007).

Vediamo in breve cosa ci hanno mostrato gli studi sullo sviluppo sensoriale e motorio del feto (Ianniruberto, Tajani 1981; Chamberlain 1992, 1994). Una volta che la cellula fecondata è riuscita a impiantarsi con successo nella parete uterina, a circa due settimane dopo il concepimento, inizia la «fase embrionale» in cui, per le successive sei settimane, si può assistere ai principali processi di organogenesi. A ventun giorni il battito cardiaco inizia a essere evidente e inizia a essere visibile lo svilupparsi dei diversi organi e apparati (apparato circolatorio, gastrointestinale, respiratorio, sistema scheletrico, precursori del tubo neurale). A sette settimane di gestazione possiamo rilevare i sistemi muscolari sufficientemen-

te maturi per iniziare una prima attività motoria fetale: dapprima si possono vedere dei movimenti «vermicolari», dovuti al trascinamento passivo degli arti da parte del tronco, che evolvono successivamente in movimenti dei singoli arti e del capo. A otto settimane sia l'apparato motorio sia quello sensoriale mostrano una propria rilevabile funzionalità, anche se la struttura istologica risulta ancora immatura. La fase successiva, denominata «fetale», che ha inizio intorno alla dodicesima settimana di gestazione, permette di vedere in ecografia il feto che succhia il pollice. A quindici-sedici settimane di gestazione è evidente il repertorio di movimenti che ritroviamo nel feto a termine. Nelle fasi successive si assisterà solo a un aumento nella complessità, nella coordinazione e nella precisione del movimento. È tipico di queste fasi il fatto che il feto mostri movimenti che vengono chiamati di «trasalimento», o «startle», che sono inizialmente di tipo aspecifico, cioè senza stimolazione, e che successivamente diventano «startle specifici», ovvero in reazione a una avvenuta ricezione (percezione?) di stimoli specifici: dapprima per stimoli pressori, poi per stimoli vibro-acustico, poi di tipo acustico e, infine, solo verso fine gestazione, per stimoli di tipo luminoso. Questo tipo di comportamento implica che il feto ha imparato a riconoscere gli stimoli differenziandoli anche tra loro.

Come si può evincere da questo sintetico excursus, il movimento è stato uno dei primi aspetti esplorati per inferire la vita psichica fetale (Iannіruberto, Tajani 1981; Milani Comparetti 1981). A tal proposito Fava Vizziello (1981) sostiene che la presenza nel feto di tutti i pattern motori fin dalla ventesima settimana di gestazione permetterebbe di attribuire al feto una propria attività e autonomia motoria, che troverà la sua organizzazione nella seconda parte della gravidanza.

Le ricerche neuroembriologiche mostrano l'esistenza di un ordine di sviluppo degli apparati sensoriali ben preciso: inizialmente si sviluppano gli apparati che sono coinvolti nella sensorialità tattile, gustativa, olfattiva, successivamente quelli coinvolti nella sensorialità vestibolare propriocettiva, poi quella acustica e, infine, in quella visiva.

La prima sensorialità a svilupparsi è quella tattile, a partire dall'ottava settimana. I feti gemelli si toccano e si tengono le mani. Dalle immagini si può vedere come una stimolazione tattile produca movimenti protettivi del feto (Chamberlain 1988).

A dodici settimane, parallelamente al formarsi di papille gustative, si rivela l'acquisizione di una capacità di reagire di tipo gusta-

tivo: si evidenzia un incremento del fisiologico inghiottimento del liquido amniotico da parte del feto alla presenza di sostanze zuccherine, e una diminuzione significativa quando sono presenti invece sostanze amare (Ianniruberto, Tajani 1981). Le reazioni del feto, soprattutto motorie, a stimoli in grado di attivare recettori sensoriali specifici, indicano come la sensorialità si stia trasformando in percezione[3].

La sensorialità olfattiva sembra svilupparsi in epoca molto precoce, intorno alla nona settimana (Righetti, Sette 2000). Interessante è il riconoscimento degli stimoli olfattivi: nelle prime ore dopo la nascita: i neonati sembrano in grado di riconoscere gli aromi che erano stati esperiti con regolarità durante l'epoca fetale, in particolare l'odore degli umori del corpo materno e del latte materno (Hepper 1995).

Risultati simili sono stati riscontrati rispetto alla percezione acustica fetale, che si sviluppa tra la ventiquattresima e la ventottesima settimana di gestazione: il feto reagisce a stimolazioni sonore attraverso un incremento del battito cardiaco e dei movimenti (Tomatis 1981, 1991; Manfredi, Imbasciati 1997). Interessante notare come nelle prime ore successive al parto vengono riconosciute dal neonato le stimolazioni sonore (la voce materna, le melodie e le favole) udite durante gli ultimi due mesi di gestazione (Murooka 1974; De Casper, Sigafoos 1983). Aucher (1977, 1983, 1984, 1987) riconosce una funzione di sviluppo neuro-motorio e sensoriale del feto non solo grazie alla voce materna ma anche a quella paterna. Nella sua cartografia sulle corrispondenze sonore del sistema nervoso (depositata all'Accademia delle Scienze di Parigi) viene riportata la correlazione tra rilevazioni riguardantii gangli paravertebrali e le frequenze della scala sonora: i gangli paravertebrali sarebbero recettivi alla pressione delle onde sonore in un intervallo che va da DO2 a DO3 per gli arti inferiori, da DO3 a DO4 per il bacino, da DO4 a DO5 per il torace e da DO5 a DO6 per la testa[4]; in questo senso la voce paterna stimolerebbe di più la crescita delle parti inferiori del nascituro (ginocchia e gambe) mentre la voce ma-

3. Bisogna ricordare che la semplice presenza di recettori, che stimolati inviano afferenze alle quali corrispondono risposte specifiche, non basta per dire che queste sono organizzate come percezione. La specificità di vie nervose corrispondenti allo specifico apparato sensoriale può da sola determinare risposte specifiche per via di un arco riflesso. Per poter parlare di percezione in senso proprio è necessario un coordinamento più complesso e il riconoscimento di insiemi afferenziali diversi (Imbasciati 1986, vol. II; Manfredi, Imbasciati 2004). Si potrebbe, eventualmente, parlare di percezioni precoci.

4. Il DO2 è il secondo DO della tastiera del pianoforte a partire da sinistra.

terna stimolerebbe di più la crescita del busto, degli arti superiori e del cervello. Secondo Lécourt (1992, 1994, cit. in Righetti 2007) sarebbero le voci di tutta la famiglia a determinare la crescita del feto: questo determinerebbe una sorta di socializzazione primaria, che porterà il neonato a modulare il suo pianto nell'intensità e nella durata a seconda della composizione sonora della famiglia.

Di particolare interesse sono gli studi che dimostrano come gli stati emotivi della madre si trasmettano al feto e possano condizionare lo sviluppo del suo cervello, e quindi la struttura di base del suo futuro funzionamento mentale. Ogni forma di esperienza emotiva materna si trasmette al feto: se lo stato emotivo è piacevole e positivo il feto ne trae dei benefici, se invece, al contrario, lo stato emotivo è negativo, ansiogeno, il feto non riceve alcun beneficio anzi si può rilevare una forte scarica ormonale che si presume corrispondere a un senso di frustrazione psichica. Lo stress materno può portare ad alterazioni funzionali fetali, può incidere su complicazioni ostetriche, come nascite premature (Copper 1996; Wadhwa *et al.* 2001) o difficoltà in travaglio, e può avere effetti negativi sul comportamento motorio, che è uno degli indicatori principali dello sviluppo fisiologico e psicologico del feto (Ianniruberto, Iaccarino, Tajani 1978; Ianniruberto, Tajani 1981; Milani Comparetti 1985; Rossi *et al*. 1989). Van den Bergh (1990) ha proposto un esperimento per controllare come lo stato emotivo della madre influisca sul feto e sul neonato. Le donne con diagnosi di ansia hanno sortito correlazioni significative sia tra lo stato ansioso e l'attività motoria fetale, sia tra il movimento fetale e quello neonatale, mostrando un aumento dell'attività motoria fetale che si manifesta con pattern anormali, disorganizzati, e periodi di ipocinesia, che si ritrovano poi alla nascita. Situazioni di depressione materna sarebbero origine di stati di minore attività motoria e irritabilità (Field 1995; Dipiero 1996).

La Piontelli (1987, 1988) sottolinea come il feto manifesti differenze comportamentali che possiamo ritrovare in ambito neonatale, nonostante che le esperienze e la natura dell'ambiente siano mutate. L'autrice sottolinea che le esperienze prenatali possono avere risonanze emozionali profonde per il bambino, in modo determinante per il suo sviluppo futuro, soprattutto se gli eventi vengono rinforzati da successive esperienze neonatali. Già nel 1965 (Sontag 1965) si scriveva che il feto non riceve solo influssi metabolici ed eventuali agenti infettivi dalla madre, ma è soggetto anche ai suoi vissuti emozionali, a cui è in grado di reagire, positi-

vamente o negativamente. Possiamo dire che il feto acquisisce un'iniziale maturazione e che, in particolare, i movimenti fetali possono essere considerati i medium utilizzati per instaurare una comunicazione psicofisica tra feto e ambiente, mediata dall'affettività della madre. A seconda della reazione di questa al movimento del bambino, si determinerà la base dei futuri processi di interazione di cui il bambino ne è e ne sarà stimolo (Imbasciati, Cena 2007). Attraverso le ricerche che hanno utilizzato la tecnica della fetal observation, la Negri (1996, 2000) sostiene che lo sviluppo maturativo dei centri dell'affettività situati nell'ippocampo è legato alla comunicazione con la madre, e ipotizza possibili correlazioni tra la personalità intra ed extrauterina, sia della madre sia del bambino. Little (1986) e McDougall (1989), a tal proposito, evidenziano come il rapporto prenatale tra la madre e il proprio feto venga vissuto nei termini di un'esperienza unitaria somatocorporea, che lascerebbe tracce incisive nella memoria della rappresentazione di base del senso di sé e di ogni individuo (Imbasciati, Cena 2007).

L'insieme dei risultati della ricerca scientifica sulle fasi prenatali dello sviluppo, che brevemente abbiamo passato in rassegna, possono evidenziare un quadro di straordinaria continuità tra le fasi dello sviluppo prima e dopo la nascita. Il periodo della gravidanza, soprattutto nell'ultimo trimestre, ci appare come un periodo in cui il feto è particolarmente in grado di entrare in contatto con diverse forme di stimoli provenienti dal corpo materno e dell'ambiente esterno e di farne una propria esperienza personalissima. Quanto emerge dai risultati delle ricerche svolte negli ultimi decenni sullo sviluppo fetale evidenzia una chiara corrispondenza con il quadro delle competenze riscontrabili nel neonato: si parla infatti oggi di «neonato competente».

1.3. DALL'INFANT RESEARCH AL PRENATALE: LA RELAZIONE COME MATRICE NEUROMENTALE

Antonio Imbasciati, Francesca Dabrassi

Per lungo tempo il neonato è stato considerato come un organismo relativamente passivo con una «ronzante e pullulante confusione» (James 1890) nella mente. Freud (1905) descriveva lo sviluppo del bambino come una sequenza di fasi che vanno da una

condizione di assoluta dipendenza a una progressiva autonomia rispetto ai suoi oggetti primari. È stato Fairbairn (1954) a sottolineare per primo come il bambino entri in relazione con le sue figure di accudimento non tanto per cercare la soddisfazione del piacere, come affermava Freud[5] (1905), quanto per la ricerca dell'«oggetto» in sé. In effetti all'immagine del «neonato passivo» si è venuta a sostituire quella di un «neonato competente», grazie alle scoperte di Bowlby sull'attaccamento e soprattutto grazie allo sviluppo negli ultimi decenni dell'*Infant Research*: questa ha messo in evidenza non solo le capacità del neonato di elaborare informazioni provenienti dalla realtà esterna, come già anni prima era stato osservato (Piaget 1923, 1936), ma anche quella di creare o mantenere situazioni di interazione con la sua figura di accudimento, solitamente la madre (Stern 1974a, b).

La prima concezione, rimasta in auge fino a qualche decennio fa, presupponeva la mente come «data dalla natura», dovuta a una maturazione biologica del sistema nervoso, ponendone l'origine con l'acquisizione del linguaggio. Oggi invece, partendo dagli studi sopracitati e dalle ricerche di neuroimaging susseguitesi negli anni, è condivisa l'idea che la maturazione è un processo che avviene in funzione dell'esperienza e che è la qualità dell'esperienza stessa a determinare il tipo di sviluppo (Imbasciati 1998, 2007c). La genetica determina la macromorfologia del cervello, ma la sua micromorfologia e la sua fisiologia dipendono dal tipo di esperienza che è stata assimilata. Pertanto la ricerca ha dovuto prendere in considerazione tutti gli studi relativi all'apprendimento primario e questi hanno evidenziato, prima con Bion (1962a) e poi attraverso l'Infant Research, non solo che si apprende quanto è stato prima selezionato e modulato da un «apparato che apprende», ma che è l'ambiente interpersonale, in particolare la madre, a svolgere la funzione primaria per l'apprendimento.

Bion (1962a) aveva messo in evidenza questa capacità della madre con il suo concetto di *rêvérie materna*, considerato dall'autore indispensabile per l'analista, paragonato a una madre in grado di cogliere i sentimenti del piccolo, farli propri e attribuire loro un significato. La madre infatti restituisce al bambino un modo di elaborare la situazione che egli sta vivendo: in altri termini, attraverso la propria struttura psichica la madre gli sta insegnando a pensa-

5. Ricordiamo che Freud (1905) concepiva il legame con la madre come frutto di una spinta motivazionale secondaria. Secondo l'autore il neonato investirebbe la madre di pulsioni libidiche e aggressive solo se prima ha soddisfatto i suoi bisogni fisiologici.

re. Per fare questo la madre deve essere in grado di rappresentare già nella propria mente gli stati del bambino: si tratta di una capacità variamente indagata e denominata ora «funzione riflessiva» (Fonagy, Target 2001), ora «mentalizzazione» (Marty, de M'Uzan 1963; Greenspan 1997), indispensabile per il bambino. In casi di deficit di questa capacità materna, il bambino sperimenterebbe cose che non hanno senso e potrebbe cadere in uno stato accostabile a quello di «terrore senza nome» descritto da Bion (1962b). Anche Winnicott (1989) aveva sottolineato come «lo sviluppo non si deve all'opera di una tendenza ereditaria [...], ma ha luogo perché il bambino incontra il comportamento adattativo della madre o di un suo sostituto». Famosa è la frase «*Il bambino piccolo non può esistere da solo, ma è fondamentalmente parte di una relazione*» (Winnicott 1965).

Gli studi che si sono susseguiti, provenienti per la maggior parte dallo sviluppo della teoria dell'attaccamento (Bowlby 1969, 1973, 1980), fanno emergere come la relazione madre-bambino sia la base della costituzione di quella rappresentazione mentale di base di «sé in relazione con l'altro» (Bowlby 1988b, *Modelli Operativi Interni, MOI*), rappresentazione che indirizzerà il modo in cui l'individuo affronterà il mondo e le sue relazioni future. Emerge pertanto tutta la pregnanza delle relazioni del bambino con le prime figure di attaccamento, in particolare l'idea che sia la struttura psichica della madre a modulare la struttura psichica del bambino, insegnandogli a imparare.

Come abbiamo visto, a partire dagli anni Settanta si è scoperto che già a livello di gestazione il feto è provvisto di competenze sensoriali, percettive, mnestiche, motorie molto più sviluppate di quanto prima si pensasse. Pertanto si è fatta risalire l'origine della funzione trasformatrice e ordinatrice della madre, alla base della relazione madre-bambino, al periodo della gravidanza. La relazione di continuità tra quella che è stata la nostra vita prenatale e la successiva vita neonatale è sempre stata d'altronde oggetto di riflessione (Ferenczi 1914; Rank 1924). Freud stesso affermava (1925) che c'è molta più continuità fra la vita intrauterina e la primissima infanzia di quanto l'impressionante cesura dell'atto della nascita ci lascerebbe supporre. Secondo questa concezione le competenze presenti alla nascita deriverebbero da primari apprendimenti prenatali (Della Vedova, Imbasciati 2005).

Possiamo pertanto concludere che nell'ambiente uterino il feto acquisisce una maturazione sensoriale già di carattere percettivo,

connessa strettamente alla maturazione, di parti neurali che presiedono alla elaborazione degli stati affettivi (Negri 2000), e che tale maturazione è dovuta ad apprendimenti mediati da un «dialogo» intrauterino che dipende dalla madre. Per una rassegna si veda: Piontelli 1992; Della Vedova, Imbasciati 1998; Righetti, Sette 2000; Manfredi, Imbasciati 2004; Della Vedova, Imbasciati 2005; Righetti 2007.

Se già nel 1965 si scriveva che il feto non riceve solo influssi metabolici ed eventuali agenti infettivi dalla madre, ma è soggetto anche ai suoi vissuti emozionali (Sontag 1965), oggi sappiamo che questi sono reciprocamente correlati con le risposte del feto stesso.

1.4. L'ATTACCAMENTO PRENATALE

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

Come abbiamo visto, è da circa un secolo che si sta studiando l'importanza della relazione tra genitori e bambino per lo sviluppo di quest'ultimo, in particolare grazie alle osservazioni cliniche di stampo psicoanalitico (Ferenczi 1929; Winnicott 1958; Mahler, Pines, Bergman 1975) e agli approcci più attuali dell'Infant Research (Bowlby 1969, 1973, 1980; Main, Kaplan, Cassidy 1985, cit. in Bowlby 1988b; Stern 1974a, b, 1995; Sameroff, Emde 1989; Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery 1999; Fonagy, Target 2001; Imbasciati 2004b).

Tutti questi approcci hanno messo in luce il legame che si forma tra il bambino e la sua figura di accudimento, focalizzandosi in particolare sul bambino. Per esempio, l'attaccamento è stato descritto come la «tendenza innata da parte dei bambini di creare legami affettivi privilegiati con almeno una persona adulta (il caregiver) che si prende cura di loro a partire dal momento della nascita» (Bowlby 1969, 1973, 1980). Lo studio delle modalità con cui i bambini sviluppano questo legame nei confronti del loro caregiver ne ha identificati di due tipi principali: sicuro e insicuro (Ainsworth *et al.* 1978). I primi sarebbero quei bambini in grado di utilizzare la madre (il caregiver) come «base sicura» (Ainsworth 1985), sì da essere facilitati nell'esplorare l'ambiente circostante: sono quei bambini che piangono al momento della separazione, ma che sanno poi consolarsi al momento della riunione per poi tornare a giocare. I se-

condi, invece, sono quei bambini che esplorano poco l'ambiente e sono ansiosi con un estraneo presente, anche se c'è vicino il caregiver; sono inoltre angosciati al momento della separazione e non sono consolabili al momento della riunione. Sulla base dei comportamenti interattivi esperiti, il bambino si costruirebbe una sorta di «rappresentazioni» mentali primarie, i cosiddetti «Modelli Operativi Interni» (MOI) che regoleranno le sue peculiari modalità interattive e quindi i suoi modi relazionali di apprendimento: la relazionalità in questo modo si iscriverebbe nelle strutture neuromentali più stabili e automatizzate e andrà a influenzare e regolare le condotte future (Dabrassi, Imbasciati 2007).

I modelli operativi interni derivano, quindi, dall'interiorizzazione delle esperienze ripetute con le figure di attaccamento e la qualità della loro organizzazione dipende dalla qualità delle cure ricevute durante l'infanzia. Nel pattern di attaccamento sicuro, i modelli operativi interni si costituirebbero a partire dalla rappresentazione della figura di attaccamento come disponibile a rispondere in modo positivo e coerente alle richieste di aiuto e conforto. Di conseguenza, la rappresentazione del Sé in questo caso verrebbe a essere caratterizzata dal sentirsi degno di amore e comunque dalla percezione che le proprie esigenze e i propri bisogni hanno un valore e un significato e possono essere «raccolte» da qualcuno. All'opposto, nei pattern insicuri, i modelli operativi interni si costituirebbero a partire dalla rappresentazione della figura di attaccamento come poco o nulla disponibile alle richieste di aiuto e conforto, una figura che rifiuta, che resta distante e, alcune volte, persino ostile. In modo corrispondente a questa rappresentazione, il bambino si costruirebbe un'immagine del Sé non meritevole di amore, di attenzione e di affetto. Bambini che possiedono un modello interno così formato, non saranno capaci di esprimere in modo appropriato e nel momento giusto le loro emozioni e percepiranno il mondo come avverso o, comunque, poco «sorridente» (Zimmermann, Grossmann 1994). In realtà la struttura che costituisce i modelli operativi interni non dipende esclusivamente dalla qualità delle cure ricevute, ovvero dal comportamento delle figure di attaccamento, ma in modo più complesso dai significati che queste veicolano con le loro condotte, cioè da qualcosa che appartiene alle strutture della figura di attaccamento e secondariamente ne condiziona la condotta. Successivamente alla prima duplice categorizzazione della Ainsworth (Ainsworth *et al.* 1978), sia dalla medesima studiosa che da altri autori, nei bambini insicuri è

stato individuato un gruppo particolare il cui stile di attaccamento, denominato «evitante», caratterizza bambini che, apparentemente indifferenti a ogni separazione, evitano il contatto col caregiver: si tratterebbe di bimbi le cui madri non hanno disponibilità e capacità di dialogo, cosicché il piccolo ha per così dire imparato a evitare il contatto e lo scambio emotivo comunicazionale. Tali bimbi non possono però acquisire nella loro vita futura adeguate capacità di relazione. Altri ulteriori autori hanno poi individuato un quarto gruppo (stile di attaccamento disorganizzato), che si svilupperebbe in bimbi con madri molto disturbate, candidando i bambini stessi a futuri disordini mentali.

Rimandando alla copiosa messe di studi su tali argomenti (Goossens, Van Ijzendoorn 1990; Sagi 1990; Simonelli, Calvo 2002; Fava Vizziello, Calvo, Simonelli 2003; Della Vedova, Imbasciati 2005), ci preme qui sottolineare come la teoria dell'attaccamento abbia, almeno in un primo tempo, posto l'accento sul bambino, considerando lo studio della madre come premessa a quello del bimbo. Solo in un secondo tempo la considerazione del legame di una madre col suo bimbo è stata studiata già nel suo formarsi nel periodo gestazionale. Si sono così sviluppate le ricerche sull'attaccamento prenatale, con diretto e precipuo riferimento alla madre. Mentre la teoria dell'attaccamento neonatale pone l'accento sul bambino, la teoria dell'*attaccamento prenatale* si interessa invece del tipo di investimento affettivo che i genitori hanno verso il bambino che attendono, investimento che nasce e si sviluppa durante le fasi della gravidanza. A dire il vero, prima ancora che il costrutto fosse delineato, la letteratura, in particolare quella psicoanalitica, si era già interessata di quest'area di ricerca, in quanto riteneva che la relazione di attaccamento neonatale affondasse le proprie radici in quella «area di pensiero» che i genitori dedicano al bambino non ancora nato. Infatti, studiando i processi psichici che avvengono in gravidanza e le fasi che la caratterizzano, si è visto come essi siano strettamente connessi all'investimento affettivo verso il feto (si veda cap. 3). Però è solo dagli anni Settanta che si iniziano ad avere studi sistematici relativi alle rappresentazioni e alle fantasie che la donna sviluppa in gravidanza nei confronti del bambino che sta aspettando. Per esempio, alcuni studi (Lumley 1982; Perry 1983; Vaughn *et al.* 1987; Zeanah, Barton 1989) affermano che intorno alla trentaseiesima settimana di gestazione le madri sviluppano un'immagine relativa al temperamento del proprio bambino basandosi sulle proprie fantasie e emozio-

ni. Altri studi (Zeanah, Keener, Anders 1986) hanno messo in luce come questo derivi dalle esperienze dei rapporti con i propri genitori. Anche le ricerche condotte da Raphael-Leff (1991) mettono in evidenza come a partire dal secondo trimestre di gravidanza le donne abbiano una rappresentazione ben definita del «bambino in pancia»: comunicano con lui, si toccano la pancia alla ricerca di quella «sintonizzazione affettiva» (Stern 1985) che Winnicott ha definito «preoccupazione materna primaria» (Winnicott 1958). Questa particolare forma di investimento affettivo, che i genitori sviluppano verso il bambino in utero, si consolida durante il periodo della gravidanza e getta le basi per il rapporto futuro dei genitori con il proprio bambino.

È a partire dagli anni Ottanta che alcuni studiosi indagano, oggi in modo sistematico, alcune forme di questa relazione prenatale denominata «attaccamento prenatale». In particolare, è stato osservato che la gravidanza comporta una serie di cambiamenti fisici e psichici che sono in relazione con la stessa futura nascita, proprio con lo sviluppo di queste rappresentazioni mentali relative al bambino in arrivo, e di sé come genitori. Gli studi relativi al costrutto hanno permesso anche di rilevare come questo processo non avvenga in modo uguale per tutte: infatti vi è una percentuale di donne in cui è stato rilevato un livello di investimento affettivo basso, risultato che sembra essere predittivo del tipo di relazione madre-bambino anche dopo la nascita (Leifer 1977; Condon, Dunn 1988; Siddiqui, Hagglof, Eisemann 2000; Quinlivan, Evans 2005). Sulla base di tali studi si è cercato di costruire strumenti in grado di rilevare sperimentalmente la qualità del legame dell'attaccamento prenatale: il problema non si è rivelato facile, in quanto, un conto sono le osservazioni cliniche che si possono fare, e altro conto è l'uso di questionari, che per la loro stessa natura hanno notevoli limiti. Oltretutto, se si considera il fatto che si sta parlando di eventi di natura emotiva, il discorso è particolarmente complesso: sappiamo che tali eventi sono, per la maggior parte, inconsapevoli, e mediati dalla comunicazione non verbale, dunque difficilmente rilevabili con questionari. Occorrerebbe un'indagine qualitativa, clinica, condotta da psicologi di particolare competenza e formazione. È anche vero che spesso la situazione di ricerca non permette scelte diverse e per la disponibilità di tempo da parte dei soggetti e per l'organizzazione e l'adatto luogo di reclutamento. Di conseguenza sono stati costruiti strumenti di questo tipo.

Nel 1981 Cranley fu la prima a definire l'«attaccamento materno-fetale» come la misura in cui la donna manifesta comportamenti che rappresentano interazione e coinvolgimento affettivo verso il bambino che attende. Attualmente in letteratura esistono tre strumenti: il Maternal Fetal Attachment Scale (Cranley 1981), il Maternal Emotional Attachment Scale (Condon 1993), il Prenatal Attachment Inventory (Müller 1993). Si tratta di scale di tipo autovalutativo con cui viene rilevata la presenza di comportamenti, atteggiamenti, emozioni e affetti nei confronti del feto (Della Vedova 2005, 2007). Un limite di tali strumenti è che non sono in grado di rilevare da soli la complessità degli aspetti che caratterizzano la relazione gestante-feto, ma misurano unicamente aspetti parziali come la qualità e la quantità degli affetti e dei pensieri rivolti verso il bambino atteso.

La maggior parte degli studi svolti indica che l'attaccamento prenatale aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza, in particolare a partire dal secondo trimestre di gestazione con la percezione dei primi movimenti fetali (Laxton-Kane, Slade 2002; Cannella 2005). Ma questo tipo di investimento, che sembra pertanto essere legato alla percezione del feto, in realtà è stato evidenziato anche nel primo trimestre in donne che si sottoponevano a diagnosi prenatale (Caccia *et al.* 1991). Relativamente allo screening prenatale è stato riscontrato che donne che alla sedicesima settimana di gestazione si sottoponevano ad amniocentesi, avevano un attaccamento minore rispetto alle donne che nello stesso periodo facevano solo un'ecografia (Heidrich, Cranley 1989). Altri fattori, che sembrano influenzare positivamente l'attaccamento prenatale, sono una relazione soddisfacente con il padre del bambino, in particolare nel primo trimestre di gravidanza (Bloom 1997), e in generale il sostegno sociale, soprattutto quello sanitario (Cranley 1981, 1984; Condon, Corkindale 1997). Altri studi che si sono focalizzati sul clima familiare, rilevando che là dove si assiste a una maggiore capacità di empatia e di sostegno tra i familiari, vi è anche una maggiore probabilità che si sviluppi un legame di attaccamento da parte della gestante nei confronti del proprio bambino (Fuller, Moore, Lester 1993; Wilson *et al.* 2000); in particolare se quest'ultima ha interiorizzato uno stile di attaccamento sicuro (Mikulincer, Florian 1999). Rilevante è il fatto che relazioni affettive di tipo positivo con la propria madre siano predittive di un buon sviluppo del legame di attaccamento materno-fetale sia nelle adolescenti (Wayland, Tate 1993; Bloom 1995) che in donne ospedalizzate (Curry 1987).

Infine, per quanto riguarda il ruolo giocato dai fattori psicopatologici relativi alla madre sull'instaurarsi del legame di attaccamento, come per esempio la presenza di sintomi depressivi (Mercer *et al.* 1988; Condon, Corkindale 1997; Priel, Besser 1999), gli stati di ansia e di stress materno (Gaffney 1986; Cranley 1981; Cannella 2005), vi sono risultati disparati. È stato per esempio riscontrato che donne, a cui erano stati diagnosticati disturbi della personalità, avevano un punteggio di attaccamento verso il feto molto più basso (Pollock, Percy 1999), così come è stato riscontrato con gestanti tossicodipendenti (Mikhail *et al.* 1995), che sappiamo avere un interesse maggiore per se stesse e per le sostanze piuttosto che per il feto (Quinlivan, Evans 2005).

Al contrario di queste ultime, le donne che mostrano maggiore interesse alle cure prenatali e al benessere del bambino atteso (Lindgren 2001), che affermano di voler allattare i loro bambini dopo la nascita (Foster, Slade, Wilson 1996), che volevano conoscere il sesso del bambino (Wu, EIchmann 1988), sono anche quelle che mostrano punteggi più alti nell'attaccamento materno-fetale. Invece non sono state riscontrate differenze significative tra donne che hanno preso parte ai corsi di accompagnamento alla nascita rispetto a chi non ha partecipato (Cannella 2005).

Infine, sono stati indagati anche i fattori più di tipo demografico ed è emerso che l'età della madre sembra non influire sul livello di investimento affettivo (Bloom 1995; Cannella 2005), anche se uno studio ha riscontrato che le donne con un'età superiore ai 35 anni mostravano minore attaccamento al feto nel primo trimestre di gravidanza, rispetto a donne con età compresa tra i 20 e i 29 anni (Berryman, Windridge 1996): ma forse questo risultato è più legato alla possibilità di perdere il bambino che all'età stessa. A questo proposito è stato riscontrato che gestanti con esperienze di aborti hanno un livello di attaccamento materno-fetale minore rispetto al gruppo di controllo (Armstrong, Hulti 1998). Per quanto riguarda il numero di figli, Pascoe e i suoi colleghi (1995) hanno trovato un attaccamento maggiore nelle primigravide rispetto a quelle con altri figli, risultato non confermato da altri studi (Condon, Esuvaranathan 1990; Berryman, Windridge 1996). Inoltre, è emerso che, se il livello di istruzione non sembra avere un ruolo sull'attaccamento (Mercer *et al.* 1988), lo stato civile ha invece la sua incidenza: le donne sposate o con una relazione stabile alle spalle mostrano livelli di attaccamento maggiori rispetto alle donne sole (Wayland, Tate 1993).

I risultati contrastanti che sono stati trovati dai diversi studi sottolineano una volta di più la complessità di rapportare le osservazioni cliniche, soprattutto quelle a orientamento psicoanalitico, con costrutti che siano poi misurabili con strumenti agili che siano anche validi e affidabili. Gli studi in proposito, da qualunque vertice condotti, ci dicono comunque come la *relazione*, da cui nasce la mente del futuro individuo (e che struttura il di lui cervello) inizi ben prima della nascita, mostrando in tal modo quanto radicata transgenerazionalmente possa essere la «costruzione» di un homo sapiens, e come costui nasca nella comunicazione emotiva inconsapevole.

CAPITOLO 2

L'AREA OSTETRICA E L'EVIDENZA CLINICA DELLA RELAZIONALITÀ

Antonio **Imbasciati**

2.1. MEDICALIZZAZIONE, DISUMANIZZAZIONE E RIUMANIZZAZIONE DEL PARTO

Antonio Imbasciati

Con la seconda metà del secolo testé trascorso si è studiato l'inizio del mentale negli esseri umani: oggetti di studio sono stati il feto e il bambino. La considerazione del «come» ha portato essenzialmente, proprio considerando gli esordi di tale sviluppo, alla madre e alla sua gestazione. Tale spostamento di oggetto di studio si è rivelato fondamentale anche dopo la nascita: ecco che la ricerca si sposta dal singolo alla relazione. Relazione non solo gestante/feto, ma madre/neonato, e caregiver/bimbo. I primi studi gestante/feto furono condotti in chiave biologica: come l'organismo materno condizioni lo sviluppo del prodotto del concepimento, fino alla sua nascita, al parto. Man mano che le metodiche di osservazione gestante/feto progredivano, si constatò come tale relazione fosse da considerare in chiave psicologica, soprattutto, se proprio la psiche e la sua nascita vogliamo studiare. Essenziale fu, in tale salto del fuoco delle ricerche, l'uso delle tecniche ecografiche. Prima ancora, pionieristico lo fu lo studio della Bick noto come Infant Observation (Bick 1964, 1968, 1975): la relazione è centrale per lo sviluppo psichico del neonato. Gli studi di Bowlby sull'Attaccamento e soprattutto quelli delle sue allieve (si può esemplarmente citare la Ainsworth, la Main e la Crittenden) diedero grande impulso, tuttora in progresso diversificato di molte Scuole, allo studio della relazione quale matrice del come si struttura lo sviluppo neuromentale del bambino (del feto stesso: si studia l'attaccamento prenatale),

ovvero come viene a costruirsi (Imbasciati 2006a) la sua mente; e oltre, come questa iniziale costruzione determini ogni modalità futura di apprendere da altre relazioni. In altri termini, come il primo elaboratore condizioni il tipo di elaborazione che quell'individuo farà di ogni sua ulteriore esperienza, del suo apprendere, cioè, *dall'*esperienza (Imbasciati 2006b, 2008c). E questa, anch'essa, essenzialmente modulata da altre relazioni. Il tutto fino a una catena transgenerazionale, come vedremo in prosieguo.

Oggetto tuttora in corso di ricerche è l'individuazione di ciò in cui consiste tale relazione, cioè cosa passi dall'uno all'altro protagonista, di questa relazione che strutturi la loro mente, che costruisca la mente del bimbo e da qui quella del futuro individuo. Le neuroscienze in questi ultimi anni (Schore 2003a, b) hanno osservato, con le tecniche di neuroimaging, le modificazioni che avvengono nei cervelli degli esseri umani quando sono in particolari relazioni: bimbo e caregiver in primo luogo. Ciò ha dato conferma e ulteriore impulso agli studi psicologici: per esempio, anche a seguito di un percorso psicoanalitico, relazione intimamente pregnante e prolungata paragonabile a quella bimbo/caregiver, si sono osservate modificazioni cerebrali (Kandel 1999). Tali scoperte hanno accentuato l'importanza della ricerca psicologica su cosa e come passi nei processi comunicativi, tra madre e bimbo, o comunque tra due persone, in una «relazione» che struttura e ristruttura i loro cervelli, dunque, a maggior ragione, le loro menti.

Campo di ricerca, nella misura in cui i vari studi si svilupparono, è stato quello ostetrico: nell'assistenza ostetrica si è così inserito l'orizzonte degli studi psicologici. Il parto, un tempo evento domestico sotto la guida della *sage femme*, la «levatrice», la donna esperta secondo la secolare tradizione di tutti i popoli per prestare aiuto alle altre donne nell'evento più tipicamente femminile, col secolo XVIII e ancor più XIX fino a quasi tutto il XX, si è progressivamente medicalizzato. Da evento domestico naturale è diventato evento di competenza medica, al pari di una malattia, e la levatrice, ora chiamata ostetrica, si è trovata in subordine rispetto al medico. Il luogo del parto non è stato più la casa «natale», ma l'ospedale: il progresso dei presidii medici e chirurgici ha permesso di rimediare a tutte le complicanze, che non infrequentemente accadevano a madri e neonati, che ora invece vengono evitati, poiché in ambito ospedaliero possono essere preventivamente applicati, a tutte le gestanti, tutti gli strumenti, farmacologici, medici e chirurgici, oggi a disposizione (asepsi, analgesia, episiotomia, cesareo ecc.). In tal

modo il parto, se salvaguardato da pericoli, è però diventato evento freddo, tecnicizzato, contrastante il calore e la presenza umana che nei tempi passati l'avevano circondato, anzi, nell'organizzazione dei reparti ostetrici a partire dagli inizi del Novecento fin quasi ai giorni nostri, è stata praticata la separazione della partoriente dai parenti, e della puerpera dal neonato. Anche l'allattamento al seno è stato svalutato, sostituito da quello artificiale, ritenuto più controllatamente igienico: questo, sopprimendo il contatto corporeo madre/bimbo, ha contribuito ulteriormente a sminuire l'occasione di contatti interumani; e non solo tra madre e bimbo.

La scoperta della relazionalità quale matrice di sviluppo, nonché se deficitaria di patologie, con la seconda metà del secolo XX ha fortunatamente indotto un'inversione di rotta, negli orientamenti sanitari dell'ostetricia: si rivalutano gli aspetti «umani» che erano stati esclusi dalla precedente medicalizzazione. Nasce la «psicoprofilassi ostetrica»: in Italia si è inteso con tal termine l'istituzione di «corsi» di preparazione al parto per le gestanti, che riunissero aspetti di supporto umano (quasi psicologico, diremmo) con altri di tipo fisioterapico preventivo. Il termine «psicoprofilassi», che oggi può apparire infelice, fu coniato quale compromesso per far accettare l'introduzione dello psichico nella mentalità organizzativa medicalistica, che ne era incompetente e perciò riluttante: si riunì il prefisso «psico» a un termine di uso medico – «profilassi» – per far capire come nella prevenzione anche lo psichico poteva avere un proprio non indifferente peso. Pionieristici furono le Scuole di Piscicelli (1979, 1998) a Roma e di Miraglia a Milano, i due ostetrici italiani che per primi furono sensibili a recepire l'importanza di presidi umano-psicologici al pari di quelli biomedici, per garantire una buona gestazione e un buon parto: e questo non solo per le donne. A Milano, nell'opera di Miraglia ebbe parte Franco Fornari, psicoanalista e ordinario di Psicologia, che diede ai «corsi» di psicoprofilassi praticati nell'Ospedale di Miraglia una più pregnante impronta psicologica (Fornari 1979, 1989). A Miraglia e alla sua collaboratrice Farinet si deve la fondazione di una rivista, «Nascere», tuttora edita: questo periodico trimestrale dal 1972 si è dedicato a promuovere progressivamente l'apporto umano e poi psicologico per l'assistenza alla gestante (al parto), al neonato, al bambino, coniugando l'approccio ostetrico – rivolto particolarmente alle ostetriche considerate i migliori veicoli di diffusione di una nuova cultura – con quello psicologico, e cercando per questo un linguaggio scientifico accessibile a un più vasto pubblico. Si parla di «umaniz-

zazione del parto», riconoscendo così come la precedente medicalizzazione lo avesse disumanizzato.

2.2. PSICOSOMATICA OSTETRICA E ISTITUZIONI

Antonio Imbasciati

Parallelamente al *nascere* (appunto) di una cultura psicologica nell'ostetricia, e alla progressiva scoperta della sua importanza psicosomatica nelle vicende della gestazione del parto, del puerperio e dell'allattamento, si diffondeva, sull'onda delle ricerche cliniche sperimentali sui neonati e sui bambini, nonché di quelle più generali di psicosomatica, negli adulti, malati e sani[1], la conoscenza del rilievo che in qualunque aspetto dell'assistenza medico sanitaria poteva avere l'apporto delle scienze psicologiche: siamo alla fine degli anni Ottanta e si parla di «umanizzazione della medicina» (Imbasciati 1994b).

La medicina, o meglio l'assistenza medico sanitaria, era dunque diventata disumana? Le tecnologie biomediche tale l'avevano resa? L'organizzazione assistenziale del resto già aveva comunque in Italia spogliato dei rapporti umani il rapporto medico/paziente, da molte decadi (Balint 1957; Balint, Balint 1959, 1968; Sullivan 1953) invano riconosciuto implicato nella malattia come fattore curativo, ignorando nella pratica la sua azione psicosomatica. Il medico, sia esso stato definito «medico di famiglia», sia poi «medico di base», ma anche il medico ospedaliero, sembrano tutt'oggi essere diventati, se non burocrati, passivi esecutori di «programmi», di organizzazione prestabilita, di parcellizzazione di competenze e di operatività (si vedano le prestazioni specialistiche), di «linee guida» politiche. In queste ultime decadi si sono sentite numerose lamentele dalla parte dei pazienti sulla mancanza di rapporto umano: il malato è un numero, un «letto» nell'ospedale, non una persona. Attualmente è nostra impressione che il pubblico italiano si sia, per così dire, abituato, e si lamenti di meno, salvo per casi salienti di

1. La psicosomatica, originariamente scoperta e declinata in funzione di alcune malattie, si è progressivamente dimostrata implicata in ogni tipo di malattia: comunque sempre essa è in gioco nelle vicissitudini somatiche, e psichiche, psicosomatiche (appunto) normali di ogni individuo, sganciata dal concetto di malattia. Oggi si preferisce parlare di equilibrio psicosomatico (Imbasciati, Margiotta 2005, 2008).

vergognosa inefficienza con conseguenti evidenti danni (morte talora) per i pazienti: se ne è attenuata la coscienza? O il clima politico sociale che si sta instaurando fa dimenticare ai migliori la sorte di chi soffre?

Nel progressivo quadro di cui sopra la psicosomatica, ben riconosciuta a livello di studi e ricerca, è tuttavia rimasta scollata dalla pratica ospedaliera. Riforme dell'assistenza, partite con le migliori intenzioni, nella loro applicazione hanno peggiorato la situazione: le applicazioni della psicosomatica sono rimaste soffocate nell'organizzazione delle istituzioni sanitarie. I responsabili a livello dirigenziale, forzati a essere sordi alle nozioni scientifiche da parte dei vertici politici, a loro volta stretti in un sistema che costringe a sbandierare ottimismo, nel quadro generale del risparmio delle risorse economiche, non hanno potuto applicare la gran messe di contributi scientifici che la ricerca nel frattempo aveva messo a punto. D'altra parte la cultura psicologica della formazione dei nuovi medici a lungo è stata in ritardo rispetto ai progressi scientifici e quando, dopo il 1986, se ne è voluta un'applicazione al curriculum universitario, questa è stata vanificata, da mistificazioni e successivamente da mancanza di risorse: una cosiddetta Psicologia Medica è rimasta un grosso equivoco nella nostra cultura (Imbasciati 1993). Così la mancata fruizione dei giovani di una formazione più adeguata ha perpetuato un'ignoranza che si è accomunata al perverso gioco politico amministrativo di cui sopra.

In tale «gioco» l'appariscenza al grosso pubblico delle tecnologie biomediche, sempre più perfezionate e reclamizzate nella loro macroscopica visibilità dei relativi macchinari e attrezzature, ha prodotto un grosso e pericoloso equivoco psicosociale, del resto già in atto in settori diversi da quello sanitario: inculcare, o comunque rafforzare l'idea che ciò che conta per curare le malattie e per stare bene è dato dal progresso tecnologico, mentre il fattore umano non conta. Le tecnologie sono ritenute scientifiche mentre i fattori umani, ovvero i dati delle scienze psicologiche – poco conosciute e più spesso misconosciute, se non mistificate da pregiudizi, obsolete concezioni, riduzionismi al limite della ciarlataneria – non vengono presi in considerazione come scientificamente fondati; mentre una cernita valutativa di quanto appare in letteratura mescolando ciò che genericamente è chiamato «umano» con quanto è invece proprio delle scienze psicologiche, è spesso impossibile. Inoltre le tecnologie, in quanto comportano applicazio-

ni transitive[2] sono «più comode» dei fattori umani, che comportano invece compartecipazione emotiva e impegno del soggetto: l'intersoggettiva è a ogni buon diritto un farmaco, di cui la psicosomatica ha dimostrato l'efficacia (Imbasciati 2009), ma che è scomodo. Nel generale clima sociale attuale tale farmaco viene messo in ombra. Nel clima politico ciò collude con la necessità demagogica di far apparire che la sanità funziona anche con le scarse risorse e la disfunzionalità del sistema. L'appariscenza è ciò che conta, anche se questo rinforza a livello sociale uno stereotipo che andrebbe invece combattuto, favorendo conoscenze e applicazioni che la psicosomatica ha scientificamente raggiunto.

In campo ostetrico, più che in altre aree, gli effetti psicosomatici sono salienti anche all'osservatore comune: il buon andamento della gestazione dipende dalla situazione psichica (sociale, relazionale, di coppia) delle donne (si pensi alle gestosi, agli aborti), così l'espletamento del parto, eutocico piuttosto che distocico, così come il puerperio e la secrezione lattea, per non dire delle oscure ragioni dell'infertilità che, come noto agli esperti, è psicogena nella maggioranza dei casi. Si tratta di effetti psicosomatici da secoli indicati nella cultura popolare, ma poco «creduti» da parte dei medici e degli operatori ostetrici, ancorché siano oggi confortati dalle conferme scientifiche: messe queste però in ombra, nella pratica, cosicché ogni applicazione di tali conferme scientifiche rimane impastoiata, almeno in Italia, nell'organizzazione sanitaria. O forse, se usiamo la distinzione di Jacques tra Organizzazione e Istituzione (Jaques 1951, 1955, 1956, 1961, 1970), l'applicazione è stata scotomizzata dall'oscura «Istituzione». Anche una psicosomatica ostetrica, pur evidente nella sua rilevanza, passibile di essere guida a una più generale applicazione della psicosomatica (Imbasciati 1998), è rimasta di assai difficile applicazione (Imbasciati 1994b, 1995a, b, 1996, 1997b, 1998; Imbasciati, Manfredi 1994). La medicina fetale, nel frattempo sviluppatasi, avrebbe potuto dare un appoggio a una psicosomatica ostetrica, del resto continuamente corroborata dalle ricerche scientifiche sulla percezione fetale e la comunicazione gestante/feto (Imbasciati 1996, 1997a; Della Vedova, Imbasciati 1998). Rilievo particolare in questi anni hanno infatti rivestito

2. «Transitivo» significa che il rapporto si esplica da un soggetto agente (operatore tecnologico) su un soggetto passivo, che pertanto è «oggetto» (Imbasciati 1993), piuttosto che vero soggetto; a meno che «soggetto», anziché essere sostantivo, lo si voglia ironicamente intendere come participio passato: soggezione del paziente? Sottomissione totale?

gli studi sulla percezione auditiva del feto e sulla conseguente possibile comunicazione sonora tra la gestante e il suo bambino. In quest'area condussi con altri collaboratori una laboriosa ricerca longitudinale (Della Vedova, Manfredi, Imbasciati 1996; Manfredi, Imbasciati 1997; Imbasciati, Manfredi, Ghilardi 1997; Manfredi, Tomasoni, Imbasciati 1999; Pagliaini, Imbasciati 2001) conclusasi in un volume nel 2004 (Manfredi, Imbasciati 2004): «Il feto ci ascolta... e impara».

Parallelamente allo sviluppo delle ricerche clinico-sperimentali, rese sempre più articolate lungo gli anni Novanta dalle progredite tecniche ecografiche, organizzatosi uno specialistico training per la psicoanalisi infantile approvato dall'IPA, nella letteratura psicoanalitica si sono moltiplicati i contributi clinici rivolti al bambino piccolo (Vallino 1998, 2002, 2007, 2009; Vallino, Macciò 2004). Questi servono oggi da appoggio all'esplicitazione di grossi mutamenti teorici in psicoanalisi, a lungo tenuti impliciti per venerazione del maestro (Holt 1965, 1972, 1976, 1981; Gill 1976; Schäfer 1975; Eagle 1984; Fabozzi, Ortu 1996; Imbasciati 1998, 2006a, b, 2007a, b, 2010a). Sia il primo che il secondo gruppo di contributi portano a un'integrazione tra psicoanalisi infantile e Infant Research (sperimentale), che si traduce in un progressivo rilievo dell'importanza dei primi tempi di vita dell'essere umano – dal feto al neonato, al bimbo piccolo – nella sua relazione con la madre e i caregivers: l'attenzione si rivolge allora essenzialmente al periodo perinatale focalizzandosi sulla relazionalità (Greenspan 1997; Imbasciati 2010b, 2011a); l'intervento psicoterapeutico non è più rivolto al bambino ma sempre più ai genitori (Vallino 2009).

Si è così imposta alla nostra attenzione la necessità di formalizzare una Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007), declinata in chiave di assistenza alle donne nella gestazione, nel parto, nel puerperio e nell'accudimento del bimbo. Si propose pertanto, nel 1997 da parte di uno di noi (Imbasciati 1997a, b), il cambiamento dell'ormai sorpassata psicoprofilassi ostetrica a una più comprensiva Psicologia Clinica Perinatale.

2.3. DALLA PSICOPROFILASSI OSTETRICA ALLA PSICOLOGIA CLINICA PERINATALE

Antonio Imbasciati

La suddetta espansione di una possibile assistenza fondata sulle sopravvenute scoperte sulla formazione della mente infantile dalle relazioni, può essere documentata da un vecchio articolo (Imbasciati 2004c), al tempo di attualità, di cui riportiamo qui alcuni passi.

Da molti secoli, da millenni, da quando l'homo sapiens sviluppò una «cultura», in tutte le culture si è costituito, nelle varie forme di collettività, un corpus di conoscenze, di credenze e di prassi per un'assistenza alla donna che partorisce. Gravidanza e parto furono e sono tuttora gli eventi che garantiscono la continuazione della vita oltre gli anni concessi al singolo, e lo sviluppo stesso delle collettività umane: uno sviluppo che ben presto, nei primordi, da semplice proliferazione della specie diventò progressivamente sviluppo della cultura. La costituzione della famiglia, quale nucleo di gestione di emozioni sulle quali si innesta la riflessione sulla necessità di migliorare le proprie condizioni, nonché l'inventiva per attuarne il progetto, diventò nucleo di aggregazione di gruppi più vasti, di collettività, che necessitavano dì essere organizzate: dalle «tribù» si passa alla «civiltà», e dalla gestione (comportamentale) delle emozioni alla riflessione, al pensiero, alla conoscenza. Possiamo qui scorgere, nel collettivo, quel passaggio, dall'emozione dal pensiero, che la psicoanalisi più recente (dall'opera di Bion in avanti) ha elucidato nello sviluppo mentale del singolo. Ma anche possiamo qui intravedere come proprio le emozioni primarie connesse alle progenie, possano considerarsi fulcro di pensiero, nonché parallelamente, secondo i più recenti studi sui rapporti tra comunicazione, linguaggio e pensiero, fulcro di socializzazione e quindi di civiltà.

Il passaggio dall'emozione informe al pensiero non è né semplice, né rapido, né lineare, nel singolo come nel percorso collettivo. Così, tra il punto di partenza emotivo e quell'elucidazione organizzata che viene studiata sotto l'ampia denominazione di pensiero, si interpongono credenze: qualche volta felici intuizioni che preludono la conoscenza, più spesso credenze arbitrarie, inutili, errate, talora dannose; e conseguenti prassi, codificate in regole dettate più dall'angoscia che da percorsi conoscitivi; regole a priori spesso rigide, anch'esse talora dannose, incorporate nelle religioni e nelle ideologie. Così, nella considerazione e nella prassi delle varie forme di collettività civilmente organizzate, gravidanza, parto e cura del neonato sono state fatte oggetto di regole, mutevoli nel tempo e nei luoghi, per le quali si sono costituite persone esperte nell'applicarle. Nel tempo e nelle varie culture, con fisionomie differenti, si è costituita la figura dell'ostetrica: la sage femme, come nella felice dizione francese. Donne in aiuto alle donne, per il mantenimento della vita, utilizzando l'esperienza diretta di generazioni di donne. Ma non fu dimenticata, in alcune culture distanti dalle nostre, la presenza e l'assistenza del partner, alla donna che gli dà la progenie, come attestano testimonianze di culture a torto considerate primitive.

Nella nostra civiltà «occidentale» la cultura delle esperte, più tardi dette ostetriche, subì una lenta ma radicale trasformazione, nel secolo diciannovesimo e ventesimo, a opera del progresso della medicina, che sull'onda delle frequenti complicanze, talora mortali, delle vicende perinatali, sviluppò un'ostetricia basata su cognizioni biologiche e medico-chirurgiche. Le ostetriche furono addestrate in apposite scuole ospedaliere, perché la loro opera diventasse più adeguata alle conoscenze scientifiche che si andavano accumulando nell'area relativa alloro operare. Ne venne fuori

un'ostetrica che operava in subordine, per lo meno conoscitivo, al medico, specializzandosi questi nell'area che fu detta ostetrico-ginecologica. Ne venne però fuori anche quella che fu detta la medicalizzazione della cultura del parto; e della prassi delle ostetriche. Sui vantaggi e sui difetti ditale medicalizzazione ampiamente si è discusso e scritto [...].

Vi sono tuttora difficoltà, nella cultura sanitaria, ad afferrare pienamente il senso e l'importanza dello psichico nella sua relazione coi processi biologici che regolano l'organismo. Si comprende la cosiddetta malattia psicosomatica – concetto oggi scientificamente obsoleto – ma molto meno la costante modulazione psichica della fisiologia somatica [...].

Il fatto che i processi psichici modulino quelli organici appare misterioso e comunque viene sottovalutato. Si ammette che processi psichici possano interferire con quelli biologici – così si suoi dire – ma il concetto di interferenza è erroneo, e conferisce al fenomeno l'attributo del patologico. I processi psichici non interferiscono, ma regolano, e sempre, gli automatismi biologici e con notevoli effetti. Ancor meno si considera come, dicendo «processi psichici», non si tratta di strutture insite nel singolo individuo, ma di processi che avvengono sempre per la relazionalità, mutevole nel tempo, che ognora e diversamente ogni individuo attraversa. Alla radice di questi misconoscimenti non c'è un'adeguata considerazione che a quanto individuiamo o inferiamo come processo psichico corrisponde sempre un processo neurale, che interessa tutto l'encefalo, anche se più intensamente la corteccia, e che questa, in collegamento con le strutture subcorticali, e particolarmente via ipotalamo, neuroipofisi, ipofisi, sistema endocrino, sistema neurovegetativo e anche sistema immunitario, regola tutti i processi biologici dell'organismo. In altri termini non è ancora del tutto assimilata la concezione attuale della psicosomatica, e che non esiste il presunto «misterioso salto della mente al corpo».
E ancor meno si considera – dicevo – il fatto che qualunque processo psichico, e neurale, dipende non solo dal modo con cui il singolo apparato psico-neurale ha imparato a funzionare a seguito delle pregresse esperienze di quell'individuo (la struttura funzionale individuale), ma anche dalle esperienze ognora attuali: queste vogliono dire relazioni. «Relazioni umane», allora, come oggi si suol dire, deve, oggi, avere un preciso e attuale riferimento scientifico, alla neurofisiologia, alla psicofisiologia e alla psicologia, in particolare a quella che studia i processi emotivi. Qui includo la psicoanalisi, nel suo sviluppo moderno, e non fraintesa (purtroppo accade) come coincidente con status delle sue origini storiche. Non si può oggi, pertanto, parlare di relazioni umane intendendo l'aggettivo umano nel senso comune. Purtroppo invece ciò accade, nella cultura sanitaria, e così l'etichetta «relazione umana», o anche «umanizzazione della medicina», copre l'ignoranza dei progressi della psicologia, e della psicosomatica in particolare, e si presta agli abusi. Gli abusi per cui professionisti della sanità non specificamente specializzati e dunque non adeguatamente competenti nelle scienze psicologiche si impadroniscono rozzamente e riduzionisticamente di prassi alle quali non vengono sottesi adeguati presupposti scientifici. È ricorrente, oggi, constatare quanto gli operatori più diversi, usino termini tratti dal linguaggio delle scienze psicologiche senza minimamente sapere cosa quelle «parole» in realtà significhino.

Nel quadro delle difficoltà della cultura sanitaria ad assimilare i contributi della Psicosomatica, della Psicoanalisi e della Psicologia Clinica, così come nei precedenti paragrafi è stato sommariamente tratteggiato, si impose il ruolo dell'Ostetricia quale campo

privilegiato perché nella pratica si dovessero progressivamente riconoscere, sotto l'incerta etichetta di fattori umani, proprio quei contributi che a livello scientifico generale incontravano diffidenze e difficoltà applicative. Dalla prassi clinica delle ostetriche, più ancora che in isolati settori medici (già è stato accennato all'opera pionieristica di Ferruccio Miraglia) sono nate intuizioni che, messe nella pratica, hanno poi prodotto sviluppi clinici e di qui ricerche e riconoscimento scientifico.

A livello sperimentale, psicologico e neurofisiologico, si è studiato nelle decadi Novanta e Duemila il ruolo delle emozioni, intese non più e non tanto in quanto esperite dalla coscienza del soggetto (il sentirsi emozionati), bensì nelle loro manifestazioni, esterne comportamentali somatiche, e nelle loro evidenze neurologiche, e si è progressivamente scoperto come il cervello emotivo sia base per tutte le funzioni psichiche, cognitività inclusa. Questo ha dato supporto sperimentale all'affermarsi della considerazione di processi mentali non consapevoli: in altri termini la ricerca sperimentale ha convalidato un concetto di inconscio sovrapponibile, anche se diversamente formulato, a quello, mezzo secolo prima descritto dalla psicoanalisi.

In queste ultime decadi è avvenuta un'integrazione tra le ricerche sperimentali e il contemporaneo progresso della ricerca clinica psicoanalitica, cosicché anche in psicoanalisi il concetto di inconscio è profondamente cambiato (Merciai, Cannella 2009; Imbasciati 2010a, b, 2011a). I processi psichici inconsapevoli, definibili come mentali ad ogni buon diritto (si veda il concetto della parola inglese Mind, anziché la nebulosa distinzione italiana psiche/mente) sono la base dello sviluppo e dell'evolversi di tutto l'essere umano, dall'epoca fetale fino a che dura la vita, nel corpo e nella mente inscindibilmente. D'altra parte fu proprio la psicoanalisi, col concetto di «inconscio», a formulare le prime ipotesi nello svolgersi dei processi che danno luogo a quanto è stato chiamato affettività: gli attuali sviluppi della psicologia delle emozioni danno ragione sia del ruolo basale dell'affettività nel generare (quasi un motore) tutti gli eventi mentali, sia al loro essere in massima e più importante parte inconsapevoli.

Parallelamente ai progressi della psicologia delle emozioni

gli studi sulle dinamiche psichiche profonde hanno permesso di vedere quanto quest'ultime fossero attive e peculiari nella donna in relazione alle sue vicende sessuali, con al centro quelle riproduttive. Si è studiata la psicodinamica della femminilità, e la particolare riedizione di questa quando la donna concepisce, conduce la

gestazione, partorisce e dipoi accudisce il neonato; i progressi della psicosomatica ne hanno chiarito l'impatto sulla corrispondente fisiologia corporea. E si è visto come la stragrande maggioranza delle difficoltà di gestazione, patologie in particolare, del parto (presentazione, travaglio), del puerperio, dell'allattamento, fossero dipendenti da corrispondenti dinamiche psichiche. È nata così l'idea di aiutare la donna, con «qualcosa» che avesse una valenza preventiva nei confronti delle difficoltà, normali e/o patologiche, del suo diventar madre. È nata la psicoprofilassi del parto, i corsi di "preparazione" al parto, o meglio si sono inventate le varie (talora variopinte) prassi per preparare la gestante a partorire in condizioni psichiche presumibilmente migliori, nell'intento, o per lo meno nella speranza, di diminuire i rischi delle complicanze [...].

La suddetta multiformità, del resto inevitabile quando si percorrono strade nuove, ha avuto e ha tuttora una complessa evoluzione. Ai contributi delle scienze psicologiche (psicodinamica e psicosomatica in primis) si sono sommati quelli provenienti dalle variazioni dell'assistenza medico-ostetrica, nonché quelli che più recentemente sono stati aggiunti attingendo (a mio avviso con poca cautela) alle scienze pedagogiche. È variata di conseguenza anche la terminologia: non sì parla più, per esempio, di «psicoprofilassi», e forse a ragione, ma piuttosto (e non so quanto a ragione) di «educazione»; educazione al parto, alla gestazione, educazione prenatale, perinatale. La cautela – che qui sottolineo – che ritengo indispensabile nell'attingere al concetto educazione, sta nel fatto che i processi psichici che si attivano in gravidanza, nel parto e in tutte le vicende perinatali, sono inconsapevoli e pertanto difficilmente sondabili, soprattutto nella loro incidenza psicosomatica. Il concetto di educazione facilmente si presta a essere concepito in termini di processi coscienti: di qui i rischi di facili presunzioni che le prassi di intervento così escogitate realmente incidano sulla psicosomatica del parto.

Altrettante facili presunzioni si riscontrano nell'uso dei concetti psicoanalitici, spesso intesi riduttivamente o come mere teorizzazioni. La multiformità delle Scuole che nelle scorse decadi ha contrassegnato la costituzione dei vari corsi di preparazione alla nascita, comunque variamente denominati e differentemente impostati coi diversi apporti medici, fisioterapici, educativi e psicologici, dice della necessità della formazione di una cultura specifica che si occupi della nascita, né questa potrà prescindere dal «prima» e dal «dopo» la nascita stessa, né dalla sola donna, né dal bambino soltanto. Di qui una cultura della perinatalità: né questa potrà limitarsi agli aspetti medici, ostetrici, neonatologi, pediatrici, ma dovrà essenzialmente essere improntata dai contributi, anzi dai concetti fondamentali, relativi alle scoperte psicologiche sulla formazione dello psichico (neuropsichico) nella relazionalità.

Questo significa che si deve contemplare un'attenzione e pertanto prospettare un'assistenza, preventiva e continuativa, che inizi dalla formazione della coppia, dalle relative trasformazioni psichiche dei due componenti nel loro specifico legame, dalla maturazione di un progetto di filiazione fino alla sua attuazione, e da qui

agli sviluppi psichici e psicosomatici durante la gestazione, non solo nella donna ma anche nel futuro padre, e che vengano dirette sia sulla coppia stessa che in una relazionalità più ampia, familiare e sociale; assistenza prestata fino alle vicende dell'accudimento, con particolare attenzione alla relazione di allattamento, e poi svezzamento, e infine lungo la relazionalità che si dipanerà nei primi anni di vita del nuovo essere umano, con il relativo completamento, specifico del singolo, della sua individuale maturazione neurale. È quest'ultima la strutturazione di base di una mente, che condizionerà poi ogni successivo apprendimento e strutturazione, fino a quando l'individuo, diventato adulto e genitore, potrà trasmettere, nel bene come purtroppo nella patologia, il patrimonio da lui acquisito ai propri figli. Le scoperte di questi ultimi anni sulla transgenerazionalità, hanno dato pertanto massimo rilievo alla scoperta di una catena transgenerazionale a lungo termine, progressiva o purtroppo anche regressiva, condizionata da quanto si struttura in epoca perinatale.

Una perinatalità come sopra intesa non può non essere imperniata sui principi, i metodi e le scoperte della Psicologia Clinica, intendendone la costituzione e lo stesso aggettivo «clinico», in senso diverso da quanto si intende medicalmente (Imbasciati 2008a, b)[3]. Per tutte queste ragioni ci si è cimentati nell'individuazione e delineazione di una specifica Psicologia Clinica Perinatale, dalle proposte avanzate dal 1997 fino all'uscita di un nostro libro che appunto porta in copertina lo specifico titolo (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007). In questa «costruzione», per così dire, abbiamo ovviamente propugnato un'integrazione con le discipline mediche (Ostetricia e Neonatologia in primis) e quelle sanitarie (Scienze ostetriche) più direttamente interessate, sottolineando tuttavia la necessità che queste siano inquadrate nello spirito della Psicologia Clinica, e non viceversa, come purtroppo riduttivamente accade: un approccio multidisciplinare, pertanto (Della Vedova *et al.* 2007), al quale però è indispensabile, onde evitare riduzionismi e mistificazioni, tenere in conto l'impalcatura di base dei concetti derivati dalle scoperte delle scienze psicologiche e delle neuroscienze.

Nel quadro di una multidisciplinarità, così come sopra inteso, si auspica che possa essere impostata una «assistenza alla nascita»

3. È attualmente in atto, favorita dalla crisi di tutta la ricerca scientifica in Italia, con particolare riferimento all'università e alle scienze psicologiche (Carli 2011; Imbasciati 2011d), una mistificazione riduzionista di quanto ufficialmente continua a denominarsi Psicologia Clinica.

continuativa, dalla coppia alla famiglia e al sociale, in cui possano essere utilizzati gli strumenti di screening, prevenzione e psicoterapia nel frattempo dalla ricerca internazionale approntati (Della Vedova, Dabrassi, Imbasciati 2008; Imbasciati, Dabrassi 2008; Imbasciati, Cena 2009; Della Vedova *et al.* 2009; Dabrassi, Imbasciati, Della Vedova 2009).

CAPITOLO 3

GESTAZIONE E PARTO

Francesca **Dabrassi**, Antonio **Imbasciati**

3.1. I PROCESSI PSICHICI NELLA GRAVIDANZA

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

Come abbiamo visto nel primo capitolo, l'area di ricerca che ha come oggetto di studio la relazione prenatale che nasce tra una madre e il suo bambino atteso, affonda le sue radici nello studio dei processi psichici della gravidanza.

I primi studi si svolsero all'interno del quadro del metodo e delle teorie psicoanalitiche, interessate al significato che il desiderio di maternità riveste per la donna (Freud 1915, 1931, 1932; Deutsch 1945; Benedek 1956, 1960). Freud inizialmente collocò il desiderio di maternità nel quadro della situazione edipica (Freud 1915) e solo successivamente in quello preedipico (Freud 1931, 1932). In ogni caso la motivazione inconscia sottostante sarebbe stata relativa al desiderio di «sostituire quel pene che [la donna] non ha mai avuto». La Deutsch (1945) e la Benedek (1956, 1960) attribuirono invece il desiderio di procreazione alla peculiare funzione ricettiva della psiche femminile. Altri autori, sulla scia della scuola kleiniana, hanno sottolineato come, se nella bambina potremmo configurare una «invidia del pene», nel maschietto può essere identificata una ben più chiara e forte invidia per il grembo femminile (materno) e la capacità di fare bambini (Imbasciati 1990). È stata in altri termini riconosciuta una genesi femminile primaria alla base del desiderio di maternità, ribaltando le originarie ipotesi di Freud.

Nella letteratura psicoanalitica degli ultimi cinquant'anni, a cominciare dal concetto di «generatività» introdotto da Erikson (1950), nonché in quella che ha coniugato la psicoanalisi con gli sviluppi della teoria dell'attaccamento, compare una ricca messe di ricerche su come una serie complessa di processi psichici del tutto inconsci, sia nella bambina che anche nel maschietto, si sviluppino

e si articolino fino al pensiero adulto consapevole di fare un figlio e al desiderio di attuare un progetto generativo con un concepimento e una gravidanza. Il percorso interiore dalla fantasmatica primaria fino alla decisione di fare un figlio rimane nella memoria implicita, soprattutto della donna, con tutte le sue primitive connessioni ai processi somatici, cosicché quando la gravidanza ha inizio si determina un complesso percorso, o ripercorso, interiore, soprattutto inconscio, con eventuali connessioni psicosomatiche (Imbasciati, Buizza 2011: capp. 10, 14). Da più vertici la gravidanza è stata pertanto definita come periodo di «crisi evolutiva» in cui avvengono processi di integrazione e rielaborazione delle esperienze passate (Bibring 1959, 1961). La crisi può essere vista nelle sue connotazioni positive di maturazione, ma anche nella sua valenza di vulnerabilità che lascia spazio a possibili rischi sul piano psicologico. In questo secondo caso è probabile che donne, che non hanno raggiunto una loro autonomia e una differenziazione dei propri confini personali e del proprio spazio interno, vivano il periodo della gravidanza come un momento di difficoltà caratterizzato da ansia per il proprio corpo, per il feto, per il parto e per il futuro rapporto con il bambino. In questo caso si possono presentare scompensi psicopatologici che si ripercuotono sia sullo sviluppo psicologico che somatico del bambino.

La Breen (1992) e la Pines (1972, 1980) sottolineano proprio questo aspetto della gravidanza, e il fatto che sia un periodo di riflessione e di rielaborazione soprattutto del proprio passato, in particolare dei vissuti reali e fantasmatici con la propria madre. A seconda di queste vicissitudini relative alle proprie figure genitoriali e della capacità o meno di rielaborare ulteriormente il processo di separazione-individuazione con la propria madre, ogni donna vivrà diversamente la propria gravidanza. Per completare con successo questo processo di individuazione di se stessa come donna e come madre, la gravidanza comporta una serie di modificazioni psichiche parallele e connesse a quelle somatiche, che l'aiutano in questo processo. La duplice esperienza sul versante somatico e psichico è osservabile nelle oscillazioni identificatorie presenti in gravidanza, che si presentano nella donna, come una tendenza da una parte a ripiegarsi su se stessa e a ritirarsi con il feto, e dall'altra a identificarsi con una madre sollecita che saprà prendersi cura del proprio bambino (Ammaniti *et al.* 1995). È in relazione all'identificazione con la propria madre che si può leggere la distinzione tra desiderio di maternità e quello di gravidanza: il primo si riferisce al

bisogno narcisistico di vedere che il proprio corpo funziona come quello della madre, il secondo alla disponibilità a occuparsi e prendersi cura del bambino (Pines 1982, 1988).

Sono state, inoltre, individuate diverse fasi psicologiche che la donna attraversa nel corso della gravidanza stessa. In particolare sono state distinte due fasi fondamentali (Bibring 1959, 1961): la prima, dal concepimento alla percezione dei primi movimenti fetali, caratterizzata dall'accettazione dell'embrione prima e del feto poi come parte integrante del sé e pertanto dal vivere questa fusione; la seconda, dalla percezione dei primi movimenti fetali al parto, da un processo psichico di riorganizzazione, che la donna deve fare per prepararsi a quella separazione che ci sarà con il parto. La Pines (1972, 1982) evidenzia la stretta associazione tra le fantasie della donna e gli eventi somatici che caratterizzano le diverse fasi della gravidanza. Nel primo periodo si ha una polarizzazione su di sé, accompagnata da uno stato di regressione e da un'accresciuta passività, nonché da correlate modificazioni ormonali. Spesso infatti compaiono quei «malesseri della gravidanza», espressioni psicosomatiche di conflitti e di ambivalenze nei confronti della gravidanza e del feto. Il vomito, per esempio, è stato interpretato come un tentativo inconscio da parte della donna di espellere l'embrione e ritornare alla condizione precedente. Nel secondo stadio il feto viene a essere percepito in modo progressivamente differenziato, e riconosciuto come un'entità distinta da sé. Questo provoca nella donna profonde ansie di perdita. La Pines identifica anche un terzo stadio, che comprende gli ultimi momenti prima del parto, in cui sono presenti ansie relative all'integrità del bambino, e un quarto stadio, appena dopo il parto.

Raphael-Leff (1980) propone invece tre periodi: uno relativo all'inizio della gravidanza, chiamato «inattività vigile», in cui la donna cerca di minimizzare il proprio disorientamento dovuto alla nuova condizione e di raggiungere uno stato di benessere per poi, in un secondo momento, accettare il feto come parte di sé e vivere con lui un'unione simbiotica; il secondo, definito come simile a uno «schiudersi», relativo alla percezione e individuazione mentale del feto, che le permette di differenziarlo da sé; il terzo, che si conclude con il parto e la nascita, caratterizzato da una sorta di «riavvicinamento» della madre al proprio bambino.

