

*La perinatalità di ogni persona
per una storia del nostro futuro.
Psicologia Clinica Perinatale:
il percorso dei nostri studi*

di Loredana Cena

La Psicologia Clinica Perinatale si è formata progressivamente a partire dagli anni 1990 come area di ricerca specialistica della Psicologia Clinica. Nella Sezione (ex Istituto) di Psicologia Clinica diretto dal prof. Antonio Imbasciati (Dipartimento Materno-infantile), si è sviluppato un filone di ricerche sulla perinatalità che ha portato a una definizione della Psicologia Clinica Perinatale diversa da quanto fino ad allora si era praticato in sede clinica. In precedenza, ma anche ancora attualmente, in non poche sedi, con questa dizione si è inteso una assistenza alla donna gravida, partoriente e puerpera, per curarne gli eventuali disagi psichici che spesso si sviluppano come psicopatologie. Psicologi, ostetrici e psichiatri vi erano coinvolti. All'Università di Brescia, con il prof. Imbasciati e le sue competenze nel campo delle Neuroscienze e l'interesse della sottoscritta per una Psicologia Clinica delle vicende femminili e dello sviluppo dei bambini dall'epoca neonatale fino alla fanciullezza e ai suoi esiti in età adulta, l'attenzione e la ricerca si sono focalizzate dalla madre/padre, dai genitori, al bambino, anzi al feto, al neonato, ai suoi primi mille giorni di vita a partire dal concepimento, in quanto le vicende dei primi anni di vita si sono individuate come determinanti la qualità, in positivo o in negativo del suo sviluppo psichico. L'oggetto della ricerca si è così ampliato dalle vicende ostetriche, biologiche, mediche ma soprattutto psichiche dei genitori al feto/bambino, in relazione con i suoi genitori e caregivers. Lo sviluppo neuro-mentale dei primi anni di vita è stato così più finemente studiato, nell'ottica delle "cure parentali" quali generatrici della "qualità" della mente di un futuro individuo.

È così progressivamente nata una nuova Psicologia Clinica Perinatale "Babycentered" (2020), centrata sul bambino e sulle vicissitudini dei suoi genitori, madre e padre. Attraverso un centinaio di lavori nostri e di altri collaboratori si è progressivamente sviluppato negli anni uno studio

interdisciplinare che ha integrato nel quadro metodologico della Psicologia Clinica le molteplici discipline sanitarie e sociali che si occupano della perinatalità, cioè prima, durante, dopo la nascita, nei primi mille giorni di vita del bimbo a partire dal concepimento. Psicologia Clinica Perinatale oggi non significa solo cura della madre e del padre durante la gravidanza, il parto e postpartum, bensì, in una prospettiva più ampia, lo studio di come si sviluppa un essere umano feto/bambino nella mente, nel cervello e nel corpo, in funzione delle sue vicende relazionali con la coppia genitoriale e l'ambiente vissuto nei suoi primi anni.

1. Un Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale: tematiche di studio e ricerca della Psicologia Clinica Perinatale

Nell'Università di Brescia, con delibera del Consiglio del Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali dell'8/03/2016 – Sede amministrativa: Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali – è stato istituito un “Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale” (www.unibs.it/node/988).

L'Osservatorio si è proposto come centro autorizzato di studi sulla perinatalità, per un confronto di contributi tra ricercatori, professionisti e studiosi che a vario titolo e con approcci diversi si occupano di clinica perinatale. Si è costituita una rete di collaborazioni multidisciplinari e progetti di ricerca, in una sinergia di intenti per la prevenzione e la promozione della Salute Mentale della coppia genitoriale, del bambino e del suo sviluppo nella famiglia.

L'idea deriva dalla constatazione di come nelle nostre strutture sanitarie si continui con tal termine a indicare la gestazione-puerperio della donna, trascurando la ricerca mondiale sullo sviluppo esperienziale di tutti i feto-neonati-bambini, quale condizionamento di ogni ulteriore sviluppo neuropsichico della persona futura.

Obiettivi: ricerca, prevenzione intervento e formazione.

La ricerca, clinica e sperimentale delle Scienze Psicologiche, nell'area dell'Infant Research e delle Neuroscienze, ha dimostrato come il cervello umano, solo in minima parte maturi per il genoma, in epoca fetale, mentre, dalla nascita ma già negli ultimi mesi della gravidanza, viene a essere “costruito” in progressive reti neurali che si generano per le esperienze interpersonali (anche intrauterine) del bimbo e del fanciullo. Tale costruzione, verso una ottimalità piuttosto che verso la patologia, dipende dalla qualità della comunicazione che intercorre con i caregivers e tale qualità dipende dalla struttura neuromentale dei medesimi, nonché dalla possibilità che questi possano interagire e accudire adeguatamente il bimbo (infant

care). Nei primi mille giorni di vita si costituisce la matrice fondamentale di ogni ulteriore sviluppo del cervello: di qui l'importanza dell'epoca perinatale. Per le suddette ragioni la Psicologia Clinica Perinatale ha per suo oggetto di studio la coppia che genera e può generare un bambino: obiettivo è la **prevenzione** delle possibili carenze della dotazione neuromentale genitoriale, nonché dell'ambiente, nella loro funzione di generatori della struttura neuromentale del neonato, del bimbo e del futuro individuo.

Una tale prevenzione si esplica a livello di una adeguata assistenza e **interventi** precoci alla *coppia*, al *bambino* e alla *famiglia* nelle vicende che precedono e seguono il *progetto di filiazione*: la “transition to parenthood”, il concepimento, la gravidanza, il parto, il puerperio e soprattutto il periodo dell'accudimento neonatale e dei primi tempi di vita, che le neuroscienze hanno dimostrato fondamentale per ogni sviluppo fisico e psichico dell'individuo.

Gli sviluppi della ricerca comportano la necessità di organizzare, come già in altri paesi, adeguati servizi assistenziali e la formazione del relativo personale sanitario e psico-sociale.

In questo quadro centrale è uno studio per l'organizzazione di una **formazione** multidisciplinare di tutti gli operatori della perinatalità, sanitari e psicosociali, affinché possano declinare le loro competenze nelle modalità di aiuto più efficaci per ogni coppia. Nel quadro della Psicologia Clinica Perinatale confluiscono pertanto contributi ostetrici, ginecologici, neonatologici, pediatrici, di neuropsichiatria infantile, di assistenza sociale, sanitaria, educativa. Da tali professionisti potranno essere sviluppati i progetti di una assistenza ai genitori, anche futuri, nell'intento di prevenire le patologie, nonché di assicurare che la catena transgenerazionale (per cui la qualità genitoriale, determina la costruzione del cervello del bimbo) possa prevenire deficit e problematiche nello sviluppo psichico sociale e fisico delle future generazioni, piuttosto che perpetuarne o peggiorarne le condizioni. Salute e Benessere non potranno essere promosse senza una adeguata prevenzione e assistenza e questa dovrà avere come specifico oggetto la *coppia genitoriale* e/o che si appresta alla genitorialità e il *bimbo* nei suoi *primi mille giorni di vita*.

Dal 2012 a oggi sono stati istituiti presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali della Università degli Studi di Brescia, su Bando Rettorale, corsi di Formazione come Perfezionamento post-laurea in “Psicologia Clinica Perinatale”: ogni anno 6 moduli di 48 ore. Comitato Scientifico: Imbasciati Antonio, Professore Emerito di Psicologia Clinica dell'Università di Brescia, Chirico Gaetano, Direttore UOTIN, Neonatologia, Spedali Civili di Brescia, Cena Loredana, Professore Associato di Psicologia Clinica, Coordinatore del corso. Docenti del Dipartimento di

Scienze Cliniche e Sperimentali e degli altri Dipartimenti della Università di Brescia, ricercatori e scienziati di altre università nazionali e Internazionali, hanno costituito il corpus degli insegnamenti integrati dei moduli didattici di ogni Corso.

I temi della nostra **ricerca** scientifica e le competenze acquisite possono essere riassunti nella organizzazione di diversi congressi, seminari internazionali e di formazione e sono contenuti in diverse pubblicazioni. Un elenco completo di tutte le pubblicazioni – articoli e volumi – può essere consultato al sito www.imbasciati.it, insieme alle pagine di commento critico ai più comuni pregiudizi, misconoscenze e equivoci circa la Psicologia Clinica, la perinatalità, la mente e il cervello.

Di queste pubblicazioni, segnaliamo soltanto i volumi, in ordine cronologico: (1991) Imbasciati, Cena: *La vita psichica primaria*, Masson, Milano; (2005) Imbasciati: *Constructing a Mind*, Routledge, London; (2006) Imbasciati: *Il Sistema Protomentale*, LED, Milano; (2007) Imbasciati, Dabrassi, Cena: *Psicologia Clinica Perinatale*, Piccin, Padova; (2010) Imbasciati, Cena: *I bambini e i loro caregivers*, Borla, Roma; (2010) Cena, Imbasciati, Baldoni: *La relazione genitore/bambino*, Springer Verlag, Milano; (2011) Imbasciati, Dabrassi, Cena: *Psicologia Clinica Perinatale per lo sviluppo del futuro individuo*, Express Edizioni, Torino; (2012) Cena, Imbasciati, Baldoni: *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*, Springer Verlag, Milano; (2014) Cena, Imbasciati: *Neuroscienze e teoria psicoanalitica*, Springer Verlag, Milano; (2015) Imbasciati, Cena: *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. 1: Neonato e radici della salute mentale*, FrancoAngeli, Milano; (2015) Imbasciati, Cena: *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. 2: Genitorialità e origine della mente nel bambino*, FrancoAngeli, Milano; (2017) Imbasciati, Cena: *Psicologia Clinica Perinatale. Vol. 3: Neuroscienze e psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano; (2018) Imbasciati, Cena: *Psicologia Clinica Perinatale. Vol. 4: Il futuro dei primi mille giorni di vita*, FrancoAngeli, Milano; (2019), Imbasciati: *Una vita con la psicoanalisi: la costruzione del cervello e il futuro dell'umanità*, Mimesis, Milano; (2020) Imbasciati: *Bodybrainmind, sette lezioni per una neuropsicoanalisi*, Mimesis, Milano; (2020) Imbasciati, Cena: *Psicologia Clinica Perinatale babycentered. Vol. 5: Come si costruisce la mente umana*, FrancoAngeli, Milano.

Qui di seguito ripercorriamo, seguendo gli sviluppi delle tematiche dei nostri studi e ricerche, la storia della Psicologia Clinica Perinatale da quando questa ha avuto origine negli anni '90, via via, nel corso del tempo, sino a oggi: per una *storia del nostro futuro*.

2. Anni 1990: la vita psichica primaria

Negli anni 1990 all'Università di Brescia proseguono gli studi e le ricerche iniziati negli anni precedenti all'Università di Torino sullo sviluppo infantile, psichico, psicosomatico e di qui anche fisico, condotte inizialmente dal vertice psicoanalitico e successivamente da quello psicologico-clinico e poi clinico-sperimentale.

Un primo confronto internazionale viene da noi intrapreso con un congresso internazionale a Brescia e una pubblicazione **“La vita psichica primaria, affetto e cognizione nell'infante”** (Imbasciati, Cena, 1991) con ricercatori e studiosi internazionali della Università di Ginevra come la Prof.ssa Elsa Schmid Kitzikis (subentrata a Jean Piaget). I temi sviluppati vertono sull'Osservazione del neonato e dell'infante, le sue relazioni primarie, attraverso uno scambio, un confronto e riflessioni che provengono da vertici teorici differenti: la Psicologia Cognitivista della Università di Ginevra e la Psicologia Clinica dell'Università di Brescia, l'intento è la ricerca di un dialogo. La psicoanalista Magda Viola e la neuropsichiatra infantile Romana Negri partecipano approfondendo la metodologia dell'Infant Observation attraverso casi clinici. Nelle vicissitudini dei primi due anni di vita si ritrovano le radici di molte psicopatologie. Ma anche l'individuo “normale” deve la sua “forma mentis” – carattere intelligenza, attitudini, personalità – a quanto in lui si è strutturato in quei primissimi tempi, di vita e di relazione. L'interesse di ricerca delle discipline psicologiche diventa pertanto applicativo, acquista una grossa portata pratica, agli effetti preventivi e predittivi, e in questi anni coinvolge altre discipline quali l'Igiene Mentale e la Psichiatria e soprattutto le Scienze pedagogiche e sociali. In questa prospettiva pluridisciplinare la Psicoanalisi ha studiato più a fondo ed estesamente l'importanza delle prime strutture psichiche agli effetti di tutto il successivo sviluppo dell'individuo. Termini quali “psichismo primario”, “psiche” e “mente” proprio in quanto di uso generalissimo nelle discipline psicologiche e aventi un referente così globale, implicano concetti forse univoci nella loro denotazione, ma senz'altro poliedrici nelle connotazioni, in quanto attinenti alla poliedricità stessa della psicologia, o meglio delle Psicologie, con i loro diversi approcci e le loro differenti teorizzazioni.

La mente funziona come un sistema che recepisce le informazioni sensoriali, le trasforma codificandole in un codice mnestico, le immagazzina in una continua elaborazione dinamica che recepisce, codifica ed elabora anche le informazioni interne o interiori e provvede all'elaborazione di un output come risposta comportamentale o prodotto psichico. Un tale modello è accostabile a quello dei calcolatori attraverso il concetto di elaborazione a seconda delle informazioni o dei programmi che per primi vengono

introdotti: qui il richiamo va alle esperienze primarie. Il modello, nel suo aspetto di continua interazione tra informazioni, elaborazioni, risposte e successive modalità di recezione, contiene in sé il concetto di comunicazione tra diversi sistemi. Il che è comprensivo del concetto di relazione, quale in altri termini sottolineato dalla Psicoanalisi. Infatti il sistema mente di ciascun individuo si forma nell'interazione comunicativa con altri sistemi, di altri individui, di solito a un grado di sviluppo maggiore. Il concetto di comunicazione implica quello di linguaggio (non specificamente verbale). L'intero modello prescinde, ovviamente, dal concetto di consapevolezza del soggetto.

In questo modello si concepisce lo sviluppo della mente attraverso la individuazione delle strutture mentali di base che condizionano l'utilizzazione delle successive esperienze e quindi la formazione delle strutture successive. La complessità sta inoltre nella considerazione di quanto il sistema mente e la struttura mentale siano determinati dalla struttura biologica e quanto invece dall'esperienza, ovvero dall'esercizio funzionale del sistema stesso.

Si colloca qui il dibattito tra posizione empirista e innatista che ha attraversato per decenni la storia della Psicologia. Trovando un paragone esemplificativo, le strutture neurali costituiscono l'hardware del calcolatore composto dal sistema mente: occorre dunque tenere conto dell'importanza dei fattori biologici e porre attenzione alle acquisizioni precoci.

Un altro ordine di fattori presi in considerazione nel dibattito con l'Università di Ginevra sono i *processi "affettivi"*, poco considerati nell'opera di Jean Piaget. In psicologia i processi di ordine cognitivo possono essere definiti con una precisione maggiore di quelli di ordine affettivo, in primis per il fatto che possono partecipare al carattere della consapevolezza. Apprendimento e memoria hanno costituito aree di studio in relazione ai processi cognitivi, così come intelligenza, linguaggio, pensiero. Il carattere della consapevolezza è sempre stato centrale nel processo cognitivo, perché rende direttamente e più facilmente misurabili alcune conoscenze, le delimita e le definisce. Ma al di là della consapevolezza sono tuttavia individuabili altri processi, in base ai quali si giunge al risultato finale della conoscenza appresa che può anche passare per altre vie oltre a quelle della coscienza e della verbalizzabilità dei soggetti, altre vie di inferenza, quali le "performance" di un soggetto, le operazioni di cui un soggetto acquista man mano capacità, con le relative sequenze, subordinazioni, strategie, complessità.

Gli eventi psicologici denominati "affettivi" hanno invece un carattere più sfuggente all'obiettivazione e vengono variamente definiti e suddivisi: la più nota distinzione è tra sentimenti ed emozioni. Si è evidenziato il carattere processuale dell'affetto, ma tale processualità è apparsa subito

molto più sfuggente e complessa e soprattutto più evidentemente sottratta alla consapevolezza del soggetto. Fin dall'inizio è stato chiaro alla psicologia quanto gli affetti sfuggissero alla coscienza che li individuava. La denominazione usata per indicare i vari stati affettivi ha un riferimento coscienzialista: termini come collera, noia, disgusto, tristezza ci richiamano quanto il soggetto è in grado di sentire e di riferirci su se stesso. Ma è sfuggente tutta la processualità anteriore all'epifenomeno cosciente: non ci sono solo gli affetti esperiti e riferiti ma anche e in quantità maggiore quelli inferiti. Gli "affetti" sfuggono pertanto alla possibilità di essere coscienti.

Gli affetti sono dunque un "qualcosa" che accade negli esseri viventi, su cui abbiamo indici attraverso molteplici vie di osservazione: indici che possiamo osservare, interpretare ed elaborare secondo differenti equipaggiamenti metodologici. I vari indici confluiscono nel definire quel qualcosa che è stato denominato "affetto": il termine pertanto si riferisce a un costrutto ipotetico formulato per indicare quanto rilevato concretamente attraverso molteplici vie.

La distinzione tra *processi cognitivi* e affettivi sembra nascere nello studio di entrambi, condotto originariamente entro i limiti della consapevolezza e della verbalizzazione del soggetto. Entro tale ambito infatti la cognizione sembra procedere per unità chiare al soggetto e di bassa equivocità alla comunicazione interindividuale, mentre l'affetto sfugge ed è equivocamente descrivibile; la cognizione ha come riferimento essenziale un ob-jectum esterno al soggetto, mentre l'affetto è interiorità; la maggior parte dei processi cognitivi comporta rappresentazioni e immagini che vanno molto al di là della rappresentazione verbale, di cui sembrano fruire anche gli affetti; questi infatti a parte le parole che servono a indicarli e che peraltro sempre indeterminatamente li descrivono, non mostrano una rappresentabilità, se non per metafore e analogie percettive. Tutte le distinzioni si attenuano se non spariscono, se si studiano i processi cognitivi e affettivi prescindendo dal loro rilievo esclusivo nell'ottica coscienzialista.

Lo studio della *mente primaria* pone pertanto in crisi la distinzione affetto-cognizione. Ancor più se consideriamo, nei processi psichici primari quelli prenatali: lo *psichismo fetale* per usare una espressione comparsa per la prima volta con Raskowsky nel 1974 e poi accertato da altri studi di Bertini nel 1978.

3. Anni 2005: vademecum per tutti gli addetti alla nascita

Progressivamente dal 2005 viene a delinearsi la specifica concezione di una **"Psicologia Clinica Perinatale", nella prospettiva di un vademecum per tutti gli addetti alla nascita, genitori inclusi** (Imbasciati, Da-

brassi, Cena, 2007). L'attenzione è focalizzata sulla *nascita* nei suoi aspetti fisiologici, psicologici e di patologia. Tale evento è considerato come molto importante nella vita di una famiglia, che è diventata negli anni prevalentemente nucleare: fin dalla gravidanza, preoccupazioni, ansie, gioie, impegni per il neonato dominano l'esistenza quotidiana dei genitori, che spesso non possono dividerli in una comunità familiare più allargata come poteva accadere in un tempo passato. Sono allora ostetriche e pediatri a dispensare consigli, regole, prescrizioni, soprattutto alle mamme in cerca di rassicurazione che tutto vada bene. Si affannano molte mamme, e soprattutto per l'allattamento, l'alimentazione, il sonno e capita spesso che alcune, disperate per i ritmi che il neonato loro impone, invano cercano di osservare tutte le prescrizioni e i consigli. Il fatto è che le "cure materne", di cui tanto si parla, non possono venire dalla scrupolosa osservanza di regole: vengono dal "cuore", spontanee nella maggior parte delle mamme, ma in alcune no. Qui allora interviene il contributo della Psicologia Clinica, dove "clinica" non significa cura di una patologia, ma entrare dentro nel mondo della *relazione inconscia tra la madre e il suo bimbo*: nel mondo interiore dei vissuti e delle emozioni che sfuggono a qualunque regola prescritta e a ogni buona intenzione della mamma.

