

5. Gravidanza, parto e puerperio: nella prospettiva psicosomatica

di *Antonio Imbasciati, Loredana Cena*

1. Psicosomatica della gravidanza e del parto

La letteratura psicologica e più specificatamente quella psicosomatica (Benedek, 1952; Cerutti, 1976; Pancheri, 1984; Piscicelli, 1979, 1985; Mimoun, Maggioni, 2003; Benedetto, Massobrio, 2004) e quella psicoanalitica hanno evidenziato come le funzioni fisiologiche e fisiopatologiche inerenti al concepimento, alla gestazione, al parto al puerperio, all'allattamento, siano modulate, anche attraverso l'asse ipotalamo-ipofisario, da dinamiche psichiche. Queste pertanto possono essere correlate con le vicende ostetrico ginecologiche, nonché con il primo sviluppo psicofisiologico fetale e neonatale.

Le dinamiche in questione riguardano processi del tutto inconsci, che riattualizzano strutture mentali della personalità femminile. Le dinamiche relazionali della gestante (nei confronti del proprio partner, della propria famiglia, del medici curanti, nonché della struttura sanitaria ostetrico-ginecologica) incidono su tale riattualizzazione e pertanto possono influenzare le vicende perinatali.

Il divenire madre e la possibilità di essere una madre “sufficientemente buona” (Winnicott, 1958) sono l'esito mai definitivo né scontato di un intenso lavoro psichico, che inizia sin dalle prime fasi della gravidanza. Quest'ultima si configura come momento di riedizione della storia infantile della donna e dei suoi rapporti con la madre (cfr. cap. 4) e come momento di “crisi” (Pazzagli *et al.*, 1981) per il riattualizzarsi dei conflitti legati al processo di elaborazione di fasi cruciali dello sviluppo relativi all'acquisizione dell'identità femminile.

Gravidanza e parto sono momenti significativi nel “ciclo di vita” della donna caratterizzati da profonde trasformazioni: come la pubertà e la menopausa, la gestazione è associata ad importanti modificazioni somatiche e psicologiche, comporta un sommovimento emotivo, neurovegetativo, en-

docrino, più generalmente umorale e metabolico, forse anche immunitario e comunque psicosomatico. Le modificazioni fisiologiche che interessano tutti gli organi e i tessuti dell'organismo diventano un punto focale intorno a cui si intrecciano i processi intrapsichici di ogni singola donna e i fattori endogeni predeterminati dalla genetica della specie. La maggior parte di tali modificazioni avviene mediante l'influenza di particolari incidenze ormonali e metaboliche caratteristiche dello stato gravidico, sui quali il feto e la placenta esercitano un controllo omeostatico.

A sua volta i mutamenti dell'organismo hanno un feedback somatopsichico nelle strutture psichiche, nelle funzioni che in ogni singola donna differenziatamente si sono costruite e che esplicano ora la loro modulazione sull'evento specifico. Da un feedback somatopsichico si passa di nuovo a modulazioni psicosomatiche. Il tutto rimodulandosi la qualità delle relazioni interpersonali profonde, così come un tempo si erano strutturate nella mente primaria della bambina e così come ora si ristrutturano in quelle della donna.

Esistono periodi critici (Bribring, 1961) in gravidanza: l'inizio, la percezione dei movimenti fetali, la modificazione del corpo, il travaglio e il parto. Ad ognuno di questi periodi corrispondono particolari vissuti emotivi, spesso accompagnati da paure o angosce, che potrebbero dare origine sia a sintomatologie organiche funzionali che a disturbi psicotici.

Il lavoro psichico inizia già dalla decisione con il partner di voler fare un figlio. Si inserisce qui tutta la casistica relativa alla sterilità di coppia maschile e/o femminile, nonché la problematica inerente la fecondazione assistita, con i suoi plurimi tentativi sfavorevoli. Il filo rosso che attraversa la gravidanza è costituito dalle angosce inconsce concernenti il proprio corpo, che si trasforma internamente ed esteticamente, dalle massicce modificazioni ormonali a carico del sistema endocrino, fino a quelle fisiologiche più generali, che investono tutti i sistemi corporei.

Il disagio interiore è accettato con fatica, talora con rifiuto o aggressività rivolti al nascituro. In presenza di tali dinamiche negative, il feto è vissuto come un elemento dannoso, che potrebbe lacerare e danneggiare, e che si deve espellere. Su questa base possono svilupparsi gravi angosce e inconsci sentimenti di colpa, che talora si trasformano nei timori, anche coscienti di fare figli mostruosi, o di essere invase e consumate internamente. Tali fantasie possono concretarsi in sindromi psiconevrotiche, così come in sterilità, aborti, parti prematuri, distocie (Imbasciati, 1983b).

Verso la fine del primo trimestre la placenta esercita un'azione di controllo e mantiene lo stato di gravidanza con la produzione di sostanze ormonali ed enzimatiche. In questo sistema materno-feto-placentare, il feto è elemento attivo che partecipa all'attività metabolica placentare. Si parla di unità feto-placentare (Pancheri, 1984), considerata come il complesso del-

le reazioni biosintetiche e metaboliche indispensabili al proseguimento della gravidanza. Sotto l'influenza ormonale, prima del corpo luteo e poi della placenta, l'organismo materno viene preparato ad accogliere l'ovocita fecondato, a mantenere lo stato di gravidanza, a favorire l'accrescimento fetale, a preparare gli organi riproduttivi al completamento delle loro funzioni (l'utero, per lo sviluppo della gravidanza, prima, e per il meccanismo del parto poi, e la mammella per la lattazione). Tutte queste modificazioni organiche sono soggette ad essere modulate dalla situazione psichica, a sua volta mobilitata dal feedback somatico-psichico-somatico, in relazione alla struttura psichica e relazionale materna, con le relative angosce e conflitti inconsci.

Il sistema integrativo materno-fetale, metabolico-umorale-emodinamico, è sottoposto sia alla situazione psichica, sia a condizioni di stress ambientale. In alcune condizioni, quando diverse concause, come fattori materni generali o locali, fattori genetici e stress ambientali sono presenti, si può verificare una deviazione dai normali regimi metabolici, per esaurimento della dinamicità del sistema o per particolari labilità costituzionali: ciò può generare patologie materne come diabete, gestosi, ritardo di accrescimento fetale, morte intrauterina.

I meccanismi di questo stato funzionale sono correlati con dinamiche psichiche che costituiscono causa e bersaglio della problematica psicosomatica della gravidanza: dinamiche psichiche con riflessi somatici o effettive dinamiche psicosomatiche e somatopsichiche, in cui vi sono modificazioni umorali e neurali con diversi destini somatici.

Accanto all'elaborazione del sé psichico durante la gravidanza, anche il corpo e l'immagine del corpo subiscono modificazioni. La donna cambia forma, peso e rapporto con il proprio corpo e con l'ambiente circostante. La "pancia" contraddistingue il proprio essere gravida ed è l'espressione socialmente evidente di quanto le sta succedendo dentro. Alcune donne possono esprimere la sensazione di essere "brutte" a causa delle trasformazioni che il corpo subisce, altre possono avere timore di essere "sformate" e di rimanere così per sempre. Questi vissuti possono essere collegati ai vissuti del bambino "mostro", cioè al timore che il bimbo possa non essere sano e che Fornari (1979) identifica come "angoscia genetica", ricollegabile al senso di inadeguatezza e insicurezza verso la propria capacità generatrice: in questo caso la "mostruosità" viene attribuita al bambino anziché a se stesse. Tali angosce comportano una elaborazione psichica e pertanto neurale, che modifica a sua volta quella umorale e ormonale.

Ogni volta che l'unità dello schema corporeo è messa in crisi, anche l'identità psichica stessa del soggetto viene messa in crisi. La donna in gravidanza vede modificare l'immagine del proprio corpo: questa rappresenta la base della coscienza unitaria di sé e una sua trasformazione richiede che

tale rappresentazione sia ben stabilita e strutturata. Al momento del parto la separazione comporta che comunque lo schema corporeo sia ben organizzato, altrimenti ci può essere il rischio che si manifestino disturbi psichici anche di rilievo, come le psicosi puerperali. In questo quadro i corsi di preparazione al parto sono utili, in quanto, attraverso gli esercizi (RAT, Training autogeno respiratorio, rilassamento) la donna può essere aiutata e guidata a prendere più coscienza delle proprie sensazioni corporee.

La gravidanza è un momento psichico particolare, uno stato di suscettibilità detto di “trasparenza psichica” (Bydlowsky, 2004), in cui elementi dell’inconscio arrivano alla coscienza. Fattori che vi possono intervenire sono la struttura della personalità della gestante, la natura del sostegno psicologico che può ricevere dal partner e dai familiari, il fatto che la gravidanza sia stata desiderata o meno, l’esperienza di gravidanze precedenti, le paure relative al dolore del travaglio o quella di generare un figlio deforme. Le problematiche psichiche possono ripercuotersi negativamente sul feto: viene riscontrata una maggiore attività fetale in utero, disturbi nel neonato, quali irritabilità, sindromi gastrointestinali, tachicardia e modificazioni del quadro respiratorio. Un forte stato ansioso può dare origine a una vasocostrizione uterina, mediata da una stimolazione di neurotrasmettitori e questo potrebbe dare origine ad un ritardo della crescita fetale, secondario ad asfissia cronica (Myers, 1979).

2. Sintomatologia psicosomatica durante la gestazione

La ricerca psicosomatica perinatale è numerosa (Mimoun, Maggioni, 2003; Benedetto, Massobrio, 2004), ma alquanto dispersiva rispetto alle fonti, e disomogenea rispetto agli strumenti usati, alle metodologie e soprattutto ai diversi orientamenti circa il modo di definirne l’oggetto. Alcuni studi infatti si focalizzano sull’aspetto endocrino, mettendo in ombra il *primum movens* psichico, altri lo sottintendono senza svilupparlo, talora includendolo nell’onnicomprendente concetto di stress; anche questo peraltro variamente inteso; altri ancora si focalizzano sui sintomi psichici, con rilievi e misure che dipendono dagli strumenti (Rosenblum, Candilis-Huisman, 2003), talora evitando l’inferenza dai sintomi ai dinamismi psicosomatici veri e propri. Altri studi infine si focalizzano quasi esclusivamente sulla psiche della madre e la relativa struttura di personalità. Non facile dunque è avere una visione unitaria in questo campo, ancor più se costretti, come in questa sede, ad un tratteggio inevitabilmente sintetico.

Già Pancheri (1979) sottolineava a ragione una carenza nella ricerca, che si ritrova presente ancora tutt’oggi, soprattutto per quanto riguarda le influenze sui processi che originano gli andamenti endocrini riscontrati e

sulle relative espressioni di regolazione, dallo psichico al somatico e viceversa. Una interessante prospettiva (Consoli, 2003) delle ricerche psicobiologiche cerca di interfacciare il ruolo del sistema immunitario e la psicosomatica. Molti studi hanno avuto come oggetto la rilevazione dell'ansia nella gestante e nella partoriente in relazione alle varie condizioni del travaglio, normali e patologiche: si nota una convergenza di conclusioni per una correlazione tra livello di ansia, depressione e le complicanze ostetriche (Standley *et al.*, 1979; Perkin *et al.*, 1993; Bogetto *et al.*, 2004); tra l'ansia, il protrarsi del travaglio e il dolore (Crandon, 1979a,b; Standley *et al.*, 1979; Pancheri, Bressa, 1990).

Fattori psicosociali e la sensazione di non ricevere sostegno adeguato (Paalberg, 1996), così come particolari life events negativi (Honnor *et al.*, 1994; Rostad *et al.*, 1995; Hansen D. *et al.*, 2000) sono connessi a complicanze ostetriche e basso peso del neonato (Paalberg *et al.*, 1999).

Gran parte di questi rilievi dipendono dagli strumenti di rilevazione, e dell'ansia e del dolore, e da altre variabili metodologiche inerenti al rilievo dei dati.

Nei prossimi capitoli verranno esplorate queste tematiche da Francesca Agostini (Capitolo 10) nella madre e da Franco Baldoni nel padre (Capitolo 11).

Il concetto di stress in gravidanza viene spesso frainteso come sinonimo di fattori stressanti (stress = stressor), mentre tale equivalenza è molto più complessa (Imbasciati, Margiotta, 2004, cap. 11.3; capp. 15.8): occorre pertanto una notevole finezza metodologica per le ricerche sugli “stress psicosociali”. Certamente la situazione di stress, qualora si verifichi nel soggetto (talora non correlabile a stressor rilevabili) comporta un mutamento neuroendocrino: questo spiega molte cose, ma forse troppo semplicisticamente, rimandando la genesi delle sindromi ai fattori esterni ed evitando i problemi della elaborazione psichica soggettiva.

Le ricerche perinatali condotte in termini di “stress” sono quanto mai numerose: difficile è farne una sintesi. Così per esempio sono state rilevate correlazioni tra stress prenatale e complicanze ostetriche (Mulder *et al.*, 2002), tra stress e parto prematuro (Newton, 1979; Warren *et al.*, 1992; Berkowitz, 1983; Mamelle, 1983; Mamelle *et al.*, 1984; Hedegaard *et al.*, 1993; Fangman *et al.*, 1994; Nordentoft *et al.*, 1996): cosa del resto risaputa nelle intuizioni popolari.

Una ricerca (Grussu *et al.*, 2001) ha preso in considerazione la teoria relativa allo “stress riproduttivo” elaborata da Pancheri (Pancheri, 1979; Biondi, Pancheri, 1994; Biondi, Pancheri, 1999), in cui si evidenzia come negli animali l'allattamento e il sistema di cure parentali attivate dopo il parto, finalizzati alla cura e alla protezione della prole, attraverso il sistema ipotalamo-ipofisi-prolattina favoriscano anche una neutralizzazione de-

gli stressor del parto. Nella donna si attiverebbero analoghi processi biopsicologici che tendono ad assumere il ruolo di neutralizzazione degli stressor del parto, influenzando positivamente la salute psicologica della donna. Con la nascita del bimbo alcuni elementi come la svalutazione di sé, un'autoimmagine insicura e dipendente, l'isolamento sociale, la carenza di supporto sociale (Salvini, 1993), l'insoddisfazione nei confronti della propria immagine corporea e il cambiamento del proprio peso corporeo (Walker, 1997), l'abbassamento degli estrogeni, del progesterone, e le variazioni di prolattina sarebbero le concause che attiverebbero nella donna uno stato di stress: dopo il parto, l'allattamento e l'accudimento del piccolo produrrebbero nella neo-mamma una serie di risposte biologico-somatiche e comportamentali volte invece ad attenuare la situazione di sofferenza psichica (Zichella, 1984).

Evidenze di correlazione sono state individuate fra stress psicosociale e ipercontrattilità uterina (Facchinetti *et al.*, 2004): il sintomo di ipercontrattilità sarebbe correlato ad una maggiore condizione di distress psicologico (ansia e inadeguatezza) e anche ad una condizione di scarso benessere psicologico. Numerose sono di conseguenza anche le ricerche su programmi di prevenzione del parto prematuro (Papiernik, 1985; Hobel, Roors, Bemis, 1994; Mamelle *et al.*, 1997; Mehl, 1988; Omer, 1996; Hueston *et al.*, 1995; Hill *et al.*, 1990; Mou, 1991; Villar *et al.*, 1992; Iams *et al.*, 1988). Studi condotti sugli animali hanno evidenziato che condizioni stressanti come il rumore, l'immobilizzazione, l'affollamento, possono portare a una diminuzione della nidata (riassorbimento dell'embrione), malformazioni strutturali, ritardo nella crescita, scarso peso alla nascita (Nimby *et al.*, 1999). Effetti simili a quelli causati dallo stress possono essere provocati dalla somministrazione di corticosteroidi naturali o sintetici: si possono riscontrare ritardi nella crescita (Benesova, Pavlik, 1989), manifestazioni neurotossiche (Uno *et al.*, 1994); ritardo nello sviluppo motorio (Gramsbergen, Mulder, 1998); risposte neuroendocrine agli eventi stressanti nei neonati: l'asse HPA è implicato nella programmazione neuroendocrina precoce del neonato (Matthews, 2000).

Per quanto riguarda il rischio di preeclampsia, viene evidenziato come alcune manifestazioni di stress (Landbergis, Hatch, 1996), oppure ansia e depressione (Kurki *et al.*, 2000), vissuti nel primo trimestre di gravidanza, possano essere fattori di rischio per questa patologia; così pure un aumento delle concentrazioni seriche di CRH placentare (pCRH) tra la diciottesima e la ventesima settimana di gestazione (Leung *et al.*, 1999).

Ancora, è stato riscontrato che la soglia di sensibilità allo stress sembra alzarsi col progredire della gravidanza (Glynn, 2001); viene altresì evidenziato da diversi studi che l'effetto dello stress può venire ridotto dal sostegno sociale, poiché anche in casi a rischio non si sono verificate gravidan-

ze problematiche (Hagoel *et al.*, 1995; Pascoe, French, 1994), come pure il sostegno fornito dal partner (Chapman *et al.*, 1997; Zimmermann, 1994). Alcuni contributi (Dantzer, 2003) hanno sottolineato comunque gli effetti psiconeuroendocrini negativi dello stress quali fattori di rischio sulla riproduzione, attraverso alterazioni ormonali e dei neuromediatori quali l'ormone corticotropo (CRH).

