

# Diventare genitori nel terzo millennio: un'indagine esplorativa preliminare per un programma di salute mentale perinatale

---

Loredana Cena\*, Antonio Imbasciati\*\*,  
Angela Gambino\*\*\*, Cecilia Doneda\*\*\*\*

## Riassunto

In una società che sta cambiando, in cui si sta assistendo a nuove forme di coppia e di famiglia, ci si chiede quanto questi mutamenti possano portare a eventuali cambiamenti psichici nella modalità di generare e di allevare i propri figli nel terzo millennio, per far fronte al pericolo di un indebolimento della identità genitoriale e di disturbi nello sviluppo psichico del bimbo.

Nei progetti di prevenzione in ambito perinatale viene individuata pertanto l'esigenza di conoscere come le coppie che intendono generare e diventare genitori affrontino questi processi. È necessario che un programma di salute mentale perinatale orientato a promuovere il benessere dei genitori e del bimbo persegua l'obiettivo di sviluppare un progetto di accompagnamento al complesso processo della genitorialità psichica, a partire dal periodo prenatale in cui è possibile già cogliere indicatori di una eventuale vulnerabilità genitoriale. In questo intento abbiamo svolto una indagine preliminare che esplora aspettative, desideri, bisogni e pregresse esperienze che possono caratterizzare la generatività in una prospettiva genitoriale.

**Parole chiave:** salute mentale, periodo perinatale, genitorialità

\* Professore Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento Materno Infantile e Tecnologie Biomediche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Brescia.

\*\* Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Dipartimento Materno Infantile e Tecnologie Biomediche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Brescia.

\*\*\* Ricercatrice, II Divisione di Ginecologia e Ostetricia, Dipartimento Materno Infantile e Tecnologie Biomediche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Brescia.

\*\*\*\* Psicopedagogista, Master Genitorialità, Collaboratrice Dipartimento Materno Infantile e Tecnologie Biomediche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Brescia.

### **Abstract**

In a changing society, in which we spectators of new forms of couples and families, we are trying to understand how these social mutations can lead to psychological changes in order to generate and raising children in the third millennium. This has the aim to avoid the danger of a weakening of parental identity and psychological disorders in the child development.

In perinatal prevention projects we need to know how the generating couples faces to these psychosocial processes.

It is necessary that a perinatal mental health program, focused on promoting the parents and the baby welfare, is oriented to achieve the aim of developing a support project to the complex process of psychic parenting. This starts from the prenatal period in which we can already identify indicators of a parental vulnerability. This is the aim with which we have begun a preliminary study to explore expectations, desires, needs and past experiences which may characterize the generativity in a parental prospect.

**Key words:** mental health, parenting and generativity

### **Résumé**

Dans une société qui évolue, qui connaît des nouvelles formes de couple et de famille, on se demande comment ces changements peuvent mener à des changements psychologiques dans le mode de génération et d'élever les enfants dans le troisième millénaire, pour faire face au danger d'un affaiblissement des identités des parents et des troubles psychologiques dans le développement de l'enfant.

Dans les plans de prévention pendant la période périnatale on a identifié le besoin de savoir comment les couples qui souhaitent devenir parents affrontent ces processus. Et alors il faut qu'un programme de santé périnatale mentale axés sur la promotion du bien-être des parents et de l'enfant poursuive le but de développer un projet pour accompagner le processus complexe de la parentalité psychologique, à partir de la période prénatale dans laquelle on peut déjà saisir les indicateurs d'une éventuelle vulnérabilité parentale.

Dans cette optique nous avons réalisée une enquête préliminaire sur les attentes, les désirs, les besoins et les expériences antérieures qui peuvent caractériser la générativité dans une perspective parentale».

**Mots clés:** période prénatale, santé mentale, perspective parentale

## • Generatività e genitorialità: le dimensioni psichiche

È da poco terminato un secolo in cui la medicalizzazione della nascita ha contribuito alla diminuzione della mortalità materna e neonatale e a cui è seguito un periodo di profonde modificazioni della coppia, della famiglia, dell'intera società. Parallelamente si sta assistendo ad una de-istituzionalizzazione della famiglia classica (Cramer, 1995), con una connessa mutazione dei riti di passaggio dal singolo alla coppia e alla famiglia (matrimonio), delle reti sociali e comunitarie di sostegno, con il pericolo di un indebolimento dell'identità genitoriale (Scopessi, 1994). La donna soprattutto e la maternità sembrano essere maggiormente coinvolte, anche se sta emergendo una nuova figura di padre che sostiene e consente un recupero di quegli aspetti di maternità che non vengono più espressi.