La rivista *Nascere* con la sua lunga tradizione clinica e culturale segue negli anni e documenta le esperienze materne e ostetrico-ginecologiche attraverso anche i numerosi Congressi della Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica.

Da alcuni ostetrici vengono proposti i cosiddetti "metodi psicoprofilattici" che aiutano ad alleviare il dolore da parto nella donna: Piscicelli a Roma (con il RAT Training autogeno respiratorio) e Ferruccio Miraglia a Milano, primo primario ostetrico-ginecologico che ha promosso l'applicazione dei principi psicologici (grazie anche a una sua personale formazione con l'illustre psicoanalista Franco Fornari) all'ostetricia e alla neonatologia, affiancato dalla sua allieva e continuatrice Marisa Farinet. La loro rivista "Nascere" tiene desto l'interesse degli ostetrici, e molto più delle ostetriche, agli aspetti umani del nascere, alle loro implicanze psichiche, per la donna e il bimbo, sviluppando una linea scientifico-culturale che ha moderato la progressiva medicalizzazione, tecnicizzazione e disumanizzazione del parto che, sostenuta dall'ottimo intento di usare i progressi della medicina per ridurre i rischi della gestante, aveva però offuscato aspetti non meno importanti della vita umana, e della donna in particolare. Questa intuizione è nata primariamente dalla prassi clinica delle ostetriche. Parallelamente i progressi della psicologia delle emozioni e in particolare gli studi sulle dinamiche psichiche profonde, hanno permesso di vedere quanto queste ultime fossero attive e peculiari nella donna in relazione alle sue vicende

sessuali, con al centro quelle riproduttive. Si è studiata la psicomica della femminilità e la particolare riedizione di questa quando la donna concepisce, conduce la gestazione, partorisce e poi accudisce il neonato; i progressi della psicosomatica ne hanno chiarito l'aspetto neurale e il conseguente impatto sulla corrispondente fisiologia corporea. Si è visto come la stragrande maggioranza delle difficoltà di gestazione, patologie in particolare, del parto, del puerperio, dell'allattamento, fossero dipendenti da corrispondenti dinamiche psichiche. È nata l'idea di aiutare la donna con "qualcosa" che avesse una valenza preventiva nei confronti delle difficoltà, normali e/o anomale, del suo diventare madre. Si è sviluppata la "psicoprofilassi del parto", con diverse prassi per preparare la gestante a partorire in condizioni psichiche presumibilmente migliori, nell'intento, o perlomeno nella speranza, di diminuire i rischi delle complicanze. Con il termine "psicoprofilassi" si premette un generico "psico" a un termine specificatamente medico. A seguito di una medicalizzazione progressiva lungo il secolo ventesimo, nelle ultime decadi di questo, si è intuito quanto il suddetto progresso avesse messo in ombra tutto l'aspetto "umano", in realtà oggi diciamo *psicosomatico*. Fortunatamente negli ultimi trent'anni, alcuni medici ostetrici particolarmente sensibili a quanto si era messo da parte, hanno promosso iniziative volte a "riumanizzare" una medicalizzazione della quale si intuivano i difetti. Con i *corsi di psicoprofilassi al parto*, l'ambiente medico si è andato sensibilizzando agli apporti che le scienze psicologiche potevano offrire a tale "umanizzazione del parto".

Con tale fase di transizione si è iniziato lo sviluppo di una prassi ostetrica che tenesse in considerazione una integrazione del sapere medico con quello delle scienze psicologiche. Dai corsi di "psicoprofilassi" si è passati a una visione più generale delle necessità che dovesse essere assistito, con un'assistenza non solo medica, ma anche e forse essenzialmente psicosociale, non solo il periodo della gravidanza e del parto, ma tutto il percorso che precede, nella donna e nella coppia, la decisione di fare un figlio, e quello che segue dopo l'evento concreto della gestazione e del parto.

Ai contributi delle scienze psicologiche si sono sommati quelli provenienti dai cambiamenti dell'assistenza medico-ostetrica, nonché quelli che sono stati aggiunti attingendo dalle scienze pedagogiche. Si sta progressivamente variando la terminologia e non si fa più tanto riferimento alla psicoprofilassi, ma piuttosto alla "educazione": educazione alla procreazione, alla gestazione, al parto, educazione prenatale, ecc.

A questo proposito, vorremmo segnalare che occorre cautela nell'attingere al concetto di educazione in quanto i processi psichici che si attivano in gravidanza, nel parto e in tutte le vicende perinatali sono per la maggior parte inconsapevoli e pertanto difficilmente sondabili, soprattutto nella loro

incidenza psicosomatica. Il concetto di “educazione” si presta facilmente a essere concepito in termini di processi coscienti: di qui i rischi di intendere unicamente che le prassi di intervento escogitate, pedagogiche, cioè *prescrittive e coscienti*, possano totalmente incidere sulla psicosomatica del parto. I processi psichici implicati nelle modulazioni psicosomatiche sono al di là della coscienza e l’educazione pertanto potrà dare una momentanea rassicurazione alla donna, alla famiglia, agli operatori, ma quanto davvero gioverà a un percorso ottimale nelle vicende perinatali e alla promozione di un buon sviluppo psichico del bimbo?

Gli interrogativi sono aperti: rimandano a una cultura specifica e scientifica che deve ancora formarsi in cui si colloca il non facile compito di integrare la Psicologia Clinica nelle sue componenti di psicologia del profondo e di psicosomatica, con le scienze più specificatamente ostetriche e pedagogiche. Deve svilupparsi un’effettiva “psicologia clinica perinatale” nel cui ambito le scienze psicologiche, tenuto conto di tutti i processi medico-biologici, dovranno elaborare, sia cognizioni accessibili all’ambiente medico, da un lato, e alla comprensione sociale dall’altro, sia una serie di prassi applicative, che si avvalgano anche della Pedagogia e che possano essere messe in opera da un “operatore specifico”.

La trasformazione sarà laboriosa e oggetto dei nostri studi negli anni successivi. Occorrerà avviare una non facile integrazione tra operatori diversi, ma soprattutto una ancor meno facile integrazione tra scienze tra di loro differenti. La figura dell’operatore specifico in questo campo dovrebbe riassumere in sé e a sua volta promuovere un’integrazione, effettiva e non solo formale, di saperi scientifici tra di loro diversi.

Le nostre ricerche cliniche e sperimentali in questi anni vengono sviluppate in collaborazione scientifica con altre università italiane, in particolare con l’Università di Bologna e il Prof. Franco Baldoni. Vengono avviati progetti comuni di osservazione e ricerca empirica con obiettivi condivisi presso le UTIN degli Spedali Civili di Brescia (Prof. Chirico) e UTIN dell’Ospedale degli Infermi di Rimini (prima Prof. Romeo e successivamente con la Prof.ssa Gina Ancora).

La nostra attenzione si focalizza principalmente sulla nascita pretermine con ricerche longitudinali e l’osservazione dei bambini nati prematuri e i loro genitori nei reparti dei rispettivi Ospedali, secondo analoghe metodologie di indagine e strumenti di rilevazione dati. I neonati e i bambini vengono da noi monitorati con entrambi i loro genitori madri e padri con follow-up periodici durante i primi anni di vita.

In questi anni abbiamo attivato un confronto scientifico internazionale sulle problematiche relative alla psicopatologia della perinatalità con Monique Bydlowski, responsabile del laboratorio di ricerca sulla maternità

dell'Ospedale Tarnier, Università di Parigi, da noi invitata a Brescia al convegno internazionale "Psicologia e Psicopatologia della perinatalità. Cure materne e sviluppo del futuro individuo" per un aggiornamento e confronto sugli sviluppi dei suoi più recenti lavori clinici.

4. Anni 2010: i bambini e i loro caregivers

Le ricerche, avvalendosi di sempre nuovi set sperimentali, nonché di nuove tecnologie, come l'ecografia, la PET e altre, convergono nell'indicare l'importanza fondamentale della qualità dei primi sviluppi, fetali, neonatali e della prima infanzia, nel condizionare, forse determinare, lo sviluppo successivo fino all'età adulta. Si sono sviluppate e moltiplicate le ricerche delle scienze psicologiche e neurologiche sullo sviluppo infantile, psichico, psicosomatico e di qui anche fisico, condotte inizialmente dal vertice psicoanalitico e successivamente da quello psicologico-clinico e poi clinico-sperimentale; e infine dal vertice delle neuroscienze. Il concetto di maturazione neurologica è oggi fondamentalmente cambiato: la maturazione non avviene per natura, cioè per iscrizioni genetiche, ancorché da queste non prescinda, bensì per apprendimenti, e questi dipendono dal contesto relazionale.

La metodologia della *Osservazione clinica della relazione*, per la prevenzione e l'intervento diventa l'oggetto di studio nelle nostre ricerche pubblicate nel volume **"I bambini e i loro caregivers. Metodi e strumenti per l'osservazione clinica della relazione e per l'intervento"** (Imbasciati, Cena, 2010). Lo sviluppo del bimbo avviene in funzione del contesto relazionale, e da questo dipende. La qualità del contesto relazionale modula le comunicazioni che intercorrono tra madre e bimbo, da prima della nascita, e queste si svolgono in un "dialogo" che condiziona gli apprendimenti, soprattutto quelli che concernono il tipo di funzionalità che acquisirà e esplicherà la struttura neuromentale infantile. La qualità di tale dialogo, ottimale o deficitario o patogeno, costruisce il suo cervello. Un neonato potrà crescere con uno sviluppo psiconeurale ottimale, piuttosto che in qualche modo deficitario, o a rischio di patologia, a seconda della qualità delle relazioni che si strutturano con la madre e gli altri caregivers. Tale "qualità" strutturerà il suo primo cervello, e da questo ogni suo ulteriore sviluppo.

La qualità delle relazioni che struttureranno la mente di un bimbo dipendono, oltre che dalle condizioni ambientali e sociali in cui egli viene a essere concepito, gestato, partorito e accudito, sostanzialmente dalla struttura psichica della madre e delle altre persone che si occupano di lui.

Le attuali conoscenze hanno portato all'attenzione l'importanza di una *valutazione della relazione* bambino/madre-caregivers ai fini di prevenire le situazioni a rischio con opportuni interventi precoci, che potranno essere praticati con varie tecniche e diverse impostazioni teoriche, ma centrati proprio sulla relazione. La madre e il padre sono al centro dell'osservazione e della valutazione di un loro eventuale bisogno di supporto, ma l'intervento è praticato diagnosticando e curando le relazioni. Sono state da noi esaminate metodologie e tecniche che, nel quadro di teorie diverse, sono state sviluppate negli ultimi trent'anni per "osservare, valutare, diagnosticare" la situazione relazionale tra il bimbo piccolo e chi si prende cura di lui, i suoi caregivers. Queste metodologie e tecniche, sviluppate per la ricerca, si sono rivelate indispensabili per impostare interventi terapeutici, nelle situazioni riconosciute patologiche, o comunque interventi preventivi per le situazioni a rischio, o anche interventi per ulteriormente migliorare la qualità della relazione e con questa il futuro individuo. È questo un principio difficile da far assimilare nell'ambiente medico, in operatori abituati a individuare, sempre e inconsciamente al di là delle intenzioni dichiarate, i singoli protagonisti della relazione e le loro "patologie", quasi "colpe", se la relazione non funziona come atteso.

5. Anni 2010: la relazione genitore-bambino

La Psicoanalisi infantile si è enormemente sviluppata, coniugandosi con le ricerche e le tecniche derivate dalla Teoria dell'Attaccamento e dando origine a varie e diverse Scuole di Psicoterapia. Queste sono centrate sui caregivers quanto più il bimbo è piccolo, o meglio, l'oggetto della terapia è la relazione che può essere clinicamente e/o sperimentalmente osservata tra caregiver e bimbo. Gli interventi vanno effettuati nella relazione e sulla relazione: *il "paziente" è la relazione*, non il singolo individuo.

Il veicolo principe della comunicazione che intercorre tra il terapeuta, o i terapeuti, e i "pazienti" non è la parola, come nella Psicoanalisi degli adulti. Nell'applicazione ai bambini, la Psicoanalisi si è trovata di fronte allo studio di come modalità comunicative diverse dal linguaggio parlato potessero avere effetto mutativo terapeutico: nasce il concetto di relazione nel suo significato affettivo profondo e nelle sue modalità dialogiche non verbali che ne veicolano la comunicazione di affetti: al di là di qualsiasi parola. Con l'Infant Research si è sviluppata progressivamente l'osservazione sperimentale dei bambini. All'interno di set psicoanalitici si è iniziato a occuparsi anche di neonati con forme di intervento terapeutico: naturalmente insieme alle loro madri, a partire dalla metodologia dell'In-

fant Observation, confermando l'importanza delle osservazioni cliniche sugli infanti e degli interventi psicoterapeutici precoci, per gli effetti di ogni successivo sviluppo psichico e psicosomatico dell'individuo. Fin dall'epoca fetale si struttura infatti una relazione, in senso psichico affettivo profondo, tra gestante e bimbo, che si prolunga e ripete tra caregiver e neonati, che permette la trasmissione di messaggi, prima biochimici e poi sonori, motori, pressori e quindi tattili e visivi, i quali a loro volta strutturano le reti neurali del bimbo: è questo il concetto attuale di maturazione cerebrale, non tanto per codici genetici, quanto per apprendimenti modulati dalla qualità della relazione. Si stabilisce in tal modo un dialogo non verbale, eppure contenente messaggi definibili, la cui qualità condiziona il cervello del bambino, in maniera ottimale piuttosto che patogena. Un'eventuale "patologia" di questa cosiddetta maturazione cerebrale dipende da molteplici fattori, dei quali gran parte sono inerenti alla struttura neuropsichica funzionante nella madre nelle condizioni di accudimento. Questo sviluppo ha permesso di accertare come l'effetto terapeutico, cioè ciò che fa cambiare le strutture mentali, anche per gli adulti, dipende dai messaggi affettivi veicolati nella comunicazione non verbale che costituisce una specifica relazione interpersonale.

Ciò ha portato alla scoperta dell'importanza e della complessità della relazione interpersonale come situazione psichica strutturante. L'effetto strutturante, che non è semplicemente psichico ma anche neurale, è di fondamentale rilievo per la maturazione del cervello dei bambini: esso dipende dagli apprendimenti relazionali primari. L'effetto strutturante può essere anche negativo: ecco la psicopatologia, silente nei bambini piccoli. Nella "relazione genitore-bambino", la relativa continua comunicazione non verbale che la caratterizza, è situazione che sfugge alla coscienza: l'essenza della circolazione di messaggi affettivi è automatica e inconscia. Un terapeuta pertanto deve aver acquisito la capacità di esserne, almeno in parte, cosciente.

Gli intenti terapeutici hanno portato alla scoperta della relazione: questa agisce comunque nei rapporti interpersonali umani, tanto più quanto questi sono intimi, e produce cambiamenti strutturali in coloro che si relazionano, salienti quando si tratta di un adulto che si occupa di un bambino. Si è così progressivamente rilevato quanto sia cruciale la relazione tra i genitori e i loro bambini: dalla qualità di questa relazione dipenderà uno sviluppo psichico e psicosomatico (fisico nel neonato) ottimale piuttosto che deficitario o patologico.

La convergenza di studi clinici e sperimentali rileva l'incidenza dei caregivers sullo sviluppo neuropsichico del bambino, indicando come la qualità del primo sviluppo psichico condizioni ogni successivo sviluppo

neuromentale. Si è sempre più affermato in questi anni il concetto di *relazione primaria*, su cui operare terapeuticamente, sia individuando le situazioni a rischio, per poterle curare, sia provvedendo ad adeguate situazioni terapeutiche al bambino, ai suoi caregivers, alla famiglia. Si è sviluppata così una clinica rivolta non tanto a curare il singolo, quanto a modificare le relazioni madre-neonato-bimbo e madre-bimbo-padre, matrici della costruzione della mente e del cervello del futuro individuo.

Una diagnostica psicologica precoce si sta sviluppando nella sua importanza preventiva, mentre stanno ancora progredendo metodologie psicoterapeutiche per curare le relazioni a rischio.

La relazione genitore-bambino, tema centrale dei nostri studi, viene valutata con metodologie e strumenti specifici per la prima infanzia. In questi anni abbiamo ricercato integrazioni con la Teoria dell'Attaccamento che ci ha consentito di approfondire la applicazione di alcuni strumenti costruiti specificatamente per tali rilevazioni. In diversi seminari e congressi a Brescia abbiamo invitato e ci siamo confrontati con Patricia Crittenden, del Family Relations Institute, IASA – International Association for the Study of Attachment –, allieva di John Bowlby e di Mary Ainsworth. Si sono sviluppati studi e ricerche tra i due vertici di incontro: Psicoanalisi e nuove prospettive evoluzionistiche della Teoria dell'Attaccamento, pubblicati nel volume **“La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento”** (Cena, Imbasciati, Baldoni, Edizioni Springer Verlag, Milano, 2010). Qui abbiamo documentato le esperienze cliniche e di ricerca con bambini nati prematuri e le loro famiglie, sviluppate negli anni dal 2005 al 2010 con il gruppo di ricerca del Prof. Franco Baldoni (Università di Bologna).

Nelle ricerche cliniche e sperimentali di questi anni, vengono da noi utilizzate metodologie e strumenti messi a punto dalla Teoria dell'Attaccamento, in particolare da Patricia Crittenden: l'Adult Attachment Interview e il CARE-Index. L'Adult Attachment Interview, ideata da Kaplan e Main nel 1984, che consente di descrivere le strategie di attaccamento dell'adulto è stata successivamente analizzata da Patricia Crittenden secondo il suo modello Dinamico Maturativo – DMM.

Un altro strumento è il CARE-Index Infant (Child-Adult Relationship Experimental Index), procedura di videoosservazione che valuta le interazioni precoci genitore-bambino 0-36 mesi e che consente di rilevare la sensibilità genitoriale e la cooperazione del bambino. Questi strumenti ci hanno consentito di individuare le interazioni a rischio al fine di attivare strategie di prevenzione e intervento precoce, orientando l'assistenza a sostegno della relazione.

Da queste ricerche empiriche, condotte con entrambi i genitori e i loro bambini, è inoltre emersa l'importanza, fino a ora poco indagata, della fun-

zione paterna che si è rivelata di notevole supporto alla interazione diadica madre-bambino soprattutto nelle nascite pretermine, quando la madre è spesso sofferente per un parto prematuro e il bambino è ricoverato nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale.

6. Anni 2011: un uomo transgenerazionale

La nostra Psicologia Clinica Perinatale procede nello studio longitudinale di come si forma la mente umana: nel feto, nel neonato nei primi diciotto mesi di vita in maniera peculiare, e poi, meno incisivamente, lungo tutta la vita. I principali filoni delle nostre ricerche sullo sviluppo perinatale pongono particolarmente l'attenzione sulle tematiche relative alla transgenerazionalità delle vicende perinatali ovvero alla *trasmissione transgenerazionale* delle strutture di base, inconsce, dai genitori ai figli. Le ricerche vengono pubblicate nel volume **“Psicologia Clinica Perinatale per lo sviluppo del futuro individuo. Un uomo transgenerazionale”** (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011).