In sostanza la messe oceanica di studi che si rifanno al concetto di stress, oltre che essere disomogenee per definizione dell'oggetto e taratura degli strumenti, usano spesso costrutti psicologici generici. Di questo tipo sono per esempio le numerose ricerche che vogliono correlare la "depressione" o l'"ansia" – termini quanto mai omnicomprensivi e soggetti a differenti concezioni – ad eventi perinatali: l'interesse di tali studi riguarda più il versante biologico, o quello sociale o psichiatrico, piuttosto che quello più specificatamente psicologico o psicosomatico.

Di più preciso interesse psicosomatico sono quegli studi, ad esempio, che rilevano una correlazione tra il fatto che una donna chieda sostegno e aiuto e una minore incidenza di difficoltà ostetriche e nascita pretermine (Demyttenaere, Maes, Nijs, 1995). Questo a nostro avviso fa pensare che la donna che chiede un aiuto psicologico sia meno alessitimica di quella che non lo chiede e pertanto più portata a mentalizzare, anziché a somatizzare, i propri conflitti e le proprie angosce. Ancora di interesse psicosomatico sono studi, come quelli di McIntosh, Roumayah, Bottoms (1995) che rilevano come l'interruzione delle relazioni col partner durante la gravidanza aumenta le difficoltà e le patologie ostetriche. Ciò dimostra come la buona relazione di coppia sia di aiuto all'elaborazione di angosce e conflitti. Lo stesso è già stato da noi evidenziato, circa le buone relazioni della gestante con la propria madre.

3. Manifestazioni psicosomatiche in gravidanza

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

L'*ipersonnia*, relativa al primo trimestre di gravidanza, viene correlata all'effetto ipnogeno del progesterone, anche se non risulta alcuna ricerca che abbia valutato se vi è una maggiore sensibilità all'increzione di questo ormone in altri periodi della vita della donna, come ad esempio durante il periodo mestruale (Maggioni, 2003). L'ipersonnia viene interpretata come regressione e identificazione al feto e tale dinamica psichica promuo-

verebbe l'increzione di progesterone. La sensazione di stanchezza e di fatica che viene rilevata in gravidanza va considerata in relazione all'adattamento psico-fisico che richiede la gravidanza: nelle poche ricerche sviluppate, l'affaticamento viene messo in rapporto con una modificazione della bilancia simpato-vagale (Pagani, Lucini, 1999; Lucini *et al.*, 1999), così pure molti dei disturbi digestivi, come gastralgie, ipoacidità o iperacidità, diarrea, costipazione.

Nel primo trimestre di gravidanza può essere rilevata una ambivalenza madre-feto: trattenere il feto o espellerlo. La nausea, il vomito gravidico, la diarrea, la stipsi, le voglie sono considerati espressione di contenuti psichici più primitivi e manifestazione di sentimenti ambivalenti rispetto al bambino: accettazione o rifiuto della gravidanza. Verso la fine della gravidanza questa ambivalenza si manifesterà poi nella separazione del travaglio e del parto: lasciare nascere il bimbo o trattenerlo?

“*Emesi*” è il vomito: nelle gravide si presenta di solito mattutino, come fenomeno fisiologico del primo periodo della gestazione, ritenuto dipendente da una ipereccitabilità del sistema vegetativo su base ormonale. A monte di questo effetto sono stati rilevati fattori psichici inconsci, che innescerebbero l'increzione ormonale e lo squilibrio neurovegetativo. Ciò sarebbe comprovato dai casi di gravidanza immaginaria, dove compaiono nausea e vomito dopo la mancanza di mestruazione, anch'essa in questo caso psicogena. Il vomito gravidico del primo trimestre può indicare pertanto uno stato interiore di inadeguatezza rispetto alla nuova condizione fisica, o un conflitto interno tra desiderio e rifiuto della gravidanza: il senso di disgusto si esprimerebbe con la nausea e il vomito. In questi fenomeni neurovegetativi – nausea e vomito – senza la presenza di patologie organiche, è stata ipotizzata una prima causa di ordine endocrino (incremento dell'HCG) che si sovrapporrebbe ai fattori psichici dando origine all'*iperemesi gravidica*. È tuttavia discutibile se l'alterazione endocrina possa essere considerata primaria: una maggiore presenza di iperemesi gravidica è stata riscontrata nelle donne con alti livelli di ansia e altri segni psichici di distress, o caratteristiche strutturali come l'alexitimia (Tempfer *et al.*, 1979).

A volte il conflitto e l'ambivalenza insiti nel volere o non volere un figlio non riguardano solo l'intrapsichico della gravida, ma coinvolgono il suo ambiente familiare e coniugale, percepito come ostile alla gravidanza: sono stati osservati effetti benefici attraverso un ricovero che consenta di allontanare spazialmente la gravida dall'ambiente riconoscendo il suo stato “interessante” e, attraverso l'acquietarsi delle tensioni familiari, si riscontrerebbe una risoluzione almeno provvisoria del sintomo.

La Deutsch e la Benedek (Deutsch, 1946; Benedek, 1952) per prime considerarono la ragione psichica del vomito gravidico come legata a istan-

ze emotive che si oppongono alla gravidanza e alla presenza del feto: in particolare, secondo la Benedek, il vomito cesserebbe quando, dopo il quarto mese, la madre “sente” la presenza del feto e comincia a considerarlo come una parte di sé.

Solitamente questi sintomi non sono sostenuti da alterazioni organiche che possano spiegarli: quando si mantengono entro certi limiti sono pertanto considerati normali. Se si manifestano in modo recrudescente, acquistano le apparenze di una malattia, l'*iperemesi gravidica*: latenti sentimenti di disgusto vengono inconsciamente associati a determinate idee circa la gravidanza e possono accentuare la tendenza riflessa alla nausea tanto da provocare un vomito incoercibile. Il fenomeno sarebbe così espressione di una conflittualità. Il vomito gravidico del primo trimestre può indicare inadeguatezza rispetto alla nuova condizione fisica, oppure conflitto interno tra desiderio e rifiuto della gravidanza; il senso di disgusto si esprime appunto con la nausea e il vomito. Ciò che caratterizza l'*iperemesi gravidica* esprimerebbe l'ambivalenza dei sentimenti: da un lato un bisogno incorporativo, che prepara gli organi alla digestione ed aumenta lo stato secretivo della mucosa, dall'altra la propensione ad espellere tramite il vomito.

In qualche caso il vomito può essere così ostinato da condurre ad una tossiemia. Si manifesta inoltre un certo grado di anoressia, con un disgusto per il cibo, nausea e conati di vomito alla semplice vista o odore di cibo. Spesso il vomito è accompagnato da scariche di diarrea, scialorrea intensa, cardiopalmo. In questi fenomeni neurovegetativi si invoca come prima causa uno squilibrio endocrino: occorre tuttavia spiegare da cosa tale squilibrio sia provocato, al di là dei meccanismi biologici intrinseci alla gravidanza: ciò vale soprattutto quando da un'emesi normale si passa all'*iperemesi*.

Un complesso di altre manifestazioni, con caratteristiche di oralità, si manifesta durante la prima metà della gravidanza: fame intensa, che si alterna a periodi di completa mancanza di appetito, a gastralgie, pirosi, intolleranza per certi particolari cibi, nonché le “voglie” (Gibbone *et al.*, 1988). Secondo la Deutsch (1946) questi eventi esprimerebbero ambivalenti desideri di espulsione e protezione dell'embrione. A livello epidemiologico è stato riscontrato un collegamento tra patologie alimentari come la bulimia o l'anoressia e il peso della donna antecedentemente la gravidanza, e il livello socio-economico (Aarts, Vingerhoerts, 1993); così pure tra un aumento di peso minimo e la depressione e il livello di autostima.

Gli aumenti di peso possono dare origine a stati di ipertensione gravidica: sono stati individuati collegamenti tra aumento di peso, rischio di EPH-gestosi e una immagine del proprio corpo negativa (Morin, 1995); inoltre le madri che manifestano patologie nei comportamenti alimentari sarebbero poi più intrusive nei pasti e nei giochi dei loro figli (Stein, 1994).

Una sindrome originata dal desiderio di maternità è la cosiddetta *gravidanza immaginaria*, o *pseudociesi* o pseudogravidanza o gravidanza spuria. Un'amenorrea psicosomatica può manifestarsi isolatamente, o in concomitanza con altri sintomi come anoressia, lipotimie, vomito, nausea, oppure in concomitanza con la credenza di essere incinte. Questa ultima sindrome sarebbe correlata ad un desiderio di gravidanza. Se una mancata gravidanza comporta un intenso disagio emotivo nel contesto personale e sociale, il desiderio può alimentare lo sviluppo di un complesso squilibrio funzionale di più organi e pertanto la pseudociesi. In questa sindrome si osservano tutte le funzioni della gestazione, dalle modificazioni utero-ovariche, all'inturgidimento delle mammelle, sino alla secrezione di latte, all'iperemesi, alle modificazioni endocrine (Piscicelli, 1979), a dimostrazione saliente di quanto i fattori psichici modulino i processi organici.

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

L'*aborto* viene definito come interruzione della gravidanza prima della ventiduesima settimana di gestazione: si parla di aborto tardivo se avviene tra la ventiduesima e la ventottesima settimana; di parto prematuro successivamente. Il termine "aborto" sembra provenire dai Sumeri (2000 anni a.C.): tra le loro divinità antichi demoni, gli Utukku, proliferano sulla terra, nell'aria e si infilano nelle abitazioni; ogni demone aveva la caratteristica di causare una particolare malattia; fra di essi ce n'era uno che uccideva il feto nel ventre della madre e veniva chiamato "Abartu" (Margotta, 1968). La paura nella donna che uno spirito maligno dall'esterno entri in lei e colpisca e uccida il feto che sta crescendo dentro, è una rappresentazione che in molte culture si manifesta nella normalità della donna, e che è stata considerata come fantasma inconscio presente in ogni donna per un processo proiettivo in un essere mostruoso esterno delle interne fantasie aggressive presenti nella evoluzione dello sviluppo psico-sessuale femminile.

La maggior parte degli aborti spontanei (spesso vengono confusi con le mestruazioni ritardate e abbondanti) si osserva nelle prime settimane di gestazione. Gli aborti si presentano più spesso prima del quarto mese, sovente accompagnati dalla liberazione di specifiche prostaglandine prodotte localmente dall'utero, prima dunque che la placenta produca progesterone; ovviamente tale increzione può essere provocata da una modulazione psicosomatica. Dopo il quarto mese l'aborto spontaneo è più raro.

Molti autori hanno considerato l'aborto spontaneo come un evento psicosomatico correlato a conflittualità psichiche che nell'utero trovano luogo di espressione (Mann, 1956, 1957; Weil, Tupper, 1960; Dolto *et al.*, 1985). Cause intermedie, oltre quelle endocrine sono state individuate in irregolarità vasomotorie o nell'insorgenza diretta di contrazioni. Così pure una situazione di stress può causare increzione di adrenalina con conseguenti disturbi di irrorazione, e possibile morte del feto. A tutti questi meccanismi sembra non sia estraneo l'intervento di prostaglandine, per mediazione diretta neurovegetativa. Che comunque l'aborto spontaneo sia fatto risalire a eventi psichici stressanti, è nozione corrente del senso comune.

Nel caso che l'aborto sia provocato, è interessante conoscerne gli aspetti psichici individuali e sociali sottesi. Non volere un figlio, fino al suo rifiuto totale e intenzionale, esprime lo stato di angoscia in cui può trovarsi una donna, al punto tale da interrompere volontariamente la gestazione. A parte i casi in cui vi sono evidenti ragioni socio-culturali, si constata spesso una resistenza della donna alla contraccezione, anche quando essa è a conoscenza dei metodi protettivi: paradossalmente è come se ella desiderasse "restare incinta" per avere una conferma sulla sua capacità riproduttiva, senza però poi poter portare a termine la gestazione, per i diversi fattori, sociali, economici, intrapsichici: è come se desiderasse una gravidanza senza maternità (Pasini, 1975; Baldaro Verde, 1987). È questa spesso una sorta di "prova" delle adolescenti.

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

La *gestosi* è definita come una sindrome multifattoriale (Pancheri, 1984) che si manifesta nel terzo trimestre di gravidanza con una sintomatologia triadica: edemi, proteinuria, ipertensione (EPH gestosi); nei casi più gravi possono presentarsi crisi convulsive e morte della paziente. È questa *l'eclampsia*, patologia grave della gravidanza, che può comportare mortalità perinatale della donna e del bambino.

La patogenesi della sindrome, peraltro non è ancora ben definita, ha carattere concausale: più spesso ischemia placentare e/o eccesso di alcu-

ni corticosteroidi. Circa l'etiologia sono state avanzate differenti ipotesi tra cui sembra dimostrata quella psicosomatica: una situazione psichica particolare, sarebbe causa di una abnorme stimolazione simpatica che provocherebbe una vasocostrizione dei vasi uterini o altri eventi nel corpo materno (Myers, 1979) con conseguente ritardo della crescita fetale e/o morte intrauterina.

Molteplici situazioni psichiche, o forse “strutture psichiche”, sono state invocate nell'origine prima delle gestosi. È stato per esempio riscontrato che le gravide affette da gestosi presentano maggiori disturbi psichici rispetto alle donne normali, e spesso il rilievo anamnestico di un comportamento abnorme durante l'infanzia; o talora un rapporto di coppia insoddisfacente. Spesso le donne con gestosi sono ansiose, incapaci di rapportarsi con il loro problema e di verbalizzare le proprie ansie e paure: presentano cioè tratti alessitimici. In ogni caso le gestosi, nelle loro varie manifestazioni, possono essere considerate eventi paradigmatici di come la struttura neuromentale possa esprimersi nel corpo, o meglio modulare, forse “governare” l'intero organismo.

Una questione aperta (Maggioni, 2003) riguarda l'incidenza più generalizzata di tutte le emozioni in gravidanza: è stato provato che pensare ad esperienze dolorose o rievocare ricordi penosi possono portare a modificazioni dell'attività cardiaca, così come stati emotivi non consapevoli comportano delle variazioni dell'EEG (Pagani, 1991). In generale si può affermare che particolari e difficili elaborazioni delle emozioni possono in taluni casi, per molteplici vie somatiche, essere all'origine delle patologie gravidiche.

4. Gravidanza e parto secondo la psicoanalisi dei “codici affettivi”

Nell'ambito della letteratura sulla psicosomatica della gravidanza e del parto, Franco Fornari, nella prefazione allo storico trattato di Ginecologia Psicosomatica di Piscicelli (Piscicelli, 1979), evidenzia che “la psicosomatica ginecologica e ostetrica può essere considerata come il capitolo della medicina più specificamente adatto ad introdurre il medico nel territorio, vasto e complesso, nel quale il corpo è ‘parlato’ dallo psichico. Definire il corpo, in quanto corpo, può apparire per il medico abbastanza semplice, definire il corpo come parlato dallo psichico è invece arduo” (Fornari, 1979).

Fornari ha condotto numerose ricerche su vari aspetti della gravidanza, lungo tutto il percorso di questo periodo di attesa, a cominciare dall'analisi dei sogni delle donne (1981). L'interpretazione dei sogni evidenzia come la donna si venga ad identificare contemporaneamente con il proprio bim-

bo, in modo che il parto del figlio sia il proprio parto, e con la propria madre, creando una struttura a “matrioska” dove la madre sarà in grado di contenere il figlio nella misura in cui lei stessa è stata contenuta. Nei sogni sono evidenti le fantasie e le rappresentazioni di quello che egli definisce il “codice materno”, relativo alla funzione di accoglimento e di contenimento della donna in gravidanza, in opposizione ad un “codice paterno”, che invece ha la funzione di separazione del bimbo dalla madre. L’eliminazione del codice paterno si collega anche alla conflittualità, espressa nei sogni, tra codice materno e l’altro codice insito nei vissuti femminili, quello sessuale “femminile”, che si manifesta in un rifiuto, più o meno conscio, della femminilità durante il periodo della gravidanza: il partner sessuale verrebbe escluso e può rientrare solo se in fantasia viene privato della sua forza, attraverso un processo di infantilizzazione che lo renda innocuo. Durante la gravidanza la donna deve quindi affrontare un complesso lavoro simbolico, che le consenta di attivare il processo decisionale inconscio relativo al codice materno interno, per l’assunzione di quello che costituirà il ruolo materno: dal successo di questo processo dipende la successiva relazione madre-bambino e la capacità della madre di identificarsi con i suoi bisogni prendendosi cura di lui.

Con “codice materno” Fornari intende la rappresentazione della madre come contenitore totale e che pertanto può dare tutto, senza chiedere nulla in cambio. Il codice materno è il codice della onnipotenza: la madre è colei che ha tutto. Contrapposto al “codice materno” è il “codice femminile”. Nel costume sessuale umano occidentale esisterebbe, all’interno del codice della contrattualità femminile, una fondamentale antinomia tra il codice contrattuale sessuale e il codice contrattuale materno. Il codice femminile è basato sulla contrattualità e lo scambio paritario. Al contrario il codice materno presiede alle relazioni di scambio tra la madre e il bambino nei modi inconsciamente pre-scritti nella madre e nel bambino. Non si tratta di un codice sociale, ma di un codice affettivo, legato a funzioni inconsce. Il “codice paterno” invece è un codice sociale che riguarda tutto ciò che è regolamentazione e legge.

La teorizzazione fornariana (Fornari, 1966, 1975, 1976a, 1976b) si fonda sulla analisi coinemica: il termine coinema sta ad indicare le unità minime di cui sono costituiti i significati affettivi: in questo quadro Fornari descrive i processi di semeiosi affettiva, cioè il linguaggio degli affetti. Con il termine coinema l’autore definisce le unità minime del significato affettivo, che individua come innate e trasmesse dai genitori attraverso il patrimonio genetico.