Per scelte economiche e/o di difficoltà nella gestione della cura e dell'accudimento di bambini, per impegni lavorativi extradomestici che richiedono alla donna spesso di procrastinare la propria filiazione sempre più in là nel tempo, si avverte la presenza di una profonda ambivalenza sociale. È presente una idealizzazione della filiazione: i figli diventano preziosi e importanti in una società con poche nascite e se non arrivano, per qualche anomalia generativa o per l'età avanzata, la filiazione è ricercata ad ogni costo, ma contemporaneamente si ha una svalutazione del ruolo materno. Alle donne lavoratrici è praticamente richiesto di non restare incinte, per non perdere il posto di lavoro, spesso precario. Tutti questi elementi del sociale fanno sì che si siano verificati anche mutamenti, forse non ancora completamente palesati, nell'investimento e nella trasmissione della genitorialità.

La "genitorialità psichica" implica un percorso evolutivo articolato e complesso, attraverso un divenire di processi tra loro interrelati a partire dal proprio senso di identità individuale e poi di coppia, dalla gestione della propria sessualità, dalla capacità, o impedimento, di procreare, dal desiderio di generare (Cena, Imbasciati, 2007; Imbasciati, Cena, 2011), e dal desiderio di maternità/paternità. Poiché la dimensione genitoriale, sviluppata o carente che sia, comunque si innesta nel modulare l'accudimento perinatale e neonatale che condiziona l'intero sviluppo, psichico, fisico e psicosomatico, dei futuri individui (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011), rilevante si presenta un programma di

salute mentale rivolto ai genitori nel periodo perinatale. È questa del resto opinione da altri studiosi condivisa.

Un programma di salute mentale dovrebbe perseguire l'obiettivo di sviluppare un progetto di accompagnamento al complesso processo di genitorialità, a partire dal periodo prenatale (Missioner, 2005), in cui è possibile già cogliere indicatori di una eventuale vulnerabilità genitoriale.

Di fronte ad una madre e ad un padre, in divenire o in procinto di divenire è indispensabile individuare i processi e le dimensioni della loro genitorialità alla luce della storia individuale, della coppia e familiare, per una prevenzione delle disarmonie interattive precoci che si potranno manifestare nel periodo postnatale quando la coppia genitoriale sarà matrice dello sviluppo del figlio.

In una prospettiva diacronica si fa riferimento al concetto di “perinatalità psichica” intesa come un “segmento” del processo di genitorialità presente in diverse forme evolutive in ogni età della vita di ogni individuo (Missioner, 2005). La perinatalità psichica implica un periodo tra l'ipotetico progetto generativo/genitoriale di un bambino (Stoleru, 1995), la sua pianificazione e realizzazione fino al primo sviluppo del bambino stesso: in questo quadro la perinatalità psichica costituisce una delle prime sequenze del processo di genitorialità.

L'appartenenza alla specie umana implica potenzialità generative con cui è possibile trasmettere caratteristiche alla propria discendenza parentale per via psichica transgenerazionale e non semplicemente per la trasmissione genetica. Attraverso la propria sessualità ogni individuo ha potenzialmente la possibilità di generare e diventare genitore: questo non semplicemente per le vie biologiche, ma in quanto nella sessualità intesa come struttura emotiva viene ad essere bene o male costruita la potenzialità psichica generativa e genitoriale (Imbasciati, Buizza, 2011). La generatività intesa in senso psichico rappresenta una condizione creativa della dimensione psichica sessuale e la genitorialità ne è a sua volta prosecuzione, nella linea della filiazione psichica, mediante il prendersi “cura” del prodotto del concepimento: essa è necessaria come la generatività stessa alla continuazione e alla protezione del nuovo essere che, nella situazione di infanzia prolungata e dipendente della specie umana, ha la possibilità di strutturare la propria mente nelle relazioni con la mente dei genitori (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010) ; per poter poi crescere e nuovamente riprodursi, in senso fisico ma anche e soprattutto in senso psichico, per una continuazione della specie “sapiens”.

Con genitorialità si intende una ampia prospettiva che concerne una trasmissione tra le generazioni attraverso una dinamica esplicita del generazionale (Golse, 1995) che rimanda ad una trasmissione implicita tra le generazioni di quella che non è solo una eredità biologica ma psichica: Lebovici (1989; 1998) fa riferimento ad un “mandato trans generazionale” che costituisce il patrimonio psichico, tramandato come preziosa eredità tra le generazioni, ma che potrà anche costituire un fardello pericoloso e pesante. Le interazioni fantasmatiche tra le generazioni (Kraisler, Cramer, 1981; Lebovici, 1994) sono il veicolo privilegiato di questa trasmissione psichica transgenerazionale, con cui si intesse lo sviluppo intrapsichico individuale.

Il desiderio di generare (Cena, Imbasciati, 2007) può essere consapevole e condurre a un’azione volontaria: il concepimento viene cercato, programmato, desiderato e atteso dall’individuo e dalla coppia, ma può essere anche poco o nulla consapevole, e dare origine a tutta una serie di azioni non palesi e talora occulte per l’individuo. Alla base di ogni azione umana è sottesa, consapevole o no, una progettualità, che guida non solo le scelte ma anche le azioni: gli obiettivi o comunque i risultati potranno essere razionali o irrazionali, espliciti o impliciti, consapevoli o no, sani o patologici. La progettualità generativa individuale che appartiene alla storia di ognuno potrà ad un certo momento del percorso di vita venire condivisa o meno dalla coppia, o potrà anche nascere come progettualità di coppia stessa, sintetizzando e assumendo i codici individuali.