Negli ultimi trent'anni le ricerche della Psicologia dello Sviluppo (in particolare l'Infant Research), della Psicologia Clinica, della Teoria dell'Attaccamento, della Psicoanalisi, della Neuropsichiatria Infantile e delle Neuroscienze hanno evidenziato una convergenza nel dimostrare come i primissimi tempi della vita siano decisivi per la strutturazione della mente, nonché del cervello stesso, nella sua irripetibile individualità e come tale strutturazione sia la base per ogni apprendimento e ulteriore strutturazione neuropsichica, funzionale e mnestica. Di qui il crescente sviluppo di ricerche, da vari vertici condotte, sulle condizioni che determinano la qualità individuale della struttura neuromentale di base. Quanto fino a qualche decade addietro era creduto maturazione neurologica “naturale”, si è rivelato invece frutto di esperienze individuali, mediate dal tipo, o meglio dalle qualità delle relazioni in cui si è trovato il feto, il neonato, il bimbo.

Gli studi succitati confluiscono nel dimostrare come tale “strutturazione relazionale” dipenda dalla madre, dai caregivers, nelle condizioni in cui accudiscono al bimbo. Di qui la massima attenzione a come tutte le interazioni perinatali possano strutturare al meglio il futuro individuo, oppure mettere a rischio di patologia il suo ulteriore sviluppo, fino all'età adulta.

La Psicoanalisi aveva anticipato, fin dai tempi delle scoperte kleiniane e poi soprattutto con le ricerche della Bick negli anni sessanta e della Harris nel 1980, l'intuizione clinica di quanto rilevante fosse lo sviluppo psichico della prima infanzia agli effetti del successivo sviluppo della mente dell'individuo, e ciò non solo nei riguardi di eventuali patologie, ma anche

e soprattutto nei confronti del tipo e della qualità della struttura psichica che si verrà a formare, della personalità nei suoi vari aspetti, affettivi e cognitivi, caratteriali e comportamentali.

I rilievi clinici degli psicoanalisti ebbero originale sviluppo, a cominciare dagli anni settanta, con l'opera di John Bowlby, psicoanalista egli stesso, che ebbe il grande merito di coniugare l'osservazione clinica con l'approccio sperimentale: le Scuole derivate direttamente o indirettamente da Bowlby si sono moltiplicate, incrociandosi con il vertice cognitivo comportamentale e con i vari filoni dell'intera Psicologia Evolutiva, nonché, ultimamente, con le Neuroscienze.

Fini metodologie scoperte negli anni precedenti hanno progressivamente messo in rilievo la natura e la qualità dei primi apprendimenti umani, fetali, perinatali, neonatali e del primo anno di vita. Con gli attuali studi viene esaminato come tali apprendimenti siano condizionanti il successivo sviluppo neuromentale, ma soprattutto come questi apprendimenti non siano affatto automatici o "naturali", ma modulati dalle persone, in primis dalla madre, che si occupano del bambino. La loro interiore e *inconscia disposizione affettiva e caratteriale* e la loro stessa struttura mentale strutturano una specifica e individuale relazione con il singolo bimbo, che non solo veicola, ma condiziona i di lui apprendimenti. Viene considerato in altri termini quanto il concetto di relazione, specificato nei suoi aspetti prima sconosciuti, sia determinante per la qualità degli apprendimenti e come questi costruiscano le strutture neurologiche del cervello di quel bimbo: queste a loro volta condizioneranno lo sviluppo fisico, e psicosomatico, ma soprattutto psichico, del futuro individuo.

Tale concetto di "costruzione" è confermato ed evidenziato dalle neuroscienze: quanto fino a qualche decade fa era considerato dovuto al patrimonio genico, individuale e della specie, si è invece rivelato costruzione di reti neurali che dipendono da quanto viene appreso nelle relazioni primarie.

La biologia cerebrale non è indipendente dall'esperienza che l'individuo attraversa, e tale esperienza non consiste nelle condizioni esterne in cui si è allevato il bimbo, ma da come l'interazione con i caregivers le media e le fa elaborare, dal cervello del bimbo che le apprende, ovvero le trasforma, in un dialogo affettivo: l'affettività è la prima fonte della cognizione, al di fuori di qualsiasi consapevolezza.

In tale contesto sono le azioni, o meglio le interazioni, che avvengono tra madre e bimbo espresse nelle modalità di accudimento, che veicolano altrettanti messaggi della madre che li modula e così modulati vengono appresi.

Le relazioni modulano sempre ciò che l'individuo "impara" e l'imparare corrisponde a strutturazioni e ristrutturazioni neurali: queste sono di

enorme rilevanza nelle prime epoche della vita, ma comunque avvengono in misura decrescente in ogni epoca della vita dell'uomo, in tutte le sue relazioni.

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

L'ambiente circostante e soprattutto le relazioni interpersonali veicolano al bambino messaggi verbali ma soprattutto non verbali che, una volta elaborati, vanno a costituire una memoria funzionale (un Sé implicito) capace di determinare le future esperienze dell'individuo. Da questo deriva l'importanza della *qualità mentale dei caregivers*, per la trasmissione psichica ed epigenetica di quelle funzioni memorizzate che creano "effetti transgenerazionali", capaci di condizionare non solo la mente del singolo individuo ma anche le sue future capacità genitoriali.

Poiché tutto ciò passa nella "Relazione", è questa che viene studiata: non è infatti affatto detto che le relazioni trasmettano qualcosa di uguale per tutti, né che trasmettano ciò che si vorrebbe, né che trasmettano elementi positivi. Se nella struttura neuromentale dei caregivers vi sono difetti, patologie o comunque disfunzionalità, anche occulte, queste si possono trasmettere, all'insaputa dei protagonisti, inconsciamente per il caregiver, condizionando la costruenda struttura del futuro individuo. Parimenti, se le relazioni sono disturbate o impedito, l'esperienza, gli apprendimenti e la struttura neuromentale dell'individuo ne risentiranno negativamente.

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

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

7. Anni 2012: prendersi cura dei bambini e dei loro genitori

Vengono da noi approfondite le integrazioni con la Teoria dell'Attaccamento e il confronto con Patricia Crittenden su tematiche specifiche relative alla genitorialità e alla valutazione delle funzioni genitoriali. La qualità di tali funzioni struttura il cervello del bambino e di qui il suo sviluppo, psichico e fisico, soprattutto nei contesti clinici della perinatalità, dove la qualità delle interazioni con i genitori condiziona la patologia piuttosto che l'ottimalità della crescita. Le patologie e quasi tutti i disagi psichici hanno radici infantili nelle relazioni che il bimbo poté avere con gli adulti che si occuparono di lui. Per prevenire la sorte dei bambini che si ritrovano a crescere in costellazioni familiari non ottimali, cioè a rischio, occorre un'assistenza preventiva ai genitori.

Il focus dell'indirizzo clinico è rappresentato dall'emergente necessità di aver cura dei genitori fin dalla loro nascita come tali (quando nascono i genitori?), se vogliamo curare i bambini con efficacia. Per raggiungere tale scopo è indispensabile promuovere una mentalità di prevenzione e miglioramento che tenga conto delle future generazioni e demolire la concezione che i disturbi psichici e comportamentali dei bambini vadano curati quando ne emerga una qualche "psicopatologia", concentrandosi solo sul bambino. Ciò non potrà essere ottenuto se non con una sensibilizzazione culturale e politica che possa condurre a una trasformazione delle nostre istituzioni assistenziali e soprattutto a una nuova formazione degli operatori della salute. Le scuole sistemiche hanno evidenziato l'insieme relazionale inteso come effettivo "paziente" tuttavia quando si rileva un disturbo nei bambini si tende a curare questi, secondo la tradizione medica, anziché il loro sviluppo relazionale, in questo caso il rapporto con i genitori-caregiver.

Le Neuroscienze hanno dimostrato che questo rapporto struttura l'organizzazione micromorfologica e funzionale del sistema nervoso centrale fin dall'epoca fetale: lo studio e l'intervento clinico inizia dalla coppia, dalla relazione dell'uomo con la donna, nella prospettiva di generare un figlio.

Per intervento clinico, preventivo e terapeutico, si intende un quadro di assistenza psicologica, organizzato in appositi servizi, entro cui l'opera di differenti specialisti, coordinatamente, si integri in un'accoglienza e sostegno delle coppie, nell'intento di promuovere la migliore salute mentale e di individuare le situazioni a rischio. Una difficoltà della cultura sanitaria corrente è il comprendere quanto un intervento di cura, o meglio di cure, praticato per vie psichiche, possa incidere sullo sviluppo delle strutture neurali che si formano già nel feto e si completano nel neonato e nei primi anni di vita di un individuo, condizionando il funzionamento del cervello,

e di qui la storia di quell'individuo. Lo sviluppo delle Neuroscienze, in un quadro di competente osservazione di Psicologia Clinica, ha dimostrato che ogni relazione, soprattutto se intima e in età precoce, veicola messaggi che strutturano le reti neurali, come evidenziato da Schore nel 2003: quanto in passato era stato focalizzato come comunicazione di affetti tra madre e neonato, indicato come fattore essenziale dello sviluppo psichico, è stato in queste ultime decadi scoperto come serie di apprendimenti, non verbali, che strutturano il cervello. La cosiddetta maturazione neurologica è dovuta ad apprendimenti, molto più che alla genetica. Le interazioni che compongono ogni relazione veicolano messaggi, non consapevoli e non verbalizzabili, che costituiscono il tessuto che ciò che oggi si intende come relazione, e che determinano un apprendimento mediante un *affetto neurale strutturante*, tanto più quanto esse sono precoci nella vita di un individuo. La maturazione neurologica avviene per questi apprendimenti in modo qualitativamente differenziato e a seconda delle singole relazioni. Di qui la necessità che l'obiettivo della cura per i bambini debba essere non il bimbo ma la relazione con i suoi genitori e caregiver. Di qui la comprensione di quanto una cura psichica condizioni la biologia, e non solo a livello neurologico, ma anche a livello dell'intero sviluppo psicosomatico dell'organismo. Focalizzare la cura sul bambino e intraprenderla quando si rivela un disturbo è la via meno efficace per modificare una situazione problematica. Questo si riferisce a una concezione di "clinica" come rimedio quando si rileva un disturbo: al contrario, il senso del termine "clinico" in psicologia clinica ha significato ben più ampio e differenziato rispetto a quello che possiede nell'area medica; lo si intende sempre in senso longitudinale e indipendente dall'evidenziarsi di un disturbo. Il disturbo psichico, ben prima di manifestarsi, si radica nella struttura neuropsichica: di qui la necessità di prevenzione, prima ancora di qualunque "cura", e l'attenzione alla promozione della "salute" al di là del riscontro di anomalie etichettate come "patologia".

Molti sono i vertici scientifici in cui può essere inquadrata tale cura del bambino nelle sue relazioni: psicoanalitico, indirizzo sistemico, cognitivo comportamentale, transazionale, psicopedagogico. Le tecnologie di ripresa audiovisive sono state sempre più e in vario modo utilizzate per riprendere sedute di terapia: lo psicoterapeuta trae vantaggio dal rivederle e rivederle insieme ai pazienti interessati, cioè i genitori, ha un effetto terapeutico. L'evoluzione più consistente in tale iter è rappresentata dal saper integrare un orientamento psicoanalitico, centrato sull'analisi delle emozioni inconscie che si manifestano nel terapeuta, nel paziente e fra i due, con l'apporto attinto dalle scienze sperimentali. Questa integrazione è utile per impostare set di tipo diagnostico che possano essere al contempo usati per l'interven-

to psicoterapeutico. In questo incontro tra spirito clinico e approccio sperimentale è stata pionieristica l'opera di John Bowlby: le sue allieve svilupparono classiche situazioni madre-bimbo per farne terreno standard di una diagnostica che contemporaneamente potesse servire come psicoterapia. In questo quadro Patricia Crittenden ha sviluppato sia la teoria, coniugando apporti psicoanalitici, sistemici, evoluzionistici, sperimentali, sia gli strumenti che sono stati integrati nelle nostre ricerche. Gli studi che abbiamo sviluppato sono pubblicati nel volume **“Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori. La ricerca clinica per l'intervento”** (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2012). Il volume documenta i percorsi da noi intrapresi e i progressi delle ricerche con Patricia Crittenden, i suoi collaboratori e il gruppo di ricerca di Franco Baldoni (Università di Bologna). Vengono confermati in modo sempre più importante gli aspetti positivi della funzione del padre come sostegno della madre e della coppia/famiglia, sofferente per una nascita prematura.

Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori significa coinvolgere e formare diverse figure professionali impegnate sul fronte della perinatalità: psicologi, pediatri, neuropsichiatri infantili, neonatologi, ostetriche, ginecologi, educatori, assistenti sociali e sanitari, ma anche insegnanti, periti del tribunale e giudici.

La centralità di una formazione degli operatori adeguata alla sostanza emozionale che governa la relazione genitore-bambino-operatori è pertanto da attuarsi con metodologie didattiche non tradizionali. Tale formazione è di importanza primaria: essa ha lo scopo non soltanto di preparare operatori idonei, ma soprattutto di creare una cultura assistenziale nuova per questo genere di “cura”, del tutto diversa da quella dello spirito medicalistico tradizionale, che operi come rete contenitiva, in cui le diverse competenze specialistiche dovranno integrarsi in uno spirito sensibile alle correnti emozionali profonde, soprattutto quelle collettive, e ancor più quelle istituzionalizzate. Le diverse figure professionali che operano ognuna separatamente nei servizi assistenziali per l'infanzia, devono essere coinvolte in un'integrazione multidisciplinare che potrà realizzarsi in una riorganizzazione degli attuali servizi che si occupano dell'infanzia e della donna, in un comune interesse per la promozione della salute. Essenziale quindi l'apporto di psicologi clinici esperti di perinatalità, in un lavoro comune, simile a quello da noi iniziato per la formazione di tutti i diversi operatori: una formazione permanente che sottolinei l'assetto emozionale essenziale, affinché le diverse metodologie tecniche si accompagnino a un clima che favorisca l'assistenza dell'utenza. Occorre d'altra parte creare a livello sociale una nuova cultura della salute, intesa nel suo completo aspetto psichico e fisico, nella prospettiva di un futuro transgenerazionale.

Vogliamo sottolineare l'importanza di una "perinatalità dei genitori": il periodo lungo il quale una coppia pensa, progetta e poi attua il concepimento, la gestazione e l'accudimento del neonato, è contrassegnato da enormi trasformazioni psichiche dei futuri genitori. In questa *perinatalità psichica* nascono, per così dire, i genitori stessi, ovvero si forma in loro quella struttura che si rende necessaria per allevare un bimbo, la *dimensione della genitorialità*. In questo periodo di perinatalità della coppia, è opportuna una assistenza alla coppia stessa: curare i genitori per evitare che coppie con strutture neuromentali non ottimali e/o in circostanze interne avverse possano condizionare la struttura in formazione del bimbo in modo non ottimale, deficitario, disfunzionale, forse patologico. Si presenta pertanto l'opportunità di screening preventivi, che abbiamo intrapreso nelle ricerche di questi anni.

8. Anni 2014: Neuroscienze e Teoria Psicoanalitica

Molti neuroscienziati hanno considerato le intuizioni cliniche della psicoanalisi per ricercarne e dimostrarne i processi biologici, che permettono quelle funzioni psichiche complesse che sono state e sono tuttora l'oggetto dell'indagine clinica psicoanalitica. Si tratta dei processi che furono detti affettivi, inconsci, oggi considerati la base della cognizione e i garanti dell'efficacia e completezza dei processi cognitivi. Tali processi hanno il loro riscontro nell'organizzarsi di funzioni neurali: la relativa strutturazione cerebrale dipende dalla qualità delle relazioni e interazioni in cui si trova l'individuo, a cominciare dall'epoca fetale, neonatale, infantile e progressivamente lungo tutta la sua vita, caratterizzando in tal modo la irripetibile singolarità della mente di ogni essere umano.

Questo apprendimento neonatale è del tutto non verbale e non riguarda contenuti esplicitabili: si apprendono progressivamente capacità, percettive, motorie, ma soprattutto si apprendono i sentimenti primordiali di essere autori delle proprie azioni, e protagonisti dei propri pensieri, di essere se stessi, nel mondo e con le altre persone; ciò che viene denominato "soggettività". Questo tipo di apprendimento non verbale costituisce la *memoria implicita*, non cosciente e mai coscientizzabile, averbale, asimbolica, che condiziona lo sviluppo di ogni futuro carattere di quel singolo individuo: a livello neurale se ne è scoperta la natura emozionale.

La mente umana è fondamentalmente regolata da processi emozionali, riscontrati a livello biochimico, al di fuori di ogni coscienza. Questa è soltanto un epifenomeno, trasformato e spesso ingannevole che qualche volta compare nella soggettività e che è frutto di una piccola parte del lavoro che

in quel momento sta facendo l'intero encefalo. La funzionalità neuromentale è attiva al di là di ogni consapevolezza, governa il comportamento e le condotte dell'individuo, nelle modulazioni della soggettività e dell'intersoggettività che condizionano lo svolgersi della sua vita. La psicoanalisi ha scoperto la nascosta interiorità dell'essere umano, la Psicologia sperimentale ne ha mostrato la continua comunicazione interazionale (soprattutto non verbale) che struttura ogni progressivo apprendimento, le Neuroscienze ne stanno evidenziando i processi biologici nel cervello. In questi anni si è ricercato un incontro tra neuroscienziati e clinici di psicoterapia psicoanalitica allo scopo di enucleare come da un'*integrazione* dei due vertici di studio *Neuroscienze* e *Psicoanalisi* possa emergere una nuova "teoria della mente" esplicativa delle origini e del funzionamento della mente umana.

Le nuove ricerche sono state trattate nel nostro volume "**Neuroscienze e teoria psicoanalitica. Verso una teoria integrata del funzionamento mentale**" (Cena, Imbasciati, 2014) in cui vengono presentati i confronti internazionali sviluppati in seminari che abbiamo organizzato all'Università di Brescia con la neuroscienziata Cristina Maria Alberini e Vittorio Gallese. Cristina Maria Alberini del Center for Neural Science, New York University, da anni lavora sulla biologia molecolare della memoria in relazione alle sue trasformazioni: la memoria continuamente si trasforma a ogni evento in funzione dello stato emozionale del cervello. La neuroscienziata, che ha anche una formazione psicoanalitica, ci ha portato dati delle sue ricerche sulla memoria, su come sono classificate le memorie, i meccanismi delle memorie implicite ed esplicite, soffermandosi in particolare sulla funzione del "riconsolidamento" della memoria, attraverso ricerche sperimentali che lei e il suo gruppo di ricerca compiono con i modelli animali. Sono stati sviluppati temi che riguardano la biochimica attinente alle connessioni neuronali che si formano a seguito di ogni elaborazione di esperienza, con la trascrizione del DNA nel RNA responsabile delle nuove strutturazioni cerebrali. In tali complessi processi biochimici, una delle funzioni iniziali viene svolta dal sistema *mirror* (neuroni-specchio).

Vittorio Gallese della Università di Parma è stato uno degli scopritori dei neuroni specchio: il sistema dei neuroni specchio ha aperto interessanti prospettive per un cambiamento di paradigma nella ricerca neurocognitiva, quale quella dell'intersoggettività. Gallese ci indica che questi meccanismi di simulazione ci forniscono uno strumento per condividere a livello esperienziale gli stati mentali altrui, si tratta di una "simulazione incarnata", correlato funzionale dell'empatia. La teoria della simulazione incarnata evidenzia come noi utilizziamo i nostri stati mentali rappresentati in un formato corporeo per attribuirli funzionalmente agli altri; i processi mentali vengono primariamente in virtù del loro formato corporeo.