All’interno della teoria coinemica, i parentemi (unità minima relativa ai significati affettivi delle relazioni familiari) rappresentano i denotati primari della significazione affettiva, nonché le strutture primarie del signi-

ficato; essi si riferiscono ai personaggi delle relazioni di parentela, padre, madre, bambino, fratello.

Fornari sostiene che il sogno come il sintomo somatico sono espressione di “altro” e che pertanto, così come avviene nella semeiotica medica, sono da considerarsi segni dei quali occorre capire la processualità interna alla loro genesi. La psicocosomatica ginecologica e ostetrica ha una sua specificità semantica che “concerne la fondazione della medicina psicosomatica stessa” in quanto ritenuta dall'autore avente un rapporto privilegiato con gli organizzatori psichici da lui adottati per la spiegazione dei processi affettivi (Fornari, 1979).

Fornari definisce il lavoro di Freud molto vicino alla semeiotica medica (Fornari, 1986): il sintomo medico, come il sogno, ha una struttura che comporta una scena manifesta e una scena nascosta. La prima psicoanalisi ha individuato l'inconscio quale luogo dei significati psichici primari: gli affetti coscienti, manifestandosi, non presentano solo se stessi, rappresentano altri affetti, collegati al passato infantile: gli affetti diventano sintomi, scene manifeste che significano scene nascoste. Fornari (1981) mette in evidenza come la nostra vita sia fatta di transfer: sulla scena del mondo esterno si muovono personaggi del nostro mondo interno, così ogni attività umana è una recita, nel mondo esterno, di vicende del nostro mondo interno; per tal processo Fornari utilizza il termine di “attanza” cioè di messa in atto nella vita reale delle vicende inconsce. In tale messa in atto, il coinema (significato) funziona come attante, mentre il significante agirebbe come attore, nel senso che il suo ruolo affettivo viene generato da quella che denomina la “funzione coinemica”. Coinema deriva dal greco *coi-nòs*, che vuol dire ‘comune’ da cui comunicazione. A sua volta la parola ‘comunicazione’ può essere fatta derivare da ‘cum munus’ e ‘cum moenia’. In base ciò la parola ‘comunicazione’ contiene nella sua etimologia il significato di ‘dono comune’ (*cum munus*) e di ‘difesa comune’ (*cum moenia*): un duplice significato anche per l'espressione affettiva, che può essere sia di messa in comune, sia di difesa.

I codici affettivi vanno intesi come codici attanziali, cioè essi presiedono alla messa in scena di programmi affettivi inconsci: precostituiscono dei copioni che regolano il nostro comportamento sulla scena del mondo esterno. Secondo questa teoria, gli eventi gravidanza e parto attiverebbero vissuti relativi alla rielaborazione della famiglia intrapsichica: parentemi, erotemi, nascita e morte, cioè il codice di significazione che sta alla base del funzionamento psichico. Nei sistemi neurovegetativo ed endocrino si attivano le manifestazioni attraverso cui i codici affettivi si esprimono nei loro vari destini somatici.

I disturbi che si presentano alla pratica clinica, come la frigidità, il vaginismo, la dispareunia, che sono disturbi prevalentemente psichici con ri-

flessi somatici hanno origine, secondo Fornari, da una confusione semantica inconscia. La paura nella donna di essere ferita dal pene, la paura della gravidanza, l'invidia e l'ostilità verso l'uomo, che si ritrovano nei casi di frigidity, vengono fatti risalire al fatto che il pene, il bambino e l'uomo sono simbolizzati nella mente di quella donna come cattivi. Normalmente, invece, il pene, il bambino e l'uomo, ad un livello sessuale genitale e di generatività, hanno prevalentemente connotazioni buone, sotto forma di pene, di bambino e di uomo che generano la vita: sessualità e generatività hanno consonanza semantica coinemica positiva. Fornari opera una basilare distinzione tra sessualità e genitalità (Fornari, 1975): la sessualità può essere pregenitale, cioè appropriativa, predatoria, narcisistica; la genitalità, e con essa una sessualità genitale, implica invece la considerazione dell'altro, sulla base di un'atteggiamento che l'autore definisce matapulsione di scambio. Nei casi di frigidity invece, pene, bambino e uomo sono confusi con referenti portatori di morte. Nel vaginismo, inteso come repulsione o come difesa ad oltranza da ogni invasione, il pene viene simbolizzato come nemico, oggetto cattivo da cui appunto difendersi, anziché come oggetto buono da accogliere dentro di sé. Nella dispareunia, la simbolizzazione del ricevere dispiacere da un pene cattivo, sollecita lo strutturarsi a livello del S.N. centrale di percezioni dolorose, riferite alla fisicità del coito. Analoga simbolizzazione si ritrova nelle algie pelviche, siano esse o no connesse al coito.

Anche tutta una serie di altri disturbi ginecologici sono riconducibili ad una modulazione psicosomatica: così la leucorrea, le dismenorree e le candidosi. La leucorrea è stata paragonata a reazioni di ansia, come il sudore alle mani e la scialorrea, correlata a rappresentazioni di paura e pericolo; queste a loro volta sono state interpretate in relazione a rappresentazioni di rapporto con oggetti cattivi. Ovviamente tutte queste manifestazioni sono mediate da fattori biologici (neurovegetativi, endocrini, o di agenti batteri esogeni) in cui il *primum movens* (o comunque un fattore concomitante) è di origine psichica. Così pure la tensione premestruale, la dismenorrea, un'iperemorragia sono state interpretate sulla base di simbolizzazioni in termini di ferita, e quindi di aggressività. Per contro la menopausa viene simbolizzata in termini di lutto della funzione generativa.

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

Le vicende collegate alla gestazione, nella normalità così come nelle più svariate patologie, sono rivestite di carattere simbolico: una simbolizzazio-

ne, inconscia, le sottende, anzi, le governa: la patologia è il teatro psicosomatico più evidente di quanto la simbolizzazione interiore, cioè la mente, governi il corpo. Nel nostro specifico modello teorico di riferimento la gravidanza, nella sua normalità o nella sua devianza, viene inquadrata nell'ambito di quelle che sono le vicissitudini dello sviluppo psicosessuale femminile (Imbasciati, 1990). A seconda di quella che è stata l'evoluzione delle vicende psichiche profonde nella bambina e poi nella donna, la gravidanza potrà assumere connotazioni di tipo riparativo oppure di tipo fusionale, oppure ancora connotati terrifici. Il figlio può venire percepito come un atto riparativo nei confronti degli oggetti interni primari, oggetti che rappresentano la madre, il proprio corpo, e quindi costituirsi come un essere diverso dal sé materno, memoria del legame antico con la propria madre, con i genitori, con il partner con cui si è generato. In questo caso è presente nella donna il vissuto di fare qualcosa di creativo insieme al proprio partner. Ci può essere però anche un vissuto fusionale, se nel proprio passato la bambina ha avuto un rapporto problematico con la propria madre: tale situazione emotiva interiore porterà a vivere la gravidanza secondo modalità di tipo fusionale che quindi, quando sopravviene la separazione del parto, possono sfociare in difficoltà del travaglio e specificamente dell'espulsione, o in crisi puerperali o in psicosi puerperali. Le dinamiche di tipo fusionale possono poi costituire le basi su cui la madre manterrà il legame successivamente col neonato: ciò potrà avvenire in misura positiva, piuttosto che eccessiva e quindi negativa per lo sviluppo a lungo termine del bambino.

Infine nello sviluppo psicosessuale della bambina può essere accaduto che le fantasie di attacco al grembo materno, di rivalsa, di rivendicazione verso il rapporto dei due genitori siano stati metabolizzati in modo pregnantemente schizoparanoide: in questo caso esse hanno dato adito ad angosce di rappresaglia contro il proprio grembo e quindi sono state fantasmaticizzate persecutoriamente. In questi casi, quando la bambina diventa donna può vivere la propria gravidanza con angosce terribili, e con fantasie inconscie che essa potrà essere lesa da un qualche mostro che si sta sviluppando dentro di lei.

Una gravidanza non desiderata, subita, alimenterà le angosce suddette. Il rifiuto della maternità può avere così motivazioni diverse: la gravidanza non può essere percepita come un atto creativo e riparativo, bensì suscita timore per quanto sta accadendo dentro la donna. Un rifiuto della gravidanza può dunque configurarsi per la presenza di angosce persecutorie non elaborate verso il proprio corpo. Il tempo dell'attesa allora non può essere tollerato, in quanto imminente è il pericolo che possa accadere qualcosa di terrificante, come quando la bambina aveva avuto timore della ritorsione persecutoria dentro il suo corpo.

Un altro vissuto può essere relativo alla fantasia di un furto perpetrato ai danni della propria madre: la gravidanza allora non è più vissuta come il frutto dell'amore con il proprio partner, ma diventa realizzazione del furto perpetrato nei confronti del corpo materno. Questo vissuto genererà a sua volta timori persecutori di generare figli mostruosi.

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

La psicosomatica del parto richiama la confusività semantica e sintattica come fenomeni semeiotici principalmente collegati ad una prevalenza di oggetti interni cattivi, cioè di persecuzione. È presente un sovraccarico di persecuzione nel dilemma ostetrico dovuto al fatto che l'evoluzione filogenetica ha ingrandito il cranio dell'uomo ma, contemporaneamente, con l'acquisizione della stazione eretta ha provocato il restringimento del bacino.

La recrudescenza del dolore del parto viene fatta risalire ad una tendenza masochistica di quello che l'autore denomina "codice materno". Masochismo e narcisismo che Freud aveva attribuito alla femminilità, vengono riconosciute invece quali caratteristiche del codice materno. Il bimbo è investito di intensa identificazione narcisitica da parte della madre. Componenti psicosociali complesse esaltano la considerazione rivolta alla sacrificabilità della donna, e ciò ne aumenta il suo potere contrattuale. La donna può inflazionare il dolore per aumentare il suo potere contrattuale, al fine di ottenere un risarcimento di amore che si attende per il buon adempimento delle funzioni materne (Fornari, 1978).

5. Il bimbo nasce, la donna partorisce

L'evento del parto comporta la risonanza di una separazione, la donna partorisce e il bimbo nasce.

Travagli che durano ore o intere giornate per una inadeguata se non assente dilatazione, sono di solito dovuti a componenti psichiche. Quello che succede in sala parto viene preparato nei nove mesi di gestazione: il travaglio e il parto sono il culmine di un avvenimento che si prepara internamente alla donna, al bimbo e alla coppia. La letteratura psicologica converge nell'indicare come non esista una preparazione finale che possa "improvvisamente" consentire un parto più agevole di quanto non sia stato condizionato da tutto il precedente iter interiore: da qui l'importanza di un

atteggiamento continuativo di sostegno dei familiari, del ginecologo e delle ostetriche, durante tutta la gravidanza. Tale importanza va valutata alla luce dell'incidenza che le vicende del parto hanno sullo sviluppo del bambino: un parto eutocico, o precipitoso, piuttosto che distocico, o cesareo, prematuro o serotino, nonché abortivo o molto sofferto, coinvolgono in modo pregnante il nascituro e la sua iniziale struttura psichica e somatica.

C'è poi il problema del dolore da parto: nella tradizione della clinica ostetrica le risposte a tale problema fanno riferimento a parametri meccanici, di difficoltà di passaggio, di contrazioni, comportando relative pratiche chirurgiche o farmacologiche. La psicosomatica del perineo (Piscicelli, 1979) ha gettato una nuova luce sul problema del dolore da parto e sulla relativa assistenza. È presente nel parto il conflitto tra l'impulso ad espellere e la tendenza a trattenere; all'azione della peristalsi del fondo dell'utero (espellere) si oppone una controperistalsi che parte dal perineo e dalla cervice e risale verso l'utero (trattenere). Gli spasmi perineali sono considerati espressioni psicosomatiche scatenate dall'angoscia della perdita e concernenti il dilemma legato alle simbolizzazioni del trattenere e dell'espellere.

Altre problematiche relative alla gravidanza hanno un'origine legata alle simbolizzazioni inconsce stratificatesi nel progredire dello sviluppo mentale dall'infanzia all'età adulta. Il travaglio del parto e il parto costituiscono come stress fisiologico il momento centrale degli aspetti riproduttivi della vita della donna, in cui si ritrovano rappresentate spinte culturali e sociali, elementi familiari e di coppia, fattori emotivi. In un tempo relativamente breve si verificano cambiamenti ormonali e metabolici come in nessuna altra situazione fisiologica.

L'inizio del travaglio costituisce un esempio di multifattorialità e di coordinazione di fattori materni, placentari e fetali. Sono considerate fondamentali le modificazioni degli ormoni steroidei, la produzione di prostaglandine, il ruolo dell'ossitocina, l'azione delle cellule miometriali, ma nessun singolo evento può spiegare il problema. Se si prendono in considerazione i fattori materni, le contrazioni insorgono sotto lo stimolo dell'ossitocina sul miometrio, preparato dall'aumento degli estrogeni e dalla diminuzione del progesterone. A livello uterino aumenta la produzione di prostaglandine stimolata dagli estrogeni e dal cortisolo fetale: le prostaglandine a loro volta stimolano e mantengono la produzione di estrogeni. La aumentata attività uterina secondaria al riflesso di Ferguson (la distensione cervicale o vaginale provoca il rilascio di ossitocina) favorisce l'attività contrattile regolare. Vi è una induzione del travaglio di parto di tipo fetale: l'ipofisi del feto produce ACTH, ossitocina e prolattina, forse secondariamente a stress fetale. L'ossitocina fetale attraversa la placenta e contribuisce, con l'ossitocina materna, alla contrazione del miometrio. La stimolazione del surrene fetale da parte dell'ACTH

e forse della prolattina aumenta il cortisolo fetale. Il cortisolo può rappresentare il fattore d'induzione di travaglio attraverso la stimolazione locale di prostaglandine.

Il susseguirsi degli eventi dopo l'attivazione dei meccanismi di induzione si suddivide in cinque fasi successive. La fase prodromica, che può durare da poche ore a qualche giorno, durante la quale avviene la distensione del segmento inferiore e l'appianamento del collo dell'utero; la fase di latenza, in cui la dilatazione procede molto lentamente e si verificano i primi fenomeni di adattamento della testa fetale al canale del parto, e che può durare alcune ore con contrazioni più ravvicinate rispetto alla fase prodromica; e infine la fase attiva, caratterizzata da una maggiore velocità della dilatazione, sollecitata da contrazioni più intense e ravvicinate, che termina quando la dilatazione è completa e dove può avvenire la rottura tempestiva delle membrane. L'ultima fase, pelvica, detta anche periodo espulsivo è quella durante la quale avviene la maggior parte dei fenomeni meccanici del parto. È in questa fase che intervengono le forze ausiliarie materne rappresentate dal torchio muscolare addominale. Infine si presenta la fase emostatica che comprende il secondamento e l'emostasi del post-partum.

Pancheri (1984) definisce il travaglio un esempio di multifattorialità. Non si tratta di un problema perché insorge una "patologia": l'eventuale difficoltà, che se grande viene denominata patologia, è quella che può presentarsi come per tutte le manifestazioni corporee nelle quali più incidente è la regolazione psicosomatica. Il complesso gioco neuroendocrinoumorale, materno fetale, è intrecciato, regolato e modulato dall'elaborazione psichica, materna ed anche dell'incipiente mente fetale, nella reciproca comunicazione, che avviene attraverso medium umorali, propriocettivi, motori, termici, sonori, codificati nel reciproco apprendimento che avviene tra i due durante la gestazione; e tale elaborazione dipende non semplicemente dalla situazione dell'hic et nunc, ma dalla struttura psichica che si è costruita nei due, che in quel momento elaborano quell'esperienza.

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

Il parto costituisce il momento centrale degli aspetti riproduttivi della vita della donna in cui si ritrovano ad essere rappresentate istanze cultu-

rali e sociali, elementi familiari e di coppia e soprattutto la struttura emotiva della gestante. Tutti questi fattori intervengono nella modulazione del travaglio. In un tempo relativamente breve si verificano nella donna cambiamenti ormonali e metabolici come in nessuna altra situazione fisiologica (Pescetto *et al.*, 1999, 2003). Un circuito somatopsichico rilevante si sovrappone ai processi psicosomatici. Se nella prima fase, dilatante, la donna può tenere un atteggiamento relativamente passivo, nella fase espulsiva è necessaria la sua partecipazione attiva.

La medicalizzazione della gravidanza e del parto si è rivelata uno dei problemi ostetrici più discussi negli ultimi trent'anni, mentre una delle maggiori preoccupazioni nell'ambito della ostetricia sembra essere la numerosità dei tagli cesarei e l'aumento della richiesta da parte delle donne di parti espletati in analgesia epidurale (Benedetto *et al.*, 2003). Le nuove frontiere della medicina perinatale sono state impegnate, nei decenni scorsi, nella gestione delle grandi patologie materne (ipertensione, preeclampsia, HELLP syndrome, diabete) e fetali (prematurità da parto prematuro, PROM, o iatrogena, ritardo di accrescimento intrauterino). In questi ultimi anni l'evento nascita sta ritornando un elemento centrale della società occidentale e la riduzione del numero dei parti, la diminuzione della natalità, sono diventati di interesse collettivo. La nascita viene proposta dai mass-media come evento di particolare importanza, ma in modo "patinato" (Tranquilli, Archibugi, 2003): non è più vista come un processo di formazione di un individuo che si genera nella donna e la modifica dal suo intimo, ma come il frutto finito e perfetto che dà solamente gioie. Si sta assistendo ad un fenomeno collettivo di "negazione degli aspetti completi dell'esperienza nascita, che includono i rischi e le fatalità che accompagnano qualsiasi evento naturale" (p. 148).