Infine sono stati messi in luce diversi stili materni, che influenzano non solo le fantasie, le rappresentazioni, le convinzioni e le aspettative in gravidanza, ma anche la stessa relazione precoce madre-

bambino. Raphael-Leff (1983, 1985, 1986) in questo senso distingue una madre «facilitante» da una madre «regolatrice». La prima è quella che considera la maternità come un'esperienza che fa parte della sua identità femminile e in quanto tale viene vissuta con tranquillità lasciandosi trasportare nelle diverse fasi che il processo comporta: prima la regressione con l'unione fusionale con il feto, poi la percezione dei movimenti fetali che la portano a vivere il feto come differenziato, quindi la differenziazione dalla propria madre e la creazione di una propria identità di madre, e infine l'investimento affettivo sempre maggiore nei confronti del bambino in pancia che la portano a dialogare con lui e a attribuirgli caratteristiche personali. Di solito sono donne che mostrano con orgoglio le modificazioni che la gravidanza comporta, che si preparano al parto e alla nascita del bambino partecipando anche a corsi di accompagnamento alla nascita, con l'idea di allattarlo e curarlo il più possibile. La madre «regolatrice», invece, considera la gravidanza come un passaggio obbligato per avere un bambino e ha difficoltà ad accettare le modificazioni corporee che esso comporta. Resiste alla disorganizzazione e riorganizzazione psicologica che abbiamo visto essere parte normale del processo della maternità, rinforzando le proprie difese psichiche e le proprie razionalizzazioni. V'è spesso un vissuto inconsapevole che il bambino in pancia sia un intruso che vuole cambiarle la vita, e i movimenti fetali possono essere sentiti come una presenza estranea. L'investimento affettivo e le fantasie sul feto sono limitate. La madre attende con ansia che la gravidanza si concluda il prima possibile e ha paure eccessive rispetto al parto, dovute probabilmente a un'insufficiente elaborazione delle proprie ambivalenze. Il parto è, infatti, spesso vissuto come un'esperienza minacciosa che deve essere programmata, spesso con la richiesta di tecniche di induzione e di anestesia, se non addirittura di tagli cesarei.

3.2. PSICOSOMATICA DELLA GRAVIDANZA

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

La gravidanza, pertanto, rappresenta un momento critico, di trasformazione sia fisica che emotiva, in cui processi intrapsichici e fattori organici si intrecciano a vicenda. I processi psichici modulano i meccanismi biologici innescati dal concepimento, mentre le

modificazioni fisiologiche conseguenti, che interessano tutti gli organi e i tessuti dell'organismo, comportano, a loro volta, un feedback sui processi psichici elaborati nella mente (versante somatopsichico) che, ancora a loro volta, si ripercuotono di nuovo sul soma (versante psicosomatico). Ogni volta che l'unitarietà dello schema corporeo è messa in crisi, stesso evento deve accadere anche per l'identità psichica stessa del soggetto. Se una donna, che vede la propria immagine corporea modificarsi durante la gravidanza, non ha una rappresentazione interiorizzata e stabile di sé, è probabile che nella gestazione o al momento del parto manifesti disturbi psichici anche di rilievo; per esempio gestosi e psicosi puerperali. Sappiamo peraltro che le problematiche di origine psichica si ripercuotono anche sul benessere fetale: maggiore attività fetale in utero, e nella madre irritabilità, sindromi gastrointestinali, tachicardia e modificazioni del quadro respiratorio. Un forte stato ansioso materno può dare origine per esempio a una vasocostrizione uterina, mediata da una stimolazione di neurotrasmettitori, che potrebbe comportare un ritardo di crescita fetale, secondario ad asfissia cronica (Myers 1979). Una rilevante componente psicosomatica viene comunque riconosciuta in alcune sintomatologie e patologie riscontrabili in gravidanza (Maggioni, Mimoun 2003): l'ipersonnia, l'iperemesi, la pseudociesi, l'aborto e la gestosi.

L'*ipersonnia*, relativa al primo trimestre di gravidanza, correlata all'effetto ipnogeno del progesterone, sarebbe dovuta a una regressione psichica e a una identificazione con il feto (Maggioni 2004). La sensazione di stanchezza e di fatica che viene rilevata in gravidanza deve essere anch'essa considerata in relazione all'adattamento psico-fisico che richiede la gravidanza stessa.

L'*emesi* (vomito), caratteristica del primo periodo della gravidanza, in particolare al mattino, è considerato dipendente da un'ipereccitabilità del sistema vegetativo su base ormonale. Tale squilibrio sarebbe però anche in questo caso dovuto a fattori psichici: infatti è stata osservata la comparsa di nausea e vomito anche nei casi di gravidanza immaginaria, o dopo la mancanza di ciclo mestruale anch'esso di tipo psicogeno. A volte le ambivalenze e i conflitti relativi al desiderio di un figlio o meno non riguardano solo l'intrapsichico della donna, ma anche l'ambiente familiare e coniugale che può essere percepito come ostile alla gravidanza. La Deutsch (1945) e la Benedek (1952) considerano questo tipo di sintomatologia (nausea e vomito) legata a istanze emotive che si oppongono alla gravidanza e alla presenza del feto. La loro scom-

parsa dopo il quarto mese dovrebbe essere dovuta al fatto che la madre inizia a sentire i primi movimenti fetali e, quindi, a considerare il feto come parte integrata con il sé. Possiamo pertanto dire che, se questi sintomi si mantengono entro certi limiti, possono essere considerati normali: è solo quando li superano, che acquistano caratteri di una sindrome patologica, chiamata *iperemesi gravidica*. Il fenomeno, mediato da variazioni ormonali, metaboliche e comunque umorali, sarebbe espressione di una conflittualità tra desiderio e rifiuto della gravidanza. È stata riscontrata una maggiore presenza di iperemesi gravidica in donne che presentano maggiori livelli di ansia e di alessitimia (Tempfer, Froelich, Seidl 1979). Altre manifestazioni sintomatologiche con caratteristiche di oralità che si manifestano durante la prima metà della gravidanza sono le cosiddette «voglie», accompagnate a momenti di fame intensa o a periodici di completa mancanza di appetito, o comunque ad alterazioni del gusto. Sempre secondo la Deutsch (1945) questi sintomi sarebbero rappresentativi dell'ambivalenza della donna di voler espellere e nello stesso tempo proteggere l'embrione.

La *pseudociesi*, la cosiddetta gravidanza immaginaria, originata dal desiderio di maternità, di solito accompagnata da anoressia, lipotimie, vomito e nausee, comporta un intenso disagio emotivo nel contesto personale e sociale, che a sua volta intensifica lo squilibrio funzionale degli organi. 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 1979).

Si ha invece una *gravidanza negata* quando, nonostante le trasformazioni somatiche, la donna assume un atteggiamento ostinato di negazione di quanto sta accadendo dentro di lei (Acciaro 1985). Questa negazione può rappresentare l'esito di un conflitto tra desiderio e rifiuto, una difficoltà ad accettare la realtà di diventare madri. Di solito queste sindromi sono associate a disfunzioni psichiche molto complesse.

Si definisce «aborto» un'interruzione della gravidanza che avviene prima della ventiduesima settimana di gestazione, «aborto tardivo» se avviene tra la ventiduesima e la ventottesima settimana, «aborto prematuro» se avviene dopo la ventottesima. La maggior parte degli aborti spontanei, spesso confusi con mestruazioni ritardate e abbondanti, avviene nelle prime settimane di gestazione. Di solito si presentano più spesso prima del quarto mese e sono spesso accompagnati dalla liberazione di prostoglandine specifi-

che prodotte localmente dall'utero, prima che la placenta produca progesterone. Molti autori (Mann 1956, 1957; Weil, Tupper 1960) considerano l'aborto spontaneo come un evento psicosomatico correlato a conflittualità psichiche. Nella cultura popolare è del resto diffusa la nozione che l'aborto spontaneo sia causato da fattori emotivi. Nel caso invece che l'aborto sia provocato, importante è capire quali sono gli aspetti psichici e sociali che hanno portato a questa decisione. Di solito, a parte i casi in cui l'aspetto socioculturale è evidente, si tratta di donne che sono a conoscenza dei metodi contraccettivi, ma che hanno una forte resistenza rispetto al loro uso. È come se queste donne volessero «rimanere incinte», per avere una conferma della loro capacità riproduttiva, ma non volessero poi il figlio: si tratta di quelle *gravidanze* definite *senza maternità* e che spesso riguardano le adolescenti (Pasini 1975; Baldaro Verde 1987).

Ci sono poi i casi di *parto pretermine*, che si riscontrano soprattutto in primipare con una storia alle spalle di aborti pregressi, che vivono forti vissuti di paura di perdere il bambino e si sentono incapaci di «trattenere dentro di sé» il feto (Riva Crugnola 1987). Di solito sono donne che non sono state capaci di fantasticare e rappresentarsi adeguatamente il proprio bambino, che è stato immaginato piuttosto come alieno. In questo senso il parto anticipato viene vissuto dalle donne come un'esperienza mai avvenuta, in quanto non sentita propria, o un compito dovuto e rimasto incompiuto. Si tratta di donne che non hanno modo di farsi carico di una identità materna: questo si esprime spesso nel post-partum con un atteggiamento svalutativo nei confronti del codice materno e positivo verso la tecnicizzazione (come le cure intensive, le incubatrici e via dicendo) che può sostenerle, allontanando le rappresentazioni psichiche e corporee angosciose e che, assumendosi il compito di prendersi cura del bambino, le solleva da altrettante angosce (Riva Crugnola 1987).

Infine, *gestosi* viene definita una sindrome multifattoriale che si manifesta nel terzo trimestre di gravidanza, caratterizzata da edemi, proteinuria, ipertensione (Pancheri 1984). Nei casi più gravi possono presentarsi crisi convulsive – *eclampsia* – se non addirittura morte della paziente e del bambino. La patogenesi di questa sindrome non è ancora definita, anche se sembra avere carattere pluricausale: più spesso ischemia placentare e/o eccesso di alcuni corticosteroidi. Per quanto riguarda l'eziologia, sono state avanzate diverse ipotesi, anche se quella che sta prendendo maggiore sopravven-

to è quella psicosomatica: una situazione psichica, caratterizzata in particolare da forte ansia, può essere causa di una abnorme stimolazione simpatica, la quale a sua volta provoca una vasocostrizione dei vasi uterini e altri eventi nel corpo materno (Myers 1979), con conseguente ritardo della crescita fetale e/o morte intrauterina. È stato anche riscontrato che la gestosi si presenta in particolare in gravide che presentano maggiori disturbi psichici o con rapporti di coppia insoddisfacenti. In particolare sono donne ansiose, non in grado di rapportarsi con il loro problema, o di verbalizzare le ansie e le paure che provano: cioè, con tratti alessitimici.

Abbiamo infine tutta la serie di tumori che insorgono all'inizio o comunque durante la gravidanza: paradigmatico può essere il caso della mola vescicolare, che conduce inevitabilmente alla morte precoce dell'embrione: qui le ipotesi psicosomatiche si intrecciano con quelle riguardanti la pluricausalità delle neoplasie.

Ma ancor prima che possa avvenire il concepimento che porta alla gravidanza, il complesso di vissuti emotivi elaborato nelle memorie implicite della bambina (e del resto anche con minor evidenza del maschio) e rielaborato quando la dimensione generativa volge al desiderio di un figlio e al progetto di concretizzarlo, può incidere psicosomaticamente sul concepimento stesso. A monte delle patologie della gravidanza abbiamo gran parte dei disturbi ginecologici della donna, tra i quali spicca la sterilità, parziale o totale, temporanea o permanente. La maggior parte dei casi di sterilità è infatti psicogena, mediata da alterazioni ormonali o comunque umorali, dettati dalle connessioni del cervello emotivo con il S.N.V., il sistema immunitario e tutto il soma (Imbasciati, Buizza 2011: capp. 7, 14, 15).

Concepimento e gravidanza (così come pure l'essere fertile piuttosto che sterili, in entrambi i sessi), è evento vitale che non accade per le intenzioni e le decisioni consapevoli, ma matura silenziosamente nel cervello emotivo, e nel corpo, della persona umana. A monte dunque delle ricerche su che cosa si verifica nella gravidanza stanno quelle su che cosa genera la gravidanza stessa, ottimale o patologica, possibile o impossibilitata.

Possiamo in conclusione dire che in letteratura rimane tuttora aperta la questione più generale, relativa all'incidenza delle emozioni in gravidanza (Maggioni, Mimoun 2003): particolari e difficili elaborazioni delle emozioni possono essere all'origine della maggior parte delle patologie gravidiche.

3.3. LA DIAGNOSI PRENATALE

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

Lo sviluppo di nuove tecnologie riproduttive ha reso ai giorni d'oggi la decisione della procreazione molto più complicata rispetto a un tempo perché, se da un lato ha conferito alle donne una maggiore possibilità di scelta e di controllo rispetto al discorso della riproduzione, dall'altro ha contribuito a spostare la decisione di fare un figlio, con tutti i rischi conseguenti a una gravidanza oltre i 35-40 anni: questi hanno reso necessari test diagnostici, prenatali, quali l'amniocentesi, la villocentesi, il duo test, che hanno un impatto molto forte sull'esperienza stessa della gravidanza.

L'*amniocentesi* è la tecnica più conosciuta e utilizzata per evidenziare l'eventuale presenza di malattie cromosomiche, e comunque genetiche, quali per esempio la talassemia, la fibrosi cistica, la sindrome down, l'emofilia, la spina bifida, l'albinismo. Essa consiste nel prelievo di una quantità di liquido amniotico che viene poi analizzata per ricostruire la mappa cromosomica del feto ad accertarne la normalità. Di solito viene effettuata tra la quindicesima e la diciannovesima settimana di gestazione, quando l'amnios ha raggiunto dimensioni sufficienti perché la pratica non costituisca un rischio per il feto. Il rischio di aborto spontaneo connesso all'amniocentesi è di circa 1 su 300. È di solito consigliata alle donne che hanno un'età superiore ai 35 anni, o anche a quelle più giovani che abbiano una storia personale o familiare tali da essere considerate ad alto rischio di gravidanza[1] (Heyman, Henriksen 2001; Vicario *et al.* 2006).

Un'altra tecnica, più invasiva, è quella della *villocentesi*. Anche in questo caso si mettono in coltura cellule, prelevate nei villi coriali per evidenziarne la normalità. Si tratta della più precoce diagnosi prenatale che si possa effettuare in quanto si esegue fra la decima e la dodicesima settimana di gravidanza. Il rischio di aborto è in questo caso di 1 su 100. Attraverso questa tecnica è possibile evidenziare la presenza di anomalie del cariotipo, quali la sindrome di Down, e la presenza di riarrangiamenti cromosomici.

La precocità di un esame come la villocentesi mostra la sua utilità nei casi in cui la gravità dell'anomalia comporti per la don-

1. Tra i vari *fattori di rischio in gravidanza* indicati dall'OMS vi sono precedenti morti endouterine fetali o neonatali, storie di tre o più aborti spontanei, età materna minore di 16 anni o maggiore di 40, gravidanze multiple, abuso di sostanze.

na e la coppia angosciosi interrogativi su un'eventuale interruzione della gravidanza.

Tecniche non invasive, come gli sviluppi dell'ecografia, per esempio, hanno permesso di mettere a punto alcuni test ad alta sensibilità, quali il *test combinato* (duo test e translucenza nucale) e ultimamente lo *Sca-test* (screening prenatale per le aneuploidie fetali), ambedue basati sulla misurazione ecografica di parametri anatomici e funzionali del feto e sul risultato di esami ematochimici. Questi test sono esami di screening, quindi non danno una risposta certa, ma hanno un valore statistico che può indirizzare verso ulteriori esami diagnostici.

Possono rientrare nelle metodiche di diagnosi prenatale anche l'*ecografia* del secondo trimestre di gravidanza, quella detta *morfologica*, che può evidenziare eventuali malformazioni o anormalità fetali, e l'*ecocardiografia fetale* che analizza il cuore del feto non solo anatomicamente, ma anche dal punto di vista dinamico-funzionale. Queste tecniche rivelano le anomalie, ma non le loro cause.

In generale, l'ecografia fa parte degli screening prenatali usualmente eseguiti e, in una gravidanza senza fattori di rischio, viene effettuata per tre volte, una per trimestre. Non esistono prove scientifiche che questa comporti rischi per la madre o per il feto. In letteratura (Bricker *et al.* 2000; Ritchie *et al.* 2004) si riscontra di solito il parere favorevole delle donne e dei loro partner relativamente all'ecografia ostetrica in gravidanza. L'ecografia permette di far conoscere il feto anche ad altri membri della famiglia, di avere la prova «concreta» di aspettare veramente un bambino e, infine, di acquisire informazioni sul benessere del feto. Missionnier (1999) definisce l'ecografia come un «rituale di iniziazione alla genitorialità», un momento di «incontro», che facilita lo sviluppo della relazione precoce (attaccamento prenatale) tra i genitori e il proprio bambino, che da «fagiolino» della prima ecografia potrà acquistare nella loro mente le sembianze di un figlio con un volto e un'identità propria e immaginare se stessi come «madre e padre» (Ekelin, Crang-Svalenius, Dykes 2004). In particolare, per il padre diventa fondamentale per il processo di transizione alla paternità perché gli consente di percepire il bambino in modo più concreto e di sentirsi meno escluso nella relazione con la partner (Draper 2002; Finnbogadòttir, Crang-Svalenius, Persson 2003).

Le donne, invece, che hanno avuto l'esperienza di particolari tecniche di diagnosi prenatali, soprattutto di quelle invasive come l'amniocentesi, riportano come il periodo di attesa del risul-

tato dei test sia l'aspetto più difficile dell'esperienza stessa (Dixson *et al.* 1981): queste madri riescono a tenere l'ansia sotto controllo solo mantenendo una certa «distanza emotiva» verso il bambino in pancia (Leifer 1977; Spencer, Cox 1988; Katz-Rothman 1993). La donna è infatti consapevole che nel momento in cui l'esito dei test rivelasse la possibilità di qualche patologia, si troverà a dover decidere se avere un'interruzione della gravidanza o, invece, portarla a termine correndo il rischio di avere/far nascere un bambino con una malattia genetica talora grave (Schwartz-Cowan 1994). L'esito di questi test si ha di solito proprio tra la diciassettesima e la ventesima settimana di gestazione, quando si sta sviluppando al massimo quel particolare investimento affettivo che una gestante prova nei confronti del suo «bambino in pancia» (Grace 1989): la prospettiva di rinunciarvi, o in parole povere, di sopprimere il bimbo, è dunque particolarmente angosciosa, dilemmatica tra i propri affetti e il sapere di mettere al mondo un bambino menomato, condannandolo a un destino infelice. Il legame materno-fetale, «attaccamento prenatale» (Müller 1996; Della Vedova 2005, 2007), inizia infatti a partire dalla decima settimana di gestazione (Caccia *et al.* 1991), per poi aumentare fortemente intorno alla sedicesima settimana (Grace 1989), ed è considerato essenziale per il buon proseguimento della gravidanza e base del futuro rapporto della madre con il suo bambino, nonché riconosciuto dalla letteratura scientifica come matrice del buon sviluppo psichico (e psicosomatico) del bambino stesso (Della Vedova, Imbasciati 2005; Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007; Imbasciati, Dabrassi 2009, 2010a, b). Questo dà ragione di intensi vissuti non consapevoli delle madri nei confronti del proprio figlio in questo periodo, e dei timori nei confronti dei test diagnostici, nonché della situazione angosciosa che si crea quando questi danno risposta infausta.

Il tipo di investimento affettivo che la madre prova verso il proprio bambino in pancia avrà implicazioni non solo rispetto alla relazione dopo la nascita (Leifer 1977; Müller 1996; Siddiqui, Haeggloef 2000), ma anche rispetto alla compliance delle donne nei confronti delle pratiche sanitarie (Condon, Dunn 1988; Lindgren 2001). Sappiamo dalla letteratura che questo aspetto della compliance è fortemente legata alle credenze delle donne rispetto alla gravidanza e al concetto di locus of control (Levenson 1974; Rotter 1966), ovvero alla percezione che la gestante ha di poter davvero influenzare la salute del proprio feto. In particolare se le donne sentono che loro stesse (locus of control interno) o che gli ope-

ratori sanitari a cui chiedono assistenza (locus of control esterno ad altri) hanno possibilità di influenzare la salute del loro bambino, saranno più portate a ingaggiare pratiche sanitarie positive rispetto a quelle donne che ritengono invece che la salute e il benessere del loro feto dipenda dal fato o dal destino (*locus of control esterno-chance*) (Labs, Wurtele 1986; Stewart, Streiner 1995; Haslam, Lawrence, Haefeli 2003). Labs e Wurtele (1986) suggeriscono che le donne che hanno un locus of control interno basso sono più propense a mettere a rischio la salute dei loro bambini non ancora nati. Quest'ipotesi è stata supportata dai risultati di altre ricerche da cui emerge che il locus of control chance è positivamente correlato con il basso numero di visite di controllo effettuati nel periodo prenatale, l'uso di droghe o di sigarette (Tinsley *et al.* 1993; Reisch, Tinsley 1994), mentre quello interno è positivamente associato a comportamenti positivi quali una dieta sana, l'igiene, il riposo, gli esercizi (Haslam, Lawrence, Haefeli 2003) o il frequentare un corso di accompagnamento alla nascita (Labs, Wurtele 1986). In altri termini se una donna si affida al «destino», non cura più di tanto la propria gravidanza. Altre ricerche hanno trovato come il locus of control chance ha valori significativamente più alti fra le donne che hanno sperimentato aborti spontanei (Bielawska-Batorowicz 1993), complicazioni durante il parto, o complicazioni mediche durante gravidanza (Spirito *et al.* 1990; Reisch, Tinsley 1994). Si può cioè inferire che disgrazie e delusioni favoriscono un affidarsi al destino (locus of control chance).

L'utilizzo di test diagnostici specifici del livello prenatale potrebbe essere considerata pratica di salute positiva, che fa parte dei comportamenti di cura che si possono effettuare a livello prenatale. L'affidarsi o comunque avere esperienza di un test diagnostico può però modificare la percezione di controllare la situazione: potremmo pertanto riscontrare che questi possono avere influenza sul concetto di locus of control. Tale assunzione non ci risulta sia stata investigata. Inoltre in letteratura, mentre vi sono un gran numero di studi sugli aspetti medici della diagnosi prenatale, ben pochi hanno invece esaminato le implicazioni psichiche e psicosociali che questa ha per le donne. Tra questi, Moorhead, Owens e Scott (2003) hanno riscontrato come determinate credenze – ispirate a ideali di perfezione, di approvazione da parte degli altri, di controllo sulle proprie emozioni e sul proprio corpo, di adeguatezza in ogni situazione che la maternità porterà a dover affrontare ecc. – siano collegate alla possibilità di una vulnerabilità alla depressione postpartum.

3.4. PARTO E PUERPERIO

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

Il parto è il momento in cui avviene il primo incontro «vis à vis» tra madre e bambino, un incontro che però può essere carico di ambivalenze. Se da un lato c'è la gioia di vedere finalmente il proprio bambino, di poterlo tenere tra le braccia, accarezzarlo direttamente (e non più solo attraverso la propria pancia), dall'altro il bimbo rappresenta anche l'emblema del dolore, quel dolore fisico, viscerale che può aver comportato non indifferenti cambiamenti della propria corporeità e che ha accompagnato il travaglio (cap. 6). Questo momento di ambivalenza porta con sé ansie, dolore e stress, che sappiamo possono indurre nella gestante cambiamenti fisiologici a livello endocrino, cardiocircolatorio, respiratorio e metabolico (Ferrari, Frigerio 1998).

Dalla letteratura, soprattutto di orientamento psicoanalitico, emerge che il parto corrisponde alla conclusione della terza fase della gravidanza (Pines 1972, 1982; Raphael-Leef 1980) e a una nuova dimensione della maternità. È un momento caratterizzato da forti ansie dovute alla paura di morte, di distruzione del proprio corpo e del bambino. Infatti, se da un lato la donna vive il parto come la possibilità di avere conferma della funzionalità del proprio corpo, della capacità di procreare, dall'altro teme un fallimento in questo senso e pertanto si sente sopraffatta da senso di inadeguatezza (Ammaniti, Cimino, Trentini 2007). È a seconda di come è stata l'evoluzione delle vicende psichiche profonde nella bambina e nella donna (Imbasciati 1990) che la gravidanza e il parto saranno vissuti in modo diverso. Nel caso in cui il figlio è percepito come un atto riparativo con i propri oggetti interni primari (la propria madre), la donna vivrà il feto come essere diverso da sé e come qualcosa di creativo che ha potuto generare col proprio partner. Nel caso in cui il rapporto con la propria madre è stato invece problematico, la gravidanza sarà di tipo fusionale e la donna vivrà con grosse difficoltà la separazione che il parto, in particolare la fase espulsiva, rappresenta. Infine, nel caso in cui lo sviluppo della donna sia stato caratterizzato da sentimenti di rivendicazione nei confronti dei propri genitori, sentimenti che sono stati poi metabolizzati in una modalità schizoparanoide, la gravidanza e il parto saranno caratterizzati da angosce terribili che rappresentano l'aspetto manifesto di una più inconscia paura di punizione, spesso

simbolizzata dal sentimento di aver partorito un «mostro» (Imbasciati, Cena 2007).

Le angosce che la partoriente vive durante il parto sono, secondo Fornari (1981), diverse e specifiche a seconda della fase che sta vivendo: durante il periodo dilatante proverebbe più un'angoscia di tipo persecutorio dovuta alla sensazione di essere distrutta, lacerata, frammentata; durante il periodo espulsivo proverebbe più un'angoscia di tipo depressivo dovuta alla paura più di far male, di danneggiare il bambino che di arrecare dolore a se stessa.

La separazione biologica che esso implica rappresenta un vero e proprio punto critico, che comporta necessariamente la rottura con uno stato precedente, e la necessità di una riorganizzazione fisica e mentale. Talora si rileva la sensazione di aver perso qualcosa di sé (Breen 1992), anche se c'era la consapevolezza di un feto differenziato da lei, il passaggio dal «bambino immaginato» al «bambino reale» toccato e veduto (che a volte non corrisponde al primo) è difficile, o si crea la sensazione di uno «spazio vuoto» (Ferraro, Nunziante Cesaro 1992) da dover in qualche modo colmare con la ricerca di nuove soddisfazioni.

Nel puerperio la partoriente può avere la sensazione di sentirsi «finalmente svuotata», ma nello stesso tempo di aver perduto importanti parti di sé. Questi sentimenti di perdita sono, secondo la Breen (1992), rivolti sia alla gravidanza stessa, che al bambino interno e a quello fantasmatico[2], e quindi può costituirsi una triplice sensazione di perdita: con la fine della gravidanza si perde quella parte di sé che si sentiva realizzata, piena, e appagata; nei confronti del bambino interno si ha la sensazione di perdere la parte di sé vissuta in simbiosi con il feto, mentre nei confronti del bambino fantasmatico può costituirsi il vissuto di aver perso quella parte del sé fantasmatico che (desiderava) temeva di non essere la buona madre ideale.

Pertanto il passaggio dal parto al puerperio comporta per la donna uno sconvolgimento particolare, che alcune volte evidenzia fenomeni di scompenso e, in particolare, episodi di depressione. Le stime riportano che il 10-18% delle donne è a rischio di sviluppare una depressione post partum, il 2-3% un disturbo da stress post traumatico post partum, l'1-2% una psicosi puerperale e che

2. Mentre il «bambino immaginario» si colloca all'interno delle fantasie coscienti e realistiche della donna e può essere condiviso con il partner, il «bambino fantasmatico» è radicato nelle fantasie inconsce infantili ed è connesso alle relazioni oggettuali e alle dinamiche delle rappresentazioni genitoriali (Lebovici 1983).

una percentuale che varia tra il 30 e l'85% è a rischio di sviluppare una depressione di natura più transitoria, come il *maternity blues*[3] (Monti, Agostini 2006). In quest'ultimo caso e nel caso della depressione post partum, non trattandosi di sindromi importanti come avviene per la psicosi puerperale, si rischia di non riconoscere e sottovalutare la situazione, che sappiamo può avere ripercussioni importanti sull'interazione con il bambino e il suo sviluppo affettivo e cognitivo (Murray, Cooper 1999; Tronick 1999; Agostini, Favoni Miccoli, Benassi 2002).

Il parto, pertanto, può essere vissuto non solo come un momento di gioia, ma anche come un «lutto» che costringe la donna a separarsi dal proprio figlio. Di qui la depressione puerperale. La separazione della nascita, simbolizzata dalla perdita definitiva della placenta e dal taglio ombelicale, può però venir compensata dalla continuità della relazione, che si era instaurata durante la gravidanza, con il figlio, purché tale passaggio avvenga armonicamente. Il superamento di questa fase di riorganizzazione sarebbe possibile grazie a un processo di «regressione» in cui la madre riesce a identificarsi con il neonato e a sviluppare una comprensione istintiva dei suoi bisogni, favorendo questo senso di continuità con la vita intrauterina. Winnicott (1958) definisce questo particolare stato di fusione come una forma di «follia». La capacità di essere madre è, almeno inizialmente, funzione della propria capacità di regredire e identificarsi con il neonato. Vi sono alcune donne, soprattutto quelle che soffrono di psicosi puerperali, che non sono in grado di «preoccuparsi», nel senso di prendersi cura del proprio bambino. Winnicott (1958) parla in questo caso di una «fuga verso la sanità» che impedirebbe alla donna di cedere alla «malattia» che la stessa maternità richiede, cioè poter regredire con lui. La capacità di ammalarsi e guarire da questa malattia è invece presente in quelle che Winnicott ha definito «madri devote» (Winnicott 1987), ovvero madri in grado di occuparsi totalmente del proprio bambino togliendo tempo all'ambiante circostante.

Stern (1995) parla di una «nuova e peculiare» organizzazione psichica, che definisce «costellazione materna», che verrebbe adottata dalla donna con la nascita del figlio, in particolare con il primo. Tale organizzazione «comporta un insieme di tendenze, di sensibilità, di fantasmi, di paure e di desideri specifici. Cor-

3. Il maternity blues avviene generalmente 3-7 giorni dopo il parto con uno stato di depressione che si manifesta con irritabilità, labilità affettiva, crisi di pianto alternate a momenti euforici.

risponde a tre tipi di discorso: il discorso della madre con la propria madre, in particolare con sua madre come madre di se stessa in quanto bambina; il discorso della madre con se stessa; infine, il discorso della madre con il suo bambino» (Houzel 2005). 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, in particolare quelle azioni svolte dalla propria madre e vissute da lei bambina, per esercitare la propria funzione genitoriale nel contesto del quotidiano. La donna si trova alle prese con interrogativi e dubbi sulla propria capacità di crescere il bambino e con le relative decisioni, come il desiderio di allattarlo al seno piuttosto che allattarlo artificialmente (cap. 7). Su questa dimensione intervengono peraltro ulteriori fattori, quali il mandato generazionale madre-figlia come pure la trasmissione intergenerazionale degli stili di attaccamento (Bretherton, Munholland 1999; Fonagy, Steel, Steel 1991; Fava Vizziello *et al.* 1995). Madri dunque non si nasce, ma si diventa attraverso un processo che ha inizio molto prima della gravidanza vera e propria e che comporta un progressivo avvicinamento alla maternità, e che subisce altresì profonde modificazioni in funzione della dimensione culturale di riferimento (Fava Vizziello *et al.* 1993; Ammaniti *et al.* 1995; Stern, Bruschweiler-Stern, Freeland 2000).

CAPITOLO 4

LA MATRICE DELLO SVILUPPO DEL FUTURO INDIVIDUO

Antonio **Imbasciati**, Loredana **Cena**

4.1. LE COSIDDETTE CURE MATERNE

Antonio Imbasciati

Per delineare la specificità di una Psicologia Clinica Perinatale, è opportuno chiarire un uso riduzionistico di termini, di cui tuttora si abusa nelle strutture sanitarie, mistificando l'apporto scientifico nell'offuscamento di precedenti concezioni popolari. Tra questi termini abusati v'è in primo luogo quello di «cure materne» (Imbasciati 2008c).

«Cure materne» è una di quelle dizioni di cui si abusa nel lessico pseudopsicosanitario, al pari di «umanizzazione della medicina» (Imbasciati 2008b), o di «relazione», o di «ascolto» (Imbasciati, Margiotta 2008). Se ne abusa in quanto se ne prende il significato del senso comune, quale risulta dal vocabolario della lingua italiana, e si scivola a credere che ciò che hanno scoperto le scienze psicologiche a tale accezione si riferisca. Così si pensa a una qualunque mamma che provveda ad alimentare, lavare e vestire, ed eventualmente «parlare», col suo bimbo. Quando gli psichiatri già un secolo fa cominciarono a imputare sindromi patologiche a supposte deficienze di «cure materne», si è inteso questo come una semplice trascuratezza delle comuni mansioni di una mamma. Così la dizione «carenze di cure materne», introdotta dagli psichiatri, ancorché dettagliata nel suo effettivo significato dagli ultimi cinquant'anni di ricerche degli psicologi infantili, ancorché da questi ultimi non più inflazionata, è rimasta nel linguaggio comune nel suo primo significato, che, in quanto generico, si è prestato a essere sovrapposto a quello del senso comune. Il fatto è che

mezzo secolo di scoperte sulla formazione della mente degli individui ha dimostrato come una mamma «perfetta» in tutti i dettagli delle cure materiali del suo bimbo, può ugualmente essere «madre schizofrenogena», o avere un figlio autistico, o indurre depressione nel suo neonato; o porre i presupposti per un carattere nevrotico, o più frequentemente generare un alessitimico, forse un bambino modello, ma incapace di avvertire sentimenti ed emozioni, proprie e altrui, e in fondo incapace di sentire come suo ciò che imparerà a pensare. Una tal mamma potrà indurre tali effetti se le sue cure, pur tecnicamente perfette, saranno prive di un'intesa sintonica tra i propri affetti, l'espressione di questi e ciò che questi con quella generano nell'infante.

Occorre, al contrario, che una madre sia capace di decifrare ciò che avviene nella propria mente, nel proprio corpo che emana messaggi di ciò che la mente elabora, per poter poi essere capace di decodificare, non arbitrariamente, ciò che il bimbo, infante cioè che non parla, pur tuttavia le «dice». Nell'ultimo mezzo secolo di storia delle scienze molto si è studiato e scoperto su ciò che un caregiver e un neonato si trasmettono l'un l'altro: sintonizzando, cioè dialogando, o al contrario invadendosi l'un l'altro di messaggi scoordinati e spesso contradditori. Potremmo avere sviluppo, nel bimbo, e anche nella madre, da una parte, oppure psicopatologia, nell'altro caso, forse lievissima nella madre, ma incidente nella struttura mentale che si sta costruendo nel bimbo lungo la relazione.

«Relazione» non va inteso nel senso comune, della socialità convenzionale degli adulti, ma come intesa di reciproci affetti, e relativi messaggi, quale può avvenire nelle relazioni umane più intime: per esempio quelle amorose, sessuali, e amorevoli, coi piccoli; come del resto accade per tutti gli animali, e nell'uomo molto di più. Anche per «relazione» e per capacità relazionali è avvenuta una riduzionistica mistificazione del termine, come per «cure materne»: comunemente, infatti, si crede che quanto migliaia di studiosi in mezzo secolo hanno scoperto sulla relazione possa essere in fondo riducibile a quello che si sapeva nel senso comune. Così pure è avvenuto per il termine «ascolto», come se bastasse un po' di attenzione e di buona intenzione perché chiunque possa essere capace di ascoltare, davvero, ciò che un bimbo chiede; così come quello che esprime un adulto sofferente: vedi l'ascolto del malato.

In realtà «si scivola» – ho detto sopra – a pensare secondo quello che si è sempre pensato «prima», sotto una spinta emotiva inconsapevole che opera un riduzionismo mistificatorio. Ciò ac-

cade non solo per la presunzione di un semplicismo pratico (e linguistico!), ma soprattutto per la pretesa, diffusa nella nostra cultura e un poco arrogante nell'animo, che tutti possiamo essere (almeno un po') psicologi: soprattutto se si tratta di noi stessi. Sembra che a nulla sia valso che tremila anni fa qualcuno abbia enunciato un problematico «conosci te stesso», e che comunque più di un secolo di ricerca scientifica abbia chiaramente individuato la scientificità – appunto – delle diverse «scienze psicologiche». Ciononostante, quando si tratta di psicologia, tutti pensano che si tratti di un sapere alla portata di tutti. Nessuno mai si sogna di metter becco se un ingegnere parla del calcolo matematico del tondino di ferro necessario per costruire un certo ponte, né se un legale cita articoli di codice e sentenze emesse: ma quando parla uno psicologo, tutti pensano di capire e di poter disquisire.

Forse gli studiosi delle scienze psicologiche avrebbero dovuto coniare altre dizioni, e in parte l'hanno fatto, ma cominciando a studiare cosa si nascondeva sotto l'intuizione di concetti comuni hanno continuato a usare parole del linguaggio corrente, non tenendo conto che l'ignoranza avrebbe preteso di ignorare l'enorme trasformazione di significato che tali significanti avevano subito in cinquant'anni di ricerche.

Così si abusa del termine «cure materne», riducendolo all'accezione che se ne poteva avere un secolo fa, o che l'uomo della strada senza sforzo ancor oggi pensa. Una raffazzonata cultura universitaria corrobora gli equivoci, laureando tanti «dottori» nelle ormai decine e decine di lauree diverse: tutti competenti – sulla carta – di «psicologia» (Imbasciati 2008b, c; Imbasciati, Margiotta 2008). Per entrare allora, sia pur nella minima misura, in un'argomentazione scientifica, appare opportuno ricordare come per un secolo studiosi, illustri o meno ma ugualmente scienziati, hanno chiarito su cosa veramente voglia dire «cure materne».

La psicoanalisi cento e passa anni fa ha posto l'accento su come la mente lavori a insaputa e inganno di quanto in buona fede e convintamente crediamo con la nostra cosiddetta coscienza o introspezione sincera. Oggi le neuroscienze hanno visibilmente mostrato (si pensi ai filmati PET) come il cervello continuamente lavori e la cosiddetta coscienza ne sia un non necessario epifenomeno; nonché in particolare come quanto chiamammo «affettività» sia l'essenza della nostra intelligenza e il cervello destro motore della nostra condotta (Schore 2003a, b). Si parla oggi di intelligenza emotiva (Goleman 1995) come base di qualunque attività mentale.

Cominciò Melanie Klein (1932) a scoprire quanto la qualità strutturale della mente di un bambino (coi suoi elementi basilari che ella chiamò «oggetti interni») si formi nel rapporto con la madre: le sue allieve – potremmo citare la Isaacs, la Rivière, la Heinemann, la Joseph – cominciarono a mostrarci come questo sviluppo dipendesse dalla struttura psichica della madre. Ci si pose il problema di come questa si trasmettesse al bimbo. Venne Winnicott, a mostrarci l'individualità non di un bimbo, né di una madre ma di una madre col suo bambino (non esiste qualcosa come un bambino, ma una-madre-col-suo-bambino), cioè a descriverci la relazione come entità a se stante, e a individuare le modalità con cui una madre la strutturerà (*holding*, *handling*, *object presenting*) trasmettendo messaggi non verbali (interazioni) al bimbo, e interagendo, cioè dialogando, con lui; dialogando davvero, piuttosto che presumere di dialogare e così combinando guai. Succede infatti, e purtroppo per non poche madri, che esse pensino, coscientemente, di dialogare in quanto sono assidue a presenziare il proprio bimbo (e talora troppo!), ma in realtà senza capire cosa questi trasmetta e quindi interagendo con messaggi non sintonici a quanto il piccolo ha espresso: in uno pseudo dialogo, spesso intrusivo. E tutto ciò in buona fede, visto che i significati trasmessi da messaggi non verbali sono inconsapevoli. Successivi studiosi approfondirono l'aspetto comunicazionale dalla parte del bimbo, anzi del neonato, chiarendo il senso del «dialogo»: strutturante nel bene e nel male, a seconda della sua «qualità», la strutturazione della mente del bambino e di qui del futuro individuo. Si approntò la metodica della «Infant Observation», a opera della Bick e della Harris, sulla scorta di quanto Bion e Meltzer andavano scoprendo nel dialogo degli affetti, e della relativa trasmissione non verbale che avveniva nel setting psicoanalitico.

Si scoprì quel particolarissimo stato mentale interattivo che fu chiamato «rêvérie» (cap. 1), di cui diede esemplificazioni famose quanto semplici il nostro Franco Fornari (Imbasciati, Margiotta 2005: par. 8.7, p. 183), come capacità di base di un caregiver di strutturare positivamente la mente di un bimbo: «insegnare a pensare» a un bimbo in età preverbale. Man mano che la ricerca psicoanalitica procedeva nell'esplorare il dialogo degli affetti, la loro trasmissione, sincronica e sintonizzante piuttosto che contraddittoria e disregolatrice, si sviluppavano le modalità con cui organizzare l'intervento psicoterapeutico sulla madre-col-suo-neonato, cioè sulla relazione. Dalla psicoanalisi infantile si passò alla psicoterapia madre/neonato, terapeutica e preventiva di un sano sviluppo mentale.

Avvenne qui uno storico salto di qualità: alla psicoanalisi si affiancò la ricerca sperimentale e nacque il grande filone di ricerca, e poi di ricerca-intervento, denominato «Infant Research». Abbiamo una serie di ricercatori dagli anni Settanta ai giorni nostri: possiamo ricordare in primo luogo Daniel Stern, Tronick, Trevarthen e poi ancora Emde, Beebe, Meltzoff, Sroufe, Lachman. Wolff, Sameroff, Sander, Brazelton, Bydlowski, Nathanielsz e tanti altri. Abbiamo la convergenza di tutta la Scuola di Bowlby, dalla Ainsworth alla Main, fino alla Crittenden. In Italia se ne sono occupati Ammaniti e Riva Crugnola. Intanto l'avvento dell'ecografia provvedeva la ricerca di uno strumento formidabile, per indagare non solo la relazione madre/neonato, ma la precedente, gestante/feto: nasce la Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007).

Sul versante psicoanalitico, Fonagy indaga la formazione della «capacità riflessiva» (Fonagy, Target 2001), mentre sul versante cognitivo-evoluzionista Gilbert, Guidano e Liotti demoliscono il mito della coscienza come dote naturale costante dell'essere umano (Imbasciati 2008b: cap. 4). Si indaga la metacognizione. Marty e M'Uzan in Francia e Sifneos e Mc Lean in America scoprono l'alessitimia: successivi studiosi ne mostrano la dimensione non dicotomica né patologica, e ne collegano il livello individuale con quella capacità di riconoscimento delle emozioni che è stata appresa dalla madre (Imbasciati, Margiotta 2005, 2008); e questo in dipendenza delle capacità antialessitimiche (di rêvérie) della medesima. Non si parla più di coscienza, ma di capacità di coscienza e di situazioni relazionali che modulano tale capacità. Non ci si chiede più «perché l'inconscio?», bensì «perché la coscienza?»; una certa coscienza (Imbasciati 2006a). Si parla di attaccamento prenatale come matrice della successiva relazione madre/neonato. E le neuroscienze mostrano visivamente l'«intelligenza emotiva»: come il cervello (destro soprattutto) lavora, e come lavorino i due cervelli destri di madre e neonato nel loro dialogo. La pregevole opera di Schore (2003a, b) raccoglie le ricerche in proposito.

Il concetto di «maturazione neurologica» viene ridimensionato, per molti aspetti rivoluzionato: sono gli apprendimenti neonatali (e fetali) che determinano le connessioni neurali, la micromorfologia del cervello, e dunque la fisiologia; la genetica dell'*homo sapiens* provvede solo una potenzialità: tutta la maturazione, in senso specifico, è invece apprendimento, soprattutto neonatale. Nessuno ha un cervello uguale a un altro e l'individualità della mente-cervello si struttura sulla base della *costruzione* cerebrale che avviene per e

nella relazione madre/neonato-bambino; di quella madre, con quel bambino. Costruzione ottimale piuttosto che deficitaria, o patologica, a seconda della qualità della relazione (Imbasciati 2006a, b). La mia *Teoria del protomentale* ne dà una *descrizione* che, a partire dal concetto di «engramma», può omologare la visione clinico-psicologica con una *spiegazione* in termini neurologici; di maturazione neurale considerata come costruzione di reti neurali che generano il funzionamento psichico di quello specifico irripetibile individuo. Il quadro di tale teorizzazione è sostanzialmente empirista, (al contrario di concezioni innatiste ricorrenti) con al centro il concetto di «apprendimento relazionale», considerato essenzialmente nella sua dimensione primaria, neonatale-infantile, e mediato dalla comunicazione non verbale, delle interazioni soprattutto, che a sua volta dipende dalle capacità materne di offrire un dialogo effettivo (rêvérie, sintonizzazione, regolazioni di espressioni di affetti) e non un confuso se non contradditorio brusio di messaggi disregolatori.

La qualità di questo dialogo – *effettivo*, ripeto e non apparente – non verbale né intenzionale, e neppure consapevole, ha un potente effetto di «regolazione» o di «disregolazione» sulla maturazione cerebrale (Schore 2003a, b) che può generare una struttura mentale ottimale piuttosto che variamente deficitaria-patologica. Tale dialogo viaggia sulla comunicazione non verbale, del caregiver e del neonato-bimbo: sintonica, regolatrice, il che implica la capacità materna di capire il significato di quanto emette il bimbo e di emettere di conseguenza significanti[1] adeguati e comprensibili per il bimbo stesso, oppure senza sintonia, senza corrispondenza, contraddittorio, non rispondente, oppure invasivo, che struttura una futura mente non certo ottimale. Vero dialogo, nel primo caso, che insegna al bimbo a pensare, o dialogo tra sordi, o tra prepotenti, che condiziona una disregolazione affettiva, base di ogni altro difetto del funzionamento mentale del futuro individuo. Tutto questo avviene al di là di qualunque consapevolezza o intenzione di chi si cura del bimbo, anzi quanto più buone intenzioni, coscienti, occupano (preoccupano) la mente della madre, tanto più la sua azione potrà essere disregolatrice. Ricordiamo qui ancora che «apprendimento» non significa che ciò che viene da fuori viene messo «dentro» una mente, bensì che ciò che viene acquisito (appreso) è quello che viene elaborato dalla mente che lo riceve nella modulazione relazionale (cap. 1). Possiamo pertanto concludere che le

1. Significante, non significato: si veda la distinzione originaria dei linguisti.

«cosiddette» cure materne strutturano il cervello del bimbo, verso l'ottimalità piuttosto che verso la disfunzionalità o la patologia. Tutto ciò, torno a sottolineare, avviene a livello automatico e non consapevole. L'inconscio, se vogliamo ancora usare questo termine, è consustanziale alla mente.

Questa «trasmissione modulata» ha portato l'attenzione degli studiosi alla transgenerazionalità: come pregi o difetti, o patologie, o comunque «qualità» della struttura mentale di un caregiver si possano trasmettere ai figli. Ma non solo a questi: anche ai figli dei figli; e anche a generazioni alterne (Imbasciati 2003a, b, 2004a, b). Questa prospettiva è particolarmente rilevante, e inquietante, in quanto la trasmissione è legata alle capacità di rêvérie del caregiver, alla sua antialessitimia, alla sua «capacità riflessiva», alla sua «intelligenza emotiva» inconsapevole, alla sua comunicazione non verbale che viaggia nelle interazioni col bimbo: se queste capacità sono difettose, difettosamente (patologia?) si costruirà la struttura del futuro individuo; e questa in particolare sarà difettosa proprio per quelle capacità che non gli sono state trasmesse, cosicché non potrà che ancor più difettosamente trasmetterle, e comunque difettosamente (patologia) trasmettere ai propri figli altre strutture. Si può dunque ipotizzare un circuito vizioso, in cui le ulteriori generazioni ulteriormente potrebbero essere compromesse (cap. 12).

Viceversa potremmo pensare a un circuito virtuoso: qui allora incorre la rilevanza di una cura preventiva per le gestanti e per la madre/neonato. Cure materne? Sì, per la relazione madre-bambino, per la madre stessa, e questo non per un surplus né per questione di diritto, bensì per l'inderogabile necessità che ella al meglio possa costruire il suo bambino. E il futuro individuo.

4.2. SIGNIFICATI VEICOLATI DALLE CURE MATERNE E STRUTTURAZIONE DELLA MENTE DEL BIMBO

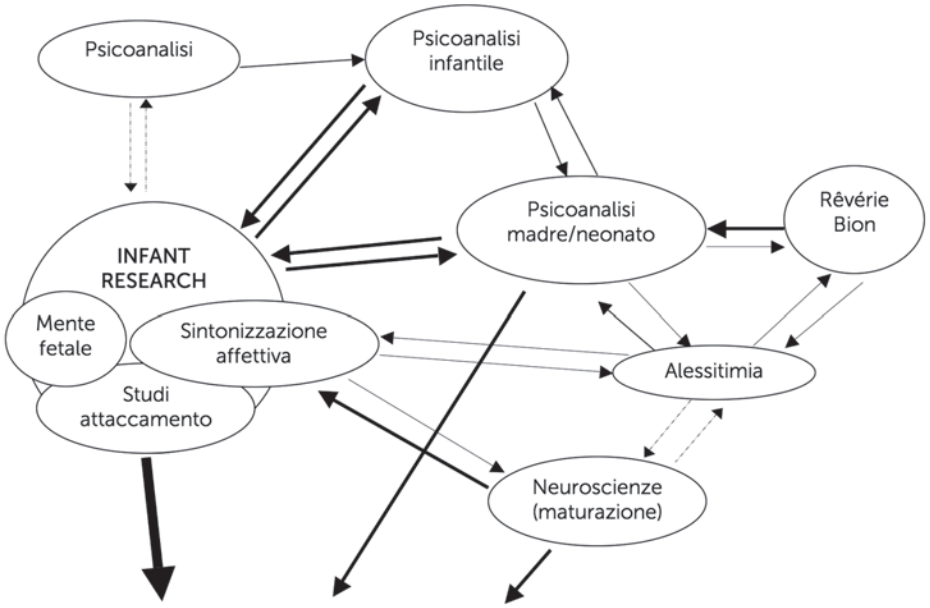
Antonio Imbasciati, Loredana Cena

Le cure materne, lungi dall'essere semplice accudimento materiale per la sopravvivenza, costituiscono la base della costruzione della mente del bimbo e della modulazione di questa su ogni ulteriore sviluppo psichico. Riprendendo un nostro precedente lavoro (Im-

basciati, Cena 2008), iniziamo con uno schema da noi ideato per mostrare l'intreccio e la convergenza dei vari contributi scientifici, che da punti di vista diversi o con modalità di lettura differenti, si sono rivelati convergenti nel definire in che cosa scientificamente consista ciò che si intende per «cure materne»; e pertanto per i loro effetti. Si veda pertanto la figura qui di seguito (fig. 1).

In primis possiamo notare (in alto a sinistra) il contributo della *psicoanalisi* e poi (a destra) della *psicoanalisi infantile*, che dalla prima si è sviluppata a partire degli anni Venti: si ricorda soprattutto l'opera di Melanie Klein, che ha condotto a quella che è stata definita la seconda rivoluzione operata dalla psicoanalisi all'interno delle scienze psicologiche: la prima è stata quella di Freud. Saranno soprattutto le psicoanaliste a occuparsi specificatamente di organizzare la psicoanalisi infantile con un training specifico di formazione, differenziato dal training psicoanalitico per adulti: Ester Bick (1968) Marta Harris (1980), Betty Joseph (1991), per ricordare alcune di loro. Nell'ambito degli studi psicoanalitici si è affinata un'attenzione particolare alle caratteristiche del caregiver e contemporaneamente a quelle del bimbo, studiati non più separatamente, bensì congiuntamente, nella loro interazione: Winnicott (1958) ha evidenziato come madre e bimbo vadano osservati in una «unità», aprendo la strada allo studio, in questi ultimi venti anni, della diade madre-neonato. Il concetto di «holding» (Winnicott 1970) assume la funzione dell'intero sistema psicofisiologico di cura e contenimento materno e indica quale deve essere la «qualità» di queste cure materne per lo sviluppo e il benessere del piccolo.

L'opera di Bion, che ha dato avvio a quella che poi è stata definita la «terza rivoluzione psicoanalitica» (nel grafico sulla parte destra), esplorando stadi primitivi della mente ha notevolmente contribuito (ricordiamo il concetto di «rêvérie») allo sviluppo della psicoanalisi infantile, anche se questo autore non si era occupato specificamente di bambini. Dobbiamo però alle sue opere (Bion 1962a, b, 1963, 1965, 1970) il concetto della madre come matrice di «pensiero» per il bimbo: la capacità di rêvérie permette che il bimbo «impari a pensare». Si è detto pertanto che la madre «insegna» al bambino a pensare.



Sviluppo per apprendimento relazionale di quanto veicolato nelle interazioni

Significati della C.N.V.

Sviluppo positivo o negativo:

- a seconda di come emesso il significante capacità materne di sintonizzazione piuttosto che incapacità alessitimica
- a seconda di quali significati sono contenuti nella struttura primaria della madre
- a seconda delle possibilità di veicolazione a disposizione della madre: spazio, tempo, ambiente, assistenza
- a seconda di come può essere elaborato e assimilato dalla struttura mentale fino a quel punto strutturata nel bimbo

→ **TEORIA DEL PROTOMENTALE**

costruzione della mente

Fig. 1. Intreccio delle ricerche sullo sviluppo mentale primario e loro convergenza.

[Grafica a cura di Imbasciati, Cena, Dabrassi]

Si tratta ovviamente di un pensiero preverbale, non facilmente traducibile in parole, basilare per i primi apprendimenti del bimbo e pertanto per provvederlo di una struttura che gli permetterà ogni ulteriore sviluppo nella costruzione della sua mente. La «rêvérie» materna si esplica attraverso un'attività mentale simile a quella dei sogni (rêvés): la mamma, se è capace di «sognare» quello che sta «sognando» il bimbo, cioè di cogliere gli stati affettivi entro la comunicazione che il bimbo le sta inviando, può operare una traduzione a ulteriore livello di pensiero, assimilabile dal bimbo, e a sua volta restituirlo al bambino stesso (restituzione).

Seguendo lo schema della nostra figura, vediamo come questo nuovo orientamento della ricerca psicoanalitica (infantile e madre/neonato) abbia incontrato (a sinistra a media altezza della figura) un importante filone di ricerca scientifico, quello della Psicologia dello Sviluppo: l'Infant Research (Meltzoff, Gopnik 1983; Sameroff, Emde 1989; Sander 1962a, b, 1987; Cicchetti, Cohen 1995; Trevarthen 1990, 1993; Tronick 1989; Stern 1985; Beebe, Lackmann, Jaffe 1997), che ha indagato lo sviluppo mentale del bimbo attraverso l'utilizzo di metodi sperimentali. L'attenzione è stata focalizzata sullo scambio emotivo-cognitivo della coppia madre-bambino, sulla sua origine, formazione ed evoluzione, e si è posta all'attenzione l'importanza fondamentale, per la nascita del pensiero, delle prime relazioni affettive che il neonato stabilisce con la madre o con chi svolge la funzione di caregiver. Queste veicolano reciproci messaggi: la reciprocità comporta un dialogo che, però, per essere tale, deve essere un dialogo effettivo, ovvero non corrisponde semplicemente a ciò che avviene nella mente della madre (tanto meno a ciò che ella crede avvenire, e ancor meno nelle sue intenzioni di dialogare) e neppure soltanto nelle espressioni sensibili che questa emette e per contro non corrisponde semplicemente a ciò che avviene nella mente del bimbo. Un vero dialogo deve bensì consistere in una sintonia dei messaggi emessi dalla madre rispetto ai significati (effettivi e come tali decodificati e non supposti arbitrariamente dalla stessa) contenuti nei messaggi emessi dal bimbo. Qui si esplica la capacità (rêvérie) della madre nel decodificarli in modo che ella possa rispondervi: adeguatamente (dialogo) e non in modo arbitrario o casuale.

Con la possibilità di utilizzare nuove tecnologie audiovisive e di analisi sequenziale di fotogrammi videoregistrati, la ricerca scientifica ha potuto approfondire l'indagine sull'interazione madre-bambino, evidenziandone anche gli effetti negativi. Kreisler e Cramer

(1981), osservando le prime interazioni madre-neonato, hanno rilevato che sin dall'inizio la madre mette in gioco con il suo bimbo propri conflitti e angosce, se queste avevano fondato a suo tempo la propria relazione infantile primaria. Kreisler (1981) evidenzia l'importanza della qualità della relazione primaria madre-bambino esperita dalla madre quando era bambina nel determinare lo stato di salute del suo neonato: il caregiver può non funzionare adeguatamente e non fornire al bimbo uno scambio dialogico adeguato, effettivo, ed esporlo a stimolazioni incongrue o eccessive, oppure può non sollecitarlo nel modo giusto, oppure ancora esporlo a una discontinuità sfavorevole a un armonico sviluppo.

Nella figura vengono evidenziati tre componenti di interessi e di studi scientifici della Infant Research, rilevanti agli effetti di un inquadramento del nostro tema: gli studi sulla *sintonizzazione affettiva,* sulla *mente fetale* e la teoria dell'*attaccamento*.

Gli studi sulla *sintonizzazione affettiva* avviati da Daniel Stern (1985) hanno permesso di evidenziare come per lo sviluppo delle strutture mentali della vita fetale e neonatale sia importante la sintonizzazione di un dialogo non verbale tra la madre (o il caregivers) e il bimbo. Shaffer (1977) indicava come pseudo-dialoghi gli scambi che avvengono, nei primi mesi di vita, nei casi di non sintonizzazione, disorganizzazione, confusione della comunicazione affettiva che la madre rivolge al bimbo: è possibile rilevarne l'effetto patogeno, collegabile a vissuti rimossi dalla madre e agiti nell'interazione precoce con il suo bimbo (Tronick *et al.* 1978; Murray, Trevarthen 1985; Tronick, Cohn 1987; Tronick 1989; Murray 1992).

Nell'area della Infant Research si collocano gli studi sulla *mente fetale:* studiosi come Graber (1924), Minkowsky (1928), successivamente Spelt (1948) si erano già espressi sullo sviluppo fetale; oggi si fa riferimento una vita psichica primaria (Imbasciati, Cena 1992), alle prime strutturazioni mentali del feto già dalla fine del quarto mese di gravidanza. Il grande impulso ricevuto dalle ricerche sulla vita prenatale è stato 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. L'ecografia ha fornito rivoluzionari contributi ed è stata utilizzata non più per vedere semplicemente come si sviluppi il feto da un punto di vista anatomo-fisiologico: con filmati più prolungati si può analizzare come il feto reagisca alle stimolazioni introdotte in via sperimentale e da qui inferire sue acquisizioni neuromentali. Studi longitudinali di osservazione su casi singoli tramite ecogra-

fia hanno consentito di evidenziare le relazioni tra età gestazionali e le complesse caratteristiche dell'attività fetale nelle interazioni feto-madre (Piontelli 1992; Negri *et al.* 1990). La precocità e la compiutezza delle competenze sensoriali e percettive fetali e la complessità delle attività esibite hanno portato l'attenzione sull'insieme di esperienze che il bambino vive nel periodo prenatale e su come ciò possa costituire il nucleo fondamentale dell'esperienza psichica del futuro individuo.

Dopo gli anni Settanta 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: potremmo citare Rascovsky (1977), Chamberlain (1988), De Casper e Fifer (1980), Ianniruberto e Tajani (1981), Milani Comparetti (1981), Hepper (1988, 2002, 2003), Negri *et al.* (1990), nonché autori in area psicoanalitica come Bion (1962a, b), Meltzer (1967, 1973), Stern (1974a, b, 1977a, b, 1983, 1985, 1989a, b, 1990, 1991, 1995, 1998), Bucci (1997), Lichtenberg (1989), Wallerstein, Kelly (1980), Mancia (1982), Piontelli (1992), Mitchell (2000), Imbasciati (1998, 2006a, b) Fonagy *et al.* (1991), Fonagy, Moran, Steele (1992), Fonagy, Target (2001, 2003), Fonagy (1998, 1999, 2002). La presenza di una vita psichica fetale viene considerata parallelamente alla comunicazione gestante-feto e alla formazione del legame madre-bambino prima della nascita. In via sperimentale, oltre che clinica, si è potuto evidenziare come le emozioni materne possono influenzare in vario modo lo sviluppo neurocomportamentale fetale: situazioni di depressione materna durante la gravidanza sarebbero origine di stati di minore attività motoria e irritabilità del feto (Field 1995; Dipiero 1996). La comunicazione primaria tra madre e bambino, che inizia attraverso scambi umorali, si affina con il progredire della gravidanza in una comunicazione di tipo più psichico, veicolata da scambi sensoriali tra madre e feto. Tra questi di primaria importanza sono quelli che si trasmettono attraverso la sensorialità tattile-propriocettiva motoria, dei movimenti della madre rispetto alle sensorialità del feto; nonché nella comunicazione sonora (Manfredi, Imbasciati 2004).

Il terzo nucleo di studi evidenziato nel nostro schema è quello sull'*attaccamento*, (Bowlby 1969, 1973, 1980, 1988a, b; Ainsworth, Bell, Stayton 1974; Ainsworth *et al.* 1978; Ainsworth, Eichberg 1991; Main, Weston 1982; Main, Solomon 1990; Main 1999; Crittenden 1994, 1995, 1997, 1998, 1999, 2004). La teoria dell'attaccamento ha le sue origini in un approccio psicoanalitico che integra concetti di

derivazione etologica, evoluzionistica e cognitivista. L'attaccamento è stato valutato a un anno di età con la situazione sperimentale della Strange Situation (Ainsworth *et al.* 1978; Ainsworth 1985; cfr. anche capp. 1 e 5), ma ancor prima è possibile rilevarne i «precursori», attraverso l'utilizzo di videosservazioni orientate ad analizzare minuziosamente l'interazione caregiver-bimbo, per esempio con il Care-Index (Crittenden 1998, 2004). La teoria dell'attaccamento non si limita a fornire una descrizione del comportamento del bambino o delle sue interazioni, ma ipotizza anche la continuità dell'attaccamento oltre il periodo della sua formazione. Si è, infatti, sperimentalmente dimostrato come, sulla base dei comportamenti interattivi esperiti durante la prima infanzia con il caregiver, il bambino si costruisca delle rappresentazioni mentali, i modelli operativi interni (MOI o Internal Working Models, IWM) che hanno la funzione di indirizzare l'individuo nell'analisi delle informazioni che provengono dall'esterno in modo da permettergli di fare delle previsioni e di avere delle aspettative rispetto agli avvenimenti della propria vita. I MOI rimangono nella mente del bambino fino all'età adulta e in tal modo costituiscono gli schemi relazionali fondamentali del comportamento dell'individuo.

4.3. LA COMPRENSIONE DELLE EMOZIONI COME BASE DELL'INTELLIGENZA

Antonio Imbasciati

Lo studio delle prime strutturazioni mentali del bimbo ha portato l'attenzione su quanto è stato descritto come il formarsi della «funzione riflessiva». Si tratta delle capacità – maggiori o minori di ogni individuo – di rappresentarsi i propri processi mentali. Gli studi della scuola di Fonagy (Fonagy, Target 2001) hanno portato decisivi contributi, in collegamento con gli studi sugli stili di attaccamento e la trasmissione transgenerazionale di caratteristiche funzionali di base (ovvero strutture di personalità), veicolate nelle vicende connesse all'accudimento-attaccamento. In questo quadro nel nostro schema (fig. 1 a sinistra a media altezza) vengono evidenziati gli studi sull'*alessitimia*. Era stata definita alessitimia (Sifneos, Apfel-Savitz, Frankel 1977) un insieme di deficit della competenza emotiva ed emozionale, che si presentava come incapacità di menta-

lizzare, percepire, riconoscere, e descrivere i propri e gli altrui stati emotivi, nonché come difficoltà di identificare e descrivere i propri sentimenti, nel distinguere gli stati emotivi rispetto alle percezioni somatiche. Le neuroscienze hanno rilevato come l'elaborazione emotiva si svolga al di fuori della consapevolezza: i soggetti alessitimici hanno più degli altri grandi difficoltà a individuare quali siano i motivi che li spingono alle loro condotte, e al contempo non sono in grado di interpretare adeguatamente i comportamenti altrui; sembrano cioè più incapaci di altri di essere consapevoli delle loro elaborazioni emozionali.

Successive più fini ricerche sull'alessitimia hanno dimostrato come questa non vada intesa come patologia, come poteva sembrare dai primi studi, né come dicotomia tutto-nulla, alessitimico-non alessitimico: si tratta invece una dimensione individuale variabile da individuo a individuo, che indica capacità, maggiori o minori, adeguate o inadeguate, di ogni singolo individuo. Questa capacità di «sentire» le proprie emozioni e la propria affettività, se non proprio inconscia, almeno semicosciente e la contemporanea parallela capacità di intuire i sentimenti dell'altro, i moventi «affettivi» dell'altro, è elemento fondamentale per lo sviluppo umano e per la capacità dell'individuo a stabilire relazioni. Gli studi sulla dimensione alessitimica convergono complementarmente con gli studi sulla coscienza, non più intesa anch'essa come tutto-nulla, ma come «capacità di coscienza», che ogni individuo possiede in misura diversa e ognuno in maniera variabile, e che anche nello stesso individuo varia a seconda del momento e del contesto interpersonale (Liotti 1994; Imbasciati 2008b; Imbasciati, Margiotta 2008). Coscienza indicherebbe allora in senso inverso la stessa dimensione descritta come alessitimia: in nostri precedenti scritti (Imbasciati, Margiotta 2005, 2008) abbiamo proposto il termine di «dimensione antialessitimica».

La capacità della madre di comprendere le proprie emozioni ha un'influenza fondamentale sui processi di regolazione emotiva nel suo bimbo, perché le permette di capire che cosa le trasmette il suo bimbo e quindi di instaurare con lui un dialogo effettivo. Tale funzione è pertanto essenziale per lo sviluppo emotivo (Sroufe 1996) e comunicativo del figlio. Questo è connesso alla progressiva capacità che egli apprende dalla madre, nel corso del primo anno di vita, relativamente alla regolazione delle proprie emozioni (Riva Crugnola 2007) e pertanto di esprimerle adeguatamente nelle proprie interazioni e relazioni. Ciò costituirà la base del suo com-

portamento, nel suo futuro orientarsi nella cognizione della realtà. Si tratta della base della capacità di pensare: la mente inizia in quello che è chiamato «scambio emotivo». La possibilità di modularlo reciprocamente significa che si sono stabiliti codici di comunicazione, primi schemi di logica, diremmo, che costituiscono la base per poi sviluppare, con ulteriori simbolizzazioni e poi con l'apprendimento di codici verbali, la comunicazione che promuove il pensiero. La capacità inizialmente appresa dal bimbo è regolata dalla capacità materna di percepire e regolare le proprie emozioni. Tronick (1989) ha evidenziato come lo sviluppo di condotte autoregolatorie nel bimbo sia modulato dalla funzione regolatoria che svolge la madre nei confronti delle proprie emozioni e nella loro elaborazione in funzione di un'adeguata restituzione al bambino: la madre funge come una sorta di cassa di risonanza e al contempo di trasformazione nei confronti delle emozioni che ella riesce a cogliere da quanto sta emanando il bimbo. Questa sua capacità permette al bambino di imparare a regolarsi nella realtà delle sue relazioni presenti e future. Successivamente gli permetterà di imparare a riconoscere le emozioni, proprie ed altrui, e ad avvertirle coscientemente, cioè a «pensarle». La funzione materna ha particolare importanza per le emozioni negative, che possono così non scaricarsi in agìti, ma essere trasformate in pensieri: ciò può avvenire soltanto attraverso la possibilità che anche il bimbo le percepisca e le comprenda.

Nel corso dei primi due anni di vita si struttura un sistema di regolazione affettivo-emotiva di tipo diadico fondato su reciproche sintonizzazioni. Ma può anche accadere che esso sia negativamente condizionato da non sintonizzazioni, e inadeguate riparazioni e restituzioni[2] della madre. Una madre alessitimica, che non è in grado di entrare in contatto con le proprie emozioni, non è in grado di «dialogare», né potrà attivare un'azione regolatrice appropriata per lo sviluppo del suo bimbo, costringendolo al ricorso prolungato di forme di autoregolazione.

Le ricerche sull'alessitimia si intrecciano con quelle della psicoanalisi infantile su madre-neonato e con gli studi relativi alla sintonizzazione affettiva, e infine con gli attuali sviluppi delle *neuroscienze*, come indicato dalle frecce nella nostra figura. Fino a

2. Dicesi *riparazione* quanto riesce a fare una madre che si accorga di non aver sintonizzato: riparazione della rottura di un dialogo. Dicesi *restituzione* ciò che una madre rimanda al bimbo avendone compreso l'informe sua richiesta.

qualche decennio fa si pensava al concetto di maturazione come derivante esclusivamente dal programma genetico: maturazione neurologica. Oggi questo concetto, anche se permane ancora nella cultura sanitaria, è stato molto ridimensionato: il programma genetico dà una base (l'hardware del cervello) ma la maturazione avviene per apprendimenti, per esperienze (Imbasciati 2008b, c). Le neuroscienze hanno permesso di evidenziare per via sperimentale che sono le esperienze che consentono la creazione delle reti neurali, la moltiplicazione delle connessioni sinaptiche, la selezione e l'attivazione di popolazioni neurali, piuttosto che di altre: lo sviluppo mentale è in massima parte risultato di un'esperienza, quindi implica apprendimento. Questo apprendimento è dimostrato neurologicamente dall'attivazione di aree cerebrali (particolarmente dell'attività del cervello destro) reciproche, nella madre e nel bimbo, che pertanto «dialogano», effettivamente, nelle loro interazioni, secondo i concetti relazionali di sintonizzazione affettiva e di rêverie (Schore 1994, 2001, 2003a, b). Nessun individuo ha una «mente» uguale a un altro, perché le esperienze essendo relazionali, sono diverse per ognuno e nessuno può così avere un cervello uguale a un altro. La specie umana ha una mente che si sviluppa entro una relazione (Siegel 1999): tale relazione si struttura primariamente mediante un dialogo non verbale, che produce la «qualità» di questo apprendimento, e dunque delle strutturazioni neurali e mentali, che sarà tanto più ottimale quanto più la prima relazione si sviluppa mediante un effettivo dialogo non verbale sintonico.

Nella figura 1 le frecce indicano col loro senso la direzione in cui, lungo lo sviluppo delle diverse scienze, i vari filoni di ricerca si sono influenzati l'un l'altro, mentre il loro spessore indica l'importanza delle integrazioni scientifiche che sono avvenute. Nella parte inferiore della figura è illustrato come i diversi contributi scientifici nei diversi orientamenti confluiscano nella spiegazione di come lo sviluppo avvenga per *apprendimento relazionale di quanto veicolato nelle interazioni:* la qualità delle interazioni si può individuare nei *significanti della comunicazione non verbale*, e nei rispettivi *significati* che sono veicolati dai significanti e per mezzo di questi trasmessi al bambino. La modulazione della comunicazione è data dal grado di sintonizzazione tra i membri della diade, che consente alla mente del bimbo di apprendere e di strutturarsi. Tale *sviluppo potrà pertanto essere negativo o positivo* a seconda:

› *di come viene emesso il significante:* questo si basa sulle capacità materne di comprendere i significati dei significanti emessi dal

bimbo e quindi di sintonizzarsi in dialogo con lui, piuttosto che, a causa di strutture alessitimiche, si abbia un'incapacità (anche relativa) materna di sintonizzazione, e pertanto deficit di dialogo; o situazioni di pseudo dialogo: intrusivo, incongruo, se non contraddittorio (schizofrenogeno?), o comunque non adeguato alle capacità di decodifica della mente del bimbo in quel momento;

- *di quali significati sono strutturati nella struttura primaria della madre* che inevitabilmente li emana, veicolati dai di lei significanti;
- *delle possibilità (di tempo, di ambiente, di spazi, di supporto assistenziale e sociale)* della madre di emettere e veicolare i messaggi diretti al bimbo;
- *di come i significanti vengono colti e i significati vengono elaborati e assimilati* dalla struttura mentale fino a quel punto strutturata nel bimbo.

Nella parte destra della figura viene infine indicata la *Teoria del protomentale* (Imbasciati, Calorio 1981; Imbasciati 1994a, 1998, 2006a, b), teorizzazione da me sviluppata negli ultimi venti anni, qui segnalata come un ausilio per capire il concetto della costruzione progressiva della mente di un individuo. Lo sviluppo psichico è frutto di progressivi apprendimenti, ognuno dei quali condiziona la qualità del successivo, a partire dall'epoca fetale-neonatale: ogni gradino di progressivo sviluppo viene a costruirsi sulla base della qualità strutturale dei precedenti sviluppi. In questo senso si ha una «costruzione», progressiva. La teoria del Protomentale fa riferimento a supporti psicofisiologici: essa intende *descrivere*, gli sviluppi riscontrati a livello psichico *spiegandoli* su basi psicofisiologiche: i primi input afferenziali, nel neonato e ancor prima nel feto, si organizzano a formare le prime strutture elaborative, che a loro volta possono leggere e organizzare le successive afferenze, costituendo progressive tracce mnestiche; cosicché, queste possano entrare in funzione per ulteriori letture e organizzazioni delle successive ulteriori esperienze. Si tratta dal passaggio dal neurosensoriale allo psichico e pertanto alla possibilità di «apprendere dall'esperienza».