Tema centrale da noi affrontato in questi anni è il rapporto mente-cervello. Il paradigma, oggi affermatosi, che risolve dualismi e contrapposizioni, si basa sulla scoperta che l'esperienza, a cominciare da quella neonatale, struttura la morfologia del cervello e ne costruisce la funzionalità. L'esperienza è centrata e modulata sulle e dalle relazioni interpersonali, intendendo per relazione l'insieme delle comunicazioni emozionali inconsapevoli, veicolate dai media non verbali delle interazioni umane. Si realizza così un circuito in cui l'esperienza interumana, sempre squisitamente individuale, struttura il cervello del singolo, che può così produrre funzioni di tipo mentale, e questa strutturazione a sua volta condiziona il peculiare modo con cui quel soggetto farà esperienza, e pertanto la elaborerà strutturando così ulteriormente il proprio cervello. Una funzione mentale struttura il cervello e questa a sua volta genera il tipo di mente. L'esperienza, soprattutto quella interpersonale, non potrà mai essere uguale per nessuno, sia per le vicende che vi succedono, sia perché ogni individuo si trova ad avere il suo singolare modo di elaborarle.

Tali processi, fondamentali in età infantile, durano tutta la vita e indicano come la mente di un uomo viene a modificarsi. Quanto più un'esperienza è emozionalmente registrata, quanto più quella interpersonale è intima e continuata e pertanto piena di emozioni inconsapevoli, tanto più l'elaborazione che quell'individuo ne farà sarà incisiva per la strutturazione del suo cervello.

Il funzionamento e la microstruttura del cervello umano dipendono dai particolari apprendimenti che progressivamente vanno a costruire le reti neurali di quel singolo cervello. I primi apprendimenti non riguardano "contenuti": sono essenzialmente *apprendimenti di funzioni*: il cervello deve imparare a funzionare e a come funzionare nelle modalità che caratterizzeranno il singolo individuo.

La qualità di tali apprendimenti e pertanto le reti neurali, che genereranno il funzionamento mentale di quel singolo individuo, dipendono dal tipo di relazioni che si potranno via via stabilire, a cominciare dalla vita fetale, tra la mente degli adulti che si preoccupano del nascituro e successivamente si occupano del neonato, e la costruenda mente del bimbo. La qualità dello *sviluppo neuromentale del bambino* dipende dalla *qualità strutturale (inconscia) della mente dei caregivers*. Il funzionamento che il cervello impara nei primi due anni di vita è determinante per ogni ulteriore apprendimento: da qui dipende la futura salute mentale di una persona, nell'ottimalità piuttosto che nelle maggiori o minori anomalie, fino alla psicopatologia; da qui l'importanza della qualità della mente della madre, del padre e di tutti i caregivers che accudiranno neonato e bambino.

Nelle nostre ricerche di questi anni abbiamo messo in evidenza l'importanza delle “radici della salute mentale” e dello sviluppo neuromentale del neonato/bimbo, attraverso gli accudimenti e la vicinanza della madre come regolatore neurobiologico: sono un riferimento le ricerche sperimentali “Psychobiological root of early attachment” di cui tratta Hofer nel 2006. Questi temi verranno approfonditi nelle pubblicazioni degli anni successivi.

9. Anni 2015: Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Neonato e radici della salute mentale

La Psicologia Clinica Perinatale viene a delinearsi come *integrazione di molteplici discipline*, psicologiche, neurobiologiche, sanitarie, sociali, mediche. Professionalità diverse contribuiscono in modo interdisciplinare allo sviluppo di tematiche inquadrate dalle scienze psicologiche e alla costruzione di strumenti integrati per il lavoro sanitario, psicosociale ed educativo, applicati nei contesti dei servizi socio-sanitari dagli operatori della nascita: ostetriche, psicologi, neuropsichiatri infantili, neonatologi, assistenti sanitari, puericultrici, educatori, compresi gli stessi genitori. Tali professionalità diverse consentono di affrontare in modo interdisciplinare le problematiche della perinatalità.

Dal 2012 abbiamo iniziato a organizzare, presso l'Università di Brescia, Corsi di Perfezionamento post-laurea in Psicologia Clinica Perinatale, multidisciplinari rivolti alle professioni sanitarie e psicosociali, impegnate nella perinatalità.

Tanti sono i temi che riguardano la perinatalità: sviluppo della mente, del cervello, del corpo stesso, di ogni essere umano, soprattutto nella prospettiva di ben guidare questo sviluppo. Si tratta di temi importanti, se si guarda la complessità della rete assistenziale, pluriprofessionale che si rende necessaria non solo per prevenire la patologia, ma per garantire uno sviluppo positivo, anziché una evoluzione negativa della mente.

Lo psicologo clinico perinatale deve avere una *specifico formazione* che lo renda in grado di offrire un supporto con la sua professionalità, sul versante: 1) prevenzione e promozione della salute mentale perinatale; 2) intervento clinico a supporto della perinatalità-genitorialità e della relazione genitore-bambino; 3) partecipazione agli sviluppi della ricerca scientifica.

La professionalità dello psicologo clinico perinatale è rivolta anche al sostegno degli *operatori della salute* che intervengono nelle reti più complesse della perinatalità. È indispensabile un suo percorso personale di formazione di tipo psicoanalitico individuale o gruppale, indipendentemente

dalla applicazione alla perinatalità: una efficace assistenza alla perinatalità potrà raggiungere scopi effettivi se lo psicologo che la applica ha prima lavorato psichicamente su se stesso.

Una formazione integrata alla perinatalità deve essere estesa a tutte le diverse figure professionali coinvolte nella “cura” e che “si prendono cura” del bimbo e della sua famiglia, con modalità in cui ognuno, nell’ambito delle sue specifiche competenze, possa farsi carico delle proprie responsabilità, condividendole, per sostenere il complesso lavoro emotivo che ne deriva.

In questa dimensione interdisciplinare sono state da noi affrontate e approfondite in questi anni nuove tematiche di studio alla ricerca delle radici della salute mentale perinatale, dalla sessualità di coppia, alla progettualità generativa e genitoriale, al concepimento, alla gravidanza, al parto, al puerperio, ai disturbi affettivi perinatali, ai difficili percorsi della filiazione come infertilità, procreazione medicalmente assistita e prematuranza, in una prospettiva psicosomatica.

Questi studi sono stati pubblicati nel volume **“Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Neonato e radici della salute mentale”** (Imbasciati, Cena, 2015a) in cui viene messo in evidenza come i meccanismi dello stato funzionale del concepimento, gestazione, parto e puerperio sono regolati dal cervello e dunque psichici e costituiscono il fulcro e il bersaglio della problematica psicosomatica¹ della gravidanza.

I meccanismi di questo stato funzionale possono venire integrati da dinamiche psichiche con riflessi somatici oppure da *dinamiche psico-somatiche* in cui cioè vi sono modificazioni umorali e neurali e, a seconda della elaborazione psichica-neurale, diversi destini somatici.

Le modificazioni fisiologiche inerenti il concepimento, la gravidanza, il parto e il puerperio diventano un punto focale intorno a cui si animano le dinamiche intrapsichiche e interpersonali. I cambiamenti concernenti il corpo della donna comportano massicce modificazioni ormonali a carico del sistema endocrino, fino a quelle fisiologiche più generali, che investono tutti i sistemi corporei. Tali cambiamenti possono essere accettati con fatica, talora con rifiuto, e possono attivare complesse problematiche e complicazioni biologiche, psicologiche, psicosomatiche.

Il parto è l’epilogo di tutto l’andamento psicofisiologico della gravidanza: se questa è stata permeata da preoccupazioni esterne, e/o se sono prevalsi vissuti interni angosciosi, la gravidanza può essere espletata con difficoltà, con complicazioni per il parto. Lunghi travagli, così come la

1. “Psicosomatico” implica un processo al di fuori della coscienza.

percezione più o meno intensa del dolore, dipendono dalla situazione emozionale della donna, in una regolazione psicosomatica mediata per via ormonale attraverso l'asse ipotalamo-ipofisario: per tali meccanismi tutto il travaglio, ottimale o disfunzionale, è regolato psicosomaticamente.

Una 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, 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.

I corsi di accompagnamento al parto-nascita sono un'opportunità per realizzare questa possibilità: le modalità di svolgimento degli stessi ne determinano l'efficacia. Nuovi modelli assistenziali vengono proposti come "prendersi cura" della madre e del padre con il "percorso di accompagnamento alla nascita" del bambino, modalità che negli ultimi anni ha sostituito e integrato la precedente modalità di "psicoprofilassi ostetrica", che abbiamo descritto precedentemente.

Si parla oggi non più di "psicoprofilassi" quanto di preparazione al parto, *accompagnamento alla nascita*, educazione prenatale. Il termine "accompagnamento" vuole indicare che la donna deve essere accompagnata da una presenza aiutante senza che questo la prevarichi, evitando il modello prescrittivo tipico delle scienze mediche, aiutando le donne a elaborare la propria condizione e a prendere parte attiva alle relative vicende.

Il taglio del cordone ombelicale separa fisicamente l'unità intrauterina e, a seconda della modalità di relazione stabilitasi tra la madre e il suo bimbo in epoca prenatale, potrà ora consolidarsi oppure attivarsi una situazione affettiva postnatale, che vede la madre coinvolta in primis attraverso le cure e l'accudimento del piccolo.

Le paure che durante la gravidanza potevano essere rivolte alle sorti del parto e alle possibili malformazioni del feto, possono continuare ora nelle preoccupazioni per lo stato fisiologico e l'accudimento del bimbo.

I problemi psicosomatici del puerperio sono inscindibili da quelli dell'allattamento. Una conflittualità che potrebbe essere presente nel parto, riunirsi col bimbo e nello stesso tempo di liberarsene per riacquistare la propria individualità, potrebbe essere presente anche nel puerperio e potrebbe influenzare la disposizione all'allattamento.

I recenti mutamenti sociali e culturali hanno consentito la diffusione di nuove strutture familiari e modalità diversificate di assunzione del ruolo genitoriale, attraverso sempre più articolati percorsi della filiazione (pro-

creazione medicalmente assistita, prematurità, ecc.) e gli aspetti connessi alla perinatalità psichica possono implicare dunque processi sempre più complessi. Diversi possono presentarsi gli “scenari” nei più *difficili percorsi della filiazione*, tra cui possono essere compresi quei complessi aspetti relativi alla diagnosi ecografica di malformazioni e complicanze fetali, così come i percorsi di diagnosi prenatale infausta, e/o possono manifestarsi deficit, handicap o malformazione del bambino, anche dovuti a sopraggiunti problemi gestazionali o di parto non diagnosticati nel periodo prenatale.

In genere i due processi della *generatività* e delle *genitorialità* sono interconnessi: la generatività – generare un figlio – evolve verso la genitorialità – prendersi poi cura di lui – oppure, viceversa, un progetto di genitorialità può attivare la generatività dell’individuo e della coppia. Quando però questa non riesce a realizzarsi si possono presentare problemi connessi a una *psicosomatica dell’infertilità*, con una mancata transizione alla generatività.

Nel percorso verso la generatività, *sessualità* e *procreazione* possono trovare una loro integrazione, non sempre però questo avviene: si può avere una sessualità senza generatività, così come viceversa. Oggi l’attuale possibilità tecnico-medica consente di disgiungere la sessualità dalla procreazione fisica, attraverso la possibilità di pianificazione delle nascite, per cui un figlio può venire programmato e voluto in un determinato tempo e solo se ci sono certe condizioni.

Una generatività biologica può prescindere dalla sessualità, come nei casi di nascite attraverso la *PMA (Procreazione Medicalmente Assistita)*. La complessità del binomio sessualità/generatività comporta molteplici sfaccettature. La scissione tra sessualità e procreazione sta raggiungendo livelli complessi e difficilmente controllabili: non solo il sesso non comporta più necessariamente la procreazione, ma la procreazione non comporta necessariamente più la sessualità.

Esiste una *infertilità* (e sterilità²), *femminile e maschile*, dovuta alle più varie cause organiche: malformazioni, traumi, malattie. Questi casi, di origine organica accertata, sono però pochi, rispetto alla molteplicità delle osservazioni cliniche di infertilità per le quali tali cause non si individuano, così come non molti sono i casi in cui, invece, sono accertate cause psichiche.

La maggior parte dei casi di infertilità resta pertanto il campo clinico in cui, caso per caso, si indagano e ipotizzano ragioni psichiche che de-

2. Sterilità è termine che viene assunto per indicare l’impossibilità procreativa assoluta e perenne; altrimenti in tutti i casi in cui la sterilità come sopra non può essere certa, si preferisce parlare di infertilità.

terminino l'infertilità, modificando o bloccando i processi biologici della procreazione.

L'esistenza di una *sterilità psicogena* è dunque unanimemente considerata, anche se per gran parte dei casi non può essere accertata. Ciò è dovuto all'estrema complessità dei processi con cui il SNC regola psicosomaticamente le funzioni degli organi corporei. Quando la coppia si trova di fronte alla sterilità, temporanea e parziale o assoluta, deve cimentarsi in complessi processi psichici.

L'infertilità secondo questa concezione psicosomatica è considerata una imprevista, ma non imprevedibile conseguenza di un determinato sviluppo neuropsichico. Un intreccio di circostanze neuromentali, ambientali, relazionali e transgenerazionali implica una particolare combinazione dei suddetti fattori e può illustrare la genesi di una possibile infertilità. Su questa genesi non è sempre possibile intervenire quando l'infertilità si manifesta e in taluni casi si può rimediare con la PMA, ovvero riproducendo artificialmente le condizioni che permettono concepimento, impianto e gravidanza, che l'eziologia del caso aveva impedito nella relativa patogenesi.

Questo rimedio, se sana il desiderio di poter avere un figlio, potrebbe introdurre problemi psichici nella coppia. Quando la sessualità viene a scollegarsi dalla generazione biologica, o comunque non vi risulta collegata (infertilità) o quando tecniche artificiali la scolleghino, si riscontrano problemi e "disturbi": di coppia, di identità, della sessualità stessa.

Di fatto le nuove tecniche di PMA separano la riproduzione dalla sessualità. La problematica si presenta dunque speculare rispetto a quella della contraccezione: non più sessualità senza procreazione, ma procreazione senza sessualità.

Tutti gli accadimenti che riguardano concepimento, gravidanza, parto e puerperio comportano una modulazione *psicosomatica* e come tali verranno da noi affrontati e ulteriormente approfonditi negli anni successivi, nella prospettiva delle neuroscienze.

10. Anni 2015: genitorialità e origine della mente nel bambino

La Psicologia Clinica Perinatale si costituisce negli anni come una nuova disciplina specialistica integrata, rivolta alla promozione di un'assistenza ai genitori e alle famiglie, per un aiuto nelle difficoltà del loro percorso genitoriale. La *genitorialità* si costituisce come *dimensione psichica* in base alla struttura neuromentale che si è costruita nel cervello-mente di ogni singola persona, nella sua prima infanzia: la sua qualità è pertanto squisitamente individuale. Ogni adulto che diventa genitore avrà una sua

specifica inconscia dimensione genitoriale, buona o meno buona, dall'ottimalità fino alla patogenicità.

In questi anni i nostri studi hanno approfondito la genesi dello sviluppo e *l'origine della mente del bambino* dal tipo di relazioni che il bimbo ha potuto avere con i suoi genitori: viene evidenziato come la qualità della mente dei genitori, cioè per quanto essi poterono acquisire come genitorialità, combinato con le possibilità sociali, può condizionare un buon sviluppo piuttosto che difetti o deficit, fino alle più gravi psicopatologie. In queste ultime situazioni un'adeguata e competente rete assistenziale e sociale è ancora più cogente.

L'origine della mente nel bambino è ciò che si struttura in quel cervello (come mente di un singolo individuo) nel periodo perinatale. Il cervello impara a funzionare secondo quelle specifiche funzionalità apprese dalle interazioni coi genitori (o da chi per essi) nel periodo perinatale e infantile. Ciò dipende non semplicemente da quanto i genitori si possono dedicare al loro bambino, ma soprattutto dalla qualità della loro mente, così come essa si era strutturata nel loro cervello quando a loro volta erano neonati e bambini, in una catena transgenerazionale. Lo sviluppo della mente del bambino nelle sue origini dipende dalla qualità della mente di coloro che lo crebbero, nelle vicissitudini psichiche, sociali, sanitarie.

La gravidanza, il parto, l'allattamento e l'accudimento del bimbo mobilitano nella madre e nel padre le *strutture affettive inconsce* relative alla loro perinatalità che si riattivano, e improntano il loro stile di accudimento trasmettendosi al bimbo, che a sua volta le assimilerà nella costruzione della sua mente.

La mente si sviluppa per un continuo processo di apprendimento dall'esperienza, come sviluppato da Bion nel 1962, che è essenzialmente un'esperienza relazionale e la sua elaborazione dipende dal tipo di relazionalità che si stabilisce.

Tale apprendimento avviene secondo il tipo di relazione che il neonato e il bimbo può avere coi genitori (o caregiver) e con le capacità di funzionamento della loro mente nell'accudirlo, nonché per le condizioni in cui i genitori possono esplicitare una sufficiente cura del bimbo.

In psicologia infantile (sperimentale e psicoanalitica) e in particolare nella nostra Psicologia Clinica Perinatale, abbiamo evidenziato il ruolo della "relazione" genitore-bambino e la sua azione strutturante, sia in senso positivo per uno sviluppo neuromentale ottimale del bimbo, che negativo, in uno sviluppo anomalo, patologico. La qualità delle relazioni precoci di cui può fruire il neonato e il bimbo è decisiva per un suo buon sviluppo, piuttosto che per una sua futura patologia. Tale "qualità" dipende dal tipo, o meglio ancora dalla qualità della *comunicazione affettiva (inconscia)*,

che intercorre (= dialogo), tra il bimbo e i suoi caregivers: tale qualità di dialogo dipende a sua volta dalla struttura affettiva inconscia dei caregivers, oltre che dalle possibilità materiali che questa possa essere esplicitata e il bimbo ne possa fruire.

La letteratura internazionale sulla Infant Research e in primo luogo l'osservazione sistematizzata (follow-up) di madre-neonato in psicoterapia psicoanalitica, hanno rilevato come la qualità del dialogo (inconscio) che può stabilirsi sia fondamentale per il tipo di sviluppo neuromentale che si costruisce nel bimbo. Il dialogo madre-bimbo, attraverso significanti non verbali, trasmette significati al bimbo, positivi o negativi quanto ad acquisizione di funzioni.

Quanto è stato denominato affettività e comunicazione affettiva inconscia costituisce l'intuizione clinica che ha percorso la dimostrazione oggi offerta dalle neuroscienze: l'elaborazione effettuata dal cervello del bimbo a seguito del sopradescritto dialogo costruisce le acquisizioni funzionali che costituiscono lo sviluppo neuromentale. Il modello della "simulazione incarnata" che ci ha comunicato Vittorio Gallese offre una più dettagliata informazione di quanto succeda a livello neurale nei dialoghi non verbali interpersonali.

I temi da noi approfonditi dagli anni novanta in poi, relativi alla vita psichica primaria dal prenatale al neonatale, attraverso la metodologia della "Osservazione" clinica perinatale del bambino, sono stati focalizzati sugli apprendimenti primari. L'*apprendimento primario* di cui qui si parla, e che si è scoperto fondamentale, è una comprensione non verbale, né verbalizzabile, si tratta di un *apprendimento* essenzialmente di *emozioni*. A partire dal prenatale, le relative scoperte gettano luce sui primordi della vita psichica, sulla sua origine, ma soprattutto sul come questa si sviluppi a cominciare dal rapporto di coppia, nella dimensione genitoriale, che madre e padre trasmetteranno inconsapevolmente con la loro mente alla mente del loro figlio.