Il dolore (Syutkina *et al.*, 1998; Bitzer, 2003; Carducci *et al.*, 2003) fa parte inevitabilmente del travaglio. Con l'avvento della psicoprofilassi ostetrica (Piscicelli, 1977; Braibanti, 1980; Sbriglio, 1980; Cerutti, 1989) c'è stata una grande presa di posizione culturale nei confronti del dolore da parto, che in certi casi è stato negato come fenomeno organicistico ed enfatizzato esclusivamente come fenomeno psichico e culturale (Miraglia, 1984, 2005). In realtà il dolore ha una sua indubitabile base organica, come percezione cosciente della contrazione uterina e della conseguente eccezionale distensione dei tessuti del canale del parto dovuta alla spinta espulsiva della muscolatura uterina. Questa, come qualunque altra muscolatura liscia viscerale, è innervata da recettori dolorifici e fibre centripete: quando la contrazione muscolare (governata da una innervazione centrifuga) oltrepassa un certo limite, l'afferenza che deriva dai recettori passa al midollo spinale, ove precisi circuiti sinaptici inviano al cervello gli impulsi che qui vengono elaborati co-

me dolore. La percezione del dolore del parto si origina pertanto secondo vie nervose analoghe a quelle di qualunque altro dolore viscerale da contrazione massiva.

Come per tutti i dolori, la percezione viene modulata (esaltata o attenuata, in qualche caso soppressa) dall'elaborazione spinale, ma soprattutto da quella encefalica. È noto infatti come si possa avvertire il dolore a seconda delle condizioni psichiche in cui ci si trova. Queste, per il dolore da parto, hanno un grande rilievo (Margaria *et al.*, 2001). L'elaborazione del dolore avviene a vari livelli, diencefalici e corticali (Biella, 2001; Zucchi *et al.*, 1995), ed è in particolare relazione con le strutture encefaliche dell'emotività (cervello mesolimbico). Nel parto dunque la situazione emotiva della donna incide notevolmente sulla percezione del dolore. Per situazione emotiva si intende ovviamente la struttura affettiva profonda e cioè tutti i processi psichici (mentali) non consapevoli che regolano tutto l'organismo e modulano sia i processi cognitivi che quelli somatici. Non si intende dunque semplicisticamente l'emozione evidente, o avvertita dal soggetto. Pertanto tutto quanto viene descritto come costruzione delle strutture della psicosessualità femminile (sviluppo della bambina fino alla donna: Imbasciati, 1990) costituisce il quadro mentale in cui il dolore viene modulato. Così, a seconda di questa struttura, gli stimoli fisiologici provenienti dalle contrazioni viscerali e dalle distensioni dei tessuti pelvici sortirà un esito differente a seconda degli individui: alcune donne possono sentire molto dolore, altre un dolore trascurabile, anzi, ogni singola donna sentirà il *suo* specifico dolore (Imbasciati, Dabراسي, Cena, 2011).

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

no contrarre (corpo dell'utero; muscolatura addominale) e zone che si devono distendere (collo dell'utero, zone pelviche). La "distocia" non è una "patologia sopravvenuta": il più delle volte è l'espressione, anche grave, di eventi psicosomatici.

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

A parità di struttura anatomica della donna e di dimensioni entro la norma del feto, il dolore da parto (e il travaglio) dipende dunque dalla struttura mentale profonda della donna nelle interazioni dell'hic et nunc del parto. Questa regolazione psicosomatica e somatopsichica del travaglio e del relativo dolore sono intimamente connesse con certe constatazioni cliniche, quali per esempio la diversità degli atteggiamenti materni, nonché delle sue disposizioni organiche verso gli eventi che attraversa: in particolare il doppio circuito psicosomatico e somatopsichico è in relazione con le vicende in cui la donna chiede l'analgesia, o il cesareo; o anche con le vicende in cui tali interventi – analgesia, parto pilotato, cesareo – vengono resi necessari dalla stesse vicende psicosomatiche.

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

La soluzione chirurgica, veloce, apparentemente senza rischio e senza dolore, viene spesso ricercata per concludere rapidamente l'esperienza della maternità. Di un certo interesse sono le ricerche sulle madri che per evitare il dolore richiedono il cesareo, o anche l'analgesia (epidurale). Tali richieste indicano soggetti impauriti dal dolore, forse in relazione al fat-

to che gestazione e parto sono di solito socialmente presentati come eventi felici, mentre invece hanno i loro aspetti difficili e dolorosi: c'è in atto una negazione sociale, degli aspetti spiacevoli (Tranquilli, Archibugi, 2003). Questa dinamica si può svolgere a livello cosciente, o preconscious: riteniamo però che maggiore incidenza abbiano fattori inconsci, inerenti alle angosce primitive della gestante, che le donne con un certo grado di alessitimia non sono in grado di affrontare, con la conseguente delega totale alle tecniche mediche.

Rispetto poi agli effetti non positivi dell'analgesia sul decorso del travaglio-parto e sul neonato, sono interessanti le valutazioni di alcune ricerche: è stato rilevato che a seguito dell'analgesia epidurale è possibile si verifichino malposizioni fetali e la presenza di una maggiore frequenza di parti strumentali, con un aumento di distocie e di sofferenza fetale (Habere, 1991; Benedetto *et al.*, 2003).

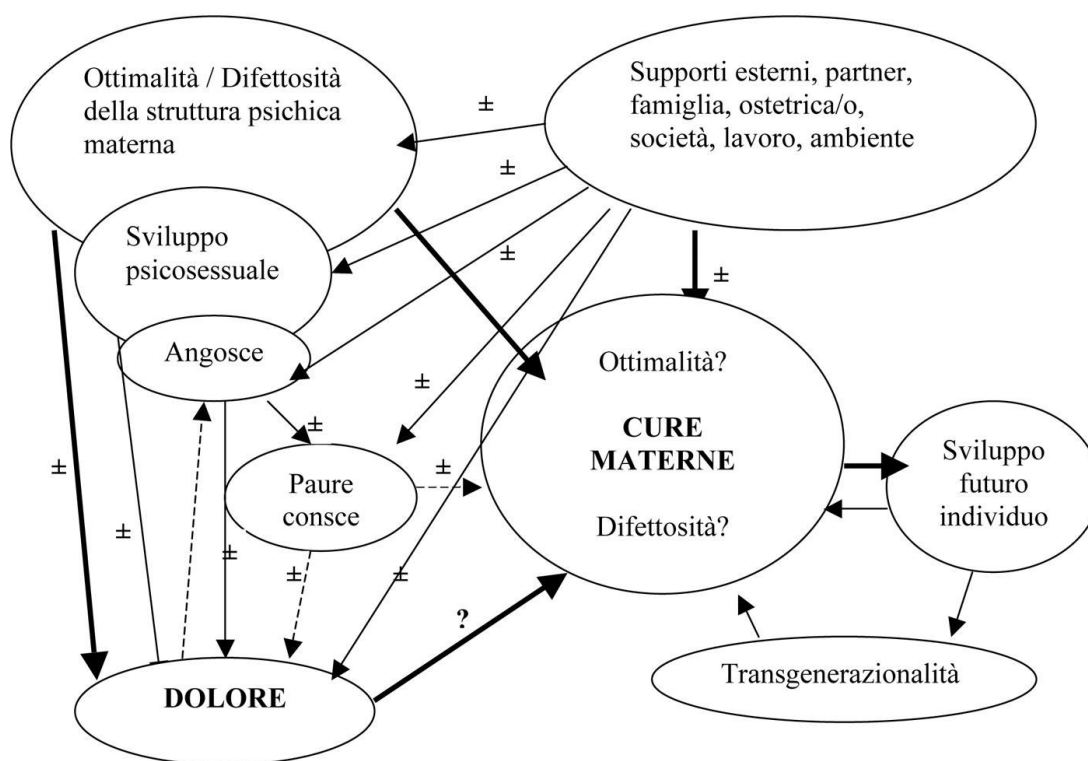
Una ricerca analizza questo fenomeno ricostruendo il profilo psicologico delle madri che "richiedono", al di là di vere patologie che possano impedire l'espletamento del parto fisiologico, di effettuare il taglio cesareo. Nel percorso evolutivo della gravidanza uno dei compiti maggiori che la donna si trova ad affrontare è la costruzione di una nuova immagine di sé come madre con il bimbo. Le ricerche sulle relazioni precoci madre-bambino hanno sottolineato la presenza di diversi stili materni che influenzano, non solo le fantasie, le rappresentazioni, le aspettative durante la gravidanza, ma anche la stessa relazione precoce con il feto. Dagli studi clinici della Rafael Left (1983) sono riportati due orientamenti materni: la madre "facilitante" e la madre "regolatrice". Questi due stili possono essere considerati come "poli" estremi degli stili materni, spesso si presentano entrambi, oppure solo tratti di essi, e hanno un carattere di stabilità già dall'inizio della gravidanza. La madre facilitante ritiene che la maternità sia un'esperienza conclusiva della sua identità femminile, si lascia arricchire dell'esperienza che sta vivendo e vive una identificazione con la propria madre. La percezione dei movimenti fetali favorisce la differenziazione tra lei e il feto, la madre dialoga con il bimbo in grembo, gli attribuisce un sesso, un nome e caratteristiche personali. La sua identità di madre inizia allora a differenziarsi dalla propria madre, eventualmente con la comparsa di conflitti relativi alla dipendenza, all'invidia, alla rabbia, verso la fertilità materna. L'elaborazione di questi conflitti consente alla donna di accettare i cambiamenti della gravidanza e prepararsi al parto del bimbo, con il proposito di allattarlo il più a lungo possibile. Vive la paura come una modesta reazione fisiologica e ha una risposta emozionale alla tensione del dolore del parto.

La madre “regolatrice” considera la gravidanza come un passaggio obbligatorio e trova disturbanti le modificazioni corporee: utilizzando difese psichiche, cerca di evitare inconsciamente la regressione, come pure l’esperienza di fusione mentale con il feto, che viene sentito come parassita o intruso che la svuota e la tiene lontana dai suoi impegni lavorativi. I movimenti fetali sono sentiti come una presenza estranea, le fantasie sul feto sono limitate e la donna attende con impazienza che la gravidanza si concluda, manifesta angoscia verso il parto, non riesce ad elaborare le proprie ambivalenze. Il parto è vissuto come una esperienza minacciosa e spesso viene programmato. Questa madre ha paura di perdere il controllo di sé, e della propria emozionalità, di essere inadeguata o di morire, e dunque richiede l’analgesia o il taglio cesareo.

Un elemento importante nell’influenzare l’esito del parto diventa allora il tipo di relazione che la donna riesce a instaurare, durante il percorso nascita, con le figure preposte ad accompagnarla, come le ostetriche e i ginecologi. Tale relazione deve poter aiutare la gravida nella interazione con se stessa, in sintonia con le scelte assistenziali e terapeutiche. Questa modalità rivela essere un buon strumento di prevenzione nella gravidanza, nel travaglio per una maggiore tolleranza al dolore, e nel puerperio: entro una fiduciosa situazione relazionale interpersonale dove non viene negato ma si tiene in considerazione il “codice degli affetti” (Fornari, 1981), è possibile avviare una buona alleanza terapeutica.

Si è potuto osservare clinicamente che le donne che sono riuscite a verbalizzare la paura del dolore durante la gravidanza e ad usufruire di un sostegno psicologico, hanno avuto un tempo di travaglio più breve (Maggioni, 2003). Questo ci riconduce ancora una volta alla dimensione alessitimica, in questo caso alle possibilità di diminuirla con una assistenza psichica adeguata. In conclusione possiamo sottolineare la complessità delle correlazioni tra gli eventi psichici, soprattutto profondi e strutturali, e le vicende ostetriche: complessità che fa della gestazione del parto e del puerperio l’evento psicosomatico per eccellenza. Questo fa riflettere, da un lato sulle difficoltà che tale acquisizione sia fatta propria dal personale medico-ostetrico e dall’altro, conseguentemente alle difficoltà organizzative istituzionali, nella realizzazione di una formazione adeguata degli operatori e soprattutto per l’applicazione pratica, nei protocolli dei servizi, di tutte le competenze e le pratiche che sulla carta sono state ritenute necessarie (Oggè, 2004).

Nell’intento di riassumere l’intreccio psicosomatico suddescritto presentiamo uno schema grafico nella figura che segue



Schema grafico a cura di Imbasciati, Cena, 2013

Nello schema sono raffigurati i vari fattori che concorrono a determinare il dolore e l'espletamento del parto in una maniera ottimale piuttosto che disfunzionale più o meno grave ("patologia"). I reciproci condizionamenti tra i vari fattori sono indicati dalle frecce, il cui spessore vuole indicare il grado d'incidenza. Il segno $\pm$ accanto ad ogni freccia vuole indicare che l'influenza modulatrice di quel fattore può esplicarsi positivamente, nel senso di favorire un parto ottimale, piuttosto che negativamente nell'indurre difficoltà più o meno gravi. Lo schema inoltre raffigura (verso destra) anche la disposizione della donna alle "cure materne" (Imbasciati, Dabراسي, Cena, 2011), anche queste ottimali piuttosto che disfunzionali e patologiche per il bimbo. Tale patogenicità perinatale condiziona purtroppo la costruzione della mente del bimbo (Imbasciati, 2006a,b) e del futuro individuo, con effetti transgenerazionali che di tale futuro individuo faranno un "difettoso genitore", che a sua volta produrrà influenze patologiche sui propri figli (cfr. cap. 2).

6. Timori nel parto

Nella complessa regolazione psicosomatica del parto sono state rilevate, da autori di impostazione psicomica, alcuni processi psichici descri-

vibili come “paure”: paura della morte, sentimento di distacco e di perdita per la separazione, soprattutto in donne che presentano un travaglio complicato (Winget, 1972; Simone *et al.*, 2003), relazioni conflittuali con la propria madre, traumi avvenuti durante lo sviluppo psicosessuale ed altro. Alle varie descrizioni sono sottesi volta volta differenti modelli coi quali si descrive la dinamica intrapsichica. In generale si fa riferimento allo sviluppo psicosessuale della donna, al cui centro stanno gli eventi del concepimento della gestazione e della nascita, cioè del parto. Lo sviluppo psicosessuale può essere inquadrato secondo diverse teorie dello sviluppo mentale generale, da quella freudiana (oggi peraltro dimostratasi insufficiente) a tutte le successive che i vari studiosi (Klein, Winnicott, Bion, per citare solo le maggiori innovazioni) hanno elaborato. In genere si è passati da una descrizione in termini di istinti ad un'altra concepita in termini di fantasie. Un quadro dettagliato della fantasmaticizzazione che si svolge nella bambina (soprattutto in riferimento ai genitali sia femminili che maschili) e che la porterà alla struttura con cui essa vive la propria femminilità è stato tratteggiato da uno di noi (Imbasciati, 1990), con un particolare riferimento ai processi di simbolizzazione che si sviluppano dalla corporeità femminile (Imbasciati, 1983b, 1994); e che possono svolgersi all'insegna di un metabolismo schizoparanoide e persecutorio piuttosto che costituire processi riparativi. In questo quadro i diversi destini individuali delle progressive articolazioni fantasmatiche possono portare a differenti “gestioni” della propria femminilità e delle relative funzioni corporee, gestazione e parto, o al contrario aborto (in primis), che renderanno più o meno facile e tranquilla la gravidanza e il parto, piuttosto che pieni di angoscia con conseguenti difficoltà somatiche, fino alle forme più chiaramente patologiche.

Il parto è l'epilogo di tutto l'andamento “psichico” della gravidanza: se questa è stata permeata da preoccupazioni esterne, e/o se sono prevalsi vissuti interni angosciosi, la gravidanza sarà espletata con difficoltà, con eventuali complicazioni per il parto. In particolare è stato sottolineato quanto gravidanza e parto possono essere vissuti come processi riparativi, e dunque creativi, e quanto invece con altre fantasmaticizzazioni. Il parto può essere per esempio vissuto come una restituzione obbligatoria di una refurtiva, o come l'essere scoperte nel furto perpetrato ai danni della propria madre, o come nel ritrovarsi a restituire qualche cosa che non si è saputo far fruttificare e che quindi si è deteriorato. Di qui alcune angosce delle partorienti, inconscie ovviamente; e il dolore “in più” nel parto, spesso mediato psicosomaticamente da una distocia per contrazioni incoordinate nel travaglio. Importante è anche il legame con il partner a sua volta strutturato sulle fantasmaticizzazioni del corpo maschile da parte della donna. Il partner con la sua presenza può così allontanare le angosce alimentando una dinamica riparativa, o al contrario attivare dinamismi persecutori.