L'individuazione dei processi protomentali prende come primo riferimento gli eventi che gli studi psicoanalitici sui primi anni di vita del neonato e del bimbo hanno mostrato all'evidenza clinica, per ridescriverli in termini cognitivi, di elaborazione di tracce mnestiche per la costruzione di funzioni di lettura delle esperienze; in primis quelle relazionali. Tale ridescrizione, da un lato è un ausilio alla

comprensione dei processi protocognitivi e dall'altro restituisce alla teoria psicoanalitica un nuovo valore esplicativo in accordo con le neuroscienze attuali. La vita psichica della prima infanzia è generalmente considerata, sia negli studi psicologici sia dalle scuole psicoanalitiche, come dinamica affettiva e descritta in termini di sentimenti. Questo modello ricorrente può attribuirsi al fatto che quanto avviene nella mente dell'infante è meno inconoscibile se la mente dell'adulto, che tenta di conoscerlo, lo apparenta a ciò che di se stessa ha esperienza nei termini chiamati affetti, sentimenti, emozioni. Ma quanto avviene nella mente del neonato, a parte il fatto d'esser cosa sostanzialmente diversa dal mondo affettivo adulto, è in funzione essenziale del suo rapporto col mondo esterno e ha innanzitutto valore conoscitivo. Utilizzando i dati forniti dalla psicoanalisi, la teoria del protomentale propone un modello cognitivo per interpretare ciò che avviene nella mente del bambino durante i primi mesi di vita. Gli studi psicoanalitici postkleiniani, e quelli a questi correlati sull'Infant Observation, vengono elaborati in modo da focalizzare, in progressione, le prime «operazioni» della mente umana. Queste vengono considerate e descritte nella loro essenziale funzione conoscitiva: su tali operazioni si fondano le strutture di base della mente, ovvero i processi che rimangono a condizionare i dinamismi inconsci del pensiero dell'adulto. A partire dal protomentale viene a «costruirsi» la mente umana.

4.4. PROCESSI IMPLICATI NELLE CURE MATERNE

Antonio Imbasciati, Loredana Cena

Quanto sino a ora detto comporta particolare attenzione ad alcuni concetti, come enucleati nella nostra figura (fig. 2.4), per molti dei quali occorre una rivalutazione rispetto a quanto si è finora pensato nella cultura corrente.

Essenziale riferimento si fa innanzitutto a una rivalutazione della *affettività primaria,* inconsapevole, inconscia, e dunque ai *processi inconsapevoli* che stanno alla base delle modalità primarie attraverso cui la madre trasmette al bimbo e il bimbo elabora quello che la madre gli trasmette. I processi affettivi inconsapevoli sono strutturanti lo sviluppo del futuro individuo a seconda del modo con cui verranno trasmessi, modulati, veicolati, sintonizzati

piuttosto che distonici rispetto a quanto emette il bimbo, e di conseguenza trasformati ed eventualmente assimilati. L'affettività non è qualcosa che promani dal soggetto, come talora si crede, bensì si costruisce per la relazione e corrisponde a precise strutturazioni che si costruiscono nel cervello. L'affettività primaria è fondante, e viene indagata nelle sue manifestazioni e modulazioni attraverso lo studio dello sviluppo della reciproca regolazione emotiva, sia coi metodi propri della psicologia, sia da quelli delle neuroscienze. La ricerca neurobiologica (Fox 1994; Siegel 1999, 2001; Schore 2003a, b) ha studiato la regolazione emotiva nelle sue origini, nell'interiorizzazione delle regolazioni affettivo-emotive che intercorrono entro la relazione primaria madre-bambino e nella loro funzione di strutturazione neurale.

RIVALUTAZIONE DI CONCETTI

- Affettività primaria come base dello sviluppo neuromentale
- Processi inconsapevoli
- Memoria implicita
- Intelligenza emotiva
- Apprendimento relazionale
- Maturazione neurale per apprendimenti relazionali
- Regolazione affettiva come processo di costruzione del cervello
- Trasmissione di significati nelle interazioni
- Sintonizzazione o al contrario dissintonia/incongruenza di messaggi

Per capire cosa sono le

CURE MATERNE
Significanti emanati dalla struttura materna modulati
dalle capacità della madre (sintonizzazione/rêvérie)
a costituire significati nella struttura mentale primaria del bimbo.

EFFETTI POSITIVI – EFFETTI NEGATIVI
Ciò che conta non sono le cure fisiche né la presenza continuata,
ma ciò che viene emesso come significante di un significato,
che può (o non può) essere assimilato, o che può distruggere
precedenti acquisizioni a seconda della sintonia piuttosto
che della dissintonia del dialogo.

Fig. 2. Rivalutazione dei concetti inerenti alle cure materne.

L'attività regolamentativa primaria svolta dalla madre si esplica inizialmente sulla modulazione di processi fisiologici, quali i cicli sonno-veglia, la termoregolazione, la nutrizione. A tal proposito la ricerca sperimentale ha messo in evidenza come negli animali, per esempio nei piccoli dei ratti separati precocemente dalla madre, venga a mancare la sua funzione organizzatrice e regolatrice: i topolini presentano disturbi significativi nei ritmi sonno-veglia, della produzione ormonale (ormone della crescita), delle funzioni attentive (Hofer 1978, 1981, 1990). Studi più recenti indagano lo sviluppo della regolazione emotiva in correlazione allo sviluppo cerebrale (Siegel 2003): le esperienze affettivo-emotive sperimentate dal bimbo nei primi due anni di vita vengano codificate, a livello inconsapevole, attraverso una memoria di tipo implicito, non dichiarativa (Schacter 1996) che implica il coinvolgimento di strutture cerebrali primitive (amigdala, regioni limbiche, nuclei della base, corteccia motoria e espressiva e in generale il cervello destro).

La memoria implicita va di conseguenza rivalutata. Dicesi «memoria implicita» quella memoria primaria che sottende a processi completamente inconsapevoli: essa è attiva in ogni comportamento adulto; nel bimbo organizza la trasmissione dei suoi primi apprendimenti. La memoria implicita non potrà mai essere coscientizzata, ovvero ricordata, pur essendo fondante ogni ulteriore apprendimento e pertanto ogni ulteriore memoria. Da qui l'importanza che essa viene ad assumere: non è solo inconscia, ma non potrà mai essere resa cosciente. I primi apprendimenti stanno anche alla base di quello che per noi è diventato automatismo: non ci ricordiamo per esempio di quali e quanti singoli movimenti si siano dovuti memorizzare per apprendere a camminare. Altri esempi più complessi possono essere citati: per esempio quelli che riguardano i MOI o più generalmente i diversi modi di relazionarsi; i modi dello «stare con» (Stern 1995), o quanto viene definito carattere, o molti tratti di personalità. La memoria di tipo implicito (Siegel 1999, 2001) è il livello più precoce di memoria nell'individuo ed è venuta a costruirsi attraverso la modulazione veicolata dai canali acustici, tattili, propriocettivo-motorio, olfattivi, visivi: è una memoria del tutto diversa da quella identificata come memoria di rappresentazione, collegata questa al linguaggio e alla memoria dichiarativa.

La *memoria implicita* è anteriore al senso di continuità del Sé (Siegel 1999, 2003), che inizia a partire dai 18 mesi quando, attraverso la maturazione di aree cerebrali quali lobo temporo-mediale, ippocampo, corteccia orbito frontale le esperienze iniziano a esse-

re elaborate dalla successiva memoria, di tipo esplicito (semantica, autobiografica ed episodica, e infine dichiarativa) (Imbasciati, Margiotta 2005); e comunque permane nell'adulto.

Il riconoscimento, l'espressione e la regolazione delle emozioni sono elaborate soprattutto dall'emisfero cerebrale destro, indicato come il dominante, rispetto a quello sinistro, entro i primi tre anni di vita del bimbo (Fox 1994; Schore 1994, 2001, 2003a, b; Siegel 2001). Con la crescita e nell'adulto l'attività dell'emisfero destro viene a essere integrata con quella svolta dall'emisfero cerebrale sinistro, che svolge un'attività di controllo delle emozioni, anche se permane dominante l'emisfero destro nei processi di elaborazione, comprensione e manifestazione delle emozioni stesse. L'emisfero destro viene indicato come luogo dell'*intelligenza emotiva*. Fino a poco tempo fa si considerava nella cultura corrente solo quell'intelligenza che può essere resa consapevole: oggi si fa riferimento a una più complessa e importante intelligenza emotiva (Goleman 1995, 1998). Attraverso filmati con la PET è possibile vedere come il cervello destro della madre lavori in corrispondenza con un corrispondente lavoro del cervello destro del bimbo: l'affettività è una forma di intelligenza; è la base di tutta la successiva intelligenza, ed è un'intelligenza inconscia che si apprende e che si trasmette, e che ha il suo corrispettivo neurobiologico in una maturazione soprattutto del cervello destro del futuro individuo. Tutto ciò a seconda dei messaggi che il cervello destro del caregiver gli invia.

Questo concetto spiega che cosa si intenda per *apprendimento relazionale*. L'apprendimento non è semplicemente la registrazione di un evento, tanto meno una traccia mnestica incidentale, ma avviene nell'ambito di una relazione, cioè viene modulato attraverso l'affettività di due dialoganti: non sono tanto i contenuti ma è la qualità della relazione attraverso cui passano questi contenuti, che comporta il modo con cui il messaggio viene assimilato. L'apprendimento dipende da come il messaggio viene colto e il modo di chi lo apprenderà dipende dal modo con cui il messaggio gli viene modulato, oltre che dalle proprie specifiche capacità elaborative; e da chi glielo modula. Il concetto di *maturazione neurale per apprendimenti relazionali* mette in evidenza la connessione tra la maturazione cerebrale e le esperienze relazionali. Secondo gli attuali studi neurobiologici (Schore 1994, 2001, 2003a, b) la maturazione del sistema nervoso dipenderà dalle interazioni primarie: sono queste che comportano connessioni sinaptiche, reti neurali, selezioni di popolazioni neurali e pertanto il tipo di funzionalità.

Processi come l'attenzione condivisa con il caregiver nel primo anno di vita, favoriscono un'integrazione tra le aree corticali orbitofrontali e quelle limbiche. Da qui l'importanza di una *regolazione affettiva* svolta dal caregiver, funzione regolatrice e modulatrice che stabilisca codici di intesa, chiari piuttosto che incerti o confusi, e pertanto rispettive modalità di pensiero. La non accessibilità affettiva della madre, una madre alessitimica o depressa per esempio, può provocare particolari strutturazioni nello sviluppo delle aree cerebrali, che si manifestano soprattutto come deficit nelle modalità di elaborazione delle emozioni nel bambino (Schore 2001; Siegel 1999), con conseguenze sul suo ulteriore sviluppo cognitivo.

La funzione materna descritta come sintonizzazione affettiva (Stern 1985), integrando apporti relativi ai processi di reciproco mutuo rispecchiamento sviluppati da Winnicott (1970, 1971), indica la capacità della madre di entrare in sintonia, rimandando al bimbo ciò che lui sta vivendo in modo che ne acquisisca significato. Queste capacità materne sono quelle che consentiranno al neonato di acquisire schemi di interazioni che gli permetteranno di relazionarsi poi con gli altri. Gli scambi comunicativi con una madre che sa sintonizzarsi con il suo bimbo si caratterizzano in un'alternanza di turni (turn-taking) tra loro complementari. Questo è evidente nella situazione di allattamento: la mamma, se si adatta al ritmo di suzione del piccolo, lo stimola con la voce, accarezzandolo, cullandolo, proprio durante le pause della poppata (Kaye 1982). Questo concetto viene indagato in ambito cognitivista come fenomeno della co-orientazione visiva (Bruner 1977). Si può anche rilevare nelle situazioni in cui, in presenza di uno stimolo interessante, la madre vi presta attenzione su input del bimbo, cosicché entrambi dirigono la loro contemporanea attenzione allo stimolo. Questo sistema di sensibilità «mutuamente regolatesi», si esprime attraverso le modalità di interazioni reciproche.

Le ricerche hanno evidenziato come nella regolazione emotiva il bimbo sia molto sensibile alle modificazioni dell'espressività della madre, modificando a sua volta le proprie modalità comunicative. Con il paradigma del volto immobile, lo *Still Face* (Cohn, Tronick 1983), si è dimostrato come, di fronte al volto non responsivo della madre, il bimbo intensifichi inizialmente i suoi sforzi comunicativi, ma se questo stato materno perdura, fa ricorso a forme di autoregolazione (es. succhiarsi il pollice, o dondolarsi), che gli consentono di alleviare i propri stati di disagio, ma lo distolgono dall'imparare. Ancora, se ciò non è sufficiente a ristabilire un'adeguata

sintonizzazione emotiva materna, si può verificare un effetto disorganizzante nel comportamento globale del bimbo.

La dovuta attenzione a questi concetti spiega la *trasmissione di messaggi* modulati dalla struttura del caregiver *nelle interazioni* attraverso significanti di tipo sensoriale: motricità, tatto, sonorità, soprattutto sensorialità tattile. La pelle è il primo organo sensoriale, sia a livello fetale che nei primi mesi di vita: la pelle del bambino e il contatto con la pelle della madre conferiscono allo scambio comunicativo una grande intimità (Bick 1964, 1968); viene poi la motricità, che implica il modo con cui l'infante viene maneggiato, e tenuto in braccio: il saper fare di una mamma lo si vede proprio dal modo in cui il bimbo è soddisfatto dall'essere tenuto in braccio da quelle braccia, piuttosto che da altre. Tutti questi e altri sono indicatori del grado di sintonizzazione del dialogo madre/figlio.

Le *cure materne* pertanto veicolano l'insieme dei significanti che dalla struttura materna, modulati dalla capacità materna di sintonizzazione e di rêverie, passano, col loro significato, a costituire significati nella elaborazione che ne fa la struttura mentale primaria del bambino: tale significato non coincide quindi semplicemente col senso dei messaggi materni, ma dipende da quanto egli lo elabora a seconda del tipo di dialogo. Nel caso di pseudodialoghi (dissintonici, deficitari comunque incongruenti) l'elaborazione che ne fa il bimbo può essere del tutto dissimile dai significati veicolati dai significanti emessi dalla madre. Ciò che caratterizza la «bontà» delle cure materne non è la presenza continua della madre, né le sue cure fisiche, e non è neppure l'eccessiva assiduità con cui essa vi si dedica. A volte un'eccessiva assiduità ha un effetto disturbante sul bimbo: ci sono madri che, preoccupate di non essere «capaci» di assicurare al bambino le cure dovute, per questo senso di incompetenza sono indotte a iperstimolarlo. Ciò ha un effetto intrusivo e disorganizzante. Non è l'assiduità della madre o del caregiver presso il figlio, ma la sintonizzazione, che comporta una buona strutturazione: quella capacità della mamma di inviare certi messaggi nel modo adatto e nel tempo giusto, con le pause giuste e nella maniera sensoriale adeguata alle necessità effettive quali espresse dal bambino, e soprattutto alla capacità di recezione e di elaborazione del bambino stesso. Ciò che conta è ciò che viene emesso come significante di un preciso significato: questo può o non può essere assimilato o peggio può distruggere precedenti acquisizioni. E va infine ricordato che tutto ciò avviene in maniera inconscia, nella madre e nel bimbo.

4.5. LA PROSPETTIVA TRANSGENERAZIONALE

Antonio Imbasciati

Un primo contributo della teoria dell'attaccamento alla transgenerazionalità deriva dallo studio degli «stili di attaccamento». Questi si strutturano nel bambino a seconda della sua relazione con la madre (o comunque il care-giver) e pertanto trasmettono qualcosa da questa al figlio: a sua volta questa madre ha una sua struttura, e pertanto anche propri stili di attaccamento, derivati dalla propria passata relazione coi propri genitori. Per contro il bimbo, divenuto adulto, trasmetterà qualcosa di questi anche ai propri figli. Ciò vale in particolare per i MOI (Modelli Operativi Interni): questi, formatisi nel bambino, si conservano per tutta la vita, modulando le relazioni che questo divenuto adulto avrà coi propri figli. La trasmissione non è diretta, come passaggio tale e quale, giacché altri fattori si inseriscono nel far variare i MOI nella loro trasmissione lungo le generazioni, tuttavia i MOI trasmessi dai genitori di solito permangono. Inoltre ogni individuo non ha un unico stile di attaccamento, né tanto meno un unico tipo di MOI, bensì molteplici di tali MOI si strutturano, spesso latentemente cioè «dissociati» (Albasi 2006), a seconda delle relazioni che un individuo ha con le varie figure di attaccamento. In ogni caso «qualcosa» si trasmette di padre in figlio, transgenerazionalmente, e questo riguarda proprio le stesse funzioni e modalità relazionali; importanti quindi per il passaggio dall'una all'altra generazione.

Molti altri orientamenti di ricerca hanno studiato la trasmissione transgenerazionale, non semplicemente di quanto individuato come MOI, ma anche di molti altri elementi, funzioni e caratteristiche, sia in campo psicoanalitico, sia con ricerche sperimentali a lungo termine. Del resto gli studi di neuropsicologia, evidenziando il «dialogo» dei due emisferi destri nelle interazioni madre/neonato, giustificano pienamente un possibile passaggio di tracce mnestiche che si trasformano in connessioni neurali.

Secondo la teoria del protomentale (Imbasciati, Calorio 1981; Imbasciati 1998, 2004a, b, 2006a, b) la madre, e in genere l'adulto che si occupa del bimbo, fino dai primi giorni di vita gli modula messaggi che permettono al neonato di costruire determinate strutture funzionali primarie: quelle sulle quali si costruirà poi la sua singola modalità di strutturarsi e di funzionare. Si tratta di un linguaggio (o meglio linguaggi) non verbali, veicolati dai media fi-

sici recepibili dalle sensorialità del neonato: udito, olfatto, tatto, propriocezione e in genere motricità, poco più tardi vista. La modulazione materna produce il tipo di apprendimento del neonato: questo avverrà in modo positivo nella misura in cui le unità comunicazionali emanate dalla madre avranno una loro coerenza (univocità dei significanti di quello specifico linguaggio) e nella misura in cui esse potranno essere recepite dal neonato nei momenti in cui la sua mente è in grado di dar loro significato (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007). Le suddette condizioni si verificano in quanto modulate dalla capacità di rêvérie (Bion 1962a, b) del caregiver: ciò che in termini psicoanalitici tradizionali è stato definito come capacità di accoglimento delle proiezioni degli oggetti cattivi e di restituzione di oggetti pensabili, o di funzione contenitore/contenuto, può essere ridescritto come capacità di decodifica da parte della madre dei segnali emanati dal figlio e di ricodifica opportuna e tempestiva rispetto al momento in cui si possono ritrasmettere al bambino nella forma in cui egli li possa accogliere e assimilare. In queste condizioni la modulazione in emissione dalla madre potrà essere «letta» e immagazzinata come insieme di unità significative: significanti coi corrispettivi significati, che vengono acquisiti dalla mente; suscettibili di essere «pensati».

La modulazione materna avviene secondo il tipo di funzioni che costituiscono la singolarità di «quella» madre (o di «quegli» adulti): è questo che costituisce le basi di una trasmissione transgenerazionale. Possiamo ragionevolmente ipotizzare che le spiegazioni dei fenomeni transgenerazionali risieda nello strutturarsi di particolari linguaggi non verbali, con particolari unità comunicazionali e di lettura, mediante le quali sono veicolate e trasmesse peculiari acquisizioni del caregiver, con le relative tracce mnestiche, che vanno così a costituire le modalità funzionali elementari che il singolo individuo acquisisce dal caregiver. Si tratta di tracce mnestiche protomentali, o «engrammi» (Imbasciati 1998, 2006a, b), che vanno a far parte della memoria implicita, riguardanti soprattutto tracce di funzioni, ossia l'iscrizione in memoria di particolari modi di funzionare: in base a questa particolarità ogni individuo elaborerà differentemente tutte le successive esperienze; nessuno, pertanto, anche esposto alla medesima serie di esperienze, avrà una struttura mentale uguale a quella di un altro. Nessuno ha un cervello uguale a un altro, neppure i gemelli monozigoti: non si apprende l'esperienza, ma dall'esperienza, secondo un proprio singolare modo di elaborazione; e anche i monozigoti hanno una differente base ela-

borativa, in quanto è impossibile che una madre, in gestazione e in perinatalità, abbia offerto a entrambi i medesimi messaggi.

L'iscrizione in memoria di particolari modi di funzionare, relativi soprattutto alle modalità con cui si elaboreranno le esperienze, trasmettendosi di genitore in figlio, può da questi essere ritrasmessa ai propri figli, sia pure con variazioni che possono talora essere notevoli. Pertanto, stante che la struttura neuromentale è irripetibile per ogni individuo, peculiari modalità funzionali possono essere trasmesse di generazione in generazione: possono, si sottolinea, ovvero non è detto che i figli ereditino sempre le peculiarità dei padri, bensì che queste possono peraltro trasmettersi. Tutto ciò può avere luogo attraverso la formazione di tracce mnestiche implicite, analoghe, o simili, o uguali, di padre in figlio. Tali tracce seguendo le ipotesi della Teoria del protomentale (Imbasciati 1998, 2006a, b), concernono soprattutto engrammi che recano tracce mnestiche di funzioni, che regolano modalità funzionali elaborative: in altri termini un figlio può ricevere dai genitori modalità funzionali che gli permetteranno di elaborare i suoi ulteriori apprendimenti in maniera analoga (o uguale) a come li avrebbero elaborati i suoi genitori. La transgenerazionalità pertanto non è in contrasto con l'irripetibilità neuromentale del singolo. E peraltro la trasmissione di modalità può non essere rilevabile, ma manifestarsi solo a posteriori, nei suoi effetti sull'elaborazione dell'esperienza. Tutto ciò può render conto della transgenerazionalità a generazioni alterne.

Le acquisizioni fetali e neonatali, tramite apprendimenti per linguaggi non verbali di funzionalità elementari, ci rendono conto di questo particolare aspetto della transgenerazionalità: la trasmissione di caratteri che spesso compare a generazioni alterne, o con uno iato di qualche generazione, con modalità che sembrano misteriose. Tale «salto generazionale», o tale alternanza, sono apparenti: appaiono in quanto la rilevazione di dinamiche, tratti di personalità, condotte o vicende esistenziali, vengono di solito rilevate in età adulta, o per lo meno in epoche posteriori a quelle perinatali, quando ciò che si viene a evidenziare è stato ampiamente «trasformato» rispetto alle strutture protomentali che lo hanno generato. Ovvero è possibile che in una generazione queste strutture protomentali rimangano a uno stato totalmente primigenio (come quello di funzioni di base acquisite in epoca fetale), senza trasformazioni e manifestazioni in comportamenti, ma che tuttavia vengano trasmesse ai figli e che in questi, trasformate e sviluppate per altre circostanze, si evidenzino (Imbasciati 2003a). In tal modo la tran-

sgenerazionalità non sarebbe sempre diretta, da una generazione a quella immediatamente successiva, ma la sua manifestazione può rimanere latente, in una o forse più generazioni. In altri termini le generazioni intermedie sarebbero portatori occulti di un patrimonio di acquisizioni elementari (fetali e neonatali) che si manifestano poi con un salto generazionale.

Per sintetizzare, abbiamo approntato la nostra figura 3.

TRANSGENERAZIONALITÀ

› Cosa fanno passare le cure materne? Elementi della struttura di base della mente del care-giver **› Cosa fanno assimilare?** Capacità di sintonizzazione, rêvérie, struttura non alessitimica
a seconda della responsività dialogica con il bimbo
› Come quanto sopra una madre acquisisce? Dalla relazione che a suo tempo ella ebbe con la propria madre o caregivers.
Strutture di capacità materne positive producono figli con corrispondente dotazione di capacità e questi a loro volta le trasmetteranno ai propri figli. Viceversa, strutture negative e difetti delle capacità materne produrranno corrispondenti deficit nei figli e questi a loro volta li trasmetteranno.
LE CURE MATERNE SONO MATRICE DELLO SVILUPPO PSICHICO (E PSICOSOMATICO) DEI FUTURI INDIVIDUI

Fig. 3. Transgenerazionalità.

Alla domanda *cosa fanno passare le cure materne?,* possiamo rispondere che fanno passare elementi forse fondamentali della struttura di base della mente della madre, e questo non passivamente ma per quanto essi possano essere elaborati e modulati. Questo passaggio dipenderà dalla capacità di sintonizzazione, di rêvérie, dalla struttura non alessitimica della madre, e dalla situazione in cui si svolge il dialogo; nonché nella misura in cui accada che il bimbo risponda adeguatamente, e che altrettanto adeguatamente a quella sua risposta la madre risponda a sua volta. Se la

madre alla risposta del bimbo non risponde adeguatamente, tutte le sue eventuali attenzioni al bimbo vanno a disorganizzare, anziché a organizzare la di lui mente.

La madre acquisisce queste capacità di dialogare col figlio dalla relazione che a suo tempo ella ebbe con la propria madre, o caregivers: la madre trasmette qualcosa di suo che a suo tempo aveva assimilato. Le strutture con capacità materne positive producono figli con corrispondente dotazione di capacità materne e questi a loro volta le trasmetteranno ai propri figli. Peculiarità della trasmissione transgenerazionale sta pertanto nel fatto che tra ciò che viene trasmesso spiccano in rilievo proprio le stesse capacità di trasmissione, date, appunto, dalle capacità materne. Questo significa che madri, o anche famiglie, in cui i genitori hanno buone capacità materne producono figli altrettanto, e forse più capaci: in un circuito transgenerazionale migliorativo progressivamente di generazione in generazione, di queste capacità e di conseguenza anche di molte altre capacità. Viceversa, strutture materne negative, difetti delle capacità di sintonizzazione affettiva, della affect regulation (Schore 2003a, b), delle capacità antialessitimiche della madre, o eventualmente «iperpremure» ossessive di questa, produrranno una disorganizzazione e corrispondenti deficit nei figli, che a loro volta li trasmetteranno; cosicché questi avranno scarse capacità di cure materne con i loro figli. Si instaura così un circuito vizioso transgenerazionale sempre più negativo, e per le capacità materne e per altre capacità che potrebbero essere trasmesse.

Le cure materne, così intese come qui illustrato, costituiscono e custodiscono un patrimonio trasmissibile: nel bene, così come nel male, di generazione in generazione. Di qui l'importanza di una cura, di enorme rilevanza sociale, affinché possano essere evitate tutte quelle circostanze che in casi di circuiti positivi possano compromettere un'adeguata trasmissione e affinché si possano aiutare le famiglie suscettibili di generare circuiti viziosi negativi, in modo che la negatività possa essere attutita. Le cure materne «buone o cattive», organizzatrici o disorganizzatrici che siano, costituiscono la matrice dello sviluppo psichico, e anche psicosomatico, pertanto fisico, dei futuri individui.

Di qui l'importanza antropologica per un futuro dell'umanità, da cui scaturisce la rilevanza di un'assistenza psicoostetrica e psicopediatrica ovvero di un'adeguata Psicologia Clinica Perinatale, che aiuti le madri a incrementare le loro capacità positive e diminuire quelle caratteristiche che incidono negativamente sui propri figli.

Possiamo pertanto in conclusione affermare che le cure materne sono la matrice dello sviluppo psichico e psicosomatico del futuro individuo: delle generazioni future (cfr. cap. 12).

CAPITOLO 5

LA VALUTAZIONE DELLE «CURE MATERNE»

Antonio **Imbasciati**, Loredana **Cena**

5.1. LA VIDEOSSERVAZIONE DELLE INTERAZIONI MADRE-NEONATO

Antonio Imbasciati, Loredana Cena

Vista l'importanza di chiarire gli equivoci che si annidano nel linguaggio sotto il termine di «cure materne», opportuno si presenta allora descrivere come queste possono oggi essere valutate. Riprendiamo a tal proposito alcuni passi di un nostro precedente lavoro (Cena, Imbasciati 2009).

La scoperta (Wolff 1966) che i neonati non sono solo impegnati a dormire, mangiare, piangere, ma che fin dalla nascita durante la veglia sono in uno stato di inattività però vigile rispondendo alle sollecitazioni ambientali, stimolò a partire dagli anni Settanta la ricerca scientifica sperimentale verso un'osservazione sempre più attenta del lattante. Le rilevazioni effettuate attraverso le osservazioni naturali vengono oggi verificate in situazioni sperimentali: paradigmatici sono i resoconti minuziosi delle osservazioni (Sander 2000) dei ricercatori mentre seguono, a mezz'ora dalla nascita, il bimbo adagiato, pelle contro pelle, sull'addome della madre. Il neonato rimane in uno stato vigile per 20-30 minuti, poi si muove verso il seno, la sua testa si gira da una parte all'altra cercando di spostarsi verso il capezzolo, e riuscendoci apre la bocca iniziando a poppare. Questa osservazione viene messa a confronto con quanto sta accadendo alla madre: se tutto questo avviene entro la mezz'ora dopo la nascita tale evento attiva nella madre una secrezione di ossitocina, che determina una vasocostrizione e questo controlla l'emorragia post-partum e riduce il suo dolore. Effetto dell'ossitocina è anche quello di incrementare le capacità di accudimento (cfr. cap. 12).

Molte sono le scoperte sorprendenti sulle capacità neonatali: con nuove procedure osservative adeguate per lo studio di neonati, spesso associate a setting sperimentali o quasi sperimentali, si studiano competenze particolari, come il riconoscimento postnatale della voce materna, le possibilità dei diversi sistemi sensoriali o l'analisi del codice emotivo delle competenze di comunicazione con la madre (Trevarthen 1979; Fogel 1982). Correlando stimoli più o meno complessi a risposte e reazioni del lattante (Fantz 1964) si sono utilizzati indici psicofisiologici, come il battito cardiaco, l'elettroencefalogramma, e comportamenti motori, come i movimenti oculari, il tempo di fissazione, la suzione non nutritiva o l'habituation. Con l'avvento delle tecniche ecografiche si è resa possibile l'osservazione dello sviluppo del feto e delle sue reazioni alle stimolazioni ambientali e sperimentali: attraverso le registrazioni ecografiche è possibile avere molti indici circa le esperienze che il bambino vive nel periodo prenatale, e individuarne competenze sensoriali e percettive, per correlarle poi con quelle che si presentano alla nascita. È nata in tal modo l'area di ricerca denominata Infant Research.

Utilizzando nuove tecnologie nelle osservazioni, si è così passati dallo studio delle competenze individuali a esaminare costrutti più articolati, come quelli interattivi del lattante con la madre (Stern 1974a, b; Brazelton, Kozlowski, Main 1974; Tronick *et al.* 1978; Sander 1987; Beebe, Gerstman 1980). Nella metodologia osservativa dell'interazione genitore-bambino sono state introdotte nuove strumentazioni audiovisive e nuove tecniche di videosservazione: per esempio la codifica dei dati viene effettuata attraverso l'analisi sequenziale delle interazioni che vengono osservate (Bakerman 1978; Bakerman, Gottman 1986).

Le videosservazioni offrono la registrazione dell'osservazione diretta delle interazioni della relazione genitore-bambino: in genere hanno una durata limitata e vengono effettuate in momenti di gioco libero, in situazioni in cui viene assegnato alla diade un compito da svolgere; o durante il pasto del bambino. Le registrazioni consentono di rivedere più volte le interazioni che avvengono e di discuterle con altri osservatori. I dati videoregistrati consentono elaborazioni per l'analisi del filmato, attraverso tecniche di accelerazione, rallentamento, fermo immagine. Con tali strumenti la clinica amplia l'indagine in un modello di sviluppo in cui il bambino è in continua interazione dinamica con l'esperienza della famiglia e del contesto sociale.

In ambito clinico inoltre, se l'osservatore ritiene necessario un qualche intervento per la presenza di difficoltà o disturbi interattivi, la tecnica del video feedback consente di rivedere la videoregistrazione di momenti particolarmente significativi insieme alla famiglia: questo stimola nei genitori una riflessione e una condivisione emotiva dei fenomeni osservati. Si possono così organizzare interventi terapeutici, ricercando concretamente insieme agli attori del processo relazionale nuove modalità di comunicazione, più adeguate, partendo dall'osservazione e dalla analisi di quelle individuate come non congrue e poco funzionali.

5.2. INDICATORI DELLA «BONTÀ» DELLE CURE MATERNE

Antonio Imbasciati, Loredana Cena

La ricerca attraverso la microanalisi delle interazioni madre-neonato è diventata predominante nell'ambito dell'Infant Research: a partire dall'osservazione dei primi processi imitativi del neonato nei confronti della mimica facciale della madre, vengono rilevati altri processi di regolazione emotiva. La capacità del bimbo di imitare espressioni del volto materno (Meltzoff, Moore 1977; Meltzoff, Prinz 2002) è oggi sostenuta dalla ricerca neurobiologica attraverso la scoperta dei neuroni specchio (Rizzolatti *et al.* 2002). Già la psicoanalisi con Winnicott faceva riferimento alla capacità di rispecchiamento facciale (Winnicott 1967, 1971), processo per cui la madre riflette e condivide gli affetti del bambino. I processi di reciproco mutuo rispecchiamento si riferiscono alla capacità materna di entrare in sintonia, restituendo al bimbo ciò che lui sta vivendo avendo però in tal modo conferito significato ai segnali che lui le invia: queste capacità materne permetteranno al bimbo di acquisire schemi di interazioni con cui potrà relazionarsi con gli altri.

Si sono osservate in particolare caratteristiche delle prime forme di interazione bidirezionale, e si è individuato il costrutto dell'intersoggettività. Secondo Trevarthen (1979) questo compare in una forma primaria già nei primi sei mesi di vita del bimbo. Nella comunicazione genitore-bambino, infatti, dal secondo mese di vita fino al quinto sono osservabili scambi di sguardi, sorrisi e vocalizzazioni, che si presentano con una alternanza di turni nella diade

analoghi a quelli del dialogo tra adulti. Mentre molti sottolineano come i segnali comunicativi del bambino ricevono significato e intenzionalità da parte della madre, altri sottolineano la tendenza innata nel neonato a comunicare, espressa già nel secondo mese di vita (Shaffer 1977). A partire dai due mesi, Il bimbo è comunque in grado di iniziare una comunicazione intenzionale con il genitore, orientando il capo verso di lui e concludendo la conversazione girando altrove lo sguardo: attraverso l'alternanza dei turni di scambio emotivo (Sameroff, Emde 1989) si possono osservare delle protoconversazioni (Bateson 1979).

L'articolazione delle emozioni primarie (gioia, sorpresa, collera, rabbia, tristezza, paura) diventa sempre più complessa a partire dalla fine del secondo mese, fino all'anno di vita: nel corso del secondo anno compaiono le emozioni sociali (vergogna, colpa, orgoglio). Fin dalla nascita il bimbo apprende a ricercare emozioni positive (Emde 1992): se a una sua vocalizzazione la madre gli si avvicina e sorride, fermandosi a giocare con lui, questo produce espressioni di gioia, che ne favoriranno la ripetizione, come nell'intento di riprovare ancora quella stessa emozione piacevole. Le prime rappresentazioni delle relazioni si organizzano così rispetto alle aspettative delle emozioni positive, orientando le successive esperienze relazionali del soggetto.

Un'intersoggettività «secondaria» (Trevarthen 1980) è osservabile a partire dai cinque mesi: si manifesta con una frattura nella relazione tra genitore bambino, osservabile nella comunicazione faccia-faccia, il bambino rivolge la sua attenzione all'ambiente circostante, con una diminuzione della comunicazione con il caregiver. Verso i nove mesi il bambino rivolge la sua attenzione a esplorare il mondo esterno, e cerca di condividere con il genitore la sua attività esplorativa, con lo scopo di costruire significati comuni. Questa comunicazione viene regolata da schemi relazionali che consentono ai membri della diade di predire e anticipare il comportamento dell'altro (Cohn, Tronick 1988).

La regolazione emotiva diventa un paradigma teorico importante per l'Infant Research: la formazione dei pattern di attaccamento nei primi anni di vita li indica come stili di regolazione delle emozioni che il bambino struttura rispetto alla disponibilità emotiva nell'interazione con i genitori (Cassidy 1994). La regolazione del legame comporta la competenza del bambino, già presente alla nascita, di regolare i propri stati interiori, organizzando l'esperienza e le risposte comportamentali rivolte all'esterno (Sander 1962a, b,

1987; Stern 1985; Lichtenberg 1989). La relazione con le figure affettive di riferimento consente al bambino di attivare strategie regolative primarie (Sroufe 1996) che vengono apprese all'interno del legame di attaccamento.

La regolazione è funzione fondamentale per lo sviluppo di un legame equilibrato e può essere indice di disturbi relazionali, spesso correlati a disfunzioni nei ritmi fisiologici fondamentali del bimbo: può essere caratterizzata da una iper-regolazione, quando i genitori svolgono un ruolo prevalentemente intrusivo, che condiziona nel bambino atteggiamenti di evitamento e di rifiuto, o invece organizzarsi come ipo-regolazione, quando i genitori non rispondono adeguatamente alle richieste del bimbo; o ancora essere caratterizzata da inappropriatezza, quando non è presente una adeguata sincronia tra le richieste del bimbo e le risposte genitoriali, con irregolarità e imprevedibilità nel comportamento del genitore, producendo disorganizzazione e altri aspetti di massima confusione relazionale nel bimbo (Sameroff, Emde 1989).

Sroufe (1996) osserva e descrive la regolazione emotiva come la capacità del bimbo, attraverso il genitore, di mantenere l'organizzazione comportamentale a un livello adeguato di fronte a elevati stati di tensione. Le prime forme di regolazione emotiva si sviluppano nell'ambito della relazione diadica con il genitore: dopo una prima fase (0-2 mesi) in cui la regolazione della tensione nell'ambito dell'accudimento avviene in modo fisiologico, si osserva una seconda fase detta della «regolazione guidata» (3-6 mesi), in cui il genitore svolge un ruolo fondamentale aiutando con i suoi interventi specifici il bambino a modulare la sua tensione di fronte a emozioni intense. Questa funzione è osservabile nei giochi caratteristici di questo periodo, orientati sulla continua alternanza tra incremento e decremento di intensità emotiva tra genitore e bambino.

La fase successiva della «regolazione diadica», osservabile nel secondo semestre di vita, consiste nel consolidarsi di specifici legami di attaccamento: il bambino rivolge intenzionalmente all'adulto interventi regolatori e al contempo inizia a formarsi schemi cognitivo-affettivi di queste esperienze, da cui prenderanno origine le successive relazioni. I tipi di attaccamento sicuro e insicuro – osservabili nel primo anno con la situazione sperimentale della Strange Situation (Ainsworth *et al.* 1978) – sono indicatori delle competenze regolatorie che il bimbo sta acquisendo nelle relazioni a seconda di come si comportano i suoi caregivers. Il legame di attaccamento che si osserva nel corso del primo e del secondo anno

di vita è così correlato alla modalità di regolazione emozionale che viene a stabilirsi (Sroufe 1996).

Una buona regolazione è funzione fondamentale per lo sviluppo di un legame equilibrato: disturbi di tale regolazione sono spesso espressi con disfunzioni dei ritmi fisiologici fondamentali (Sroufe 1989); quelli più frequenti sono riferiti alla Classificazione Diagnostica 0-3 del National Centre for Clinical Infant Programs e sono contraddistinti come difficoltà del bambino di regolare i processi fisiologici, le funzioni sensoriali, attentive, motorie, affettive, di apprendimento e di comportamento e di organizzazione degli stati di calma e di vigilanza. Si possono manifestare irregolarità respiratorie, attacchi di vomito, rigurgiti frequenti, motricità disorganizzata, ritmi irregolari alimentari, di evacuazione e del sonno (Greenspan 1992; Greenspan, Wieder 1993). Disturbi possono altresì presentarsi attraverso pattern comportamentali di autoregolazione, come succhiarsi il pollice, dondolarsi frequentemente, cui sono correlate problematiche di elaborazione sensoriale e senso-motoria. Quanto più il bambino si trova in un'età di sviluppo al di sotto dei tre anni, tanto più ha difficoltà a esprimere il proprio disagio attraverso il linguaggio e utilizzerà quindi il corpo come mezzo espressivo, con una sintomatologia che può presentarsi con disordini alimentari, disturbi del sonno, difficoltà a calmarsi (Kreisler 1981): disturbi tutti che vanno esaminati all'interno del processo di auto regolazione del bambino e di regolazione reciproca con la figura affettiva di riferimento (Greenspan 1992).

Sebbene da vertici differenti, gli studi psicoanalitici, quelli dell'Infant Research e della teoria dell'attaccamento convergono nel rilevare la presenza di indicatori, che possono essere individuati a caratterizzare, positivamente o negativamente, l'interazione bambino-caregiver che si esplica attraverso l'accudimento del bimbo e l'espressione delle cure materne. In particolare sono stati focalizzati processi di regolazione affettiva dalla teoria dell'attaccamento e dall'Infant Research attraverso parametri misurabili con strumentazioni sperimentali.

5.3. L'ATTACCAMENTO E LA «SENSIBILITÀ» MATERNA

Antonio Imbasciati, Loredana Cena

Il termine «sensibilità», così come altri in precedenza menzionati, è spesso abusato rispetto al significato che ha assunto in sede scientifica, mistificandone il concetto con quello che questo termine ha nel linguaggio comune, nel riduzionismo sanitario in questo capitolo illustrato. Il concetto scientifico è stato elaborato da Mary Ainsworth (1979) e successivamente sviluppato da altri autori (Main 1999, Crittenden 1988, 1994). Un comportamento di cura sensibile consiste nella capacità della madre di percepire i segnali del bambino, di comprenderli e di rispondervi in modo adeguato. La risposta materna è stata così definita di «responsività sensibile»: deve essere rapida e avvenire entro un tempo di frustrazione sopportabile per il bambino; col neonato è necessaria una particolare sensibilità, per non oltrepassare quelle che sono le sue possibilità di attesa, altrimenti la frustrazione può esaurire le sue possibilità di sintonizzarsi.

La «sensibilità» va differenziata dall'iperprotezione: genitori sensibili favoriscono nel proprio figlio una crescente autonomia. I bambini di madri sensibili, e non iperprotettive, sono già in grado nel primo anno di vita di giocare autonomamente, di esplorare il proprio ambiente e nello stesso tempo di cercare la madre per ricevere consolazione e sicurezza nelle situazioni di stress. L'interazione con la madre è caratterizzata in questo caso da minore ansia e irritabilità: questi bambini riescono a separarsi abbastanza facilmente dalle loro madri e dopo averle cercate si lasciano facilmente consolare, mostrando un comportamento più collaborativo nei confronti dei limiti che vengono loro imposti. Al contrario i neonati di madri meno sensibili possono apparire più indipendenti dal sostegno della propria madre, ma mostrano più ansia, rabbia e sentimenti aggressivi, tanto da non essere in grado di giocare lontani da lei, né di tranquillizzarsi se separati, accettando meno facilmente le limitazioni loro imposte (Ainsworth *et al.* 1978).

Il concetto di «responsività sensibile» può comprendere molto bene le caratteristiche di continuità, regolarità, regolazione emotiva presenti nelle buone pratiche di cura che una madre rivolge al suo bimbo secondo il costrutto indicato da Stern (1985) come «sintonizzazione affettiva». Anche il concetto di madre «sufficien-

temente buona» di Winnicott (1965) può essere per certi aspetti equiparabile al concetto di madre adeguatamente sensibile della Ainsworth, dove per sensibilità si intende la capacità di inviare comunicazioni adeguate con modalità e nei tempi appropriati alle richieste espresse dal bimbo.

La sensibilità non è determinata però soltanto dalle strutture psichiche e dallo stato d'animo interiore della madre, ma dipende anche dalle condizioni sociali circostanti: una madre sostenuta dal proprio compagno o dalla propria madre, o da altre figure di riferimento come ostetriche, puericultrici, o altri operatori sanitari e sociali, nonché da un buon ambiente, può concentrarsi sulle esigenze del proprio bimbo meglio di una madre che è sola ed è sopraffatta da molte incombenze.

Come si evince, quanto denominato «sensibilità» in sede scientifica è ben lungi dal concetto che il senso comune attribuisce a tal termine. Ciò è sovente fonte di equivoci negli operatori della nascita. Spesso si intende la sensibilità come una generica disponibilità, intenzionale e cosciente, del caregiver: più ancora così la si intende quando la si riferisce a un operatore. La «bontà» delle cure materne può pertanto essere espressa dal concetto di sensibilità soltanto se questo è inteso nella sua definizione scientifica: un'adeguata regolazione emotiva della relazione consente una qualità di apprendimenti che saranno tanto più ottimali quanto più la relazione si costruisce attraverso una trasmissione di cure che risultino sintoniche ai bisogni del bimbo.

A volte la madre può essere in difficoltà a comprendere e a rispondere in modo adeguato ai segnali che le invia il figlio, in quanto troppo occupata interiormente dai propri stati d'animo o esternamente da altri problemi contingenti: per il benessere del neonato è tuttavia necessario che ella interpreti correttamente i segnali che questi le invia, attribuendo loro un significato, senza incorrere nel rischio di interpretare in modo errato o distorto tali segnali, come risultato delle proprie esigenze o della proiezione di queste sul bambino.

La Ainsworth osserva il tipo di attaccamento alla madre da parte del piccolo, valutato con la metodologia da lei strutturata della Strange Situation (Ainsworth *et al.* 1978). È questa una procedura geniale, che può essere approssimativamente così descritta. Essa consiste nell'introdurre la diade madre-bambino in una stanza sperimentale adeguatamente all'uopo approntata, con la consegna di mettersi a interagire, giocando come se si fosse a casa propria.

Dopo qualche minuto una persona estranea si inserisce nelle interazioni e dopo ancora altri minuti la madre si allontana. Si osservano allora le reazioni del bimbo: può piangere, disperarsi, distrarsi, o restare abbastanza tranquillo. Dopo altri minuti la madre rientra e di nuovo vengono osservate le varie diverse reazioni del bimbo alla ricomparsa della madre: può accoglierla, calmarsi, o mostrare rabbia; oppure evitarla come se facesse finta di niente. La procedura si ripete per otto episodi.

Tramite tale strumento, si possono codificare i comportamenti del bimbo, classificandone i diversi stati, valutando tre pattern di attaccamento: A, B, C. Il tipo di attaccamento che il bimbo svilupperà dipende dalla qualità del legame che si è stabilito con i suoi caregivers rispondendo alle modalità di cura ricevute: a seconda di come i suoi bisogni potranno essere regolati, il bimbo potrà manifestare una modalità – stile – di attaccamento sicuro, o viceversa di tipo insicuro.

Le cure adeguate che provengono da un caregiver sensibile contribuiscono alla costituzione di un modello di *attaccamento* definito *sicuro* (tipo B), in cui due livelli di responsività materna – soddisfare i bisogni del bambino e nei tempi adeguati – operando in maniera integrata consentono al bambino di mantenere un senso di sicurezza quando si trova in situazioni di separazione. Un bimbo con una madre sensibile manifesta in genere uno stato affettivo positivo nell'interazione con lei, anche se può piagnucolare nelle brevi separazioni, mentre dopo separazioni più prolungate si lascia facilmente confortare, riprendendo a svolgere le sue consuete attività.

Abbiamo al contrario l'*attaccamento insicuro*: il bambino non ha sperimentato sicurezza in quanto non gli è stata data risposta adeguata e le cure non sono state appropriate all'espressione emozionale dei suoi bisogni cioè alle sue richieste. Le cure possono essere adeguate ma non giungono sempre nei modi e nei tempi necessari alla soddisfazione dei bisogni del bimbo; la madre può anche essere accessibile ma incoerente nelle sue responsività, o poco rispondente alle richieste di vicinanza e contatto. Se questo persiste, il bimbo può esprimere ansia, irritazione, rabbia, e quando la madre risponde, può comportarsi in modo da presentare difficoltà a calmarsi. In ogni caso si struttura nel bimbo uno stato di ansia, che si manifesta nelle separazioni, avvertite come pericolo. In queste condizioni si strutturano le forme dell'attaccamento *insicuro-ambivalente* (tipo C).

Con una madre costantemente poco sensibile si struttura nel bimbo un tipo di *attaccamento insicuro-evitante* (tipo A): le cure materne non giungono, né quando giungono sono adeguate ai bisogni, e neppure nei tempi necessari al bimbo; la madre è talora inaccessibile, non responsiva o assai poco responsiva o responsiva in modo inappropriato. Se la situazione è contenuta, i bimbi si comportano in modo abbastanza simile ai bambini ansiosi-ambivalenti, ma se la situazione di mancanza o inappropriatezza della comunicazione è intensa e/o prolungata, sviluppano uno stile di attaccamento detto «evitante». Essi imparano a fare a meno della madre, ma in tal modo si struttura in loro un'incapacità di avvertire le emozioni, sia proprie, sia quelle che si sviluppano nelle relazioni. È questo un fondamento dell'alessitimia. Nella situazione sperimentale della Strange Situation questi bimbi nel momento della separazione mostrano poca difficoltà e al ritorno della madre la evitano, invece che ricercarne la vicinanza. È come se si fossero rassegnati a «non vedere soddisfatti i propri bisogni»: l'evitamento è una modalità difensiva, come se si negasse il disagio della separazione. Un tale stile di evitamento si sviluppa anche a seguito di eventuali prolungati periodi di separazioni del bimbo dalla madre.

Spesso le madri dei bimbi insicuri-evitanti si rivelano come rifiutanti, arrabbiate in modo esplicito o più spesso mascherato, talora con un'avversione al contatto corporeo, soprattutto quando il bimbo mostra una richiesta maggiore di vicinanza: il bimbo è sottoposto a un grave conflitto tutte le volte che ha maggiori esigenze della vicinanza della madre, perché teme di ricevere un rifiuto. In questi casi il bambino tende a sviluppare le strategie alternative, come quelle di distanziamento e dell'inibizione dell'espressione emotiva, quasi per ridurre l'indisponibilità della figura di attaccamento. La strategia evitante può diventare col tempo un meccanismo anticipatorio, che sposta l'attenzione del bambino da situazioni in grado di attivare l'attaccamento, verso oggetti inanimati, per esempio i giocattoli. Di fronte all'incapacità del genitore di essere adeguatamente responsivo, è questo l'unico modo per mantenere un'organizzazione flessibile del comportamento e una vicinanza accettabile con il caregiver (Main, Weston 1981).

I diversi stili di regolazione emozionale tendono a perdurare pur modificandosi nel tempo, influenzando l'adattamento sociale nelle varie fasi evolutive. Perché un individuo raggiunga un'adeguata capacità di «comunicazione intrapsichica» con se stesso è fattore determinante il riconoscere le proprie emozioni: questo lo si ap-

prende nella trasmissione delle prime modalità relazionali di attaccamento. Tale capacità appare profondamente influenzata dal tipo di «accessibilità» emotiva che il genitore manifesta, spesso a sua volta collegata alle figure di attaccamento del corso della propria pregressa storia infantile. Il bambino che si rivela evitante ha imparato ad attutire, negare le emozioni, e pertanto non ha potuto imparare ad avvertirle. Sarà tendenzialmente un individuo alessitimico, e a sua volta un genitore poco sensibile e distanziante, producendo a sua volta figli che con molta probabilità saranno alessitimici.

I pattern di attaccamento sono considerati come specifici stili di comunicazione e regolazione emotiva (Cassidy 1994) che il bambino costruisce in relazione alle figure di attaccamento adattandosi al grado di disponibilità emotiva dimostrata da queste ultime. L'attaccamento sicuro corrisponde alla capacità del bambino di comunicare apertamente ogni emozione, positiva e negativa, a un caregiver percepito come emotivamente disponibile. Il bambino impara così a gestire le emozioni. L'attaccamento insicuro evitante invece, comportando una rilevante riduzione dell'espressione delle emozioni, positive e negative, per prevenire rifiuti da parte di un caregiver sperimentato come non responsivo, non permette al bimbo di imparare a gestire ed esprimere liberamente le proprie emozioni. Nel bambino infine con attaccamento ansioso-ambivalente viene enfatizzata soprattutto l'espressione di emozioni di segno negativo, finalizzate ad attivare e mobilitare l'attenzione di un caregiver altrimenti poco disponibile. Il bambino si è trovato a sperimentare situazioni stressanti, cioè pericolose per la sua sicurezza, e impara così a gestire le relative emozioni in modo più o meno clamoroso, per ottenere quello che ha sperimentato a volte avvenire ma altre volte non accadere, cioè la cura e l'attenzione della madre.

Un discorso più complesso riguarda un'altra modalità di attaccamento inadeguato, quello disorganizzato (Main, Solomon 1986), dovuto a cure incoerenti e molto inadeguate: nel bimbo sono presenti comportamenti contraddittori, stereotipie, movimenti asimmetrici, congelamento o immobilità nella riunione col caregiver. In questi casi l'espressione comportamentale appare assolutamente priva di uno scopo osservabile, di una motivazione intenzionale o della possibilità di realizzare un comportamento finalizzato: rappresenta una rottura delle strategie organizzate per affrontare lo stress e regolare lo stato emotivo (Main, Hesse 1992). Le conseguenze a lungo termine di questa rottura della strategia di regola-

zione affettiva si presentano in quello che viene definito attaccamento disorganizzato: una difficile gestione di ogni situazione di stress e di emozioni negative (attestate anche dalla presenza perdurante di elevati livelli di cortisolo nella saliva e dall'aumento della frequenza dei battiti cardiaci, ben oltre il tempo di esposizione allo stress: Van Ijzendoorn, Schuengel, Bakermans-Kranenburg 1999). Questo tipo di attaccamento è foriero di disordini psichici dell'adulto: bambini con attaccamento disorganizzato sono spesso candidati a diventare dei border.

Le situazioni che possono condurre a un'insensibilità materna sono diverse: se una madre nella sua vita non ha potuto stabilire legami di attaccamento sicuro, difficilmente potrà rispondere al suo bimbo con modalità di cura tali da sollecitare in lui un attaccamento di tipo sicuro (Bowlby 1973). Se nell'infanzia una madre ha sviluppato nei confronti dei propri genitori un attaccamento di tipo ansioso, le richieste del bimbo le possono sembrare poco decifrabili, o eccessive, e potrà ritardare a rispondere, o non rispondere con cure adeguate, oppure inquietarsi alle sue richieste; questa modalità di attaccamento ansioso può essere tramandata dal genitore al figlio e da una generazione all'altra. Diversi studi hanno evidenziato una correlazione tra i dati raccolti con la Adult Attachment Interview (George, Kaplan, Main 1985) somministrata ai genitori e i risultati alla Strange Situation somministrata ai loro figli (Main, Kaplan, Cassidy 1985): sofferenze o lutti irrisolti della madre, derivanti da esperienze infantili con la propria madre, influiscono nella relazione con il figlio; in particolare la mancata responsività o una responsività non adeguata della madre nell'interazione con il bimbo ha origine in genere da separazioni traumatiche irrisolte, subite nella propria vita, con perdita delle proprie figure di attaccamento.

5.4. UNO STRUMENTO PER VALUTARE LA «SENSIBILITÀ» E LA QUALITÀ DELLE «CURE MATERNE»: IL CARE-INDEX

Loredana Cena, Antonio Imbasciati

Una modalità per valutare la qualità delle cure materne è stata quella di sviluppare il costrutto di sensibilità del caregiver. Uno strumento su questa base per valutare la qualità dell'interazione diadica è il Child-Adult Relationship Experimental Index (CARE-Index) di Patricia Crittenden (1988, 1994), una procedura di videosservazione, applicabile dalla nascita fino ai 36 mesi.

Questo strumento si colloca nel quadro teorico della teoria dell'attaccamento e valuta i comportamenti che si manifestano nelle interazioni tra genitore e bambino e il modo con cui tra di loro sono funzionalmente collegati. La procedura del CARE-Index prende in considerazione indicatori quali la sensibilità, espressione della qualità delle cure genitoriali, e la cooperazione del bimbo. Lo strumento consente di effettuare screening precoci per individuare situazioni di rischio e di cure genitoriali non adeguate, o addirittura dannose per lo sviluppo del bambino (Cena, Imbasciati 2009).

La Crittenden considera i costrutti della Ainsworth sulla qualità dell'attaccamento (gli «stili») confrontandoli con lo specifico concetto, che ella sviluppa, di «responsività sensibile»: il CARE-Index prende in considerazione le funzioni che caratterizzano il comportamento di una persona che si prende cura di un bimbo in modo sensibile e responsivo. La procedura, seguita in video-osservazione, è costituita da una sequenza di interazioni di gioco libero tra un caregiver e un bambino, che ha la caratteristica di poter essere utilizzata non soltanto con le madri, ma anche con i padri, sin dalla nascita del bimbo, in ambiente naturale, o in un laboratorio, in condizioni non minacciose; la sua durata può variare dai tre ai cinque minuti.

Lo strumento valuta «caratteristiche diadiche associate all'attaccamento» (Crittenden 2004): il costrutto principale considera la sensibilità e la responsività del caregiver ai segnali del bambino, attorno ai quali viene strutturato un sistema di codifica. La sensibilità, anche se può sembrare una peculiarità individuale, non viene valutata a livello individuale, ma è considerata un «costrutto diadico», valutabile all'interno di una specifica relazione. Nelle interazioni viene osservato come sensibile ogni comportamento adulto che

evidenzi uno stato di benessere e piacere nel bambino, con una riduzione del suo stato di disagio. Un caregiver è considerato tanto più sensibile quanto più riesce a rispondere in modo adeguato alle «specifiche caratteristiche individuali di quel bambino».

Le videosservazioni vengono codificate seguendo una procedura precisa e dettagliata, che può venire condotta solo da codificatori esperti, formati attraverso percorsi rigorosi di un addestramento controllato da un gruppo scientifico internazionale di formatori e dalla Crittenden stessa. Il percorso prevede che il formando debba aver conseguito evidenze statistiche di attendibilità.

La procedura di codifica prende in considerazione un periodo dello sviluppo dell'infante abbastanza ampio, da 0 a 36 mesi, e pertanto i codificatori devono tener conto dei diversi aspetti e caratteristiche dei processi evolutivi e psichici del bambino, con le loro caratteristiche a seconda dell'età del soggetto: dalla nascita ai tre mesi di vita, l'attenzione va rivolta alla sincronia fisiologica della diade, specialmente alla capacità dell'adulto di prestare conforto e benessere al neonato, mantenendo un adeguato livello di attivazione nel bambino. Dai tre ai nove mesi vengono osservate attentamente le modalità con cui nella diade si struttura la successione dei turni interattivi e la qualità dello stato di benessere e di piacere espressa dal bimbo. Dopo i nove mesi, fino ai quindici, si rileva soprattutto la qualità del gioco condiviso che si configura attraverso sequenze organizzate. Nel periodo successivo dai quindici ai ventiquattro mesi, attenzione particolare viene riservata al gioco con gli oggetti e ai vari episodi di negoziazione sulle divergenze che possono animare le sequenze interattive nella diade; dopo i due anni di età nell'interazione è prevalente la mediazione linguistica del gioco e la negoziazione sia dei progetti, che delle divergenze dei desideri.

Gli aspetti della comunicazione non verbale e verbale che vengono analizzati e codificati durante l'interazione diadica sono sette: quattro sono relativi alle caratteristiche dello stato affettivo (espressione del volto, espressione verbale, posizione dei due membri della diade e contatto corporeo, qualità dello stato affettivo complessivo) durante l'interazione. Gli altri tre sono aspetti relativi alle scansioni temporali nella successione dei turni, al controllo e alla scelta dell'attività.

Di ogni comportamento viene considerata la «funzione» interpersonale (Crittenden 2008): ogni configurazione comportamentale viene codificata nel contesto del comportamento reciproco dell'al-

tro membro della diade, considerando tutte le informazioni, in relazione alla «funzione» che un determinato comportamento ha per quella determinata diade, nel contesto di quella specifica relazione.

Le scale con cui è stato costruito lo strumento sono tre per il caregiver e quattro per il bimbo. Le scale per l'adulto valutano la dimensione della sensibilità del caregiver, oppure il controllo e la non responsività. Il comportamento del bambino viene valutato attraverso quattro scale: cooperante, difficile, compulsivo, passivo (Cena, Imbasciati, Baldoni 2010: cap. 3). La fine individuazione delle sette scale permette di parametrare sinteticamente sia dimensioni materne che del bimbo e di correlarle, ottenendo in tal modo una dettagliata valutazione, quasi una «misura», della diade, che permette notevoli indicazioni diagnostiche e prognostiche.

Quando il neonato manifesta stati di disagio, con pianto e agitazione, la madre può rispondere prevalentemente con comportamenti volti ad alleviare il suo stato di disagio, oppure essere eccessivamente controllante, con cure eccessive che possono invece aumentare la sofferenza del bimbo. Ci sono madri che adottano modalità di conforto incostante, oppure utilizzano segnali affettivi positivi falsi, per esempio quando sono in collera, che diventano segnali confusivi per il bimbo, il quale a sua volta imparerà a inibire le manifestazioni di stati affettivi negativi per evitare le punizioni del genitore. È necessario identificare la vera funzione e il significato di una configurazione comportamentale, che può essere anche ingannevole, in quanto con la comunicazione esplicita il soggetto può fare uso di significanti positivi (sorrisi, carezze, baci) che in realtà sottendono ostilità: per esempio, lo stato affettivo controllante nell'adulto può essere caratterizzato da un'ostilità mascherata, attraverso un falso stato affettivo positivo, o una inibizione dello stato affettivo negativo e va pertanto considerato pseudosensibile.

Le madri classificate come sensibili rispondono prevalentemente con comportamenti volti ad alleviare lo stato di disagio del neonato: se la madre ogni volta che il neonato piange, arriva e risponde adeguatamente, è «prevedibilmente responsiva» (Crittenden 2008), e il neonato apprende che tra il suo stato di disagio e l'arrivo della madre c'è una relazione. Queste «contingenze prevedibili» nelle interazioni consentono al lattante di imparare molto presto cosa aspettarsi da se stesso e dal caregiver. Le madri possono sintonizzare (Stern 1985) i loro ritmi al livello di attivazione del bimbo, aiutandolo a passare dal pianto a un livello di quiete vigile, ad esempio prendendolo in braccio e cullandolo. Questi comportamenti ven-

gono definiti dalla Crittenden (2008) come stati «condivisi di attivazione» e sono un'importante modalità, che, se costante e regolare nell'interazione, consente ai neonati di sentirsi in sincronia con la propria madre e di sviluppare a un anno di età un attaccamento sicuro ed equilibrato.

Quando il caregiver manifesta una sensibilità molto bassa, «a rischio», il comportamento può essere prevedibile, ma non sarà in sincronia con il proprio neonato: se questi piange la madre non lo conforta, o arriva troppo tardi; oppure la sua attenzione è rivolta ad altre preoccupazioni e non si rende conto dei bisogni del lattante. Il neonato cresce imparando che non c'è risposta prevedibile alle sue azioni. Oppure i caregivers possono reagire allo stato di disagio manifestato dal proprio figlio attraverso maltrattamenti: quando il neonato piange si attivano in modo pronto ma aggressivo, prendendolo in braccio con modalità rabbiose e facendolo sentire ancora peggio. Il risultato è che il bimbo si agiterà ulteriormente e farà aumentare di conseguenza la stessa ansia materna, in un circuito che si autoalimenta pericolosamente. Una terza modalità di reazione è quella del caregiver che arriva prontamente e prevedibilmente, ma invece di tranquillizzare il bimbo negherà i suoi sentimenti attraverso risate e scherzi: il lattante si agiterà ancora di più, e questo renderà di conseguenza le madri sempre più inconsciamente spaventate e difensivamente sorridenti, nel tentativo di sdrammatizzare la situazione. I sentimenti negativi di entrambi i membri della diade si amplificheranno a vicenda (Crittenden 2008). Da queste contingenze i neonati possono apprendere che quando si sentono a disagio fanno ridere il caregiver: in realtà essi avvertono inconsapevolmente gli stati affettivi sottesi e che i propri stati affettivi negativi sollecitano nel genitore altri stati affettivi negativi per lui intollerabili. Quello che i neonati possono fare in questi casi, e che si imprime nella loro maturazione neurologica, è l'apprendere a inibire gli stati affettivi negativi. A un anno di età il bimbo svilupperà probabilmente un attaccamento insicuro-evitante.

Un altro gruppo di caregiver, che presenta una sensibilità «marginalmente adeguata», si attiva al pianto del proprio bimbo, ma in modo imprevedibile, rispondendo rapidamente, oppure ancora prima che il neonato abbia manifestato qualche segnale di disagio: il comportamento affettivo negativo dei bimbi viene rinforzato positivamente, ma in modo imprevedibile (Crittenden 2008). Le manifestazioni affettive negative restano attive ad alti livelli di intensità, creando disagio ai bimbi e ai genitori, che non sanno come regola-

re i loro comportamenti: non riescono a comunicare in modo reciproco, né a inibire gli stati affettivi negativi, del bimbo e propri, e vengono attivati da stati affettivi negativi misti del bimbo, come paura, rabbia, e insieme desiderio di conforto, che non riescono a controllare. I bambini in questo caso sono portati ad apprendere che i loro comportamenti ricevono risposte ambivalenti, e tenderanno a manifestare, dopo la prima infanzia, un attaccamento insicuro-ambivalente.

I caregivers i cui figli presentano una configurazione di attaccamento di tipo sicuro, svolgono una funzione protettiva, che consente ai bimbi di crescere in situazioni di sicurezza e benessere. I genitori i cui figli svilupperanno configurazioni di attaccamento di tipo insicuro-evitante, tendono a trascurare i bisogni dei propri neonati, sopraffatti dai propri bisogni e proteggono se stessi, non i loro bambini; oppure sono genitori ipervigili e iperesigenti, che puniscono in qualche modo le richieste dei lattanti, talora con molta severità, fino al maltrattamento, in quanto non tollerano la sofferenza e vorrebbero bambini sempre felici.

I genitori dei bimbi che svilupperanno un attaccamento di tipo insicuro-ambivalente manifestano verso i loro neonati livelli medi di responsività sensibile: sono sempre troppo vigili in assenza di segnali, oppure sono iperattivi o troppo poco responsivi, ma non maltrattano i figli. I neonati sono molto attivati e manifestano spesso disturbi della regolazione, come i disturbi del sonno, dell'alimentazione, dell'attenzione.

Strumenti per valutare la qualità delle cure materne, o meglio per valutare l'adeguatezza della diade madre/bambino a un buon sviluppo del piccolo, anzi, visti gli effetti transgenerazionali, del futuro individuo, ve ne sono molti: in questa sede abbiamo scelto di descrivere uno dei più recenti. Un'applicazione generalizzata, in uno screening su tutta la popolazione, oltre ad avere di per sé un effetto terapeutico aiutando comunque tutte le famiglie per un miglior accudimento, può individuare quelle a rischio, onde prevenire future devianze e patologie. Conclusivamente potremmo pertanto auspicare una promozione della cultura sanitaria in questa direzione e sottolineare un'adeguata formazione per tutti gli operatori della nascita. Solo in tal modo i nostri servizi potranno svolgere un'adeguata assistenza alle gestanti e alle madri: l'impresa varrebbe la pena di importanti investimenti, poiché si tratta di puntare preventivamente sulla qualità dello sviluppo dell'infanzia e sul destino dei futuri individui.

CAPITOLO 6

DOLORE NEL PARTO E QUALITÀ DI ACCUDIMENTO

Antonio **Imbasciati**, Francesca **Dabrassi**

6.1. PERCEZIONE O EFFETTO SOMATICO DI UNA EMOZIONE?

Antonio Imbasciati, Francesca Dabrassi

Un esempio perspicuo di come l'area ostetrica sia stata arena per il dibattito sugli effetti delle cure materne e il delinearsi di una Psicologia Clinica Perinatale quale ricerca per l'attuazione di un'assistenza migliore per prevenire rischi di future psicopatologie e garantire al meglio lo sviluppo psichico e psicosomatico del bimbo, è stata la questione dell'utilità o del disturbo che il dolore da parto reca alla madre nei confronti dell'accudimento primario che ella potrà avere per il neonato. Poiché la qualità dell'accudimento è matrice dello sviluppo del bambino e questo del futuro individuo, logico e di rilievo è interrogarsi se e come le vicende del parto possano condizionarli: dibattito particolare verte sull'esperienza dolorosa del parto e su come questa possa condizionare la puerpera nell'accudimento del piccolo.

Da quando il parto è stato medicalizzato si è discusso su quanto e quando e come alleviare il dolore della donna. Il dibattito può essere collocato lungo un continuum: a un estremo i sostenitori della «naturalità» del dolore e quindi dell'opportunità di non somministrare analgesici o comunque di limitarli, dall'altro estremo i sostenitori dell'utilità e quindi dell'opportunità di ogni pratica analgesica. In tale dibattito si è inserita la questione dell'epidurale e del cesareo, centro quest'ultimo di attenzione sociale, dato che l'Italia è qui in testa a tutti i paesi europei come numero di cesarei (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007). In questo dibattito si mischiano propensioni ideologiche: da un lato una tradizione che si appoggia alle camuffate trasformazioni del detto biblico «partorirai con do-

lore», nonché al fatto, reale, che alcune donne possono partorire con estrema facilità e con un dolore sopportabilissimo (soprattutto in passato nelle nostre campagne e attualmente in paesi extraeuropei), e che quindi il dolore nel parto è questione «psicologica», come tale da molti ritenuta trascurabile e comunque creduta sopportabile da tutte le donne, visto che per alcune il dolore appare modesto, dall'altro una posizione scientista, medicalista a oltranza, che si appoggia sul fatto, reale, che molte donne hanno complicanze ostetriche imputabili al dolore, spesso molto temuto, che scompiglia il loro adattamento all'evento e le stesse funzioni fisiologiche.

Una base della dibattuta questione riguarda la valutazione, possibilmente obiettiva, del dolore e la sua genesi psicofisiologica: è il dolore una percezione, in senso proprio, sensoriale, implicante un'obiettività misurabile in base allo stimolo, oppure esso è effetto elaborato soltanto a livello centrale (psichico) a seguito di un evento neurale di natura emozionale?

Il dolore viene di solito considerato una percezione: si parla di nocicezione, come dispositivo naturale per difenderci da agenti lesivi sul nostro corpo e si parla di «stimolo» doloroso, così come si considera stimolo per le altre percezioni l'evento fisico particolare che specificamente «stimola», cioè mette in attività, uno specifico apparato recettore. Abbiamo così stimoli luminosi per la retina, stimoli sonori per la coclea, stimoli vestibolari (movimento e posizione nello spazio) per il relativo apparato labirintico e ancora stimoli tattili, propriocettivi, motori, termici, olfattivi, gustativi. Il nostro organismo possiede apparati recettori periferici specificamente strutturati sì da raccogliere ognuno determinate variazioni fisico-chimiche che «stimolano», cioè innescano nel recettore treni di impulsi neurali che verranno poi elaborati, per vie afferenti altrettanto specifiche, a successive stazioni neurali, fino a giungere alla corteccia, dove si può verificare quella elaborazione che ci dà la percezione cosciente di quella specifica sensorialità. Per ogni tipo di percezione la corrispondenza tra l'entità dello stimolo e l'effetto percettivo ha una minima variabilità interindividuale, cosicché di fronte a un disco rosso, e per un certo suono o rumore tutti lo sentono in modo pressoché uguale, o con minime variazioni interindividuali. Per alcune percezioni, come quella olfattiva e gustativa, la variabilità interindividuale aumenta. Per il dolore è massima.

Infatti lo stesso stimolo può provocare in alcune persone un dolore lieve, sopportabile, per altri un dolore più intenso. Ciò è do-

vuto al fatto che, pur esistendo recettori periferici (fibre libere, dispositivi spinali) considerati specifici, le stazioni neurali elaborative sono cospicue e soprattutto è maggiore l'elaborazione che le afferenze subiscono a livello centrale: questa avviene interessando soprattutto le zone cerebrali che altrimenti elaborano le emozioni. Ciò ha fatto sorgere l'interrogativo su quanto il dolore sia da considerarsi percezione, in senso stretto, e quanto coscienza percettiva (o similpercettiva) di emozione, o effetto somatico di una emozione, con relativa percezione secondaria.