Durante la gravidanza, avvengono le prime comunicazioni tra la gestante e il suo bimbo: si tratta di un continuum di comunicazione mediata biochimicamente, ma modulata psichicamente da ciò che avviene nella mente della gestante; una comunicazione psicobiologica, dalla madre all'embrione e poi al feto e anche da questi alla madre. Una comune mentalità medicalistica porta spesso a considerare questa comunicazione somatica primaria come dettata unicamente dagli automatismi biologici. In realtà essa non è una *comunicazione* puramente somatica, bensì *psicosomatica*: quanto esplorato circa le vicissitudini psichiche riguardanti il desiderio di un figlio e quindi il realizzarsi di una gravidanza, agiscono, nel cervello della donna, su tutta la modulazione psicosomatica (asse ipo-

talamo/ipofisario, assetto ormonale, meccanismi immunitari) del suo organismo e da qui per via umorale passano all'embrione, che a sua volta "risponde", sempre per via umorale, all'organismo ma anche alla mente della madre. Tutta questa comunicazione primaria, anzi "primarissima", non va trascurata nei confronti di una successiva (ma sempre primaria) comunicazione di tipo più psichico, che inizia quando messaggi non più umorali, bensì sensoriali intervengono, reciprocamente tra madre e feto.

La *motricità fetale nella comunicazione precoce* che intercorre tra la gestante e il suo bimbo, dopo le comunicazioni umorali dei primi mesi di gravidanza, conferisce a questa comunicazione un carattere più strettamente psichico, fondando una effettiva "relazione", che sarà fondamentale non solo per le vicende psicosomatiche perinatali, ma anche per il futuro sviluppo psichico del neonato e del bimbo.

L'osservazione della vita pre e postnatale pone in evidenza una correlazione esistente tra motricità, sensorialità ed emotività fetale che si ritrova anche alla nascita e che consente di confermare una continuità tra la vita prenatale e postnatale, ipotizzata da Freud nel 1926. Nel corso della vita prenatale le esperienze sensoriali e motorie vengono registrate come *memoria implicita*: in questa memoria fetale sembrano particolarmente coinvolte le formazioni cerebrali dell'*emisfero destro*, che presiederà a tutte le funzioni neuromentali, lungo il primo anno di vita.

Alla nascita, le esperienze di accudimento genitoriale vengono ulteriormente registrate nella memoria implicita della mente neonatale e vanno a formare un primo Sé del bimbo.

La relazione primaria madre-bambino, che ha le sue origini durante il periodo prenatale, prosegue e si sviluppa nella relazione di allattamento. L'*allattamento*, al di là della funzione nutritiva, ha *funzioni psichiche e relazionali*: 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 la comunicazione trasmessa attraverso l'allattamento e l'accudimento del bambino, che è prevalentemente non verbale, può sollecitare o inibire situazioni favorevoli allo sviluppo psichico e psicosomatico del bimbo, che avranno un riverbero anche nella psicosomatica materna quale può manifestarsi ad esempio attraverso le ipogalassie o agalassie, o in quelle situazioni di rifiuto ad allattare, spesso inconsce. Difficoltà relazionali primarie possono manifestarsi attraverso difficoltà nutrizionali nel bimbo come

frequenti rigurgiti, vomiti e altre disregolazioni somatiche come alterazioni nei ritmi sonno-veglia, fino a ritardi nello sviluppo psicomotorio o mentale.

Tra la madre e il lattante può stabilirsi 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 necessario per le primipare l'aiuto esterno dell'ostetrica o di un operatore, che incoraggi questo dialogo, in cui la coppia, definita da Winnicott "unità madre bambino", 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 a lungo nella lattazione del suo bimbo. È importante la funzione dei servizi socio-sanitari, o meglio psicosociali, di assistenza e supporto alle puerpere e oltre, nel loro impegno di accudimento e allevamento del bimbo.

Le ricerche di questi anni ci consentono di approfondire la funzione della **"Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Genitorialità e origine della mente nel bambino"** (Cena, Imbasciati, 2015b).

Quando si considera la genitorialità e l'origine della mente del bambino devono essere attentamente monitorate le situazioni in cui l'*infanzia* può essere a *rischio* di esperienze trascuranti, maltrattanti o di eventi traumatici.

L'esperienza, su cui viene a costruirsi la mente, non dipende dalla nostra volontà: ci accade; nell'accudimento del neonato, viene dai genitori, che possono anche essere impotenti, non avere la possibilità di trasmettere un'esperienza suscettibile di una miglior costruzione della nuova mente che si desidererebbe.

In questi anni, abbiamo dedicato particolare attenzione anche a specifiche tematiche relative a maltrattamenti e traumi infantili, maternità in adolescenza, abbandoni, abuso e trascuratezza, madri migranti, affidò e adozione, implicazioni sociali e giuridiche, con particolare attenzione alla prevenzione e ai servizi per la tutela della famiglia.

Confidiamo che una adeguata formazione degli operatori della perinatalità possa promuovere una sensibilità sociale che porti all'istituzione di adeguati servizi per una effettiva "assistenza" alle famiglie. Complessi sono i casi delle famiglie con genitorialità a rischio, che costituiscono un ambiente interumano e sociale nel quale i figli possono manifestare lungo la loro crescita psicopatologie e devianze sociali; famiglie a rischio possono esservi anche per le condizioni della salute psichica dei genitori, o di altri familiari, anche quando queste non raggiungono il livello per cui vengono notate, o possono svilupparsi da strutture neuromentali che si sono formate nella primissima infanzia da relazioni con genitori che, per altri versi "normali", non possedevano però le capacità adeguate a quel tipo di rela-

zione che fa crescere bene i bimbi. Qualunque disagio psichico non sorge improvvisamente come una malattia, come purtroppo si considera a livello popolare e spesso anche medico, ma ha sempre radici nelle strutture primarie della mente-cervello di quell'individuo. Spesso tali situazioni sono connesse e concomitanti ad ambienti sociali e a condizioni di vita sfavorevoli. Noti sono i tragici casi di maltrattamento e abuso dei bambini, molte volte imputati a colpa di singoli, in realtà generati da silenti situazioni psichiche dell'ambiente familiare, così come gli abbandoni. Vi sono situazioni individuabili come traumatiche, anche quando non emergono fatti salienti: sono quelli in cui i bambini crescono in continua e duratura esposizione a relazioni interpersonali deleterie per il loro sviluppo psichico e sociale. Condizioni perinatali deficitarie, disturbate e disturbanti, psicologicamente e socialmente, possono essere inoltre preludio alla criminalità.

In tutti i casi in cui vengono riscontrate palesi manifestazioni di psicopatologia e devianza sociale sono rilevabili radici remote nel clima familiare della prima infanzia e anzi, alla luce delle attuali ricerche, nel periodo fetale e nella perinatalità, intese queste come riguardanti non tanto il bambino, quanto i genitori (fin dalla gestazione) o comunque i diversi caregiver che hanno accudito il neonato e il bimbo. Diventa essenziale dare un sostegno alla genitorialità.

Le conoscenze che oggi abbiamo sulle origini e lo sviluppo neuromentale portano a una concezione che segna una svolta epocale non solo nelle scienze ma per la nostra futura cultura e civiltà. Essa è incentrata sul rilievo fondamentale che assume l'incidenza delle relazioni interpersonali per lo sviluppo dell'individuo e da come questo si traduca in un circuito transgenerazionale. Massima e cogente cura, in tale prospettiva, si presenta allora una adeguata assistenza della Psicologia Clinica Perinatale ai genitori vulnerabili e fragili, attraverso interventi precoci e trattamenti terapeutici perinatali.

L'intervento nel periodo perinatale può essere condotto attraverso diverse modalità, a seconda del vertice teorico di riferimento, "consultazione terapeutica perinatale", "consultazione partecipata", "psicoterapia genitore-bambino".

La situazione clinica di una "consultazione terapeutica perinatale", una "consultazione partecipata" o "psicoterapia genitore-bambino" è generalmente costituita da un bambino e uno o due dei suoi genitori: i bambini e i loro genitori rappresentano una particolare "popolazione clinica" da trattare, come sostiene Stern nel 1992. Il genitore coinvolto è in genere quello che accudisce prevalentemente il piccolo e può non essere sempre la madre: il "paziente" non è il bambino, ma è la "relazione", diadica madre-bambino oppure triadica madre-padre-bambino. La psicoterapia bambino-caregiver è

una modalità di intervento sulla relazione quando il bimbo, piccolo e in età prescolare, manifesta disagio, o comunque quando il legame con il caregiver si è strutturato negativamente in seguito ad esempio a situazioni ambientali e sociali problematiche. Non è così fondamentale che sia noto chi è il “paziente” o a chi sia indirizzata principalmente la terapia, perché essa si sviluppa comunque all’interno del *contesto* “genitore-bambino”.

Il nostro confronto internazionale in questi anni è rivolto ad approfondire interventi perinatali a sostegno della genitorialità e della psicopatologia precoce, in particolare il modello di psicoterapia madre-bambino della Scuola di Ginevra. I disturbi funzionali nella prima infanzia sono considerati come segnali precoci di disagio nella relazione genitore-bambino e richiedono un intervento tempestivo. Bertrand Cramer, psicoanalista, primario della Clinica di Psichiatria del Bambino e dell’Adolescente dell’Università di Ginevra, è stato da noi invitato all’Università di Brescia e ci ha portato interessanti casi clinici sulle implicazioni dell’evoluzione e complessità dei disturbi funzionali della prima infanzia.

11. Anni 2017: Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e Psicoanalisi

Prosegue il percorso iniziato negli anni '90 per la costituzione di una Psicologia Clinica Perinatale, come disciplina psicologica specifica che si integri con le Neuroscienze e le diverse scienze mediche e sociali che si occupano delle vicende dei genitori con i loro bambini dal concepimento a tutti i primi due anni di vita. Gli sviluppi dei nostri studi vengono pubblicati nel volume “**Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e Psicoanalisi**” (Imbasciati, Cena, 2017). L’intento è sensibilizzare tutti gli operatori della prima infanzia alle attuali scoperte scientifiche.

La Psicoanalisi aveva intuito che le vicissitudini della prima e primissima infanzia potevano condizionare lo sviluppo psichico, nella salute piuttosto che nella patologia. La psicoanalisi infantile con Melanie Klein lo ha confermato, indicandone le radici nelle relazioni del bimbo coi genitori. Winnicott nella sua clinica ha descritto come la relazione di un bimbo con la madre generi l’individuale suo sviluppo psichico: “non esiste un bambino, ma una madre col suo bambino”. La qualità della mente della madre, dei genitori, dei caregivers, condiziona e determina il tipo di struttura mentale che si sviluppa nel bimbo. La clinica psicoanalitica attuale applicata a genitori con bambino, anche neonato, ne ha dato ulteriore conferma e, in queste ultime decadi, lo sviluppo delle Neuroscienze, in particolare delle “Affective Neuroscience”, ha dimostrato come le esperienze, specificamen-

te quelle relazionali, strutturino il cervello di un bambino, fino dall'epoca fetale; e come la qualità di questa prima struttura, individuale, condizioni l'individualità di ogni ulteriore sviluppo del cervello del bambino, di quel bambino, e oltre, di quella futura persona. Ciò che era stato grossolanamente etichettato come affettività è in realtà prodotto e regolato da una finissima struttura di reti neurali, costruitasi nel feto/neonato/bimbo, il cui tipo e la cui qualità sono il fondamento di ogni ulteriore sviluppo di capacità funzionali che possono costituire attività cognitive.

“A ciascuno il suo cervello” sostengono nel 2004 in un famosissimo libro i neuroscienziati Prof. François Ansermet (Academic Director of the Department of Psychiatry, Geneva University) e il Prof. Pierre Magistretti (Brain Mind Institute, EPFL Politecnico di Losanna, Center for Psychiatric Neuroscience, Department of Psychiatry Neuroscience, Department of Psychiatry and King Abdullah University of Science and Technology), con cui ci siamo confrontati all'Università di Brescia in un seminario internazionale, insieme alla Prof.ssa Cristina Maria Alberini, sulle nuove tematiche che stiamo sviluppando in questi anni.

Anche la collaborazione con Cristina Maria Alberini, neuroscienziata e psicoanalista, è proseguita negli anni con noi e nel suo intervento “Memory reconsolidation ad Psychoanalysis” ha presentato dati empirici delle sue attuali ricerche di laboratorio mettendo in evidenza come le *strutture neurali* abbiano necessità di uno specifico *livello emozionale per poter elaborare le esperienze esterne in nuove ulteriori capacità neurali e mentali*. La memoria che si forma cambia pertanto in continuazione e dipende dal continuo rinnovo ed estinzione di reti neurali che si formano a ogni esperienza che avvenga al giusto livello emozionale. Una memoria inizialmente in stato labile viene “consolidata” (= integrata) con ogni successiva esperienza e può trasformarsi in una memoria a lungo termine. La nuova esperienza per poter “consolidarsi” con la precedente, cioè produrre nuove sinapsi, deve essere a un livello emozionale, né troppo basso, né troppo alto.

Le relazioni interpersonali, soprattutto quelle precoci, intime e prolungate che comportano emozioni (non necessariamente consapevoli) possono veicolare messaggi (principalmente non verbali) le cui afferenze recepite ed elaborate dal cervello ne strutturano le reti neurali. Un adeguato livello emozionale deve essere correlato con una buona presenza interpersonale, cioè con il contatto emotivo, il buon rapporto, le relazioni intime con un'altra persona, per il neonato con il caregiver, la madre. Le esperienze emozionali, specifiche che un individuo ha attraversato, a cominciare dall'epoca fetale e oltre, soprattutto nei primi due anni di vita costruiscono il suo cervello. Tali esperienze sono state conservate in memoria come apprendimenti di funzionalità: non si memorizzano immagini di eventi reali, non quindi

l'esperienza esterna come apparirebbe in un ricordo di adulto, bensì le capacità progressivamente apprese, cioè funzioni che possono essere svolte dalle progressive nuove reti neurali, che si sono venute a costruire per l'elaborazione che quel cervello ha operato secondo la sua funzionalità in atto, a ogni momento di ogni evento esperito. La funzionalità globale di un cervello è costituita dalle reti neurali che si sono costruite, cioè dalle connessioni sinaptiche, che si sono prodotte nella biologia molecolare dei neuroni ogni qualvolta sono ricorse particolari condizioni di arousal emozionale, durante una esperienza che quel cervello ha ricevuto dalle afferenze sensoriali e che ha elaborato per quel che in quel momento poteva la sua struttura.

Tali reti sono soprattutto memoria delle funzioni che vengono via via acquisite (= imparate) lungo lo sviluppo, ogni qualvolta nuove esperienze si aggiungono, vengono elaborate e si integrano con le precedenti: funzioni non solo rivolte all'esterno, ma modi di funzionare interiormente. Peculiarità di tale esperienza è data dal fatto che è operata dal e nel cervello stesso e pertanto non coincide con l'esperienza reale, cioè con quanto un adulto considera l'insieme delle circostanze, esterne e relazionali in cui il bambino viene a trovarsi. Non è dunque tanto (o soltanto) la qualità delle esperienze reali che genera progressivamente le nuove reti neurali che contrassegnano lo sviluppo di quel mente-cervello, *mindbrain* secondo le Neuroscienze. Le Neuroscienze usano il termine *mindbrain* per indicare l'unitarietà del *mentecervello* o *cervellomente*. La mente è costituita dall'insieme di tutte le funzioni del cervello, è l'effetto di quanto il cervello è in grado di fare, cioè di quello che il cervello ha imparato. Le funzioni memorizzate sono ciò che quel cervello, di quell'individuo in quel momento, è capace di elaborare. Apprendere non significa portar dentro quel che è fuori, ma acquisire ciò che se ne può elaborare: il cervello non è un fonovideoregistratore.

Ogni nuova esperienza, con il relativo apprendimento di sempre nuove funzioni, si integra con le precedenti: ne deriva che la funzionalità e la memoria di un *mindbrain* cambiano in continuazione.

Il cervello deve imparare a funzionare e impara una sua individuale funzionalità a seconda di come potrà elaborare in successione ogni sua esperienza, in primo luogo quella proveniente dalle prime relazioni, cioè dal tipo di contatto affettivo coi genitori.

Apprendere significa costruzione di *reti neurali*: la qualità degli apprendimenti, cioè il tipo di funzionalità che quel cervello impara è costituita da reti neurali, anch'esse individuali, che elaboreranno ogni successiva esperienza condizionando in successione la costruzione dell'intero funzionamento mentale – *mindbrain* – di quel singolo individuo. Esse sono *memoria della sua struttura funzionale*. La costruzione del cervello indi-

viduale dipende dal tipo di relazioni emozionali che si potranno via via stabilire, a cominciare dalla vita fetale, tra la mente dei genitori (i caregivers) che si pre-occupano del nascituro e successivamente si occupano del neonato, e la costruenda mente del bimbo. *La qualità dello sviluppo neuromentale del bambino dipende dalla qualità strutturale (inconscia) del mindbrain dei caregivers.*

La più saliente peculiarità di tale sviluppo è data dal modo con cui in sequenza un cervello viene a costruirsi: ciò che viene elaborato in ogni istante esperienziale di un determinato individuo dipende da come funziona la struttura neurale (reti sinaptiche) che fino a quel momento si è costruita. C'è dunque una sorta di "effetto cascata" (potremmo dire "effetto domino") nella successione delle esperienze che si vengono a costruire in quel mindbrain. Questo mette in rilievo l'importanza fondamentale delle prime strutture neurali – neuromentali – che si sono venute a costruire. Tutto ciò costituisce a livello neurale quello che con termine globale è il funzionamento mentale di un individuo; la sua mente e l'inscindibilità del suo funzionamento con il cervello: il "mindbrain".

L'importanza della qualità funzionale delle prime strutture è data dalla qualità delle elaborazioni che possono essere operate su ogni successiva esperienza: se le prime strutture sono buone, potranno elaborare "bene" le successive esperienze, anche se nella realtà esterna esse appaiono avverse. Viceversa una struttura disfunzionale elaborerà negativamente anche le esperienze obbiettivamente "buone". Si spiega così quanto viene rilevato a livello clinico come "vulnerabilità" di quei bambini che in precedenza hanno elaborato *esperienze a effetto traumatico*: esperienze successive, che di per sé dovrebbero risultare positive o comunque tollerabili, hanno invece effetti disorganizzanti. Viceversa si può spiegare la resilienza: se un bambino, nelle sue prime costruzioni neurali (feto, neonato) ha elaborato reti neurali "buone", potrà resistere meglio a successive esperienze che per altri cervelli avrebbero potuto risultare "traumatiche".

La Psicoanalisi indaga oggi in che cosa consista il "buon contatto affettivo" che fa strutturare bene il cervello dei bimbi, cosa siano i messaggi che vi transitano e che vanno a strutturare quello specifico individuale mindbrain. E le Neuroscienze indagano a cosa biochimicamente corrisponde tale "buon contatto" nella costruzione di nuove reti neurali. Tale processo, e ciò che viene trasmesso nel *contatto affettivo*, avvengono al di là di ogni consapevolezza di chi si occupa di quel bambino: dipendono dalla qualità del suo mindbrain. Tale "qualità", nelle sue infinite variazioni individuali, positive o negative, è l'essenza emozionale di una persona, al di là di quello che essa crede di essere: questo, che vale per qualunque individuo, a maggior ragione va considerato per una madre o un caregiver

per ciò che essi possono trasmettere al bimbo. Ciò che genericamente fu chiamato affettività, o carattere, è il continuo lavoro di un cervello: così è per chi si occupa di un bimbo. *La prima struttura neuromentale che viene a costruirsi in un individuo costituisce la base di ogni ulteriore suo sviluppo neuropsichico*, che condiziona ogni futura capacità funzionale di quel cervello nell'utilizzo di tutte le future esperienze. Questa prima base neuromentale è in funzione della qualità delle relazioni emozionali dei e con i genitori: ciò vale ed è fondamentale considerando il mindbrain di un caregiver e gli effetti che la di lui cura produrrà in un bimbo.