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

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

Le descrizioni psicodinamiche dei vissuti che si animano nella struttura psichica della donna, possono dare origine ad equivoci, nella cultura ostetrica. Un primo equivoco è quello di assumere lo psichico come modificabile alla stregua del cosciente: ne deriva una malintesa propensione a pensare che la donna, fornita delle dovute informazioni, possa modificarlo e quindi "superare" le angosce e i conseguenti disturbi. Un secondo malinteso è dato dal considerare i moventi psichici soltanto come intrapsichici, senza sufficiente considerazione delle relazionalità hic et nunc (marito, familiari, medico, ostetrica, ambiente ospedaliero) che possono modulare la dinamica interna alla mente della partoriente. Terzo equivoco, infine, è costituito da un'insufficiente considerazione delle complesse connessioni psicosomatiche e somatopsichiche. Gli eventi psichici possono essere del tutto inosservabili: ciò che si vede sono le difficoltà della gestazione e del travaglio e i fattori biologici che ne sono considerati a monte. In queste "pato-

logie” spesso si dimentica che a monte dei rilievi biologici che si rivelano responsabili di distocie, gestosi, aborti ecc., vi sono le concatenazioni dei molteplici fattori psicosomatici. Il fattore biologico spesso imputato come responsabile di una patologia, ne è spesso causa solo “mediata”. Un’attenta considerazione ed un’adeguata conoscenza della psicosomatica sono indispensabili, sia per evitare facilonerie psicologistiche, sia per apportare interventi preventivi che non siano rimedi a posteriori a carattere palliativo.

Un particolare inquadramento psicoantropologico del parto e del travaglio, è quello fornito da Franco Fornari. Durante il parto si attivano nella donna fantasmi relativi alla morte e la sensazione di sentirsi sospesa tra il vivere e il morire, tra il dare la vita e il dare la morte. La morte è presente nel parto secondo le modalità di due angosce fondamentali: l’angoscia paranoide e l’angoscia depressiva. Per Fornari (1981) i dolori relativi al periodo dilatante sono collegati all’angoscia persecutoria, mentre i dolori del periodo espulsivo a un’angoscia di tipo depressivo. Durante il periodo dilatante la partorientente vive in prevalenza ansie persecutorie, nel senso che si preoccupa del danno che il parto produce a lei stessa; mentre invece nel periodo espulsivo la partorientente vive ansie depressive, cioè vive il danno che il parto potrebbe produrre al bambino. L’anticipazione al parto può essere l’espressione di una difesa da un’ansia persecutoria nei riguardi del parto di un bimbo troppo grande; oppure può corrispondere al desiderio della madre di partorire un bambino più piccolo, per non essere traumatizzata dal parto e per non traumatizzare a sua volta il bimbo. I contenuti persecutori vissuti dalla partorientente nel periodo dilatante troverebbero un riscontro spesso nelle espressioni verbali di sentirsi morire per il dolore; la donna vive il dolore prodotto dalla dilatazione del collo uterino come un’aggressione da cui difendersi: ha timore che venga lesa la sua integrità fisica e spesso reagisce a tale timore con un’eccessiva difesa, che determina una contrazione eccessiva dei muscoli perineali. In questo caso è estremamente importante la presenza durante il parto di una figura rassicurante che possa cacciare i fantasmi persecutori della morte. Da sempre è stata riconosciuta l’importanza della presenza di una donna che assista la gravida al momento del parto, soprattutto quando il parto avveniva in casa. Ora, se il parto avviene in ospedale, sono il medico e l’ostetrica che si trovano di fronte all’angoscia della donna e devono farvi fronte non solo in termini tecnici, ma soprattutto emotivi.

Nella seconda fase del parto, nel periodo espulsivo, si mobilitano le ansie relative alla possibilità di distruggere il bimbo che sta uscendo: si rinnovano sentimenti di colpa nella misura in cui alla donna spetta attivamente il compito di spingere. Ella teme di far male al proprio bimbo e ciò può addirittura bloccare la cooperazione e le spinte necessarie alla nascita. L’angoscia che caratterizza il momento espulsivo del parto è pertan-

to definita angoscia depressiva. L'angoscia può cioè essere dovuta al vivere una propria aggressività come capace di distruzione. La partoriente teme, a causa dei meccanismi paranoidi precedenti e delle contrazioni che effettivamente stringono e spingono il bimbo, di avergli fatto male: questo aumenta l'ansia e l'irrigidimento dei muscoli perineali. Il prolungarsi del dolore, può così rendere la donna sfinita e disorientata, incapace di funzionare a livello di elaborazione adulta: può essere allora utile aiutare la donna ad una identificazione col bimbo, con un atteggiamento di sollecitudine che le consenta di funzionare secondo modalità più attive, aiutando il suo bambino a nascere (Zanelli, Quarantini, 1995). È necessaria anche qui una presenza femminile, che accompagni la donna, e possa comprendere e contenere le sue proiezioni. La nascita reale del bimbo smentirà con la vita i fantasmi della morte. Quando la donna sta conducendo un parto prevalentemente attivo, ed è seguita dal marito o dalla propria madre, è necessario non intrudere con ulteriori comportamenti di sollecitazione, ma assumere una funzione facilitante mediante una vigile attenzione e una sola presenza monitorante l'andamento del parto.

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

Fornari (1976b) avanza l'ipotesi che il dolore del parto sia un "linguaggio" che il corpo della partoriente parla. Egli fa riferimento ai dolori del parto collegandoli alla punizione richiamata dall'antico testamento che prescrive alla donna di partorire nel dolore: il dolore sacrificale in funzione di

un patto con Dio che permetta di superare il trauma della nascita. Il “partorirai nel dolore” si collega alla cacciata dal Paradiso terrestre, la quale viene intesa da Fornari come simbolo di nascita e quindi come simbolo della perdita della onnipotenza umana, in questo caso dell’onnipotenza del feto. Dietro la figura del Dio che, nel Nome-del-padre, caccia il bambino dall’interno della madre, affiora la figura del padre come salvatore, che si prende carico della morte della madre e di quella del bimbo, attivate dal dramma del parto.

Per chiarire ulteriormente questo complesso significato che affiora dai miti personali e collettivi, in relazione al tema dell’angoscia relativa al parto, Fornari riporta un esempio prendendolo dall’arte: la Tempesta del Giorgione. Il parto nei sogni viene simbolizzato attraverso il temporale. Se si introduce nei significanti de “La Tempesta” il simbolo della nascita, veicolato dal temporale, come rottura delle acque, si può cogliere in questo quadro famoso una costruzione figurativa che mostra (nell’imminenza del temporale, annunciato dal lampo che compare in cielo) una madre nuda che tiene in braccio un bimbo. Egli evidenzia quanto sia singolare la posizione della madre seduta con le gambe divaricate, che sembrano addirittura alludere alla posizione ostetrica. Il corpo della donna è nudo, ma paradossalmente ha le spalle coperte e la veste bianca è al suo fianco. Fornari sollecita una domanda: perché questa donna si è spogliata nelle parti basse? La coppia madre-bambino, nuda, sarebbe misteriosamente collegata alla figura maschile vestita da “soldato” e messa in posizione di sentinella sull’altro lato del quadro. La separazione tra la coppia nuda madre-bambino e la figura maschile vestita e armata è sottolineata da un corso d’acqua sormontato da un ponte, che ne collega le due sponde. Integrando l’interpretazione dell’arte con il contenuto simbolico, l’autore riconduce la tempesta al significante della nascita. Le fantasie di morte si attivano durante il parto e coinvolgono sia la madre che il bimbo. Si può allora cogliere nelle “tre” figure della Tempesta la rappresentazione del padre, da una parte, e della madre unita al bambino dall’altra, e vi si può leggere la rappresentazione della “paranoia primaria”, in cui la persecuzione trasferita sul padre, viene da lui assunta ed elaborata attraverso il simbolo del soldato: la sentinella, che vigila e protegge la partoriente e il bimbo.

7. Accompagnare la donna a partorire e il bimbo a nascere

L’insieme degli interventi di prevenzione farmacologico-medico-chirurgici per l’alleviamento del dolore e di gestione delle complicanze e dei rischi ostetrici durante il travaglio e il parto, rimanda al complesso discorso della “medicalizzazione” di tale evento naturale. La medicalizzazione

della gravidanza e del parto è uno dei problemi ostetrici attualmente più discussi: Miraglia (1984, 2005) ne ha illustrato molto bene l'evoluzione storica.

L'intento di riportare l'evento nascita ad una maggiore naturalità (Leboyer, 1975; Braibanti L., Braibanti P., 1980; Colombo *et al.*, 1987; Biella *et al.*, 1988; Marshall, Phyllis, 1988; Odent, 1989; Lepori, 1992; Robertson, 1998; Todros, 2001) incrementando i fattori umani (= psichici) che lo favoriscono e migliorando di conseguenza le condizioni del parto, aveva dato origine negli anni '80 a quella che venne definita la psicoprofilassi ostetrica (Piscicelli, 1977; Sbriglio, 1980; Cerutti, 1989). Psicoprofilassi significa pre-custodire, cioè premunirsi da situazioni dannose o da comportamenti errati. "Psico" sottolinea come questo debba essere attuato con mezzi psichici. Scopo della psicoprofilassi è aiutare le donne durante la gravidanza, il travaglio, il parto e i primi istanti di vita del bambino, in modo da permettere loro di controllare maggiormente e aiutare le azioni del proprio corpo: si tratta di un'esperienza essenzialmente attiva per la madre in cui ella può controllare il travaglio e partorire mentre gli operatori della nascita la assistono, ma prestano la loro collaborazione solo su richiesta.

La psicoprofilassi si colloca in una area di mediazione tra la cultura medica e la cultura psicologica (Cena, Gaglia, 1992): il termine psicoprofilassi risulta dal connubio di psico, che è inerente alla sfera dello psichico e rimanda agli aspetti affettivo/relazionali della persona e profilassi che fa riferimento all'insieme dei provvedimenti tecnici atti a prevenire la diffusione delle malattie. Il computo dei due termini in psico-profilassi si concretizza in una serie di trattamenti attuati prevalentemente o esclusivamente con mezzi psichici. La psicoprofilassi si è costituita in risposta ai problemi psicosomatici relativi alla gravidanza-parto-puerperio-allattamento, e alla loro medicalizzazione, affrontati da un punto di vista clinico-assistenziale più globale di quello esclusivamente tecnico-medico, consentendo soprattutto di affrontare il dolore del parto e il suo trattamento (Serafini, 1997; Ciolli, Parlavecchio, Russo, 2001; Santini *et al.*, 2001; Panella, 2001; Ciolli, Vizzaccaro, Russo, 2001; Ciolli *et al.*, 2003).

I metodi di preparazione alla nascita (psicoprofilassi) comprendono l'uso dell'ipnosi, lo yoga (O'Brien Medwin, 1978), il RAT (Training autogeno respiratorio), l'aptonomia, lo stretching, il parto in acqua (Balaskas, Gordon, 1992; Greco, Palma, 1997) e consentono con diverse modalità e tecniche di ottenere una diminuzione della percezione dolorifica delle contrazioni uterine del travaglio e del parto (Serafini, 1996; Forleo *et al.*, 2004; Baglio *et al.*, 2000; Serafini, Marozio, 2004). Sulla base delle problematiche psicobiologiche che la donna incontra durante i processi della procreazione, gestazione e parto del suo bimbo, sono stati messi a punto

diversi metodi di preparazione psicologica. Per aiutare la donna ad affrontare l'esperienza del dolore sono stati utilizzati in primis le tecniche ipnotiche (Erikson, 1982; Mosconi, 1960, 1974, 1987), anche attraverso l'autopnosi introdotta da Schultz (Schultz, 1929). A seguito delle ricerche sui riflessi condizionati effettuati da Pavlov (Pavlov, 1927) si strutturarono diverse tecniche di preparazione e assistenza al parto. In Inghilterra si deve a Read (Read, 1944) la preparazione di un metodo (RAT) sulla base del modello paura-tensione-dolore: vengono sperimentate tecniche di suggestione che consentono di ottenere effetti di rilassamento sulla muscolatura preposta all'espletamento del parto (Piscicelli, 1977). Lamaze e Velley (1952), sintetizzando i principi della scuola russa e inglese, elaborano un metodo di psicoprofilassi a tutt'oggi ancora utilizzato nei corsi di accompagnamento alla nascita.

Gran parte di queste "tecniche" sono incentrate su interventi di tipo fisico, e sembrano pertanto evitare il complesso discorso psicosomatico. Si è parlato allora, ed oggi, non più tanto di "psicoprofilassi", quanto di preparazione al parto, accompagnamento alla nascita, o di educazione prenatale (Gandolfo *et al.*, 2004). Con questi nuovi termini si vuol sottolineare una concezione più ampia e integrata di quella espressa da una semplice profilassi fisica o fisico-psichica. Si vuole cioè indicare che una simile "preparazione" non comporta semplici misure preventive nei confronti di eventi sfavorevoli, ma deve coinvolgere la personalità della donna, nella sua unitarietà col suo bimbo, nelle sue relazioni affettive attuali (coppia, partner, propri genitori), nelle sue condizioni sociali (Hodnett, 2003). Il termine "accompagnamento" vuole d'altra parte indicare che la donna deve essere accompagnata da una presenza aiutante senza che questo la prevalga, evitando il modello prescrittivo tipico delle scienze mediche, aiutandola cioè a elaborare la propria condizione e a prendere parte attiva alle relative vicende.

Si parla altresì di educazione prenatale. Tale termine però potrebbe sottintendere una pericolosa tendenza a privilegiare, anziché un modello di preparazione e di accompagnamento senza direttività, con un coinvolgimento delle strutture affettive profonde (inconsce, che sono proprio quelle che più sono responsabili della regolazione psicosomatica), un modello assistenziale "più facile", che però inevitabilmente ricade nel modello prescrittivo e direttivo. Questo modello, idoneo nelle scienze mediche, è quanto mai riduttivo, se non controproducente, quando viene applicato nei contesti che implicano un contatto interpersonale che deve coinvolgere l'affettività, e di qui le funzioni psicosomatiche. Pertanto tale modello viene dichiarato inidoneo per l'assistenza ostetrica: si parla di *demedicalizzare* l'assistenza alla partoriente. Il modello è però più facile da applicare rispetto a quello effettivamente psicologico, il quale impone una formazione de-

gli operatori complessa e costosa: succede allora che sotto le spoglie pedagogiche si ritrovi ancora il medesimo modello medico.

“Educazione” contiene in se un modello prescrittivo e comunque interessa la sfera cosciente del rapporto interpersonale, e non l’affettività profonda parlata dal corpo. C’è dunque il rischio che la cosiddetta educazione prenatale eluda la sostanza di un tipo di assistenza che pur viene dichiarata a parole, e si risolva invece in una serie di informazioni, senza formazione, date dall’alto di un’autorità a un “corpo”, che come tale non le intende; e parla un’altra lingua.

Con la trattazione degli aspetti psicologici della gravidanza abbiamo qui cercato di evidenziare la complessità del lavoro psichico che entrambi i futuri genitori devono svolgere nel periodo dell’attesa, e dunque l’importanza che il momento del parto assume a conclusione di un percorso che vede la nascita del loro figlio, momento che può condizionare la primissima relazione tra i membri della nuova nascente famiglia e favorire il manifestarsi di una relazione di attaccamento buona. Compito delle istituzioni è quindi quello di accogliere questa complessità e accompagnare la coppia lungo tale itinerario verso la genitorialità. I corsi di accompagnamento al parto-nascita possono essere un’opportunità per realizzare questa possibilità, ma devono essere sviluppati: le modalità di svolgimento degli stessi ne determinano l’efficacia. I corsi, nati per informare le donne sulla fisiologia del travaglio e del parto e per acquisire tecniche per contrastare il dolore migliorando così l’esperienza del parto stesso, durante la loro evoluzione si sono posti altri obiettivi, in relazione al sostegno, prima della donna e poi della coppia in gravidanza: questa evoluzione è ancora in atto e non è priva di posizioni ed opinioni contrastanti. Da più ricerche (Soifer, 1985; Piscicelli, 1979; Maiello Hunzinger, 1983) risulta che se per la donna tra i vantaggi relativi alla frequentazione di un corso di accompagnamento alla nascita vi è una migliore esperienza del travaglio e del parto, ed un migliore rapporto madre-neonato, per quanto riguarda invece la partecipazione dei padri (Lee Shapiro, 1989) viene evidenziato che, nonostante essi siano invitati a far parte del percorso nascita, durante la partecipazione ai corsi non sempre viene considerato uno “spazio” per l’espressione di loro vissuti, di negatività o ansia, perché a loro viene attribuito soltanto il ruolo di supporto alla diade madre-bambino (Badolato, 1993). Sarebbe importante rivalutare i momenti di incontro con i padri non basandoli solo sulla sola informazione, ma predisponendo una condivisione dei vissuti maschili, differenziandoli dai momenti pensati per le donne, come accade già in qualche contesto (Imparato *et al.*, 1987).

Altre ricerche fanno riferimento al ruolo che possono svolgere i servizi sociali nel favorire l’attaccamento madre-bambino (Binda, Rosnati, 1997): le donne che usufruiscono dell’aiuto dei servizi in gravidanza si sentirebbero

più sicure rispetto alla propria competenza materna e al rapporto col figlio; anche l'aver partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita contribuisce ad una maggiore capacità di organizzazione dei tempi di cura del bimbo e di condivisione del lavoro domestico con un consolidamento della relazione di coppia. Le ricerche condotte in psicologia sociale, soprattutto in aree anglosassone, evidenziano l'importanza di un sostegno sia proveniente dalla rete familiare che dai servizi sanitari e sociali, la cui funzione più rilevante è quella di creare una modulazione allo stress nei momenti di cambiamento, in particolare per la transition to parenthood (Giuliani, 1997).