Questo interrogativo diventa pregnante quando il dolore percepito non riguarda la superficie del corpo, ma il suo interno, soprattutto i visceri. Ancor più la domanda si presenta per il dolore da parto che, a seconda della donna e anche nella stessa donna a seconda delle circostanze, non solo ostetriche, ma affettivo-sociali-ambientali, può essere lievissimo (in qualche caso), o comunque sopportabile, e in altre invece di grossa intensità. Alcuni autori considerano pertanto il dolore nel parto come l'effetto somatico di un insieme di emozioni (De Benedittis 2000; Imbasciati, Dabrassi 2009, 2010a, b). In ogni caso la pregnanza del dolore nella maggioranza dei parti, nonché le sue possibili conseguenze, ostetriche e psichiche, ne ha imposto una valutazione.

Si dice che «si percepisce» dolore, e comunemente si attribuisce tale percezione a uno qualche stimolo esterno, detto appunto dolorifico. L'evento però non è semplice, come invece potrebbe essere per altre situazioni di percezione, per esempio visiva o auditiva. Come evento percettivo il dolore dovrebbe poter essere inquadrato nei dati che la ricerca psicologica sperimentale da tempo ci ha dato a conoscere nello studio di quell'evento mentale elementare e primario chiamato percezione. La percettologia, tuttavia, se ha dato i risultati chiari e ormai concordi per gli innumerevoli studi sulla percezione visiva, su quella auditiva e, in minor misura, su quella vestibolare e quella tattile-pressoria-propriocettiva, su altre sensorialità ha lasciato, per ora, interrogativi: per esempio per quella olfattiva, quella gustativa e ancor più per quella dolorifica. Questa, in quanto segnale biologico di pericolo, anche se solo previsto, desta allarme, e pertanto innesca un lavoro cerebrale di portata globale, cosicché oltre che parlare di percezione in senso stretto, occorre considerare quanto possiamo chiamare «valutazione cognitiva», sia quando una nocicezione sia in atto, sia quando sia prevista, o anche solo temuta. Tutto ciò significa coinvolgimento del cervello pressoché in toto, cosicché difficile è indi-

viduare una percezione «pura» anche quando si tratti di un'afferenza di stimoli nocicettivi.

Sappiamo inoltre come un'elaborazione cerebrale possa dare origine a una percezione dolorosa somatica, anche localizzata, in assenza di qualunque stimolo, come per esempio nelle manifestazioni ipocondriache. Un risultato similpercettivo si ha dunque anche quando ci sono soltanto processi immaginativi, o anche processi comunque di tipo emotivo senza che vi sia coscienza di essi. L'ipocondriaco sente davvero dolore: e soltanto dolore e non consapevolezza di altri suoi processi mentali. Si potrebbe pertanto rianimare, per il dolore, la diatriba che negli anni Sessanta contrappose percettologi innatisti (gestaltisti) a percettologi empiristi (transazionalisti) circa la possibilità di separare una percezione «pura» da «processi associativi» dovuti all'esperienza (Musatti 1958; Kanisza 1961). Si può dunque affermare che non è possibile isolare una percezione dolorosa da altri concomitanti e convergenti processi di pensiero che la determinano. In realtà per qualunque percezione, anche per quelle più classicamente studiate, seppur in misura minore rispetto a quella del dolore, non è possibile isolare una «percezione pura» da altri processi associati, o «associativi», cioè da altri processi mentali (Imbasciati 1986). La stessa percezione è un processo mentale a pieno titolo (Ancona 1970), recante comunque un significato che riflette l'esperienza. La percezione «pura» sarebbe un artefatto di laboratorio (Musatti 1964).

Se dunque tale indissolubilità tra pensiero e percezione viene considerata anche per percezioni, per esempio quelle visive, che appaiono dipendere solo dalla fisicità di quanto percepito e dalla struttura biologica dell'apparato recettore, cioè secondo un semplice schema stimolo-risposta, a maggior ragione tutto ciò dobbiamo considerare per il dolore. Anche nel senso comune è noto come il dolore sia percepito più o meno intensamente a seconda della soggettività di un individuo. Il coinvolgimento delle strutture elaborative centrali sulle afferenze rende il risultato percettivo, quale compare nella coscienza, soggetto a innumerevoli fattori psichici globali, strutturali, relativi a tutto l'insieme degli stimoli circostanziali che in quel momento l'individuo riceve. Per le percezioni relative ai telerecettori classici (vista, udito), lo scarto tra previsione percettiva in base alla configurazione di stimoli e risultato percettivo nella coscienza del soggetto è minimo. Per altre percezioni sensoriali questo scarto aumenta, come per esempio nell'olfatto: massimamente dobbiamo dunque considerare questo scarto

per la percezione dolorifica. Ciò è appunto in relazione alla progressivamente maggiore elaborazione centrale (dunque psichica) sulle afferenze. Ne consegue un'enorme difficoltà a misurare il dolore con un grado di attendibilità pari o simile a quello che si può avere per altri eventi mentali.

6.2. IL DOLORE E LA SUA MISURA: «DA» PARTO O «NEL» PARTO?

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

Il dolore è dunque evento percettivo, ma con una pregnanza psichica globale di gran lunga maggiore rispetto ad altri eventi percettivi. Evento mentale a pieno titolo, dunque. La misura del dolore deve pertanto essere tarata sulla soggettività del soggetto: è dunque misura che compete squisitamente alla psicologia e di tutt'altro che facile rilievo. Una più diretta misura neurologica sulle elaborazioni centrali è d'altra parte per ora problematica. Per una misura psicologica occorrerebbe poter individuare e isolare i vari eventi psichici che costituiscono l'elaborazione centrale dell'afferenza e quantificare la loro influenza. La prospettiva è particolarmente complessa: non solo perché è tutt'altro che facile individuare i singoli processi psichici, e poi misurarli – processi come abbiamo visto della più ampia portata mnestico-strutturale – ma anche perché ciò che verrebbe rilevato deve essere tarato sulla capacità di coscienza del singolo in quel momento, nonché da quanto il soggetto è in grado di comunicare questo suo risultato cosciente con un linguaggio, verbale o altro linguaggio. Sappiamo quanto i risultati di tali ultimi processi comunicativi possano essere diversi da ciò che veramente accade nella mente del soggetto e nel suo lavoro neurale. Sappiamo quanto il risultato cosciente sia un epifenomeno di un lavoro neurologico molto esteso, e pertanto sappiamo quanto debole, labile e variabile sia il collegamento tra ciò che appare alla coscienza e quanto avviene inconsapevolmente nel soggetto; sappiamo quanto il cervello destro moduli il sinistro (Schore 2003a, b), dal cui lavoro compare qualche volta la coscienza, nonché quanto e come l'emisfero destro (ma anche il sinistro subordinatamente) si sia strutturato per esperienze, più che per la genetica, e come tale strutturazione sia tutt'altro che statica.

Da questi per ora ancor scarni dati neurologici discendono ancor più approssimate inferenze psicologiche: è l'emotività che modula la percezione, quella del dolore verosimilmente più di altre. Ma tale conclusione non ci illumina più di tanto: «emotività» è un'etichetta omnicomprensiva di una gran quantità di eventi neuromentali.

Si dice che il dolore è fisiologico: la genetica ha predisposto vie nervose specifiche (fasci spinali, dispositivo del «cancello») e apparati periferici di recezione altrettanto specifici (corpuscoli del Pacini, fibre libere). La nocicezione ha lo scopo di evitare i pericoli per la sopravvivenza. Ma quanto a tale «fisiologicità» si interseca la modulazione centrale operata dal singolo individuo in quel momento?

Difficile è dunque misurare il dolore: gli strumenti finora costruiti si basano esclusivamente su quanto il soggetto esprime, di ciò che sente coscientemente, e dipendono dalle sue capacità di comunicare ciò che sente, o che gli sembra di sentire. Per lo più ci si basa sulla sua verbalizzazione. Così abbiamo scale di misurazione che si basano soprattutto su autovalutazioni, spesso verbali, del soggetto.

Prima di parlare però di misura del dolore dobbiamo distinguere tra cosa intendiamo per «misura» (*measure*) e cosa per «valutazione» (*assessment*): con la prima ci riferiamo all'applicazione di un determinato strumento metrico a una specifica componente del dolore, di solito la sua percezione di intensità; la seconda implica invece un approccio multidimensionale del dolore e considera tutte le diverse componenti e le diverse interazioni relative all'esperienza dolorosa (De Benedittis *et al.* 1993). Come si può capire, è impossibile quantizzare con precisione questi fenomeni eminentemente soggettivi, così come non si può fare affidamento sull'esclusiva descrizione verbale del soggetto, ma sarà necessario tenere conto della multidimensionalità dell'esperienza. Nella scelta dello strumento di misurazione bisogna pertanto essere consapevoli che gli aspetti indagati sono già di partenza parziali e aleatori. Come dunque si può procedere? E qual è la prassi attuale?

La letteratura sulla misurazione o valutazione del dolore è vastissima: numerose scale sono state costruite, ognuna al centro di dibattiti, se non di critiche. In particolare sono stati costruiti strumenti per valutare il dolore nel parto, non sempre usati correttamente in ostetricia, spesso ritenendo che non siano necessarie specifiche competenze psicometriche e di metodologia psicologica. D'altra parte la misura del dolore costituisce un'acquisizione indispensabile per poter affrontare il problema oggi tanto dibattuto, spesso

rozzamente, sulle funzioni del dolore nel parto e sull'opportunità di interventi analgesici di varia modalità e incidenza. Date le premesse di cui sopra, la dizione spesso usata di «dolore da parto» risulta erronea: non è infatti l'evento parto in sé che provoca un determinato dolore, quanto invece un evento estremamente complesso e con enorme variabilità interindividuale che produce una percezione-valutazione altrettanto complessa e variabile. È dunque più corretto dire «dolore nel» parto o «per il» parto, piuttosto che «da parto»: siffatta ultima dizione correlerebbe arbitrariamente l'evento esterno, cioè lo stimolo e le relative afferenze, con il risultato percettivo. Con ciò la fisiologicità di questo dolore non viene affatto diminuita: come tutte le nocicezioni, questo dolore avverte di possibili pericoli, per la donna e il suo bambino, affinché la donna prenda tutte le precauzioni a lei accessibili.

D'altra parte la letteratura ha evidenziato come tale dolore, a parte la modalità con cui è percepito e vissuto, attivi processi neurormonali (ossitocina) che facilitano l'espulsione del feto. Il dolore pertanto, non solo avrebbe funzione di allarme, ma esso stesso si configurerebbe come utile. Ma la pratica clinica mostra che in molti casi il dolore è causa di complicanze ostetriche e fetali. Si dispiegano allora una serie di interrogativi, l'un l'altro concatenati:

- Come si misura il dolore? Esistono misure obiettive? O comunque attendibili per la clinica?
- In che misura è possibile individuare eventi neuropsichici neurali e/o eventi psichici (in modo sufficientemente definito e univoco) che lo modulano?
- È possibile e in che misura individuare alcuni dei suddetti eventi che giuochino in maniera rilevante nel parto?
- Quando e come è possibile una valutazione che il dolore complichi invece che facilitare la fisiologia del parto?
- Si può rilevare cosa avviene neurofisiologicamente nei vari casi in sede clinica un dolore viene valutato «troppo»?
- È possibile e in che misura individuare con strumenti delle scienze psicologiche processi psichici corrispondenti ai processi di cui a 2) e 3)?
- È possibile correlarli al punto 1?
- È possibile correlarli l'un l'altro e con eventi neurologici?
- Quando è opportuno intervenire sul dolore? Quali sistemi di

analgesia possono volta volta esser valutati come i più appropriati rispetto ai punti di cui sopra?

- Esistono e quali sono gli effetti sul neonato del dolore «fisiologico» quando viene sopportato dalla donna senza alcuna analgesia?
- Come variano questi effetti in relazione ai differenti interventi di analgesia?
- Quali i vantaggi e gli svantaggi dei vari tipi di analgesia sia nella donna sia sul piccolo, sia soprattutto per le loro successive relazioni? Tenuto conto che la qualità delle interazioni che costituiscono la relazione modulano psicosomaticamente lo sviluppo del bimbo e la salute stessa della donna.

6.3. COME VALUTARE IL DOLORE NEL PARTO

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

La scala di crescenti interrogativi come da noi elencati, traccia un percorso che la ricerca attuale deve ancora in gran parte percorrere. Ben si comprende il panorama enorme, spesso contraddittorio della letteratura sul parto: un mare di letteratura, non solo di tipo ostetrico-ginecologico, o infermieristico, o farmacologico, ma anche in relazione all'altrettanto mare di letteratura neurofisiologica sul dolore in generale, nonché a quella non meno vasta, ancorché meno nota in ambito sanitario, condotta in quest'area dalle scienze psicologiche, antropologiche, pedagogiche.

Una risposta corrente ai suddetti quesiti, globale ma a nostro avviso semplicistica, concerne la considerazione che molte donne temono il parto e il dolore: temono di non sopportarlo, o non lo sopportano, o realmente si prevede che non lo sopporterebbero. Questi stati soggettivi possono complicare il parto, con conseguenze per entrambi i protagonisti: di qui l'opportunità di intervenire. Sulla valutazione dell'opportunità, e della scelta del sistema analgesico, la letteratura non è semplice, né concorde; oltre che essere variegata e differenziata rispetto ai diversi sistemi di analgesia; e spesso influenzata da ideologie, o da una totale delega alla scelta della donna.

Non poche ricerche hanno rilevato una maggiore incidenza della depressione, o di stati depressivi post partum nelle donne con analgesia (Mimoun, Maggioni 2003; Hiltunen *et al.* 2004) e ri-

schi di deficit di sviluppo nel neonato (Sepkowski *et al.* 1992). Altre (Uvnäs-Moberg 1996; Riordan *et al.* 2000) rilevano difficoltà di allattamento, sia da parte della donna, sia da parte del neonato. Tali difficoltà deprivano la madre dell'effetto che lo stimolo della suzione del capezzolo da parte del neonato produce, non solo nell'incrementare la secrezione lattea, ma anche attraverso complessi e benefici effetti neuro-ormonali nella donna, che si riversano sul bimbo direttamente o indirettamente. Su quest'ultimo versante si stanno indagando gli effetti dell'epidurale. Da alcuni autori è stato riscontrato un ritardo evolutivo nel neonato (Murray *et al.* 1981; Sepkowski *et al.* 1992). Ciò ha fatto pensare che il dolore possa costituire un fattore che promuove nella madre l'accudimento del piccolo e di qui i noti benefici e quasi indispensabili effetti, psichici e psicosomatici (Hofer 1983a, b, 1984) che l'accudimento produce. L'accudimento dipende dalle capacità interattive della madre che possono essere depresse dall'epidurale. Discutibile però è che tale correlazione sia diretta, piuttosto che ipotizzare che l'epidurale incrementi oltre la misura fisiologica la normale depressione postpartum, e che questa deprima la qualità dell'accudimento; o ancora che tutto ciò dipenda da uno stato depressivo non rilevabile, intrinseco alla donna e antecedente, che avrebbe determinato la scelta stessa dell'epidurale da parte della donna. Non poche comunque sono le ricerche che convergono nel dimostrare che gran parte dei sistemi di intervento a effetto analgesico corrispondono a diminuite capacità della donna di promuovere, con le sue interazioni, lo sviluppo del neonato. Vi sono ricerche, però, che lo negano: il problema sta a nostro avviso in che cosa e come si «misura», secondo gli interrogativi di cui ai precedenti paragrafi.

Il dibattito sull'epidurale trova precedenti e continuazione in quello sul cesareo. Da più parti si deplora l'abuso di cesarei che si fa in Italia, ricordando che non poche ricerche mostrano come questo evento diminuisca le propensioni materne all'accudimento. Gli studi sugli animali mostrano con evidenza questa conseguenza: le ratte che hanno partorito con cesareo abbandonano i piccoli, o li uccidono. Similmente accade con altri animali. Altre forme di analgesia, come l'epidurale, diminuiscono i comportamenti materni delle femmine. Questo è stato posto in relazione con increzioni ormonali promosse dal dolore. Nel genere umano i rilievi sono molto più complicati e pertanto le conclusioni cui si giunge sono spesso contraddittorie. Tutta una corrente di ricerche (ma anche di opinioni ideologizzate) ha fatto e fa capo in Italia al movimen-

to inaugurato negli anni Ottanta da Ferruccio Miraglia, continuato nella politica promozionale di un parto demedicalizzato, quindi del tutto naturale, portato avanti dalla S.I.P.P.O. (Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica) e dalla rivista Nascere (Miraglia 1987, 1990; Farinet 1999; Battagliarin 1999; Boncinelli 1999; Regalia, Bestetti 2006). Altre ricerche invece affermano che nella specie umana l'analgesia non comporta nessun danno, mentre diminuirebbe i rischi per le donne.

Tali discordanze trovano a mio avviso una ragion d'essere nell'uso degli strumenti per i relativi rilievi sperimentali. Le dimensioni psichiche sono sempre difficili da individuare e valutare, e spesso passano inosservate, soprattutto quando lo sperimentatore non è sufficientemente competente nelle scienze psicologiche e fa un uso improprio degli strumenti. Di qui una certa letteratura ostetrico-ginecologica. Certamente qualunque fattore di tipo psichico, o sociale o anche ambientale può influire sulla paura del parto e di conseguenza sul dolore: ma quando? E quanto? E perché? Le ricerche sul problema della valutazione del dolore da parto (Waldenström, Bergman, Vasell 1996) sono tutt'altro che semplici e congruenti.

Qualunque dolore viene modulato in sede centrale e soprattutto corticale: le medesime afferenze possono essere differentemente elaborate a seconda di come funziona *in quel momento* tutta la corteccia. Il dolore, nella sua qualità e intensità, è stato definito come un'interpretazione delle afferenze da parte del cervello (Tiengo 2000).

Un rilievo che dà adito a molte riflessioni e che ha dato adito a discussioni è l'aver riscontrato correlazioni tra dolore e increzione di ossitocina, che sappiamo facilitare l'espulsione del neonato, e tra livelli di ossitocina e disponibilità e capacità della madre di un buon accudimento e a una buona relazione di bonding (Carter 1998; Klaus 1998; Kennell, Klaus 1998). Molte ricerche sugli animali mostrano come il comportamento materno sia mediato a questo ormone (Kendrik, Keverne, Baldwin 1987), anche se altri studi sugli animali non lo avrebbero riscontrato (Eyer 1992; Lamb 1983). D'altra parte aumento di increzione di ossitocina lo si è riscontrato nell'attrazione sessuale e nel piacere coitale (Imbasciati 2010c; Imbasciati, Buizza 2011), al punto che l'ossitocina viene da più parti denominata «ormone dell'amore». I suddetti rilievi sono dunque da tenere in conto nel valutare l'opportunità dell'analgesia nel parto, sia rispetto all'espletamento dello stesso, sia ancor più per il futu-

ro prossimo del neonato con la madre e del futuro remoto dell'individuo.

I dati a disposizione, sommati al perdurare di diverse tradizioni ostetriche, non permettono però allo stato attuale una consensuale convergenza nella valutazione del dolore nel parto e delle conseguenti opportunità di interventi analgesici.

Qualunque stato psichico può esaltare o diminuire il dolore, così come ogni altro evento, psichico interno, o anche esterno, può essere immesso e elaborato in questa «interpretazione neurologica» del dolore. Per esempio l'ipnosi può avere effetto analgesico. Analogamente nelle situazioni di pericolo il dolore è attutito o soppresso, per poi essere percepito postumo. Apprensione, paure preventive e altri stati emotivi invece lo esaltano. Le donne con grande apprensione per il dolore del parto sembrano percepirne alti livelli: è d'altra parte difficile distinguere una percezione del dolore in senso proprio dalla capacità maggiore o minore di sopportarlo e pertanto di denunciarlo. Le donne con struttura psichica «disturbata» sono soggette a percepire e lamentare un maggior dolore (Goldstein-Ferber, Feldmann 2005). D'altra parte sarebbe arbitrario (e spesso lo è) che un operatore imputasse la denuncia del dolore a una qualche fragilità psichica della donna. Peraltro sembra più accettabile e accertato che gli stati psichici che esaltano l'apprensione per il parto e il dolore che ne consegue, per esempio le paure, diminuiscono poi la capacità materna di interagire col bimbo e quindi di favorire il suo sviluppo (Goldstein-Ferber, Feldmann 2005). Le ricerche sulla «natura» del dolore da parto (Lowe 2002) non sono unanimi. D'altra parte i rilievi effettuati dalle varie ricerche su eventi psichici volta a volta denominati «paure», «apprensioni», «affetti», «emozioni»; così come «coraggio», «sicurezza», «tranquillità», «appoggio del partner e dell'entourage sociale», comportano termini spesso tratti dal senso comune che necessiterebbero di essere già precisamente e specificatamente delimitati e definiti dalle scienze psicologiche. Cosa non facile. Di qui, anche, le eventuali contraddizioni di risultati di ricerche che avrebbero dovuto essere comparabili.

Genericamente si può affermare che quasi tutti gli studi sono concordi nel rilevare che la paura del dolore e la conseguente percezione vengono condizionati, in senso positivo o negativo, da fattori psichici e sociali: così la soddisfazione di avere un bambino, la partecipazione alle decisioni degli operatori, la convinzione di poter controllare il dolore (Mc Crea, Wright 1999), la qualità del sup-

porto degli operatori come caregiver (Hodnett 2002), la qualità della relazione col partner, la sua presenza, nonché il supporto familiare e sociale, o l'ambiente più o meno accogliente, oltre che fattori di età, o etnici, culturali, socio-economici. Si tende in genere a dare molto rilievo alla competenza emotiva degli operatori quali caregiver per la donna: le loro capacità in proposito sembrerebbero un fondamentale fattore positivo. Tutta questa complessità rende non solo difficile ma anche aleatorio individuare con precisione consensuale i «fattori» che intervengono, nonché i loro effetti: riduzionista pertanto si presenta l'approccio di quelle ricerche che pretendono di catalogare nosograficamente i fattori psichici, o quelli ambientali, nonché i relativi effetti, anch'essi psichici, nell'intento di individuare corrispondenti tipi di intervento. Saisto (2001) per esempio ci offre al proposito un panorama tanto poderoso quanto a nostro avviso inutile.

Il fatto che gran parte dei fattori suaccennati possano essere considerati di ordine emotivo ha indotto alcuni autori a negare che il dolore sia una percezione, affermandone invece una definizione come emozione, coi relativi effetti somatici che vengono percepiti (De Benedittis 2000). Tale interpretazione è avvalorata dal fatto che le zone encefaliche in attività nel dolore sono in buona parte sovrapponibili a quelle che presiedono l'elaborazione delle emozioni. Riteniamo tuttavia che tale interpretazione contrasti col fatto che, mentre le emozioni nascono per elaborazione psichica e secondariamente hanno effetti somatici percettibili, il dolore, per lo meno quello nel parto, comporta afferenze, con relative vie nervose periferiche specifiche e relativi dispositivi recettori periferici altrettanto specifici.

Un problema preliminare per orientarsi nell'eterogenea letteratura e soprattutto per procedere a ricerche che abbiano un minimo di ordine pur contemplando il massimo numero dei numerosissimi fattori implicati nell'evento considerato, è acquisire una qualche pur sommaria conoscenza sui possibili motivi per cui tante donne temano il parto al punto tale da avere una paura del dolore che può condurre a un maggiore rischio ostetrico.

La vastità, la varietà, l'eterogeneità e talora la contraddittorietà della letteratura, psicologica e psichiatrica, talora ostetrica, nell'individuare e descrivere i fattori psichici, relazionali e socioambientali che accrescono o diminuiscono il dolore del parto, è comprensibile se si considerano quattro ordini di difficoltà che spesso impediscono che i risultati siano attendibili e costanti. Il primo riguarda

il fatto che, se già il dolore in sé in quanto stato percettivo è difficilmente separabile, come abbiamo sottolineato, da qualsiasi altro processo psichico, a maggior ragione ciò vale per il dolore nel parto che, riguardando un evento così centrale nell'esistenza umana quale la nascita, massicciamente coinvolge tutta la struttura psichica della donna, con il suo passato. Il secondo ordine di difficoltà concerne la sopportabilità del dolore, difficilmente separabile dalla precedente e che comunque può dipendere da una gran quantità di individualissime strutture psichiche e condizioni del loro funzionamento. Il terzo ordine concerne la difficoltà di isolare i «fattori psichici» con una nosografia consensuale: a seconda dell'approccio metodologico, per esempio psicoanalitico piuttosto che comportamentale, o sintomatologico-psichiatrico, i fattori possono essere assai differentemente individuati e pertanto offrire risultati diversi alla raccolta dei dati. Ricordiamo anche qui che la struttura mentale è strettamente individuale: nessuno ha un cervello uguale a un altro; né una mente uguale a quella di un altro (Imbasciati 2005; 2006a, b, 2008a). Quarto ordine di difficoltà riguarda la possibilità di costruire strumenti psicologici per le suddette misure che siano validi, attendibili e psicometricamente tarati o tarabili, come sopra descritto. In ogni caso, tralasciando la dimensione dell'attendibilità, quella della validità dipende dal terzo ordine di difficoltà qui descritto, quello cioè di individuare in che cosa consistano effettivamente i «fattori psichici», al di là di sommarie etichette tratte dal senso comune.

Molto spesso, soprattutto nella letteratura medica, vengono usati questionari che non rispondono alle caratteristiche effettive che un reattivo mentale deve avere: validità, attendibilità, sensibilità, economia. Frequentemente si fa un uso improprio del «questionario», ritenendolo un test mentale vero e proprio, anziché raccolta di dati non omogenei, non collegati tra di loro, spesso inficiati da incaute condizioni di somministrazione.

Le suddette difficoltà fanno preferire, a nostro avviso, un approccio clinico squisitamente descrittivo, anziché la sperimentazione, inevitabilmente praticata su fattori non unanimemente definiti e spesso con strumenti poco idonei. L'approccio «clinico» deve ovviamente riferirsi al senso che tale aggettivo ha in Psicologia Clinica, differente da quello che assume in medicina (Imbasciati 2008a). In questo approccio riteniamo fondamentale l'indagine sui processi interiori, inconsci, che stanno alla base della paura del parto. Qui l'approccio psicoanalitico, corroborato e orientato dal-

le ricerche sperimentali, sia pur esplorativamente parziali purché consone allo specifico approccio clinico descrittivo, può a nostro avviso fornire elementi preziosi, sia per impostare orientamenti di tipo terapeutico, sia ancor più per rilevare indici predittivi, sul bambino ancor più che riguardo alla donna. Non si può pertanto separare un'indagine sui fattori interiori riguardanti la paura del parto da una considerazione più generale della fantasmatica femminile a cominciare dalle sue origini, nella bambina (Imbasciati 1990), né si può questa separare dall'intreccio delle simbolizzazioni inconsce che legano la struttura psichica profonda della madre alle «cure materne» che nell'infanzia la strutturarono, né ancora da come tutto questo «mondo interno» della donna si riverbererà sulla qualità delle cure che ella intesserà con suo figlio e, ancor prima, a quanto a tal proposito ella durante la gestazione «fantasticherà» sulla nascita dei propri bambini. Di qui il parto.

6.4. LA FANTASMATICA FEMMINILE

Antonio Imbasciati, Francesca Dabrassi

Gran parte della letteratura di derivazione psicoanalitica collega la paura del parto alle vicende inconsce dello sviluppo psicosessuale femminile. Alcuni autori (Bydlowski 1997) affermano che gravidanza e parto sono eventi sessuali a pieno titolo, che comportano piacere insieme a dolore e che recano seco le angosce dell'incerto, le proibizioni infantili, le paure sessuali, spesso una negazione reattiva dei desideri sessuali e degli aspetti più manifesti della sessualità, con idealizzazione del prodotto del concepimento. In genere si è molto attinto alle descrizioni delle fantasie femminili infantili descritte dalle scuole neokleiniane (Imbasciati 1990).

La mente infantile è dominata dalla curiosità circa l'origine dei bambini, che si appunta sulle capacità materne, e del suo grembo in particolare. Questo comporterebbe, secondo le scuole kleiniane, un notevole movimento di invidia, dovuto alla frustrazione, propria del bimbo (anche maschio) di non poter avere le capacità materne. L'originaria invidia del seno diventa invidia del grembo materno. Questo si traduce in fantasie inconsce di attacco al grembo materno stesso, al legame della coppia genitoriale, e a qualunque altro «legame». Queste fantasie, o meglio «fantasmi», riguardano rap-

presentazioni informi e confuse – «oggetti interni»[1] – in cui si mescolano immagini di parti corporee diverse, proprie e altrui, senza distinzione tra i vari prodotti ed escreti del corpo, tra i vari orifizi di entrata e uscita, e altri più disparati elementi, esterni e interni, mnestici o attuali, o propri sentimenti, o i nascenti pensieri. Tutto ciò viene elaborato nella mente infantile con quelle complesse e alternanti metabolizzazioni, denominate posizione schizoparanoidea e viraggio depressivo (Imbasciati, Margiotta 2005: capp. 8, 19; Imbasciati, Margiotta 2008: cap. 5), attraverso le quali si metabolizzano intense angosce di colpa.

Nella situazione schizoparanoide, le angosce (colpa) per le fantasie aggressive, rivolte «all'oggetto buono primario» materno, e successivamente organizzatesi come *invidia* per le capacità procreative materne, suscitano paura di ritorsioni. La colpa diventa allora persecuzione: si formano fantasmi detti «seno cattivo», «pene cattivo», «vagina cattiva» (Imbasciati 1990), dove la bimba teme per i propri genitali e le proprie capacità procreative ritorsioni crudeli, così come crudelmente ella aveva attaccato in fantasia il seno e il grembo materno. Di qui la paura del parto come punizione: di un desiderio intriso di inconscia distruzione verso gli «oggetti buoni». Nella misura in cui è pregnante una metabolizzazione schizoparanoidea, l'angoscia di perdita diventa colpa e questa diventa persecuzione. La persecutorietà viene «evacuata» e proiettata sul parto. Un eventuale timore cosciente di tale evento, relativo a una certa aspettativa di dolore, si accresce in tal modo enormemente per i terrori inconsci di punizione, e direttamente si riversa nel soma: il dolore diventa maggiore.

Sappiamo peraltro, sempre seguendo il vertice di osservazione della metodologia psicoanalitica, che accanto al metabolismo della situazione schizoparanoidea, si sviluppa quello della posizione depressiva: in questo viraggio i fantasmi cattivi persecutori sono compensati dalla comparsa di immagini «riparatorie». L'angoscia di perdita, non più ribaltata in persecuzione, si anima di «riparazione»: all'odio succede amore (Klein, Riviere 1937) e la persecutorietà, con le paure proiettate nell'evento «parto», si attenua gradatamente. Il parto è esso stesso vissuto come atto riparatorio, come tale rassicurante. Ciò si traduce nel soma, in un depotenziamento nel do-

1. Per questa denominazione e per le altre che seguono nel paragrafo, si avverte il lettore che non si tratta di concetti generici, bensì di termini tecnici che si riferiscono a complessi e precisi concetti della letteratura scientifica; non essendo qui possibile riassumerli si rimanda alle opere indicate con le rispettive voci in bibliografia.

lore del parto, che viene vissuto come atto creativo, riparatorio nei confronti delle originarie fantasie distruttive rivolte alla madre.

Le due polarità del metabolismo mentale così descritte, che peraltro governano lo sviluppo mentale in toto e la genesi del pensiero (Bion 1962a, b, 1963, 1965, 1970), riferite al mondo fantasmatico psicosessuale che converge sul parto, si traducono in un continuum di angosciose e intense piuttosto che moderate o assenti paure, che possono sovrapporsi e rinforzare altre paure coscienti di origine culturale. Di qui deriverebbe la maggior o minor paura del parto e la correlata modulazione dell'intensità della percezione del dolore, nonché la capacità di sopportarlo.

La questione è ben più complessa di quanto qui possa essere detto: la letteratura psicoanalitica sullo sviluppo fantasmatico sessuale delle bambine e poi delle donne è quanto mai vasta (Imbasciati 1983a). Convergenza unanime è l'indicare la paura del parto come l'aspetto manifesto di una più inconscia paura di terribile punizione, spesso presentificata dal sentimento (inconsapevole) di aver concepito un mostro; il che si traduce nella paura cosciente di poter partorire un figlio malformato. Di qui altra componente nella genesi del dolore, e ancor più dell'incapacità di sopportarlo. In questo quadro la letteratura psicoanalitica offre una spiegazione del perché una presenza benevola, una figura di attaccamento positivo, un'assistenza empatica, un supporto affettivo familiare (partner in primo luogo purché esso personifichi un «oggetto buono») abbiano un effetto benefico nell'alleviare il dolore e nell'infondere capacità di poterlo sopportare. Questa presenza – e qui si chiama in causa la capacità di un'ostetrica di funzionare come caregiver – avrebbe un effetto rassicurante contro i fantasmi «cattivi» persecutori, e i conseguenti timori più o meno celati, incrementando nell'inconscio della donna la pregnanza degli «oggetti buoni» e il viraggio depressivo-riparatorio. Il parto allora, non più vissuto come pericolo di ritorsione punitiva di una propria invidia all'immagine materna, può assumere il connotato di un atto riparatorio di ogni eventuale colpa, e creativo: non semplicemente di una nuova vita, ma di amore. Ricordiamo qui come nella clinica neokleiniana la genesi di quanto a livello comune viene denominato amore emerga da un processo interiore inconscio di riparazione: riparazione verso gli «oggetti buoni» (Klein, Riviere 1937).

Tale riparazione non è semplicemente una fantasia inconscia rassicurante, ma ha una funzione strutturante, promuovendo le capacità della mente del soggetto (Imbasciati 1983a, b, 1990, 1998).

Pertanto nella gestante tale «riparazione» si traduce in un legame amorevole verso il nascituro e in un processo restaurativo verso se stessa, strutturante il Sé della donna; in altri termini in un amore verso se stessa-madre-con-la-propria-madre, verso il proprio partner, verso la coppia genitoriale che fu e quella che ora è. In questa prospettiva il bimbo e il parto stesso sono vissuti come eventi riparatori, recanti una rassicurazione che si potrebbe immaginare foriera di piacere. Alcuni autori hanno supposto un segreto piacere nel parto. In ogni caso una tale fantasmatica riparatoria può essere considerata come un fattore, per così dire, antidolorifico. Al contrario, una fantasmatica ancorata a un metabolismo psichico schizoparanoide non potrà presumibilmente che configurare persecutoriamente il parto, come il compimento di un delitto e come punizione. Di qui, si arguisce, aumento di dolore.

6.5. IL PARTO NELLA PROSPETTIVA DELL'INFANT RESEARCH

Antonio Imbasciati, Francesca Dabrassi

Gli studi psicoanalitici sul mondo interno femminile si sono gradatamente spostati su come questo condizioni non solo il parto, ma l'intera relazione che la madre avrà col bimbo e come questa modulerà il di lui sviluppo. Tali studi si sono coniugati con quelli sull'attaccamento, nelle varie Scuole che si sono diramate da quella di Bowlby. Una gran messe di studi sperimentali ha indagato la relazione primaria gestante-madre/feto-neonato come matrice sia della salute della donna, sia del futuro sviluppo del bimbo. Si sono così aperte vastissime prospettive di studio, cliniche, teoriche e sperimentali che vanno sotto il nome di Infant Research (Imbasciati 2008b, c; Imbasciati, Cena 2008, 2009, 2010).

Le tecniche ecografiche hanno permesso di collegare questi studi a quelli sulla formazione e il funzionamento della mente fetale, mentre le tecniche di neuroimaging hanno permesso alle neuroscienze di esplorare le correlazioni tra lo sviluppo della mente fetale-neonatale e il funzionamento cerebrale della madre nel continuo «dialogo» non verbale col bimbo, sia in utero, sia ancor più neonato. Si è esplorata in particolare la «sintonizzazione» (affettiva e neurale), piuttosto che il suo contrario, nel dialogo madre-

bimbo, e i suoi effetti strutturanti nello sviluppo della mente infantile, verso un'ottimalità piuttosto che verso una patologia di tale sviluppo.

Mentre sul versante clinico si sono, con differenti approcci e setting diversi a seconda delle Scuole, affrontati e applicati interventi psicoterapeutici sulla coppia madre-neonato (talora sulla triade, col padre), su quello diagnostico si sono messe a punto precisi indici diagnostici, di rischio o di salute, circa il futuro della madre e del bambino.

Sul versante teorico si è inoltre chiarito un collegamento tra quanto accade tra gestante-madre e feto-neonato, e la struttura mentale (e neurale) della madre, con un diretto suo riferimento al proprio passato, di bambina coi proprio genitori. L'iter evolutivo di sviluppo si salda così di generazione in generazione. Come fattore favorente un buon sviluppo, piuttosto che di deficit e patologia, si è studiata la dimensione alessitimica, nella madre come nel bambino e in questi come futuro genitore.

L'intreccio di questi studi è stato schematizzato nella fig. 1 del par. 4.2. La letteratura in proposito è enorme (Imbasciati, Cena 2009, 2010). Sulla poliedricità di questi studi già in precedenti lavori abbiamo discusso (Imbasciati, Dabrassi 2009). Un punto che qui torniamo a sottolineare è che lo sviluppo neuro mentale del neonato procede per apprendimenti modulati dal tipo di relazionalità che si intesse con la madre, nel dialogo non verbale veicolato dalle interazioni madre-neonato. In questo quadro è stato chiarito il concetto di termini quanto mai abusati, quali quello di relazione, in primis, e di «cure materne» (Imbasciati 2008c; Imbasciati, Cena 2008, 2010; Imbasciati, Dabrassi 2009).

In questo quadro il parto è un nodo cruciale, non soltanto come evento che condiziona un'evoluzione della diade madre-bambino, quanto come punto di incontro della struttura mentale materna, col suo passato di bambina e il suo sviluppo psicosessuale (Imbasciati 1990), della sua relazione col partner e della nascente sua relazione col neonato: tale incontro contiene la prospettiva dello sviluppo neuropsichico e fisico (psicosomatico in particolare) del bimbo stesso; e da questi del futuro individuo. Le cosiddette cure materne ne sono matrice originaria. Questo punto di incontro è tutt'altro che teorico: esso si struttura nella memoria implicita[2] del-

2. I processi di memoria implicita riguardano l'insieme di acquisizioni nelle abilità (percettive, motorie e cognitive) o acquisizioni dovute a fenomeni di priming, condizionamento e abituazione che avvengono al di fuori della consapevolezza e si realizzano attraverso

le donne, sulla base della loro memoria implicita passata che ora si modula con l'esperienza attuale del parto. In quanto punto di incontro di destini relazionali tra passato e futuro, il parto può fungere da indicatore ed il relativo dolore da non trascurabile indice prognostico.

La capacità della madre di comprendere le proprie emozioni ha un'influenza fondamentale sui processi di regolazione emotiva nel suo bimbo, perché le permette di capire che cosa questi le trasmette e quindi di instaurare con lui un dialogo effettivo, anziché uno pseudo-dialogo, senza sintonizzazione, in cui i messaggi della madre non rispondono a quelli emessi dal bimbo in quanto questi la madre non li comprende, o comunque non possono essere assimilati dalle possibilità mentali del bimbo in quel momento.

L'incapacità della madre può tradursi in una assenza di dialogo, o in un dialogo rarefatto, come accade nelle madri depresse: ovvio che tale situazione produce un difetto di apprendimenti del bimbo; ma può anche consistere in un dialogo apparente, in realtà pseudo dialogo, senza comprensione e senza sintonizzazione che può essere intrusivo e sconvolgente nell'incipiente apparato mentale che si sta costruendo nel bimbo. L'effetto è patogeno. Per un buon dialogo, la madre deve poter contare sulle proprie capacità di rêvérie: tale termine, con relativo concetto, introdotto dall'opera di Bion per spiegare una funzione di mutamento psichico che avviene in analisi tra analista e analizzando, indica un funzionamento particolare della mente dell'analista simile a quello del sogno (di qui il nome), ma anche uguale, come i successivi studi hanno confermato, a quello di una buona mamma con suo neonato. Questo funzionamento comporta la capacità di capire, effettivamente, i messaggi non verbali del bambino e quindi di potergli «rispondere», con altrettanti messaggi non verbali, e in modo adeguato: tale risposta è l'adeguata «restituzione», al bimbo, delle capacità di comprensione materna, perché anch'egli le possa acquisire.

Questo tipo di funzionalità, che sul versante materno comporta quanto Fonagy ha individuato come funzione riflessiva, è essenziale per lo sviluppo emotivo (Sroufe 1996) e comunicativo del figlio, in quanto è la base del suo globale ulteriore sviluppo neuropsichico. Questo è connesso alla progressiva capacità, che egli appren-

processi di elaborazione dell'informazione, che si svolgono senza sosta nel funzionamento psichico, detti «processi in parallelo» (Bucci 1997). La memoria implicita non potrà mai essere coscientizzata.

de dalla madre, nel corso del primo anno di vita, relativamente alla modulazione delle emozioni che in lei e in se stesso ricorrono, e pertanto di esprimerle a sua volta adeguatamente alla madre nelle interazioni. È questa la «affect regulation», studiata sia sul versante psichico che su quello neurale (Schore 2003a, b) che è essenziale per una prima buona costituzione di un cervello efficiente: sappiamo oggi quanto questo interessi soprattutto il cervello destro e come questo venga a costruirsi nelle sue funzioni dalla qualità del dialogo con la madre: dialogo dei cervelli destri. Se non c'è sintonizzazione, abbiamo la «affect disregulation», con una conseguente strutturazione deficitaria, se non patologica, del cervello destro, e dunque dello sviluppo del bambino (Schore 2003a, b).

I rilievi che con varie metodologie possono essere raccolti in epoca gestazionale e fetale hanno pertanto un valore predittivo sui successivi sviluppi dell'unità madre-bambino, non solo per le condizioni psichiche della donna dopo la nascita, ma soprattutto per la qualità della sua relazione col figlio: si può dunque parlare di qualità strutturante o destrutturante delle «cure materne»; del dialogo o pseudodialogo che si dispiegherà, che genererà pertanto la qualità dello sviluppo psichico e psicosomatico (dunque anche fisico) del bimbo, e di qui del futuro individuo. Di qui il versante psicosomatico della Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati 1994b).

6.6. INDICI PREDITTIVI PER I FUTURI INDIVIDUI

Antonio Imbasciati, Francesca Dabrassi

Nel complesso quadro di interazioni strutturanti tra madre e fetoneonato, si presenta di sommo interesse clinico la possibile rilevazione di indici predittivi: circa il futuro della donna nel parto, nel puerperio e nelle cure materne come sopra intese, e ancor più circa ciò che ne consegue, a seconda delle qualità dei suddetti eventi, per il bimbo che diventerà una persona del futuro sociale della collettività, e che quivi porterà le strutture psichiche che si sono venute a costruire nel suo passato relazionale infantile; con queste egli a sua volta presterà le «cure materne» ai propri piccoli e questi dalla qualità di quelle saranno condizionati. Occorre in altri termini considerare un effetto a cascata, in una catena transgenerazionale (Imbasciati 2004a, b, 2008b, c). Il condizionamento che

le prime strutture psiconeurali esercitano nella strutturazione delle successive (Imbasciati 2003a, 2006a, b) rende pertanto rilevante una Psicologia Clinica Perinatale che monitorizzi tale sviluppo transgenerazionale. In una tale «osservazione monitorizzata» possono essere rilevati indici, positivi piuttosto che negativi, predittivi di questo sviluppo, cosicché possa essere al meglio impostata un'assistenza che ne garantisca la qualità, non solo cioè improntata a ovviare alle previsioni negative (indici di rischio per lo sviluppo), ma anche a migliorare comunque le condizioni; che ci possa cioè assicurare individui migliori. Lungo questo percorso ci sembra fondamentale il periodo relativo al parto-puerperio, in quanto questo può condizionare la qualità delle «cure materne».

Una rilevazione lungo tutto il percorso perinatale e oltre nello sviluppo infantile, e poi adulto e poi transgenerazionale, dovrebbe avvalersi di strutture assistenziali dotate di strumenti psicologici molto fini e applicati in tutta la popolazione: il che è impresa sociale auspicabile, quanto per ora difficile. Una rilevazione di difficoltà relativamente minore potrebbe essere realizzata se potessimo avvalerci di indici più appariscenti: quelli di ordine somatico. Visto che le vicende psichiche della gestazione, parto, puerperio, allattamento sono connesse psicosomaticamente alle vicende ostetriche usualmente registrate nei nostri servizi assistenziali, possono alcune di queste essere tenute in conto per estrarne indici predittivi?

Il dolore nel parto, che in questo quadro abbiamo descritto nei suoi collegamenti alla modulazione psichica, dipenderà dalla qualità della struttura psiconeurale della donna, con particolare riferimento al suo sviluppo psicosessuale, nonché da tutti i fattori, interpersonali e ambientali di cui è stato accennato che intervengono nel periodo perinatale corroborando piuttosto che destrutturando le capacità materne. Sia l'intensità della percezione dolorifica, sia la paura preventiva, sia anche le complicanze ostetriche, largamente anch'esse modulate se non determinate in via psicosomatica e al dolore connesse, potrebbero fungere come indici predittivi di come si sta sviluppando psichicamente la diade madre-feto-neonato e di qui la struttura psichica del bimbo[3]: sarà poi questa che condizionerà favorevolmente o sfavorevolmente l'elaborazione di ogni successiva esperienza che costituirà lo sviluppo di quel futuro

3. Una ricerca in atto tra la cattedra di Psicologia Clinica, quella di Scienze ostetriche e quella di Ostetricia e Ginecologia dell'Università degli studi di Brescia (Imbasciati, Della Vedova, Guana, Lojacono, Cena) sta effettuando un'indagine longitudinale su tali possibili correlati indici.

individuo. Nel quadro delineato può allora risaltare il peso sociale, a lungo termine, di un'assistenza perinatale che integri l'assistenza ostetrica e infermieristica coi contributi delle scienze psicologiche, nonché specificamente con un'assistenza specialistica di Psicologia Clinica. Questa, oltre che essere diretta alla diade madre-figlio (o alla triade col padre), ancor più potrebbe utilmente essere dedicata alla formazione permanente di tutti gli altri specialisti a contatto con gli eventi perinatali (Imbasciati, Margiotta 2005, 2008).

Quanto al dolore, viste le sue connessioni con molteplici stati psichici, e come questi dipendano dalle strutture neuropsichiche della memoria implicita della madre, sia quelle del suo passato, sia quella che si costituisce nella diade madre/feto-neonato, nonché considerate tutte le relazioni che si dipanano nel periodo perinatale e infine tutte le situazioni socio-ambientali-assistenziali del momento, esso potrebbe costituire un indice per il futuro sviluppo del neonato, del bimbo, del futuro individuo. Indice di ottimalità piuttosto che di rischio? Forse a seconda della più o meno intensa presenza di dolore – e già qui abbiamo visto le difficoltà di misura – ma soprattutto a seconda del suo significato. Qui sta il problema di una sua valutazione. Una «intensità del dolore» come attributo intrinseco del dolore da parto non esiste a nostro avviso.

Allo scopo di evidenziare la complessità dei diversi fattori che condizionano il dolore nel parto e delle sue connessioni per una valutazione nei confronti della qualità delle cure materne e dell'accudimento, nella prospettiva di enuclearne indici predittivi per il futuro individuo, abbiamo approntato la figura 4. Essa riassume visivamente gli intrecci tra strutture, processi e eventi psichici, e eventi esterni socio-relazionali nel concorrere al dolore nel parto e nella possibilità di assumere questo come indicatore prognostico individuale e transgenerazionale.

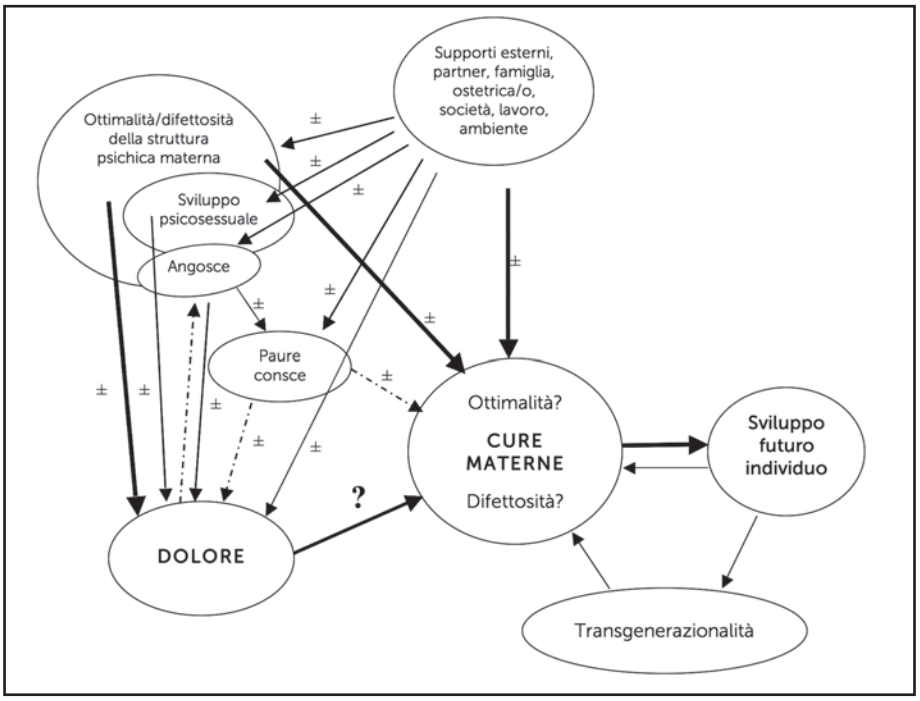


Fig. 4. Il collegamento tra dolore del parto e cure materne.
Le ellissi della parte superiore (e centrale) della figura indicano i fattori che concorrono, direttamente o indirettamente tra di loro intrecciandosi, a modulare il dolore nel parto e le cure materne. Il diverso spessore delle frecce, e la loro direzione, danno un'indicazione del peso con cui un fattore condizioni un altro e il senso di tale modulazione. Il segno ± apposto alla maggior parte dei collegamenti indica la possibilità di una modulazione in positivo piuttosto che in negativo nei confronti di un risultato finale ottimale, piuttosto che a rischio di patologie. Il collegamento tra dolore nel parto e cure materne, su cui è centrato lo schema, reca un grosso interrogativo, inerente a tutte le difficoltà di misura e valutazione descritte nel presente lavoro. Tale interrogativo è di massimo rilievo in quanto, come schematizzato nella parte destra in basso, la qualità delle cure materne modula lo sviluppo del futuro individuo e questo può trasmettersi transgenerazionalmente nell'ottimalità o difettosità-patologia delle cure materne verso le ulteriori generazioni. Si può così ipotizzare un circuito progressivamente migliorativo, così come invece un destino peggiorativo, per le future generazioni.

[Grafica a cura di Imbasciati, Dabrassi]

Il problema che se ne rileva è allora quello di una valutazione del dolore che sia specifica della Psicologia Clinica[4], con tutte le difficoltà di cui al primo paragrafo del presente capitolo. Poiché il dolore ha una funzione fisiologica, sia nel suo favorire per via ormonale l'espletamento del parto, sia come utile funzione di allarme, sia ancor più come fattore promuovente accudimento e cure materne, dovremmo concludere che la misura clinica ottimale sarebbe quella di lasciare che esso abbia il suo decorso e le sue funzioni. Tale conclusione, in realtà semplicistica, è spesso assunta come regola ideologizzata di alcune correnti d'opinione in ambito antropologico e ostetrico. Di qui la tendenza radicalmente contraria alle varie forme di analgesia e l'ideale di un parto «fisiologico puro».

Ma, come è risaputo, per gli esseri umani (soprattutto della nostra generazione) il dolore può costituire un evento molto negativo: di rischio allora? E pertanto di ostacolo al buon sviluppo? Dovremmo allora preventivamente favorire una forma di analgesia per così dire non eccessiva, come per esempio l'epidurale? Ma anche su questa esistono ricerche che ne mostrano effetti negativi[5]. Il dibattito è attuale. Inoltre, nei casi in cui il dolore verrebbe valutato come indice prognostico negativo, non è forse ingenuo supporre che abbassandone la soglia percettiva con mezzi farmacologici, la prognosi cambi? L'indice verrebbe in tal modo soltanto mascherato. Ciò vale soprattutto nella misura in cui la richiesta della donna, che sarebbe evento da far pensare al dolore vissuto come fatto negativo, viene a essere spuria: ovvero indotta dal costume, dalla prassi e dalla propensione dei servizi assistenziali, o talora dai consigli degli operatori ostetrici. In altri termini, il dolore può essere indice attendibile, nel bene e nel male, non per la sua percezione, tanto meno per l'espressione e la mentalizzazione che ne fa la donna nel comunicarla, bensì per quello che «sta dietro», dentro il lavoro psicosomatico della mente, ovvero del S.N.C. della donna. Si veda ancora la figura 4 in alto a sinistra.

4. La Psicologia Clinica si differenzia dalle scienze mediche in quanto è focalizzata sulla comprensione della singola persona, anziché sull'individuazione di quadri patognomonici precostituiti riconosciuti come specifici. Tale differenza è determinata obbligatoriamente dal fatto che mentre in medicina si ha a che fare con «malattie», per lo psichico disponiamo soltanto di «sindromi». Inoltre la cura in campo psicologico predilige un rapporto intersoggettivo, rispetto a un'azione «transitiva» dell'operatore all'utente (cfr. Imbasciati, Margiotta 2005, 2008), come accade invece in campo medico.

5. Si tratta di effetti simili, ancorché meno salienti, a quelli conseguenti al parto cesareo, molto evidenti negli animali, ma rilevati anche nell'uomo.

Il problema allora di una valutazione adeguata di questo dolore si dispiega nella sua complessità psicologico-clinica. Hanno gli operatori ostetrici e ostetrico-ginecologici le competenze per una tale valutazione? (vedi par. 6.1). Hanno i servizi dispositivi per rendere autentica l'eventuale richiesta della donna? Vi sono servizi integrativi specialisticamente psicologico-clinici (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007) idonei per un lavoro integrato che vada al di là della mera consulenza? Vi sono, infine, operatori di Psicologia Clinica Perinatale formati adeguatamente?

A questi interrogativi è affidato il nostro futuro. Viste le connessioni descritte, possiamo affermare senza retorica che potrebbe essere in gioco il futuro dell'umanità.

CAPITOLO 7

ALLATTAMENTO, COMUNICAZIONE, SVILUPPO

Antonio **Imbasciati**, Francesca **Dabrassi**

7.1. IL LATTANTE

Antonio Imbasciati, Francesca Dabrassi

L'allattamento è sempre stato considerato, nel panorama storico e sociale, un tema di grande attualità, soggetto a forti discussioni che risentono di pressioni provenienti dall'organizzazione sociale (abbiamo sempre più donne inserite nel mondo del lavoro), da questioni economiche (la presenza sul mercato di latte artificiale sempre più perfezionato in grado di rispondere alle esigenze di – e a sostituire? – una madre lavoratrice), da influenze ideologiche (se da un lato le correnti naturiste ed ecologiste insieme a quelle psicologiche sulle relazioni primarie sollecitano le donne ad allattare naturalmente, dall'altro un femminismo sempre più pressante richiede che le prime cure del neonato vengano sempre più condivise con la figura paterna).

La scoperta di un neonato «competente», capace di elaborare stimoli e di agire attivamente sul mondo circostante, ha indotto gli studiosi a cercare risposta ad antichi dibattiti quali il rapporto natura/esperienza, l'individuazione di periodi critici, l'importanza della ritmicità nello sviluppo di competenze cognitive e relazionali (Giovanelli 1997). In questo senso l'allattamento costituisce un tema di ricerca soprattutto per quanto concerne l'osservazione della ritmicità spontanea del neonato (la cosiddetta suzione non nutritiva), nonché del progressivo stabilizzarsi di ritmi reciproci tra madre e bambino e dell'evolversi di una struttura comunicativa nella diade (proto-dialogo). È proprio intorno all'alimentazione che si sviluppa uno degli assi d'interazione più precoci tra madre e bambino, su cui si appoggeranno alcuni stadi successivi.

Alla nascita il neonato presenta tutta una serie di competenze neurofisiologiche funzionali particolarmente ben sviluppate per quanto riguarda il comportamento di suzione: il riflesso dei punti cardinali insieme alla rotazione della testa, il riflesso di fuga, il riflesso di suzione e di deglutizione, i tentativi di prensione con le dita (*grasping*).

Si può notare come fin dalla nascita ogni neonato presenti differenze individuali: abbiamo bambini «voraci» ma anche «piccoli mangiatori»; quelli con un ritmo di suzione rapido, quasi senza pausa, e quelli con un ritmo di suzione lento e con molte pause; bambini che attendono con tranquillità l'arrivo del momento dell'allattamento e bambini che invece piangono e si agitano fortemente; quelli che succhiano con occhi aperti e quelli che lo fanno a occhi chiusi.

Ci sarebbe da domandarsi quale possa essere l'origine di tali differenze. Una spiegazione si potrebbe rintracciare nel tipo di relazione che si instaura tra madre-bambino che regola, già dalla seconda settimana di vita, il comportamento e la fisiologia stessa del bambino (Stern 1977a, b; Emde, Robinson 1979). Un bambino che ha molta fame, richiamerà con più forza la madre perché soddisfi il suo bisogno: a seconda di come questa risponderà alla sua richiesta – se lo farà subito, se deciderà di farlo attendere, se sarà contenta di poterlo allattare o se, invece, proverà sentimenti di scocciatura e di fastidio nel farlo, il bambino si appresterà al seno in modo diverso. Possiamo avere anche situazioni contrarie dove il bambino non ha fame, o comunque non richiede di essere allattato, ma la madre sente la necessità di farlo lo stesso, questo bambino verosimilmente presenterà un ritmo di suzione e di attaccamento al seno completamente diverso dal caso precedente e, forse, questa volta sarà il bambino a essere «scocciato» e a protestare.

Ma quando il bambino impara questi comportamenti? Sappiamo da Ianniruberto e Tajani (1981) che già a dodici-tredici settimane di gestazione un feto mostra i primi atti di suzione e deglutizione e che a quindici settimane lo si può osservare mentre introduce il pollice in bocca e inizia a succhiare. Inoltre, a quattordici settimane l'ingestione di liquido amniotico aumenta o diminuisce con la presenza di sostanze zuccherine piuttosto che amare, mostrando in questo modo una capacità di percezione gustativa precoce. Anche la capacità olfattiva è già sviluppata tra l'undicesima e la quindicesima settimana di gestazione: i neonati sono in grado di riconoscere gli stimoli olfattivi esperiti in epoca fetale e sono attratti dall'odore degli umori e del latte materno. Il riscontro di tutte queste espe-

rienze, che potremmo considerare come precursori di quelle esperienze che si hanno durante l'allattamento, presuppongono nel feto un'elaborazione a livello percettivo: egli è in grado di discriminare differenti configurazioni di stimoli, di registrarli a livello mnestico e, quindi, di riconoscere esperienze diverse. Sappiamo inoltre da molti studiosi (Imbasciati, Margiotta 2005) che le emozioni provate dalla madre durante il periodo di gravidanza comportano una ricaduta a livello di neurotrasmettitori e ormoni nel sistema circolatorio materno e in tutti gli altri parametri corporei, cambiamenti che si riscontrano essere percepiti dal feto.

Allora, se già dalla quindicesima settimana di gestazione un organismo fetale è in grado di fare esperienze dei cambiamenti umorali e corporei della madre, di avvertire i suoi cambiamenti di stato, ed è già in grado di succhiare (comportamento messo in atto non per soddisfare il bisogno di fame), verosimilmente possiamo pensare che quella relazione madre-bambino che osserviamo alla nascita, regolatrice dello stesso reciproco comportamento, abbia in realtà le sue radici già a livello fetale e sia l'esperienza che influenzerà il suo modo di proporsi nell'interazione dell'allattamento. Avremmo pertanto una risposta all'interrogativo postoci, circa le differenze riscontrate tra neonati. Infatti, se pensiamo che i primi apprendimenti (e quindi le prime esperienze) di un organismo fetale iniziano a strutturarsi già a partire dal terzo trimestre di gravidanza, quando lo sviluppo sensoriale e motorio è tale da permettere al feto di entrare in relazione con l'ambiente uterino e col corpo materno, forse possiamo far risalire tali differenze all'esperienza relazionale che avviene in utero.

7.2. ALIMENTAZIONE E CONTATTO CORPOREO COME PROTOTIPO DELLE INTERAZIONI UMANE

Antonio Imbasciati, Francesca Dabrassi

Il fatto che la suzione costituisca un bisogno in sé, non legato solo alla nutrizione, lo possiamo vedere non solo per il feto, ma anche per il bambino: è possibile notarlo soprattutto in quei lattanti che consumano troppo velocemente il loro pasto e che ricercano un modo di prolungare il tempo di suzione, o che portano alla bocca le proprie dita o altri oggetti. In effetti potremmo considerare

il momento dell'alimentazione il prototipo delle interazioni umane: esso non è costituito unicamente dalla suzione e dalla soddisfazione della fame, ma è caratterizzato anche da tutti quei contatti corporei, quelle parole o meglio suoni, quegli sguardi o dondolamenti materni che Winnicott (1989) raccoglie nel termine di «handling».

Nel manifestare i propri bisogni il neonato mostra tutta una serie di caratteristiche proprie, che in letteratura vengono definite tutte insieme con il termine «temperamento» e che attivano e regolano l'interazione con la madre: è in questo modo che comunica con lei e stessa cosa fa la madre nel momento in cui risponde (o meno) alle sue manifestazioni. Il bambino elabora le risposte, costituite da contatti, sguardi, suoni ecc., e «apprende» che cosa sta succedendo tra lui e la madre. È la capacità dell'adulto di entrare in relazione con il piccolo, di capire e dare significato alle sue comunicazioni, che configura la qualità della relazione entro la quale si forma e (forse) trasmette lo stile di attaccamento al bambino (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007).

L'allattamento al seno favorisce il cosiddetto «dialogo degli sguardi» che pare essere la situazione privilegiata per i primi apprendimenti (Manfredi, Imbasciati 2004). Sono stati studiati gli sguardi della mamma che allatta insieme ai movimenti degli occhi del neonato e si è visto come man mano si stabiliscono delle corrispondenze, quasi che ci fossero dei codici di comunicazione oculo-motori che hanno un qualche significato. Non è traducibile in parole il contenuto della comunicazione, ma è evidente che ciò che viene scambiato costituisce un apprendimento di significati, che nella memoria implicita caratterizzano la qualità della relazione.

Vediamo quindi come non vi siano solo i fattori che riguardano il lattante, ma anche attitudini e atteggiamenti che riguardano la madre: queste sono correlate, sì, al comportamento del bambino, alla sua capacità di apprendimento o adattamento alle nuove situazioni, ma dipendono anche dalle caratteristiche di personalità della mamma stessa, dall'esperienza vissuta in gravidanza e dall'atteggiamento (consapevole o meno) che ella ha rispetto al proprio ruolo materno.

Quando si dice che la gravidanza, il parto, l'allattamento e l'accudimento del piccolo mobilitano in una donna le sue strutture affettive inconsce, ciò significa che queste si riattivano e improntano il suo stile di accudimento trasmettendosi al bimbo che, a sua volta, le assimila usandole per la costruzione della propria mente. Un interrogativo di riflessione è costituito dal considerare come nel-

la struttura protomentale della donna si sia strutturato quell'«oggetto interno» chiamato «seno» dalla psicoanalisi. Questo «seno» è stato descritto dalla letteratura psicoanalitica classica, a cominciare dalla Scuola kleiniana, in termini di affetti: oggetto di affetti, positivi e negativi (aggressivi rabbiosi, primari o secondari a frustrazione a seconda degli autori), ovvero «buoni» e «cattivi». Si è indicato pertanto tale situazione interna parlando di «seno buono» e di «seno cattivo», in quanto, a seconda del tipo di affetti che si elaborano nella mente del bambino in relazione alle sue prime esperienze con la madre (dunque anche quella di un effettivo contatto di allattamento con la mammella reale) si configurano proiettivamente due differenti, e scissi, come disse la Klein, oggetti interni.

Il concetto di oggetto interno non è stato ritenuto essere una rappresentazione: la maggior parte degli analisti classici afferma che esso non debba ritenersi alcuna rappresentazione di oggetti reali, tanto meno della mammella reale. La Klein affermava (riduttivamente) che il bimbo scinde l'oggetto reale in due: seno buono e seno cattivo. In realtà il neonato non ha ancora imparato ad assemblare i vari ordini di afferenze (esterocezione piuttosto che enterocezione), e entrambe da propri residui mnestici (immagini, pensieri o proto-pensieri, stati affettivi) in modo da «percepire» un oggetto esterno reale così come appare agli adulti. Pertanto non «scinde», ma non ha ancora imparato a riunire, nel giusto modo, i vari tipi di afferenze esterne piuttosto che di stati corporei o interiori, in modo da elaborare, come nell'adulto, una percezione – in senso proprio – distinta da uno stato interiore, corporeo e/o affettivo (Imbasciati 1998). L'affermazione che l'oggetto interno non corrisponde a nessuna rappresentazione, quale sottolineata da molti autori psicoanalisti, proviene dall'aver considerato il concetto di rappresentazione in senso adulto, come rappresentazione di oggetti percepiti, senza tenere in conto che il neonato non ha ancora imparato a percepire; e senza aver presente che la percezione non è evento fisiologicamente semplice e automatico, ma presuppone una elaborazione, che deve essere appresa.

L'oggetto interno *rappresenta* però pur sempre un qualcosa di psichico, che serve allo sviluppo per ulteriori apprendimenti: è dunque una rappresentazione, in senso lato. Nei neonati i primi aggregati mentali, o meglio protomentali (che peraltro permangono nell'inconscio adulto) sono concepibili come rappresentazioni del tutto informi, confuse, con nessuna corrispondenza con og-

getti reali, eppur rappresentative di modi di iniziare la costruzione di ulteriori strutture mentali. Il fatto che gli analisti abbiano parlato di oggetti interni in termini esclusivamente affettivi (l'«oggetto interno è tale in quanto *investito* di affetti»), eludendo l'indagine su come potesse essere concepito in termini simil percettivi, dipende da un mancato aggiornamento degli studi percettologi come prodotti di elaborazione mentale al pari di affetti o di quanto si tramuterà in pensiero; e di come tutte queste funzioni debbano organizzarsi negli inizi della mente.

Una diversa concezione di quanto si indica come oggetto interno è tuttavia possibile, considerando i primi livelli di organizzazione protomentale (Imbasciati, Calorio 1981). Poiché l'esperienza essenziale e più pregnante del neonato è il contatto col corpo materno, e in particolare col seno, l'oggetto interno seno, intuito dalla Klein, può essere ridescritto come un insieme di tracce afferenziali, tattili, propriocettive, gustative, olfattive, termiche, vestibolari, motorie, viscerali e visive, che vengono assemblate o meglio conglobate in organizzazioni similpercettive incongrue rispetto a quanto avviene nell'adulto, del tutto assurde, confuse, irreali e non raffigurabili, ancorché rappresentative. Queste derivazioni sensoriali sono tra di loro fuse e confuse con gli stati interni, corporei e mentali, del neonato, a comporre un unico «qualcosa» di psichico, non scomponibile in differenti e distinte percezioni come avverrebbe invece in un adulto. Si parla così di *seno*: un seno che non ha niente a che fare con nessun tipo di seno reale, né nessun tipo di biberon, anche se questi sono intervenuti nella sua composizione (Imbasciati 1978, 2006b). Poiché un qualche «seno» inteso in senso concreto o esteso per generalizzazione è implicato nella formazione del primo oggetto interno, giustificato appare ancora la dizione kleiniana di oggetti «interno seno», considerandone però il procedimento particolare di assemblaggio delle afferenze esterne. Per le stesse ragioni può essere utile esaminare i collegamenti con la situazione concreta di un bambino che cerca e si attacca alla mammella.

L'interrogativo che al proposito può essere posto, parlando dell'allattamento da parte di una donna, conduce a una riflessione su quanto il seno descritto dalla psicoanalisi e ridescritto in termini di tracce afferenziali conglobate, possa fungere, a seconda di come si costituisca nell'infanzia delle diverse donne, come matrice dell'esperienza che esse elaborano allattando, e forse nel tipo di allattamento che può, o non può, avvenire. E, a seconda di come questo possa facilmente o con difficoltà verificarsi, piuttosto che

non possa, si presenta l'interrogativo riguardo alle sue forme alternative, cioè su cosa accade nell'allattamento artificiale: come questo, piuttosto che l'esperienza femminile di essere succhiata nella parte del corpo cercata dal bimbo, possa diversamente trasformare le strutture protomentali della donna, tra cui il suo oggetto-interno-seno, nonché cosa tutto ciò possa differenziatamente trasmettersi al bimbo e agire sull'incipiente suo strutturarsi psichico.

Si diceva un tempo che le donne per istinto tendono ad allattare al seno il loro neonato: «istinto», in senso scientifico, significa una serie sequenziale di comportamenti presenti obbligatoriamente in tutti gli individui di una stessa specie in quanto iscritta nel codice genetico di quella specie. Autorevoli antropologi negano che negli esseri umani, e anche in molti primati, si possa parlare di istinto (Imbasciati, Ghilardi 1989; Ghilardi, Imbasciati 1990). Ciò che nel linguaggio comune viene chiamato istinto è in realtà automatismo che, come tale, viene eseguito al di là di ogni intenzione e consapevolezza, e che però è stato appreso in epoche precoci della vita e dalla gran parte degli individui. In questo senso si tratta di una tendenza presente in misura e modi variabili nella maggior parte degli individui. Nel caso dell'allattamento, questa tendenza è legata alla fantasmatica profonda che si è strutturata in ogni singola donna, con differenze interindividuali spesso notevoli: tra le quali, agli estremi, vi possono essere strutture profonde che si concretano nel rifiuto di allattare, o psicosomaticamente nell'assenza, o scarsità, o cessazione della secrezione lattea. La maggior parte delle donne, almeno fino a poco tempo fa, ha mostrato una netta propensione a prendere il proprio piccolo al seno: oggi sembra che questa tendenza stia scomparendo e l'allattare al seno piuttosto che non allattare ha assunto l'aspetto di una «decisione». Cosa si è perso, allora, di quell'«istinto»? Cosa si è perso del mondo fantasmatico interno della donna che la lega al suo bimbo e che nell'uno e nell'altro infonde un reciproco attaccamento? Sembra che l'allattamento sia visto solo come metodo nutritivo, anziché, come gli studi psicologici dimostrano, palestra relazionale di sviluppo simbolopoietico. C'è un diverso «seno interno»? Ma questo non può che procedere da come una donna fu accudita quando era neonata. Torniamo allora ai circuiti transgenerazionali (par. 6.6).

7.3. NELL'ALLATTAMENTO ARTIFICIALE

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

La domanda che ci si pone è che cosa avviene, allora, quando l'allattamento è artificiale? Cosa avviene nella donna, in funzione delle sue esperienze neonatali, e cosa avviene tra lei e il suo bimbo.

Nella Teoria del Protomentale (Imbasciati 2006b) si sottolinea come una funzione fondamentale dell'oggetto-interno-seno sia quella di fungere da matrice per innescare la costruzione delle catene simbolopoietiche che costituiscono lo sviluppo di tutte le successive capacità operative della mente. È possibile che esista una qualche differenza tra due prototipi di oggetto-interno-seno a seconda di come avvenne l'allattamento: nell'allattamento artificiale il canale comunicativo tattile è stato diverso e questo avrà pure una sua influenza sulla elaborazione protomentale globale. D'altra parte questa differenza produrrà catene simbolopoietiche diverse e, dunque, strutture mentali differenti (Imbasciati 2006a, b, 2007a, c).

La donna che mette al mondo un bimbo e che lo allatta, in modo naturale o artificiale, mette in atto, nei suoi comportamenti relazionali, le proprie strutture mentali primitive, quelle che si erano formate quando era, a sua volta, bambina e veniva accudita dalla sua mamma. Possiamo allora arguire che il fatto che una donna abbia costruito il proprio primo seno interno a seguito di allattamento naturale piuttosto che artificiale potrebbe costituire una diversità tale da ripercuotersi in quello che lei stessa «farà» con suo figlio.

Ma le differenze, come già enunciato, possono non essere decisive. Infatti quel seno che si viene a costruire in un bimbo allattato al seno si è organizzato a seguito di molteplici afferenze sensoriali: non solo quindi quelle del contatto di pelle e della suzione di un capezzolo, ma anche di molte altre, presenti sia nell'allattamento naturale che in quello artificiale, tra le quali di primaria importanza sono quelle mediate dal modo con cui una madre tiene in braccio il suo bimbo, e soprattutto dalle organizzazioni delle afferenze visive inerenti al dialogo degli sguardi, che comunque avviene tra caregiver e neonato.