Da queste scoperte discende l'importanza di una "salute mentale dei genitori" intendendo il termine salute con un'accezione diversa da quella di sanità, cioè assenza di malattie. Salute significa invece molto di più: si riferisce alla pienezza e ottimalità di tutte le funzioni del corpo e della mente, secondo quanto viene definito dall'OMS. Pertanto salute mentale non implica solo un'assenza di sindromi psichiatriche e dunque una cura in caso di loro eventuale presenza. In senso più ampio, significa conoscere la struttura neuromentale del soggetto, ovvero come la sua mente possa funzionare nelle circostanze della vita. Implica pertanto un concetto più ampio che è il "prendersi cura" delle condizioni psichiche e sociali a cominciare dai genitori. Per una vera *prevenzione* del disagio mentale delle future generazioni occorre pertanto individuare le "coppie a rischio" e tale prevenzione non può che essere applicata, non tanto al bambino (come sinora si è fatto, cioè quando è già tardi), quanto invece alle coppie, per assicurare o comunque sostenere le loro capacità genitoriali, cosicché esse siano sufficienti a strutturare il mindbrain dei loro figli.

Lo studio longitudinale dello sviluppo neuropsichico infantile serve pertanto a individuare nei genitori, nelle famiglie, e preventivamente in tutte le coppie, le condizioni di rischio in cui potrebbe svilupparsi un bambino; è necessario intervenire precocemente con una adeguata assistenza e cura ai genitori stessi e alla famiglia, nell'ottica di una effettiva prevenzione per la salute mentale.

La *convergenza tra Psicoanalisi e Neuroscienze* (oltre alle integrazioni già precedentemente indicate con la Teoria dell'Attaccamento) sottolinea il valore della qualità del primo sviluppo neuropsichico e pertanto l'importanza delle cure dei primi tempi della vita: ne va dello sviluppo del futuro individuo e possiamo dire anche di un futuro transgenerazionale che coinvolge i figli e i figli dei figli. Un bimbo che abbia potuto avere buone cure parentali e pertanto buone strutture neuromentali di base, avrà da adulto anche buone capacità genitoriali, che potranno produrre a loro volta bambini adeguatamente dotati, e questi, da adulti, potranno con più probabilità essere buoni genitori e via via procreare bambini migliori. Viceversa può

accadere che un bimbo, che per ragioni familiari o ambientali o epigenetiche, si ritrova con una costruzione non proprio ottimale del suo cervello, abbia scarse probabilità di diventare un buon genitore. In questi passaggi generazionali possono aggiungersi *fattori epigenetici*. Si possono prevedere circuiti viziosi, di peggioramento lungo le generazioni, così come invece, si spera, circuiti virtuosi, lungo un progresso transgenerazionale.

Di qui l'importanza di una *prevenzione applicata ai genitori*. Per una tale opera di prevenzione, alle radici, occorrono *operatori* adeguatamente formati e dotati di una *sensibilità emozionale* intesa come capacità di avvertire in qualche modo le emozioni che inconsciamente scorrono in loro nel contatto con quelle che, ancor più inconsapevolmente, attraversano i loro “pazienti”: le coppie, le gestanti, i neonati, le mamme, i padri, le famiglie. Fortunati saranno quegli operatori che, avendo una dotazione personale in proposito, originata da un loro positivo percorso nella loro infanzia e che hanno potuto approfondire attraverso un percorso personale di tipo psicoanalitico individuale o gruppal, potranno essere più sensibili ad afferrare e a sviluppare personalmente quello che potranno elaborare dall'informazione cognitiva.

12. Anni 2018: il futuro dei primi mille giorni di vita. Prevenzione e interventi precoci

In questi decenni la Psicologia Clinica Perinatale ha progressivamente evidenziato come i primi mille giorni di vita siano un periodo fondamentale per lo sviluppo psicofisico, neuromentale del feto/bambino e dunque l'importanza della prevenzione e degli interventi precoci in questo periodo: **“Il futuro dei primi mille giorni di vita. Psicologia Clinica Perinatale: prevenzione e interventi precoci”** (Imbasciati, Cena, 2018).

Le esperienze che avvengono in questa fase della vita costituiscono la “matrice decisiva” da cui originerà la futura persona adulta. Questa *prima matrice* si forma a partire dalle relazioni del feto-bambino con la madre e i suoi caregivers: la qualità di tale esperienza relazionale è condizionata dalla struttura del loro mentecervello. Ne discende l'importanza cruciale che genitori e caregivers possano contare su ogni eventuale sostegno sociale e psichico affinché il loro mindbrain sia usato al meglio nella costruzione di quello dei loro figli.

L'aggettivo “perinatale” è stato utilizzato nel nostro percorso per contraddistinguere questo periodo della vita, i primi mille giorni, e viene usato non semplicemente per includere gli eventi di una donna quando dà alla luce un bimbo, come può essere inteso in senso sanitario, ma la madre e

il padre fin dal concepimento, e ancora prima, nella gestazione, e poi tutti i caregivers, come soggetti attivi e non semplice fonte di apprendimento da parte di un “soggetto neonato”. E tutto ciò nell’attività incisiva della trasmissione affettiva profonda di quanto nei genitori “nasce” ancor prima del concepimento come *matrice generativa* di quelle che diventeranno le crescenti capacità, affettive e poi cognitive, di un bimbo.

Di qui l’importanza di una *cura per la perinatalità*, rivolta a tutti i genitori per una prevenzione, effettiva non solo per i singoli, ma per il futuro del nostro destino.

La nostra Psicologia Clinica Perinatale è intesa in una accezione dei termini differente da quella assimilata dalla cultura sanitaria corrente che la intende come “cura” di tipo medico, centrata sulla patologia, della madre o del padre: il nostro modo di intendere perinatalità invece coinvolge tutto l’ambito familiare e assistenziale quali protagonisti nella generazione di un nuovo individuo. Questa centratura della nostra Psicologia Clinica Perinatale sottolinea la differenza da quella medicalistica corrente, con lo scopo di aprire il sapere psicologico alla clinica dei servizi sanitari, con l’intento che possa essere fruibile anche dai non psicologi, ovvero da tutti quegli operatori “altri” che pure di una qualche preparazione psicologica hanno bisogno.

In questa prospettiva, nei nostri Corsi di Perfezionamento post-laurea per i professionisti della prima infanzia, la Psicologia Clinica Perinatale comprende il concorso e l’integrazione, non solo delle diverse scienze della mente, ma anche delle discipline ostetriche, pediatriche, ginecologiche, di neuropsichiatria infantile, genetiche, sessuologiche, di assistenza sociale, educative, e altre ancora di attinenza psicologica sanitaria assistenziale. Solo *integrazioni multidisciplinari* potranno consentire lo studio delle complesse vicende di vita delle coppie, che immaginano e poi progettano di procreare, e poi generano, gestano, partoriscono, accudiscono e “formano” i nuovi esseri umani, trasmettendo loro le proprie buone o cattive qualità psichiche e biologiche.

Questa integrazione è indispensabile per impedire che il sapere psicologico si radichi nella medicalizzazione: nell’assistenza sanitaria occorre evidenziare l’importanza del concetto non tanto di “sanità”, bensì di “salute mentale”, come da noi precedentemente esposto. L’attuale sviluppo delle Neuroscienze e quello della Psicoanalisi introducono alla fondamentale considerazione delle radici, ormai accertate anche se in parte ancora da conoscere, di ciò che dà origine, o meglio che negli anni originerà il tipo, individualissimo, di sviluppo neuropsichico di una specifica persona, in cui potrebbero ancora evidenziarsi patologie mentali. Questo comporta una precisazione, ma anche una estensione del concetto di salute, indispensa-

bile nelle varie scienze della mente. Questa estensione dovrebbe rivoluzionare l'attuale concezione della prevenzione, in quanto getta luce non tanto sulle manifestazioni patologiche a cui poi si cercherà tardivamente di provvedere con l'assistenza, ma sulla genesi di ogni singolo sviluppo neuromentale, in quanto suscettibile di avere entro di sé una struttura tale da far supporre un probabile futuro sviluppo come ignaro portatore di patologie per sé e per i propri figli. Qui va presa in considerazione la prospettiva transgenerazionale: una *transgenerazionalità* del relativo rischio di patologia, trasmesso per *via psichica relazionale*, cui si aggiunge oggi quanto sta rivelando l'*epigenetica*: una transgenerazionalità che si imprime nella linea biologica per la fisicità del corpo, ma che oggi sappiamo agire per tutte le strutture del mindbrain, ivi inclusa la *capacità genitoriale*. Così concepita, la transgenerazionalità rivela, per le sue molteplici vie relazionali e biologiche, l'incertezza e il rischio, nel bene e nel male, della salute mentale, racchiusi nella dimensione genitoriale che transgenerazionalmente si trasmetterà ai figli.

Nei primi mille giorni di vita, a cominciare dal concepimento e ancora prima, si decide la costruzione di quel particolare cervello che incarna la mente che in quell'individuo potrà svilupparsi nella sua rimanente vita e che condiziona a sua volta la propria genitorialità.

Purtroppo ancora oggi si crede che esista il cosiddetto "cervello normale": questo è un grosso pregiudizio che sottintende molti altri pregiudizi della nostra cultura sanitaria e della organizzazione politica dei servizi e che sottolinea come il semplicismo di una genetica e di una biologia oblitera con la sua ingenua causalità lineare la ricerca di nuove scoperte scientifiche. Non esiste un cervello che possa dirsi normale: il cervello di un essere umano viene a essere costruito dallo specifico tipo di genitorialità che potrà in un determinato ambiente dedicarsi alla sua costruzione. Se la qualità dell'ambiente e delle prime cure materne determina lo sviluppo e la qualità del Sé, ne consegue che per effettuare una adeguata prevenzione è importante intercettare in primis i *fattori di rischio e di protezione* per la salute mentale perinatale presenti nel contesto relazionale.

Discende con chiarezza l'essenza di una Psicologia Clinica Perinatale rivolta ai genitori. Punto d'intervento elettivo è la *prevenzione* nell'area della genitorialità. All'interno di un quadro teorico che integra la Psicoanalisi, l'Infant Research, la Teoria dell'Attaccamento e le Neuroscienze, la Psicologia Clinica Perinatale intende svolgere una funzione di sostegno per la coppia, il bambino e la famiglia, prendendo in considerazione la prospettiva transgenerazionale come linea di trasmissione della salute mentale a partire dal concepimento, se si vuole proteggere i bambini e i futuri adulti da strutture neuromentali deficitarie e patogene per la salute mentale delle

nuove generazioni. La precocità dell'intervento è fondamentale per poter individuare i *genitori* e i *bambini a rischio*, alleviare la sofferenza psichica e prevenire uno sviluppo patologico.

In Psicologia Clinica Perinatale il termine “trattamenti precoci” va dunque riferito ai genitori, al di là dell'evidenziarsi di “patologie”: l'esperto deve contenere e fungere da specchio, o meglio da lente di ingrandimento, affinché i genitori si possano rendere conto – essi stessi – dei messaggi che inconsciamente hanno trasmesso e trasmettono al bimbo (e che stanno strutturando il suo cervello); così come anche trasmettono allo specialista (che dovrebbe rendersene conto e considerarli). Tale relazione, paritaria ancorché non simmetrica, e non direttiva, ha una funzione terapeutica, che può continuare, se ben condotta agli inizi, in una effettiva psicoterapia: è una impresa difficile, che richiede allo specialista la capacità di cogliere le emozioni – proprie e del paziente genitore – e farne uso con la dovuta cautela e pazienza; un “intervento” più consoni al suo etimo che al connotato che il termine ha assunto in medicina. Qualunque slittamento verso una direttività o prescrizione può mobilitare difese nei genitori verso i propri inevitabili e inconsci sensi di colpa, sortendo effetti contrari all'intento. Effetto positivo avverrà nella misura in cui la comunicazione emozionale dei genitori con il “consulente psicoterapeuta” muterà la loro disposizione interiore, rendendoli sia pur in parte consapevoli, cosicché i messaggi veicolati inconsciamente nelle interazioni col bimbo abbiano la possibilità di modificarsi.

Dobbiamo a questo punto fare una riflessione sulla *formazione degli operatori impegnati nei primi mille giorni di vita*: ricerche neuroscientifiche e studi in Psicologia Clinica Perinatale hanno strutturato i nostri percorsi formativi degli operatori. Nella prospettiva di realizzare questa formazione abbiamo cercato di evidenziare come la disposizione “mentale”, che deve essere al centro di qualunque professione che riguardi la psiche, implica la necessità di un ampliamento da parte di questi operatori delle proprie *capacità di coscienza*, intesa non nel senso di “conscience”, come responsabilità morale, ma di “consciousness”, come nei nostri studi è stato ampiamente sviluppato in questi anni, nel senso di una maggiore capacità di avvertire le emozioni, proprie e altrui. Come abbiamo evidenziato nel precedente paragrafo occorre che la “mente” di questa particolare figura professionale, che necessita di una specialistica formazione in questo settore, debba essere predisposta specificatamente a *trattare con le emozioni* che costruiscono il mindbrain dei futuri individui e dei loro genitori, a partire dalla primissima infanzia, ma anche poi e soprattutto con le proprie emozioni.

L'integrazione con le diverse scienze della mente, come detto precedentemente, ha stimolato a chiedersi quale dovrebbe essere la *struttura neuromentale di operatori* che si occupano di curare, anzi di avere cura, delle gestanti, delle partorienti, delle puerpere e del loro intimo rapporto con ciò che esse stanno generando, dei padri e dei neonati nella loro unitarietà psichica coi genitori, nonché con altri possibili caregivers; e di qui l'occuparsi anche dell'intimo scorrere di emozioni in una coppia e in una famiglia. Occorre chiedersi, cioè riflettere, studiare, conoscere quale struttura neuromentale meglio sarebbe necessaria a un operatore adeguato; e al contempo valutare se tale struttura è presente nella maggior parte degli operatori attuali. Quanti di essi possono considerarsi adeguati, per loro struttura di mindbrain? E, se non sono adeguati, potranno ricevere una "ulteriore" formazione, incisiva nella struttura anche del loro adulto mindbrain, che li aiuti a svilupparsi ulteriormente? Con quali mezzi, con quali strumenti si può, o si potrebbe, o si potrà ottenere quanto sopra?

Di fatto quel poco che oggi si fa nel formare gli operatori è impostato cognitivamente, sulla scorta della tradizione pedagogica didattica. Questa, in realtà, si basa sull'assunto che una mente adulta, supposta "razionale" e cosciente, possa assimilare ciò che le viene offerto, il che vuol dire sottintendere la "Coscienza" con una scissione mente/affetti, e comunque trascurare, se non ignorare, quanto oggi ci dicono le diverse scienze della mente, neuroscienze in primis.

Come e cosa allora sarebbe più autentico ed efficace fare in tema di una vera formazione? Come tenere conto di quanto oggi scientificamente ci è dato di sapere circa il mindbrain? Sono questi i quesiti di cui abbiamo cercato e cerchiamo risposte, nell'integrazione di diversi vertici teorici di riferimento, aperti al futuro delle neuroscienze, nella multidisciplinarietà, ma anche nella incertezza che i cambiamenti culturali muteranno il nostro cervello.

Il confronto internazionale della nostra Psicologia Clinica Perinatale è proseguito in questi anni nella prospettiva della ricerca e della clinica con la Scuola Francese di Bernard Golse, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université René Descartes (Paris V), Pédiatre, Pédopsychiatre et Psychanalyste, Membre de l'Association Psychanalytique de France attraverso un approfondimento sulle prospettive dell'epigenetica e della psichiatria perinatale. La nostra collaborazione è proseguita anche con la Scuola Svizzera e Dora Knauer, neuropsichiatra infantile, psicoanalista, Servizio di Psichiatria dell'infanzia e adolescenza, Università di Ginevra, con cui abbiamo approfondito aspetti relativi a casi clinici e le modalità di psicoterapia breve PCP della Scuola Svizzera.

13. Anni 2019: “Bodybrainmind”

In questi ultimi lustri, si è affermata come disciplina specifica la Neuropsicoanalisi: oggetto e intento sono il confronto e l'integrazione delle nozioni sul funzionamento mentale, da più di un secolo esplorate lungo il progresso della Psicoanalisi, con quanto negli ultimi due decenni sappiamo dalle Neuroscienze sul funzionamento del cervello, soprattutto con le “Affective Neuroscience”. Oggi si può dirimere il secolare dibattito su come il cervello possa produrre tutto quello che gli esseri umani constatano svolgersi nella propria soggettività e che, studiato finora prevalentemente nella sua genesi dinamica intrapsichica, può esserlo con quanto sappiamo accadere nella biochimica delle reti neurali del cervello. Si ha una comprensione aggiornata di quanto è oggi denominabile come mente dell'essere umano e come questa proceda lungo lo sviluppo dell'individuo fin dall'epoca fetale e poi per tutta la vita da un primo apprendimento, essenzialmente interpersonale e inconscio, di quei funzionamenti neuromentali che vanno sotto il nome di affetti, che costituiscono la base su cui il cervello viene a essere costruito. La qualità dei primi apprendimenti affettivi che il bambino poté ricavare dalle cure primarie offertegli dai suoi caregivers determina il funzionamento del mindbrain.

Dagli apprendimenti si strutturano o si ristrutturano nel cervello reti neurali e queste condizioneranno la qualità di ogni altro apprendimento con ulteriori o diverse relative reti neurali che regoleranno lo sviluppo globale di quel bambino, nella mente come nel corpo: questo primo sviluppo di funzionalità affettive condizionerà ogni ulteriore sviluppo di quella persona in successivi apprendimenti, cioè in successive costruzioni di reti neurali, con tutte le relative funzionalità neuromentali. Di qui discende l'importanza di quali reti neurali siano state primariamente costruite e della loro qualità, come determinanti di ogni ulteriore sviluppo: questo si prospetta come unitarietà psicosomatica di un “Organismo” individuato nel concetto di “**Bodybrainmind**” (Antonio Imbasciati, 2019).

Ogni individuo, non solo nella sua mente-cervello, ma anche nel suo corpo, è “singolare”, irripetibile: il lavoro continuo di “mappatura” che il cervello fa degli stati del corpo e del mondo esterno, rendono la progressiva formazione del Sé un evento differente per ogni individuo. Il cervello cambia continuamente, lungo ogni sua esperienza. In questo modo il cervello viene a costruirsi da tutte le informazioni corporee e serba una memoria di ogni funzionamento integrato della mente con il corpo. In questa costruzione, poiché ogni evento esterno della vita viene memorizzato non come esso è in realtà, bensì come in quel momento il cervello lo trasforma, ciò che è trasformato resta in memoria: pertanto ogni nuova costruzione

del Bodybrainmind dipende dal funzionamento di come il cervello lo ha elaborato; la prospettiva di ogni futura costruzione viene a dipendere da come quel Bodybrainmind fino a quel momento si è costruito. Nella misura in cui si potrà migliorare anche mediante una assistenza perinatale qualificata, la costruzione dei cervelli, o meglio dei Bodybrainmind, dei nostri bambini, avremo generazioni future migliori.

Neuropsicoanalisi significa lo studio dei rapporti tra mente e cervello. La mente dell'essere umano procede, lungo lo sviluppo di un singolo individuo fin dalla sua epoca fetale e poi per tutta la sua vita, da un primo suo apprendimento, essenzialmente interpersonale e inconscio, di quei funzionamenti neuromentali che vanno sotto il nome di affetti. Costituiscono questi la base su cui il cervello viene a essere "costruito": quel cervello, di quel singolo individuo, a seconda della base dei suoi primissimi apprendimenti che sono occorsi nella sua vita, anche fetale.