Valutando la percezione che le coppie hanno del supporto istituzionale in gravidanza, viene evidenziato che, se le strutture hanno l'impegno di occuparsi dell'utenza attraverso un supporto sia tecnico-specialistico che socio-relazionale, per i corsi di accompagnamento alla nascita i dati riportati dicono che si riesce a coprire i bisogni sanitari, e si presta una certa attenzione alla comunicazione (Cisternino, Scibilia, 2003), lo stesso non accade per i bisogni relazionali, che pur sarebbero altrettanto necessari.

8. Neonato e radici della salute mentale

Il taglio del cordone ombelicale separa fisicamente l'unità intrauterina: a seconda della modalità di relazione stabilitasi tra la madre e il suo bimbo in epoca prenatale, tale unità potrà consolidarsi con modalità diverse, in una situazione affettiva post-natale che vede la madre coinvolta in primis attraverso le cure e l'accudimento del piccolo. Le paure che durante la gravidanza erano rivolte alle sorti del parto e alle possibili malformazioni del feto, continuano ora nelle preoccupazioni per lo stato fisiologico e l'alimentazione del bimbo. I problemi psicosomatici del puerperio sono pertanto inscindibili da quelli che si svolgono nell'allattamento. La conflittualità presente nel parto, di riunirsi col bimbo e nello stesso tempo di liberarsene per riacquistare la propria individualità, è presente anche nel puerperio e influenza la disposizione all'allattamento (Deutsch, 1946). Questo, al di là della funzione nutritiva, ha funzioni psichiche e relazionali (D'Alessio, 1988; D'Alessio, Fiandanca, 1990): tutta la comunicazione non verbale vi è coinvolta e gli atteggiamenti materni positivi o negativi si trasmettono al bimbo, attraverso gesti, manipolazione corporea, tensione o distensione muscolare, coinvolgendo il bimbo nella sua partecipazione attiva attraverso "l'attaccarsi" o meno al seno materno. Si innesca un particolare circuito psicosomatico madre-bimbo-madre, in cui l'andamento della relazione scandisce le sorti di quello che sarà l'andamento dell'allattamento. Tra la madre e il lattante si stabilisce un'unione profonda e di intimità: la madre stimola il bimbo e il bimbo attiva la madre e le di lei funzioni corporee; spesso è ne-

cessario per le primipare l'aiuto esterno dell'ostetrica o di un operatore, che incoraggi questo dialogo, in cui la coppia poi deve sperimentarsi per riuscire a trovare modi e ritmi che le sono più consoni, alla ricerca di una sintonia che consenta alla madre di proseguire più a lungo nella lattazione del suo bimbo (Viola, 1992).

Il corpo della puerpera è soggetto a diverse modificazioni fisiologiche e metaboliche: a livello fisiologico e dei tessuti della zona pelvica e uterina, si ha un ritorno alle funzioni pregravidiche e si avviano molte delle condizioni somatiche e biochimiche, come l'ovulazione e il ripristino della mestruazione. È iniziato d'altra parte per la puerpera una nuova trasformazione in favore della funzione riproduttiva, cioè l'iperplasia e l'iperfunzione delle ghiandole destinate all'allattamento. Come per la gravidanza e il parto, anche per l'allattamento molte ricerche fanno riferimento principalmente alle variazioni ormonali (Topper, 1970; Shally, Arimura, Kastin, 1973), considerando l'eiezione del latte un meccanismo puramente riflesso che si avvale di vie efferenti neurogene e neuroendocrine e collegando la stimolazione apportata dalla suzione del bimbo a fattori prevalentemente meccanici: alla preparazione della mammella che inizia già durante la gravidanza, subentra la "montata latte" con la produzione di latte dopo il parto. In realtà i fattori neurovegetativi ed endocrini sono in larga parte effetto psicosomatico dei fattori psichici correlati alla gravidanza e alla relazione col bimbo, come dimostrato dalla pseudociasi e da molte delle anomalie riscontrate, anche la suzione del bimbo agisce per via psichica, come dialogo, anziché per via meccanica, come dimostrato dal fatto che il tiralatte, che ha una forza di aspirazione maggiore a quella della bocca del neonato, ha un effetto molto minore della suzione.

Da alcuni autori viene segnalato un collegamento tra la presenza di una più prolungata amenorrea postpartum e l'allattamento al seno, soprattutto tra le primipare (De Lee, 1947; McKeown, 1954; McCann, 1961; Sharman, 1966): amenorrea e lattazione prolungherebbero uno stato di tipo gravidico. L'allattamento ha inoltre una funzione riflessa di sollecitazione sulla muscolatura liscia dell'utero, favorendo il processo di ripristino pregravidico: queste contrazioni possono però essere vissute come dolorose e l'allattamento venire turbato, se queste sensazioni sono connotate da vissuti penosi. Si riscontra d'altra parte un certo collegamento di tipo erotico tra le sensazioni del seno e quelle dei genitali, per cui la suzione del capezzolo può essere accompagnata da un eccitamento sessuale (Master e Johnson, 1961): tale effetto è squisitamente psichico in quanto non vi sono collegamenti nervosi tra capezzoli ed utero, e peraltro anche lo stimolo di altri orifizi, come l'orecchio, o di altre zone corporee può produrre modificazioni genitali. Il connotato sessuale connesso alla suzione del capezzolo dipende pertanto dalla struttura psichica della singola donna. Può esservi o

no, sia nell'allattamento che in altre situazioni. Al piacere dell'allattamento contribuisce non soltanto la stimolazione del capezzolo, ma soprattutto la sensibilità cutanea complessiva: si è riscontrato che l'utero e il perineo si contraggono ritmicamente, e i corpi cavernosi perivulvari e cliteroidei si inturgidiscono (Piscicelli, 1979). Che poi tali modificazioni fisiche siano sentite come piacere sessuale, dipende dalla elaborazione psichica della donna. D'altra parte il crinale tra un piacere vissuto come sessuale e quello vissuto come "tenerezza di pelle" è assai sottile. La pelle è comunque medium di situazioni emotive piacevoli. Anche la vicinanza e la percezione globale pelle a pelle con la percezione olfattiva, la comunicazione degli sguardi e paraverbale (Stern, 1998) durante le pause della suzione, il contenimento del bimbo tra le braccia contribuiscono a "comporre" il piacere provato dalla maggior parte delle donne durante la lattazione. Per alcune donne la mescolanza di tenerezza e stimolazione sessuale può essere imbarazzante e venire inconsapevolmente rifiutata a scapito dell'allattamento stesso, che viene abbandonato. In altri casi l'allattamento può risultare doloroso. Evento psicosomatico collegato all'allattamento è l'ipogalattia, esempio significativo di collegamento fra le situazioni emotive-affettive e i processi fisiologici.

Vengono infine ritenuti di fondamentale importanza i momenti che la madre trascorre con il bimbo: innanzitutto la possibilità di un contatto precoce, subito dopo il parto e la possibilità, durante il ricovero, di poter effettuare il rooming-in, affinché la donna possa allattare il bimbo nei tempi e con i modi che le sono più naturali.

Gli studi di Hofer sui ratti hanno messo in evidenza come la vicinanza corporea della madre alla nascita consenta una regolazione dei ritmi neurobiologici dei piccoli e sia alla base del legame di attaccamento: le "radici biologiche del legame di attaccamento" (Hofer, 2006) hanno la loro base nelle funzioni di regolazione attraverso la vicinanza e il contatto corporeo materno che regolano molteplici funzioni fisiologiche. Nell'uomo il processo regolativo implica una sintonia affettiva che trova espressione nelle situazioni di accudimento primario e di allattamento: gli stati di sintonizzazione affettiva consentono di modulare le attivazioni emozionali e questa regolazione interattiva sarebbe alla base dell'attaccamento e delle emozioni ad esso associate (Schore, 2009). A tal proposito Schore assume che una mente inconscia comunica con un'altra mente inconscia attraverso una comunicazione diretta tra i due cervelli destri: sarebbe questa la base di un campo intersoggettivo.

Nella Teoria polivagale di Porges (2001) si mette in evidenza come il sistema filogeneticamente più antico del cervello, attivo fin dalla nascita, agisca attraverso la mediazione del sistema nervoso vegetativo, simpatico e parasimpatico, e in particolare attraverso il nervo vago sulla regolazione

psicobiologica. Perry (2005) nota come la qualità delle cure materne condizioni la maturazione e il funzionamento del sistema nervoso vegetativo. Tali evidenze sembrano confermare il rilievo della sintonizzazione affettiva che si verifica tra madre e neonato nella formazione del campo intersoggettivo.

9. Incrinature nel post-partum e supporto dei servizi socio-sanitari

Un fenomeno che si ritrova con modalità abbastanza frequenti nel puerperio viene indicato con l'entità nosologica di "blues puerperale" (Yalon *et al.*, 1968): si tratta di una depressione di media entità che si manifesta in genere in terza, quarta giornata del post-partum ed è caratterizzata da pianto, stanchezza, irritabilità, ansia, e può durare da qualche ora a qualche giorno. Altre manifestazioni invece sono quelle forme di depressione, che si manifestano tra le otto e le dodici settimane, la cui durata può prolungarsi fino ad un anno o diciotto mesi. Le donne possono presentare sentimenti spesso sottovalutati e considerati normali reazioni associate al parto, ma che comportano gravi conseguenze nella relazione col bimbo e sul suo sviluppo psicofisico. Ci sono poi manifestazioni che presentano sintomatologie più gravi e vengono identificate come psicosi puerperali (Dalton, 1971).

Alcuni studi sono orientati a ricercare l'etiopatogenesi dei sintomi depressivi del post-partum in rapporto prevalentemente a modificazioni ormonali, come un calo di progesterone (Smith, 1975), o carenza di estrogeni (Klaiber *et al.*, 1972; Paul, Axelrod, 1977); oppure ad una alterazione dei neuromodulatori (Handley *et al.*, 1977); come del resto accade per tutte le altre manifestazioni depressive. Non sono state rilevate particolari differenze nell'incidenza della depressione post-partum, sia che il parto avvenga a casa piuttosto che in ospedale, oppure sia un parto fisiologico, o condotto con l'intervento di ventosa, forcipe, o cesareo (Pop, 1995); le complicanze del parto vengono invece spesso collegate alla depressione postpartum (Burger *et al.*, 1993). La depressione alla trentesima settimana ha invece una frequenza alta correlata a fattori socioeconomici bassi, a un livello di stress cronico, a uno scarso sostegno sociale (Seguin *et al.*, 1995). Molti altri studi sono stati condotti a proposito della depressione post-partum e della sua genesi (cfr. capp. 10, 11). Il puerperio si presenta come un periodo di vulnerabilità per la donna, in cui è possibile che conflittualità irrisolte si ripresentino con maggiore intensità. La Deutsch (1946) riporta due paure ricorrenti nella puerpera: la paura di separazione e di perdita del bimbo, oppure il timore di distruzione del sé; per certi

aspetti la donna si sente insufficiente all'accudimento del bimbo e per altri può sentire il bimbo come troppo esigente e vorace, tanto da consumarla. La Breen (1992) evidenzia che la nascita sollecita nella donna angosce di perdita: perdita della gravidanza e del piacere di sentirsi piena, creativa; perdita relativa del bimbo cresciuto nel suo ventre, e dunque dell'unione simbiotica con lui, e perdita anche del bimbo fantasmatico.

La depressione puerperale rimanda a problematiche prevalentemente relazionali ed al problema della separazione del figlio da sé: dunque al fatto che questo momento non sia solo di gioia ma possa venire anche vissuto come un "lutto". La serie ininterrotta di "perdite" (bambino, acque, sangue, placenta) può comportare nella puerpera il vissuto di un corpo che si svuota. La perdita definitiva della placenta veicola in sé significati simbolici: in alcune culture primitive rimandava ad un sacrificio, quello materno, simboleggiando ciò che deve perire perché il nuovo possa nascere; mentre l'ombelico è la traccia permanente del taglio del cordone, testimonianza insieme dell'unione e della separazione dal corpo materno. La separazione della nascita viene compensata dalla continuità della relazione (che già si era instaurata in gravidanza) con il bimbo, attraverso un particolare rapporto che Winnicott descrive come "preoccupazione materna primaria" (Winnicott, 1956). Con la nascita, la madre può finalmente vedere, toccare, e constatare che il suo bimbo è "normale", ma contemporaneamente si manifesta in lei il pensiero che "quel piccolo" è completamente dipendente dalle sue cure. Insieme al senso di responsabilità si manifesta dunque la preoccupazione "Ha bisogno di me, saprò occuparmene?". Questo periodo del postpartum è definito dall'autore come fase della "dipendenza assoluta" del neonato dalla mamma, a cui viene richiesta pertanto una grande capacità di adattamento ai bisogni del bimbo.

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

Questo divario costituisce quello che si può individuare come una fase del passaggio dalla gravidanza alla maternità: colmare questo divario costituisce la prima parte del complesso processo della maternità (Nunzian-
te Cesaro, 1984).

Nel caso grave delle psicosi puerperali sembra che le donne non riescano a prendersi cura del piccolo, cioè sembrano incapaci di “preoccuparsi” del loro bambino piccolo escludendo gli altri interessi, in un modo che sembra “temporaneamente normale” (Winnicott, 1956). Winnicott ha formulato l’ipotesi che in questo caso si verifichi una “fuga verso la sanità”, che impedirebbe alla donna di cedere alla “malattia” propria della maternità. L’incapacità ad “ammalarsi”, nel senso della “preoccupazione materna primaria”, rispecchia probabilmente le tenaci resistenze che incontrano queste donne rispetto alla fantasia di essere trascinate e guidate dal neonato in una regressione verso la simbiosi.

La richiesta regressiva, che emerge dalla interazione madre-neonato, susciterebbe un irrigidimento attraverso modalità difensive, già in atto da tempo. Queste donne dice Winnicott “fanno le terapisti invece che le madri” (Winnicott, 1956). Come il terapeuta si sforza di mantenere una distanza e uno spazio tra sé e il paziente, in maniera analoga queste donne si premurano, inconsapevolmente, di non accostarsi troppo al loro bambino, quasi possano venire “risucchiate”: non si curano di colmare di amorevoli illusioni lo spazio che le separa dal neonato e si affannano invece in attività che solo apparentemente sembrano poterle avvicinare al loro bimbo. Non si muovono cioè nel senso di un contatto più fecondo col neonato, dal momento che non sono in grado di tollerare l’eventualità di una regressione con lui. La capacità di ammalarsi e poi di guarire da questa “malattia” conferisce alla donna le qualità di quella che Winnicott ha chiamato la “madre devota” (Winnicott, 1987): una madre devota deve essere temporaneamente in grado di occuparsi in maniera totale del proprio bimbo, distogliendo per il tempo che è necessario la propria attenzione dal mondo circostante. Il ritiro, la dissociazione, la fuga caratteristiche della preoccupazione materna primaria sono solo gli epifenomeni di un processo regressivo che coinvolge l’intera personalità della donna. La capacità di essere madre è almeno inizialmente funzione della propria capacità di regredire e di identificarsi con il neonato. Identificazione e regressione rispondono all’esigenza di colmare il vuoto che la cesura biologica del parto ha creato in una unità prima stabilita su basi prevalentemente organiche.

Un’altra difficoltà presente nel post-partum si riferisce al fatto che la donna che ha appena partorito si trova in uno stato di maggiore vulnerabilità psichica e può essere soggetta a fantasticare l’esistenza di un’altra donna che la perseguita. Questa figura può venir proiettata nell’ostetrica. Winnicott (Winnicott, 1987) descrive con molta attenzione questo fenomeno:

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

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

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

Stern descrive il periodo del puerperio come un periodo in cui per la madre inizia la strutturazione di una organizzazione psichica nuova definita "costellazione materna" (Stern, 1995), situazione temporanea, ma che può durare mesi o anni e che diventa dominante rispetto alle altre organizzazioni psichiche nella vita della madre. La costellazione materna si sviluppa intorno a una trilogia significativa: il rapporto della donna con la propria madre, il rapporto con la propria maternità e con il suo bambino; e si articola relativamente rispetto a quattro tematiche che riguardano il

tema della vita-crescita, della relazionalità primaria, della matrice di supporto e della riorganizzazione della identità. Il tema vita-crescita riassume gli interrogativi e i dubbi della madre sulla propria capacità di crescere un bambino e coinvolge decisioni quali quelle relative all'allattamento al seno o artificiale e la paura della propria inadeguatezza nel ruolo di madre. Il tema della relazionalità primaria richiama l'impegno sociale-affettivo verso il bimbo: è la capacità materna di entrare nello stato della preoccupazione materna primaria (Winnicott, 1956); è la capacità di attivare quelle forme di interazione e di affettività che si manifestano durante il primo anno di vita del bimbo, come il tenerlo in braccio, e in altri segnali e risposte ai suoi bisogni che consentono lo strutturarsi del legame di attaccamento.

Il tema della matrice di supporto si riferisce, in primis, alla necessità per la madre di stabilire e avere una rete di supporto, sia materiale, che le consenta di far fronte ai suoi compiti, come il sostegno delle famiglie di origine o di altre fonti sociali quali altre donne come le ostetriche, le amiche, il marito, sia più specificatamente pedagogico, che riguarda l'esigenza della donna di sentirsi consigliata, sostenuta nei suoi compiti educativi e genitoriali. La relazione con la propria madre viene riattivata con nuove modalità: le rappresentazioni che la donna ha della propria madre, ad iniziare dalla gravidanza fino alla nascita del bambino, subiscono mutamenti importanti e sono indicativi della intensa rielaborazione che questa relazione subisce durante questo periodo di vita della donna (Benedek, 1959; De Beauvoir, 1953; Deutsch, 1946; Bibring, 1961; Kitzinger, 1978; Pines, 1982; Soifer, 1985; Winnicott, 1987; Ammanniti, 1991, 1992; Ammanniti *et al.*, 1995; Fava Vizziello *et al.*, 1992; Klaus M.H., Kennel, Klaus P.H., 1998). Anche il rapporto col marito deve trovare un proprio equilibrio attraverso una complementarietà nel ruolo genitoriale che consenta alla coppia di affrontare i nuovi compiti di accudimento senza competizioni o maternalizzazioni del proprio partner.