Certamente l'allattamento artificiale non facilita il dialogo degli sguardi: si ricordi il ritmo del bambino – qualche succhiata e poi una pausa in cui guarda la madre – oltre al fatto che sono diverse anche le posture, che mancano le afferenze «di pelle», e che l'allattamento artificiale comporta spesso un cambiamento frequente

di caregiver, cioè della persona che dà il biberon, il che non facilita di certo lo stabilirsi di codici di reciproca comunicazione. Tuttavia può avvenire che anche una mamma che dà il biberon sia in grado di stabilire un dialogo di sguardi e di posture e che, quindi, ugualmente offra al bimbo una condizione comunicativa globalmente efficace in modo che si possa costruire un'adeguata operatività mentale (Imbasciati 2006b, 2007a).

Possiamo pertanto dire che esistono sicuramente differenze tra l'uno e l'altro tipo di allattamento, ma che molto dipendono dalla struttura della singola madre nella singola situazione: infatti, anche nella situazione di allattamento al seno la madre può trasmettere, con i suoi comportamenti (sguardi, posture, contatti), messaggi differenti e anche negativi.

Si pensa comunemente che un allattamento al seno equivalga a una relazione più intensa e significativa. In realtà quello che possiamo dire è che sicuramente l'allattamento al seno prevede una maggior quantità di canali di comunicazione sensoriale e che invece l'allattamento artificiale esclude a priori una parte del contatto pelle-a-pelle. Questo però non significa che un minor numero di canali comunicativi significhi necessariamente una comunicazione scadente. L'efficacia della comunicazione dipende dalla costruzione di codici univoci, più che dal numero di canali sensoriali usati. I pochi studi esistenti sugli esseri umani mostrano come le madri che allattano al seno rispetto a quelle che allattano con il biberon tendono a essere più responsive ai bisogni dei loro bambini (Wiesenfeld *et al.* 1985), tendono a toccarli di più, sia durante il momento dell'alimentazione che del gioco (Bernal, Richards 1970; Kuzela, Stifter, Worobey 1990), e tendono ad avere maggiori contatti visivi (Lavelli, Poli 1998). Per contro non è detto che avere a disposizione maggiori canali sensoriali significhi automaticamente che una mamma li adoperi tutti. Può dunque succedere che una donna che utilizza il biberon per allattare il suo piccolo sia in realtà più attenta, maggiormente responsiva ai messaggi che intercorrono a comporre la relazione con il suo bambino, anche se utilizza un minor numero di canali sensoriali: quelli che utilizza possono essere così efficacemente usati che il risultato è un vero scambio sintonico. Viceversa può anche accadere che una mamma che allatta al seno possa risultare disattenta, distratta, poco responsiva (si pensi in caso di mamme depresse e/o alessitimiche) tanto da non adoperare tutti i canali comunicativi a sua disposizione, dando origine a una relazione più povera. Possiamo pertanto dire che l'allat-

tamento al seno è sicuramente un facilitatore della comunicazione, e quindi della relazione che si instaura tra una mamma e il suo bambino, ma che questa dipende dalla struttura di personalità della mamma stessa. In ogni caso quello che è certo è che una donna che allatta mobilita comunque la sua struttura psichica primaria, ovvero la sua fantasmatica. Tale mobilitazione si traduce in una comunicazione e questa serve da base per l'iniziale costruzione della mente neonatale, una strutturazione irrepetibilmente individuale.

7.4. IL CONTATTO CORPOREO COME REGOLATORE BIOLOGICO

Antonio Imbasciati, Francesca Dabrassi

Come in tutti gli eventi mentali relazionali primari, l'attivazione della fantasmatica della donna si esprime anche attraverso la fisiologia del suo corpo: le sue variazioni termiche, il suo ritmo cardiaco e respiratorio, la sua regolazione circolatoria, il suo assetto ormonale, la sua secrezione lattea, i suoi odori. Tutti questi eventi contengono messaggi che passano al bimbo e gli «insegnano» quella che sarà la sua regolazione. Infatti, se prendiamo in considerazione la prospettiva di Hofer (1978), secondo cui la madre svolge per il figlio una funzione di «regolatore biologico e comportamentale» attraverso il contatto corporeo e l'allattamento, nel caso di un'esperienza primaria di sintonizzazione costantemente carente avremo più probabilità che il bambino si ammali fisicamente o sviluppi un disturbo del comportamento. Una madre che è capace di «godere» delle gioie dell'allattamento, di comunicare amore al suo bambino mentre lo allatta, che lo guarda con uno sguardo particolare, è una madre che sta creando le basi affinché avvenga un buon sviluppo della «mente emozionale», garanzia non solo per uno sviluppo di una «mente cognitiva», ma anche per una mente con un buon equilibrio somatico.

La fantasmatica di una donna potrà essere improntata a un metabolismo mentale riparativo, e quindi creativo, oppure essere densa di angosce, conflitti, fantasie terrifiche, di aggressività e distruttività qualora sia improntata a un metabolismo schizoparanoideo, vale a dire psicotico (Imbasciati 2006b, 2007a, b). L'una piuttosto che l'altra dimensione si trasmetteranno in qualche modo al bambino, creando

maggiori o minori difficoltà al suo iniziale sviluppo psichico. Sia questa comunicazione psicosomatica che quella più propriamente psichica, veicolata dai vari modi con cui una donna allatta e accudisce il suo bimbo, possono offrire situazioni ottimali al bambino che facilitano il suo sviluppo psichico, oppure situazioni difficili tanto da parlare di strutturazione mentale patologica. Si tratta in questi casi di una relazione madre-bimbo che crea al bambino situazioni di estrema difficoltà psichica e psicosomatica.

La stessa difficoltà si ripercuote anche nella donna: lo vediamo nei casi delle ipogalassie o delle agalassie, o in tutti quelle situazioni di rifiuto di allattare (spesso inconsce e mascherate da pseudo motivi di apparenza razionale), o dove il capezzolo viene offerto in modo maldestro al bambino, provocando un parziale rifiuto del bambino, o la formazione di ragadi. Allo stesso modo possiamo leggere altre difficoltà di contatto madre-bambino, il rigurgito che diventa vomito, le alterazioni dei ritmi sonno-veglia, o comunque altre disregolazioni somatiche, con le relative conseguenti strutture psichiche non ottimali nel bimbo, che possono andare dall'irrequietezza all'ipercinesia, dal ritardo psicomotorio al ritardo mentale, o a strutture di fondo di tipo psicopatologico (Imbasciati 2006b).

Il terzo, ma non ultimo, fattore che interviene nello scambio di interazioni tra bimbo e caregiver è quello che riguarda la società, i significati culturali che l'alimentazione assume e le norme dell'allattamento, dello svezzamento e dell'alimentazione che impone. In ogni epoca la scelta delle donne di allattare o meno al seno è sempre stata subordinata ai valori della cultura dominante. L'allattamento, nel genere umano, non è solo un comportamento naturale quanto anche soggetto alle influenze culturali del momento (Knibielher, Fouquet 1982; De Palo, Oliverio Ferraris 1991; Hastrup 1992). Ripercorrendo la storia di questa pratica vediamo come il neonato, nel corso del tempo, sia stato non solo allattato al seno dalla madre biologica, ma anche dalla balia (allattamento baliatico), oppure alimentato con latte animale (di capra, mucca, asina) o con miscugli alimentari somministrati con corni perforati o poppatoi rudimentali. Nella storia questo tipo di allattamento è stato praticato solo in caso di necessità. Con l'avvento di tecniche alimentari, nella seconda metà del secolo scorso, è stato possibile produrre un latte artificiale il più possibile uguale a quello umano, e biberon agevoli per il bimbo. È così sopravvenuta una tendenza a estendere l'allattamento artificiale, spesso ritenuto più igienico, anche a situazioni in cui sarebbe stato possibile quello naturale.

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

Mentre nelle società occidentali l'allattamento artificiale perde terreno, ne acquista invece nei Paesi in via di sviluppo, con conseguenze di morbilità e mortalità infantili a causa di un contesto economico e igienico-sanitario deprivato in cui viene attuato. Questi esiti negativi hanno avuto forti ripercussioni istituzionali tanto che l'OMS e l'UNICEF hanno dato avvio a numerose azioni di informazione e promozione che si sono confluite, dopo il 1991, nel WABA, un'associazione internazionale che ogni anno dedica una settimana mondiale all'allattamento al seno. Questo, anche in condizioni economiche di scarsa igiene, comporta, se non altro un sostegno immunitario, per la presenza degli anticorpi materni: può pertanto essere migliore (per certi paesi il meno peggiore) di quello artificiale decantato fino a qualche decennio fa.

Jodelet e Ohana (1996) affermano che, a dispetto delle campagne promozionali per il ritorno al seno, questo tipo di allattamento è ancora una «pratica labile», non consolidata. Inoltre, sottolineano come questa bassa incidenza sia in contrasto con quanto le donne affermano nei sondaggi e nelle inchieste su vasta scala a proposito del loro desiderio di allattare. Secondo gli autori, la causa di questa discrepanza risiede nell'ambivalenza delle pratiche sanitarie e ospedaliere, che sono descritte come «guardie» che impediscono l'allattamento: il neonato non sempre viene attaccato subito al seno, in quanto l'evento dipende dalla situazione ospedaliera del momento (il numero dei parti della giornata, il numero del personale ostetrico a disposizione, la sensibilità della singola ostetrica ecc.). La maggior parte delle volte, a causa della dimissione in seconda giornata, le donne tornano a casa con la preoccupazione di non essere in grado di poter allattare il proprio bambino o di non essere capaci di farlo. Il risultato è che per tali timori la prima poppata può risultare deludente, faticosa per il neonato che non riesce ad attaccarsi, perché la madre è maldestra nel proporsi, o dolorosa per la madre (talora per ragioni psichiche), che così decide di rinunciare all'allattamento materno.

Ma, se è vero che, come affermano alcuni autori (Kennell, Klaus 1976), mancando il contatto precoce si possono avere conseguen-

ze negative, è altrettanto vero che cercare di accelerare la formazione di un legame «imponendo» un contatto precoce a quelle madri che non si sentono ancora pronte a sostenerlo non ha di certo degli effetti positivi. È anzi probabile che quello che verrà trasmesso a livello non verbale sarà, paradossalmente, proprio un accentuare la difficoltà della madre di avvicinarsi al bambino e di prendersi cura di lui: questa comunicazione passerà attraverso il suo corpo, il suo sguardo e probabilmente anche dal suo odore e si ripercuoterà sulla sua relazione col bimbo. Gli stessi Kennell e Klaus (1984), che avevano promosso il contatto precoce andando a modificare le pratiche ospedaliere del tempo, si sono poi ricreduti su questa posizione: non è verosimile che una relazione su cui si basa tutta la vita dipenda da un singolo processo (il contatto precoce subito dopo la nascita), riconoscendo che il bonding non richiede per forza un contatto pelle-a-pelle nel primo periodo postpartum, anche se può facilitarlo. «Vi sono molte altre strade sicure per arrivare a manifestare l'attaccamento».

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

Pertanto, non dobbiamo pensare che esistano linee di condotta ideali, più perfette di altre, intese come regole uguali per tutte le madri: l'ottimalità dipende da quanto psichicamente emana una madre, non da un comportamento che le venga prescritto, anzi, una prescrizione sfavorisce una qualunque madre nell'usare le sue risorse di contatto psichicamente positivo. Sfavorire l'allattamento al seno attraverso un'organizzazione a tale scopo «organizzata», non comporta un clima psicologico accogliente. Dobbiamo invece pensare a cure «sufficientemente buone» (con le parole di Winnicott): cioè forse imperfette, ma adeguate a che si sviluppi una buona relazione cosicché i messaggi che essa trasmetta possano essere salutari. La buona relazione deve scaturire tra bimbo e madre

favorita, ma non prescritta, dall'ambiente; cioè come risultato che non può essere oggetto di un intenzionale «curare».

È importante tenere presente che tutto ciò che è benessere o malessere per la mamma «passa» al bambino e rappresenta uno dei nutrimenti del suo sviluppo. Qualunque cosa la mamma faccia, che decida di allattare al seno o con il biberon, quello che conta è la qualità della relazione che s'instaura, la quale, come abbiamo visto in precedenza, si basa sulla capacità di sintonizzazione e di intesa con il proprio bambino. Si tratta quindi di un problema di «disponibilità affettiva», quella che nel linguaggio scientifico viene denominata «maternal sensitivity»[1]: anche se abbiamo una mamma molto indaffarata, se la sua disponibilità affettiva è buona, ella riuscirà ad allattare il suo bambino (al seno o anche artificialmente) guardandolo negli occhi e cercando nello stesso tempo le cose in cucina; al contrario, se abbiamo una mamma depressa, anche se allatterà al seno, sarà poco disponibile a guardare il suo bambino, e gli darà da mangiare in modo meccanico.

Ogni diade lattante-madre rappresenta un sistema aperto, unico e irrepetibile, caratterizzato da ritmi e modelli interattivi che sono specifici di quella coppia, e influenzato, come abbiamo visto, da un'infinità di variabili (fattori psicologici del bambino e della madre, fattori biologici dell'uno e/o dell'altro, fattori sociali ecc.): tutti convergono nel modulare ciò che passa al bimbo e come questi lo elaborerà, strutturando in tal modo la sua base neuromentale, e in qualche modo condizionando il suo sviluppo futuro. Se dunque, nella ricerca dei fattori che condizioneranno lo sviluppo psichico e psicosomatico, neuromentale dei futuri individui, rilevante è lo studio di come le modalità dell'allattamento lo condizionano, insensato se ne presenta una qualunque prescrizione: il fatto stesso di prescrivere, o comunque indurre comportamenti intenzionali, come tali staccati dalla loro matrice emozionale inconscia, distoglie e falsa il formarsi della buona relazione che è a garanzia del futuro.

1. La «maternal sensitivity» è stata definita come la capacità da parte della madre di comprendere i bisogni, non solo fisici, del bambino e di rispondere a essi in modo adeguato e contingente (Ainsworth *et al.* 1974, 1978; Pederson *et al.* 1998). In italiano viene spesso tradotto come «sensibilità materna», ma siamo dell'idea che il termine sensibilità lasci spazio a possibili fraintendimenti.

CAPITOLO 8

IL DIALOGO EMOTIVO NON VERBALE E I SUOI EFFETTI NEUROPSICOSOMATICI

Antonio **Imbasciati**

8.1. L'INTERSOGGETTIVITÀ COME FARMACO

Antonio Imbasciati

Gli studi sulla comunicazione madre/figlio, sulla qualità della relazione e sui suoi effetti neuromentali strutturanti, nell'ottimalità come nella disfunzionalità fino alla patologia, si sono focalizzati, in un primo tempo, sul bambino, vista l'importanza condizionante lo sviluppo dei futuri individui. Tuttavia quanto osserviamo e riscontriamo come effetto nel bimbo ha anche la sua azione reciproca sulla madre: è nozione comune che avere e accudire un figlio produce mutamenti nell'assetto mentale della madre, nonché, con minor rilievo in quella del padre, o comunque dei caregiver. Quanto riscontriamo avvenire attraverso la PET nel cervello del neonato ha il suo corrispondente effetto nel cervello della madre che con lui dialoga, nelle interazioni, che veicolano significati, e comunque in ogni comunicazione non verbale. La ricerca psicologica si è pertanto, in seconda battuta, focalizzata sul caregiver: si studia e si descrive il formarsi della genitorialità, dell'attaccamento prenatale e tutti i successivi sviluppi (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007; Imbasciati, Cena 2010). I recenti studi sui neuroni specchio confermano un parallelo lavoro nei cervelli di due o più dialoganti anche adulti, comunque in interazione: questo è stato posto in relazione con le situazioni di empatia (Merciai, Cannella 2009).

Nel caso di un bimbo con il suo caregiver, le strutturazioni che si costituiscono nel bambino sono di gran lunga maggiori delle ri-

strutturazioni che possono accadere nel caregiver: il cervello di un adulto ha acquisito una struttura funzionale enormemente più stabile, pur tuttavia ancora «plastica». Sappiamo che ogni struttura costituita condiziona gli apprendimenti che la susseguono (Imbasciati 2006a, b) e questi modificano la struttura, di solito sviluppandola in modo sempre più articolato: pertanto una struttura adulta, in quanto in precedenza a lungo da ogni esperienza costruita, non avrà le probabilità di modificarsi ulteriormente pari a quelle che ha un bambino. Tuttavia, come dimostrano le ricerche che hanno rilevato modificazioni neurali a seguito di psicoterapia, ogni esperienza intima e prolungata, emozionalmente intensa, produce modificazioni strutturali. Dunque anche il formarsi di quanto è stato clinicamente descritto come genitorialità dovrebbe avere il corrispettivo neurale. Ciò che vale nella direzione dalla madre-caregiver al bimbo, dovrebbe pertanto accadere anche in direzione inversa, dal bimbo alla madre, confermando la nota osservazione che l'alleviare un figlio modifica le persone nelle loro caratteristiche emotivo-caratteriali.

È del resto clinicamente accertato come qualunque rapporto interpersonale tra adulti, purché di qualche rilievo, modifichi le persone, dall'una all'altra e viceversa: esemplificative sono le relazioni amorose, l'assortimento di una coppia e le relative convivenze. Sono questi gli effetti della *relazione*, o meglio della reciproca assimilazione dei messaggi veicolati dalle interazioni intersoggettive. Queste sono anche la base di effetti psicosomatici, evidenti nel bimbo, sussistenti anche nella coppia e nei singoli: la soggettività è sempre intersoggettività e, in quanto implica il cervello emotivo, modula le funzioni somatiche.

Da tempo una vasta letteratura ha descritto gli effetti del rapporto medico-paziente: se questo è noto per ciò che riguarda soprattutto il paziente, non mancano gli studi degli effetti sul medico (Stein 1989); effetti psichici così come anche psicosomatici. Più noti in quest'area sono gli studi psicoanalitici sugli psicoanalisti, sul loro controtransfert, che non di rado presenta aspetti somatici.

Attenendoci all'evidenza degli esempi studiati dalla letteratura sugli effetti che la relazione del medico ha sui pazienti, possiamo affermare come l'intersoggettività sia paragonabile a un farmaco. Quando i suoi effetti sono più evidenti in uno dei due (o più) soggetti, come nel caso del paziente che mostra effetti psicosomatici (positivi o negativi sul decorso della malattia) a seconda della qualità del rapporto «umano» che il medico con lui instaura, nel caso

del bimbo, che con ancor più evidenza viene modulato psicosomaticamente (oltre che strutturato neuropsichicamente) dal caregiver, si può parlare in modo proprio dell'azione di un farmaco, che può far bene così come male: *farmacum* in latino significa anche veleno.

Nel caso del medico, viene da considerare quanto la tecnologizzazione progressiva della medicina e la complessa parcellizzazione e distribuzione burocratica di compiti, possa togliere al medico stesso, pur volenteroso, e forse anche preparato, la possibilità che la sua soggettività agisca su quella del paziente modulando al meglio il suo psicosoma. Nel caso del bimbo, viene da considerare non solo quanto un caregiver che non possiede capacità relazionali (per esempio una madre depressa, o troppo indaffarata, o con troppi conflitti e strutture disfunzionali) possa agire come un farmaco *venenum*, ma anche il caso, in analogia a quello del medico soffocato dall'istituzione, di una madre che, pur possedendo buone e anche ottime capacità strutturali di buona relazionalità per un accudimento positivo del bimbo, per situazioni esterne (lavoro, stress, lutti o disastri familiari) resti impedita dall'esplicare le sue buone capacità e pertanto agisca negativamente (farmacum/venenum) sul bimbo. Di qui l'attenzione a una cura rivolta ai genitori: *raising parents* (Cena 2011; Cena, Imbasciati, Baldoni 2010; Imbasciati 2011b, c).

In ogni caso la soggettività di ogni individuo interagisce con quella delle altre persone con cui entra in relazione, reciprocamente anche se non simmetricamente, ovvero a seconda della preponderanza di direzione del flusso strutturante dall'uno all'altro e della complementare recettività dell'uno piuttosto che dell'altro.

8.2. IL DIALOGO SOMATICO

Antonio Imbasciati

In ogni relazione scorre una continua automatica e assai poco consapevole comunicazione non verbale: sguardi, mimica, intonazione della voce, posture, gesti, motricità e perfino l'olfatto mediano continuativamente messaggi interpersonali non consapevoli. Anche il contesto sociale e ambientale funge da quadro significante di tutti i messaggi. Quanto più la relazione interpersonale riveste

importanza per il soggetto, tanto più questa comunicazione non verbale (C.N.V.) ha valore e persino sopravvento sulla comunicazione del linguaggio parlato: ecco che la relazione genitore/bambino acquista il massimo valore, ma anche tutte le relazioni affettive vedono al loro centro la C.N.V.; si pensi all'incontro amoroso.

È questa la «trasmissione di affetti», che ha un valore cognitivo in quanto condiziona il soggetto per ogni suo altro processo mentale. È il suo cervello destro che primariamente elabora la C.N.V. e la decodifica in base al proprio sistema mnestico, per poi, eventualmente e non sempre, passarla all'emisfero sinistro, dal cui lavoro il soggetto trae qualche informazione cosciente circa i messaggi affettivi che sono intercorsi.

Questo «cervello emotivo» è direttamente connesso con il soma: le emozioni percepite hanno sempre un effetto somatico, rilevato o no, ma anche processi emotivi non consapevoli (di cui nulla giunge alla coscienza del soggetto) hanno effetti somatici; sono questi di solito gli effetti più duraturi, che costituiscono la cosiddetta somatizzazione.

Il cervello emotivo (emisfero destro e formazioni mesolimbiche) governa non solo il Sistema Nervoso Vegetativo, ma anche tutto il sistema ormonale (neuroipofisi-ipofisi-ghiandole endocrine), nonché il sistema immunitario e il turn-over cellulare con la sua eventuale produzione di cellule neoplastiche, eliminate di solito dai naturali killer del sistema immunitario stesso.

Inseriamo qui, riprendendolo da un precedente nostro lavoro (Imbasciati 2009), uno schema esemplificativo.

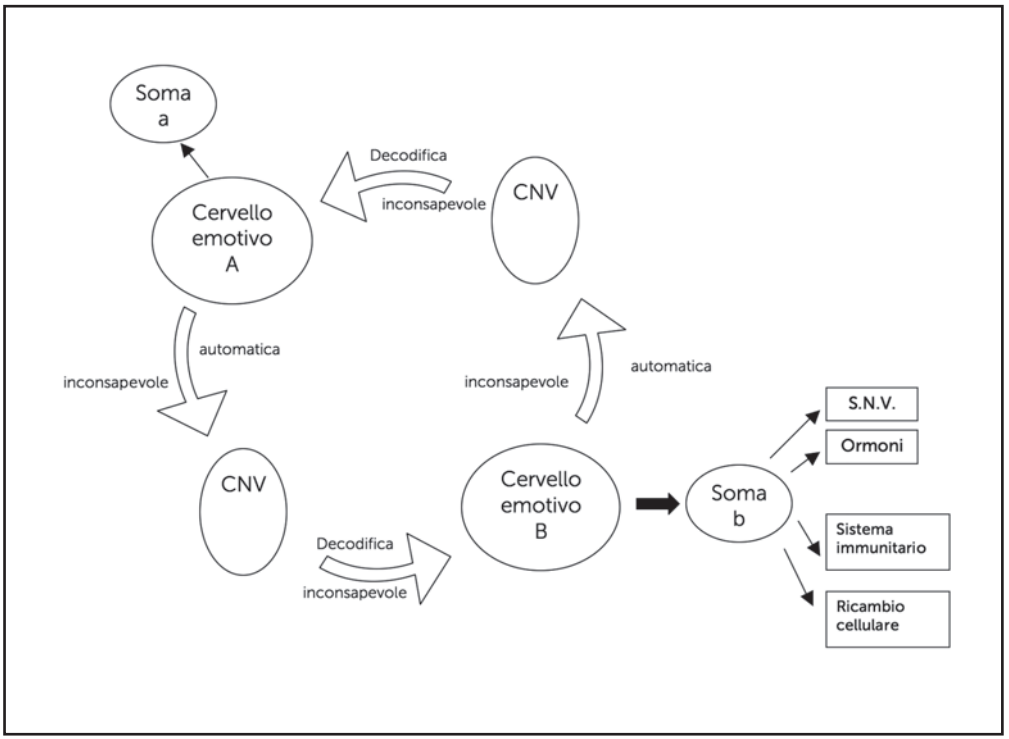


Fig. 5. Il dialogo emotivo extraverbale e i suoi effetti neuropsicosomatici.
[Grafica a cura di Imbasciati, Cena]

Come nella figura si può visivamente cogliere, v'è un circuito continuo: supposti due individui in relazione, dal cervello emotivo dell'uno (A) viene modulata una comunicazione non verbale, che agisce nel cervello emotivo dell'altro (B), condizionando in questo una ulteriore risposta comunicativa, non verbale, che a sua volta agisce sul cervello emotivo del primo soggetto. Ovviamente tale comunicazione, nell'uno e nell'altro passaggio, necessita di essere codificata (quale significato è veicolato dal significante somatico?) dall'emittente e decodificata (che significato comunica?) dal ricevente. Il tutto avviene in maniera automatica e al di fuori di ogni coscienza. La sintonia del dialogo consiste nell'appropriatezza della decodifica che un primo individuo dà al significato veicolato dal significante corporeo codificato dall'altro individuo, nonché nella adeguatezza di una risposta, anch'essa codificata dal primo in-

dividuo, che deve essere appropriata e appropriatamente decodificata dal secondo; e via dicendo, in conseguente adeguata codifica di un'ulteriore appropriata ulteriore risposta. Al contrario, se quanto sopra non si verifica, o si inceppa, abbiamo una dissintonia: dialogo tra sordi, invasività, prepotenza, o, anche, identificazione proiettiva. I due tipi di dialogo sortiranno effetti diversi nel soma, dell'uno e dell'altro soggetto (soma A, soma B). Qui, attraverso il S.N.C., sistema endocrino, sistema immunitario, ricambio cellulare, si possono produrre effetti, positivi e negativi: irrilevanti, piuttosto che cospicui, a seconda dell'intensità della relazione (potremmo pensare a quantità di flusso e a velocità nel circuito) e della recettività di ognuno dei due. L'effetto somatico funge a sua volta come ulteriore significante nel dialogo, che può produrre effetti differenziati nei due dialoganti: per esempio nella nostra figura il soma B indica, con lo spessore della freccia, un effetto somatico maggiore che nel soma A.

Il circuito schematizzato rappresenta una «possibilità» di ogni relazione, che può essere messa in atto quando la relazione diventa rilevantemente significativa, come nel caso di quella di un caregiver/bimbo. In minor misura nelle relazioni intime tra adulti; o tra medici e pazienti.

Quanto la letteratura psicologica ha sottolineato, per molti anni addietro, come l'importanza di una trasmissione di affetti (positivi e negativi) nella strutturazione della mente, nel bimbo in particolare, ma anche nell'adulto, è stata oggi convalidata e dimostrata dalle *neuroscienze*. Il concetto di maturazione neurale è cambiato in queste ultime decadi: ciò che si credeva frutto dell'espressione genica è invece opera di apprendimenti, fetali e neonatali, che strutturano il S.N.C. In questo quadro ciò che, chiamato «affetto», si riteneva nel senso comune evento al di fuori della neurobiologia, si è invece rilevato come evento neurale che condiziona lo sviluppo della funzionalità cerebrale. La trasmissione di affetti, che inconsapevolmente intercorrono in qualunque relazione interpersonale, proporzionalmente alla sua durata e al suo grado di intimità, viaggia sui canali della comunicazione non verbale che viene decodificata a livello centrale producendo apprendimenti e ulteriori strutture neurali. Questa strutturazione comporta una funzionalità individuale, a seconda degli apprendimenti che vengono elaborati a seguito delle comunicazioni di affetti (C.N.V.) ricevute da ogni singolo, nonché in funzione delle altre vicissitudini di vita: tutto ciò caratterizzerà la mente di quell'individuo.

La strutturazione che avviene in funzione della comunicazione di affetti è tutt'altro che trascurabile, poiché condiziona ogni ulteriore apprendimento e ogni ulteriore strutturazione neurale. Tutto ciò ha un rilievo enorme nell'epoca perinatale. Sappiamo che già il feto impara, ancor più il neonato. Un tale primo apprendimento si struttura nel sistema mentale mnestico che ha il suo fulcro nell'amigdala. Solo con il secondo anno di vita entra in funzione un secondo sistema mnestico, imperniato sull'ippocampo. Il primo sistema riguarda la memoria detta «implicita», preverbale, mai coscientizzabile. Associato e responsabile di questo sistema mnestico è il lavoro dell'emisfero destro: è questo che «dialoga» con l'emisfero destro della madre; e ciò indipendentemente da un eventuale successivo mancinismo (Schore 2003 a, b). È questo il *cervello emotivo*, oggi non più considerato circoscritto al cervello mesolimbico, ove per primo fu rilevato: cervello emotivo responsabile di una vera attività mentale, per apprendimenti e memorie, che ha valore cognitivo. Si parla pertanto di intelligenza emotiva (Goleman 1995). La maturazione del cervello sinistro inizia dopo, ed è condizionata da quella del destro, ovvero il cervello sinistro, che gradualmente svilupperà quelle attività che vanno sotto il nome di coscienza, linguaggio, memoria ricordabile («dichiarativa»), «apprende» condizionatamente da quanto ha appreso il cervello destro. Ovvero le emozioni (ovviamente non consapevoli) condizionano i processi più strettamente detti cognitivi. Alcuni autori sottolineano come il cervello sinistro sia subordinato al destro e quasi «esegua» ciò che gli «detta» il destro, facendo credere alla coscienza del soggetto di poter essere autore consapevole delle proprie decisioni e delle proprie azioni (Wegner 2003; Merciai, Cannella 2009).

Quanto sopra è stato rilevato in un primo tempo per l'epoca perinatale, ove è più evidente, ma gli stessi processi continuano per tutta la vita: in misura meno pregnante e condizionatamente alla struttura di base che si è formata nei primi anni di vita, il cervello continua a imparare e questo apprendimento è condizionato dal lavoro del cervello destro, che procede indipendentemente dalla coscienza del soggetto. Si è, per esempio, constatato che nelle situazioni di empatia tra adulti, i due cervelli destri «lavorano» (Merciai, Cannella 2009). Attualmente si stanno mettendo in relazione tali eventi con la funzione dei neuroni specchio.

La C.N.V. continuamente scorre tra gli individui, indipendentemente da ogni loro intenzione e anche indipendentemente dal

loro stato di veglia: se qui la motricità è ridotta al minimo, permangono il veicolo olfattivo e quello sonoro, e se le condizioni lo permettono, quello tattile e termico. L'intersoggettività si dispiega in tutta la sua potenza, in un dialogo (o pseudodialogo) per così dire «incarnato», ovvero in un dialogo corporeo, somatico, inducente modificazioni somatiche dall'uno all'altro e ancora all'altro dei comunicanti. Nella Relazione si dispiega la rilevanza della psicosomatica. Considerando tutto ciò nei confronti di un bimbo, in strutturazione permanente, rapida e plastica molto più di qualsiasi adulto, si evince l'importanza di quanto un caregiver può condizionare non solo lo sviluppo psichico di un bimbo, ma anche quello somatico, nonché strutturare il tipo di equilibrio psicosomatico che questi avrà, anche quando la relazione non sarà più con un caregiver, ovvero nell'età adulta. Questo fa pensare al rilievo che le cure primarie assumono per lo sviluppo globale, psichico, fisico, psicosomatico, nel condizionare il futuro delle persone. Di qui il rilievo di un'assistenza, preventiva, per il futuro sociale e antropologico dell'homo sapiens.

CAPITOLO 9

IL TRIANGOLO PRIMARIO

Francesca **Dabrassi**, Antonio **Imbasciati**

9.1. UNA TRIADE FIN DAGLI INIZI

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

Alla luce di tutto l'excursus sulla relazione madre-bambino e sui rilevanti suoi effetti sul futuro individuo, di massimo rilievo si presentano tutte le prospettive, sociali, assistenziali, terapeutiche che possano garantire il miglior esito del trapasso generazionale ed evitarne i rischi. Si tratta di un'opera preventiva che prevede uno screening tempestivo per programmare e attuare supporto, assistenza, psicoterapie: tutto ciò non sul bimbo, ma sulla diade e, come dimostrato da studi più recenti, sulla triade: coppia con bambino, nonché sull'entourage familiare e sociale. In questo quadro riprendendo un nostro precedente lavoro (Dabrassi, Imbasciati 2010), ci sembra opportuno sottolineare uno dei più recenti contributi della ricerca che affermerebbe paradigmi diversi da quelli considerati classici, sia della psicoanalisi che dell'Infant Research, per la globalità di tutti i disturbi psichici: all'origine di questi si dovrebbe indagare come l'essere umano si strutturi fin dalla sua primissima infanzia in una rete di relazioni che può essere definita sociale. Una tale socialità inizia dal fatto che il neonato, subito alla nascita e forse prima, è immerso in relazioni plurime, dirette o indirette, anziché diadiche. Tale concetto è espresso dal termine «triangolo primario», nell'accezione degli autori che lo propongono (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery 1999).

Una visione moderna dello sviluppo umano riconosce al neonato competenze cognitive e sociali che gli consentono di elaborare informazioni non solo provenienti dalla realtà esterna (Piaget 1923, 1936), ma anche di creare o mantenere situazioni di interazione con la figura di accudimento, solitamente intesa la madre (Stern 1974a, b), o meglio ancora con entrambi i genitori (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery 1999).

Le ricerche focalizzate sui processi di regolazione tra caregiver e bambino hanno messo in luce la precocità della sincronia dei ritmi sia nella comunicazione corporea che nelle vocalizzazioni tra genitori e neonato (Trevarthen 1997), dove quest'ultimo ha parte attiva nella relazione. Da questi studi sono derivati costrutti teorici quali la promozione dell'*attenzione focale*, considerata il precursore della costruzione di una «teoria della mente» da parte del bambino (Fogel 1977; Camaioni 2003), la *responsività* dell'adulto nel cogliere i segnali del bambino (Ainsworth *et al.* 1978), la *capacità di riparazione* da parte dell'adulto di rimediare quando compie un errore durante l'interazione con il bambino (Tronick 1989) e infine la capacità di *espressione di affetti positivi* (Emde 1991) che favorisce il *riferimento sociale* necessario al bambino per orientarsi verso i suoi obiettivi e essere in grado di condividere l'esperienza anche a livello di significati, attraverso quella che viene chiamata la *sintonizzazione affettiva* (Stern 1985, 1995), e l'*intersoggettività, primaria e secondaria* (Trevarthen 1978). *L'intersoggettività primaria*, riconosciuta solo da alcuni autori (Meltzoff, Moore 1995), caratterizzerebbe già le prime interazioni precoci e consisterebbe in una capacità (innata) a condividere le sensazioni e gli stati mentali altrui. Gli autori basano i loro presupposti su quegli esperimenti da cui si evince la capacità dei neonati di imitare e usare manifestazioni non verbali in una sorta di «proto-conversazioni», dimostrando la capacità di variare tempi e intensità della comunicazione insieme ai loro partner e una sensibilità alle capacità materne di rispecchiare i loro affetti. *L'intersoggettività secondaria* emergerebbe, invece, tra i 9 mesi e la fine del primo anno di vita del neonato e implicherebbe la capacità di condividere con altri attenzione e intenzioni, e quindi la capacità di istituire una comunicazione referenziale (Bretherton 1992; Tomasello 1995).

Questa nuova visione del neonato ha comportato il progressivo affermarsi di un modello teorico e clinico di tipo relazionale, che considera la generalità dei disturbi psichici come dovuti non a un conflitto intrapsichico, secondo il paradigma della psicoanalisi classica (pulsionale o fantasmatica), quanto come espressione sintomatica di modelli relazionali interiorizzati disturbati, patologici (Malagoli Togliatti, Zavattini 2006). Questo si è tradotto in psicopatologia nella necessità di costruire nuovi strumenti di assessment affidabili, in grado di valutare la qualità delle relazioni precoci tra genitori e bambino e rilevare quei casi che possono essere terreno fertile dove si può strutturare un disagio psichico del piccolo (Fava Vizziello 2003).

Nella storia della psicologia e della psicopatologia clinica in particolare, anche se sono stati largamente riconosciuti il ruolo dei fattori affettivi e relazionali nello sviluppo fisico, psichico e psicosomatico del bambino, l'unità di osservazione è sempre stata di tipo diadico. Si pensi al paradigma dell'attaccamento di Bowlby (1988b), a quello della Bretherthon (1994) per cui il legame che il bambino instaura con la madre «determina» anche la qualità del legame con il padre, alla situazione sperimentale della Strange Situation della Ainsworth (Ainsworth *et al.* 1978), all'ottica dell'Adult Attachment della Main (Main, Goldwin 1998), al concetto di «costellazione materna» di Stern (1995): da tutti si evince l'idea che il bambino tenda a sintonizzarsi naturalmente con un unico caregiver prima di passare a instaurare relazioni più complesse. Il paradigma stesso dell'Infant Research (Sander 1987; Cicchetti, Cohen 1995; Trevarthen 1997) sottolinea ampiamente come fin dai primi giorni di vita la madre e il suo neonato siano disposti ad agire consensualmente e come questa matrice relazionale sia costitutiva dell'esperienza e dei significati interpersonali e personali del neonato, a meno che una deficienza nella relazione di accudimento intacchi la dimensione relazionale della psiche (Sameroff, Emde 1989; Imbasciati 1998; Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007).

Ma in questo modo è difficile comprendere l'emergere e il formarsi dell'intersoggettività stessa, di quel «senso di noi» (Klein G. 1976) su cui si basa la vita di ognuno. Alcuni autori (Tambelli, Zavattini, Mossi 1995; Camaioni 1996; Howes 1999) affermano che il presupposto teorico secondo cui il neonato ha inizialmente una capacità di regolare solo le relazioni diadiche per poi accedere, in un secondo momento, a quelle triadiche e alle triangolazioni dipende da un eccessivo riferimento a un costrutto «madricentrico», che finora ha influenzato le procedure di ricerca. È come dire che senza un paradigma teorico che possa presupporre l'esistenza della triangolazione[1] e senza strumenti che possano coglierla, difficilmente gli studiosi del settore possono «vederla» e «documentarla».

L'innovazione delle ricerche sulle relazioni primarie condotte dal gruppo di Losanna, che a partire dagli Ottanta hanno studiato le possibili configurazioni di quello che viene definito il «triango-

1. Il concetto di triangolazione viene utilizzato sia nella teoria psicodinamica che nella teoria dei sistemi familiari: nella prima il termine fa riferimento all'esperienza soggettiva del bambino di esclusione dalla relazione dei genitori (esperienza che potrebbe essere detta «edipica»); nella seconda fa riferimento al processo problematico in cui un bambino viene preso nella relazione conflittuale dei suoi genitori al fine di deviarne la tensione.

lo primario», sta proprio nel fatto di aver introdotto lo studio della nascita della triangolarità stessa, ossia di quella capacità da parte del bambino di formare nella propria mente un'idea del «tessuto di relazioni», in cui è inserito quello che Zavattini (2000) definisce il «senso interno della relazionalità».

Il gruppo di Losanna, coordinato dalla Fivaz-Depeursinge e dalla Corboz-Warnery (1993), parte dal presupposto che per studiare la famiglia non è possibile soffermarsi solo sulle sue componenti diadiche, ma la si deve considerare come un insieme unico, un'unica unità. Il concetto di «triangolo primario», così come concepito, nasce all'interno di una cornice teorica che associa la teoria dei sistemi con il paradigma etologico-microanalitico, oltre che con gli studi dell'Infant Research (Sander 1987; Cicchetti, Cohen 1995; Trevarthen 1997) e quelli di Stern sulla «sintonizzazione affettiva» e sulla costruzione del «Sé intersoggettivo» (Stern 1985). Lo scopo principale di questo nuovo modello è quello di superare i limiti teorici e metodologici messi in evidenza da Hinde e Stevenson-Hinde (1998) e da Emde (1991) degli studi che, prima di loro, si sono interessati di studiare la *triadificazione*[2]. Questi ultimi, infatti, hanno cercato di indagare la triade attraverso lo studio delle diadi che la compongono (madre-bambino, padre-bambino, madre-padre) e si sono focalizzati sulle influenze che ogni membro della famiglia aveva sull'altro. Invece, il concetto di «triangolo primario» parte dalla considerazione sistemica che «tutto è una proprietà emergente» e che, quindi, la triade deve essere osservata come un insieme complessivo. Una particolare attenzione viene rivolta alla *prospettiva di comunicazione*: le due autrici Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warnery (1993) sottolineano come lo scopo dei dialoghi precoci sia quello di condividere gli affetti positivi, espressi in modo predominante dalla comunicazione non verbale. Quest'ultima viene concepita come organizzata gerarchicamente in livelli con differenziazione crescente, dalle modalità più contestuali a quelle più testuali, dalla disponibilità all'interazione (che si esprime a livello della parte inferiore e superiore del corpo) all'attenzione reciproca (che si manifesta a livello della testa e dello sguardo) fino al coinvolgimento espressivo (manifestazioni facciali e dello sguardo). Anche se l'influenzamento procede in entrambi i sensi, l'ordinamento gerarchico implica che gli influenzamenti che procedono dal contesto al testo siano dominanti nel determinare il risultato dell'inte-

2. Termine con cui veniva indicata la triangolazione sul piano comportamentale.

razione. In particolare, le interazioni che vanno dal corpo verso lo sguardo sono dominanti rispetto a quelle che vanno dallo sguardo verso il corpo.

In questo modo è possibile identificare un pattern comunicativo, che nel momento in cui risultasse disfunzionale darebbe la possibilità di progettare un precoce intervento terapeutico che favorisca un'evoluzione familiare migliore.

9.2. ASSESSMENT NEONATALE: PER LE FAMIGLIE

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

Sulla base delle considerazioni teoriche sopra riportate, le autrici Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warnery hanno sviluppato uno strumento di assessment per valutare le famiglie nel primo anno di vita del bambino: il *Lausanne Trilogue Play* (LTP – Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery 1999). Il setting dell'LTP consente l'osservazione sistematica delle interazioni familiari nella relazione triadica tra il padre, la madre e il bambino. L'obiettivo del gioco triadico è quello di permettere ai tre componenti della famiglia di condividere momenti piacevoli e raggiungere momenti di condivisione sul piano intersoggettivo. L'LTP prevede quattro parti: 1) nella prima parte uno dei due genitori gioca con il bambino, mentre l'altro è semplicemente presente (2+1); 2) nella seconda parte è previsto uno scambio di ruoli tra i genitori: il genitore che in precedenza aveva assunto una posizione periferica gioca ora con il bambino, mentre il primo ricopre il ruolo passivo (2+1); 3) nella terza parte i tre membri della famiglia giocano insieme (3-insieme); 4) infine, nella quarta parte i genitori devono interagire tra di loro senza coinvolgere il bambino. Le quattro situazioni sono ordinate secondo una progressione naturale per determinare una scena di gioco triadico che fosse simile a una situazione di scambio narrativo.

Il setting prevede che i membri della famiglia siano disposti su delle sedie posizionate come se fossero ai vertici di un triangolo equilatero in modo che entrambi i genitori abbiano una posizione «pari» rispetto al bambino. Il bambino è posto su uno speciale seggiolino adattabile per dimensioni e inclinazione, ruotabile in modo da essere orientato di fronte a ciascun genitore, o posizionato al centro in modo da rimanere di fronte a entrambi i genitori con-

temporaneamente. La procedura può essere utilizzata con bambini che hanno età diverse: quelli di un anno sono posizionati in un seggiolone e hanno a disposizione giocattoli adatti per il gioco simbolico; quelli più grandi, che stanno seduti su una sedia normale, hanno una serie di bambole con cui devono creare una storia con l'aiuto dei loro genitori. È prevista un'applicazione anche durante il periodo della gravidanza e in questo caso viene richiesto ai genitori di «simulare» la prima interazione al momento della nascita con il loro bambino (personificato da una bambola). La famiglia è lasciata libera di decidere sia la durata complessiva del gioco sia quando passare da una fase all'altra, anche se viene invitata a rimanere entro la durata di 10-15 minuti. Le modalità con cui vengono prese queste decisioni rivela molte cose sulla coordinazione dei genitori.

L'obiettivo del gioco triadico, come abbiamo detto in precedenza, è quello di indagare la capacità di regolazione affettiva, condivisione e responsività empatica. Si parte dal presupposto che le relazioni hanno due versanti che sono tra di loro interconnesse: il versante interattivo che riguarda il comportamento osservabile ed è costituito da pattern di azioni e segnali tra i partner, quello intersoggettivo che riguarda il lato psichico intimo e comprende le intenzioni, i sentimenti e i significati condivisi tra i membri della famiglia. La famiglia viene considerata come un sistema costituito da una sottounità strutturante (co-genitoriale) e da una evolutiva (il bambino). La funzione della componente strutturante è di facilitare e guidare lo sviluppo del bambino, quella della componente evolutiva è di crescere e incrementare la propria autonomia.

Per raggiungere lo scopo triadico i membri della famiglia devono soddisfare tre funzioni tra loro interrelate: la partecipazione, l'organizzazione e la focalizzazione. A seconda del grado di coordinazione che raggiungono nel lavorare insieme per la realizzazione del compito, le relazioni nella famiglia possono essere descritte in termini di «alleanza familiare». Più le interazioni sono coordinate, più l'alleanza familiare risulta essere funzionale e questo tende a promuovere lo sviluppo socio-emotivo del bambino; nel caso opposto l'alleanza familiare risulta problematica, chiusa in schemi di reciprocità negative, con la conseguenza che il conflitto tra i genitori si esplicita sul bambino stesso e/o con la sua esclusione. In base a queste considerazioni, sono state evidenziate cinque tipi di alleanze familiari:

- *Alleanza familiare cooperativa*: i tre membri sono sintonizzati tra loro, condividono momenti di comunicazione affettiva, generalmente piacevoli o, comunque, i genitori sono in grado di mettere in atto stati riparativi sia nella figurazione tre-insieme sia in ciascuna delle altre configurazioni. Le alleanze di tipo cooperativo sono non facilmente riscontrabili nella normalità statistica della popolazione: si osservano di solito oltre il limite superiore del range normale.

- *Alleanza familiare in tensione più* (+): i membri della famiglia non sono sintonizzati a livello emotivo l'uno con l'altro. A questo livello si valuta se è tuttavia presente una comprensione empatica o se il clima affettivo è troppo negativo perché i genitori riescano ad aiutare adeguatamente il bambino a regolare i propri affetti: tendenzialmente si osserva una iperstimolazione o una ipostimolazione da parte loro.

- *Alleanza familiare in tensione meno* (-): uno dei membri della famiglia sta rivolgendo la propria attenzione altrove e non all'obiettivo del gioco, impedendo così il raggiungimento di un focus condiviso e mantenuto.

- *Alleanza familiare collusiva*: non tutti i membri sono nel proprio ruolo perché uno di essi sta interferendo o si sta astenendo oppure non vi è coordinazione nella terza fase, quella in cui è prevista l'interazione tutti e tre insieme. Spesso si osserva che il bambino ha un'«attenzione monogenitoriale», cioè si rivolge unicamente a uno dei due genitori. Di solito una situazione simile è tipica delle famiglie in cui è presente un conflitto non negoziabile tra i genitori e in cui il bambino ha assunto il ruolo di capro espiatorio o di mediatore (McHale, Fivaz-Depeursinge 1999).

- *Alleanza familiare disturbata*: i membri della famiglia non sono tutti inclusi nell'interazione e in questo caso non vi è la possibilità di raggiungere l'obiettivo. Per esempio, i genitori possono sistemare il bambino nel seggiolino in modo inadeguato, impedendogli in questo modo di interagire (holding[3] inappropriato). Spesso accade in questi casi che il malessere espresso dal bambino viene interpretato come risultato del maltrattamento da parte dell'altro genitore o come rifiuto da parte del bambino stesso. Questo tipo di alleanza si osserva spesso nelle famiglie in cui è presente una psicopatologia grave dei genitori, non sempre diagnosticata, in cui si ha un'inversione di ruoli e il bambino assume una posizione «genitorializzata» (Boszormenyi-Nagy, Sparks 1973).

3. La funzione di holding (Winnicott 1989) viene definita come quella capacità del genitore di sostenere e contenere mentalmente e fisicamente i bisogni del bambino, dando loro un'interpretazione e una risposta adeguata.

I risultati delle ricerche condotte con il paradigma dell'LTP hanno evidenziato un numero sufficiente di precursori delle strategie triangolari del bambino tanto da mettere in discussione la visione classica dello sviluppo (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery 1999): i bambini non solo discriminano le diverse configurazioni distribuendo in modo differenziato gli sguardi, ma la maggior parte di essi già a tre mesi alterna l'orientamento dello sguardo tra i due genitori diverse volte durante la seduta. Inoltre, nelle alleanze sufficientemente funzionali, pare che queste coordinazioni triangolari dello sguardo si verifichino principalmente nella situazione «tre-insieme» e durante le transizioni tra le diverse situazioni. La continuità di tali capacità interattive triadiche precoci nello sviluppo ha consentito di ipotizzare un percorso evolutivo di queste almeno parallelo e indipendente rispetto al percorso di quelle diadiche. Infine, sembra che il tipo di alleanza familiare che si instaura risulta abbastanza stabile non solo durante il primo anno di vita del bambino, ma anche fino ai 18 mesi di età (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery 1999; Favez, Frascarolo 2002; Weber 2002).

La procedura viene registrata e la codifica (Grille d'Evaluation Triadique du Centre de la Famille, GETCEF – Fivaz-Depeursinge *et al.* 2002) viene fatta attraverso l'analisi dei filmati basata sull'osservazione delle scale «partecipazione», «organizzazione», «attenzione focale», composte a loro volta da variabili graduate su scala Likert a 3 punti (range 0-2). Ognuna delle variabili viene valutata per ogni parte della procedura e i singoli punteggi sommati a formare il punteggio globale di «Alleanza familiare» (range 0-48) (Carneiro, Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge 2006). La codifica viene svolta da almeno due osservatori che devono dare un giudizio sulla base del sistema di codifica. Per questa ragione è importante che gli osservatori siano sottoposti a un training specifico che li formi a rilevare e giudicare le variabili considerate. È importante inoltre che sia calcolata l'attendibilità dei punteggi attribuiti attraverso il calcolo dell'indice k di Cohen, attraverso il quale è possibile calcolare la probabilità di accordo non imputabile al caso. Nelle ricerche finora condotte la validità del sistema e l'attendibilità delle codifiche sono risultate soddisfacenti.

Infine, l'utilizzo della registrazione permette l'utilizzo clinico del video feedback: i genitori possono rivedere il filmato e in tal modo si promuove e accresce la loro consapevolezza delle loro modalità di interazione, positive e negative (McDonough 1993; Bakermans-Kranenburg, Juffer, van Ijzendoorn 1998; Downing, Ziegen-

hain 2001). Il video feedback fornisce una doppia prospettiva sul funzionamento familiare: l'esperienza dell'interazione in tempo reale e quella rivista a distanza di tempo. Lo stesso accade anche per il terapeuta. È previsto anche un intervento diretto sulle interazioni, condotto all'interno del setting della consulenza e/o attraverso prescrizioni o rituali, che devono essere eseguiti a casa nel periodo che intercorre tra le sedute (Imber-Black, Roberts 1992), con lo scopo di innescare dei cambiamenti nei pattern di interazione problematici. È particolarmente indicato quando i genitori hanno una modalità di funzionamento alessitimica e sono poco inclini alla riflessione o quando la procedura non è stata vissuta come un'esperienza particolarmente positiva per loro.

Una critica che si potrebbe porre è che gli interventi si concentrano sulle modalità di comportamento, di condivisione e di grado di coordinamento della famiglia («famiglia praticante» – Reiss 1989) e non si interviene, invece, su quella che è la cosiddetta «memoria delle relazioni» che risiede principalmente nei modelli operativi interni (Bowlby 1980), ovvero sulla «famiglia rappresentata». Secondo Reiss (1989) è solo attraverso l'osservazione che si può accedere all'intersoggettività e gli schemi interattivi sono il punto di ingresso obbligatorio per arrivare alle rappresentazioni. Stern (1995) sostiene che l'interazione è la scena in cui si manifestano le rappresentazioni dei genitori. Analogamente, l'interazione è la scena in cui agiscono le rappresentazioni del bambino che influenzano direttamente i genitori. In questo senso la descrizione delle interazioni triangolari può essere considerato il primo passo per indagare un campo così complesso come quello delle rappresentazioni (Simonelli *et al.* 2009). Per questo motivo Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery (1999) considerano gli schemi interattivi che si possono osservare attraverso l'LTP come delle pratiche coordinate familiari che, secondo Reiss (1989) «riallineano la rappresentazione individuale con le pratiche di gruppo». Seguendo le famiglie nel corso del primo anno di vita del bambino, è possibile osservare come queste ritualizzano lo svolgimento della procedura e come i genitori facciano partecipare il bambino alle loro pratiche. In questo modo è possibile misurare la regolazione degli affetti, la capacità responsiva di tipo empatico e il modo in cui questi fattori sono legati alle motivazioni di calore, affettività e intersoggettività.

Come possiamo evincere da queste brevi descrizioni, il Lausanne Trilogue Play (LTP) può essere considerato uno strumento di osservazione, diagnosi e intervento, in grado di valutare e fornire una

classificazione della dimensione relazionale che caratterizza il disagio o il disturbo psicopatologico durante lo sviluppo del bambino e dell'adolescente, prendendo in considerazione non solo il rapporto madre-figlio, su cui si focalizzano altri strumenti sopracitati, ma il rapporto con entrambi i genitori. In questo modo i professionisti che lavorano nell'ambito della genitorialità avranno non solo una visione della relazione diadica che ciascun genitore instaura con il proprio figlio ma anche di quella triadica, con la possibilità di valutare quanto il senso di cooperazione e di coinvolgimento influenzi e favorisca lo sviluppo del bambino. Sappiamo dalla letteratura come il livello diadico e quello triadico contribuiscono in modo diverso al funzionamento familiare (McHale, Cowan 1996; McHale, Fivaz-Depeursinge 1999) e, pertanto, è importante avere una valutazione di entrambe le modalità di interazione familiare. Questo può far pensare a possibili sviluppi di tali tecniche non solo nei confronti della coppia con bambino, ma anche più globalmente riguardo alla famiglia.

9.3. UN ASSESSMENT ANCHE PRENATALE

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

Gli studi finora condotti (Favez, Frascarolo, Fivez-Depeursinge 2006; Favez *et al.* 2006) mostrano che il tipo di alleanza familiare che si instaura tra la triade rimane stabile per tutto il primo anno e mezzo di vita del bambino (Weber 2002): poche ricerche hanno invece cercato di indagare quando queste modalità di funzionamento si caratterizzano, se alla nascita del bambino stesso o, come invece è ipotizzabile, prima, durante il periodo della gravidanza, nella fase di transizione alla genitorialità (Carneiro, Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge 2006). Sebbene la gravidanza rappresenti un evento naturale del ciclo di vita della donna, in particolare la prima gravidanza si configura come una fase critica – una «crisi evolutiva» – che implica profondi cambiamenti psicologici, somatici e sociali (Deutsch 1945; Bibring 1959, 1961; Pines 1972, 1982; Ammaniti 1992). Stern (1995) definisce «costellazione materna» questa condizione di riorganizzazione della vita psichica della donna, caratterizzata da profondi cambiamenti delle rappresentazioni di sé come persona, moglie, figlia, madre. L'attesa di un bambino è un periodo

di «trasparenza psichica» per la donna incinta (Bydlowski 1997), ma anche di riadattamento delle relazioni all'interno della famiglia: entrambi i genitori si preparano psicologicamente alla genitorialità e alla relazione con il bambino atteso, attraverso la costruzione progressiva di un'immagine del bambino, il cosiddetto «bambino della testa», o «bambino nella notte», o «bambino immaginario» (Soulé 1982; Vegetti Finzi 1990; Bydlowski 1997), che poi dovrà fare i conti con il «bambino reale» alla nascita. Nonostante questo, le ricerche si sono principalmente focalizzate su quelle che sono le rappresentazioni materne sul bambino in pancia, mostrando come esse siano predittive della relazione madre-bambino dopo la nascita. Pochi sono invece i lavori che hanno indagato le rappresentazioni paterne e, ancora meno, quelli relativi alle rappresentazioni dei due genitori insieme. Si può citare la ricerca di Bürgin e Von Klitzing (1995) che mostra come le rappresentazioni triangolari dei genitori (padre e madre) durante la gravidanza siano predittive del posto che essi offriranno al bambino nelle interazioni triadiche a quattro mesi dopo la nascita. Altri studi hanno messo in luce l'influenza della relazione coniugale (Gottman, Katz 1989; Cowan, Cowan 1992) e l'impatto della coppia genitoriale – per distinguerla dalla coppia coniugale (Katz, Gottman 1996; McHale, Cowan 1996; McHale, Fivaz-Depeursinge 1999) – sullo sviluppo del bambino. Questo concetto, chiamato co-genitorialità, è stato sottolineato anche dalla teoria di Minuchin (1974) e si riferisce alla qualità dell'accordo tra adulti nel loro ruolo di genitori (McHale, Cowan 1996; Belsky, Kelly 1994).

Anche se dai risultati delle ricerche emerge come la relazione coniugale abbia un impatto sulla qualità di parenting, in realtà non tutte le coppie con difficoltà coniugali agiscono il conflitto nel contesto della co-genitorialità, o anche non tutte le coppie con difficoltà co-genitoriali hanno problemi a livello coniugale. Alcune ricerche hanno però dimostrato che il «calore familiare», inteso come la manifestazione di affetto e tenerezza tra i genitori e verso il bambino, ha correlazioni forti con lo sviluppo socio-emotivo del bambino e con le successive interazioni con i pari (McHale, Cowan 1996; McHale, Krasnow, Slavick 1997; McHale, Fivaz-Depeursinge 1999). Ritornando al periodo prenatale, un recente studio di McHale (McHale *et al.* 2002) ha mostrato una forte associazione tra le aspettative prenatali dei genitori sul futuro processo familiare e il funzionamento co-genitoriale osservato nelle interazioni triadiche dopo la nascita.

Supponendo quindi che la co-parentage si fondi già durante la gravidanza, Carneiro e i suoi collaboratori (2006) hanno cercato il modo di predire da questo periodo la qualità dell'alleanza genitoriale una volta che il bambino sia nato, utilizzando il paradigma dell'LTP (adattandolo per la situazione prenatale). Se l'alleanza familiare è già in formazione tra i genitori durante la gravidanza, si tratta allora di osservare la cooperazione, definita «alleanza prenatale co-genitoriale», tra i futuri genitori a proposito del figlio che dovrà nascere. In questo caso ai futuri genitori viene chiesto di immaginare e simulare il loro primo incontro con il proprio bimbo, rappresentato da una bambola che ha il corpo di un neonato, ma senza un volto definito.

L'alleanza prenatale co-genitoriale è stata valutata dagli autori (Carneiro, Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge 2006) utilizzando cinque scale: a) la giocosità co-genitoriale, cioè la capacità da parte della coppia di creare uno spazio giocoso e di co-costruire un gioco; b) la struttura del gioco, cioè la capacità della coppia di strutturare i quattro momenti del gioco in base alla consegna; c) i comportamenti genitoriali intuitivi individuati dalla letteratura (Papousek, Papousek 1987) nell'holding e orientamento «en face», nella distanza di dialogo, nel baby-talk e/o nei sorrisi diretti al bambino, nello accarezzare e/o nel cullare, nell'esplorazione del corpo del bambino e, infine, nella preoccupazione per il benessere del bambino; d) la cooperazione di coppia, cioè il grado di cooperazione attiva tra i genitori durante il gioco, a livello comportamentale; e) il calore familiare, cioè il grado di affetto e umorismo condiviso dai partner durante il gioco.

È stato anche valutata la soddisfazione coniugale a livello prenatale utilizzando la Dyadic Adjustment Scale (DAS – Spanier 1976) e l'alleanza familiare postnatale utilizzando l'LTP postnatale presentato in precedenza.

Dai risultati di questo importante studio è emersa una correlazione significativa tra il grado di coordinazione della coppia a livello prenatale e il livello di coordinazione familiare postnatale. In particolare, le dimensioni che sono risultate significativamente correlate con l'LTP postnatale sono state i «comportamenti intuitivi genitoriali» e il «calore familiare», cioè quelle importanti nella coordinazione con il bambino reale. Tra l'altro il fatto che entrambi i genitori siano in grado di attivare i «comportamenti intuivi» prima della nascita, fa pensare rispetto all'idea diffusa del cosiddetto istinto materno. È vero che i padri che partecipano a questo tipo di ricerche sono poco rappresentativi dei padri in generale perché più motivati, ma è altrettanto vero che quando i padri si ritrovano nel ruolo di caregiver primario

mostrano le competenze genitoriali necessarie (Palmeri 1989). In linea con questa lettura, alcuni autori (Lamb, Oppenheim 1989) sostengono l'idea che il motivo per cui le madri risultano più sensibili, in sintonia e capaci di adeguarsi maggiormente ai bisogni del loro bambino, risieda nel fatto che le madri se ne occupano di più rispetto ai padri.

È emersa, inoltre, anche una correlazione significativa tra la soddisfazione coniugale e l'alleanza co-genitoriale prenatale, ma solo per i mariti. Wang e Crane (2001) hanno interpretato queste differenze in termini di ruolo che gli uomini hanno rispetto alle donne nella maggior parte delle culture: mentre le madri sono considerate le principali caretaker dei loro bambini, i padri hanno invece principalmente la responsabilità del sostegno economico della famiglia. Pertanto, secondo questi autori, le madri tendono a impegnarsi di più nelle relazioni co-genitoriali e genitoriali, a dispetto della soddisfazione coniugale, mentre solo i padri con un'alta soddisfazione coniugale si impegnano di più anche in quella genitoriale. In questo studio (Carneiro, Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge 2006) è emerso che la soddisfazione coniugale misurata a livello prenatale è correlata con l'alleanza co-genitoriale prenatale; non si è però trovata la stessa relazione con l'alleanza familiare postnatale (anche se bisogna dire che non risulta misurata la soddisfazione coniugale a livello postnatale).

Tutto ciò può far pensare a come la soddisfazione sessuale possa risultare collegata a una emozione di cui fanno parte immagini e fantasmi generativi (Imbasciati, Buizza 2011): una loro assenza o minor pregnanza indicherebbe vissuti scissi, forse perversi, del piacere sessuale, più evidenti negli uomini rispetto alle donne, che spiegherebbe i dati delle ricerche sopramenzionate.

I risultati della ricerca della Scuola di Losanna (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery 1999) hanno dimostrato la necessità di sviluppare strumenti di assessment che indaghino la famiglia anche prima del suo formarsi, a livello prenatale, in modo da poter essere in grado di rilevare le risorse e le vulnerabilità della coppia prima dell'arrivo del primo figlio e, quindi, di poter intervenire in un'ottica di prevenzione. Lo strumento può essere utilizzato sia come procedura di valutazione clinica, sia come vero e proprio intervento terapeutico (Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge 2001; Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, Keren 2004). E forse potrebbe essere utilizzato per valutare la bontà di un assortimento di coppia prima che questa decida di fare un figlio.

CAPITOLO 10

LA COMUNICAZIONE AFFETTIVA ALLE ORIGINI DELLO SVILUPPO NEUROMENTALE

Antonio **Imbasciati**

10.1. COSA E COME IMPARA IL BAMBINO?

Antonio Imbasciati

Ci sono voluti secoli perché il genere umano arrivasse a capire che le facoltà mentali non sono un dono della Natura ma dipendono da ciò che l'individuo ha imparato: qualche altro secolo per capire che le capacità «mentali» comprendevano anche quelle, meno chiare alla consapevolezza del soggetto, che gli uomini avevano variamente denominato come intuizioni, sentimenti, affettività, carattere o, in una parola omnicomprensiva, anima, o meglio «psiche»; decenni per intuire e poi capire che anche queste dipendevano dall'aver «imparato», e che anche quanto veniva denominato istinto era, per l'homo sapiens, frutto di qualche apprendimento (Imbasciati, Ghilardi 1989; Ghilardi, Imbasciati 1990). Ma quando tale apprendimento? E, soprattutto, come?

Il problema, falso problema, era che fin quasi a un secolo fa si considerava «apprendimento» quello che un soggetto relativamente adulto imparava con le parole o comunque con queste lo sapesse esprimere. Quanto un bimbo impara a fare prima di saper parlare ed esprimersi, nella considerazione scientifica dell'epoca, non veniva considerato: non si sapeva, in effetti, come individuarlo con sufficiente precisione, tanto meno valutarlo, se non misurarlo, e si escludeva pertanto dal campo di indagine che si pensava riguardasse specificatamente l'apprendimento. Implicitamente

si pensava che un vero apprendere potesse accadere solo dopo una certa età, quando un bimbo aveva acquisito il linguaggio. D'altra parte si concepiva l'apprendimento come un acquisire dentro la mente qualcosa che stava fuori in maniera fedele: si parlava infatti di apprendimento errato, se tale supposta corrispondenza biunivoca non si verificava. Né si conosceva che apprendere significa trasformare ciò che si percepisce. Alla stessa stregua si considerava la memoria. Non si aveva idea che apprendere, anche nel caso in cui ciò che è appreso appaia identico a ciò che si doveva e intendeva apprendere, sempre comunque comporta una discrepanza. Apprendere è sempre una trasformazione, più o meno evidente ma sempre esistente, ovvero come diciamo oggi un'elaborazione di un'esperienza dalla quale l'individuo «impara». Con tale concezione, necessariamente si collocava l'apprendimento a una età in cui il linguaggio del soggetto ce lo poteva descrivere.

Parimenti si considerava la memoria: anche qui si parlava di memoria esatta o veritiera e di memoria errata, come difetto di memoria, o «non memoria». Ovvero ciò che il soggetto ricordava e che si poteva accertare come corrispondente a ciò che era stato appreso, visto, udito, era considerato effettiva memoria, altrimenti era una falsa memoria o un difetto di memoria. Il senso della parola «memoria» coincideva con quello di ricordo: si vedono al proposito gli studi di Ebbinghaus (1885) e quanto ne seguì per mezzo secolo; e per contro si consideri lo stupore destato dagli studi di Musatti sulla psicologia della testimonianza (Musatti 1964). D'altra parte si considerò la memoria come immagazzinamento statico e non come continua trasformazione; e ciò malgrado il rilievo freudiano della *nachtraglichkleit*.

Ragion di tutto ciò era che si considerava la mente come coincidente con la coscienza, e di conseguenza la memoria coincidente col ricordo; né si considerava mentale, tanto meno appreso, tutto ciò che alla coscienza appariva nebuloso nelle sue origini, come sentimenti, affetti, carattere (cfr. par. 1.1).

Si pensava che quanto appreso dovesse essere noto al soggetto, cioè cosciente. Il pensiero stesso veniva supposto coincidesse con la possibilità di esprimerlo con la parola. Questo e quella apparivano, se non un dono di Dio, eventi del tutto naturali[1]. Con tali

1. Federico II di Svevia, detto «stupor mundi», nel secolo XIII ordinò che un gruppo di bambini fosse allevato da nutrici che non parlassero mai: pensava che in tal modo sarebbe comparsa la lingua originale, infusa da Dio prima che con la Torre di Babele punisse l'uomo con la confusione delle lingue. Quei bimbi divennero pazzi.

presupposti, difficile era focalizzare l'indagine scientifica su come e quando un bimbo imparasse a fare certe cose assai prima che acquisisse linguaggio e coscienza.

L'intelligenza, si pensava, attribuita per natura all'homo sapiens, si sviluppava «per natura», appunto, generando quanto macroscopicamente si constatava e quanto alla coscienza appariva. Al di fuori di questa null'altro si supponeva esistere, riguardo a quanto veniva chiamato mente.

Eppure, se si fosse interrogato il senso comune, soprattutto delle donne, delle mamme, se ne sarebbe ricavata l'idea che ancor prima di parlare il bimbo impara: impara a fare, e a riconoscere, e che ogni bimbo impara a suo modo. Il fatto è che nel clima positivistico sia il senso comune, sia anche l'opinione femminile, non erano considerati area di osservazione donde trarre idee da sviluppare scientificamente: la Scienza, fatta inoltre da uomini e non da donne, doveva procedere per rigorosi esperimenti. E d'altra parte il presupposto dell'imperio assoluto della coscienza (e di ciò che a questa appariva volontà), e la coincidenza del mentale col cosciente, erano a priori scontati, indiscussi, secondo la tradizione filosofica dell'occidente. E ancora per molto tempo, dopo le intuizioni di alcuni (pochi) filosofi e le scoperte di Freud su un mentale inconscio, si continuò a escludere da queste la considerazione di un apprendimento e della memoria. La stessa psicoanalisi per cinquant'anni dalla sua nascita non considerò l'apprendimento. D'altra parte vien da pensare, a proposito di queste radicate idee sull'apprendimento e il linguaggio, al fatto culturale che gli uomini non si occupavano di bambini piccoli, salvo qualche conversazione quando fossero stati più grandi[2].

A questi presupposti imperanti offrirono conferma genetica e neurologia. Gli esordi della genetica, dando una spiegazione all'enorme variabilità interindividuale, fecero supporre che fosse il corredo genico a condizionare, in qualche modo, il fatto che un bimbo, prima del linguaggio e di una qualche consapevolezza di sé, dimostrava di aver gradualmente acquisito sue peculiari capacità. Ma la spiegazione genetica non spiegava affatto il «come» un bimbo avesse imparato: pertanto, se nel senso comune si poteva anche dire che il bimbo preverbale aveva «imparato» qualcosa anche prima, in un ambito che scientificamente potesse essere preci-

2. O forse gli scienziati di un tempo, vista la loro estrazione culturale e l'abitudine del baliatico o altre consuetudini, erano più alessitimici di oggi?

sato non lo si considerava alla stregua di un vero «apprendimento», come quelli che si osservarono nelle epoche successive. Insomma si sottintendeva che era ancora la Natura a condizionare, se non più a determinare, lo sviluppo iniziale di capacità cognitive. Anche la neurologia contribuì a questo sottinteso, col concetto di «maturazione», mentale e cerebrale in particolare. Oggi si sa invece che questa «maturazione» del cervello è in massima parte generata da apprendimenti (cfr. cap. 1).

Progredendo la genetica (vedi il concetto di espressività genica) e le neuroscienze, e in genere la metodologia e gli strumenti, l'occhio degli scienziati si focalizzò gradualmente sulle prime epoche della vita, prima dell'acquisizione del linguaggio, all'epoca cioè in cui già il senso comune sapeva che un bimbo piccolo impara, a fare tante cose e senza esserne consapevole, ma su cui la scienza non aveva fino allora potuto indagare, per poter definire un apprendimento a pieno titolo: non si erano ancora congegnati setting sperimentali idonei a dimostrare le modalità e le entità di ciò che poteva essere considerato appreso. Insomma tradizione filosofica e religiosa, costumi maschilisti, genetica e la prima neurologia, con la mancanza di idonei strumenti di indagine avevano prodotto l'esclusione, quasi la scotomizzazione, dei primi apprendimenti dal campo della scienza, favorendo in tal modo altre alternative spiegazioni o pseudospiegazioni, con il sottinteso di ascriverle alla Natura. Per contro il pensare che un difettoso o distorto sviluppo psichico di un bimbo potesse essere dovuto al fatto che il neonato non avesse potuto imparare bene quanto di solito un bimbo apprende, nei genitori genera colpa, e angoscia, e di qui perplessità e resistenza ad assimilare quanto oggi ci dice la scienza. Ciò è oggi di attualità, nella difficoltà dei genitori a capire come avviene lo sviluppo del loro bimbo, e ciò che è avvenuto nei primi suoi apprendimenti, eventualmente deficitari, nonché nella difficoltà degli operatori a saper modulare il loro aiuto in modo adeguato alle capacità di comprensione dei genitori con le loro inevitabili angosce.