Tali apprendimenti, di modi di funzionare, si strutturano nel cervello in forma di reti neurali: queste condizioneranno la qualità di ulteriori funzioni sotto forma di ulteriori reti neurali. Queste regoleranno lo sviluppo globale di quel bambino, nella mente come nel corpo: il primo sviluppo delle funzionalità affettive di quell'individuo condizionerà dunque ogni ulteriore sviluppo di quella persona nei successivi suoi apprendimenti, cioè in successive costruzioni di reti neurali, che potranno esplicitare le funzionalità neuromentali di quel cervello, di quell'adulto nella sua vita.

Il termine Bodybrainmind vuole indicare come, in primis, il Body informi continuativamente un Brain che organizza, elabora, trasforma ciò che si manifesta come capacità o comunque cambiamento del Mind. Il quale – la mente che apprende e si sviluppa – può offrire continuativamente al corpo continue e nuove modificazioni da fornire altrettanto continuativamente al Brain.

In questa prospettiva va intesa la *unitarietà psicosomatica, mente/corpo/cervello*: con il concetto di Bodybrainmind viene ampliato ulteriormente il concetto di mindbrain sviluppato in questi anni. Questa è l'attuale concezione delle neuroscienze da attribuire al termine "psicosomatica". I singoli organi del corpo non hanno un loro autonomo e naturale funzionamento, ma si sviluppano e funzionano in continua reciproca regolazione "informazione" col cervello.

Un ulteriore passaggio teorico viene presentato in riferimento alle comunicazioni "organismiche" che provengono da genitori/figli/ambiente. In tutti i lavori scientifici presentati fino a ora viene più volte evidenziato come ciò che avviene tra una gestante/madre e il suo feto/neonato e bimbo nei primi due anni di vita è fondamentale per la qualità della costruzione del cervello di quel bambino, per la qualità dell'esperienza che questi rica-

verà dai suoi apprendimenti, condizionando in tal modo il futuro sviluppo funzionale del suo cervello adulto. Un tale apprendimento si riferisce in primo luogo all'acquisizione del proprio individuale *funzionamento affettivo*. La costruzione delle reti neurali avviene a seguito di una elaborazione (di "quel" iniziale cervello) delle afferenze delle comunicazioni organismiche genitori/figli/ambiente, che intercorrono continuativamente, fin dal concepimento e soprattutto nei primi mille giorni di vita del bambino e dei suoi genitori. Viene indicato il termine "Organismo" con cui si intende non semplicemente il corpo, ma l'insieme delle comunicazioni continue tra ogni parte corporea col cervello e l'ambiente: reciprocamente in andata e ritorno. Ambiente dunque significa essenzialmente il tipo di cure che le personalità organismiche dei genitori, o di chi (o di che cosa?) faranno nascere e vivere a un bambino, formando il suo individuale Bodybrainmind.

Corpo e cervello imparano a generare, che non significa che il cervello regola il corpo, ne diriga lo stato. Questo è superato dalle attuali neuroscienze. Il cervello organizza ciò che il corpo gli va comunicando e cerca di adattare il suo lavoro a ciò di cui viene informato dal corpo stesso e dall'ambiente esterno. Quest'ultimo può condizionare i processi vitali e il cervello fa del suo meglio quando tali condizionamenti siano sfavorevoli alla Vita. Un tale processo è alla base anche dello sviluppo del cervello stesso, nello sviluppo dall'embrione al feto e poi da questo all'infante. È questa l'attuale concezione delle neuroscienze da attribuire al termine "psicosomatica". E i singoli organi del corpo non hanno un loro autonomo e naturale funzionamento, ma si sviluppano e funzionano in continua reciproca regolazione ("informazione") col cervello. Corpo, cervello, mente costituiscono una unità di reciproche informazioni, biochimiche e poi neurali, in continuo cambiamento ed evoluzione. Per questo si è parlato di mindbrain, dapprima, e ora se ne integra il concetto con quanto più aggiornatamente ci indica la biologia e le neuroscienze circa il ruolo centrale del corpo. Da una tale integrazione appare più giustificato modificare il termine mindbrain in Mindbodybrain, o meglio in Bodybrainmind.

Il rapporto tra cervello e mente, ovvero tra struttura e funzioni, svolte/svolgibili, della struttura, è all'origine di una continua elaborazione nella assimilazione dell'esperienza esterna, che pertanto viene trasformata (apprendimento da l'esperienza) e genera il continuo cambiamento della struttura neurale stessa e il conseguente "effetto cascata" di ogni successiva elaborazione, e del conseguente continuo cambiamento delle funzionalità del mindbrain: mente e cervello si sviluppano in reciproco feedback. Questo processo non riguarda solo il semplice rapporto con la realtà esterna, ma implica una continua elaborazione anche di come funziona l'insieme corporeo: ciò ha importanza pregnante nelle prime fasi, perinatali, dello

sviluppo. Il corpo, o meglio ogni singola parte di esso, visceri in particolare, informa continuamente il cervello, mentre questo organizza tale comunicazione (umorale, e poi dopo anche neurale), regolando al meglio sviluppo e funzionalità di ogni singolo organo. L'intercomunicazione, con i reciproci condizionamenti, fa parte del principio generale che organizza la materia vivente, lungo la sua evoluzione nelle progressive forme di vita, come descrive Damasio. Entro il processo generale evolutivo si colloca la formazione dello psichosoma, o meglio lo sviluppo dell'Organismo entro cui è opportuno aggiornare quanto negli anni precedenti è stato da noi delineato, secondo le recenti scoperte neuroscientifiche, e con cui sono state *inquadrate psicosomaticamente le vicende della filiazione*.

14. Anni 2019: la costruzione del cervello e il futuro dell'Umanità

I concetti relativi agli aspetti teorici più significativi della nostra Psicologia Clinica Perinatale sviluppati negli ultimi anni nella prospettiva delle Neuroscienze e della Neuropsicoanalisi sono stati sintetizzati nel volume **“Una vita con la psicoanalisi. La costruzione del cervello e il futuro dell'Umanità”** (Imbasciati, 2019).

Viene messa in rilievo la *matrice perinatale del mindbrain*: la perinatalità di un bimbo risale alle sue prime strutture che si formano, o meglio vengono a costruirsi nel suo cervello e che si prospettano fondamentali. Il mindbrain è una costruzione che inizia nel feto, esplode nel neonato e nel bimbo, si continua nel bambino, dapprima nel *cervello destro* e poi anche nel sinistro, e prosegue nel fanciullo, nella dipendenza da qualche caregiver, e poi per tutta la vita nelle nostre “Relazioni”. Dall'embrionale unitarietà dell'incipiente cervello col resto del corpo si passa all'attività del *cervello fetale* collegato col resto del corpo (fetale e materno, e poi comunque col proprio corpo di infante), dalla cui funzionalità si genererà quella che caratterizza quanto si può denominare mente, considerando gli affetti in primis. Il mindbrain è un insieme di mente con cervello, anzi tutt'uno col corpo: è “incarnato” o “incorporato”, Bodybrainmind. Con il concetto si intende specificare la costruzione, individuale, della struttura funzionale del cervello: reti neurali di quell'individuo, la cui specificità individuale si andrà progressivamente accentuando in una ulteriore costruzione, realizzata in base a ogni successiva esperienza. Il processo di apprendimento quale costruzione della suddetta struttura fin dallo status nascendi indica come tale apprendimento non sia processo mentale separato dalla corporeità, ma è esso stesso strutturazione di reti neurali, individuali, la cui funzionalità costituisce la “memoria” di quanto si è appreso. Tale costruzione risulta

dalla codifica di quanto giunge al cervello del feto-neonato-bimbo nella relazione col caregiver (= madre): si tratta dell'esito di una elaborazione, sia della mera sensorialità (= afferenza) proveniente dal globale ambiente esterno, sia soprattutto dal messaggio (non verbale, ovviamente) che viene emanato dal corpo del caregiver (sguardo, pupilla, sonorità, calore, odori), il che significa quanto denominiamo emanazione di affetti; "buoni" e/o "cattivi" che vanno a costruire comunque il mindbrain del bambino. Ciò implica la qualità della mente del caregiver: questi deve "insegnare" al neonato (e già nel feto) a riconoscere il significato di insiemi afferenziali corporei, in una reciprocità dialogica. L'afferenza non si imprime tal quale è ma così come l'apparato recettore già nel feto la ha recepita, elaborata, trasformata, codificandola in reti neurali. Deriva l'"effetto cascata", o "effetto domino", cioè il fatto che ogni momento della costruzione di questo mindbrain dipende da come viene elaborato il momento relazionale e ambientale dell'esperienza che si sta attraversando (il che significa che dipende dalla funzionalità raggiunta e in quel momento operante del cervello di quel soggetto). Si sottolinea pertanto come la "esperienza" fondante una previsione (prevenzione!) dello sviluppo di un bambino, e quindi del futuro individuo, non sia l'esperienza reale esterna, come purtroppo si pensa semplicisticamente, a livello corrente, bensì ciò che risulterà a seguito della elaborazione, trasformazione che di ogni singola esperienza obbiettiva esterna sarà fatto dalla struttura di quel mindbrain in quel momento di apprendimento.

Si prospetta l'incidenza delle relazioni interpersonali, gli affetti, quali condizioni del tipo di apprendimento e di costruzione di un determinato mindbrain; questo si incentra su quanto denominiamo genitorialità. L'integrazione che sta attualmente avvenendo con la neuropsicoanalisi indica dunque che la *dimensione genitoriale*, che regola la costruzione del cervello di un neonato, è da intendersi nella sua *specificità emozionale*, individuale dei singoli caregiver, che condizionerà una specifica struttura di base nell'organizzazione individuale del cervello emozionale di "quel" neonato. L'esperienza è quello che un mindbrain fa elaborando le informazioni che recepisce per costruire entro di sé un insieme di reti neurali, il cui funzionamento costituisce ciò che si è acquisito e pertanto può essere fatto funzionare nei momenti appropriati, oltre che costituire matrice per l'elaborazione delle successive esperienze (effetto cascata).

Il cervello è il grande direttore assoluto della nostra sorte. In realtà esso opera in base alla continua informazione che riceve da ogni parte del corpo, per diretta via umorale, biochimica, o tramite i vari apparati neurali diffusi in ogni organo. Si parla di cervello viscerale. Gli studi di Porges hanno messo in evidenza quanto continuativamente e intensamente ogni

parte del corpo informi il cervello su tutti i suoi stati fisicochimici, non solo per vie neurali, ma anche direttamente umorali: ciò ha particolare importanza nello sviluppo fetale e probabilmente anche embrionale. Il termine Mindbodybrain bene rappresenta come, considerando tutto lo sviluppo intrauterino, c'è ragione di pensare che agli inizi debba essere collocato il "corpo", quale fonte per la quale l'ectoderma si differenzierà in cervello. Ancor più il termine Bodybrainmind rende ragione di come il cervello continua a crescere nel contatto con l'esterno, con le sonde sensoriali del corpo: dunque opera in base a quanto il corpo gli comunica circa l'ambiente esterno.

Lo sviluppo neuropsichico di un individuo è da intendersi come *neuromentale*, nella considerazione di un mindbrain, anzi di un Mindbodybrain, e in questa prospettiva neuroscientifica si può trovare il fondamento di come la nostra soggettività cosciente possa essere guida insicura. La *coscienza* è solo un *epifenomeno del mindbrain*, che alcune reti neurali via via ma non sempre possono produrci. Gli *affetti* sono il *motore del mindbrain*, che il cervello lavora essenzialmente a livello emozionale, che lavora sempre, e a nostra insaputa, e che solo qualche volta fa apparire qualcosa alla nostra coscienza; la cui presunta priorità veridica le dà l'aspetto della cognizione.

In questa prospettiva si colloca lo studio delle "capacità" genitoriali: tale "capacità" consiste nella individuale "*qualità*" delle *dimensioni genitoriali* di un caregiver che sono strettamente collegate a tutta la struttura neuromentale di una "persona".

Nella costruzione del mindbrain di un bimbo il suo cervello sarà costruito in base alla funzionalità del mindbrain dei suoi genitori, e sappiamo che questo dipende dalle loro vicende di vita, quelle del loro passato, ma anche quelle del loro presente generativo e genitoriale.

La qualità della genitorialità condiziona la qualità della mente di un bambino, la sua intima, originaria e nascosta connessione con tutta la struttura neuromentale, e ci introduce alla comprensione di cosa può succedere nei mindbrains di ognuno dei due componenti una coppia quando si verifica attrazione, incontro corporeo, rapporto sessuale, intimità (vissuta o meno che sia), e oltre, quando una coppia pensa coscientemente di desiderare e poi eventualmente decidere di fare un figlio; e che cosa succede nella loro sessualità per i rapporti sessuali nel periodo perinatale; e ancor più che cosa ne può succedere negli eventi somatici del concepimento, della gestazione, del parto, dell'accudimento, allattamento e via dicendo, con tutta la serie delle relative vicende psicosomatiche, nella norma-media o nell'anomalia di "patologie".

Ciò che accade nella mente dei due componenti di una coppia che sta facendo un figlio è di enorme rilievo: un grosso lavoro del cervello che

cambia la struttura stessa del cervello di entrambi e che dice non solo di *vicende psicosomatiche* generali ma anche della varietà e variabilità di come andranno a svolgersi i rapporti sessuali in gravidanza e nel postpartum, e poi oltre; e produce anche, eventualmente, difficoltà più o meno gravi nel condurre a buon fine la gravidanza e il parto.

Lo sviluppo del cervello attraverso le relazioni si collega al clima socioculturale e all'ambiente socioeconomico, in un circuito reciproco entro cui si può predire la possibile transgenerazionalità nella costruzione del mentecervello – mindbrain – presenti e futuri.

Gli studi attuali della genitorialità si devono collocare nella prospettiva della costruzione del BodyMindbrain, come le neuroscienze ora permettono di descrivere e soprattutto di spiegare.

La Psicologia Clinica Perinatale si occupa di come nel singolo individuo venga a essere costruito il suo cervello individuale a seconda del tipo di relazione coi caregivers. Tale costruzione è intensa, fondamentale, e determinante ogni ulteriore sviluppo nei primi “mille giorni di vita”. Di fondamentale importanza è la prima matrice neuromentale del nuovo individuo, che si viene a costruire nei primi mille giorni di vita. Sarà questa matrice, a seconda di quali funzionalità abbia acquisito, a determinare come il bambino sarà capace, e qual tipo di capacità avrà per elaborare ogni sua ulteriore esperienza (effetto “cascata”). Questa costruzione può avvenire producendo caratteristiche individuali positive piuttosto che negative (fino a quanto viene chiamato patologia) a seconda della capacità relazionale dei caregivers; la quale, anch'essa, può essere buona o patogena, senza nessuna loro colpa, giacché è una dimensione inconsapevole formatasi nei loro mindbrains quando essi erano bimbi. È nella qualità della relazione che si manifesta quanto denominiamo *genitorialità*.

Generatività è una caratteristica che nella sua descrizione in termini psicologici può essere compresa analizzando le condotte che si dispiegano nel genere umano ma, nei processi biologici che ne stanno alla base è estremamente complessa, in quanto fa parte della *costruzione psicosomatica* dell'intero organismo e che si manifesta nelle sue condotte procreative e creative. Nel decorso dei processi biopsichici che conducono alla riproduzione degli umani – sessualità, gravidanza, parto e post – si rilevano spesso difficoltà (molto di più che in qualsiasi altro animale): sono queste che conducono a indagarne la genesi, nei termini in cui possiamo finora conoscere il gigantesco “mindbodybrain” di un umano, sul “come” un suo individuale sviluppo (meglio dire sua costruzione) le possa produrre.

Le vicende del concepimento/gravidanza/parto/puerperio/allattamento, come tutte le funzionalità del mentecervello, anzi del “mindbodybrain”, implicano una regolazione a doppia via come descrive Damasio del cervel-

lo col corpo: si entra pertanto nella complessità psicosomatica dell'organismo, caratteristico dell'"homo sapiens" per la ben più enorme complessità della costruzione del suo cervello rispetto a quello degli altri animali. La dimensione generativa (nella suddetta esemplificazione "procreativa") è inconsapevole, e la sua estrinsecazione al di fuori delle capacità di coscienza della persona interessata: pertanto può non corrispondere a nessuna affermazione o desiderio del soggetto; questi anzi possono essere del tutto all'opposto di quanto in realtà è capace il suo mindbrain. Non facile spesso è per gli operatori della perinatalità tenere presente concetti di base della neuropsicoanalisi, quali quelli di "memoria di funzioni psichiche", di "funzionalità mentale integrata nel corpo", di "struttura affettiva appresa dal cervello", o più in generale di "inconscio", inteso però nel senso attuale del termine, sia perché sarebbe necessario un continuo aggiornamento, sia a causa della tenacità dei pregiudizi che permeano, ancor oggi, la cultura generale, anche quella di professionisti che dovrebbero averne una più aggiornata, almeno in attinenza alla loro specificità professionale.

Dobbiamo considerare pertanto la Psicologia Clinica Perinatale secondo gli sviluppi della concezione psicosomatica attuale. La "Psicosomatica" non è più oggi concepita come interferenza (indebita, quasi da persona malata) su ciò che si era creduto perfetta macchina del corpo e del cervello, e nemmeno inevitabile influenza di ben poco conosciuta psiche sul soma, ma neppure una regolazione reciproca di due distinte entità, di mente e di corpo, così come ancora, semplificando, si continua a pensare, bensì come *unità inscindibile del mindbrain con ogni parte del corpo*, ove una continua reciproca comunicazione scorre, sia per le miriadi di afferenze e efferenze delle vie neurali, sia nei messaggi biochimici dei neurotrasmettitori e dei loro recettori; nonché in altri messaggi umorali della chimica molecolare cellulare del sistema immunitario. Il cervello "mappa" ogni singolo stato di ogni istante di ogni parte del corpo e di ritorno ne "rimappa" il cambiamento che vi avviene, come descrive Damasio, ovvero registra, e al contempo produce il perenne funzionamento, cioè il continuo mutamento della struttura funzionale di ogni parte del corpo e di esso stesso cervello, il Mindbodybrain.

La Psicologia Clinica Perinatale si deve occupare di *prevenzione* ma anche aiutare i genitori nell'eventuale fallimento della loro generatività, perché spesso le difficoltà incontrate e successivamente in qualche modo superate potrebbero lasciare il segno nelle successive filiazioni. Molte possono essere le difficoltà e i disagi lungo il decorso della gravidanza: per tutte è implicata la *regolazione o disregolazione, psicosomatica*.

Alla clinica medica sono note le sindromi più gravi, come le gestosi o l'ipерemесi gravidica, considerate alla stregua di malattie, di cui vengono volta a volta imputate varie cause.

In ambiente sanitario è consueto dichiarare una diagnosi e di conseguenza denunciare una causa, individuabile, di ciò che viene indifferentemente considerato “malattia” piuttosto che “sindrome”: in realtà nei disturbi perinatali, come in tutte le sindromi, si tratta sempre di cause intermedie, nella concatenazione dei vari passaggi causali nella rete delle miriadi di connessioni neuromorali e nella stessa produzione cellulare, con le quali l'organismo (Bodybrainmind) organizza la sua regolazione corpo/mente/cervello/vicende esperienziali.

L'attenzione dell'assistenza sanitaria viene attratta dalla disregolazione psicosomatica che si manifesta con *sindromi* che con più evidenza mostrano *eventi psichici*.