Un altro tema della costellazione materna sviluppata da Stern, riguarda la riorganizzazione dell'identità della puerpera. La donna si trova in un cruciale passaggio: da figlia diventa madre e ora questo doppio ruolo, prima solo inferito durante tutta la gravidanza, nel puerperio viene sperimentato più concretamente. Rispetto ai nuovi ruoli nella famiglia e nell'ambito sociale la donna deve poter richiamare quei modelli identificativi che nella propria storia personale ora le possano essere di aiuto, recuperando le azioni svolte dalla propria madre e vissute da lei bambina, per esercitare la sua funzione genitoriale nel contesto del quotidiano.

Secondo l'autore, nella clinica è utile una conoscenza delle caratteristiche della costellazione materna, in quanto ciò rende possibile attuare inter-

venti appropriati qualora la relazione madre-bimbo si presenti problematica: l'intervento andrà allora orientato ad una elaborazione del desiderio della donna di essere sostenuta, aiutata ed essere apprezzata da una figura materna. Questo intervento benefico per la donna viene già attuato attraverso quegli incontri quotidiani di esperienza interpersonale, in ospedale con la figura dell'ostetrica, e con altre donne più esperte nella maternità, e anche con la propria madre. Qualora i problemi diventino più compromettenti la relazione col bimbo, la costellazione materna fornisce la cornice più appropriata di riferimento per la maggior parte delle terapie genitore-bambino (Stern, 1995), rispetto a quelle più comunemente usate nella pratica psicoterapeutica, che pertanto dovrà attuare modificazioni nella tecnica stessa che prevedano una rivalutazione dell'organizzazione psichica fondamentale della madre, che in quel momento necessita di supporto e trattamento psicologico.

La necessità di un sostegno socio-relazionale diventa evidente nel periodo del post-partum. Situazione questa ultima positiva: qui da noi si sta infatti provvedendo attraverso quella che viene definita la “dimissione protetta”, in cui cioè l'ostetrica su richiesta va a trovare la donna e il suo bimbo a casa (cfr. capitolo 7), se la donna ne fa espressa richiesta, alcuni giorni dopo la dimissione dall'ospedale; sempre se il parto è avvenuto in una struttura sanitaria preposta alla nascita.

Molto interessanti si stanno rivelando anche le esperienze italiane sul modello anglosassone di Home visiting, in cui la diade viene seguita con visite domiciliari a casa fino al primo anno di vita del bambino (cfr. capitolo 8).

A conclusione di quanto sopra illustrato sulla funzione dei servizi socio-sanitari, o meglio psicosociali, di assistenza e supporto alle puerpere ed oltre nel loro impegno di accudimento e allevamento del bimbo, richiamiamo di nuovo lo schema della figura presentata nel paragrafo 5, nella sua parte destra. Le “incrinature”, con cui si intitola il presente paragrafo, possono avere conseguenze a lungo termine, la cui gravità si può manifestare nel fanciullo e nel futuro individuo. L'assistenza perinatale ha pertanto una fondamentale importanza per la prevenzione, di tutte le patologie, psichiche e psicosomatiche, ma ancor più per il futuro antropologico della nostra società (cfr. capitolo 2).

In questa prospettiva si collocano nostri progetti di prevenzione in cui la specialistica ostetrico-ginecologica sia affiancata da una specialistica psicologica (cfr. Cena, Imbasciati, Baldoni, 2012), con sue specifiche metodologie rivolte non semplicemente alla gestante ma all'insieme interpersonale e istituzionale che la attornia, in una tecnica integrata di “counseling polivalente”.

Bibliografia

- Aarts M.C., Vingerhoerts A.J. (1993), "Psychological factors and intrauterine fetal grow: a prospective study", *Journal Psychosomatic Obstet Gynecol*, 14, 249-258.
- Acciario M. (1985), *Gravidanza senza maternità*, Armando, Roma.
- Ammanniti M. (1991), "Narrazioni materne in gravidanza e stile di attaccamento infantile", in Ammanniti M., Stern D.N. (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Roma.
- Ammanniti M. (1992), *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Ammanniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995), *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*, Raffaello Cortina, Milano.
- Badolato G. (1993), *Identità paterna e relazione di coppia, Trasformazione dei ruoli genitoriali*, Giuffrè, Milano.
- Baglio G., Spinelli A., Donati S., Gandolfo M.E., Osborin J. (2000), "Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato", *Am. Ist. Sup. Sanità*, 36 (84), 465-78.
- Balaskas J., Gordon Y. (1992), *Manuale del parto in acqua*, Red, Como.
- Baldaro Vere J. (1987), *Avere un figlio o essere genitori?*, FrancoAngeli, Milano.
- Benedek T. (1952), "The psychosomatic implications of the primary unit: mother-child", *American Journal Orthopsychiat.*, 19, 642-654.
- Benedek T. (1959), "Parenthood as a developmental phase: a contribution to libido theory", *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 7, 389-417.
- Benedetto C., Zonca M., Bonino L., Carmiganni D., Garetto A., Marini S., Masuelli G., Margaria E. (2003), "Effetti dell'analgesia epidurale sul decorso travaglio-parto e sul neonato", in Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, CIC, Roma.
- Benedetto C., Massobrio M. (a cura di) (2004), *Psicosomatica in Ginecologia e Ostetricia*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- Benesova O., Pavlik A. (1989), "Perinatal treatment with glucocorticoid and the risk of maldevelopment of the brain", *Neuropharmacology*, 2, 89.
- Berkowitz G.S. (1983), "The role of psychological factors in spontaneous preterm delivery", *Journal Psychosomatic Res.*, 27, 283-290.
- Bibring G. (1961), "A study of psychological process in pregnancy and in the earliest Mother-Child relationship", *The psychoanalytic Study of the Child*, 14.
- Biella G.E.M., Revelli A., Revelli E. (1988) *Partorire insieme*, Armando, Roma.
- Biella G.E.M. (2001), "Ruolo della corteccia frontale nel dolore", in Tiengo M.A., *La percezione del dolore: ruolo nella corteccia frontale*, Springer, Milano.
- Binda W., Rosnati R. (1997), "Un evento cruciale per la famiglia, la nascita del primo figlio", in Binda W. (a cura di), *Diventare famiglia*, FrancoAngeli, Milano.
- Biondi M., Pancheri P. (1994), "Stress", in Pancheri P., Cassano G.B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
- Biondi M., Pancheri P. (1999), "Lo stress: psiconeurobiologia e aspetti clinici in psichiatria", in Pancheri P., Cassano G.B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
- Bitzer J. (2003), "Il dolore in ostetricia e ginecologia", in Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.

- Bonen A., Campagnor P., Gilchrist L. (1992), "Substrate and endocrine responses during exercise at selected stages of pregnancy", *Jappl. Physiol.*, 1993, 73, 134-142.
- Bogetto F., Salvi V., Maina G. (2004), "Disturbi d'ansia e disturbi dell'umore in gravidanza: terapie farmacologiche e non farmacologiche", in Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica ostetrica e ginecologica*, CIC, Roma.
- Braibanti L., Braibanti P. (1980), *Nascere meglio*, Editori Riuniti, Roma.
- Burger J., Horowitz S.M., Foryth B.W. (1993), "Psychological sequelae of medical complications during pregnancy", *Obstet. Gynecol.*, 93, 566-571.
- Bydlowski M. (2004), *Sognare un figlio*, Pendragon, Bologna.
- Carducci B., Savone R., D'Alessio M.C., Iannello F., Caruso A. (2003), "Effetti del dolore sull'unità materno-fetale", in Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, CIC, Roma.
- Cena L., Gaglia C. (1992), "Psicoprofilassi: area di mediazione tra cultura medica e cultura psicologica?", *Nascere*, 57, 22-25.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2012), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*, Springer, Italia.
- Cerutti R. (1989), "La somatizzazione del rifiuto della gravidanza", in Cerutti R., *La psicoprofilassi ostetrica italiana*, CLUEP, Padova.
- Cerutti R. (a cura di) (1976), *Ginecologia psicosomatica e psicoprofilassi ostetrica*, Piccin, Padova.
- Chapman H.A., Hobfoll S.E., Ritter C. (1997), "Partners stress underestimations led to women's distress: a study of pregnant inner-city women", *Journal Pers. Soc. Psychol.*, 73, 418-425.
- Ciolfi P., Parlavecchio E., Russo R. (2001), "La psicoprofilassi sa rispondere alla domanda dei nuovi genitori", *Atti LXXVII, SIGO*, Roma.
- Ciolfi P., Vizzaccaro F., Russo R. (2001), "Attualità della psicoprofilassi ostetrica", *Atti VIII Convegno Nazionale A.GI.CO.* Roma.
- Ciolfi P., Parlavecchio E., Onorati E., Russo R. (2003), "La psicoprofilassi ostetrica oggi", in Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, CIC, Roma.
- Cisternino A., Scibilia G. (2003), "L'assistenza alla nascita ed i problemi della comunicazione", in Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, CIC, Roma.
- Colombo G., Pizzini F., Regalia A. (1987), *Mettere al mondo*, FrancoAngeli, Milano.
- Consoli S.M. (2003), "Apporti della psiconeuro-immunologia alla prospettiva psicosomatica", in Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetrica psicosomatica*, FrancoAngeli, Milano.
- Crandon A.J. (1979a), "Maternal anxiety and obstetric complications", *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 109-111.
- Crandon A.J. (1979b), "Maternal anxiety and neonatal well being", *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 113-115.
- D'Alessio M. (a cura di) (1988), *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*, NIS, Roma.
- D'Alessio M., Fiandaca A. (1990), "La costruzione dell'interazione nell'allattamento", in D'Alessio M. (a cura di) (1988), *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*, NIS, Roma.

- Dalton K. (1971), "Prospective study into puerperal depression", *British Journal of Psychiatry*, 118, 689-692.
- Dantzer R. (2003), "Stress e riproduzione: aspetti psiconeuroendocrini", in Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetricia psicosomatica*, FrancoAngeli, Milano.
- De Beauvoir S. (1953), *The Second Sex*, Librairie, France.
- De Lee J.B. (1947), *Obstetrics*, 9th ed., Saunders, Philadelphia.
- Demyttenaere K., Maes A., Nijs P. (1995), "Coping style and preterm labor", *Journal Psychosomatic Obstet. Gynecol.*, 16, 109-114.
- Deutsch H. (1946), *Psicologia della donna*, voll. 1-2, Bollati Boringhieri, Torino.
- Dolto C., Bello P., Schiffmann A. (1985), *Contraccezione, gravidanza, aborto*, Dedalo, Bari.
- Erikson M. (1982), *La natura dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma.
- Facchinetti F., Ottolini F., Fazzio M. (2004), "Evidenze di correlazione fra stress psicosociale e ipercontrattilità uterina", in Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica ostetrica e ginecologica*, CIC, Roma.
- Fangman J.J., Mark P.M., Pratt L. (1994), "Prematurity prevention programs: an analysis of successes and failures", *American Journal Obstet Gynecology*, 170-744.
- Fava Vizziello G.M., Antonioli M., Cocci V., Invernizzi R., Stern D.N (a cura di) (1992), *Dalle cure materne all'interpretazione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Forleo R., Pagliai G., Pellegrini M.G., Forleo P. (2004), "Ieri, oggi, domani, nella psicoprofilassi ostetrica alla luce degli ultimi anni di conduzione di corsi di preparazione ed accompagnamento della coppia in gravidanza e parto", in Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica ostetrica e ginecologica*, CIC, Roma.
- Fornari F. (1966), *La vita affettiva originaria del bambino*, Feltrinelli, Milano.
- Fornari F. (1975), *Genitalità e cultura*, Feltrinelli, Milano.
- Fornari F. (1976 a), *Simbolo e codice*, Feltrinelli, Milano.
- Fornari F. (1976b), "Codice materno e disturbi della personalità", in *Gin. Psicosomatica e Psicoprofilassi Ost.*, Atti I Congr. Italo-Francese Psicop. Ost. Venezia, Piccin, Padova.
- Fornari F. (1978), "L'Edipo e le angosce della gravidanza e del parto", *Atti II Congr. Psicoprofilassi ostetrica*, Biarritz.
- Fornari F. (1979), Prefazione a "Psicosomatica pregenitale della femminilità", in Piscicelli U., *Psicosomatica ginecologica*, Piccin, Padova.
- Fornari F. (1981), *Il codice vivente*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Fornari F. (1986), "Da Freud a Bion", *Rivista di Psicoanalisi*, XXVII, 3-4.
- Gandolfo M., Donati S., Giunti A. (2004), "Indagine conoscitiva nel percorso nascita (2002), Aspetti metodologici e risultati nazionali", *Rit.It. Med. Perinatale*, 6, 6-8.
- Gibbone C., Menaldo G., Piovano M., Giuliano G., Bertone E. (1988), "Psicosomatica e alimentazione in gravidanza", *Psicosomatica e Psicoprofilassi in Ostetricia e Ginecologia*, 27-31.
- Giuliani C. (1997), "Il ruolo degli operatori dell'evento nascita", in Binda W. (a cura di), *Diventare famiglia*, FrancoAngeli, Milano.
- Glynn L.M. (2001), "When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 184, 637-42.

- Gramsbergen A., Mulder E.H.J. (1998), "The influence of betamethasone and dexamethasone on motor development in young rats", *Pediatr. Res*, 44, 105-110.
- Greco P., Palma R. (1997), *Preparazione acquatica al parto*, Red, Como.
- Grussu P., Nasta M.T., Quatraro R.M., Sichel M., Cerutti R. (2001), "La salute psicologica del I anno dopo il parto: studio longitudinale su un campione di donne primipare", *Giornale Italiano di Psicologia*, vol. XXVIII, 1, 133-155.
- Habere J.P. (1991), "Analgesia peridurale in ostetricia", in Gauthier-Lafaye P., *Manuale di anestesia loco regionale*, Masson, Milano.
- Hagoel L., Van-Roalte R., Kalekin-Fishman D. (1995), "Psychosocial and medical factors in pregnancy outcomes: a case study of Israeli women", *Soc. Sci. Med.*, 40, 567-571.
- Handley S.L., Dunn T., Baker J.M., Cokott C., Gould S. (1977), "Mood changes in puerperium and plasma thyrotrophin and cortisol concentration", *British Medical Journal*, 2, 18-22.
- Hansen D., Lou H.C., Olsen J. (2000), "Serious life events and congenital malformations: a national study complete follow-up", *Lancet*, 200, 356, 875-80.
- Hedegaard M., Henriksen T.B., Sabroe S., Secher N.J. (1993), "Psychological stress in pregnancy and preterm delivery", *British Medicine Journal*, 234-239.
- Hill W.C., Fleming A.D., Martin R.W. (1990), "Home uterine activity monitoring is associated with a reduction in Preterm birth", *Obstet. Gynecol.*, 76, 13S-18S.
- Hobel C.J., Roors M.G., Bemis R.L. (1994), "The West Los Angeles Preterm Prevention Project. Program impact on high-risk women", *Am. J. obstet. Gynecol.*, 170, 54.
- Hodnett E.D. (2003), "Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth", *Cochrane Database of systematic Reviews*, I.
- Hofer M.A. (2006), "Psychological Root of early Attachment", *Psychological Science*, April, 15, 2, 84-88.
- Honor M.J., Zubrick S.R., Stanley F.J. (1994), "The role of life events in different categories of preterm birth in a group of women with previous poor pregnancy outcome", *European Journal Epidemiol.*, 10, 181-188.
- Hueston W.J., Knox M.A., Eilers G. (1995), "The effectiveness of preterm birth prevention educational programs for high-risk women: a meta-analysis", *Obstet. Gynecol.*, 86, 705-712.
- Iams J.D., Johnson F.F., O'Shaughnessy R.W. (1988), "A prospective random trial of home uterine activity monitoring pregnancies at increased risk of preterm labor", *The American journal Obstet. Gynecol.*, 159, 595-603.
- Imbasciati A. (1983a), "Strutture protomentali nell'atteggiamento psicoterapeutico e in quello conoscitivo", *Psicologia clinica*, 2 (1), 11-41.
- Imbasciati A. (1983b), *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Imbasciati A. (1990), *La donna e la bambina*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A. (1994), *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*, Utet, Torino.
- Imbasciati A. (2006a), *Constructing a mind*, Routledge, London.
- Imbasciati A. (2006b), *Il sistema protomentale*, LED, Milano.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2011), *Psicologia Clinica Perinatale*, Espress, Torino.
- Imbasciati A., Margiotta M. (2004), *Compendio di psicologia per operatori socio-sanitari*, Piccin, Padova.