Il neonato dunque «impara», oggi affermiamo, considerando l'apprendimento come qualunque acquisizione di nuove anche se minime capacità: di percepire, di fare, di riconoscere. Si parla di neonato competente, e anzi si considera come tale competenza sia acquisita prima della nascita: si studia l'apprendimento fetale (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007). Alla nascita il neonato è già «competente»: di molte competenze, compresa quella di collaborare con la madre nell'espletamento del parto. E non si tratta di uno svi-

luppo generato semplicemente dalla genetica. Ogni sviluppo psicomotorio presente alla nascita è frutto di un apprendimento fetale: ancor più chiaramente è acquisito per apprendimenti l'insieme delle competenze che l'infante dispiega nei primi mesi dopo la nascita. Ogni sviluppo, psichico e psicosomatico, non è più oggi considerato frutto del programma genetico: la «maturazione» neurologica è frutto di apprendimenti: sono questi che strutturano le reti neurali (Imbasciati 1997a, 2008b; Imbasciati, Cena 2010; Imbasciati, Margiotta 2005; cfr. anche cap. 1).

L'apprendimento primario è sostenuto da una memoria che fa capo al sistema neurale dell'amigdala e al cervello destro, cioè alle zone neurali che costituiscono il «cervello emotivo», che sono attive da prima della nascita e che fino ai due anni di vita sono la sede pressoché esclusiva delle elaborazioni mnestiche che presiedono all'apprendimento stesso. Solo dopo il secondo anno entra in funzione un altro sistema neurale mnestico, incentrato sull'ippocampo, che coinvolgerà l'emisfero sinistro e che riguarda quella parte di memoria che, trasformata, può essere ricordata; al contrario la memoria primaria, detta implicita, non potrà mai essere ricordata. Essa però resta presente e attiva lungo tutto il corso della vita e orienterà tutto il comportamento, e in particolare quello relazionale, dell'individuo.

Gli equivoci del senso comune su apprendimento e memoria sono radicati nell'abitudine a considerare «mentale» solo ciò che è cosciente, e verbalizzabile, cioè a identificare la mente con le attività coscienti. Al contrario il lavoro mentale è in massima parte inconscio. Le neuroscienze hanno dimostrato come tutto il cervello destro regoli il sinistro: vale a dire che l'attività psichica inconsapevole dà origine a ciò che può essere coscientizzato (Schore 2003a, b), e inoltre ciò che può essere cosciente, e ricordabile, può essere del tutto in contrasto con le elaborazioni del cervello destro. Il convincimento che i propri ricordi siano veri, così come il sentimento di essere autori dei nostri pensieri, delle nostre decisioni, o dei nostri atti volontari, sono illusori e ingannevoli (Merciai, Cannella 2009). È la nostra mente non consapevole che ci governa, e che imprime la nostra condotta. Wegner (2003), sviluppando gli esperimenti degli anni sessanta di Libet, afferma che «il cervello causa sia il pensiero sia l'azione e lascia all'individuo l'inferenza che il pensiero abbia causato l'azione» (Merciai, Cannella 2009: 104). In altri termini l'autore ridimensiona il concetto di libero arbitrio: la nostra mente inconsapevole (=cervello) determina la nostra condotta,

che invece alla nostra consapevolezza appare come frutto della nostra volontà e delle nostre decisioni. La nostra mente cosciente può al massimo inibire, secondo questo autore, ma non determinare, ciò che crediamo di poter decidere. Tradotto grosso modo in termini neuroscientifici, è la nostra mente inconsapevole che decide, ma non per caso, bensì per come essa funziona, ovvero per la struttura con cui si costruì negli apprendimenti, soprattutto primari. Questa mente è la stessa che elabora ciò che viene denominato emozioni: il cervello emotivo, o intelligenza emotiva (Goleman 1995). La struttura neurale che vi presiede viene a essere costruita sulle esperienze perinatali.

Rilievo ancor maggiore hanno allora le attuali ricerche su come il neonato e il bimbo piccolo imparino. Tale studio è stato reso possibile dalla ricerca sperimentale che si è avvalsa progressivamente di nuovi strumenti. Il primo fu la metodica dell'Infant Observation psicoanalitica, introdotta dalla Bick (1964). Gli sviluppi successivi sono dati dal ricchissimo filone che va sotto il nome di Infant Research e che trae le sue origini dalla Teoria dell'Attaccamento di Bowlby, quale sviluppata con set sperimentali delle sue allieve: tra queste spicca la Ainsworth con la sua famosa «Strange Situation». Molti altri studiosi hanno preso l'avvio da queste prime sperimentazioni, moltiplicando l'invenzione di situazioni sperimentali che sempre più hanno permesso di chiarire come il bimbo impari. Ultimamente le tecniche di videoregistrazione hanno permesso una maggior attendibilità delle osservazioni, la cui validità viene poi tarata da procedure di follow up.

Il dato fondamentale comune, emergente da tutta questa quantità di diverse ricerche, è che il bimbo impara dai suoi care-giver in funzione della loro struttura psichica profonda e delle possibilità situazionali e sociali in cui essi la possono esplicare nell'accudimento del bimbo.

Ciò che viene chiamato struttura psichica profonda è quanto maturato nei primi anni di vita dal cervello emotivo: dunque un caregiver funzionerà nell'accudimento dei piccoli secondo quanto il suo cervello emotivo (formatosi sulla base delle vicende di quando egli stesso era piccolo) gli detta; e ciò a propria insaputa, giacché il cervello emotivo con la sua memoria implicita è al di là della consapevolezza.

Questo significa che non valgono le buone intenzioni e la buona volontà per bene accudire i propri piccoli perché questi sviluppino un buon cervello e una mente ottimale: sarà invece la strut-

tura inconscia del genitore che vi agirà, automaticamente e al di là di quanto il caregiver se ne possa accorgere, nel bene o nel male. Questo vuol dire che, se la struttura primaria del genitore è disfunzionale, la mente del bimbo si svilupperà difettosamente: il genitore trasmette ai figli quello che ha, non quello che vorrebbe. E questi lo trasmettono a loro volta ai propri figli. È questa la transgenerazionalità (Imbasciati 2008b, c; Imbasciati, Cena 2010).

10.2. LA MODULAZIONE MATERNA

Antonio Imbasciati

Si studia oggi come una madre, un caregiver, a seconda delle proprie capacità emotive può far imparare – si potrebbe dire «insegnare» – al suo bimbo. È appunto questo il tema centrale dell'Infant Research, imperniato sulla qualità del dialogo non verbale madre/bambino e su cosa e come in questo dialogo passa, e come esso viene assimilato dal bambino che in tal modo sviluppa la sua mente.

Quanto nel senso comune è stato chiamato «affettività» o «capacità affettive» della madre, o «comunicazione di affetti» ritenuti fattori favorenti lo sviluppo fisico psichico e psicosomatico del neonato, nonché quanto sotto termini psicoanalitici di dinamica affettiva è stato rilevato dalla psicoanalisi infantile (Vallino 1998, 2002, 2007, 2009; Vallino, Macciò 2004), nonché ancora quanto rilevato in termini cognitivo-comportamentali dalla maggioranza delle ricerche sperimentali (dalla Ainsworth fin quasi ai giorni nostri), è in realtà un complesso dialogo di comunicazioni che strutturano il cervello: del bambino, e anche della madre. Su tale concetto cardine è strutturato tutto il nostro presente testo. Poiché spesso, malgrado le attuali conoscenze scientifiche nonché quanto dal nostro libro fin qui ricavato, gli operatori dell'infanzia, o meglio tutti i vari operatori della perinatalità, continuano a ragionare e ancor più ad agire in termini rozzamente affettivi e con ciò scivolano e vengono riassorbiti dal riduzionismo di concetti del senso comune (cfr. par. 4.1), riteniamo necessario, a scopi didattici, continuare a sottolineare come «affettività» significhi comunicazione che struttura il S.N.C. E ciò anche per gli adulti. E come tale strutturazione significhi apprendimento; così come ogni altra capacità riscontrata.

A seconda delle proprie capacità, un caregiver è di più o di meno in grado di capire i messaggi espressigli dal bimbo (e anche dal feto) e di rispondergli, in misura adeguata e congruente (vero dialogo, sintonico) oppure in maniera disordinata, disorganizzante, intrusiva, o di rispondergli deficitariamente, o di non rispondergli affatto (come accade per esempio alle madri depresse). A seconda di tali capacità della madre, suo figlio risponderà: in tal modo si instaura un dialogo, che potrebbe essere vero dialogo, che favorisce l'apprendimento del bimbo, e costruisce le sue funzioni neuromentali, in modo più o meno ottimale, ma potrebbe anche essere uno pseudo-dialogo, difettoso, deficitario, incongruente, sfavorente la costruzione della mente (delle relative reti neurali) del bimbo stesso (Imbasciati 2006a, b); al limite potrebbe essere patogeno.

Questo dialogo, nel bene e/o nel male, viaggia sulla comunicazione non verbale della madre e del bimbo che intercorre, sempre e comunque, automaticamente e al di là della consapevolezza, nelle interazioni che compongono quanto viene chiamato accudimento. Sguardi, intonazione di voce e altre sonorità, espressività facciale e soprattutto l'insieme tattile-motorio, nonché la modulazione olfattiva (e gustativa nell'allattamento al seno) emessa dalla madre che si occupa del figlio, costituiscono i veicoli materiali di messaggi: sono i significanti di significati che vengono trasmessi.

Per significare, cioè trasmettere davvero un messaggio, è indispensabile che tali significanti siano adeguatamente codificati dall'emittente e compresi, cioè adeguatamente decodificati dal ricevente; e così le risposte (cfr. par. 7.2). Codifica e decodifica possono avvenire in sintonia: la madre possiede la capacità di emettere configurazioni sensoriali adeguate alle capacità di comprensione del bambino in quel momento (capacità di decodifica) e per far questo deve possedere anche la capacità di capire (decodificare) i significanti da lui emessi , cioè quello che in parole povere il «bambino gli vorrebbe dire», o «quello che il bambino vuole». Questa situazione ottimale non sempre però avviene: la madre può non possedere le suddette capacità, o averle parzialmente, o essere nella situazione momentanea di non poterle esplicare, per cause esterne o interiori. Così, a seconda della gradualità di tale capacità, il dialogo può essere positivo e favorire lo sviluppo, piuttosto che negativo e patogeno (cfr. parr. 4.2 e 4.3).

L'accudimento, pertanto, non è il semplice provvedere alle necessità materiali (cibo, pulizia) del bimbo, ma contiene in sé la matrice di quello che sarà lo sviluppo neuro-mentale di *quel* bimbo.

Quanto sopra descritto in termini di comunicazione può essere espresso dal termine «cure materne», evitando però le mistificazioni di cui abbiamo discusso al capitolo 4, e che spesso accadono nella cultura degli operatori perinatali (Imbasciati 1997b, 2008b). Questo vale anche per ciò che è contenuto nel termine «relazione», o meglio «qualità della relazione» madre/neonato: anche qui avvengono abusi nell'operatività degli operatori, che in tal modo inconsapevolmente non vedono le loro deficienze formative[3].

Quanto sopra è convalidato oggi dalle neuroscienze: si tratta della «Affect Regulation», piuttosto che della «Affect Disregulation», che producono rispettivamente il «Repair of the Self» piuttosto che i «Disorders of the Self» di cui parla Schore (2003a, b); così come è stato detto e che qui ripetiamo. Gli affetti non sono un surplus per lo sviluppo, come purtroppo ancor oggi molti operatori credono, o comunque esplicano tale credenza negandosela in coscienza ma imprimendola nel loro comportamento professionale. Gli affetti sono la strutturazione, la costruzione (Imbasciati 2006b) del cervello emotivo, di cui abbiamo delineato l'importanza per tutto lo sviluppo del bimbo e del futuro individuo. Sviluppo anche somatico, psicosomatico, giacché il cervello emotivo è direttamente connesso con le funzioni cerebrali della base (ipotalamo soprattutto) che regolano il S.N.V., l'assetto ormonale, il sistema immunitario, la riproduzione cellulare. Il cervello emotivo è il regolatore psicobiologico dello sviluppo, così come fu dimostrato salientemente nella sperimentazione animale (Hofer 1981, 1983; Taylor 1987) e poi confermato nell'uomo.

Qui di seguito, richiamando lo schema che al capitolo 4 riassumeva l'intreccio delle diverse ricerche nello studio della perinatalità (fig. 1), nonché gli schemi relativi alle cosiddette cure materne e al loro effetto transgenerazionale (fig. 2 e fig. 3), riteniamo utile aggiungere due ulteriori tabelle visivamente riassuntive.

3. In verità è questo un piccolo ma significativo esempio di come difficile sia nella nostra attuale cultura sanitaria organizzare un'adeguata formazione degli operatori: formazione innanzitutto emotiva, e pertanto attuata attraverso le forme che le scienze psicologiche hanno studiato; forme tutt'altro che di apprendimento tradizionale.

Cosa si intende per RELAZIONE?

Insieme di messaggi non verbali inconsapevoli
che intercorrono tra due strutture mentali.
Corrisponde a elaborazioni mentali del cervello emotivo,
con prevalenza corticale destra, in diretta connessione
con l'asse ipotalamo ipofisario e il S.N.V.
Effetti psicosomatici.

Quali sono gli EFFETTI?

Positivi o negativi a seconda della capacità strutturante,
piuttosto che destrutturante e confusiva,
di ciò che intercorre nel dialogo (o pseudo dialogo)
rispetto alla costruzione (o decostruzione)
delle strutture mentali dei due dialoganti.

Fig. 6. La relazione.

CURE MATERNE

- Significati veicolati dai significanti emessi dalla madre
- Correlati alla struttura psichica primaria della mente materna
- Modulati dalle capacità della mente materna di sintonizzare (rêvérie) coi messaggi emessi dal bimbo
- Assimilabili dalla mente neonatale a costituire la struttura mentale primaria del bimbo

NON CONSISTE NELLE CURE E PREMURE FISICHE
NÉ NELLA PRESENZA ASSIDUA

EFFETTI

- **Positivi** nella misura in cui i significanti emessi dalla madre corrispondono a significati precisi e gli uni e gli altri costituiscono risposte adeguate (vero dialogo e non pseudo-dialogo) rispetto ai significanti e significati emessi dal bimbo, a un livello di elaborazione compatibile con le capacità di assimilazione e elaborazione in quel momento in atto nella funzionalità della mente neonatale.
- **Negativi** nella misura in cui i significati materni non hanno corrispondenza precisa con rispettivi significanti, non costituiscono risposta adeguata ai significati espressi dal neonato (significanti non compresi) e non sono assimilabili dalle capacità mentali del neonato in quel momento.

Fig. 7. Le cure materne.

10.3. DI GENERAZIONE IN GENERAZIONE

Antonio Imbasciati

Visto che gli eventi psicologici descritti hanno tutti il loro corrispettivo neurale e che questo, sia pur modificantesi, può trasmettersi dai caregiver ai piccoli entrando nella loro struttura psiconeurale di base che a sua volta potrebbe essere trasmessa ai figli dei figli (cfr. par. 4.5), inderogabile è considerare tale trasmissione agli effetti dell'applicazione di quanto i citati studi sulla perinatalità ci imporrebbero, e cioè l'impostazione, culturale e applicativa, di un'adeguata assistenza alle gestanti.

Secondo quanto esposto, vi sono donne con una struttura che comporta mediocri o scarse capacità di accudimento, o addirittura che con l'accudimento esercitano effetti negativi sulla strutturazione della mente dei figli: questo può innescare un circuito transgenerazionale vizioso, per cui la negatività, o patologia, può venire ad aumentare di generazione in generazione. Per queste donne coi loro bambini occorrerebbe poter fare qualcosa che limitasse tale circuito negativo. Ma ci sono anche donne che, con una sufficiente dotazione per esplicare un discreto accudimento, vengono a trovarsi sfavorite nell'esplicarlo da circostanze sociali, culturali, economiche, nonché da influenze negative che un'organizzazione sociosanitaria inadeguata può, paradossalmente, ma di fatto esercitare.

Per la prima categoria occorrerebbe poter disporre di organizzazioni in grado di erogare un'assistenza psicologica adeguata a quest'area. L'impresa è tutt'altro che facile, trattandosi di strutture mentali primarie: per poterle modificare occorrerebbe un lavoro superspecialistico e di una lunghezza incompatibile con la stessa durata della gestazione. Tuttavia un appoggio specialistico di uno psicologo clinico in équipe con ginecologi e ostetriche, durante la gestazione e almeno sei mesi dopo il parto, potrebbe far sì che la donna sia facilitata a esprimere nell'accudimento il meglio della sua struttura pur difettosa che sia, nonché possa avere tutti gli agi che un'organizzazione assistenziale potrebbe offrirgli in questo suo non facile compito, e una rete sociale che altrettanto possa aiutarla.

Qui entriamo nel problema che concerne anche quelle altre gestanti, quelle che per la loro struttura interiore avrebbero capacità sufficienti (se non proprio ottimali, ma forse anche queste meriterebbero di trovare un terreno più favorevole) di accudire ef-

ficacemente il proprio bimbo: accade infatti spesso che l'ambiente familiare, sociale, culturale, economico, nonché gli stessi servizi assistenziali, sociali e sanitari, che pur dovrebbero garantire che la donna potesse esplicare al meglio la propria capacità, invece di fatto la ostacolano, se non addirittura la impediscono; sfavorendo la sua possibilità di avere sufficiente e confortevole accesso al proprio neonato, in modo che la capacità posseduta possa esplicarsi e trasmettere al figlio quello che di «buono» ha la madre. Per un accesso sufficiente e confortevole è indispensabile un'atmosfera dell'organizzazione assistenziale che non semplicemente permetta fisicamente l'accesso, in un ambiente arredato in modo confortevole, ma che condivida empaticamente questa necessità della madre (e del padre): l'*organizzazione* emana essa stessa messaggi non verbali che possono essere del tutto in contraddizione con ciò che fisicamente permette; e talora anche con ciò che prescrive.

Servizi di questo genere, credo che ne esistano ben pochi in Italia. Ragioni di questa carenza vengono addotte invocando cogenze maggiori, rispetto alla generale penuria di risorse economiche. Credo che questo sia frutto di una cultura che per decenni e tuttora non ha cognizione del rilievo che le cure psichiche e sociali possono avere, non solo sulla salute immediata, ma più a lungo termine sulla salute psichica della popolazione e ancor più sul destino psichico delle future generazioni. E che non riesce emotivamente a fare i conti che una tale assistenza alla fin fine sarebbe più economica di tutti i costi che si devono poi erogare per le patologie, non solo, ma per le cure sociali che nella attuale civiltà stanno rimediando insufficientemente a molti dei nostri moderni guai. La prevenzione costa sempre meno della «cura».

Ma per realizzare tutto questo occorrerebbe un'altra previa prevenzione: un'opera scientifico-culturale perché sia innanzitutto promossa una migliore formazione di tutti gli operatori che potrebbero agire in questo campo.

Per una riflessione su tali non lievi problemi, ho ideato e qui riporto un'ultima figura che visivamente riassume i concetti esposti. Se ne notino le molteplici connessioni.

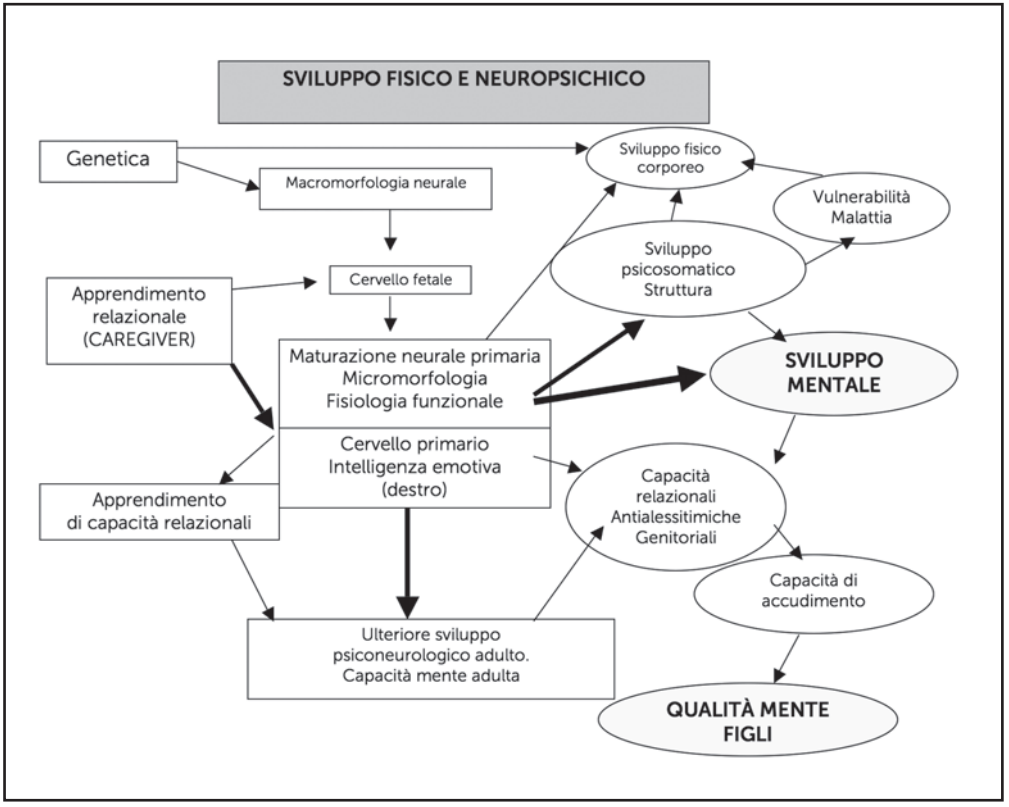


Fig. 8. Sviluppo fisico e neuropsichico.

[Grafica a cura di Imbasciati, Cena]

CAPITOLO 11

DIFFICOLTÀ PERINATALI: LA NASCITA PRETERMINE

Antonio **Imbasciati**, Loredana **Cena**

11.1. «FARE FIGLI»

Antonio Imbasciati

Lungo tutto questo testo si è descritto come l'origine del tipo di sviluppo, psichico e psicosomatico, che caratterizzerà il singolo individuo in bene o in male, nell'ottimalità o nella patologia, vada ricercata nella *relazione*: questa inizia nella vita intrauterina, dunque dipende più strettamente dalla madre per poi manifestarsi nelle ulteriori dipendenze dagli «altri», padre in primo luogo. Tale dipendenza non è di natura genetica e biologica, ma, come in tutto il nostro testo sottolineato, è essenzialmente psichica, nel senso di apprendimenti relazionali, così come si conviene al concetto di «relazione» quale da noi definito e descritto. Relazione significa che vi è implicata la struttura psichica di tutti gli individui che si relazionano: nel nostro caso la struttura psichica della madre, dei genitori, in primo luogo, e di tutti coloro che compongono l'entourage familiare, e poi sociale, nonché le poliedriche strutture psicologiche interrelazionali collettive che si intrecciano nel tempo tra le persone e gruppi di esse. A sua volta abbiamo illustrato come tutte queste «strutture» si siano anch'esse originate nella relazionalità e vengano dalla relazionalità continuamente modulate.

Ne discende che il parlare dell'origine e del tipo di sviluppo di un individuo implica non solo lo studio di come si erano formate e sviluppate le strutture psichiche che modularono la relazione dei genitori con quell'individuo, ma anche come queste, nel dipanarsi lungo il tempo relazionale con detto individuo, si modifichino, modulate dalla medesima relazione che si sta svolgendo. Relazione implica flusso di messaggi strutturanti in andata e ritorno: dai genitori al bambino ma anche da questi ai genitori; e di poi nel gruppa-

le e nel sociale. Nel considerare le origini perinatali dello sviluppo dobbiamo pertanto prendere in considerazione non solo come si formarono e svilupparono le strutture dei caregiver, ma anche ciò che avviene nella loro struttura quando si relazionano, e ciò anche prima che la relazione con questo futuro individuo possa aver luogo, ovvero prima della nascita di questi. È nozione comune che la mente di una donna «lavora» nell'aspettativa di un figlio ancor prima di concepirlo. Sono state studiate le attese, le speranze e i timori di quando e di come una donna potrà dar atto al suo progetto generativo.

Tale nozione comune è stata enormemente sviluppata dalle scienze psicologiche: un «progetto generativo» non inizia quando una donna comincia a pensare coscientemente di fare un figlio, ma ancora prima, permeando tutto il proprio percorso evolutivo di bambina (Imbasciati, Cena 2011, cap. 14). Più latentemente ma non meno pregnantemente, analogo progetto generativo si svilupperà inconsciamente nel maschio, e assai prima che l'uomo adulto sia sentito in grado di fare figli: anche nel maschietto come nella bambina, l'idea di generare (Imbasciati, Cena 2011) fa parte del suo sviluppo infantile. La sessualità stessa, femminile come maschile, si sviluppa intorno all'idea di «fare bambini», anche se quasi tutti i maschi e in parte anche le femmine la nascondono alla coscienza (Imbasciati 2010d; Imbasciati, Buizza 2011).

La fantasmatica inconscia dello sviluppo psicosessuale si connette d'altra parte con tutta la simbolopoiesi, cioè con l'intero sviluppo (anche negli aspetti cognitivi) della mente (Imbasciati 1983b, 2001, 2006a). Le neuroscienze confermano oggi le inferenze cliniche della psicoanalisi, dimostrando la primaria e basilare importanza dello strutturarsi del cervello emotivo che elabora la primaria simbolopoiesi e la successiva sua azione nei confronti di tutta la strutturazione neurale .

Un mare di letteratura, dai vertici di differenti scienze, si è sviluppata su tali argomenti. In questa sede ci limiteremo a esaminare quanto nella letteratura psicoanalitica e psicosociale è stato denominato il formarsi della genitorialità, con un particolare accento nel presente capitolo al progetto generativo della donna. Quest'ultimo è del resto implicito lungo tutti i capitoli del presente volume: si tratta ora di prenderlo in considerazione più nella donna futura madre che nel bimbo, ovvero vedere come il modo con cui si realizza il progetto gestazionale condizioni la relazione che farà sviluppare il bimbo.

Il campo di indagine su cosa avviene quando si concepisce e quando si mette al mondo un figlio, è enorme. In questa sede ci limiteremo a un problema, forse più complesso ma di maggiore interesse clinico: cosa avvenga quando i suddetti eventi generativi e gestazionali incorrano in complicanze: fisiche, esogene, e psichiche, le une e le altre intrecciate. Di questo aspetto in particolare qui tratteremo: abbiamo dunque di fronte il campo psicosomatico e per contro somatopsichico, che riguarda tutte le vicissitudini del concepimento, gestazione, parto, allattamento, complicanze ostetriche, neonatologiche, e via dicendo. Di queste tratteremo, a titolo esemplificativo, quanto avviene nella nascita pretermine.

11.2. IL PROCESSO INTERIORE DELLA GENITORIALITÀ

Antonio Imbasciati, Loredana Cena

Una Psicologia Clinica Perinatale deve pertanto occuparsi non soltanto del bambino ma anche della perinatalità psichica nella madre, delle problematiche connesse e sottese alle vicissitudini del progetto gestazionale e genitoriale della donna e della coppia (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007). Il periodo della vita della donna e della coppia indicato come perinatalità fisiologica (gravidanza, parto, puerperio) è caratterizzato da una sottostante processualità psichica che si struttura progressivamente nella mente di ogni membro della coppia durante il periodo della gestazione, ma anche già da prima, a partire dalla progettualità generativa che aveva motivato consapevolmente o inconsapevolmente il desiderio di un figlio, e implicitamente l'accoppiamento.

La perinatalità psichica della donna è un periodo in cui avviene la rielaborazione delle problematiche relative alla propria identità e si delinea come un ritorno alla genesi del proprio sviluppo mentale, con le vicissitudini e i conflitti che ne avevano accompagnato l'iter evolutivo. In particolare nella donna si intensifica la capacità di entrare in contatto col proprio mondo interiore e i propri vissuti relativi al passato attraverso quella che la Bydlowski (1997) definisce come un'esperienza di trasparenza psichica. Il progetto di filiazione della coppia è caratterizzato dal riattivarsi psichico di rappresentazioni consce e ancor più inconsce dell'essere genitore, con

una identificazione alla genitorialità dei propri genitori e un riattivarsi affettivo ed emotivo (positivo come all'opposto negativo) nei loro confronti, oltre che con una identificazione al figlio desiderato e/o generato, e al riemergere di rappresentazioni relative a se stessi come bambini.

I processi psichici sottesi alla filiazione sono costituiti dai vissuti intrapsichici dei futuri genitori ma sono anche collegati al contesto sociale e culturale. La perinatalità psichica viene a collocarsi in una prospettiva che implica aspetti intrapsichici, interpersonali, relazionali e transgenerazionali. Essa fa parte di quel complesso quadro denominato transizione alla genitorialità. I recenti mutamenti sociali e culturali hanno consentito la diffusione di nuove strutture familiari e modalità diversificate di assunzione del ruolo genitoriale, attraverso sempre più articolati percorsi della filiazione (procreazione medicalmente assistita, lavoro della madre e accudimento da parte di altri, prematurità ecc.), cosicché gli aspetti connessi alla perinatalità psichica hanno assunto una processualità sempre più complessa.

I vari percorsi della filiazione sono costituiti dalla riedizione e dal trasferimento dei contenuti e dalle modalità di funzionamento psichico che si demandano e si riattivano per via transgenerazionale (Zurlo 2009): ciò che ogni membro della coppia genitoriale ha ricevuto dai propri genitori verrà in qualche modo ritrasmesso ai propri figli, con tutto il lavoro emotivo che tale processo psichico comporta nel passaggio da una generazione a un'altra. Attraverso i legami della filiazione vengono trasmessi aspetti culturali condivisi dal gruppo di appartenenza, su cui si strutturano i processi individuali di identità: in ogni cultura è rilevabile un codice corporeo implicito con cui vengono regolate le modalità di accudimento dei figli, di regolazione emotiva, di comunicazione (Zurlo 2009): queste dimensioni implicite comuni e condivise regolano ciò che viene trasferito mediante i legami della filiazione e costituiscono una base comune condivisa dal proprio gruppo sociale da cui prendono origine i processi di individuazione e di costruzione delle identità individuali. A partire dalla famiglia come primo nucleo sociale, la cultura è tramandata nell'ambito delle relazioni primarie, delle interazioni con la madre e i genitori, in primis, ma anche attraverso le molteplici altre interazioni caratteristiche di uno specifico ambito socioculturale. Le funzioni psichiche individuali sono pertanto influenzate dalle dimensioni implicite comuni e condivise dal proprio gruppo sociale. Si prospetta un circuito in cui le modalità culturali, caratte-

rizzate da regole, valori, riti, norme, credenze influenzano l'individualità che, a sua volta, li rielabora e li rappresenta attraverso i propri vissuti personali (Zurlo 2009). I vissuti personali a loro volta nel collettivo concorrono a una lenta evoluzione delle norme culturali.

In questo molteplice e poliedrico tramandarsi di fattori che strutturano la psiche, il percorso che porta al progetto generativo e al processo di filiazione può essere molto diverso da individuo a individuo: tale peculiarità individuale, in quanto relativa a una struttura emotiva inconscia, ha un «potere» psicosomatico su come si svolgerà il concepimento, la gravidanza, il parto e da qui lo sviluppo non solo psichico ma anche somatico del bambino. Di qui tutta la psicosomatica ostetrico-ginecologica, con la connessa psicosomatica neonatale. In altri termini l'intreccio dei fattori intrapsichici personali e transgenerazionali, modulato dalle circostanze interpersonali e sociali del momento, può condizionare un concepimento-gestazione-parto-puerperio-allattamento ottimali, piuttosto che costellati di complicazioni. La genesi psicosomatica di tali «patologie» è di solito accompagnata dal concorrere di eventi esogeni (malattie di origine esogena, traumi, espressioni geniche), anche se proprio nella psicosomatica perinatale i fattori psichici appaiono più evidentemente prevalenti che in altre aree psicosomatiche.

Può infine accadere che un evento esogeno, come sopra, non semplicemente concorra, ma sia semplicemente e unicamente sopravveniente: in questo caso il circuito patogeno è dalla causa esterna allo psichico, anziché viceversa, cioè somatopsichico, anziché psicosomatico. Ovvero la struttura psichica della donna ne risente, più o meno gravemente a seconda delle capacità della struttura stessa di tamponare i fattori traumatici, ma comunque da tali ripercussioni sulla madre (sui genitori) procedono in senso inverso condizionamenti verso il figlio, sia nella modulazione psicosomatica corporea della donna – concepimento-gestazione-parto-allattamento – sia nelle modalità di accudimento e quindi sulla formanda struttura neuromentale del bimbo.

Visualizziamo questo complesso intreccio con lo schema qui di seguito riprodotto:

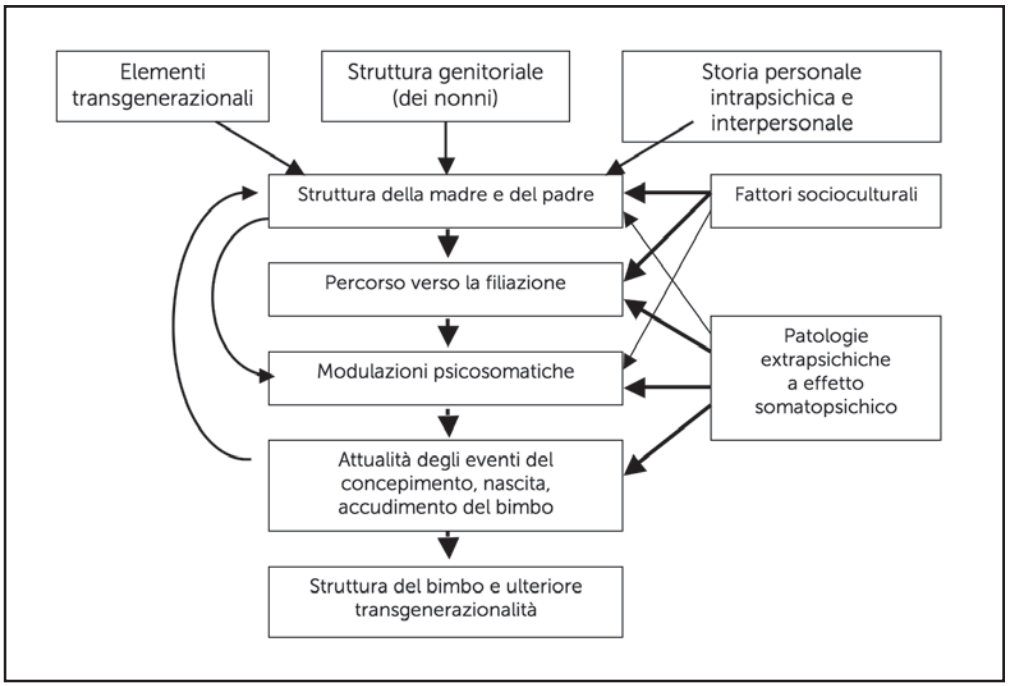


Fig. 9. Condizionamenti della struttura genitoriale.
Nei processi psichici interiori lungo il percorso della genitorialità si realizza l'intreccio di fattori intrapsichici, interpersonali, socioculturali e fisici esterni, che modulano la transgenerazionalità: nello schema, dai nonni ai nipoti e oltre. I vari fattori si condizionano l'un con l'altro, come indicato dal senso delle frecce, in misura maggiore o minore a seconda dello spessore del loro tratto. Vediamo in alto come si viene a costruirsi la struttura della coppia generativa (padre e madre) per i fattori transgenerazionali dei nonni: questi a loro volta furono modulati da un intreccio a monte, non disegnato in figura, uguale a quello che a valle, scendendo nella figura, modula la struttura della coppia. Qui infatti vediamo schematizzato come il percorso interiore della loro struttura genitoriale venga condizionato (parte destra della figura) da fattori socioculturali e da fattori esterni sopravvenienti, nonché dagli eventi reali attuali del concepimento, gestazione, nascita, accudimento (freccia curva a ritroso a sinistra) che illustrano come il percorso genitoriale sia a sua volta modulato dalla realtà che accade quando la coppia concepisce. Il tutto condiziona, come schematizzato in basso, la struttura neuro mentale del bimbo che nasce, il quale, adulto e con tale struttura da tutti gli eventi della sua vita trasformato, opererà a sua volta come un trasmettitore transgenerazionale.

[Grafica a cura di Imbasciati, Cena]

Attraverso il complesso circuito di fattori psichici, relazionali ed esogeni si possono produrre patologie del concepimento, della gestazione, del parto, del puerperio, dell'allattamento e dipoi dell'accudimento, e dell'intero percorso di filiazio-

ne. Queste possono essere più o meno generate dall'uno piuttosto che dall'altro di detti fattori, e/o dal loro concorrere intrecciati: quando sopravvengono, a loro volta condizionano e trasformano i fattori psichici relazionali della coppia genitoriale. Qui di seguito ne descriveremo un esempio paradigmatico.

11.3. DIFFICOLTÀ E OSTACOLI NELLA GENITORIALITÀ: LA NASCITA PRETERMINE

Antonio Imbasciati, Loredana Cena

Le complicazioni del processo di filiazione hanno non indifferenti effetti su quanto viene denominato genitorialità, cioè sulla possibilità che nella mente dei genitori si sviluppi una adeguata capacità di capire l'evoluzione della mente dei figli mentre crescono, di parteciparvi emotivamente (e non semplicemente in modo cosciente, tanto meno intenzionalmente), di sintonizzarsi con loro mantenendo il proprio ruolo non paritario, e quindi di intuire quali compiti sono da assolvere nei confronti dei figli e quali i figli devono imparare ad assolvere.

Sulla genitorialità già altrove abbiamo scritto (Imbasciati, Cena 2011, cap. 14). In questa sede possiamo ricordare come il processo interiore che conduce alla genitorialità venga riconosciuto come un momento critico complesso, di entrambi i genitori come singoli e come coppia, che è stato paragonato a un viaggio (Darchis 2009): un processo di esplorazione e rielaborazione affettivo-emotiva entro cui si avventura la coppia.

Quando una nascita non segue i consueti percorsi fisiologici e/o non avviene secondo le dovute temporalità come accade quando avviene pretermine, anche il processo interiore di elaborazione e costruzione della genitorialità, intrapreso dai genitori, viene bruscamente interrotto: una nascita prematura spesso implica una genitorialità prematura.

Un buon incontro genitore-bambino è reso possibile da un compiuto viaggio dei futuri genitori nel proprio passato infantile, percorso che serve a rielaborare le identificazioni durante la gravidanza: con una nascita prematura il genitore può non essere ancora sufficientemente pronto a questo incontro. La nasci-

ta pretermine ha connotazioni di un evento disorganizzante per il funzionamento mentale genitoriale. La genitorialità psichica è attivata con l'inizio della gravidanza, in cui è la donna a essere soggetta ai maggiori cambiamenti: la gravidanza è un momento evolutivo per le continue trasformazioni somatiche ed emotive che comportano l'elaborazione di nuove rappresentazioni mentali relative alla costruzione dell'identità genitoriale. Se per i motivi che abbiamo sopra descritto (psicosomatici e contingenti, sociali o organici esogeni) la gravidanza si interrompe prima dei nove mesi, le fasi di sviluppo della gestazione non solo fisica e ma anche psichica sono incomplete: la nascita prematura interrompe in genere la gravidanza, proprio nelle ultime fasi di elaborazione psichica, cruciali per la differenziazione e la separazione dal bambino. L'ultimo trimestre della gravidanza è caratterizzato da un processo di differenziazione tra il sé della madre e il nascituro, in preparazione della separazione del parto: in caso di prematurità, la gravidanza si interrompe precocemente in una fase in cui la donna non è ancora psicologicamente pronta a far nascere il proprio figlio, e a nascere ella stessa come madre. Il parto improvviso non trova soltanto un bambino prematuro, ma anche una madre impreparata e prematura: così come il bambino non ha raggiunto, infatti, un grado di sviluppo necessario che possa garantirgli la sopravvivenza autonoma, altrettanto la donna non ha raggiunto ancora un grado di sviluppo, affettivo, mentale, rappresentativo che le consenta di vivere il suo ruolo di madre.

Si viene così a interrompere l'organizzazione psichica che caratterizza il processo della gestazione: i genitori non sono ancora pronti ad accogliere il feto che diventa un neonato pretermine. È presente così una vulnerabilità somatopsichica non solo del bambino, ma anche dei suoi genitori. Anche il padre è sottoposto a grosse tensioni: le sue preoccupazioni sono focalizzate su due fronti, il figlio in neonatologia e la compagna ricoverata in ostetricia, come accade per esempio in caso di gestosi, o per altre patologie, anche lei bisognosa di cure mediche. Può scattare un forte senso di responsabilità e la necessità di negazione dei propri sentimenti per sostenere il resto della famiglia. Il padre, come sosteneva Fornari (1981), che durante il parto ha la funzione di proteggere la madre e il bimbo dall'angoscia persecutoria presente sulla scena del parto, assume tale funzione anche dopo la nascita, ma se viene sopraffatto dalla preoccupazione per la sopravvivenza del bimbo, qualora questi sia nato pretermine, e spesso anche per la ma-

dre, può venire meno a quella importante funzione di supporto e di tramite con il personale medico-infermieristico e la diade madre-bambino. Attenzione particolare va dunque riservata alla funzione paterna durante il ricovero e al rientro a casa, in quanto fondamentale supporto all'unità madre-bambino.

Nella nascita pretermine è soprattutto la madre che sente di non essere riuscita a portare a termine il suo compito generativo: questo può suscitare un senso di colpa per non essere stata in grado di diventare una «madre vera» (Holditch-Davis, Miles, Belyea 2000). Si viene a costituire un duplice lutto: quello relativo alla perdita del bambino immaginario, che deve essere sostituito con il bimbo reale e quello della perdita dell'immagine di sé come «buon genitore».

Verso la fine della gravidanza le rappresentazioni che consentono alla madre di sviluppare un sentimento di preoccupazione per il benessere del bimbo, la cosiddetta preoccupazione materna primaria (Winnicott 1956), possono trasformarsi in rappresentazioni che suscitano invece angoscia. La donna che non si sente la madre «sufficientemente buona» (Winnicott 1958) che sperava di essere per il suo bambino ha necessità di un notevole sostegno nel suo difficile percorso mutato degli eventi: ha dovuto assumere prima del tempo il «ruolo di madre», ma non è ancora pronta a sostenerlo, mentre diventano necessari riorganizzazione e cambiamento rapidi, spesso troppo, rispetto alle rappresentazioni che ella aveva del suo bimbo precedentemente la nascita. È stato sottolineato come vi sia nella gestante un lavoro di costruzione di rappresentazioni del bambino immaginario (Vegetti Finzi 1990), per potersi poi rappresentare quello reale con cui si incontra quotidianamente: ma questo nella nascita pretermine è in incubatrice, e la sua immagine può essere molto discrepante da quella costruita precedentemente durante la gravidanza.

D'altra parte, se la nascita pretermine ha un effetto psichico, soprattutto sulla madre, occorre considerare quanto questa possa essere determinata da eventi psichici della madre stessa, interiori della sua struttura, e relazionali della coppia. Noto è come una nascita prematura, così come anche l'aborto, possano avvenire a seguito di lutti, abbandoni del partner, litigi o altri eventi fortemente stressanti, e come lo stesso concepimento possa dipendere da fattori emozionali, soprattutto il mancato concepimento. Il problema allora si intreccia e si complica, sui due versanti dallo psichico al somatico e da questo a quello. C'è da chiedersi infatti quanto la nascita pretermine vada a colpire strutture emozionali profon-

de (inconsce, memoria implicita, fattori transgenerazionali) che già esse stesse favorirono (o determinarono: rifiuto inconscio del figlio a dispetto di ogni intenzione) la nascita prematura. E quanto tali strutture, di per sé non certo ottimali, potranno sostenere l'impatto del constatare un fallimento, sia pur parziale, del progetto generativo. E quanto tutto ciò, in rimbalzo di andata e ritorno, dal fisico allo psichico, si ripercuota sulla coppia.

Indagare sugli effetti dal soma alla psiche è in genere più facile della ricerca su come la mente (il cervello emotivo) orienti o determini il soma. Problemi simili alla nascita pretermine si ritrovano nella sterilità (Bydlowski 2009a, b): la maggior parte delle sterilità sono psicogene e i fattori ormonali o comunque umorali ne sono semplici mediatori. Così pure simile indagine si prospetta difficile in tutti i casi di gravidanze anomale, gestosi in primo luogo.

In questa sede, focalizzandoci soprattutto sul futuro individuo, ci soffermeremo su come le vicissitudini conseguenti a una nascita pretermine si ripercuotano su questi, cioè sul bambino direttamente e su di lui attraverso la madre, non dimenticando però (come spesso avviene nelle nostre strutture assistenziali) che ci sono molteplici fattori intrinseci alla struttura neuropsichica della madre, nelle sue vicende relazionali, soprattutto di coppia, che, anch'esse, hanno la loro non indifferente anche se meno apparente e posticipata influenza sul destino del bimbo, e del futuro individuo: si pensi a fattori transgenerazionali mediati dalla trasmissione di engrammi protomentali (Imbasciati 2001, 2003a, b; 2004a, b).

11.4. L'ODISSEA GENITORIALE NELLA NASCITA PRETERMINE

Loredana Cena, Antonio Imbasciati

La ricerca dell'identità genitoriale viene descritta dalla Darchis (2009) con la metafora dell'odissea che deve intraprendere un genitore per poter diventare tale: questa autrice individua come complesso di Telemaco il processo che struttura la psiche del futuro genitore, in cui egli deve riuscire a recuperare le sue radici per legarsi a esse, al fine di separarsene meglio. Nell'Odissea di Omero il figlio Telemaco parte all'avventura per conoscere il destino di suo padre e poter a sua volta crescere. Due movimenti identificatori, verso se stesso come

bambino per riconoscere il proprio bambino e verso i propri genitori per costruire la propria identità di genitore, possono non giungere a buon fine: questo è ciò che avviene quando la nascita è pretermine, uno sconvolgimento emotivo tale da interrompere il viaggio; il processo genitoriale può bloccarsi.

La costruzione del primo legame con il bimbo inizia già prima della nascita, durante la gestazione (Brazelton, Cramer 1991). Gli studi clinici hanno messo in evidenza come alla nascita esso attraversi progressivamente tre stadi integrativi: il primo è quello del primo incontro, in cui deve avvenire l'«adozione» del proprio bambino da parte dei genitori; il genitore compie un processo integrativo tra la propria identità di padre e di madre e quella di figlio. Un secondo processo integrativo in questo primo stadio è quello tra la rappresentazione del proprio bambino immaginario, il «bimbo della notte» (Vegetti Finzi 1990), con il bimbo reale. Nella nascita prematura spesso il bimbo reale è un estraneo, e può anche evocare terrore nel genitore che non lo può riconoscere, e che può percepirlo come un oggetto persecutore mostruoso (Darchis 2009). Il genitore pensa che «quello lì» non può essere il suo bambino: il viaggio verso il passato alla ricerca di una identificazione con se stessi bambini non ha funzionato. Il genitore non riesce a ritrovare nel passato se stesso, per poter riconoscere il suo bambino. Così pure non riesce a identificarsi con il proprio genitore, che invece lo ha generato in modo diverso e maturo. Antichi traumi irrisolti nell'ambito della propria storia o provenienti per via transgenerazionale possono inoltre venire riattivati da questa nuova esperienza traumatica. Nei casi più dolorosi, può avvenire anche un'esplosione dell'identità del genitore (psicosi puerperali): il legame della filiazione non riesce a instaurarsi.

Un'altra eventualità, che potrebbe verificarsi sempre nel primo stadio, è che il legame di filiazione si possa instaurare secondo modalità fusionali: il genitore non riconosce l'esistenza separata del bambino, in quanto le sue parti infantili trovano espressione diretta nel neonato stesso. Attraverso processi di identificazione proiettiva egli cura e protegge parti sofferenti del proprio sé, nel figlio immaturo. Se ne occupa allora molto rapidamente ma in modo molto apprensivo ed esagerato, spesso non lasciando spazio all'altro genitore. Solo attraverso un sostegno terapeutico il genitore può venire aiutato a costruire la sua genitorialità secondo quelle che sono le esigenze del bambino reale e in modo adeguato intraprendere o concludere la propria odissea. Quando l'«adozione» del figlio si è realizzata, il genitore può accedere al secondo stadio e

funzionare secondo modalità inerenti il suo nuovo ruolo, attraverso l'accudimento del bimbo. Questo implica che nella madre deve subentrare quella esperienza interiore descritta da Winnicott (1956) come «preoccupazione materna primaria» che le potrà permettere di essere una «madre sufficientemente buona» (Winnicott 1958). La funzione paterna è un indispensabile sostegno in questo processo. Le difficoltà riscontrate più frequentemente possono essere dovute a proiezioni troppo massicce, per cui il genitore non riesce a viversi in una immagine di sé sufficientemente buona, malgrado le difficoltà occorse: resta così nell'illusione di poter soddisfare in modo onnipotente tutte le esigenze del bambino e potrà allora adottare modalità maniacali di funzionamento mentale. Il bimbo pretermine che non può essere accudito secondo gli ideali diventa così il nemico che ostacola la realizzazione dei desideri genitoriali onnipotenti. La relazione genitori-bambino potrebbe diventare a rischio, per esempio di maltrattamenti.

È questa una situazione persecutoria, anche se resterà nascosta, di tipo schizoparanoideo: se questa può essere evitata, un'altra modalità di funzionamento mentale può invece instaurarsi, di tipo depressivo. Il genitore durante il processo di disillusione tra la rappresentazione del bimbo immaginario e quello che col pretermine gli si è presentato reale, viene sopraffatto, sente di non essere stato sufficientemente adeguato e vive se stesso come un cattivo genitore: un genitore che ha generato un figlio imperfetto. Insicurezze nei propri movimenti identificatori con una perdita delle rappresentazioni genitoriali positive possono condurre a situazioni depressive. La prematurità in questi casi rafforza il sentimento di inefficacia del genitore. Il padre può diventare un sostegno molto valido e contribuire alla prevenzione di una depressione materna, ma può anche egli stesso soggiacere a questo sentimento materno di inadeguatezza, e intensificarlo. La relazione genitore-bambino potrebbe diventare a rischio, per esempio di abbandoni, anche solo relativi.

Nel terzo stadio può sopraggiungere un buon funzionamento se la madre, superati i sentimenti di inadeguatezza, si adatta al bimbo, abbandonando le sue rappresentazioni del bimbo immaginario e della madre perfetta: l'accudimento e la soddisfazione dei bisogni reali del bimbo rinforzano allora le sue capacità genitoriali, di contenimento e di rêvérie. In questi casi anche il padre ha svolto di solito una funzione rassicurante e ha sostenuto la funzione di «madre sufficientemente buona», consentendo la costruzione di un le-

game che si potrà consolidare in un legame di attaccamento, via via con la crescita e lo sviluppo del bimbo. Per il bimbo pretermine questa situazione non può che verificarsi in genere con il ritorno a casa dopo l'ospedalizzazione.

Nei percorsi verso la filiazione che presentano maggiori complessità, come in una nascita prematura, se i processi identificatori genitoriali non si sono adeguatamente conclusi o si sono bloccati, il legame genitore-bambino si può costruire nella confusione delle storie passate, e strutturarsi con modalità patologiche di ripetizione di antichi traumi transgenerazionali. La non differenziazione tra genitore e bambino sollecita meccanismi di identificazione proiettiva e non consente un'adeguata sintonizzazione con i reali bisogni del bimbo. Il bimbo è imprigionato dai fantasmi dei genitori: i fantasmi nella camera dei bambini (Fraiberg, Adelson, Shapiro 1975). La funzione genitoriale allora non è contenitiva dei reali bisogni fisici ed emotivi del bambino, ma sono i genitori ad aver bisogno loro stessi di un contenimento per poter nascere nel loro ruolo come genitori.

Se la ricerca della genitorialità è un'odissea, acuita dalla nascita pretermine, c'è da interrogarsi su ciò che precede a tale travaglio, cioè sulle cause della nascita pretermine, come già sottolineato nel precedente paragrafo. Nella cultura corrente, anche sanitaria, si dà per sottinteso che il parto prematuro accada per cause organiche. Ciò è vero solo in minima parte: le cause organiche sono sempre intrecciate con quelle psichiche, o ne possono essere soltanto il veicolo intermedio: siamo nel campo psicosomatico per eccellenza, come già sottolineato. Cause di nascita puramente organiche possono considerarsi quelle da trauma durante la gravidanza (la donna che cade e batte la pancia) o in presenza di precedenti accertate malattie organiche. Anche per queste ultime però, soprattutto se riguardanti l'apparato genitale o l'insieme ormonale, c'è da interrogarsi sulla loro origine psichica. Tutte le malattie hanno in grande o piccola parte una concorrente origine psichica che favorisce fattori organici esogeni. Nel parto prematuro, nell'incapacità di portare a termine una gestazione, così come nell'infertilità, o nelle distocie, o nelle gestosi, la componente psicosomatica è di grande rilievo: le funzioni regolate dal sistema nervoso vegetativo e da quello ormonale sono modulate dal cervello.

Abbiamo visto in questo testo e altrove (Imbasciati, Margiotta 2005: cap. 11; Imbasciati, Margiotta 2008: capp. 8, 9; Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007) come l'area ostetrico ginecologica sia il tea-

tro somatico dei conflitti interiori e dei deficit della struttura neuromentale della donna; e come questi si intreccino con quelle del partner e di tutto l'entourage culturale e sociale (vedi fig. 9). Tutto ciò fa pensare che, non semplicemente la nascita pretermine sconvolge l'assetto genitoriale, ma che da questo è anche originata, in un feedback continuo, dal passato al presente e viceversa.

C'è dunque una molto più complessa odissea, transgenerazionale, da considerare.

11.5. IL BAMBINO PRETERMINE

Loredana Cena, Antonio Imbasciati

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica come nascita pretermine, o prematura, quella nascita che avviene a seguito di un parto precedente la 37esima settimana di gestazione. I bambini che nascono prematuramente hanno un organismo non ancora sufficientemente pronto per affrontare una vita extrauterina (ossigenazione per via polmonare, alimentazione, temperatura, resistenza agli agenti esogeni ecc.) e pertanto per poter sopravvivere devono essere supportati da strumentazioni artificiali, a compensazione delle mancate funzioni materne uterine, che fornivano gli elementi indispensabili per la crescita: sono necessarie cure specialistiche, erogate da specifici reparti ospedalieri, le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN). L'assistenza specialistica, anche in reparti adeguati, non può tuttavia mai eguagliare le condizioni di cui il bimbo fruisce in utero, cosicché il prematuro è soggetto a notevoli complicanze di ordine medico-biologico, neurologiche, cardiorespiratorie, metaboliche, da agenti infettivi, che rendono ogni volta necessari ulteriori sussidi tecnologici: si pensi pertanto alle condizioni dolorose cui deve essere sottoposto il bimbo, nonché allo stress dei genitori e alle conseguenze psichiche di entrambi questi fattori.

La definizione di prematurità venne stabilita intorno agli anni Sessanta dall'OMS attraverso due criteri: il peso e l'età gestazionale (inferiore alle 37 settimane). Sono classificati pretermine quei bambini che nascono prima delle 37 settimane di gestazione, si considerano *Very Preterm* quelli che nascono prima delle 32 settimane di gestazione e *Extremely Preterm* quelli prima delle 28 settimane di gestazione. Nell'ambito degli studi in letteratura si può riscon-

trare la mancanza di una sistematica raccolta dati, relativamente all'età gestazionale, e questo costituisce una delle maggiori difficoltà nella comparazione dell'incidenza della nascita pretermine e dell'esito dello sviluppo tra i diversi rilevi effettuati nelle ricerche (Fox 2002).

I bambini prematuri presentano alla nascita un peso corporeo inferiore alla norma; considerando il peso alla nascita si distinguono in a) Neonati LBW (Low Birth Weight), il cui peso alla nascita è compreso tra 1501 e 2500 gr.; b) Neonati VLBW (Very Low Birth Weight) il cui peso alla nascita è < 1500 gr.; c) Neonati ELBW (Extremely Low Birth Weight) il cui peso alla nascita è < 1000 gr. Considerando invece il peso alla nascita in rapporto all'età gestazionale si parla di: 1) Neonati AGA (Appropriate for Gestational Age) il cui peso è appropriato all'età gestazionale compreso tra il 10° e il 90° percentile; 2) Neonati SGA (Small for Gestational Age) il cui peso è basso per l'età e inferiore al 10° percentile; 3) Neonati LGA (Large for Gestational Age) con peso maggiore al 90° percentile.

Attualmente gli studi specifici nel settore tendono a utilizzare preferibilmente l'aggettivo «pretermine» come riferimento al neonato partorito prima del termine della gestazione rispetto a quello di «prematurità»: questa scelta segnala quanto l'importanza del raggiungimento temporale del «termine» sia un fattore determinante nella gestazione. Nei paesi industrializzati la maggiore causa di mortalità infantile (95% delle morti) avviene per i bambini nati prima delle 32 settimane o con VLBW inferiore a 1500 grammi.

Dagli anni Settanta in poi i criteri di classificazione prevalentemente utilizzati prendono in considerazione, anche i dati ricavati dalle indagini provenienti dalle tecniche a ultrasuoni (ecografia) che permettono una valutazione più precisa dell'età gestazionale del feto. Eventuali patologie (cerebrali, respiratorie, retinopatie, ittero, infezioni) o le molteplici problematiche cliniche neuromotorie e comportamentali possono così essere monitorate in modo più attendibile. Al sistema di classificazione ufficiale viene in genere complementariamente affiancato un ulteriore complesso sistema di classificazione che valuta fattori clinici, come la tipologia di gravidanza, la presenza o assenza di patologie nella madre e nel bambino, le cause della nascita pretermine, il tipo di parto, e la differenziazione in base al criterio di età gestazionale (NHMRC 2000).

Gli attuali progressi in ambito tecnologico e scientifico riguardo alle cure intensive neonatali hanno consentito ai bambini pretermine una maggiore probabilità di sopravvivenza e a condizio-

ni migliori: questi bambini sono «nati per vivere» (Imbasciati *et al.* 2009) e gli attuali studi si sono focalizzati a indagare la «qualità» dello sviluppo e della vita di questi bambini, per poter fornire loro e alle loro famiglie un'assistenza sempre più individualizzata, specializzata e precoce (Als 1986; Ansermet *et al.* 2007). Ciò malgrado il pretermine è sempre soggetto a rischi, a complicanze e comunque a difficoltà di sviluppo, fisico e soprattutto psichico: si pensi alle complicate cure (che per un bambino che già sente dolore possono essere equiparate a vere «torture»[1]) cui deve necessariamente essere sottoposto, attraverso le molteplici strumentazioni biotecnologiche, affinché possa essere salvato, aggravate queste, nel loro impatto anche fisico, dalle condizioni di deprivazione rispetto al contatto materno. Quanto più la tecnologia riesce a mantenere in vita gravi prematuri, tanto più si devono fronteggiare accresciuti inconvenienti. La tecnologia deve fronteggiare ciò che la natura avrebbe deciso di far morire. Anche il bimbo ne paga un prezzo.

Attualmente vengono messe in evidenza nuove problematiche nello sviluppo psichico, sociale e relazionale, anche a lungo termine. La prematurità ha perso progressivamente la sua connotazione di centralità nella genesi dei disturbi puramente somatici, mentre è stata contestualizzata in una visione più globale dello sviluppo, considerato come il risultato dell'interazione di molteplici fattori: in particolare quelli relativi all'ambiente socio-affettivo-relazionale (Muller-Nix, Ansermet 2009) che avrebbero una notevole incidenza sulla vulnerabilità del prematuro. Questa infatti viene influenzata e modulata in senso facilitante o ostacolante dall'ambiente che circonda il bimbo, in relazione alle differenti modalità di contatto e di cura. Nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale può venire infatti a mancare la funzione delle figure primarie mentre molteplici caregiver, spesso però attraverso mezzi tecnologici, si prendono cura del bambino.

Il nato a termine è comunque un individuo in continua interazione con il suo ambiente fisico e sociale, in grado di comunicare attraverso il comportamento, motorio e relazionale. Brazelton (1973) aveva rilevato come il neonato a termine fosse dotato di competenze che gli consentono di interagire con chi si prende cura di lui, rispondendo alle stimolazioni ambientali, con modalità conformi al mantenimento di un suo stato di benessere. Una apposita scala (NBAS: Neonatal Behavioral Assessment Scale) può

1. Ricordiamo come il dolore a livello protomentale si configuri psichicamente come un «oggetto cattivo» persecutorio, che dall'esterno sopravviene a tormentare il bambino (Imbasciati 2006a, b).

valutare il comportamento e le competenze del bimbo alla nascita, rilevando un «profilo» del neonato, che permette di condividere con i genitori le qualità del comportamento del bambino aiutandoli con questo nell'accudimento. Ma anche il neonato pretermine ha le sue competenze, il cui funzionamento, che sarebbe appropriato a un ambiente intrauterino è però inappropriato per l'ambiente extrauterino. Als, riprendendo le ipotesi di Brazelton, considera il bambino pretermine un collaboratore attivo, con capacità di interagire direttamente con chi si prende cura di lui e con l'ambiente: la sua Scala APIB (Assessment of Preterm Infant Behaviour) è mirata infatti alla valutazione del comportamento del nato pretermine (Als *et al.* 1982), e viene utilizzata per neonati pretermine/ad alto rischio, in età gestazionale compresa tra le 36 e le 44 settimane di vita, purché siano in condizioni cliniche stabili. Prendendo in considerazione la scala NBAS costruita da Brazelton per valutare il comportamento del neonato a termine, Als definisce come sia possibile valutare le capacità del pretermine attraverso una metodologia dell'osservazione delle sue modalità comportamentali e delle strategie utilizzate per adattarsi alle proposte sociali e ambientali. Tutto questo porta a considerare quali svantaggi tali competenze possono incontrare nell'ambiente artificiale delle tecnologie necessarie in una UTIN e quali handicap ne possono derivare.

Nella scala NBAS di Brazelton come nella scala Scala APIB di Als vengono valutate specifiche competenze cognitive e comportamentali, ma non sono ancora state focalizzate e predisposte valutazioni di competenze che possano essere definite affettivo-emotive, evento del resto di difficile rilevazione quando le competenze relazionali siano rudimentali. Obiettivi della ricerca scientifica in neonatologia sono pertanto quelli di riuscire a individuare strumentazioni sempre più idonee, in un approccio multifattoriale che possa favorire una ottimalità della futura qualità di vita del pretermine (Muller-Nix, Ansermet, 2009).

Come per la nascita a termine, gli esiti dello sviluppo dipendono sia da fattori psichici, relazionali, sia psicosociali, entrambi con maggiore incidenza negli effetti psicosomatici della nascita pretermine (Thompson *et al.* 1994). La letteratura al proposito è però molto varia e frammentata. È stata apportata una revisione critica del concetto stesso di sviluppo (Manfredi, Bassa 1992) e negli ultimi decenni si è ridefinito lo stesso concetto di prematurità: si tende a sottolineare come gli eventi medico-ostetrici neonatali e perinatali non abbiano un valore intrinseco quali agenti causali, ma interagi-

scano con gli altri fattori, di ordine psichico e sociale, e in particolare con l'ambiente relazionale. La nascita pretermine non verrebbe pertanto considerata di per se stessa un prevalente indicatore di rischi: quelli ospedalieri in particolare, che possono comportare anche evidenti effetti negativi, sarebbero la risultante di una molteplicità di concause psicosociali individuali e collettive (Coppola, Cassibba 2004), le stesse che possono comunque influire positivamente o negativamente sullo sviluppo di qualunque bambino, e che nel pretermine, sia a monte nei genitori, sia per l'interposta degenza ospedaliera, sia soprattutto attraverso le ripercussioni sui genitori stessi, possono concorrere nel dare risultati negativi.

Gli studi e le ricerche sono alquanto disomogenei anche nell'individuazione delle competenze cognitive-emotive e neurocomportamentali dei neonati pretermine, rispetto a quelli nati a termine: da alcuni studi vengono evidenziate prevalentemente disparità, con aspetti disarmonici dello sviluppo e vengono messe in evidenza le mancanze rispetto a una presunta «normalità». I bambini nati pretermine svilupperebbero molto lentamente un'organizzazione neurocomportamentale equilibrata e questo rallenterebbe le capacità di autoregolazione neurofisiologica ed emotiva con l'ambiente esterno, incidendo sulle performance cognitive e neurocomportamentali. Questi esiti hanno di solito una corrispondenza con la struttura cerebrale, come confermata dalle indagini effettuate con la risonanza magnetica e tecniche ecografiche: questo è dovuto al fatto che le esperienze particolari che attraversa il pretermine (Als *et al.* 2004) costruiscono in modo altrettanto particolare il suo cervello. Ciò potrebbe far pensare a esiti irreversibili, tuttavia le medesime scoperte delle neuroscienze che hanno rivelato l'origine esperienziale della maturazione neurale ci dicono che il cervello, anche in età adulta, ha possibilità, sia pur di gran lunga minori, di modificarsi a seguito di esperienze, soprattutto se intime, intense e prolungate. Si prospetta pertanto la possibilità che buone esperienze, successive a quelle travagliate dei primi tempi, possano modificare e riorganizzare le memorie, e pertanto migliorare la struttura neurale stessa, attutendo o ovviando alle relative disfunzionalità in precedenza strutturate (Ansermet, Magistretti 2007).

Alcune ricerche rilevano che anche in assenza di deficit neurosensoriali o motori, i bambini prematuri possono presentare problemi cognitivi, di comportamento, socio-emotivi e scolastici a lungo termine, maggiori rispetto ai bambini nati a termine. Questi risultati sono stati spesso spiegati in riferimento a fattori biologici

imputati di eventuali deficit del sistema nervoso centrale: c'è tuttavia da chiedersi quanto, invece, la particolare maturazione cerebrale, costruitasi a seguito della globalità delle esperienze relazionali di un determinato pretermine, abbia o meno dato origine a una struttura psichica che si rileva più tardi. È comunque da notare come gli studi presenti in letteratura hanno finora rilevano prevalentemente le competenze cognitive e neuro comportamentali: poco o quasi per nulla sono indagate quelle che sono le competenze affettivo-emotive, cioè quelle che contribuiscono a costituire l'intelligenza emotiva (Goleman 1995, 1998), che secondo le più recenti acquisizioni si sono rivelate (Schore 2003a, b; Merciai, Cannella 2009) la base primaria sulla quale si costruisce l'intero cervello.

11.6. L'ODISSEA DEL BAMBINO

Antonio Imbasciati, Loredana Cena

Se alcuni autori hanno parlato di un'odissea interiore dei genitori, di altrettanta odissea – reale, in primo luogo corporea e poi psichica – si può parlare per il bimbo pretermine, ricoverato nei reparti speciali neonatologici e sostenuto in vita dalle tecnologie.

L'odissea del nato è triplice: da un lato egli è sottoposto a dolore fisico, tanto più intenso quanto più complicazioni mediche neurologiche immediate rendono necessari medicamenti, trasfusioni o altre più dolorose pratiche mediche indispensabili (ricordiamo qui come il feto senta dolore), dall'altro le esperienze dolorose entrano prepotentemente nella sua costruzione protomentale di oggetti cattivi, nella simbolopoiesi primaria (Imbasciati, Calorio 1981; Imbasciati 2001, 2006a, b), condizionando ogni suo ulteriore sviluppo; mentre, in terzo luogo, le sue vicissitudini medico-ospedaliere lo separano dalle cure dei genitori e soprattutto le alterano, a causa delle preoccupazioni e angosce che ogni nascita pretermine in essi suscita.

Il bambino pretermine deve trascorrere molte settimane in terapia intensiva: questo comporta che non può usufruire delle sensorialità di un contatto materno quale avviene per un neonato normale. Tali sensorialità sono veicolo essenziale della costruzione neurologica (Schore 1994, 2003a, b), come in più parti di questo testo sottolineato. Le neuroscienze hanno dimostrato come la

maturazione cerebrale dipenda dall'apprendimento, da parte delle reti neurali del feto e del neonato, di messaggi veicolati dalle sensorialità del contatto materno (Imbasciati, Cena 2010). Pertanto il pretermine, che deve trascorrere non poche settimane in terapia intensiva, è un bimbo inevitabilmente deprivato dei fattori di un normale sviluppo, che può essere esposto a rischi psichici anche a lungo termine: non si tratta soltanto di «complicanze» neurologiche evidenti nell'immediato, per le quali quindi si cerca di intervenire al meglio (così come si interviene per tutte le altre complicazioni medico-biologiche frequenti nei pretermine), ma anche di possibili deficit mentali, cognitivo-emotivi, che possono sfuggire all'osservazione dei primi mesi o anche anni di vita, e che si manifestano invece in età scolare. D'altra parte la separazione dal proprio figlio cui devono sottostare i genitori, può comportare uno sconvolgimento del loro assetto emotivo, che le ricerche hanno dimostrato essenziale per garantire al bambino un'ottimalità di quei silenti apprendimenti elementari che fanno maturare la predisposizione funzionale delle sue reti neurali. Le prime relazioni prenatali e neonatali attraverso la mediazione dei veicoli della comunicazione non verbale, sensoriale, tattile, della voce, dell'odore che la vicinanza fisica comporta, ne condizionano la strutturazione neurale e lo sviluppo psicofisico.

Anche lo sviluppo del tipo di attaccamento viene a essere condizionato dalla situazione in cui si trova il pretermine. Il tipo di attaccamento dipende infatti dalle figure di chi si occupa del bimbo e dalle condizioni e modalità in cui egli può percepirle, nonché dal grado in cui può riconoscerle in relazione alle sue pregresse memorie uterine. Il neonato a termine ha una precedente conoscenza della propria madre (odore, sapore, suoni, motricità) con la quale la riconosce dopo nato, con la vista e con gli altri sensi (tatto soprattutto) modificati dalle differenti condizioni ambientali. Il pretermine si trova in condizioni del tutto diverse, e molto più difficili, in gran parte avulse da ogni sua sia pur pallida precedente memoria. Malgrado si cerchi di favorire la presenza dei genitori nei reparti di terapia intensiva, il tipo di attaccamento che ne potrà derivare ne risentirà, in modi che, riteniamo, sono ancora in gran parte da studiare. Le modalità con cui da alcuni anni si sta sviluppando la «care» all'interno dei reparti UTIN, vanno lette pertanto secondo la prospettiva di favorire il più possibile ogni esperienza di vicinanza, sensoriale e intima, coi genitori, e ciò non sarà possibile se non sotto la guida di personale altamente specializzato. Il termine

«care» è stato introdotto nel mondo delle UTIN quando gli operatori (neonatologi, infermieri, neuropsichiatri infantili) hanno cominciato a prendersi cura dello sviluppo neurocomportamentale dei neonati ricoverati e ne hanno potuto riconoscere la genesi psichica relazionale. Le neuroscienze in questi ultimi tempi stanno confermando le intuizioni cliniche: occorre però provvedere a una continua riformulazione della formazione degli operatori, affinché le possano applicare nei confronti dei genitori.

Una modalità di approccio intimo al neonato pretermine deriva da un concetto complesso, elaborato nel mondo della neonatologia anglosassone, quello di «family-focused individualized developmental care» che significa «assistenza personalizzata allo sviluppo del neonato incentrata sulla famiglia», per la quale non facile è una traduzione italiana, ancor meno una sua adeguata applicazione. La cosiddetta «care» individualizzata in UTIN, attivata dai molteplici care-giver che si prendono cura del pretermine (infermieri, neonatologi, genitori, tecnici della riabilitazione, psicologi, neuropsichiatri infantili) potrebbe rappresentare una fase di un più ampio progetto, più che di riabilitazione, di una effettiva abilitazione, cioè un intervento tempestivo, svolto in ottica preventiva, mirato a favorire la massima realizzazione del potenziale di sviluppo di ogni neonato e dei suoi apprendimenti primari, preverbali e dunque affettivo-emotivi. In questo ambito viene favorito un maggiore contatto fisico col bimbo, spesso attraverso tecniche di massaggio e di contatto pelle-a-pelle, come per il cosiddetto kangaroo, in cui le madri accolgono il loro piccolo in un marsupio come i canguri (Feldman *et al.* 2002; Feldman 2004).