Sindromi note, che si manifestano a livello psichico, sono l'*ansia* e la *depressione*, lieve o maggiore, variamente giustificata o forse favorita da circostanze di vita, o altre sintomatologie psicologico-psichiatriche, che spesso esitano in difficoltà del parto o si protraggono per tutta la vita perinatale: della donna e ovviamente del bambino, con ripercussioni imprevedibili, anche a lungo termine. Una madre in depressione si trova infatti menomata in quelle sue capacità genitoriali che stanno costruendo il mindbrain del loro feto-neonato-bimbo: capacità che fondano nella relazione il cervello del nascituro nella sua prima matrice neuromentale, elaborativa di ogni successiva esperienza di quel mindbrain. Il futuro individuo si costruirà su tale base: ogni difficoltà genitoriale, e in tal caso particolare quanto viene veicolato o quanto manca nel dialogo non verbale madre-depressa/bimbo, ha così molta probabilità di condizionare negativamente il suo sviluppo neuropsichico, e con esso l'ottimale sviluppo di un'organizzazione psicosomatica del suo intero e futuro organismo.

In tutti questi processi di regolazione, o disregolazione, tra madre e bimbo, gioca poi ruolo importante il modo con cui ha più probabilità di svolgersi il parto. Il dolore è temuto in vari gradi e può essere presente o meno con diverse intensità: i disagi psichici, e la loro evidente o non evidente base psicosomatica, qualche volta palesi alla coscienza della donna, ma altre volte negati, possono spesso esitare in distocie di vario grado, o nella richiesta della donna di un intervento cesareo non necessario. Queste e ancor più il cesareo compromettono e/o interrompono il flusso delle interazioni madre/neonato e la loro reciproca regolazione psicosomatica; e si possono ripercuotere su tutto l'andamento relazionale postpartum, in primo luogo nell'allattamento.

Tutte le vicende psicosomatiche sopra descritte o più specificatamente relative a un funzionamento neuropsicosomatico, sono espressioni di difficoltà, nella dimensione generativa e genitoriale della persona, a svolgere funzioni che nell'organizzazione psicosomatica di altri individui – madri

ma anche padri –, sono espletati con esiti vitali per chi genera e per chi è generato.

Nei casi in cui la coppia generativa ha vissuto precedenti difficoltà per infertilità, quanto sopra descritto viene a essere, ovviamente, complicato e esacerbato. Tale evento è da tenere in massimo conto per il futuro del bambino, anche nelle sue successive epoche di sviluppo e crescita. La *dimensione generativa e genitoriale non si esaurisce con la perinatalità*: capacità genitoriali adeguate sono necessarie fino all'età quasi adulta dei figli. Tali capacità non dipendono dalle buone intenzioni dei genitori, ma sono insite nella loro struttura psicosomatica e si trasmettono al di là delle capacità del genitore stesso di esserne cosciente; tanto meno dipendono dalla cosiddetta buona volontà, anzi, quanto più questa si dispiega, tanto più è da tenere in conto un suo effetto opposto, celato nella struttura del suo Mindbodybrain, che può agire negativamente sul bambino.

Grossa incidenza psichica sul futuro di un genitore, la donna soprattutto, e il futuro di eventuali figli, è il pregresso avvenimento di una *morte in utero*, o di una *nascita prematura*, così come per gli *aborti*: tali avvenimenti possono costituire una prova di insuccesso della propria generatività e conseguente, anche se in prospettiva, genitorialità. Più gravi si presentano le difficoltà interiori, anche coscienti, quando la gestazione si interrompe a gravidanza avanzata e soprattutto quando si riscontra la morte del feto in utero, talora anche a termine. Si tratta di un vero *lutto*: il “feto” è ormai “il bimbo”, cercato e desiderato, che si muoveva nella pancia spesso in un dialogo motorio con la “sua” mamma, in una “diade” vivente, unita e al contempo costituita da due esseri; se il nascituro cessa di vivere, è un “figlio” che è morto.

È in effetti come se, al di là di una reale responsabilità, la donna avvertisse che il suo organismo (Bodybrainmind) non è stato capace di generare: lutto non solo per la perdita di un figlio, ma di se stesse, della propria capacità generativa, della propria identità femminile.

L'altro evento che, oltre che colpire i candidati genitori, comporta ben visibili e talora fatali rischi per il bambino, a breve, medio e lungo termine quando questi diventa adulto, è il parto prematuro. La costruzione di quello che avrebbe dovuto essere il suo mindbrain di infante, nella sua prima matrice elaborativa, dalla cui funzionalità sarebbe dovuta dipendere l'elaborazione di ogni sua ulteriore esperienza, è stata non solo sospesa, ma sconvolta: le conseguenze sulle capacità funzionali che la sua matrice funzionale potrà avere nell'effetto cascata delle successive esperienze, che peraltro esse stesse possono comportare ulteriore dolore, è imprevedibile, ma certamente devastante si parla infatti del diritto di una persona umana di poter avere figli, anche con le tecniche di PMA, ma poco si considera se

e come esse possano modificare le condizioni di costruzione del mindbrain di un feto e di un bimbo. Scarsamente per ora ne conosciamo gli effetti: variazioni delle condizioni di vita del feto-neonato-bambino intervengono, probabilmente di più o di meno incisive a seconda dei vari livelli di PMA, ma quali, volta a volta potrebbero esserne gli effetti? Come influiranno sulla costruzione del mindbrain del bimbo? E di quel futuro adulto? Teniamo presente l'effetto cascata nella elaborazione dell'esperienza e pertanto gli effetti a lungo, lunghissimo tempo. Se la persona adulta ha diritto ad avere figli, anche un feto, che diventerà adulto in funzione dei suoi genitori, ha diritto di essere salvaguardato da rischi. Così come socialmente ci preoccupiamo dei bambini che crescono in famiglie che possono condizionarne uno sviluppo neuromentale negativo, altrettanto dovremmo preoccuparci di come si svilupperà un individuo il cui mindbrain fetale e perinatale è stato costruito nelle vicende relazionali dipendenti da genitori che attraversavano le situazioni psichiche particolari inerenti alla PMA. Le vicende relazionali, con genitori e caregivers, iniziano già in età fetale e si incidono per tutta l'infanzia condizionando la formazione del mindbrain dei bambini e pertanto il loro futuro di adulti, pertanto le coppie che affrontano i problemi dell'infertilità e della sterilità attraversano un periodo di vicende psicosomatiche non certo lievi, che modificano la funzionalità del loro mindbrain: quel mindbrain dal quale dipenderà il nascituro. Per ora poco conosciamo al proposito, il tutto avviene inconsapevolmente e gli esiti sono apprezzabili soltanto tardivamente e pertanto dobbiamo sollecitare riflessioni affinché si possano fornire adeguati supporti alle coppie che intraprendono tali percorsi perché vengano supportate con interventi preventivi di Psicologia Clinica Perinatale, non sempre previsti nelle organizzazioni e strutture dedicate alla PMA.

Per ciò che concerne le *nuove famiglie*, la valutazione di un eventuale rischio non è facile nella misura in cui poco ancora conosciamo di cosa è successo nel Mindbodybrain di chi risulta impossibilitato a procreare (infertili e omosessuali e single) e che cosa vi succede nelle attese se, a seconda dei vari tipi e livelli di PMA, il desiderio dei richiedenti possa dirsi soddisfatto; né tanto meno cosa vi succederà in un ulteriore futuro, quando la PMA è riuscita e ha soddisfatto il desiderio del genitore che l'ha voluta. Una cautela tuttavia occorre, nel rispetto dei nascituri, valutando ciò che per ora possiamo sapere dalle scienze della mente. Nella nostra Psicologia Clinica Perinatale generatività, genitorialità e diritti dei nascituri vengono considerati non semplicemente a livello di previsioni sociologiche, ma alla luce delle neuroscienze, avendo cura che il loro cervello possa venir costruito nelle condizioni migliori, affinché possa affrontare e anche gestire la sempre più rapida evoluzione. A questo proposito rimandiamo alla

Carta dei diritti dei nascituri che abbiamo elaborato nel 2017 in funzione di quanto possiamo a oggi sapere sulle vicende della mente dei genitori di fronte alla generatività e soprattutto di fronte alle difficoltà di generare, come per le “nuove famiglie” nell’impatto delle PMA. Mente genitoriale e famiglia sono la matrice generativa della qualità del Bodymbrainmind dei nascituri.

15. Anni 2020: Psicologia Clinica Perinatale “Babycentered”

“Psicologia Clinica Perinatale Babycentered” (Imbasciati, Cena, 2020) è l’epilogo dei nostri studi.

Con “Psicologia Clinica Perinatale” è stata per molti anni intesa una cura per la donna nel periodo critico della “sua” perinatalità: gestazione, parto, puerperio, allattamento e prime cure del neonato. La fragilità psichica della donna che diventa madre è una eventualità frequente che qualche volta può assumere l’incidenza di una sintomatologia psichiatrica, mentre l’attenzione al nuovo nato è rimasta quasi più in secondo piano, salvo quando il piccolo mostrava qualche anomalia rispetto a quanto riscontrato come “normale”. D’altra parte non sussisteva una considerazione del neonato tanto meno del feto come essere umano. Fino a non molte decadi or sono, gli interventi chirurgici sui neonati si facevano senza anestesia. A cominciare dagli anni ’70 si sono progressivamente scoperte le “competenze” del neonato, con la presenza già alla nascita di una attività psichica, considerata una “mente”, che si sviluppa fin dal periodo fetale, e che nelle prime settimane dopo la nascita dimostra quanto può subito progredire velocemente. Parallelamente si è constatata l’importanza della relazione emozionale e comunicazionale, soprattutto nella comunicazione non verbale, inconsapevole e automatica, che si instaura tra madre/caregiver e neonato, e il suo valore cognitivo: per questa relazione, e secondo le specificità di questa coppia, intesa come “unità”, nel bimbo si sviluppano le prime cognizioni del mondo come descritto da Money-Kyrle nel 1971 e soprattutto il progressivo suo interesse a comunicare con ciò che accade intorno a lui (successivamente dentro di lui). Attraverso le osservazioni dirette si rilevò che il neonato è socialmente “competente” a comunicare in modo differenziato con chi si mette in relazione con lui e questo gli permette di sviluppare sue proprie individuali modalità di “apprendere”, e acquisire progressive capacità cognitive. L’interesse scientifico si è poi rivolto ai processi intersichici, e neurali. Le capacità psichiche, o meglio la “qualità della mente” della madre produce la “qualità” della mente del neonato: l’attenzione viene rivolta a come il bimbo impari e la sua mente

progressivamente costruisca le strutture che gli consentono di “conoscere” e di imparare, più o meno bene, a seconda delle esperienze relazionali strutturanti la mente. A seguito di queste scoperte cliniche e sperimentali sulla relazione madre/neonato, si è indagato come il relativo processo dello sviluppo di un bambino dipenda in modo particolarmente incisivo dalla situazione psichica della madre durante il suo periodo perinatale, cioè nelle sue vicende interiori nella gravidanza, gestazione, parto, puerperio, allattamento: tali vicende comportano situazioni psichiche che possono incidere considerevolmente e possono essere conseguenza di possibili patologie, per lo sviluppo del bambino, psichico e fisico.

A seguito delle suddette scoperte, il termine “perinatalità” viene pertanto oggi riferito al periodo perinatale del bambino e una nuova “Psicologia Clinica Perinatale”, centrata sul singolo soggetto, significa studio sulle vicende neuropsichiche che strutturano il cervello di una persona a seguito delle interazioni con la madre e l'ambiente, nelle varie relazioni interpersonali delle prime epoche della vita; le condizioni della madre, come oggetto di cura per lei stessa, e del padre sono considerate funzionali a un buon sviluppo del neonato.

Con Psicologia Clinica Perinatale oggi è da noi intesa la genesi delle caratteristiche specifiche della mente della singola persona, normale o no che essa possa apparire. *Il periodo perinatale ha pertanto fondamentale importanza riguardo allo sviluppo del bambino, di tutti i bambini, di tutte le persone.*

L'apposizione attuale di “babycentered” vuole indicare la *centralità della costruzione del cervello dei bambini che avviene attraverso i genitori*. Da come ogni bimbo sarà oggetto di adeguate cure da parte dei genitori dipenderà il suo sviluppo neurale futuro, di bambino ma anche di fanciullo, fino all'età adulta, condizionando le progressive sue acquisizioni, inclusa la capacità genitoriale con cui il singolo bambino diventato adulto genererà le future generazioni.

L'osservazione clinica prolungata dei bambini ha portato all'attenzione i nessi di causa tra gli eventi esperienziali di un bimbo e i successivi suoi sviluppi psichici, fino a tutto l'arco di vita di quell'individuo: ciò soprattutto per quanto riguarda l'incidenza di quello che si struttura nella mente del soggetto nei suoi primordi. La psicoanalisi dei bambini, nell'intento di curare i disturbi osservati nei piccoli, sempre più ha evidenziato le carenze, o meglio la disregolazione delle relazioni coi caregivers. Con la psicoanalisi praticata con bambini anche neonati insieme ai genitori, o solo con questi, come ad esempio nella “consultazione partecipata” sviluppata da Dina Valino a partire dal 1984, le disregolazioni si sono rivelate collegate con le caratteristiche della struttura affettiva dei rispettivi genitori. Il nesso cau-

sale tra una qualche peculiarità, o difetto, della capacità genitoriale e uno sviluppo disturbato del bambino è apparso sempre più chiaro ed è stato descritto; anche se chiaro non era tuttavia come e perché tale connessione si verificasse: si sapeva che erano importanti i primi tempi della vita, il primo anno di vita e anche la nascita, il parto e il periodo fetale.

È stato l'apporto delle neuroscienze che ha dato una svolta a quanto clinicamente osservato circa i probabili nessi casuali: si è riscontrato un fondamento indiscutibile nell'evidenza delle scienze empiriche e dalla descrizione si è passati alla spiegazione, sul piano biologico.

La Psicoanalisi dell'infante e la Psicoanalisi con madre e neonato o bambino piccolo avevano antesignanamente rilevato ciò che le Neuroscienze hanno dimostrato con metodologie empiriche ed evidence based. La Psicoanalisi descrive e spiega le vicende psichiche degli infanti, collegandoli con gli sviluppi dell'adulto: con le Neuroscienze invece si è sviluppata una dimostrazione e si è passati a collegare il piano psichico a quello neurale.

Nella più recente prospettiva "Bodybrainmind" le vicende della filiazione vanno considerate in una prospettiva psicosomatica, secondo le attuali neuroscienze. La formazione della *genitorialità* non può essere studiata solo secondo un percorso psicologico, ma come *evento della unitarietà psicosomatica* dell'individuo. Vi è una silente reciproca comunicazione di informazioni tra il mindbrain e ogni parte e organo del corpo. Tale regolazione è responsabile dell'intero sviluppo fisico, nella salute piuttosto che nella vulnerabilità alle malattie, siano queste provocate da agenti esogeni, siano esse effetto di disregolazioni più o meno cospicue dell'equilibrio cervello/corpo/ambiente/relazioni. È questa la concezione attuale di psicosomatica.

La salute mentale perinatale "Babycentered" viene da noi promossa attraverso un prendersi cura dei bambini, curando i genitori. Curare psichicamente i bambini si attua curando i genitori: per prevenire la sorte dei bambini che si ritrovano a crescere in costellazioni familiari a rischio, viene confermata la indispensabile necessità di fornire un'assistenza preventiva ai genitori. Occorre assistere e curare i genitori perché la loro dimensione genitoriale possa essere sviluppata al meglio proponendo modalità di *prevenzione* e di *intervento precoce* per promuovere e sostenere, nei genitori e negli operatori, capacità relazionali adeguate a una "care" della prima infanzia che sia garanzia di salute mentale per le future generazioni. Le scienze psicologiche sono state immesse nell'assistenza sanitaria, e il concetto di "salute" spesso è ancora misconosciuto con quello di "sanità" e l'attuale crisi economica sta smantellando l'assistenza che avrebbe dovuto crescere e rinnovare tutta una *cultura della salute*, così come la prevenzione.

Nella prospettiva della prevenzione e di interventi precoci gli sviluppi di questi anni della ricerca clinica sulle complesse vicissitudini delle

madri e dei genitori sono stati da noi integrati con la ricerca empirica. È stata organizzata una ricerca per la salute dei bambini e dei loro genitori, durata tre anni: “Screening e intervento precoce nelle sindromi di ansia e depressione perinatale. Promozione della salute mentale della madre-bambino-padre”. La ricerca è stata da noi sviluppata con diversi professionisti (ostetriche, ginecologi, assistenti sanitari, psicologi, psicoterapeuti, psichiatri) nei servizi sanitari del territorio nazionale, con undici Unità Operative dell'Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale in accordo di collaborazione scientifica con l'Istituto Superiore di Sanità.

Per quanto riguarda i confronti internazionali di questi anni, sono state sviluppate collaborazioni con Bernard Golse, Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes (Paris V), Pédiatre, Pédopsychiatre et Psychanalyste, e con Drina Candilis - Huisman, Université Paris Diderot, invitati da noi all'Università di Brescia.

La prosecuzione della collaborazione con Cristina Maria Alberini, Center for Neural Science, New York University, ha riguardato lo sviluppo di un tema specifico: “Le basi neurobiologiche dell'amnesia infantile: il sistema di apprendimento e memoria sta imparando a imparare. Implicazioni per patologie nello sviluppo delle funzioni mentali” in cui viene trattato il tema dell'amnesia infantile. Perché i bambini fino a tre anni non ricordano nulla del loro passato? Cristina Maria Alberini, nel 2018 e successivamente nel 2021, porta all'Università di Brescia esperienze in laboratorio sui modelli animali e dati sui processi di cambiamento biochimico (switch) della memoria infantile e sui “periodi critici” dello sviluppo.

Considerando lo sviluppo neuropsichico del bambino, fin dall'epoca fetale e soprattutto nei primi suoi mille giorni di vita, è esso stesso intreccio progressivo di memorie: memorie emozionali, dunque affettive, di cui sembra non resti traccia alcuna di ricordo. Le neuroscienze hanno però dimostrato come queste esperienze lascino tracce in memoria. Sono le basi neurali che condizioneranno l'elaborazione, dunque l'apprendimento, delle successive esperienze: cognitive. Le neuroscienze hanno d'altra parte dimostrato come l'intera attività mentale, anche cognitiva, proceda dal lavoro emozionale del cervello; e anche gli affetti sono appresi.

Bibliografia

- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2010), *La relazione genitori/bambino*, Springer Verlag, Milano.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2012), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*, Springer Verlag, Milano.

- Cena L., Imbasciati A. (2014), *Neuroscienze e teoria psicoanalitica*, Springer Verlag, Milano.
- Imbasciati A. (2005), *Constructing a mind*, Routledge, Londra.
- Imbasciati A. (2006), *Il sistema protomentale*, LED, Milano.
- Imbasciati A. (2019), *Una vita con la psicoanalisi: costruzione del cervello e futuro dell'umanità*, Mimesis, Milano.
- Imbasciati A. (2020), *Bodybrainmind*, Mimesis, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (1991), *La vita psichica primaria. Affetto e cognizione nell'infante*, Masson, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2010), *I bambini e i loro caregivers*, Borla, Roma.
- Imbasciati A., Cena L. (2015a), *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. 1: Neonato e radici della salute mentale*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2015b), *Psicologia Clinica Perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. 2: Genitorialità e origini della mente del bambino*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2017), *Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e Psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2018), *Il futuro dei primi mille giorni di vita. Psicologia Clinica Perinatale*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2020), *Psicologia Clinica Perinatale Babycentered*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007), *Psicologia Clinica Perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin, Padova.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2011), *Psicologia Clinica per lo sviluppo del futuro individuo: un uomo transgenerazionale*, Espress Edizioni, Torino.