- Imbasciati A., Margiotta M. (2008), *Psicologia Clinica per gli operatori della salute. Compendio di Psicologia*, Piccin- Nuova Libreria.
- Imparato E., Scabelli C., Lanati L., Massone L., Moro V. (1987), "La partecipazione del partner alle sedute degli esercizi preparatori al parto. Considerazioni sulla dinamica di coppia", *Nascere*, 3, 10-13.
- Kitzinger S. (1978), *Women as mother*, Oxford.
- Klaiber E.L., Broverman D.M, Vogel W., Kobayashiy J., Monartry D. (1972), Effect of estrogen therapy on plasma MAO activity and EEG driving response of depressed women, *American Journal of Psychiatry*, 128, 1492-1498.
- Klaus M.H., Kennel J.H., Klaus P.H. (1998), *Far da madre alla madre*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Klein M. (1932), *The Psycho-Analysis of Children*, Hogarth, London.
- Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., Mattila H., Ylikorkala O. (2000), Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia, *Obstet. Gynecol.*, 95, 487-90.
- Lamaze F., Velley P. (1952), L'accouchement sans douleur. Comunicazione al "World Congress of Medicine", 18 aprile.
- Landbergis P.A., Hatch M.C. (1996), Psychosocial work stress and pregnancy-induced hypertension. *Epidemiology*, 7, 346-51.
- Leboyer F. (1975), *Per una nascita senza violenza*, Bompiani, Milano.
- Lee Shapiro J. (1989), *Il padre in attesa*, *Età Evolutiva*, 95, 33-37.
- Lemoine-Luccioni E. (1976), *Il taglio femminile*, Ediz. delle donne, Roma.
- Lepori B. (1992), *La nascita ed i suoi luoghi. Nuovi modi e nuovi spazi per venire al mondo*, RED, Como.
- Leung T.N., Chung T.K.H., Madsen G., Mclean M., Chang A.M.Z., Smith Z. (1999), "Elevated mid-trimester maternal corticotrophin-releasing hormone levels in pregnancies that delivered before 34 week", *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 106, 1041.
- Lucini D., Strapazzon P., Maggioni L., Pagani M. (1999), "Cardiac autonomic adjustment to normal human pregnancy: insight from spectral analysis of R-R interval and systolic arterial pressure variabilità", *Journal of Hypertension*, 17, 1899-1904.
- Maiello Hunzinger S. (1983), "Gravidanza e parto come esperienza di contenimento e separazione", in *Chi ha paura della cicogna?*, Atti convegno Assessorato servizi sociali Provincia di Roma, Cooperativa DORIS.
- Maggioni C. (2003), "Ostetricia e psicosomatica", in Mimoun S, Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetricia psicosomatica*, FrancoAngeli, Milano.
- Mamelle N. (1983), *La prematurite, un fleau social:mythe ou realite?* (cahiers du nouveau-ne), Stock, Paris.
- Mamelle N., LaumonB., Lazar P. (1984), "Prematurity and occupational activity during pregnancy", *American Journal Epidemiol.*, 1999, 309-322.
- Mamelle N., Sguilla M., Munoz F., Berland M. (1997), "Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor. The benefit of psychological support", *American Journal Obstet. Gynecol.*, 177, 947-952.
- Mann E.C. (1956), "Psychiatric investigation of abital abortion, preliminary report", *Obstet. Gynec.*, 7, 589.
- Mann E.C. (1957), "The role of emotional determinants in habitual abortion", *Surgical Clinics of North America*, 37, 447-458.

- Margaria A., Sinigaglia R., Grea A., Meduri E. (2001), "Le motivazioni psicologiche ed il vissuto personale nel dolore da parto", in Tiengo M.A., *La percezione del dolore: ruolo della corteccia frontale*, Springer, Milano.
- Margotta R. (1968), *La medicina nei secoli*, Mondadori, Milano.
- Marshall H., Phyllis H. (1988), *Venire al mondo*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Master W.H., Johnson V.E. (1961), "The physiology of the vaginal reproductive function", *West. J. Surg.*, 69, 105-120.
- Matthews S.G. (2000), "Antenatal glucocorticoids and programming of the developing ANS", *Pediatr. Res.*, 47, 291-300.
- McCann S.M., Taleisnik S. (1961), *Endocrinology*, 69, 909.
- McIntosh L.J., Roumayah N.E., Bottoms S.F. (1995), "Perinatal outcome of broken marriage in the inner city", *Obstet. Gynecol.*, 8, 233-236.
- McKeown T., Gibson J. (1954), *Journal Obstetric Br. Emp.*, 61, 824.
- Mimoun S., Maggioni C. (2003), *Trattato di ginecologia ostetricia e psicosomatica*, FrancoAngeli, Milano.
- Mehl L.E. (1988), "Psychosocial intervention in threatened premature labor", *Pre-Peri Natal Psychology*, 3, 41-52.
- Mimoun S., Maggioni C. (2003), *Trattato di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, FrancoAngeli, Milano.
- Miraglia F. (1984), *Sarò madre*, Rizzoli, Milano.
- Miraglia F. (2005), *Per una cultura del nascere*, Rubbettino.
- Morin K.H. (1995), "Obese and non-obese postpartum women: complication, body image, and perception of the intrapartum experience", *Appl. Nurs. Res.*, 8, 81-87.
- Mosconi G. (1960), *La tecnica dell'ipnosi in ostetricia*, Cortina, Padova.
- Mosconi G. (1974), *L'ipnosi per partorire*, Piccin, Padova.
- Mosconi G. (1987), *Training ipnotico*, Piccin, Padova.
- Mou S.M. (1991), "Multicenter randomized clinical trial of home uterine activity monitoring for detection of preterm labor", *American Journal Obstet. Gynecol.*, 165, 858-866.
- Mulder E.J.H., Robles De Medina P.G., Huizink A.C., Van Den Bergh B.R.H., Buitelaar J.K., Visser G.H.A. (2002), "Prenatal maternal stress: effect on pregnancy and the (unborn) child", *Early Human Development*, 70, 3-14.
- Myers R.E. (1979), "Maternal anxiety and foetal death", in Zichella L., Pancheri P (a cura di), *Psychoneuroendocrinology in Reproduction*, Elsevier, Amsterdam.
- Newton R.W. (1979), "Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labor", *British Medicine Journal*, 2, 403-411.
- Nimby G.T., Lundberg L., Sveger T., McNeil F. (1999), "Maternal distress and congenital malformations: do mothers of malformed fetuses have more problems?", *J. Psychiatr. Res.*, 33, 291-301.
- Nordentoft M., Lou H.C., Hansen D. (1996), "Intrauterine growth retardation and premature delivery: the influence of maternal smoking and psychosocial factors", *American Journal Public Health*, 86, 347-354.
- Nunziante Cesaro A. (1984), "Identità femminile e gravidanza", in *Atti del convegno nazionale di psicoprofilassi ginecologica e ostetrica*, Monduzzi, Bologna.
- O'Brien Medwin J. (1978), *Prenatal yoga e altre tecniche di preparazione al parto*, Savelli, Roma.
- Odent M. (1989), *Ecologia della nascita*, Red, Como.

- Oggè G. (2004), *Un modello di assistenza alla gravidanza fisiologica evidence-based: verifica di efficacia e di efficienza*, Il Mulino, Bologna.
- Omer H. (1996), "Evaluating treatments for preterm labor: possible solutions for some methodological problems", *European Journal Obstet. Gynecology Reprod. Biol.*, 22, 229-236.
- Paalberg K.M. (1996), "Psychosocial factors as predictors of maternal well being related to fetal growth", *Obstet. Gynecol.*, 17, 93-102.
- Paarlberg K.M., Vingerhoets A.J., Passchier J., Dekker G.A., Van Geijn H.P. (1999), "Psychosocial predictors of low birth weight: a prospective study", *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 106, 834-41.
- Pagani M. (1991), "Spectral analysis of cardiovascular variables as a tool to quantify neural cardiovascular control in the laboratory and real life conditions", *Rhythms in Physiological Systems*, 55, 103-114.
- Pagani M., Lucini D. (1999), "Chronic fatigue syndrome a hypothesis focusing on the autonomic nervous system", *Clin. Sci.*, 96, 117-125.
- Pancheri P. (1979), *Stress, emozioni, malattia*, Mondadori EST, Milano.
- Pancheri P. (1984), *Trattato di medicina psicosomatica*, USES, Edizioni Scientifiche.
- Pancheri P., Bressa G.M. (1990), *Ansia e dolore*, Aprilia, Lt, Wyeth.
- Panella F. (2001), "Il parto nelle varie culture", Congresso: *Il parto alternativo e le alternative al parto*, Orvieto 12-06-2001
- Papiernik E. (1985), "Prenatal care and prevention of preterm delivery", *International Journal Gynecology Obstetric*, 23, 427-433.
- Pasini W. (1975), *Sessualità e ginecologia psicosomatica*, Piccin, Padova.
- Paul S.M., Axelrod J. (1977), "Catechol estrogens: presence in brain and endocrine tissues", *Science*, 197, 657-659.
- Pavlov W.P. (1927), *Conditioned reflexes*, Oxford Univ. Press, N.Y.
- Pazzagli A., Benvenuti P., Rossi Monti M. (1981), *Maternità come crisi*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Pescetto G., Pecorari D., De Cecco L., Ragni N. (1996), "Fisiologia del parto: evoluzione clinica del parto normale", in *Manuale di Ginecologia e ostetricia*, Universo.
- Perkin M.R., Bland J.M., Peacock J.L., Anderson H.R. (1993), "The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications", *British Journal Obstet Gynaecol.*, 100, 629-634.
- Perry B.D. (2005), "The neurosequential model of therapeutics: using principles of neurodevelopment to help traumatized and maltreated children", in Boyd Webb N., *Working with traumatic Youth*, Guilford Press, New York.
- Pines D. (1982), "The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion", *International Journal of Psycho-Analysis*, 63, 311-319.
- Piscicelli U. (1977), *Training Autogeno Respiratorio e Psicoprofilassi Ostetrica*, Piccin, Padova.
- Piscicelli U. (1979), *Psicosomatica ginecologica*, Piccin, Padova.
- Piscicelli U. (1985), *Introduzione alla psicosomatica*, Astrolabio, Roma.
- Pop V.J. (1995), "Blues and depression during early puerperium: home versus hospital deliveries", *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 1995, 102, 701-706.
- Porges S.W. (2001), "The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system", *Internat. J. of Psychopathology*, 42, 123-146.
- Raphael-Left J. (1983), "Facilitators and regulators: two approaches mothering", *British Journal of Medical Psychology*, 56.

- Read G.D. (1944), *Childbirth without fear*, Harper e Brothers, London.
- Resnik S. (1995), "Sentire il corpo", in Bimbi A. (a cura di), *Pensare sentimenti, sentire pensieri*, Tirrenia (Pisa), Ed. del Cerro.
- Riva Crugnola C. (1987), "La gravidanza ponte fra noto e ignoto", in Scaparro F. (a cura di), *Volere la luna*, Unicopli, Milano.
- Robertson A. (1998), *L'ostetrica e l'arte del sostegno durante il parto*, McGraw-Hill, Milano.
- Rosenblum O., Candilis-Huisman D. (2003), "Strumenti di valutazione psicopatologica come approccio terapeutico", in Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia ostetrica e psicosomatica*, FrancoAngeli, Milano.
- Rostad B., Schei B., Jacobsen O. (1995), "Health consequences of severe life events for pregnancy", *Scan Journal Prim. Health Care*, 13, 99-104.
- Salvini A. (1993), *Personalità femminile e riproduzione umana*, Lombardo, Roma.
- Santini M., Lino G., Bortolotti A., Campolmi A. (2001), "La psicoprofilassi ostetrica come stimolo e sostegno al divenire delle competenze genitoriali", *Atti LXXVII, SIGO*, Roma.
- Sbriglio S.V. (1980), *Psicoprofilassi autogena della maternità. Guida sinottica per le gestanti dei corsi di preparazione al parto con il "training autogeno" di J.H. Shultz*, Raffaello Cortina, Torino.
- Schore A. (2009), "Right Brain, Affect Regulation. An Essential Mechanisms of Development, Trauma, Dissociation and Psychotherapy", in Fosha D., Siegel D., Solomon M. (2009), *The healing Power of Emotion*, Development & Clinical Practice, Norton, New York.
- Schultz H.J. (1929), *Autogenes Training*, Med. Welt, 47.
- Seguin L., Saint-Denis L., Loiselle L. (1995), "Chronic stressor, social support and depression during pregnancy", *Obstet.Gynecol.*, 85, 583-589.
- Serafini P. (1996), "Il bambino: come farlo nascere", *Nascere*, 68, 21-68.
- Serafini P. (1997), "Quando l'ostetrica si confronta con la psicoprofilassi", in *Nascere*, 70, 24-25.
- Serafini P., Marozio L. (2004), "Corsi pre-parto: quali offerte? Quali bisogni?", in Benedetto C., Massobrio M. (a cura di), *Psicosomatica della gravidanza e del parto*, CIC, Roma.
- Shally A., Arimura A., Kastin A.J. (1973), "Hypothalamic regulatory hormones: at least nine substances from the hypothalamus control the secretion of pituitary hormones", *Science*, 179, 341-348.
- Sharman A. (1966), *Reproductive physiology in the post-partum period*, Livingston, Edimburg.
- Simone de M.G., Calugi A., Piccione E. (2003), "Paura-dolore-tensione nella donna d'oggi dal parto al puerperio", in Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, CIC, Roma.
- Smith S.L. (1975), "Mood and the menstrual cycle", in Sachar E.J. (a cura di), *Topics in Psychoneuroendocrinology*, Grune & Stratton, New York.
- Soifer R. (1985), *Psicologia della gravidanza, parto e puerperio*, Borla, Roma.
- Standley K., Soule B., Copans S.A. (1979), "Dimension of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome", *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 135, 22-26.
- Stein A. (1994), "An observational study of mothers with eating disorder and their infants", *J. Child Psychol.*, 35, 733-748.

- Stern D.N. (1995), *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Stern D.N. (1998), *Le interazioni madre bambino nello sviluppo e nella clinica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Syutkina E.V., Cornelissen G., Halberg F., Grigoriev A.E., Abramaian A.S., Yatsyr G.V., Morozova N.A., Ivanov A.P., Schmid V. (1998), *Il dolore del parto*, Il Marsupio.
- Tempfer H., Froelich H., Seidl A. (1979), "Psychosomatic disorder in patients with different forms of weight change in early pregnancy", in Carenza L., Zichella L. (a cura di), *Emotion and reproduction*, Academic Press, London.
- Todros T. (2001), "Mutamenti nell'assistenza alla gravidanza e al parto nella medicina materno e fetale", in Todros T., Vanara F. (a cura di), *Nascere nel 2000*, Il Mulino, Bologna.
- Topper Y. (1970), "Multiple hormone interactions in the development of mammary gland in vitro", *Recent Progress in Hormone Research*, 26, 287-293.
- Tranquilli A.L., Archibugi A. (2003), "Il taglio cesareo a richiesta e gli 'stili materni'", in Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- Uno H., Eisele S., Sakai A., Shelton S., Baker E., De Jesus O. (1994), "Neurotoxicity of glucocorticoids in the primate brain", *Horm. Behav.*, 28.
- Vegetti Finzi S. (1983), *La maternità negata: alle origini dell'immaginario femminile*, Memoria, 7.
- Villar J., Farnout U., Barros F., Vitoria C., Langer A., Belizan J.M. (1992), "A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies", *N. Engl. J. Med.*, 327, 1266.
- Viola M. (1992), "Modi e ritmi nella relazione bambino-madre", in Imbasciati A., Cena L. (a cura di), *La vita psichica primaria*, Masson, Milano.
- Walker L.O. (1997), "Weight-related distress in the early month after childbirth", *Western Journal Nursing Resesarch*, 20, 30-44.
- Warren W.B., Patrick S.L., Goland R.S. (1992), "Elevated plasma corticotropin-releasing hormone levels in pregnancies complicated by preterm labor", *American Journal Obstet Gynecol*, 166, 1198-1207.
- Weil R.J., Tupper C. (1960), "Personality, life situation and communication: a study of abitual abortion", *Psychosomatic Medicine*, 22, 448-450.
- Winnicott D.W. (1956), *La preoccupazione materna primaria*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze.
- Winnicott D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1987), *I bambini e le loro madri*, Raffaello Cortina, Milano.
- Winget C., Kapp F.T. (1972), "The relationship of the manifest content of dreams to duration of childbirth in primipare", *Psychosomatic Medicine*, 34, 313-319.
- Yalom I.D., Lunde D.T., Moos R.H., Hamburg D.A. (1968), "Post Partum blues syndrome", *Archives of general Psychiatry*, 18, 16-21.
- Zanelli Quarantini A. (1995), "Psicologia della gravidanza e rapporto madre-bambino", in: Farinet M. (a cura di), "I grandi temi della psicoprofilassi al parto-nascita negli anni novanta", *Nascere*, 3, supplemento.
- Zichella L. (1984), "Psicosomatica ostetrico-ginecologica", in Pancheri P. (a cura di), *Trattato di medicina psicosomatica*, USES, Firenze.

- Zichella L. (1999), "L'antropologia della maternità: Il parto spontaneo: questo sconosciuto", Atti del convegno: *La psicoprofilassi ostetrica nel recupero della fisiologia del parto. Formazione degli operatori*, CNR, Russo.
- Zichella L. (2003), "Gli aspetti antropologici del dolore da parto", in Piccione E. (a cura di), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, CIC, Roma.
- Zimmermann T. (1994), "Marital relationship and somatic psychological symptoms in pregnancy", *Social Science Medicine*, 38, 559-564.
- Zucchi P.L., Agrò F., Vecchiet L., Ischia S., Gedda L. (1995), "Embriologia, anatomia e fisiologia del dolore", in *Compendio di semantica del dolore*, CIC, Roma.