Durante l'ospedalizzazione del nato è necessario che la «confidenza» dei genitori con la propria genitorialità venga rinforzata e valutata prima delle dimissioni: genitori insicuri alle dimissioni avranno più difficoltà con i loro bambini a casa e potranno avere maggiori problemi relazionali a lungo termine (Muller-Nix, Ansermet 2009); il tutto può ripercuotersi sul bambino. I principi di intimità promossi nella «care» trovano il loro fondamento negli studi sullo sviluppo e sugli apprendimenti affettivo-cognitivi della mente fetale e neonatale. La comunicazione primaria nella diade madre-neonato/padre-neonato avviene attraverso messaggi modulati dalla struttura psichica del genitore e trasmessi attraverso veicoli sensoriali, motricità, tatto, sonorità ecc. La pelle è il primo organo sensoriale, sia a livello fetale che dei primi mesi di vita, con cui si costruisce una *sensibilità tattile* che promuove lo sviluppo neu-

ro comportamentale. La pelle del bimbo e il contatto con la pelle della madre conferiscono allo scambio comunicativo una grande intimità (Bick 1968). L'*olfatto* e il *gusto,* soprattutto se sviluppati attraverso l'allattamento al seno, favoriscono ulteriormente questa intimità: quando la gravità del pretermine non permette l'allattamento al seno, si ricorre ugualmente al latte materno, prelevato alla madre, per favorire con l'odore e il sapore una comunicazione.

Un'altra condizione cui nel pretermine si cerca di ovviare riguarda la situazione di sviluppo della *motricità*. Il modo con cui il bimbo viene manipolato nel pretermine è ridotto: tuttavia è possibile attraverso l'incubatrice un contatto delle mani dei caregiver, che toccano, accarezzano, manipolano il bimbo, lo vestono, lo lavano. Quando saranno migliorate le condizioni, il neonato potrà essere portato fuori dall'incubatrice e potrà essere preso in braccio dal caregiver. Winnicott (1965) per primo sottolineò la qualità della capacità della madre di tenere in braccio un bimbo, con il concetto di holding. Il bambino apprende graduali modalità di integrazione di sentimenti, sensazioni, stimoli. Il contenimento fisico precede e promuove quello psichico. Successivamente, tramite l'handling (il genitore accarezza, tocca, maneggia) il bimbo impara a conoscere se stesso, il proprio e altrui corpo.

Anche riguardo alla *vista* si cerca di favorire il pretermine, indubbiamente svantaggiato: il volto della madre svolge una funzione di specchio (Winnicott 1967), fondamentale nel figlio per la formazione della propria identità. Attraverso la vista del volto della madre egli vede riflesso se stesso e attraverso le espressioni del di lei volto ha un «feedback» su se stesso. Quello che egli vede nell'espressione della madre, è collegato d'altra parte a quello che ella percepisce: in tal modo il neonato è aiutato a riconoscere percezioni e sentimenti propri e altrui.

Il bambino apprende emotivamente anche attraverso altre modalità sensoriali come l'*udito*: il suono della voce materna (già conosciuta in utero), con cui la madre comunica, gli rimanda il di lei stato emotivo, che il bimbo fa proprio.

Nell'ambito della percezione multisensoriale notevoli sono stati e sono tuttora gli studi di Stern sulla transmodalità della percezione da un canale a un altro, favoriti dall'attenzione e dalla guida della madre, fino alla elaborazione di forme più articolate di interazione: la «sintonizzazione affettiva». Attraverso la sintonizzazione affettiva con il caregiver (Stern 1989a, b) il bambino apprende le prime forme di regolazione affettiva, che, elaborate a progressivi livelli di

complessità, si organizzano come microregolazioni, accompagnate e favorite dalla sintonizzazione effettuata a livello trasmodale dalla madre. La transmodalità consiste nella capacità della madre di rispondere a messaggi emessi dal bimbo su di un determinato canale sensoriale, per esempio motorio, rispondendogli su di un altro canale, per esempio sonoro: se il figlio fa un certo movimento, la madre gli risponde con un vocalizzo che ne ripete il ritmo. Egli impara così una modalità percettiva che trascende la singola sensorialità.

Il pretermine è ovviamente svantaggiato anche sul canale auditivo, immerso nell'incubatrice e nel ronzio di tutte le apparecchiature che sono in funzione in un reparto UTIN. Si cerca pertanto di favorire, nei limiti del possibile, un contatto più adeguato e diretto con i genitori, in modo che questi possano comunicare anche uditivamente, oltre che visivamente e con il contatto tattile-motorio. Malgrado tutti i possibili accorgimenti e sussidi, occorre non dimenticare che le tecnologie degli UTIN, le privazioni di cure materne per effetto della separazione, l'effetto che su queste, quando potranno essere effettuate, eserciteranno le angosce attivate nei genitori dalla nascita pretermine, nonché l'effetto sconvolgente sulla costruzione psichica di ogni eventuale dolore fisico che il bambino ha dovuto subire, avranno i loro effetti: che occorrerà fronteggiare. La decisione di far vivere una vita biologica implica la responsabilità di garantire al meglio anche la vita psichica; quella dell'homo sapiens.

Il panorama tracciato nei precedenti paragrafi potrebbe apparire scoraggiante: questo è in realtà ciò che si presentifica inconsciamente nell'animo dei genitori. Con quali conseguenze sul bambino? E quale futuro individuo da questo bambino ne verrà? Il pretermine è nato per vivere: può essere aiutato a vivere meglio? O meglio, a *essere* meglio: un individuo migliore, capace a sua volta di generare buoni figli. Se eticamente si presenta doveroso aiutarlo nella sua incipiente vita biologica, altrettanto e più moralmente cogente è preoccuparsi del suo futuro psichico, e del futuro transgenerazionale: ciò potrà realizzarsi se ci potremo prendere adeguata cura dei genitori. È questo il cimento attuale degli UTIN, cimento particolare nelle prospettive di una vera cura psichica dei genitori. Ma questa, se di abilitazione del pretermine possiamo parlare, per i genitori dovrebbe essere prevenzione: prima che un parto prematuro loro sopravvenga. Troppo facilmente di questo dimentichiamo le radici psicosomatiche. La scienza ci permette di far vivere ciò che altrimenti sarebbe morto: nel nostro cimento contro quan-

to sarebbe stato decreto della natura, occorre ben conoscerla, non solo nella sua macroscopica biologia, ma nel suo meno evidente effetto psicosomatico transgenerazionale.

11.7. FATTORI DI RISCHIO

Loredana Cena, Antonio Imbasciati

I dati delle ricerche internazionali convergono nel considerare la nascita prematura come un evento che comporta particolari complessità con necessità di immediate e tempestive cure mediche specialistiche, altamente intensive e sofisticate, a cui biologia, medicina e ingegneria attuali stanno provvedendo. I progressi nelle cure perinatali e neonatali hanno significativamente aumentato la sopravvivenza dei nati pretermine (Ananth *et al.* 2005; Wheller, Baker, Griffiths 2006). Il progresso tecnologico e scientifico nell'ambito delle cure intensive neonatali ha consentito una sensibile riduzione del tasso di mortalità neonatale, che ha favorito la sopravvivenza di neonati sempre più piccoli: tuttavia con patologie sempre più complesse. In letteratura viene studiata soprattutto la qualità della vita nei pretermine sopravvissuti, nei periodi che vanno dalla nascita all'adolescenza: i bambini pretermine non hanno solo una maggiore probabilità di morte dei bambini nati a termine, ma c'è una maggiore varietà di problemi di salute e di sviluppo rispetto ai nati a termine. E una più oscura varietà di più futuri problemi psichici.

Negli ultimi vent'anni le indagini scientifiche si sono pertanto orientate a individuare i fattori multipli e sovrapposti che devono essere analizzati per cercare di chiarificare i fattori di rischio e di protezione, in modo che si possa migliorare la qualità della vita in questi bambini più vulnerabili (Muller-Nix, Ansermet 2009). I ricercatori concordano che è fondamentale applicare un approccio multifattoriale alle ricerche: le cause della prematurità includono comportamenti individuali del feto (ma quanti di questi sono indotti dalla relazione gestante/feto?), condizioni mediche della madre e del feto, fattori psicosociali, esposizioni ambientali, traumi, tumori, fattori ormonali, trattamenti dell'infertilità nella madre, altri fattori biologici e genetici: al di sopra di tutti occorre considerare i fattori psichici che dal cervello emotivo dei singoli genitori e nella relazionalità di coppia modulano tutto l'equilibrio psicosomatico

della donna (par. 11.3). Molti di questi fattori sembrano potenziarsi nei casi in cui i genitori si trovino in situazioni socio-economiche svantaggiate, o siano membri di gruppi etnici minoritari (Behrman, Stith Butler 2006).

È pertanto necessario un approccio multidisciplinare che consenta di poter focalizzare da un punto di vista olistico e sempre con maggiore specificità fattori di rischio e fattori di protezione, onde poter predisporre interventi abilitanti e di sostegno allo sviluppo del bambino, adeguati dal punto di vista non solo medico ma anche psicologico.

La nascita pretermine è evento altamente stressante per i genitori e la famiglia (Caplan, Mason, Kaplan 2000), con conseguenze emotive a lungo termine: lo stato emotivo dei genitori dipende naturalmente dal loro assetto emozionale personale e di coppia nonché dalla condizione clinica in cui si viene a trovare il loro bimbo. Le madri avvertono uno stress maggiore dei padri (Jackson, Ternestedt, Schollin 2003) e possono soffrire di depressione e ansietà per mesi (Miles *et al.* 2007). La nascita pretermine, per le complicanze mediche e ostetriche che incombono sulla madre e/o sul bambino, assume le connotazioni di un pericolo, accompagnato da minacce di morte, trasformandosi così in evento psichicamente traumatico (Tracey 2000) che aumenta il forse già da prima vulnerabile equilibrio psichico dei genitori.

In genere le prime due settimane di vita del neonato sono le più critiche per la vita: i neonatologi non sempre riescono a fare previsioni, soprattutto nel caso di nascite gravemente premature. I genitori pertanto vivono la loro genitorialità in uno stato di precarietà, sospesi nell'incertezza di prognosi temporanee: viene sospesa pertanto la loro progettualità sul futuro. Fermi nella dimensione del presente, in cui spesso possono essere predominanti rappresentazioni di angoscia e morte, la loro incertezza rispetto all'esito delle cure può diminuire l'investimento psichico sul bambino (DeMier *et al.* 2000): fino a quando è ricoverato in terapia intensiva neonatale, la madre e il padre allontanano nel tempo l'investimento sulla propria genitorialità reale, come protezione dalla paura per la perdita del figlio, salvo poi doverlo riprendere quando viene dimesso. L'impatto con la realtà inaspettata di un reparto di patologia intensiva neonatale, l'incontro con un bimbo diverso da come se lo erano immaginato, fragile, monitorato, intubato, può essere sconvolgente: ai genitori può sembrare di vivere come in un incubo, con sensazioni di irrealtà, rabbia e sgomento, in cui sorgono impellen-

ti le domande del perché questo sia accaduto proprio a loro. Molti genitori rispondono a questi momenti traumatici con una fase iniziale di rifiuto e una certa ambivalenza verso il bambino: da un lato delusione e frustrazione e dall'altro angoscia e preoccupazione per la sua sopravvivenza; il neonato non è quel figlio che si erano rappresentati durante la gravidanza ma è pur sempre il loro bimbo, che può essere in pericolo e ha necessità di protezione e cure altamente specializzate.

D'altra parte il livello di stress del bambino sottoposto a cure intensive e spesso invasive alimenta l'esperienza psichica traumatica soggettiva del genitore, costituendo una serie di variabili critiche influenti sulle competenze dei genitori stessi e di qui sullo sviluppo del bambino stesso. L'esperienza di precoce stress nel nato pretermine può inoltre portare già di per sé a una sua persistente vulnerabilità emotiva, che si può manifestare anche tardivamente nello sviluppo. Pertanto è importante riconoscere quanto prima i segnali di stress, così come le possibilità di protezione.

11.8. FATTORI DI PROTEZIONE: CURARE LA RELAZIONE

Antonio Imbasciati, Loredana Cena

Il progresso tecnologico ha permesso di tenere in vita i neonati prematuri che fino a qualche decade addietro non sarebbero sopravvissuti: una volta, un neonato prima del 7° mese o con un peso inferiore ai 1500 grammi difficilmente poteva essere salvato, mentre oggi lo si può mantenere in vita. Ciò comporta molteplici problemi in quanto il bambino in queste condizioni deve trascorrere molte settimane in terapia intensiva e pertanto, a parte problemi medico biologici, il neonato non può usufruire delle sensorialità del contatto materno, nonché di tutti gli altri «contatti» sensoriali e psichici che costituiscono la relazione, matrice essenziale dello sviluppo.

Le neuroscienze hanno confermato come ogni sensorialità sia veicolo della maturazione neurologica (Schore 1994, 2003a, b). Gli studi di Psicologia Clinica Perinatale e in particolare le ricerche sperimentali sull'attaccamento hanno dimostrato come la maturazione cerebrale, che fino a poco tempo fa si riteneva dovuta al codice genetico, dipende invece dall'apprendimento dei mes-

saggi veicolati dalle cure materne (Imbasciati, Cena 2010) che costruiscono le reti neurali del feto e del neonato. Il contatto diretto col bimbo è pertanto essenziale per garantirgli un'ottimalità di quei silenti apprendimenti elementari che fanno maturare la predisposizione funzionale del suo cervello. Tutto ciò nel pretermine può avvenire solo in piccola parte.

Le attuali ricerche internazionali (Muller-Nix, Ansermet 2009) stanno evidenziando problematiche nuove nei pretermine, relative allo sviluppo psichico, sociale e relazionale. La prematurità ha perso progressivamente la sua connotazione di centralità nella genesi di disturbi somatici infantili ed è stata contestualizzata in una visione più globale e a lungo termine dello sviluppo: fattori relativi all'ambiente socio-affettivo e in particolare alle cure materne, hanno una notevole incidenza sulla vulnerabilità psichica e psicosomatica del bimbo incidendo sullo sviluppo fisico e sulla salute anche futura e soprattutto psichica del pretermine molto di più di quanto avvenga per i nati a termine. Gli attuali studi psicologici convergono infatti nel focalizzare l'attenzione su aspetti delle prime interazioni emotivo-affettive dei genitori con il bimbo pretermine (Ansermet *et al.* 2007; Baldoni *et al.* 2007; Muller-Nix, Ansermet 2009; Imbasciati *et al.* 2009): la relazione primaria, con tutti i suoi veicoli di comunicazione non verbale, influenza la strutturazione neurale e condiziona lo sviluppo psicofisico del bimbo. Le stesse cure mediche specialistiche, per le diverse patologie, potranno avere un esito più o meno positivo a seconda della qualità delle interazioni: queste possono essere favorenti e facilitanti o addirittura ostacolanti le cure stesse, a seconda della modalità con cui ci si «prende cura» del pretermine e della qualità degli aspetti affettivo emotivi della relazione primaria che vi intervengono. La qualità dello stato emotivo-affettivo dei genitori è qui d'altra parte variabile non secondaria, di specifica competenza dello psicologo clinico.

Se la nascita pretermine è indicata come un fattore di rischio per uno sviluppo adeguato, per contro in questo quadro un'interazione quanto più efficace e positiva, nelle relazioni madre-bambino-padre e pretermine-caregiver, assume valenze altamente protettive per i rischi dello sviluppo (Coppola, Cassibba 2004). Tra i fattori di protezione nella prima infanzia la qualità della relazione genitore-bambino viene considerata variabile che favorisce o ostacola l'adeguato sviluppo cognitivo, linguistico e affettivo (Poehlmann, Fiese 2001): in questo senso la nascita pretermine è fattore di rischio. In ambito sanitario specialistico, per tutte le complicanze non solo di

sopravvivenza, ma soprattutto di crescita e di sviluppo neuro comportamentale, devono dunque essere fornite non solo le competenze nelle cure mediche, del neonatologo, del neuropsichiatra infantile, ma anche competenze di altri specialisti, tra i quali lo psicologo clinico, nonché di tutto il personale infermieristico e sanitario. Lo psicologo clinico deve però essere esperto nella perinatalità (cosa non sempre attuale), affinché sia in grado di fornire ai genitori e al bimbo, in sinergia con gli altri operatori, quei «sostegni multipli» di cui necessita la perinatalità (Kaës 1982; Zurlo 2009). Adeguati interventi, individualizzati, di Psicologia Clinica Perinatale ai genitori – durante l'ospedalizzazione neonatale e la transizione a casa come prevenzione, sostegno o terapia (Dudek-Schriber 2004; Muller-Nix, Ansermet 2009) – aumentano i fattori di protezione alla vulnerabilità neonatale. Gli studi internazionali suggeriscono dunque di incrementare, insieme ad altri servizi del sociale, la cura del parenting primario: parafrasando il grande pediatra e psicoanalista Donald Winnicott, non esiste un neonato pretermine, ma un neonato pretermine e i suoi genitori. L'unità genitori-pretermine è fondamentale per garantire al meglio lo sviluppo neuro psichico ai futuri individui. Il problema sociale si impone, visto che le moderne tecnologie, sempre più perfezionate, permetteranno di salvare la vita di un sempre maggior numero di pretermine: per questi occorrerà però anche favorire un'appropriata assistenza, perché possano avere una loro futura adeguata vera vita (Imbasciati *et al.* 2009) e non una semplice sopravvivenza.

I fattori protettivi a supporto della relazione genitore-bambino comportano un sostegno cognitivo da dare ai genitori, attraverso informazioni utili alle esigenze di accudimento del piccolo, e soprattutto un supporto emotivo-affettivo-relazionale che solo un'adeguata sinergia del personale medico-infermieristico con gli psicologi e gli psicoterapeuti, nonché i parenti, gli amici e altri genitori, può dare ai genitori (Caplan, Mason, Kaplan 2000).

Un fattore protettivo che viene spesso sottolineato è la maggiore possibilità di contatto dei genitori con il figlio (Fava Vizziello, Bricca, Cassibba 1992): recenti studi hanno messo in evidenza come interferenze nell'intimità genitore-bambino siano fattori di elevato rischio (Keilty, Freund 2005) e indicano come i genitori e i figli necessitino durante l'ospedalizzazione di interventi di promozione di maggiore intimità nelle relazioni (Kaaresen *et al.* 2006). Si raccomanda dunque una partecipazione attiva dei genitori alla «CARE» del neonato, che consenta esperienze di vicinanza senso-

riale e intima con lui anche nell'ambito dei reparti di patologia neonatale, sotto la guida del personale specializzato. Compatibilmente con le problematiche mediche, si promuove il contatto fisico col bambino (Als 1986), e del personale e dei genitori, chiamati a essere partecipi direttamente di questo indispensabile processo. Si sottolinea come occorra ricostruire quella relazione intima avviata in gravidanza e interrotta dalla nascita prematura (Muller-Nix, Ansermet 2009). Maggiore specializzazione nelle cure, assistenza altamente professionale del personale dei reparti di UTIN, presenza dei genitori e evoluzione del care infantile come il supporto psicologico fornito ai genitori durante il periodo neonatale (Als 1986; Goldberg, DiVitto 1995) hanno permesso che la maggior parte dei nati pretermine siano sopravvissuti in questi ultimi venti anni, anche a seguito di una lunga ospedalizzazione. Occorre però che siano monitorati a lungo termine gli effetti derivati dalle inevitabili carenze di cui il pretermine ha sofferto.

Due sono gli aspetti critici: il lavoro dello staff ospedaliero con il bambino e i genitori e il lavoro diretto terapeutico da parte di professionisti psicologi per facilitare la relazione genitori-figli. I dati delle ricerche riportano che in generale gli interventi individualizzati di sostegno psicologico ai genitori durante l'ospedalizzazione neonatale e la transizione a casa riducono lo stress dei genitori, la depressione, e aiutano le interazioni dei genitori con il pretermine (Dudek-Schriber 2004; Muller-Nix, Ansermet 2009) aumentando i fattori di protezione alla vulnerabilità neonatale.

Per un superamento degli ostacoli e delle difficoltà incontrati nel percorso evolutivo verso la genitorialità è indispensabile un supporto terapeutico ai genitori, perché possano destreggiarsi nell'impasse degli ostacoli e delle difficoltà che impediscono le tappe della perinatalità psichica: le modalità di sostegno potranno assumere forme e ritmi diversi a seconda del funzionamento mentale genitoriale. Lo spazio della terapia assume secondo la Darchis (2009) una funzione di matrice contenitiva entro cui possono essere rivissute e rielaborate le emozioni e le identificazioni primitive. Il terapeuta-contenitore potrà consentire al genitore uno spazio per riappropriarsi degli eventi traumatici, senza restarne annientato, consentendogli di ripensare ai vissuti e alle esperienze del passato, riconciliandosi con le antiche figure genitoriali ma prendendo da esse le dovute distanze e differenziandosi: solo allora il viaggio di ritorno potrà concludersi. Il legame genitore-bambino può instaurarsi: il complesso di Telemaco si risolve e l'odissea dei genitori può terminare.

Lo psicologo clinico della perinatalità può offrire un approdo, con la sua professionalità, sul versante di tre sostegni multipli: 1) intervento clinico a supporto alla perinatalità-genitorialità psichica e alla relazione genitore-bambino (Imbasciati, Cena 2010); 2) intervento per la formazione degli operatori (Coppola, Cassibba 2004); 3) ricerca (Grasso, Cordella, Pennella 2004). Un'adeguata formazione sarà efficace se accompagnata da un sostegno psicologico specialistico rivolto agli operatori che intervengono nelle reti più complesse della perinatalità: è indispensabile che la formazione sia estesa a tutte le figure professionali coinvolte nella cura e che si prendono dunque cura del bimbo e della sua famiglia. Per raggiungere tale scopo indispensabile è promuovere una formazione integrata dell'equipe, in modo che ognuno, nell'ambito delle sue specifiche professionalità e competenze, possa farsi carico delle proprie responsabilità, condividendole, per sostenere il complesso lavoro emotivo che ne deriva. La ricerca è invece l'ambito che consente di verificare le intuizioni cliniche e di sperimentare modelli operativi. L'ambito della ricerca si estende inoltre all'organizzazione dei servizi che genera il clima istituzionale, positivo o più spesso negativo (Grasso, Cordella, Pennella 2004).

Il lavoro per conseguire un discreto sviluppo del bimbo nato pretermine è comunque impegnativo e spesso impervio. Le cause remote, psicosomatiche, della stessa nascita pretermine, celate nella struttura primaria dei genitori, possono sempre esercitare una influenza che può contribuire come co-fattore di rischio o di protezione per lo sviluppo stesso del bimbo. Andrebbe tale struttura monitorata, nei genitori, longitudinalmente e parallelamente ai supporti con cui si segue lo sviluppo del bimbo. Un'assistenza preventiva sarebbe auspicabile, a tutte le coppie e ancor prima che sopravvenga loro lo sventurato evento: un sostegno alla generatività e alla genitorialità, ancora prima del concepimento, che in molti casi potrebbe scongiurare o procrastinare la prematuranza.

11.9. PROSPETTIVE ASSISTENZIALI

Loredana Cena, Antonio Imbasciati

Nonostante l'estrema complessità dei fattori che costellano le ragioni di una nascita pretermine e dipoi le ripercussioni a ritroso di questa sulle strutture neuromentali dei genitori, i bimbi pretermine riescono a vivere, nella misura in cui tecnologia e adeguata assistenza psicologica si coniugheranno felicemente.

Le ricerche sono concordi nel promuovere, come indicatori di sviluppo, le modalità di supporto psicologico alla relazione genitore-bambino (Imbasciati, Cena 2010): in primis un sostegno cognitivo ai genitori, attraverso informazioni utili alle esigenze di accudimento del loro piccolo, accompagnato però da un supporto emotivo-affettivo-relazionale, che il personale medico-infermieristico, gli psicologi, gli psicoterapeuti e altri genitori che hanno avuto esperienze analoghe, possono fornire alla famiglia (Caplan, Mason, Kaplan 2000). In generale è raccomandata la possibilità di maggiore contatto tra genitori, bimbo e operatori (Fava Vizziello, Bricca, Cassibba 1992). La possibilità di una maggiore intimità consente ai genitori di conoscere più intimamente il proprio piccolo e di accudirlo esercitando adeguate funzioni di parenting: ciò rinforza i loro sentimenti di fiducia e accresce la loro competenza nella lettura dei segnali del loro bambino, imparando a rispondervi adeguatamente Questo può consentire ai genitori di vivere un'esperienza affettiva e multisensoriale con il proprio figlio, che rafforzi il legame reciproco e consenta al bimbo gli apprendimenti emotivo-affettivi indispensabili per il suo sviluppo psichico.

Durante l'ospedalizzazione ha una basilare importanza un'attenta e adeguata osservazione del bimbo: in questo i genitori possono essere aiutati dalla concomitante osservazione di un esperto (Als 1984, 1986).

Spesso impegnati in una rappresentazione mentale traumatica del bimbo, i genitori sono presi dal timore della non sopravvivenza, o di futuri handicap: questo tende a distoglierli da un'osservazione e comprensione dello stato del bimbo che possa aiutarli ad aiutarlo, mentre un'osservazione monitorizzata del bimbo pretermine (Borghini, Forcada-Guex 2004) può aiutare i genitori a scoprire le sue specifiche caratteristiche e a comprenderne meglio il comportamento, le diverse abilità, la sua personalità, rafforzando il loro investimento sul bimbo stesso.

Gli interventi centrati sulle necessità del bimbo, volti a ridurre e minimizzare il distress, comportano un'attenzione al suo sviluppo da parte del genitore, guidato dal personale ospedaliero. Il ruolo delle figure professionali durante il ricovero è cruciale. Due sono gli aspetti delicati: il lavoro dello staff ospedaliero con il bimbo e i genitori, e il lavoro diretto terapeutico da parte di professionisti psicologi per facilitare la relazione genitori-bimbi. Un adeguato supporto rivolto ai genitori comporta effetti positivi nella relazione genitore-bambino e nelle capacità di apprendimento emotivo dei bimbi.

La consultazione psicologica nei NICU serve a fornire aiuto per chiarire le esperienze dei genitori a sé stessi e allo staff, per comprendere le reazioni di difesa e aiutare lo staff a dare un aiuto e un supporto alla relazione genitore-bambino. È necessaria una «care» specifica per i genitori, da parte di un personale sanitario che contemporaneamente si prende cura del bimbo, in modo che i genitori possano «trasferire» queste modalità del «prendersi cura» al loro piccolo pretermine. I genitori possono inoltre essere sostenuti secondo percorsi mirati e progettati progressivamente, in relazione alle necessità e alle fasi di abilitazione del loro bimbo, in modo che possano accompagnarlo nella crescita e contribuire al suo sviluppo. Ovviamente la formazione del suddetto personale sanitario dovrà essere specializzata in senso psicologico e comunque sostenuta da una formazione-sostegno psicologico permanente.

Tutto ciò è quanto si sta cercando di fare: l'impresa non è facile. La maggiore difficoltà attuale, in Italia, è appunto la formazione di operatori adeguati: neonatologi, infermieri, pediatri, assistenti sociali, e psicologi. Per questi ultimi una loro specifica formazione specialistica è ancora tutta da costruire. E comunque per tutti gli operatori sarebbero da costruire percorsi formativi per la loro formazione emotiva strutturale: il che richiede didattiche tutt'altro che informative e tutt'altro che tradizionali. Il tutto costa e le risorse sono scarsissime. La scienza comunque, e anche quella psicologica, ha la facoltà di trainare l'opinione politica: purché si riesca a fare adeguatamente conoscere i rischi nel caso non si provveda.

CAPITOLO 12

QUALI FUTURI INDIVIDUI?

Antonio **Imbasciati**

12.1. QUALE FUTURO PER LA FAMIGLIA

Antonio Imbasciati

Tutte le culture hanno istituzionalizzato la famiglia: monogamica, poliginica, poliandrica, anche allargata con più donne e più uomini, ma pur sempre regolata socialmente. Le regole sociali sono state quasi sempre rigide, interiorizzate come regole morali. Relazioni sessuali al di fuori delle regole familiari sono state spesso tollerate, anche in forma pubblica, talora in relazione a ruoli sociali particolari (concubine, schiavi), ma pur sempre discriminate rispetto a quelle «regolari», cioè regolate dalle leggi che in ogni società, differentemente nella storia e nella geografia, hanno sempre sancito la famiglia. Analogamente i figli nati al di fuori delle regole familiari, detti appunto illegittimi (ex lege), sono stati tollerati, talora anch'essi con statuto sociale particolare, ma pur sempre discriminati. L'aggettivo «bastardo» ha avuto sempre una connotazione diminutiva, se non dispregiativa.

Perché dunque nella sua evoluzione l'homo sapiens ha inventato la famiglia? Ovvero regole che disciplinassero sessualità e filiazione? Le ragioni sono certamente molteplici e variegate per rientrare nelle mie competenze. Credo tuttavia che la maggior parte degli antropologi abbia pur sempre concordato con una ragione di fondo: la migliore sopravvivenza del genere umano, diversa a seconda delle epoche, delle civiltà, dei luoghi e del clima. Una tal ragione potrebbe essere omologabile a quella che spinse le scimmie australopitecine a organizzarsi in branchi. Una collettività organizzata si difende meglio da ogni avversità e meglio sviluppa il suo patrimonio di conoscenze trasmettendolo di generazione in generazione, per sopravvivere e meglio vivere. Di qui la cura dei piccoli. Ma perché un'organizzazione collettiva ha implicato l'istituzione

di quel particolare nucleo individuato come famiglia? Per garantire una procreazione bastava lasciare totalmente libero l'accoppiamento e in altro modo, collettivo, provvedere all'allevamento dei piccoli; nonché a tutte le altre necessità.

L'homo sapiens deve la sua sopravvivenza e il suo sviluppo alle conoscenze che il suo encefalo gli permette di acquisire e di trasmettere: per questo è stato detto «sapiens». Ma è stato definito anche «sapiens, faber, socius» per indicare come il suo sapere si esplicasse e nel saper «fabbricare» (attrezzi sempre più progrediti) e nel sapersi alleare, consociare, organizzare. Lo sviluppo del linguaggio ha permesso e favorito una comunicazione reciproca e quindi le «invenzioni» tecniche (poi tecnologiche) e sociali, e pertanto un'organizzazione sempre più produttiva. Molti studi antropologici ed etologici convergono nell'anteporre il «socius» al «faber»: è la tendenza a cooperare, a comunicare coi propri simili, ad allearvisi, che ha condotto a uno sviluppo, e alle «invenzioni». Prima si ha la spinta a comunicare: di conseguenza viene la ricerca del linguaggio. L'osservazione dei neonati lo conferma. V'è implicato uno dei sistemi motivazionali innati, il sistema cooperativo-paritetico (Gilbert 1989; Liotti 1994, 2001; Lichtenberg 1989), che obbligherebbe a sviluppare la comunicazione, e quindi il linguaggio.

«Prima comunico, poi parlo»: poi «penso», si può aggiungere. Su questo convergono gli studi di psicologia evolutiva, quelli perinatali in particolare: il neonato ricerca fin dai primi giorni una comunicazione e su questa sviluppa poi il linguaggio (Trevarthen 1974, 1990, 1993; Tronick 1980). Da qui si aprono gli studi su quanto fu detto pensiero, con particolare riferimento a quando in questo compaia la coscienza, nei suoi vari gradi (Imbasciati, Dabrassi, Cena 2007).

Nell'evoluzione dell'organizzazione di collettività umane, rimane però l'interrogativo sul perché compaia quella «sotto organizzazione», quasi una «cellula», che si definisce famiglia, e perché questa implichi, oltre che trasmettere conoscenza e tutelare i piccoli, una regolamentazione della sessualità e della parentela. Non bastava la collettività organizzata, o comunque altre organizzazioni collettive, non implicanti una regolamentazione della sessualità, a garantire procreazione, accudimento dei piccoli, incremento e trasmissione delle conoscenze e sviluppo della civiltà? È forse la sessualità tramite eccellente per organizzarvi adeguata tutela ai piccoli per un miglior sviluppo delle generazioni? Per quali ragioni? Le risposte possono apparire semplici, come per esempio quella di vin-

colare il piacere sessuale a una tutela dei piccoli da parte di ambo i sessi, ma rimane in tal caso l'interrogativo su come e perché si produca il piacere, visto che questo non è una sensorialità elementare fisica, come rivedremo più oltre; oppure potremmo avere una risposta presupponendo un finalismo eugenetico, tramite le variegate[1] proibizioni di unioni considerate incestuose, ma la teleologia convince poco.

Scorrendo i costumi, lungo la storia e attraverso la geografia, vediamo come la prima trasmissione di conoscenze ai piccoli sia comunque affidata alla madre, ma ben presto, come alcune culture ci mostrano, può essere affidata ad altri, a balie, schiavi o schiave, maestri, o alle donne anziane, come in Polinesia: le donne fertili a procreare, quelle in menopausa ad accudire. Ma anche in queste culture esiste una «famiglia», rigida o elastica che ci appaia, comunque con le sue regole sessuali, quanto mai varie (Mead 1928, 1935; Lévi-Strauss 1949, 1958) circa l'unione sessuale e i legami di parentela.

Nella storia dell'occidente la trasmissione delle conoscenze appare affidata quasi totalmente alla famiglia: paradigmatico può essere l'esempio dell'Europa postromana. Ma ben presto, e prima ancora, si erano sviluppate le scuole. Con l'invenzione della scrittura, la trasmissione delle conoscenze viene progressivamente affidata al libro: il patrimonio mnestico dell'uomo ne viene enormemente sviluppato. Si origina la civiltà: il collettivo trasmette e sviluppa le conoscenze e le stesse tecniche e regole della comunicazione, scrittura, maestri, riti, costumi, religioni. Si ha dunque la formazione di altri trasmettitori di conoscenza, oltre la famiglia, che però permane. Si arriva, nel secolo XVIII, al giornale, che progressivamente si articola in una sempre più variegata stampa, alla portata di tutti, mentre la scuola viene man mano resa obbligatoria. Per arrivare, oggi, alla radio, alla televisione, al personal computer, con internet, telefonini e oltre. Dunque, per lo sviluppo e la trasmissione del sapere e della civiltà si può fare a meno della famiglia, e con questa delle regole sessuali.

L'evoluzione dei costumi di questi ultimi trent'anni sembra indicarci questa tendenza. Col secolo XX la regolamentazione familiare si allenta: divorzio, sessualità sempre più libera, famiglie che si rompono, salvo poi ricomporsi diversamente. Sembra resistere la

1. L'incesto nelle varie epoche e culture è definito in molteplici differenti modi e gradi (Lévi-Strauss 1949, 1958).

tendenza realizzare una coppia: ma non più soltanto eterosessuale; la filiazione prende strade diverse: adozione, procreazione medicalmente generata (dicesi «assistita»), fino alla clonazione; e infine sembra venir meno anche la coppia: il genitore singolo.

Permane la sessualità, svincolata dalla filiazione, sempre più libera, praticata, diffusa, predicata, quasi invasiva nei mass media. Opinione corrente è che l'avvento dei contraccettivi abbia reso libero l'istinto sessuale e il piacere connessovi abbia attivato il sistema motivazionale edonico, che i mass media hanno enfatizzato; questioni economiche vi si sono sovrapposte. Tale tesi è però quanto mai superficiale, estremamente riduttiva e scientificamente infondata.

Esiste l'istinto dell'homo sapiens? Di quello attuale, soprattutto, civilizzato. Molti antropologi lo negano (Imbasciati, Ghilardi 1989; Ghilardi, Imbasciati 1990). Nell'opinione popolare si confonde l'istinto con qualunque azione o condotta che venga spontanea in certe circostanze, senza predeterminazione e talora senza scorgerne le ragioni, in quasi tutte le persone. Ma questo non è istinto, quale definito scientificamente dal patrimonio genetico di una determinata specie: si tratta invece di automatismi appresi, in età precoce, iscritti nella memoria implicita, di apprendimenti attraverso la comunicazione affettiva primaria, del tutto al di fuori di qualsiasi coscienza, non coscientizzabili, strutturati nell'organizzazione cerebrale, in questo caso della maggior parte degli individui.

Per il cosiddetto istinto sessuale la questione è complessa, in quanto le ragioni dell'attrazione e dei comportamenti sessuali rimangono quanto mai inaccessibili a qualunque introspezione: lo si constata con evidenza nell'innamoramento, ma tali ragioni permangono in qualunque impulso sessuale, nascoste da una reificazione nel fisico operata dalla coscienza per ragioni difensive di economia psichica (Imbasciati 2010d). La psiconeurofisiologia della sessualità lo conferma: le cosiddette sensazioni sessuali non vengono dal corpo, bensì da una lettura operata dal cervello, in base al patrimonio mnestico implicito, su molteplici e disparate afferenze. I mutamenti corporei dell'incontro sessuale non sono la fonte e la causa di piacere, bensì l'effetto somatico di un'emozione inconsapevolmente elaborata dal cervello emotivo, e quivi ha origine il piacere (Imbasciati, Buizza 2011). Ciò che appare alla coscienza come sensorialità non è percezione in senso proprio, né è fisicità, ma un'operazione di economia psichica, più o meno evidente a seconda delle persone, alle quali altrimenti la sessualità apparirebbe

un enigma troppo angoscioso. In effetti, l'Eros tale si rivela all'umano, che se ne chiede il perché (Imbasciati 2010d).

Se dunque la sessualità non è riducibile a istinto, a parte il presentarsi oscura nelle sue origini, non possiamo affermare che i contraccettivi le abbiano dato via libera e che ciò sia la causa del suo permanere, visto che i problemi della filiazione possono essere risolti in altro modo. Perché allora la sessualità rimane, anzi sembra esaltarsi?

12.2. PERCHÉ LA SESSUALITÀ?

Antonio Imbasciati

All'interrogativo in epigrafe a questo paragrafo ho cercato risposte in due miei precedenti volumi (Imbasciati 2010d; Imbasciati, Buizza 2011). In questa sede ricorderò che la sessualità è un'emozione, in senso neurologico: non si considera cioè quello che esperisce in coscienza il soggetto, che può sentirsi «emozionato», bensì il lavoro neurologico del cervello emotivo, che, come in questo testo più volte è stato sottolineato, comporta la maggior parte del S.N.C.; lavoro che può essere del tutto inconsapevole. L'emozione in questione si attiva quando il cervello «legge» in un certo modo, in funzione della sua memoria implicita, affettiva primaria, una certa situazione. L'attivazione, maggiore o minore, produce effetti somatici, maggiori o minori, così come accade per tutte le emozioni: in quella sessuale tali effetti sono cospicui, nelle trasformazioni anatomo-fisiologiche (vascolari, tissutali, della muscolatura liscia, della secrezione, increzione, essudazione) evidenti dei genitali. Forse per questo ma comunque per molteplici altre ragioni psichiche, a differenza di altre emozioni ove di solito il soggetto si sente emozionato e poi avverte anche la modificazione somatica, nella sessualità la stragrande maggioranza dei soggetti attribuisce alle modificazioni somatiche, cioè ai genitali la causa delle sensazioni e del piacere, e poi eventualmente sente un'emozione, come se ciò che avverte come percezione del corpo fosse frutto di una sensorialità specifica periferica, anziché effetto centrale[2]: in tal modo il soggetto attribuisce al fisico ciò che sente, anziché a eventi interiori.

2. Tali effetti di coscienza possono essere considerati del tipo alessitimico.

Un conto pertanto è ciò che avviene nell'attivazione dell'eccitazione sessuale, altro conto è ciò che il soggetto di questa avverte. Da quest'ultima apparenza di coscienza, e dalla misconoscenza difensiva di ciò che in realtà avviene, deriva la convinzione che quanto si sente sia frutto di un automatismo fisiologico degli organi genitali. In realtà questo effetto attributivo non è uguale per tutti: per alcune persone, infatti, l'evento è per così dire «più fisico» che per altre, in quanto ogni individuo ha il suo irripetibile cervello che differenziatamente gli può far sentire più il somatico che lo psichico. In ogni caso i rilievi di neuroimaging mostrano che l'evento sessuale è opera del S.N.C. e non di processi somatici periferici.

Quanto sopra tenuto presente, ricordo ora ciò che lungo tutto questo testo è stato detto sulla formazione del cervello emotivo, che è appunto il cervello primario, maturato non per leggi biologiche-genetiche, bensì per gli apprendimenti dall'esperienza affettiva nelle relazioni primarie (soprattutto nell'accudimento) che hanno strutturato le reti neurali di quel singolo individuo. Sia la psicoanalisi che le scuole derivate da Bowlby, che progressivamente hanno sviluppato metodologie sperimentali per rilevare le varie modalità dell'attaccamento e integrarle con la psicoanalisi stessa, sia le neuroscienze (Schore 2003a, b), hanno dimostrato l'importanza delle relazioni primarie per la formazione delle basi neuromentali e come queste ultime si vengano a costruire silenziosamente nella comunicazione non verbale, in quella corporea in particolare, nell'accudimento neonatale e dopo, in tutti i messaggi corporei che i genitori trasmettono ai figli fino alla fanciullezza. Tali strutture sono le stesse che nell'adulto si attivano nell'emozione sessuale. L'increzione dell'ossitocina sembra confermare la stretta parentela tra l'amorevolezza infantile e l'amore che si rivela nei rapporti sessuali. Tale rivelazione per alcune persone è evidente, per altre molto meno, o non si mostra per nulla alla loro consapevolezza: il coito è per costoro evento vissuto fisicamente, quasi meccanicamente. Si tratta di diversità nelle strutture del cervello emotivo individuale: diversità che lungo un continuum vanno dall'estasi amorosa alla superficialità pseudo sensoriale, fino alle violenze, alle perversioni, alla patologia.

Nella sessualità è dunque esplicato l'inconscio che si costituì in un individuo, l'inconscio per così dire più vero, consustanziale della mente umana, mai riconducibile alla coscienza perché preverbale, averbale, ineffabile. È questo, d'altra parte, che costituisce quanto fu denominato l'intelligenza emotiva (Goleman 1995). In ogni caso

gli eventi sessuali implicano l'affettività, sia che il soggetto la senta, sia che il suo cervello gliela neghi: le strutture neurali dell'affettività ne sono sempre e comunque origine. Sembra, dunque, che il sesso debba essere indissolubilmente legato all'amore, nel suo senso più generale: o all'assenza di amore, o meglio a sue mistificazioni, o patologie, per coloro che hanno avuto un'infanzia disastrata; di solito generata da caregivers a loro volta disgraziati. Tutto il nostro libro pone l'accento sul transgenerazionale.

D'altra parte ogni persona rivive nella relazione erotica ciò che fu (e si strutturò) nelle relazioni intime della sua infanzia e fanciullezza, con i relativi messaggi corporei, positivi o negativi che siano stati: rivive e riattiva ciò che fu e nella sessualità se lo conferma. L'incontro sessuale è il solo modo con cui un adulto può realizzare la comunicazione intima di cui ha nostalgia, o purtroppo, spesso, anche paura, se non orrore. Per questo l'incontro sessuale è ricercato, in modalità che a seconda dell'individuo ripetono la gioia, il senso di sé e la fiducia nel mondo, piuttosto che l'angoscia di abbandono, la paura, l'orrore, la violenza, temuti eventi che, in questo caso, ogni soggetto cerca di evitare o attutire modulando differentemente le modalità con cui si sente di poter attuare il «suo» incontro sessuale. In ogni caso il perché della sessualità risiede nel suo potere di corroborare la struttura affettiva, ovvero riattivare e favorire il funzionamento del cervello specifico di un determinato individuo, comunque bene o male esso si sia costruito: di quel determinato cervello di base che le attuali ricerche dimostrano essere davvero la base per il funzionamento neuromentale globale del singolo individuo (Merciai, Cannella 2009). Purtroppo non tutte le persone hanno una struttura affettiva che conduca a una sessualità vissuta in modo ottimale, e quindi non sono in grado di realizzare tale seconda ristrutturazione neuromentale della loro vita in modo felice: se la loro struttura implicava remote tracce mnestiche di paura, orrore, violenza o altro, la riattivazione di queste sarà un corroborare negativo. Molti così saranno obbligati a trovarsi vie contorte e difficili per realizzare una qualche forma della loro sessualità: alcuni non ci riusciranno, altri assisteranno a un acuirsi della loro psicopatologia sessuale.

Tutto ciò pone allora in luce la nostra iniziale domanda, sul perché l'homo sapiens abbia costruito regole sessuali intrecciate con gli eventi della filiazione, e ne dà una risposta: se la filiazione avrebbe potuto essere tutelata prescindendo da regole sessuali, queste vi aggiungono lo scopo di renderla più assicurata. Infatti, le

regole rassicurano i soggetti nei quali l'incontro sessuale desti angosce, suscettibili di compromettere l'attivazione di un'affettività amorevole, e dunque la sua trasmissione al piccolo: il legame tra sesso e filiazione quale prescritto dalle regole rende l'incontro sessuale più idoneo a corroborare una struttura neuromentale[3] affettiva che predispone e favorisce un miglior accudimento dei piccoli, e quindi la trasmissione a essi di strutture di base migliori, o più adeguate affinché costoro a loro volta, quando saranno adulti, le trasmettono ai propri figli. Quanto la prescrizione, che agisce non solo a livello di coscienza, ma anche nelle strutture emozionali connesse al collettivo, sia sufficiente per tale intento, dipenderà dal particolare bilancio emozionale del singolo individuo: la garanzia dell'istituzionalizzazione di regole sociali si attua nella misura in cui le strutture psicosessuali di un individuo siano sufficientemente «buone», sicché il loro riattivarle nell'incontro sessuale le corrobori in modo positivo. Nel caso invece che tali strutture siano disfunzionali (sessualità difficile, particolare, aberrante o patologica) il loro riattivarsi le corroborerà in senso negativo. E proprio, a mio avviso, un tentativo della collettività per assicurare il primo evento e sfavorire il secondo, che il legame tra sessualità e procreazione è stato sottoposto, bene o male in qualunque civiltà, a regole: l'intento, riuscito o meno che sia, è quello di garantire una transgenerazionalità che trasmetta il meglio, e non il peggio, degli individui.

Ogni cultura si è data regole al proposito, talora in modo che può a noi apparire bizzarro: ciò può essere imputato a fattori condizionanti esterni (del clima, del suolo, delle tecnologie fino a quel momento escogitate), così come – qui gli psicoanalisti confermano – per vicende interiori, individuali e collettive, dentro lo sviluppo che dall'attaccamento infantile conduce al legame erotico nelle mille e mille vicissitudini che si intersecano e si intrigano, spesso con mille e mille esiti contorti e complessi. Si tratta dei fantasmi dello sviluppo psicosessuale (Imbasciati 1983b, 2010d), che non tutti riescono a gestire a buon fine, vista la loro struttura di base. Ognuno ha la «sua» sessualità e questa è modulata nel collettivo: il collettivo ne ha formulato regole comportamentali; l'intento era quello di favorire la «buona sessualità» (Imbasciati 2010d).

Le regole hanno dunque il loro scopo: si tratterebbe di garantire la sopravvivenza del genere umano in quanto sapiens, con un

3. Nel coito si ha un incremento di ossitocina e le aree cerebrali implicate sono in gran parte le stesse che sono coinvolte nell'esplicazione dell'accudimento, così pure come nell'essere accuditi.

sapere cioè in armonia con l'intelligenza emotiva, per assicurare la sopravvivenza di strutture emozionali sufficientemente buone per generare individui non peggiori, con un'intelligenza che favorisca una cognizione più idonea alla realtà interpersonale dell'homo socius. Forse oggi avremmo bisogno più che mai di una societas che contenga una sintonia tra persone senza che tecnologie, crudamente sviluppate e crudelmente diffuse, la soffochino.

Le regole dunque sono state istituite, lungo lo sviluppo della civiltà, affinché un incontro sessuale garantisca al meglio una transgenerazionalità. L'incontro presuppone una coppia, o comunque altre regole di organizzazioni familiari, diverse dalla nostra, che però in ogni caso leghino sessualità e procreazione; e la leghino non semplicisticamente come causa di effetti fisici (pensiamo alle connessioni tra piacere e tenerezza e alla mediazione dell'ossitocina), bensì come legame abbastanza duraturo ed emotivamente forte da potersi riflettere nella cura dei piccoli.

Possono porsi qui molti interrogativi sui perché la famiglia abbia assunto, nel tempo e nella geografia, tante così diverse regole, e, visto che nella nostra attuale civiltà si è imposta la coppia, può porsi qui un particolare interrogativo di attualità: quanto può essere utile che l'incontro sessuale, o meglio il formarsi e un sufficiente perdurare della coppia presupponga un uomo e una donna. È una tale coppia più idonea di una coppia dello stesso sesso a garantire una buona transgenerazionalità?

Argomentazione a favore della coppia eterosessuale potrebbe essere il considerare quanto due esseri diversi (che non solo rivivano e corroborino le loro diverse strutture emotive primarie nell'incontro corporeo, ma anche che, nel confronto tra le rispettive differenze anche corporee, attivino le loro strutture neuromentali diverse [Imbasciati 1990]) abbiano modo di modulare la percezione della diversità interpersonale e di poterla utilizzare per i loro figli. Potremmo pensare alla necessità di quella grande differenza, che intercorre tra l'adulto e il bimbo, che è indispensabile che un genitore viva nel suo rapporto col figlio affinché questi possa crescere[4]. Si aprono però delle contro-argomentazioni: in una coppia omosessuale potremmo ancora supporre un incontro tra due esseri diversi, che corroborino nel corpo una struttura emotiva, forse più

4. Troppi genitori oggi trattano i figli alla pari, in nome di una generalizzazione dell'ideologia egualitaria. La negazione, nel genitore, della differenza, in ogni suo vario aspetto, tra lui e il bimbo, se apparentemente gradita dal piccolo, alimenta in lui grosse angosce, anch'esse negate e coperte da atteggiamenti di presunzione e faciloneria.

contorta, ma pur sempre diversa tra i due, e comunque passibile di trasmettere elementi positivi. Se ciò potrebbe ancora essere considerato per una coppia dello stesso sesso, interrogativi più oscuri si aprono però quando si considera una trasmissione transgenerazionale nel nato e allevato da genitore singolo.

Se poi andremo verso generazioni totalmente generate e accudite in laboratorio, fino alla clonazione, la prospettiva si presenta ancora più inquietante.

12.3. L'ATTUALE SOCIETÀ E LA FAMIGLIA

Antonio Imbasciati

Svolte le considerazioni di cui al precedente paragrafo, la prospettiva del futuro dell'umanità pone il problema di come assicurare caregivers sufficientemente buoni a strutturare buone basi neuromentali alle future generazioni, nonché le condizioni idonee a che tali «trasmettitori» possano funzionare. Questo significa, come in precedenti capitoli illustrato:

- un'assistenza socialmente organizzata per sostenere e corroborare i buoni e anche discreti caregivers perché meglio possano trasmettere e così costruire buone strutture neuromentali, nonché uno screening generale per individuare le situazioni di accudimento che si prospettano a rischio e aver cura di tali possibili genitori affinché si possano ridurre gli inconvenienti che queste trasmettono (Imbasciati 2011b, c);
- un'organizzazione sociale e politica che permetta a coloro (più capaci o meno capaci) che si occuperanno dei piccoli di svolgere bene la loro azione costruttrice e trasmettitrice.

Una cura per un miglior sviluppo di futuri individui potrà essere realizzata non tanto focalizzandosi sui bambini, come le nostre abitudini mediche (neuropsichiatria infantile) inducono a operare: sarebbe troppo tardi e l'impresa sarebbe ancor più ardua. In una visione psicologica quale qui proposta, un eventuale intervento va essenzialmente mirato ai genitori soprattutto nel periodo della loro perinatalità, e per un'effettiva prevenzione su tutte le coppie che possono aprirsi alla procreazione o comunque a una generazione di nuovi esseri. Poiché non è facile, contro le ricorrenti semplicistiche abitudini (pensiero emotivo implicito?) della nostra cultura

sanitaria, tenere davvero conto del rilievo che una siffatta impresa assistenziale come sopra delineata può avere per le future generazioni, riteniamo qui opportuno presentare una figura che schematicamente riassuma le connessioni tra i molteplici eventi, psichici e neurali, che concorrono a strutturare lo sviluppo di un individuo, dalla prenatalità-perinatalità fino alla fanciullezza e all'età adulta, e da qui la sua capacità di accudire adeguatamente ai propri figli; cosicché poi questi, salvaguardati, da un tipo di assistenza come quella sopra prospettata, possano a loro volta generare «bene» in senso psichico e neuromentale i futuri figli. Si prospetta così un circuito transgenerazionale: l'assistenza come qui prospettata, ossia l'aiuto (intervento) sui genitori assicurerebbe una transgenerazionalità di migliori generazioni, o comunque ridurrebbe la possibilità di una transgenerazionalità peggiorativa.

La figura sviluppa quelle già presentate al par. 9.2, focalizzando il feed-back transgenerazionale e come un programma assistenziale preventivo (si veda la grossa freccia sulla sinistra) debba essere indirizzato ai genitori: più precisamente, per una tale opera, difficile ma di enorme portata futurologica sociale, occorre incrementare le capacità della mente emotiva inconscia dei futuri genitori a riguardo di un buon accudimento dei figli che verranno, come messo in evidenza nella parte sinistra della figura. Tale intervento comporta un'assistenza non tanto incidentale o all'occasione, come il termine potrebbe medicalisticamente risuonare, ma continuativa a cominciare da quando due individui entrano nella prospettiva di fare, o comunque allevare, un figlio. Ovviamente una tale assistenza non può avere senso se all'intento suddescritto in a) non viene affiancata un'organizzazione sociale come indicato in b) (si veda nella figura la dizione «possibilità di esplicarla»), cioè se non si dispone di tempo, spazio e agio adeguati per mettere in atto al meglio le proprie capacità.

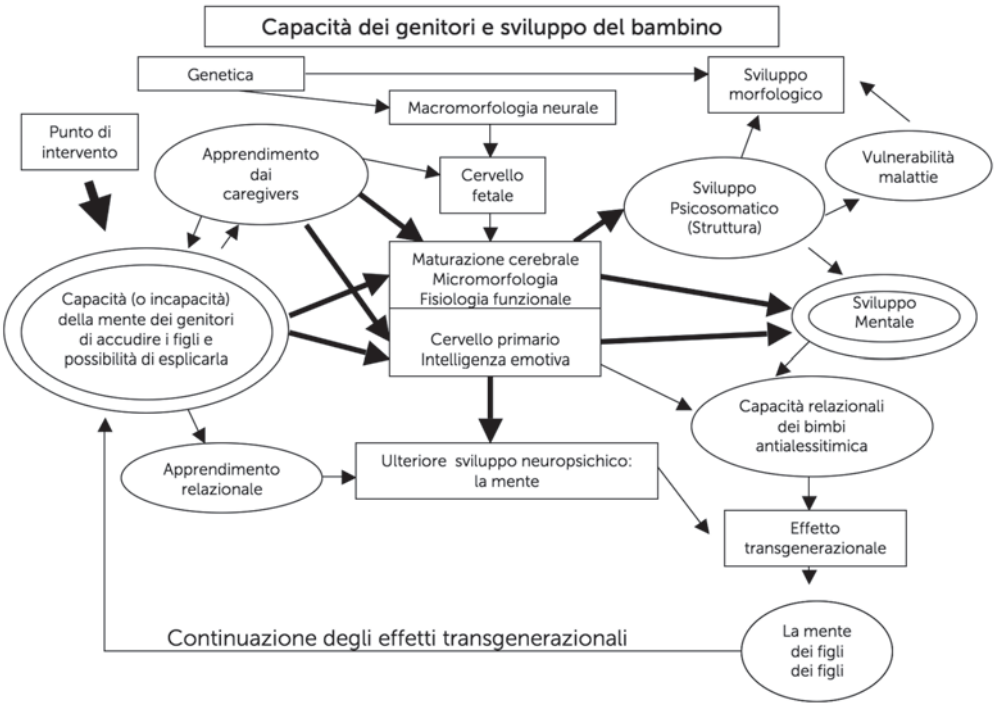


Fig. 10. Capacità dei genitori e sviluppo del bambino.

[Grafica a cura di Imbasciati, Cena]

La maggior difficoltà, per la realizzazione di una simile assistenza consisterà, a nostro avviso, nella formazione di operatori idonei all'uopo. Per incrementare le capacità di accudimento che sono espressione di una struttura emozionale radicata nelle strutture neuromentali quasi totalmente inconsce, occorrerà, infatti, un operatore formato a lavorare, appunto, sulle emozioni: ciò comporta una formazione molto specialistica, con didattiche formative non tradizionali, ovvero una formazione che agisca sulle strutture emotive degli operatori stessi.

La figura mostra inoltre, in basso a destra, come lo sviluppo neuromentale emotivo del bimbo, se ben strutturato dai fattori che vi concorrono (parte sinistra centrale della figura) favorisca nel bam-

bino una struttura, nella figura indicata come anti-alessitimica[5] che lo renderà capace di buone capacità di capire, di vivere le emozioni proprie e altrui, e pertanto, divenuto adulto, di accudire adeguatamente ai propri figli: scendendo nella parte destra della figura, verso il basso viene indicato l'effetto transgenerazionale. A questo concorre (parte inferiore centrale con freccia verso destra della figura) l'ulteriore sviluppo neuromentale che il bimbo potrà avere se continuerà a usufruire di un buon apprendimento relazionale (vedi in basso a sinistra). In tal modo il «nostro» bimbo (figlio), divenuto adulto, trasmetterà ai propri figli: nella figura è indicata «la mente dei figli dei figli». E proseguendo nella linea della transgenerazionalità gli effetti andranno a condizionare, di nuovo (feed-back in basso e poi in alto a sinistra), la capacità della mente genitoriale; condizioni socioeconomiche e sanitarie permettendo. Infatti, nel clima sociopolitico delle organizzazioni sanitarie italiane il grosso rischio, altamente verificabile, è quello di un grosso riduzionismo applicativo rispetto alle conoscenze ufficiali: si riduce la formazione degli operatori a riti informativi spacciati per formativi, e propagandati sulla carta delle buone intenzioni politiche.

In ogni caso, se tali avverse condizioni di formazione per un'assistenza come qui delineata comporteranno un'impresa di enormi investimenti, la seconda condizione, indicata sub b) all'inizio del paragrafo, appare ancor più difficile da realizzare a fronte delle potenti e negative tendenze dell'attuale civiltà. Le condizioni socio-economiche oggi obbligano a un lavoro intenso e stressante entrambi i membri della coppia: il tempo per accudire ai piccoli è ridotto. Per ora possono supplire i nonni, ma, visto che l'epoca di far figli è oggi sempre più dilazionata – si pensa a far figli solo a quarant'anni – in una futura generazione i nonni non ci saranno più o non saranno più in grado di vicariare efficacemente i genitori.

C'è inoltre da chiedersi se a quarant'anni una persona, uomo o donna che sia, che non abbia mai generato figli e mai abbia accudito, possa essere più idoneo a un accudimento partecipato emotivamente, piuttosto che ritrovarsi distaccato, più lontano dagli echi della propria infanzia e soffocato dall'abitudine al lavoro quale oggi imposto. Non solo questo può dunque comprimere lo spazio fisi-

5. L'alessitimia non è una qualità, disfunzionale, di alcune menti: tra l'incapacità di capire le proprie e altrui emozioni, che diede origine alla definizione di alessitimia, e al contrario un'ottima capacità, esiste tutto un continuum, lungo il quale ogni individuo umano può essere collocato. L'optimum è stato da noi definito antialessitimia (Imbasciati, Margiotta 2005).

co per l'accudimento, ma anche forse potrebbe ridurre lo spazio mentale, strutturale, della mente affettiva di un genitore.

Altro fattore da considerare è l'uso sempre più diffuso e precocemente applicato delle tecnologie audiovisive per «tener buoni» i bambini, o con la pretesa di istruirli. Si comincia a poco più di un anno di vita con la televisione, per poi proseguire con giochini e giochi elettronici più complessi, telefonini, computer sempre più sofisticati. I bimbi ne sembrano affascinati: forse perché non hanno di meglio? Inoltre, a parte i contenuti spesso discutibili che possono essere assorbiti (vedi la violenza di gran parte dei cartoons), il dialogo del bambino con una macchina sta sostituendo quello con i caregivers. Quali effetti? Alla luce di tutto quanto in questo libro è stato esposto sulla natura di tale dialogo, e sul suo effetto strutturante, in positivo come purtroppo in negativo, sul cervello, molte inquietanti risposte si prospettano. In particolare sottolineo qui come l'interlocutore che dovrebbe essere caregiver-persona, con le relative dotazioni di un'intelligenza emotiva, diventa invece un docile servo all'onnipotenza del bimbo che lo manovra: e che può farlo non solo variare, ma sparire e ricomparire. Quale effetto si struttura nella mente del bambino? Gli psicoanalisti molto hanno scritto su tale presunta e angosciosa onnipotenza. Quale rapporto impara con la realtà? Questa sarà pur sempre interpersonale, ma forse troppo tardi il soggetto se ne potrà accorgere. E inoltre il proprio mondo interiore, che pur sempre fu interpersonale (salvo un futuro individuo clonato, gestato, nato e allevato interamente da macchine), quanto scisso rimarrà dall'epifenomeno della sua coscienza e da quanto egli si illuderà essere la sua libera volontà? Quanto dunque potrà tale individuo essere capace da adulto di dare ai propri piccoli un accudimento sufficientemente buono?

Si delinea purtroppo una catena transgenerazionale negativa. Quali stili di attaccamento si svilupperanno in futuro nei nostri figli? Forse evitanti. Quali MOI? Quali modalità dello «stare con»? Si profilano forse generazioni con una struttura neuromentale del tutto scissa dal mondo interiore delle emozioni, e forse ciò sarà ideologicamente e tecnologicamente propagandato come più efficiente. Dove va a finire l'intelligenza emotiva? O meglio, come si sarà strutturato, in questo caso purtroppo nel male per le grosse deficienze di accudimento, il cervello emotivo, l'intero emisfero destro, la parte inconsapevole che dirige il tutto? Farà credere al soggetto di essere lui a decidere e a decidere bene (Wegner 2003; Merciai, Cannella 2009: 101 sg.). L'inconscio, si potrebbe affermare,

sarà sempre più inconscio e sempre più inafferrabile. Forse qualcuno dirà che finalmente è stato eliminato.

E allora, vista l'impermeabilità intrapsichica, che ne sarà della simbolopoiesi? (Imbasciati 2001, 2006a, b). L'uomo del futuro, forse, decantato come uomo libero dalle passioni, potrebbe essere invece l'uomo totalmente agito da queste a propria insaputa.

Le scienze psicologiche, ma credo anche l'antropologia e tutte le scienze umane, stanno dando un allarme, circa il nostro futuro: ancor più si può essere allarmati nello studio delle prospettive psichiche transgenerazionali. L'impegno scientifico su quest'ultimo versante sembra però tuttora scarso. E comunque il problema è come farsi ascoltare nel menzognero mondo dei mass media e delle decisioni politiche. In questo quadro potremmo ipotizzare epiloghi inquietanti: sia nella prospettiva della famiglia, oggetto del presente capitolo, sia sulla società futura, oggetto, si spera, di altrettanti studi sociopolitici.

Dal genitore singolo, passeremo all'individuo clonato? Forse un individuo in cui, spenta la generatività, non ci sarà più neanche la sessualità (Imbasciati, Buizza 2011: cap. 14). Fantascienza? Forse potrebbe servire, se si tratta del futuro dell'uomo. «Zu erraten», raccomandò un vecchio Maestro.

BIBLIOGRAFIA

Acciaro M. (a cura di) 1985, *Gravidanza senza maternità*, Armando, Roma.

Agostini F., Favoni Miccoli A., Benassi M. 2002, *L'E.P.D.S. a 3, 9 e 18 mesi dopo il parto*, «IV Congresso Nazionale di Psicologia Clinica», Bellaria-Rimini, 13-14 Settembre 2002.

Ainsworth M.D.S.
1979, *Infant-mother attachment*, «American Psychologist», 34: 932-937.
1985, *Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development*, «Bulletin of the New York Academy of Medicine», 61: 771-791.

Ainsworth M.D.S., Bell S.M., Stayton D. 1974, *Infant-mother attachment and social development*, in Richards M.P. (a cura di), *The introduction of the child into a social world,* Cambridge University Press, London: 99-135.

Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (a cura di) 1978, *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*, Erlbaum, Hillsdale.

Ainsworth M.D.S. e Eichberg C. 1991, *Effetti sull'attaccamento bambino-madre del lutto irrisolto della madre per una figura di attaccamento o di un'altra esperienza traumatica*, in Parkes C., Stevenson-Hinde J., Harris P. (a cura di), *L'attaccamento nel ciclo di vita*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995.

Albasi C. (a cura di) 2006, *Attaccamenti traumatici,* UTET Libreria, Torino.

Als H.
1984 (a cura di), *Manual for the naturalistic observation of newborn behaviour NIDCAP (preterm and fullterm)*, The Children's Hospital, Boston.
1986, *A synactive model of neonatal behavioural organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment*, «Physical and Occupational Therapy in Pediatrics», 6(3/4): 3-55.

Als H., Duffy F.H., McAnultry G.B., Rivkin M.J., Vajapeyam S., Mulkern R.V., Warfield S.K., Huppi P.S., Butler S.C., Conneman N., Fischer C., Eichenwald E.C. 2004, *Early experience alters brain function and structure*, «Pediatrics», 113(4): 846-857.

Als H., Lester B.M., Tronick E., Brazelton T.B. 1982, *Manual for the assessment of preterm infants' behaviour (APIB)*, in Fitzgerald H., Lester B.M., Yogman M.W. (a cura di), «*Theory and Research in Behavioural Pediatrics, vol. 1*», Plenum Press, New York: 65-132.

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

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

Ammaniti M., Cimino S., Trentini C. (a cura di) 2007, *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Ananth C.V., Joseph K.S., Oyelese Y., Demissie K., Vintzileos A.M. 2005, *Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons. United States, 1989 through 2000*, «The American College of Obstetrician and Gynecologists», 105(5): 598-601.

Ancona L. (a cura di) 1970, *Dinamica della percezione*, Edizioni scientifiche e tecniche Mondadori, Milano.

Ansermet F., Magistretti P. (a cura di) 2007, *Biology of freedom: Neural plasticity, experience, and the unconscious*, Karnac Books, London.

Ansermet F., Muller-Nix C., Borghini A., Forcada-Guex M., Pierrehumbert B. 2007, *Parenting, Emotion Regulation and Attachment,* «Congresso Università degli Studi di Trento», Trento, 18 ottobre 2007.

Armstrong D., Hulti M. 1998, *Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment*, «Journal of obstetric, gynaecologic and neonatal nursing», 27: 183-189.

Aucher M.L.
1977 (a cura di), *Les plans d'expression*, EPI Editeurs, Paris.
1983, *Vivre sur sept octaves*, Editions Résonnances, Suisse.
1984, *L'homme sonore*, EPI Editeurs, Paris.
1987, *En corps chanté*, Hommes 8t Groupes Editeurs, Paris.

Bakerman R. 1978, *Untangling streams of behaviours analysis of observational data*, in Sakett G.P. (a cura di), *Observing behaviour*, *vol. 2*, University Park Press, Baltimore.

Bakerman R., Gottman J.M. (a cura di) 1986, *Observing interacion: an introduction to sequential analysis*, Cambridge University Press, Cambridge.

Bakermans-Kranenburg M.J., Juffer F., van Ijzendoorn M.H. 1998, *Interventions with video feedback and attachment discussions: Does type of maternal in security make difference?,* «Infant Mental Health Journal», 19: 202-219.

Baldaro Verde J. (a cura di) 1987, *Avere un figlio o essere genitori?,* Angeli, Milano.

Baldoni F., Facondini E., Landini A., Romeo N., Crittenden P.M. 2007, *Development of Attachment in Families with Preterm Child: a Long-Term Study*, «DMM Meeting», Newcastle, UK (17-18 Aprile 2007).

Balint E. (a cura di) 1957, *Medico, Paziente, Malattia*, Feltrinelli, Milano, 1970.

Balint M., Balint E.
1959 (a cura di), *La regressione*, Cortina, Milano, 1983.
1968, *Il difetto fondamentale*, in Id. (a cura di), *La regressione*, Cortina, Milano, 1983.

Bateson M.C. 1979, *The epigenesis of conversational action: a personal account of research development*, in Bullowa M. (a cura di), *Before Speech: the Beginning of Human Communication*, Cambridge, University Press, Cambridge.

Battagliarin G. 1999, *Psicoprofilassi e dolore del parto*, in Farinet M. (a cura di), *I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90*, Ed. Progetto Nascere, Milano: 35-42.

Beebe B., Gerstman L. 1980, *The packaging of maternal stimulation to infant facial-visual engagement. A case study at four months*, «Merrill-Palmer Quarterly», 26: 321-339.

Beebe B., Lachmann F., Jaffe J., 1997, *Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations*, «Psychoanalytic Dialogues», 2: 133-182.

Behrman R.E., Stith Butler A. (a cura di) 2006, *Preterm birth: Causes, consequences, and prevention*, The National Academic Press, Washington, DC.

Belsky J., Kelly J. (a cura di) 1994, *The transition to parenthood: how a first child changes a marriage. Why some couples grow closer and others apart*, Dell, New York.

Benedek T.
1952, *The psychosomatic implications of the primary unit: mother-child*, «American Journal Orthopsychiatry», 19: 642-654.
1956, *Psychobiological aspect of mothering*, «American Journal Orthopsychiatry», 26: 272-280.
1960, *L'organizzazione della funzione riproduttiva*, in Baruffi L. (a cura di), *Desiderio di maternità*, Boringhieri, Torino, 1979.

Bernal J., Richards M.P.M. 1970, *The effect of bottle and breastfeeding on infant development*, «Journal of Psychosomatic Research», 14: 247-252.

Berryman J.C. e Windridge K.C. 1996, *Pregnancy after 35 and attachment to the fetus*, «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 14: 133-143.

Bibring G.L.
1959, *Some considerations of the psychological processes in pregnancy*. «The psychoanalytic Study of the Child», 14: 113-121.
1961, *A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship*. «The psychoanalytic Study of the Child», 16: 9-13.

Bick E.
1964, *Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico*, in Bonaminio V. e Iaccarino B. (a cura di), *L'osservazione diretta del bambino,* Boringhieri, Torino, 1984.
1968, *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*, in Bonaminio V. e Iaccarino B. (a cura di), *L'osservazione diretta del bambino*, Boringhieri, Torino, 1984.
1975, *Ulteriori considerazioni sulla funzione della pelle nelle prime relazioni oggettuali*, «Rivista di Psicoanalisi», 3: 341-355.

Bielawska-Batorowicz E. 1993, *The effect of previous obstetric history on women's scores on the Fetal Health Locus of Control Scale (FHLC)*, «Journal of Reproductive and Infant Technology», 11: 103-106.

Bion W.R.
1962a (a cura di), *Learning from experience* (Trad. it. Id., *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1972).
1962b, *A theory of thinking*, «International Journal of Psycho-Analysis», 43: 306-310 (Trad. it. Id., *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970).

1963, *Elements of Psychoanalysis*, Basic Books New York (Trad. it. Id., *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1973).
1965, *Trasformations: Change from learning to Growth*, Heinemann, London (Trad. it. Id., *Trasformazioni*, Armando, Roma, 1973).
1970, *Attention and interpretation. A scientific approach to insight in Psycho-Analysis and groups*, Tavistock, London (Trad. it. Id., *Attenzione e interpretazione. Una prospettiva scientifica sulla psicoanalisi e sui gruppi*, Armando, Roma, 1973).

Bloom K.C.
1995, *The development of attachment behaviours in pregnant adolescents*, «Nursing Research», 14: 133-143.
1997, *Perceived relationship with the father of the baby and maternal attachment in adolescents*, «Journal of Obstetric, Gynaecology and Neonatal Nursing», 27: 420-430.

Boncinelli E. 1999, *C'è dolore e dolore*, «Nascere», 3: 5-6.

Borghini A., Forcada-Guex M. 2004, *L'observation du bébé prématuré; un travail conjoint parents-spécialistes*, «Psychoscope», 5: 20-22.

Boszormenyi-Nagy I. e Sparks G. (a cura di) 1973, *Invisible loyalties*, Harper & Row, New York.

Bowlby J.
1969 (a cura di), *Attachment and Loss. vol. 1: Attachment*, Basic Books, New York (Trad. it. Id., *Attaccamento e perdita. vol. 1: L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino, 1972).
1973 (a cura di), *Attachment and Loss. vol 2: Attachment*, Basic Books, New York (Trad. it. Id., *Attaccamento e perdita. vol. 2: La separazione dalla madre,* Boringhieri, Torino, 1975).
1980 (a cura di), *Attachment and Loss. vol.3: Loss, Sadness and Depression*, Basic Books, New York (Trad. it. Id., *Attaccamento e perdita. vol. 3: La perdita della madre*, Boringhieri, Torino, 1983).
1988a, *Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo*, «Rivista di Psichiatria», 23(2): 57-68.
1988b (a cura di), *A Secure Base: parent-child Attachment and Health Human Development*, Basic Books, New York (Trad. it. Id., *Una base sicura*, Cortina, Milano, 1989).

Brazelton T.B. (a cura di) 1973, *Neonatal Behavioural Assessment Scale. Clinics in Developmental Medicine n° 50*, Spastics International Medical Publications, London.

Brazelton T.B., Cramer B. (a cura di) 1991, *Il primo legame*, Frassinelli, Como.

Brazelton T.B., Kozlowski B., Main M. 1974, *The origins of reciprocity*, in Lewis M. e Rosenblum L. (a cura di), *The effect of the infant on its caregiver*, Elsevier, New York.

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

Bretherton I.
1992, *Social referencing, intentional communication, and the interfacing of minds in infancy*, in Feineman S. (a cura di), *Social referencing on the construction of reality*, Plenum Press, New York.

1994, *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*, in Parke R., Ornstein P., Reiser J., Zahn-Waxler C. (a cura di), *A Century of Developmental Psychology,* American Psychological Association, Washington DC: 431-471.

Bretherton I., Munholland K.A. 1999, *Internal Working Models in Attachment Relationship: A construct Revisited,* in Cassidy J., Shaver P. (a cura di), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, The Guilford Press, New York: 89-114.

Bricker L., Garcia J., Henderson J., Mugford M., Neilson J., Roberts T., Martin M.A. 2000, *Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost effectiveness and women's views*, «Health Technology Assessment», 4(16): 1-195.

Bruner J.S. 1977, *Prime interazioni sociali e acquisizione del linguaggio*, in Shaffer H.R. (a cura di), *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*, Angeli, Milano.

Bucci W. (a cura di) 1997, *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, Fioriti, Roma, 1999.

Bürgin D., Von Klitzing K. 1995, *Prenatal representation and postnatal interactions of a threesome (mother, father and baby)*, in Blitzer J. e Stauber M. (a cura di), *Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, Monduzzi, Bologna.

Bydlowski M.
(a cura di) 1997, *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité.* Presses Universitaires de France, Paris.
2009a, *Fattori psicologici nell'infertilità femminile*, in Zurlo M.C. (a cura di), *Percorsi della filiazione*, Angeli, Milano.
2009b, *Le infertili. Un aspetto della filiazione femminile*, in Zurlo M.C. (a cura di), *Percorsi della filiazione*, Angeli, Milano.

Caccia N., Johnson J.M., Robinson G.E., Barna T. 1991, *Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis*, «American Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology», 165: 1122-1125.

Camaioni L. (a cura di) 1996, *La prima infanzia*, Il Mulino, Bologna.
2003, *La teoria della mente*, Laterza, Roma-Bari.

Cannella B.L. 2005, *Maternal-fetal attachment: an integrative review*, «Journal of Advanced Nursing», 50(1): 60-68.

Caplan G., Mason E., Kaplan D.M. 2000, *Four studies of crisis in parents of prematures*, «Community Mental Health Journal», 36(1): 25-45.

Carli R. 2011, *Psicologia in Facoltà di Medicina*, «Rivista di Psicologia Clinica», <www.rivistadipsicologiaclinica.it> numero speciale, in stampa.

Carneiro C., Corboz-Warnery A., Fivaz-Depeursinge E. 2006, *The Prenatal Lausanne Trilogue Play: a new observational assessment tool of the Prenatal Co-Parenting Alliance*, «Infant Mental Health Journal», 27(2): 207-228.

Carter C.S. 1998, *Neuroendocrine perspectives on social attachment and love*, «Psychoneuroendocrinology», 23: 779-818.

Cassidy J. 1994, *Emotion regulation: influences of attachment relationships*, «Monographs of the research in Child development», 59(2-3): 228-249.

Cena L. 2011, *I bambini e i loro genitori nei complessi scenari della consultazione terapeutica*, in Cristini C. (a cura di), *Il cambiamento psicoterapeutico*, in stampa.

Cena L., Imbasciati A. 2009, *Come valutare le cure materne nello sviluppo del futuro individuo*, «Nascere», 107: 25-30; 108: 26-34.

Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (a cura di) 2010, *La relazione genitore-bambino*, Springer Verlag, Milano.

Chamberlain D.B.
1992, *Is there intelligence before birth?*, «Pre- & Perinatal Psychology Journal», 6(3): 217-238.
1994, *The sentient prenate: What every parent should know*, «Pre- & Perinatal Psychology Journal», 9(1): 9-34.
1988, *The significance of birth memories*, «Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health», 14(1-2): 65-84.

Cicchetti D., Cohen D.J. 1995, *Perspectives on developmental psychopathology*, in Cohen D.J., Cicchetti D. (a cura di), *Developmental psychopathology, vol.1: Theory and Methods*, John Wiley & Sons, Oxford UK.

Cohn J.F, Tronick E.Z.
1983, *Three month-old infant reaction to simulated maternal depression*, «Child Development», 54: 185-193.
1988, *Mother-infant face-to-face interaction: influence is bidirectional and unrelated to periodic cycles in either partner's behaviour*, «Developmental Psychology», 24: 386-392.

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

Condon J.T., Corkindale C. 1997, *The correlates of antenatal attachment in pregnant women*, «Journal of Medical Psychology», 70: 359-372.

Condon J.T., Dunn D.J. 1988, *Nature and determinants of parent to infant attachment in the early postnatal period*, «Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry», 28: 293-299.

Condon J.T., Esuvaranathan V. 1990, *The influence of parity on the experience of pregnancy: a comparison of first and second-time expectant couples*, «British Journal of Medical Psychology», 63: 369-377.

Copper R.L. 1996, *The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontanous preterm birth at less than 35 week gestation*, «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 175: 1286-1292.

Coppola G., Cassibba R. (a cura di) 2004, *La Prematurità*, Carocci, Roma.

Corboz-Warnery A., Fivaz-Depeursinge E. 2001, *Du couple à la famille: l'alliance parentale prénatale annonce-t-elle le devenir de la famille?,* «Cahiers Critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux», 27: 17-34.

Cowan C.P., Cowan P.A. (a cura di) 1992, *When partners become parents*, Basic Books, New York.

Cranley M.S.
1981, *Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy*, «Nursing research», 30(5): 281-284.
1984, *Social support as a factor in the development of parents attachment to their unborn*, «Birth Defects: Original Article Series», 30: 99-124.

Crittenden P.M.
1988, *Relationship at risk*, in Belsky J. e Nezworsky T. (a cura di), *Clinical Implications of Attachment,* Erlbaum, Hillsdale, New Jersey.
1994 (a cura di), *Nuove prospettive sull'attaccamento*, Guerini, Milano, 2003.
1995, *Attaccamento e psicopatologia*, in Goldberg S., Muir R., Keer J. (a cura di), *Pericolo, sviluppo e adattamento,* Masson, Milano, 1997.
1997 (a cura di), *Pericolo, sviluppo e adattamento,* Masson, Milano, 1997.
1998 (a cura di), *Care-Index: Revised coding manual*, manoscritto non pubblicato.
1999 (a cura di), *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview,* Cortina, Milano.
2004, *CARE-Index*, in Lambruschi F. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva,* Boringhieri, Torino.
2008 (a cura di), *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'Attaccamento*, Cortina, Milano.

Curry M.A. 1987, *Maternal behaviour of hospitalised pregnant women*, «Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology», 7: 165-182.

Dabrassi F., Imbasciati A.
2007, *Attaccamento neonatale*, in Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (a cura di), *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin, Padova.
2010, *Il triangolo primario come strumento di valutazione perinatale*, «Psychomedia Telematic Review», <www.psychomedia.it/pm/lifecycle/perindx1.htm> (28/01).

Dabrassi F., Imbasciati A., Della Vedova A.M. 2009, *Il supporto sociale in gravidanza: validazione italiana e valutazione dello strumento*, «Giornale di Psicologia», 3(2): 141-151.

Darchis E. 2009, *L'instaurazione della genitorialità e le sue vicissitudini*, in Zurlo M.C. (a cura di), *Percorsi della filiazione*, Angeli, Milano.

De Benedittis G. 2000, *Emozione e dolore*, in Tiengo M.A. (a cura di), *Il dolore e la mente*, Springer, Milano: 17-40.

De Benedittis G., Corli O., Massei R., Nobili R., Pieri A. (a cura di) 1993, *QUID Questionario Italiano del dolore*, Organizzazioni Speciali, Firenze.

De Casper A.J., Fifer W.P. 1980, *Of Human bonding: newborns prefer their mother's voices,* «Science», 208: 1174-1176.

De Casper A.J., Sigafoos D. 1983, *The intrauterine heartbeat: A potent reinforce for newborns*, «Infant Behavior and Development», 6: 19-25.

De Palo L., Oliverio Ferraris A. 1991, *Un affare da uomini. Risvolti psicologici e sociali dell'allattamento nella Firenze rinascimentale*, «Psicologia Contemporanea», 106: 33-39.

Della Vedova A.M.
2005, *The construct of "parental-fetal attachment": a review on the current knowledge*, «Imago», 12(4): 341-359.
2007, *L'attaccamento prenatale*, in Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (a cura di), *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin, Padova.

Della Vedova A.M., Dabrassi F., Ducceschi B., Cena L., Lojacono A., Vitali E., De Franceschi L., Guana M., Bianchi U.A., Imbasciati A. 2007, *L'approccio multidisciplinare alla nascita*, «Nascere», 100: 13-16.

Della Vedova A.M., Dabrassi F., Imbasciati A. 2008, *Assessing prenatal attachment in an Italian women sample*, «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 26(2): 86-98.

Della Vedova A.M., Ducceschi B., Cesana B.M., Pelizzari N., Imbasciati A. 2009, *Stati emotivi materni in gravidanza e temperamento del bambino nei primi mesi di vita*, «Child Development & Disabilities – Saggi», 3: 43-70.

Della Vedova A.M., Imbasciati A.
1998, *Alle origini della mente: la vita psichica fetale*, «Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva», 18(3/4): 155-168.
2005, *Le origini della mente*, in Imbasciati A., Margiotta M. (a cura di), *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*, Piccin, Padova.

Della Vedova A., Manfredi P., Imbasciati A. 1996, *Comunicazione auditiva gestante-feto, relazione madre-bambino e sviluppo psichico del bambino*, «Psychomedia Telematic Review», <www.psychomedia.it/pm/lifecycle/perindx1.htm>.

DeMier R., Hynan M., Hatfield R., Varner M., Harris H., Manniello R. 2000, *A measurement model of perinatal stressors: identifying risk for postnatal emotional distress in mothers of high-risk infants*, «Journal of Clinical Psychology», 56(1): 89-100.

Deutsch H. (a cura di) 1945, *Psicologia della donna adulta e madre, Studio psicoanalitico, Vol. 2*, Boringhieri, Torino, 1957.

Dipiero J.A. 1996, *Fetal neurobehavioral development*, «Child Development», 67: 2553-2567.

Dixson B., Richards T.L., Reinsch S., Edrich V.B., Matson M.R., Jones O.W. 1981, *Midtrimester amniocentesis. Subjective maternal responses*, «The Journal of Reproductive Medicine», 26: 10-16.

Downing G., Ziegenhain U. 2001, *Besonderheiten der Beratung und Therapie bei jugenlichen Müttern und ihren Säulingen: Die Bedeutung von Bindungstheorie und videogestüztern Interventionen*, in Suess G.J., Scheuerer H, Pfeifer W.-K.P. (a cura di), *Bindungstheorie und Familiendynamik: Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*, Psychosozial-Verlag, Gießen: 271-295.

Draper J. 2002, *It is the first scientific evidence: men's experience of pregnancy confirmation*, «Journal of Advanced Nursing», 39(6): 563-570.

Dudek-Schriber L. 2004, *Parental stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics*, «American Journal Occupational Therapy», 58(5): 509-520.

Eagle M. (a cura di) 1984, *La psicoanalisi contemporanea*, Laterza, Bari, 1988.

Ebbinghaus H. (a cura di) 1885, *La memoria*, Zanichelli, Milano, 1975.

Ekelin M., Crang-Svalenius E., Dykes A.K. 2004, *A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden*, «Midwifery», 20: 335-344.

Emde R.N.
1991, *Positive emotions for psychoanalytic theory: surprises from infancy research and new direction*, «Journal of the American Psychoanalytic Association», 29(suppl.): 5-44.
1992, *Emozioni positive in psicoanalisi: sorprese teoriche dalla ricerca infantile e nuove direzioni di ricerca*, in Riva Crugnola C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, Cortina, Milano, 1999.

Emde R.N., Robinson J. 1979, *The first two months: recent research in developmental psychobiology and the changing view of the newborn*, in Noshspitz J.D. (a cura di), *Basic Handbook of Child Psychiatry Vol.1*, Basic Books, New York.

Erikson E.H. 1950, *Childhood and Society,* Norton & Co., New York (Trad. it. Id., *Infanzia e società*, Armando, Roma, 1967).

Eyer D.E. (a cura di) 1992, *Mother-infant bonding: A scientific fiction*, New Haven, Yale.

Fabozzi P., Ortu F. (a cura di) 1996, *Al di là della metapsicologia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Fairbairn W.R. (a cura di) 1954, *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Boringhieri, Torino, 1970.

Fantz R.L. 1964, *Visual experience in infants: decreased attention to familiar pattern relative to novelones*, «Science», 146: 668-670.

Farinet M. (a cura di) 1999, *I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90*, Ed. Progetto Nascere, Milano.

Fava Vizziello G.
1981, *Lo sviluppo del feto*, «Età Evolutiva», 10: 78.
2003 (a cura di), *Psicopatologia dello sviluppo,* Il Mulino, Bologna.

Fava Vizziello G., Antonioli M.E., Cocci V., Invernizzi R. 1993, *From pregnancy to matherhood: the structure of rapresentative and narrative change*, «Infant Mental Health Journal», 14(1): 4-16.

Fava Vizziello G., Antonioli M.E., Invernizzi R., Zancato R. 1995, *Modelli di attaccamento e psicopatologia nei primi anni di vita,* «Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva», 15(1): 45-61.

Fava Vizziello G., Bricca P., Cassibba R. 1992, *L'assistenza psicologica ai genitori*, in Fava Vizziello G., Zorzi C., Bottos M. (a cura di), *Figli delle macchine*, Masson, Milano.

Fava Vizziello G., Calvo V., Simonelli A. 2003, *Sicurezza e insicurezza dell'attaccamento nella prima infanzia in una prospettiva interculturale,* «Età Evolutiva», 75(6): 36-50.

Favez N., Frascarolo F. 2002, *The nascent family alliance*, Paper presented at the 8th congress of the World association of Infant Mental Health, Amsterdam.

Favez N., Frascarolo F., Carneiro C., Montfort V., Corboz-Warnery A., Fivaz-Depeursinge E. 2006, *The development of the family alliance from the pregnancy to toddlerhood and children outcomes at 18 months*, «Infant and Child Development», 15: 59-73.

Favez N., Frascarolo F., Fivaz-Depeursinge E. 2006, *Family alliance stability and change from pregnancy to toddlerhood and marital correlates*, «Swiss Journal of psychology», 65(4): 213-220.

Feldman R. 2004, *Mother-infant skin-to-skin contact (Kangaroo care): theoretical, clinical and empirical aspects*, «Infants & Young Children», 17(2): 145-161.

Feldman R., Eidelman A.I., Sirota L., Weller A. 2002, *Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development, «*Pediatrics», 110(1): 16-26.

Ferenczi S.
1914 (a cura di), *Thalassa,* Astrolabio, Roma, 1965.
1929, *Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte*, in Ferenczi S. (a cura di), *Fondamenti di Psicoanalisi, vol. 3*, Guaraldi, Rimini, 1974.

Ferrari A.G., Frigerio L.G. (a cura di) 1998, *Ginecologia Urologia*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.

Ferraro F., Nunziante Cesaro A. (a cura di) 1992, *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione*, Angeli, Milano.

Field T. 1995, *Infant of depressed mother,* «Infant behaviour and development», 18: 1-13

Finnbogadòttir H., Crang-Svalenius E., Persson E.K. 2003, *Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy*, «Midwifery», 19: 96-105.

Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A.
1993 (a cura di), *Micranalyzing father-mother-infant play: initial methodological and technical requirements*, Biennial Meeting of the Society of Research in Child Development, New Orleans.
1999 (a cura di), *The primary triangle*, Basic Books, New York. Trad. it.: *Il triangolo primario,* Raffaello Cortina, Milano, 2001.

Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., Carneiro C., Wasem V. 2002 (a cura di), *Coding manual for the GETCEF (Evaluation grid of the Lausanne Triadic Play)*, Third edition, Manoscritto non pubblicato, Centre d'Etude de la Famille (CEF), Lausanne.

Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., Keren M. 2004, *The primary triangle: treating infants in their families*, in Sameroff A., McDonough S., Rosenblum K. (a cura di), *Treating parent-infant relationship problems: strategies for intervention*, Guilford, New York.

Fogel A.
1977, *L'organizzazione temporale dell'interazione faccia-a-faccia madre-bambino*, in Schaffer H.R. (a cura di), *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*, Angeli, Milano, 1984.
1982, Affect dynamics in early infancy: affective tolerance, in Field T. e Fogel A. (a cura di), *Emotion and early Interaction*, Erlbaum, Hillsdale, New Jersey.

Fonagy P.
1998, *Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy*, «Infant Mental Health Journal», 19(2): 125-150.
1999, *Attaccamento, Sé riflessivo e disturbi borderline*, in Riva Crugnola C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino i suoi partner*, Cortina, Milano.
2002 (a cura di), *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento,* Cortina, Milano.

Fonagy P., Moran G., Steele H. 1992, *L'integrazione fra teoria psicoanalitica e lavoro sull'attaccamento: i processi psichici intergenerazionali*, in Stern D. e Ammaniti M. (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Bari: 19-30.

Fonagy P., Steel M., Steel H. 1991, *Maternal representation of Attachment during the pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at the one year of age*, «Child Development», 62: 891-905.

Fonagy P., Steele M., Moran G., Steele M., Higgitt A.C. 1991, *The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*, «Infant Mental Health Journal», 13: 200-216.

Fonagy P., Target M.
2001 (a cura di), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano.
2003, *Psicoterapia per il bambino e l'adolescente. Trattamenti e prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Fornari F.
1979, *Fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio*, Boringhieri, Torino.
1981, *Il codice vivente*, Boringhieri, Torino.
1989, Trauma della nascita e paranoia primaria, in Cerutti R. (a cura di), *La psicoprofilassi ostetrica italiana*, CLEUP, Padova.

Foster S.F., Slade P., Wilson K. 1996, *Body image, maternal-fetal attachment and breast-feeding*, «Journal of Psychosomatic Research», 41: 181-184.

Fox G. 2002, *Available statistics on premature birth*, «Fetal Maternal Medicine Review», 13(3): 195-211.

Fox N.A. 1994, *Dynamic cerebral processes underlying emotion regulation*, «Monograph of the society for research in child development», 59(2-3): 152-166.

Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V. 1975, *Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships*, «Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry», 14(3): 387-421.

Freud S.
1905, *Tre saggi sulla teoria sessuale,* in Id., *Opere di Sigmund Freud, vol. 4*, Boringhieri, Torino, 1970.
1915, *Trasformazioni pulsionali, particolarmente dell'erotismo anale*, in Id., *Opere di Sigmund Freud, vol. 8,* Boringhieri, Torino, 1976.
1925, *Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi*, in Id., *Opere di Sigmund Freud, vol. 10,* Boringhieri, Torino.
1931, *Sessualità femminile*, in Id., *Opere di Sigmund Freud, vol. 11,* Boringhieri, Torino, 1979.
1932, *La femminilità*, in Id., *Opere di Sigmund Freud, vol. 11,* Boringhieri, Torino, 1979.

Fuller S., Moore L., Lester J.
1993, *Influence of family functioning on maternal-fetal attachment*, «Journal of Perinatology», 13: 453-460.

Gaffney K.F. 1986, *Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety*, «Journal of Perinatology», 13: 453-460.

George C., Kaplan N., Main M. (a cura di) 1985, *Adult Attachment Interview,* University of California Press, Berkeley.

Ghilardi A., Imbasciati A. 1990, *L'istinto nelle scienze: necessità e storia di un concetto irresolubile,* «Rivista di Sessuologia», 14(2): 101-116.

Gilbert P. (a cura di) 1989, *Human nature and suffering,* Erlbaum, Hove and London.

Gill M.M. 1976, *Metapsychology is not Psychology*, in Gill M.M. e Holtzmann P.S. (a cura di), *Psychology versus Metapsychology*, International University Press, New York (Trad. it. Id., *La metapsicologia non è psicologia*, in Fabozzi P. e Ortu F., *Al di là della metapsicologia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1996).

Giovanelli G. (a cura di) 1997, *Prenascere, nascere e rinascere*, Nuova Italia Scientifica, Roma.

Goldberg S., DiVitto B. 1995, Parenting children born preterm, in Bornstein M.H. (a cura di), *Handbook of parenting*, Erlbaum, Mahwah, NJ: 209-231.

Goldstein-Ferber S., Feldmann R. 2005, *Delivery pain and the Development of mother-infant Interaction*, «Infancy», 8(1): 43-62.

Goleman D.
1995 (a cura di), *Emotional intelligence*, Bantham, New York (Trad. it. *L'intelligenza emotiva*, BUR Saggi, Milano, 1996).
1998, *Working with emotional intelligence*, Bantham, New York.

Goosens F.A., Van Ijzendoorn M.H. 1990, *Quality of infants' attachments to professional caregivers. Relation to infant-parent attachment and day-care characteristics*, «Child Development», 61: 832-837.

Gottman J.M., Katz L.F. 1989, *Effects of marital discord on young children's peer interaction and health*, «Developmental Psychology», 25(3): 373-381.

Graber H.G. (a cura di) 1924, *Die ambivalenz des kindes*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Vienna-Zurigo-Leipzig.

Grace J.T. 1989, *Development of maternal-fetal attachment during pregnancy*, «Nursing Research», 38: 228-232.

Grasso M., Cordella B., Pennella A. (a cura di) 2004, *Metodologia dell'intervento in psicologia clinica*, Carocci, Roma.

Greenspan S.I.
1992 (a cura di), *Regulatory disorders. Infancy and early Childhood: the practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. International Universities Press, Madison.
1997, *Developmentally based Psychotherapy*, McGraw Hill, New York, (Trad. it. Id., *Psicoterapia e sviluppo psicologico*, Il Mulino, Bologna, 2000).

Greenspan S.I. e Wieder S. 1993, *Disturbi della regolazione*, in Zeanah C.H. (a cura di), *Manuale di salute mentale infantile*, Masson, Milano 1996.

Harris M. 1980, *L'osservazione dei bambini*, in Speziale-Bagliacca R. (a cura di), *Formazione e percezione psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano.

Haslam C., Lawrence W., Haefeli K. 2003, *Intention to breastfeed and other important health-related behaviour and beliefs during pregnancy*, «Family Practice», 20(5): 528-530.

Hastrup K. 1992, *L'allattamento al seno in Islanda nel XVII e XVIII secolo. Cultura e ragione*, in Maher V. (a cura di), *Il latte materno. I condizionamenti culturali di un comportamento*, Rosenberg e Sellier, Torino.

Heidrich S., Cranley M. 1989, *Effect of fetal movement, ultrasound scans and amniocentesis on maternal-fetal attachment*, «Nursing Research», 38: 81-84.

Hepper P.G.
1988, *Letter. Fetal "soap" addiction*, «Lancet», 11: 1347-1348.
1995, *Human Fetal "olfactory" Learning*, «International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Medicine», 7: 147-151.
2002, *Prenatal development*, in Slater A. e Lewis M. (a cura di), *Introduction to Infant Development,* Oxford University Press, Oxford: 39-60.
2003, *Prenatal psychological and behavioural development*, in Valsiner J., Connolly K.J. (a cura di), *The Handbook of Developmental Psychology*, Sage, London: 91-113.

Heyman B., Henriksen M. (a cura di) 2001, *Risk, age and pregnancy: A case study of prenatal and genetic testing,* Palgrave, New York.

Hiltunen P., Raudaskoski T., Ebeling H., Moilanen I. 2004, *Does pain reliefs during delivery decrease the risk of postnatal Depression?*, «Acta Obstetric Gynecology Scandinavia», 83: 257-261.

Hinde R.A., Stevenson-Hinde J. 1998, *Interpersonal relationships and child development*, in Chess S., Hertzig T.A. (a cura di), *Annual progress in child development.* Brunner-Mazzel, New York.

Hodnett E.D. 2002, *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review*, «American Journal of Obstetrics & Gynecology», 186(5): 160-172.

Hofer M.A.
1978, *Hidden regulatory processes in early social relationship*, in Bateson P.P.G., Klopfer P.H. (a cura di), *Perspective in Ethology. vol. 3*, Plenum Press. London.
1981 (a cura di), *The roots of human behaviour*, Freeman, San Francisco.
1983a, *The mother-infant interaction as a regulator of infant physiology and behaviour*, in Rosenblum L., Moltz H. (a cura di), *Symbiosis in Parent-Offspring Interactions,* Plenum, New York.
1983b, *On the relationship between attachment and separation processes in infancy*, in Plutchik R., Kellermann H. (a cura di), *Emotion: theory, research and experience*, Academic Press, New York.
1984, *Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement*, «Psychosomatic Medicine», 46: 183-197.
1990, *Early symbiotic processes: Hard evidence from a soft place*, in Click R.A., Bone S. (a cura di), *Pleasure Beyond the Pleasure Principle*, Yale University Press, New Haven: 13-25.

Holditch-Davis D., Miles M.S., Belyea M. 2000, *Feeding and non-feeding interactions of mothers and prematures*, «Western Journal of Nursing Research», 22(3): 320-334.

Holt R.R.
1965, *A review of Freud's biological assumptions and their influence on his Theory*, in Greenfield N.S., Lewis W.C. (a cura di), *Psychoanalysis and Current Biological Thought*, Universities Wisconsin Press, Madison & Milwankee.
1972, *Freud's mechanistic and humanistic Image of man*, in Holt R.R. e Peterfreund E. (a cura di), *Psychoanalysis and Contemporary Science*, Mc. Millan, New York.
1976, *Drive or Wish? A Reconsideration of Psychoanalytic Theory of Motivation*, in Gill M.M., Holtzmann P.S. (a cura di), *Psychology versus Metapsychology*, International University Press, New York (Trad. it. Id., *La metapsicologia non è psicologia*, in Fabozzi P., Ortu F., *Al di là della metapsicologia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1996).
1981, *The Death and Transfiguration of Metapsychology*, International Review of Psycho-Analysis, 8: 129-143.

Houzel D. 2005, *Le dimensioni della genitorialità*, «Interazioni», 23: 11-26.

Howes C. 1999, *Attachment relationships in the context of multiple caregivers*, in Cassidy J., Shaver P.H. (a cura di), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Application*, The Guilford Press, New York & London.

Ianniruberto A., Tajani E. 1981, Ultrasonographic study of fetal movements, «Seminars in Perinatology», 5: 175-181.

Iannirubertо A., Iaccarino M., Tajani E. 1978, *Lo Studio del feto con gli ultrasuoni a tempo reale*. Simposio Internazionale di Medicina Fetale Gorizia, Monduzzi, Bologna.

Imbasciati A.
1978, *Principi introduttivi alla psicoanalisi*, Angeli, Milano.
1983a, *Freud o Klein? La femminilità nella letteratura psicoanalitica postfreudiana*, Armando, Roma.
1983b, *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo,* Il Pensiero Scientifico, Roma.
1986 (a cura di), *I grandi temi della ricerca. Vol. II: Istituzioni di psicologia*, UTET Libreria, Torino.
1990, *La donna e la bambina,* Franco Angeli, Milano.
1993, *Psicologia Medica. Ambiguità dei medici italiani e fondazione scientifica della disciplina*, Liviana Medicina - Idelson Gnocchi, Napoli.
1994a, *Fondamenti psicoanalitici della Psicologia Clinica*, UTET Libreria, Torino.
1994b, *Psicosomatica ostetrica e Istituzione ospedaliera*, «Nascere», 12(1): 22-31.
1995a, *Le difficoltà della psicologia nell'ambito medico*, in Perussia F. (a cura di), *Psicologia Futura*, Tirrenia Stampatori, Torino: 213-220.
1995b, *Difficoltà della psicologia nell'ambito medico*. «La professione di Psicologo», 2: 6-11.
1996, *Per una psicoanalisi dell'istituzione curante*, «Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale», 14(3): 253-268.
1997a, *Comunicazione gestante-feto e madre-neonato e sviluppo psichico e psicosomatico del bambino*, «Ricerche di Psicologia», 20(1): 249-258.
1997b, *Psicologia, Psicoanalisi e medicalità a confronto: quale Psicologia Clinica?*, «Psicologia Clinica», 15(3): 31-56.
1998, *Nascita e costruzione della mente,* UTET Libreria, Torino.
2001, *The Unconscious as Symbolopoiesis,* «The Psychoanalytic Review», 88: 837-73.
2003a, *Un supporto teorico alla transgenerazionalità*, Atti IV Congresso Psicologia Perinatale 2002, Cantagalli, Siena.
2003b, *Un supporto teorico alla transgenerazionalità: la Teoria del Protomentale*, «Psychomedia Telematic Review», <www.psychomedia.it/pm/lifecycle/perinatal/imbasc4.htm> (9/04).
2004a, *Um suporte teórico para a transgeracionalidade: a Teoria do Protomental*, «Revista Brasileira de Psicanalise», 38(1): 181-201.
2004b, *A theoretical support for transgenerationality: the Theory of the Protomental*, «Psychoanalytic Psychology», 21: 83-98.
2004c, *Dalla psicoprofilassi alla Psicologia Clinica Perinatale: il percorso nascita oggi*, Atti del Ciclo di Seminari sett.-nov. 2004 "Il Percorso Nascita Oggi", «Nascere» n. speciale: 8-12.
2005, *Psicoanalisi e cognitivismo*, Armando, Roma.
2006a, *Constructing a Mind. A new basis for Psychoanalytic theory,* Brunner & Routledge, London.
2006b, *Il sistema protomentale*, LED, Milano.
2007a, *Fondamenti Psicoanalitici della Psicologia Clinica: nuova edizione aggiornata*, UTET Libreria - De Agostini, Torino.
2007b, *Fantasmatica dell'allattamento e comunicazione*, in Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (a cura di), *Psicologia Clinica Perinatale,* Piccin, Padova.
2007c, *Le origini della mente*, in Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (a cura di), *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin, Padova.
2008a, *«Clinico» e Psicologia Clinica: breve storia di un grosso equivoco*, «Giornale Italiano di Psicologia», XXXV(1): 13-35.
2008b, *La mente medica: che significa umanizzazione della medicina*?, Springer Verlag, Milano.

2008c, *Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo*, «Nascere», 104: 4-10.
2009, *La comunicazione degli affetti: il farmaco dell'intersoggettività*, Atti 2° Congresso FIOG, Torino, ristampa in «Nascere», 108: 35-38.
2010a, *Towards new metapsychologies*, «Psychoanalytic Review», 1: 44-61.
2010b, *Lo sviluppo della psicoanalisi al di là della teoria di Freud*, «Psychofenia», 23: 89-113.
2010c, *La comunicazione affettiva alla base dello sviluppo neuro comportamentale del bambino*, «Nascere», 2: 4-12.
2010d, *Perché la sessualità?,* Piccin, Padova.
2011a, *The Meaning of a metapsychology as an instrument "explaining"*, «Journal of Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry», in stampa.
2011b, *Curare i bambini curando i genitori,* «Quaderni di Psicoterapia Infantile», in stampa.
2011c, *Psicologia Clinica Perinatale: curare i genitori per una "buona" transgenerazionalità*, in Della Vedova A.M. e Cristini C. (a cura di), *La promozione della salute psichica perinatal*e, Carocci, Roma.
2011d, *Lettera a Carli*, in Carli R. (a cura di), *Psicologia in Facoltà di Medicina*, «Rivista di Psicologia Clinica», numero speciale, in stampa.

Imbasciati A., Buizza C. (a cura di) 2011*, L'emozione sessuale. Psicoanalisi e neuropsicofisiologia di un'emozione negata,* Liguori, Napoli.

Imbasciati A., Calorio D. 1981, *Il Protomentale*, Boringhieri, Torino.

Imbasciati A., Cena L.
1992 (a cura di), *La vita psichica primaria*, Masson, Milano.
2007, *Psicosomatica della gravidanza e del parto*, in Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (a cura di), *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin, Padova.
2008, *Le cure materne in una prospettiva transgenerazionale*, «Nascere», XXXVI: 4-15.
2009, *Strumenti in Psicologia Clinica Perinatale: il Care-Index per una valutazione della qualità della relazione primaria*, «Psychofenia», 20: 151-172.
2010, *I bambini e i loro caregivers*, Borla, Roma.
2011, *Sessualità, generatività, genitorialità*, in Imbasciati A. e Buizza C. (a cura di), *L'emozione sessuale*, Liguori, Napoli.

Imbasciati A., Dabrassi F.
2008, *Il Care-Index*, «Psychomedia Telematic Review», <www.psychomedia.it/pm/lifecycle/perinatal/imbasciati-dabrassi.htm> (3/09).
2009, *Il dolore nel parto: quale valutazione?*, «Rivista di psicologia clinica», 2: 220-241.
2010a, *Dolore nel parto, cure materne e sviluppo del futuro individuo: ipotesi per la rilevazione di indici predittivi*, «Minerva Psichiatrica», 51(4): 317-336.
2010b, *Pain in childbirth, maternal care, and mind development*, «Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health», 25(1): 44-54.

Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (a cura di) 2007, *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin, Padova.

Imbasciati A., Ghilardi A. 1989, *Il concetto di istinto e il suo uso in psicoanalisi,* «Neurologia Psichiatria Scienze Umane», 6: 1035-1057.

Imbasciati A., Manfredi P. 1994, *Parametri psicologici per un controllo del parto fisiologico*, in Mollica G., Vesce F. (a cura di), *Medicina Fetale*, Monduzzi, Bologna: 623-626.

Imbasciati A., Manfredi P., Ghilardi A. 1997, *L'esposizione auditiva fetale: uno strumento per l'indagine sulle origini dello sviluppo psichico*, «Imago», 4(2): 89-106.

Imbasciati A., Margiotta M.
2005 (a cura di), *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari,* Piccin, Padova.
2008, *Psicologia Clinica per gli operatori della salute*, Piccin, Padova.

Imbasciati A., Pecorelli S., Chirico G., Cena L., Gasparoni A., Lojacono A., Angeli A., Zerbi F., Tralli N. 2009, *Bambini pretermine: nati per vivere*, «Nascere», 108: 21-25.

Imber-Black E., Roberts J. (a cura di) 1992, *Rituals for our times*, Aronson, Northvale N.J.

Jackson K., Ternestedr B.M., Schollin J. 2003, *From alienation to familiarity: Experiences of mother and fathers of preterm infants*, «Journal of Advanced Nursing», 43(2): 120-129.

James W. 1890, *The principles of psychology*, Praeger, New York (Trad. it. Id., *Principi di psicologia*. Società Editrice Libraria, Milano, 1901).

Jaques E.
1951, *Autorità e partecipazione in azienda*, Angeli, Milano.
1955, *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali*, in Klein M., Heimann P., Money-Kyrle R. (a cura di), *Nuove vie di psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano, 1966.
1956, *La valutazione delle responsabilità*, Isper, Torino, 1967.
1961, *La retribuzione obbiettiva dei capi e dei dipendenti*, Isper, Torino, 1967.
1970, *Lavoro, creatività giustizia sociale*, Boringhieri, Torino, 1978.

Jodelet D., Ohana J. 1996, *Rappresentazioni sociali dell'allattamento materno: una pratica sanitaria fra natura e cultura*, in Petrillo G. (a cura di), *Psicologia sociale della salute*, Liguori, Napoli.

Joseph B. (a cura di) 1991, *Equilibrio e controllo psichico*, Cortina, Milano.

Kaaresen P.I., Ronning J.A., Ulvund S.E., Dahl L.B. 2006, *A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth*, «Pediatrics», 118(1): 9-19.

Kaës R. 1982, *Il sostenimento gruppale dello psichismo individuale: alcune conseguenze teoriche riguardo i concetti di individuo e di gruppo*, «Quaderni di Psicoterapia di Gruppo», 1: 57-73.

Kandel ER. 1999, *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited*, «American Journal of Psychiatry», 156(4): 505-24.

Kanizsa G. 1961, *Cosa si intende per percezione*, «Rivista di psicologia», LV(4): 271-276.

Katz L.F., Gottman J.M. 1996, *Spillover effects of marital conflict: in search of parenting and co-parenting mechanisms*, in McHale J. e Cowan P. (a cura di), *Understanding how family-level dynamics affect children's development: studies of two-parent families*, Jossey-Bass, San Francisco.

Katz-Rothman B. (a cura di) 1993, *The tentative pregnancy: How amniocentesis changes the experience of motherhood*, Norton & Company, New York (2nd ed.).

Kaye K. (a cura di) 1982, *La vita sociale e mentale del bambino*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1989.

Keilty B., Freund M. 2005, *Caregiver-child interaction in infants and toddlers born extremely premature*, «Journal of Pediatric Nursing», 20(3): 181-189.

Kendrick K.M., Keverne E.B., Baldwin B.A. 1987, *Intracerebroventricular oxytocin stimulates maternal behavior in the sheep*, «Neuroendocrinology», 46(1): 56-61.

Kennell J.H., Klaus M.H.
1976 (a cura di), *Maternal-infant bonding*, Mosby-Elsevier, St. Louis.
1984, *Mother-infant bonding: Weighing the evidence*, «Developmental Review», 4: 275-282.
1998, *Bonding: Recent observations that alter perinatal care*, «Pediatrics in Review», 19: 4-12.

Klaus M.H. 1998, Mother and infant: Early emotional ties, «Pediatrics», 102: 1244-46.

Klein M., Riviere J. (a cura di) 1937, *Love, Hate and Reparation*, Hogarth Press, London (Trad. it. Id., *Amore, Odio, Riparazione*, Astrolabio, Roma, 1969).

Klein M. (a cura di) 1932, *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze, 1969.

Klein G.(a cura di) 1976, *Teoria psicoanalitica. I fondamenti*, Cortina, Milano, 1993.

Knibielher Y., Fouquet C. (a cura di) 1982, *Histoire des mères*, Hachette Pluriel, Paris.

Kreisler L. (a cura di) 1981, *Clinica psicosomatica del bambino*, Cortina, Milano, 1986.

Kreisler L., Cramer B. 1981, *Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson*, «Psychiatrie de l'enfant», XXIV(1): 223-263.

Kuzela A.L., Stifter C.A., Worobey J. 1990, *Breastfeeding and mother-infant interactions*, «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 8: 185-194.

Labs S.M., Wurtele S.K. 1986, *Fetal Health Locus of Control Scale: development and validation*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 54(6): 814-819.

Lamb M.E. 1983, *Early mother-neonate contact and the mother-child relationship*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 24: 487-494.

Lamb M.E., Oppenheim D. 1989, *Fatherhood and father-child relationships*, in Cath S.H., Gurwitt A., Gunsberg l. (a cura di), *Fathers and their families*, Hilssdale, New Jersey.

Lavelli M., Poli M. 1998, *Early mother-infant interaction during breast- and bottlefeeding*, «Infant Behavior e Development», 21: 667-684.

Laxton-Kane M., Slade P. 2002, *The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care*, «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 20(4): 253-267.

Lebovici S. (a cura di) 1983, *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*, Borla, Roma, 1988.

Leifer M. 1977, *Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood*, «Genetics Psychology and Monographs», 95: 55-96.

Levenson H. 1974, *Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control*, «Journal of Personality Assessment», 38: 377-383.

Lévi-Strauss C.
1949, *Les Structures élémentaires de la parenté*, PUF, Paris.
1958, *Anthropologie structurale*, Plon, Paris.

Lichtenberg J.D. (a cura di) 1989, *Psychoanalysis and Motivation*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ.

Lindgren K. 2001, *Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy*, «Research in Nursing and Health», 24: 203-217.

Liotti G. (a cura di)
1994, *La dimensione interpersonale della coscienza*, NIS, Roma.
2001, *Le opere della coscienza*, Cortina, Milano.

Little M. (a cura di) 1986, *Verso l'unità fondamentale*, Astrolabio, Roma, 1994.

Lowe N.K. 2002, *The nature of labor pain*, «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 186(5): 16-24.

Lumley J.M. 1982, *Attitudes to the foetus among the primigravidae*, «Australian Pediatric Journal», 18: 106-109.

Maggioni C. 2004, *Fattori psicologici di rischio e patologie ostetriche*, in Benedetto C. e Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica in Ginecologia e Ostetricia. Una medicina a misura di donna - la salute, il corpo e le emozioni*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.

Maggioni C., Mimoun S. 2003, *Ostetricia e psicosomatica*, in Mimoun S. e Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetricia psicosomatica*, Angeli, Milano.

Mahler M.S., Pines F., Bergman A. (a cura di) 1975, *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino, 1978.

Main M. 1999, *La teoria dell'attaccamento: diciotto punti con suggerimenti per studi futuri*, in Cassidy J., Shaver P.R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento*, Fioriti, Roma, 2002.

Main M., Goldwin R. 1998, *Adult Attachment Scoring and Classification Systems*, Manuale non pubblicato, University of California, Berkeley.

Main M., Hesse E. 1992, *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*, in Ammaniti M. e Stern D.N. (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Bari.

Main M., Kaplan N., Cassidy J. 1985, *Security in infancy childhood and adulthood: a move to the level of representation*, in Riva Crugnola C. (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Cortina, Milano, 1993.

Main M., Solomon J.
1986, *Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*, in Brazelton T.B. e Yogman M.W. (a cura di), *Affective development in infancy*, Ablex, Norwood NJ: 95-124.
1990, *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation*, in Greenberg M., Cicchetti D., Cummings M. (a cura di), *Attachement in the preschool years: Theory, research and invention,* University of Chicago Press, Chicago.

Main M., Weston D.
1981, *The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships*, «Child Development», 52: 932-940.
1982, *Avoidance of the attachment figure in infancy: descriptions and interpretations*, in Parkes C.M. e Stevenson-Hinde J. (a cura di), *The place of attachment in human behaviour*, Basic Books, New York,

Malagoli Togliatti M. e Zavattini G.C. 2006, *Introduzione*, «Infanzia e Adolescenza», 5(2): 69-73.

Mancia M. 1982, *Sull'inizio di una vita mentale del feto*, «Neuropsichiatria Infantile», 246-247: 13-22.

Manfredi P., Bassa M.T. (a cura di) 1992, *La nascita pretermine. Competenze cognitive e ambiente relazionale nel primo anno di vita*, Angeli, Milano.

Manfredi P., Imbasciati A.
1997, *La percezione auditiva fetale*, «Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria», 58(2-3): 165-188.
2004, *Il feto ci ascolta... e impara*, Borla, Roma.

Manfredi P., Tomasoni V., Imbasciati A. 1999, *L'esposizione auditiva fetale: una ricerca sulle madri in gravidanza*, «Psicologia Clinica dello Sviluppo», 3(1): 37-60.

Mann E.C.
1956, *Psychiatric investigation of habitual abortion, preliminary report*, «Obstetrician Gynaecology», 7: 589-601.
1957, *The role of emotional determinants in habitual abortion*, «Surgical Clinics of North America», 37: 447-458.

Marty P., de M'Uzan M. 1963, *La pensée opératoire*, «Revue française de psychanalyse», 27: 1345-1356.

Mc Crea B.H., Wright M.E. 1999, *Satisfaction in Childbirth and perception of personal control of Pain during labor*, «Journal of Advanced Nursing», 29(4): 877-884.

McDonough S.C. 1993, *Guida all'interazione: capire e trattare i disturbi delle relazioni precoci genitori-bambino*, in Zeanah C.H. (a cura di), *Manuale di salute mentale infantile*, Masson, Milano, 1996.

McDougall J. (a cura di) 1989, *Teatri del corpo*, Cortina, Milano, 1990.

McHale J.P., Carleton M., Khazan I., DeCourcey W. 2002, *Do prebirth expectancies about co-parenting foreshadow postbirth coparenting dynamics*, 8th congress of the World association of Infant Mental Health, Amsterdam.

McHale J.P., Cowan P. (a cura di) 1996, *Understanding how-family-level dynamics affect children's development: studies of two-parent families*, Jossey-Bass, San Francisco.

McHale J.P., Fivaz-Depeursinge E. 1999, *Understanding triadic and family group interactions during infancy and toddlerhood*, «Clinical Child and Family Psychology Review», 2(2): 107-127.

McHale J.P., Krasnow A., Slavick M. (a cura di) 1997, *Parenting style, marital quality and family process correlates of toddler adaptation*, American Association Congress, Chicago IL.

Mead M. (a cura di)
1928, *Coming of Age in Samoa: A Psychological Study of Primitive Youth for Western Civilization,* William Morrow, New York.
1935, *Sex and Temperament in Three Primitive Societies,* Norton, New York.

Meltzer D. (a cura di)
1967, *Il processo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1993.
1973, *Stati sessuali della mente*, Armando, Roma, 1983.

Meltzoff A.N., Gopnik A. 1983, *Il ruolo della imitazione nella comprensione sociale e nella sviluppo di una teoria della mente*, in Camaioni L. (a cura di), *La teoria della mente, origini, sviluppo e patologia*, Laterza, Roma, 1995.

Meltzoff A.N., Moore M.K.
1977, *Imitation of facial and manual gestures by human neonates*, «Science», 198: 75-78.
1995, *Persons and representations: why infant imitation is important for theories of human development*, in Nadal J. e Butterworth G. (a cura di), *Imitation in infancy*, Cambridge University Press, Cambridge.

Meltzoff A.N., Prinz W. (a cura di) 2002, *The imitative mind: Development, evolution and brain bases*, Cambridge University Press, Cambridge.

Mercer R.T., Ferketich L.S., May K., De Joseph J., Sollid D. 1988, *Further exploration of maternal and paternal fetal attachment*, «Research in Nursing and Health», 11: 83-95.

Merciai S., Cannella B. (a cura di) 2009, *La psicoanalisi nelle terre di confine*, Cortina, Milano.

Mikhail M.S., Youchach J., DeVore N., Ho G.Y., Anayaegbunam A. 1995, *Decreased maternal-fetal attachment in methadone-maintained pregnant women: Preliminary study*, «Journal of Association for Academic Minority Physicians», 6(3): 112-114.

Mikulincer M., Florian V. 1999, *Maternal-fetal bonding, coping strategies and mental health during pregnancy – the contribution of attachment style*, «Journal of Social and Clinical Psychology», 18: 225-276.

Milani Comparetti A.
1981, *Interpretazione funzionale dei movimenti fetali*, «Età Evolutiva», 10: 88-92.
1985, *Ontogenesi dell'identità personale e dell'appartenenza relazionale*, «Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva», 5(1): 47-52.

Miles M.S., Holditch-Davis D., Schwartz T.A., Scher M. 2007, *Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants*, «Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics», 28(1): 36-44.

Mimoun S., Maggioni C. (a cura di) 2003, *Trattato di Ostetricia e Ginecologia Psicosomatica*, Angeli, Milano.

Minkowsky M. 1928, *Neurobiologische studien am menschlichen Fetus*, «Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden», 5B: 511-618

Minuchin S. (a cura di) 1974, *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1976.

Miraglia F.
1987, *Il dolore in più*, «Nascere», 3: 21-24.
1990, *Il dolore in travaglio di parto*, in Farinet M. (a cura di), *I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90*, Ed. Progetto Nascere, Milano.

Missonnier S. 1999, *L'échographie obstétricale: un rituel séculier d'inititation à la parentalité?*, in Soulé M. (a cura di), *Ecoute voir... l'échographie de la grossesse. Les enjoeux de la relation*, Editions Erés, Ramonville, France.

Mitchell S. (a cura di) 2000, *Il modello relazionale dall'attaccamento all'intersoggettività,* Cortina, Milano, 2002.

Monti F., Agostini F. (a cura di) 2006, *La depressione post-partum*, Carocci, Roma.

Moorhead S.R.J., Owens J., Scott J. 2003, *Development and piloting of the pregnancy related beliefs questionnaire (PRBQ)*, «Behavioural and Cognitive Psychotherapy», 31: 207-213.

Müller M.E.
1993, *Development of the Prenatal Attachment Inventory*, «Western Journal of Nursing Research», 15(2): 199-215.
1996, *Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation*, «Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing», 25: 161-166.

Müller-Nix C., Ansermet F. 2009, *Prematurity, risk and protective factors*, in Zeanah C. (a cura di), *Handbook of Infant Mental Health*, Guilford Press, New York.

Murooka H. (a cura di) 1974, *Lullaby from the womb*, (Record No. St-11421), Missisauga, Ontario, Toshiba-EMI Ltd.

Murray L. 1992, *The impact of postnatal depression on infant development*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 33: 543-561.

Murray L., Trevarthen C. 1985, *Emotional regulation of interactions between two-month-olds and their mothers*, in Field T., Fox N. (a cura di), *Social Perception in Infants*, Ablex, Norwood: 177-197.

Murray A.D., Dolby R.M., Nation R.L., Thomas D.B. 1981, *Effect of epidural Anesthesia on newborn and their mothers*, «Child Development», 52(1): 71-82.

Murray L., Cooper P. (a cura di) 1999, *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.

Musatti C.
1958, *Struttura ed esperienza nella fenomenologia percettiva*, «Rivista di psicologia», LII(2): 144-190.
1964, *Condizioni dell'esperienza e fondazione della psicologia*, Giunti-Barbera, Firenze.

Myers R.E. 1979, *Maternal anxiety and foetal death*, in Zichella L., Pancheri P. (a cura di), *Psychoneuroendocrinology in Reproduction*, Elsevier, Amsterdam.

Negri R.
1996, *La vita prenatale e la strutturazione del pensiero*, «Psicoanalisi e Metodo», 1: 68-86.
2000, *Sensorialità e vita prenatale*, in Righetti P.L., Sette L. (a cura di), *Non c'è due senza tre*, Boringhieri, Torino.

Negri R., Guareschi-Cazzullo A., Vergani P., Mariani S., Roncaglia N. 1990, *Correlazione tra vita prenatale e formazione della personalità. Studio preliminare attraverso l'osservazione di due gemelli*, «Quaderni di Psicoterapia Infantile», 22: 148-165.

NHMRC (a cura di) 2000, *Clinical practice guidelines. Care around preterm birth*, Commonwealth, Australia.

Pagliaini L., Imbasciati A. 2001, *Un confronto tra l'esposizione acustica fetale e l'apprendimento del linguaggio nei primi diciotto mesi di vita del bambino*, «Psychofenia», 4(6): 131-146.

Palmeri S. 1989, *Papi, or the child is father to the man*, in Cath S.H., Gurwitt A., Gunsberg I. (a cura di), *Fathers and their families*, Hilsdale, New Jersey.

Pancheri P. (a cura di) 1984, *Trattato di medicina psicosomatica*, USES Edizioni Scientifiche, Firenze.

Papousek H., Papousek M. (a cura di) 1987, *Intuitive Parenting: a dialectic counterpart to the infant's integrative competence*, Handbook of Infant Development 2nd edition, Wiley, New York.

Pascoe J.M., Kototailo P.K., Broekhuizen F.F. 1995, *Correlates of multigravida women's binge drinking during pregnancy*, «Archives of Pediatric and Adolescent Medicine», 149: 1325-1329.

Pasini W. (a cura di) 1975, *Sessualità e ginecologia psicosomatica*, Piccin, Padova.

Pasini W., Beguin F., Bydlowski M., Papiernik E. (a cura di) 1989, *Le foetus et son entourage*, Editions Médicine et Higiéne, Ginevra.

Pederson D.R., Gleason K.E., Moran G., Bento S. 1998, *Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship*, «Developmental Psychology», 34(5): 925-933.

Perry S.E. 1983, *Parents' perceptions of their new-born following structured interactions*, «Nursing Research», 32: 285-289.

Piaget J.
1923, *Le langage et la pensée chez l'enfant*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel-Paris (Trad. it. Id., *Il linguaggio e il pensiero nel fanciullo,* Giunti-Barbera, Firenze, 1962).
1936, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant,* Delachaux et Niestlé, Neuchâtel-Paris (Trad. it. Id., *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*, Giunti-Barbera, Firenze, 1968).

Pines D.
1972, *Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality*, «British Journal of Medical Psychology», 45: 333-343.
1980, *Skin Communication: Early Skin Disorders and their Effect on transference and counter-transference*, «International Journal of Psychoanalysis», 61: 315-323.
1982, *The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion*, «International Journal of Psycho-Analysis», 63: 311-319.
1988, *Adolescent pregnancy and motherhood: psychoanalytic perspective*, «Psychoanalytic Inquire», 8: 234-251.

Piontelli A.
1987, *Infant observation from before birth*, «International Journal of Psycho-Analysis», 68(4): 453-463.
1988, *Prenatal life and birth as reflected in the analysis of a 2 year old psychotic girl*, «International Review of Psycho-Analysis», 15: 73-81.
1992, *From fetus to child,* The New Library of Psychoanalysis, London.

Piscicelli U.
1979 (a cura di), *Psicosomatica ginecologica*, Piccin, Padova.
1998, *Training Autogeno Respiratorio e Psicoprofilassi Ostetrica*, Piccin, Padova.

Poehlmann J., Fiese B.H. 2001, *Parent infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12-month cognitive development*, «Infant Behavior and Development», 24(2): 171-178.

Pollock P.H., Percy A. 1999, *Maternal antenatal attachment style and potential fatal abuse*, «Child abuse and Neglect», 23: 1345-1357.

Priel B., Besser A. 1999, *Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: dependency, self-criticism and the moderation role of ante-natal attachment*, «Journal of Social and Clinical Psychology», 18: 240-253.

Quinlivan J.A., Evans S.F. 2005, *Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of the best clinical practice*, «Archives of Womens Mental Health», 8: 191-199.

Rank O. (a cura di) 1924, *Das Trauma der Geburt*, Psychosozial-Verlag, Gießen.

Raphael-Leff J.
1980, *Psychotherapy with pregnant women*, in Blum B.L. (a cura di), *Psychological Aspects of pregnancy, birthing, and bonding,* Human Sciences Press, New York.
1983, *Facilitators and regulators: two approaches to mothering*, «British Journal of Medical Psychology», 56: 379-390.

1985, *Facilitators and regulators; participators and renounces: mothers' and fathers' orientations towards pregnancy and parenthood*, «Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology», 4: 169-184.
1986, *Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood*, «British Journal of Medical Psychology», 59: 43-55.
1991, *Psychological processes of childbearing*, Chapman & Hall, London.

Rascovsky A. (a cura di) 1977, *El psiquismo fetal*, Paidòs, Buenos Aires (Trad. it. Id., *La vita psichica del feto*, Il formichiere, Milano, 1980).

Regalia A., Bestetti A. 2006, *Dolore fisiologico, dolore patologico, dolore iatrogeno. Qualità del dolore e esperienza delle donne*, in La Scala G.B., Iori V., Mori F., Fagandini P.G. (a cura di), *La normale complessità del venire al mondo*, Guerini, Milano.

Reisch L.M., Tinsley B.J. 1994, *Impoverished women's health locus of control and utilization of prenatal services*, «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 12: 223-232.

Reiss D. 1989, *La famiglia rappresentata e la famiglia reale*, in Sameroff A.J. e Emde R.N. (a cura di), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Boringhieri, Torino, 1991.

Righetti P.L. 2007, *Sull'inizio della vita psichica: la psicologia prenatale*, in Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (a cura di), *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin, Padova.

Righetti P.L., Sette L. (a cura di) 2000, *Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità*, Boringhieri, Torino.

Riordan G., Gross A., Angeron J., Krumwiede B., Melin J. 2000, *The Effect of Labor Relief medication on neonatal suckling and breast feeding duration*, «Journal of Human Lactation», 16(7): 7-12.

Ritchie K., Boynton J., Bradbury I., Foster L., Iqbal K., Kohli H., Love C., Penney G., Quinn S., Reid M., Slattery J., Wright D. (a cura di) 2004, *Routine ultrasound scanning before 24 weeks of pregnancy*, Health Technology Assessment Report 5. NHS Quality Improvement Scotland, Glasgow.

Riva Crugnola C.
1987, *La gravidanza ponte fra noto e ignoto*, in Scaparro F. (a cura di), *Volere la luna*, Unicopli, Milano.
2007, *Il bambino e le sue emozioni*, Cortina, Milano.

Rizzolatti G., Fadiga L., Fogassi L., Gallese V. 2002, *From mirror neurons to imitation: facts and speculations*, in Meltzoff A.N., Prinz W. (a cura di), *The imitative mind*, Cambridge University Press, Cambridge.

Rossi N., Avveduti P., Rizzo N., Lorusso R. 1989, *Maternal stress and fetal motor behavior: a preliminary report*, «Pre-and Peri-Natal Psychology», 3-4: 311-318.

Rotter J.B. 1966, *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, «Psychological Monographs: General and Applied», 80: 1-28.

Sagi A. 1990, *Attachment theory and research from a cross-cultural perspective*, «Human Development», 33: 10-22.

Saisto T. (a cura di) 2001, *Obstetric psychosocial and pain related. Background and Treatment of Fear of Childbirth,* Academic Dissertation 02/11/01 Department of Obstetrics & Gynaecology, University of Helsinki.

Sameroff A.J., Emde R.N. (a cura di) 1989, *Relationships Disturbances in Early Children. A Developmental Approach*, Basic Books, New York (Trad. it. Id. *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia.* Boringhieri, Torino, 1991).

Sander L.
1962a, *Issue in early mother-child interaction*, «Journal of American Academy of Child Psychiatry», 1: 141-166.
1962b, *La negoziazione nella prima interazione madre-figlio*, in *Sistemi viventi*, Cortina, Milano, 2007.
1987, *Awareness of inner experience: a system perspective on self-regulatory process in early development*, «Child Abuse and Neglect», 11: 339-346.
2000, *Where are we going in the field of infant mental health?*, «Infant Mental Health Journal», 21(1-2): 5-20.

Schacter D.L. (a cura di) 1996, *Alla ricerca della memoria*, Einaudi, Torino, 2001.

Schäfer R. 1975, *Psychoanalysis without Psychodynamics*, «International Journal of Psychoanalisys», 56: 41-58.

Schore A.N.
1994 (a cura di), *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*, Erlbaum, Mahwah, NJ.
2001, *Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health*, «Infant Mental Health Journal», 22: 201-269.
2003a, *Affect disregulation and the disorders of the Self,* Norton & Company Ltd, New York.
2003b, *Affect regulation and the repair of the Self,* Norton & Company Ltd, New York.

Schwartz-Cowan R. 1994, *Women's roles in the history of amniocentesis and chorionic villi sampling*, in Rothenberg K. e Thomson E. (a cura di), *Women and prenatal testing: Facing the challenges of genetic technology*, Ohio State University Press, Columbus OH: 1-8.

Sepkowski C., Lester B., Ostheimer G., Brazelton B. 1992, *The effect of maternal epidural Anaesthesia on neonatal behaviour during the first month*, «Development Medicine & Child Neurology», 34: 1072-1080.
Shaffer H.R. (a cura di) 1977, *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*, Angeli, Milano, 1984.

Siddiqui A., Hägglöf B. 2000, *Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction?*, «Early Human Development», 59: 13-25.

Siddiqui A., Hägglöf B., Eisemann M. 2000, *Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women*, «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 18: 67-74.

Siegel D.J.
1999 (a cura di), *La mente relazionale*, Cortina, Milano.

2001, *Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationship mind sight and neural integration*, «Infant Mental Health Journal», 22: 67-94.
2003, *Errori da non ripetere*, Cortina, Milano, 2005.

Sifneos P.E., Apfel-Savitz R., Frankel F.H. 1977, *The phenomenon of alexithymia. Observation in neuronic and psychosomatic patients*, «Psychotherapy and Psychosomatics», 28: 47-57.

Simonelli A., Calvo V. (a cura di) 2002, *L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione*, Carocci, Roma.

Simonelli A., Fava Vizziello G.M., Petech E., Ballabio M., Bisoni E. 2009, *Il Lausanne Trilogue Play: potenzialità diagnostiche e prospettive di intervento nella valutazione delle competenze interattive familiari*, «Infanzia e adolescenza», 8(1): 1-12.

Sontag L.W. 1965, *Implication of fetal behavior and environment for adult personalities*, «Annals of New York Academy of Sciences», 134(2): 782-786.

Soulé M. 1982, *L'enfant dans la tete, l'enfant imaginaire*, in Brazelton T.B., Kreisler L., Shäppi R., Soulé M. (a cura di), *La dinamique du nourisson*, ESF, Paris.

Spanier G.B. 1976, *Measuring diadyc adjustment. New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads*, «Journal of Marriage and the Family», 38: 15-28.

Spelt D.K. 1948, *The conditioning of the human foetus in utero*, «Journal of Experimental Psychology», 38(3): 338-346.

Spencer J.W., Cox D.N. 1988, *A comparison of chorionic villus sampling and amniocentesis: acceptability of procedure and maternal attachment to pregnancy*, «Obstetric and Gynecology», 72: 714-718.

Spirito A., Ruggiero L., McGarvey S.T., Coustan D.R., Low K.G. 1990, *Maternal and fetal health locus of control during pregnancy: A comparison of women with diabetes and nondiabetic women*, «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 8: 195-206.

Sroufe L.A.
1989, *Relazioni e disturbi delle relazioni*, in Sameroff A.J. e Emde R.N. (a cura di), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Boringhieri, Torino, 1991.
1996 (a cura di), *Lo sviluppo delle emozioni*, Cortina, Milano, 2000.

Stein H. (a cura di) 1989, *The psychodynamics of medical practice: unconscious factors in patient care*, California University Press, Berkeley.

Stern D.N.
1974a, *L'uso dello sguardo, della voce, e delle espressioni facciali nell'interazione diadica tra madre e bambino che giocano*, in Id., (a cura di), *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*, Cortina, Milano, 1998.
1974b, *Mother and infant at play: The diadyc interaction involving facial, vocal and gaze behaviours*, in Lewis M. e Rosemblum L. (a cura di), *The Effects of the Infant on its Caregiver*, Wiley, New York.
1977a, *The first relationship*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

1977b, *The development of conversation between mothers and babies*, «Journal of Child Language», 4: 1-22.
1983, *The early development of schemes of self, of other, and of various experiences of "self with others"*, in Kaplan S. e Lichtenberg J. (a cura di), *Rejections on self psychology*, International Universities Press, New York.
1985, *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York (Trad. it. Id., *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri: Torino, 1987).
1989a, *La rappresentazione dei modelli di relazione*, in Sameroff A. e Emde R.N. (a cura di), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Boringhieri, Torino, 1991.
1989b, *Le interazioni affettive*, in Lebovici S. e Weil-Halpern F. (a cura di), *Psicopatologia della prima infanzia. vol. 1: Il mondo del neonato*, Boringhieri, Torino, 1994: 164-178.
1990, *Diario di un bambino*, Mondadori, Milano, 1991.
1991, *Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view*, «Infant Mental Health Journal», 12(3): 173-185.
1995 (a cura di), *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*, Basic Books, New York (Trad. it. Id., *La costellazione materna*, Boringhieri, Torino, 1997).
1998 (a cura di), *Le interazioni madre-bambino*, Cortina, Milano.

Stern D.N., Bruschweiler Stern N., Freeland A. (a cura di) 2000, *Nascita di una madre*, Mondadori, Milano.

Stewart D.E., Streiner D.L. 1995, *Cigaratte smoking in pregnancy*, «Canadian Journal of Psychiatry», 40: 603-607.

Sullivan H.S. (a cura di) 1953, *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1977.

Tambelli R., Zavattini G.C., Mossi P. (a cura di) 1995, *Il senso della famiglia. Le relazioni affettive del bambino nel "disegno della famiglia"*, Nuova Italia Scientifica, Roma.

Taylor G.J. (a cura di) 1987, *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*, International Universities Press, New York (Trad. It. Id., *Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi contemporanea*, Astrolabio, Roma, 1993).

Tempfer H., Froelich H., Seidl A. 1979, *Psychosomatic disorder in patients with different forms of weight change in early pregnancy*, in Carenza L. e Zichella L. (a cura di), *Emotion and reproduction*, Academic Press, London.

Thompson R.J., Goldstein R.F., Oehler J.M., Gustafson K.E., Catlett A.T., Brazy J.E. 1994, *Developmental outcome of very low birth weight infants as a function of biological risk and social risk*, «Journal of Developmental & *Behavioral Pediatrics*», 12: 232-238.

Tiengo M.A. (a cura di) 2000, *Il dolore e la mente*, Springer, Milano.

Tinsley B., Trupin S.R., Owens L., Boyum L.A. 1993, *The significance of women's pregnancy-related locus of control beliefs for adherence to recommended prenatal health regimens and pregnancy outcomes*, «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 11: 97-102.

Tomasello M. 1995, *Understanding the Self as social agent*, in Rochat P. (a cura di), *The Self in infancy: Theory and research*, Elsevier, Amsterdam.

Tomatis A.A.
1981 (a cura di), *La Nuit utérine*, Editions Stock, Paris.
1991, *De la communication intra-uterine au language humain*, E&Fediteur, Paris.

Tracey N. 2000 (a cura di), *Parents of premature infants. Their emotional world*, Whurr Pubblishers, London.

Trevarthen C.
1974, *The psychobiology of speech development*, in Lenneberg E.H. (a cura di), *Language and Brain: Developmental Aspects.* Neurosciences Research Program Bulletin, Boston: 570-585.
1978, *Secondary intersubjectivity: the psychology of an infant communicating*, in Neisser U. (a cura di), *The perceived Self*, University Press, Cambridge.
1979, *Communication and cooperative in early infancy: A description of primary intersubjectivity*, in Bullona M. (a cura di), *Before Speech: The Beginning of Human Communication*, Cambridge University Press, London: 321-347.
1980, *The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants*, in Olson D. (a cura di), *The Social Foundations of Language and Thought: Essay in Honor of J. S. Bruner*, Norton, New York: 316-342.
1990, *Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino,* in Ammaniti M. e Dazzi N. (a cura di), *Affetti, Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali,* Laterza, Bari.
1993, *Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali,* in Riva Crugnola C. (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino,* Cortina, Milano.
1997 (a cura di), *Empatia e biologia. Psicologia, cultura e neuroscienze*, Cortina, Milano, 1998.

Tronick E.Z.
1980, *The primacy of social skills in infancy,* in Sawin D.B., Hawkins R.C., Walker L.O., Penticuff J.H. (a cura di), *The Exceptional Infant*. Brunner Mazel, New York, 4: 144-158.
1989, *Le emozioni e la comunicazione affettiva nei bambini*, in Riva Crugnola C. (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, Cortina, Milano, 1999.
1999. *Le madri depresse e i loro bambini: l'insuccesso nella formazione degli stati di coscienza diadici*, in Murray L. e Cooper P. (a cura di), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.

Tronick E.Z., Als H., Adamson L., Wise S., Brazelton T.B. 1978, *The infant's response to entrapment between contradictoey messages in face-to-face interaction*, «American Academy of Child Psychiatry», 17: 1-13.

Tronick E.Z., Cohn J.F. 1987, *Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination*, «Child development», 60: 85-92.

Uvnäs-Moberg K. 1996, *Neuroendocrinology of the Mother-Child Interaction*, «Elsevier Science TEM», 7(4): 126-130.

Vallino D.
1998 (a cura di), *Raccontami una storia. Dalla consultazione all'analisi dei bambini*, Borla, Roma.
2002, *La consultazione con il bambino e i suoi genitori*, «Rivista di Psicoanalisi», 48: 325-343.
2007, *La consultazione partecipata: figli e genitori nella stanza dell'analisi*, in *Uno spazio per i genitori, Quaderni di psicoterapia infantile*. Borla, Roma.
2009 *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*, Borla, Roma.

Vallino D., Macciò M. (a cura di) 2004, *Essere neonati. Osservazioni psicoanalitiche*, Borla, Roma.

Van den Bergh B.R.H. 1990, *The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior*, «Pre-and Peri-Natal Psychology», 5-2: 119-130.

Van Ijzendoorn M.H., Schuengel C., Bakermans-Kranenburg M.J. 1999, *Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequel*, «Development and Psychopathology», 11: 225-249.

Vaughn B.E., Bradley C.F., Joffe L.S., Braglow P. 1987, *Maternal characteristics measured prenatally are predictive of ratings of temeperamental "difficulty" of the Carey Infant Temperament Questionnaire*, «Developmental Psychology», 32: 152-161.

Vegetti Finzi S. (a cura di) 1990, *Il bambino della notte*. *Divenire donna, divenire madre*, Mondadori, Milano.

Vicario M., Di Paolo A.M., Oro R., Guana M., Lojacono A. 2006, *La gestione clinica della gravidanza a basso rischio*, in Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M., Pellegrini M.G., Piga M.D., Vicario M. (a cura di), *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*, McGraw-Hill, Milano.

Wadhwa P.D., Culhane J., Rauh V., Barve S.S. 2001, *Stress and preterm birth: neuroendocrine, immune-inflammatory and vascular mechanisms*, «Maternal and Child Health Journal», 5(2): 119-125.

Walderström U., Bergman V., Vasell G. 1996, *The complexity of Labor pain: experiences of 278 women*, «Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology», 17: 215-228.

Wallerstein J.S. e Kelly B. (a cura di) 1980, *Surviving the breakup. How children and parent cope with divorce*, Basic Book, New York.

Wang I., Crane D.R. 2001, *The relationship between marital satisfaction, marital stability, nuclear triangulation and childhood depression*, «The American Journal of Family Therapy», 29: 337-347.

Wayland J., Tate S. 1993, *Maternal-fetal attachment and perceived relationships with important others in adolescents*, «Birth: Issues in Perinatal Care», 20: 198-203.

Weber K. (a cura di) 2002, *Alliance familiale: continuité entre la première année et la deuxième de vie de l'enfant*, Travail de DESS Genève, Université.

Wegner D.M. 2003, *The mind's best trick: how we experience conscious will,* «Trends in Cognitive Sciences», 7(2): 65-69.

Weil R.J., Tupper C. 1960, *Personality, life situation and communication: a study of habitual abortion*, «Psychosomatic Medicine», 22: 448-450.

Wheller L., Baker A., Griffiths C. 2006, *Trends in premature mortality in England and Wales 1950-2004*, «Health Statistics Quarterly», ONS, London, 31: 34-41.

Wiesenfeld A.R., Malatesta C.Z., Whitman P.B., Granrose C., Uili R. 1985, *Psychophysiological response of breast- and bottlefeeding mothers to their infants' signals*, «Psychophysiology», 22: 79-86.

Wilson M.E., White M.A., Cobb B., Curry R., Greene D., Popovich D. 2000, *Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament*, «Journal of Advanced Nursing», 31: 204-210.

Winnicott D.W.
1956, *La preoccupazione materna primaria*, in Id., *Through Paediatrics to Psycho-Analysis. Dalla pediatria alla psicoanalisi,* Martinelli, Firenze, 1975.
1958, *Through Paediatrics to Psycho-Analysis. Dalla pediatria alla psicoanalisi,* Martinelli, Firenze, 1975.
1965, *The theory of the parent-infant relationship*, in Id. (a cura di), *The maturational processes and the facilitating environment*, International Universities Press. New York.
1967, *Mirror-role of the mother and family in child development*, in Id., *The predicament of the Family*, A Psychoanalytical Symposium, Hogarth, London.
1970, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma.
1971, *La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile*, In Id., *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974.
1987, *I bambini e le loro madri*, Cortina, Milano.
1989, *Esplorazioni psicoanalitiche*, Cortina, Milano, 1995.

Wolff P.H. (a cura di) 1966, *The causes, controls and organization of behaviour in the neonate. Psychological Issues 5 monogr. 17*, International Universities Press, New York.

Wu J.H., Eichmann M.A. 1988, *Fetal sex identification and prenatal bonding*, «Psychological Reports», 63:199-202.

Zavattini G.C. 2000, *Introduzione all'edizione italiana*, in Fivaz-Depeursinge E. e Corboz-Warnery A. (a cura di), *Il triangolo primario*, Cortina, Milano, 2001.

Zeaneah C.H., Barton M.L. 1989, *Introduction: internal representations and parent-infant relationships*, «Infant Mental Health Journal», 10: 135-141.

Zeaneah C.H., Keener M.A., Anders T.F. 1986, *Adolescent mothers' prenatal fantasies and working models of their infants*, «Psychiatry», 49: 193-203.

Zimmermann P., Grossmann K.E. 1994, *Attaccamento, emozioni e comportamento aggressivo*, «Età evolutiva», 47: 92-98.

Zurlo M.C. (a cura di) 2009, *Percorsi della filiazione*, Angeli, Milano.