La progettualità generativa consapevole implica processi psichici inconsapevoli, sottesi ai comportamenti relativi alla propria sessualità, che potrà essere modulata nei suoi stessi aspetti psichici, nonché essere gestita con modalità più o meno orientate alla procreatività. La progettualità genitoriale comporta d’altra parte l’attivazione dei processi psichici strutturati nella mente del singolo, che permettono bene o male le funzioni di accudimento, fisico e psichico, del bimbo generato. La genitorialità psichica rimanda alle rappresentazioni degli affetti e dei comportamenti rivolti al proprio bambino nato, in gestazione oppure che è ancora nella propria mente (Stoleru, Morales-Huet, 1989). Il processo mentale di diventare genitori comporta una complessa evoluzione psichica (Scopesi, 1994) che attraversa l’infanzia e segue lo sviluppo evolutivo dell’individuo, in complementarietà allo sviluppo dei suoi legami generazionali, sociali, ambientali (Moro et al., 1989). In termini psi-

codinamici la genitorialità implica l'attivazione di una relazione oggettuale con un altro da sé, il bambino reale o immaginario (Stoleru, 1998), e comprende la sinergia di due evoluzioni psichiche quella della maternità e della paternità, che si incontrano in nello spazio condiviso della coniugalità, oltre anche alle proprie potenzialità generative.

In genere i due processi di attivazione della generatività e della genitorialità sono interconnessi: la generatività può evolvere verso la genitorialità, o viceversa un progetto di genitorialità può attivare la generatività dell'individuo e della coppia: ciò potrebbe spiegare l'interscambiabilità dell'uso dei due termini i cui concetti è comunque bene tenere distinti (Imbasciati, Cena, 2011 cap. 16). Può accadere però che, per complesse vicissitudini interiori, intrapsichiche, interpersonali o anche sociali, la generatività sia debole o non sia sostenuta, o non evolva verso la genitorialità: il ruolo genitoriale può venire in questo caso assunto da qualche altro caregiver (Imbasciati, Cena, 2010) entro o fuori la famiglia, oppure nei casi più gravi il bimbo può venire abbandonato, maltrattato, abusato o ucciso.

Può anche accadere, però, il contrario: il progetto di generatività può fallire per l'impossibilità procreativa, fisiologica o psicologica di uno o di entrambi i membri della coppia: il progetto di genitorialità potrà allora venire realizzato attraverso l'adozione di un bambino o l'assunzione di un affido.

In letteratura si possono ritrovare i due termini generatività e genitorialità utilizzati in modo interscambiabile. Con tali denominazioni si intendono però specifici processi psichici connessi a determinate funzioni che necessitano di una distinta puntualizzazione. Per generatività si intende una struttura psichica, che dispone a una qualche trasmissione del proprio essere: può condurre alla generatività fisica, così come ad altre "creazioni"; rimanda al superamento del narcisismo individuale a favore di un qualcosa, cui l'individuo può anche sacrificarsi. In questi termini è stato descritto da Erikson (1950) come ulteriore sviluppo di una "genitalità" intesa come oblatività e dedizione reciproca. Nei suoi aspetti più concreti generatività rimanda a gravidanza, e da qui superando il narcisismo della propria capacità di generare fisicamente rimanda alla gestazione, al voler "fare un figlio": desiderio presente in entrambi i sessi, che ritroviamo celebrato nel corso dei tempi nei miti e nelle cosmogonie (Imbasciati, Cena, 1987, 1988).

Il desiderio di generare, viene spesso fatto risalire all'istinto: negli

animali infatti il comportamento riproduttivo è regolato dai ritmi fisiologici dell'estro e dalla possibilità ciclica di generare nella femmina. La riproduzione procede dunque sulla base di una regolazione istintuale uguale in tutti gli individui della stessa specie. È questo che definisce l'istinto ma il comportamento istintivo che regna nel mondo animale, della femmina che ricerca l'accoppiamento quando è in una situazione di estro, e dell'incoercibilità del comportamento coitale del maschio quando percepisce una femmina in estro, sono scomparsi per il genere umano. Del resto il concetto di istinto anche nel suo senso più generale, non è applicabile all'uomo (Imbasciati, Ghilardi, 1989; Ghilardi, Imbasciati, 1990). Ciò nonostante nella cultura attuale corrente si fa riferimento ad un implicito "istinto sessuale materno" (Shaffer, 1980), nonché in genere a un istinto: è questa attribuzione errata, che confonde gli automatismi appresi inconsapevolmente come procedenti da un supposto "istinto"; così come riduttivamente si attribuisce a istinto la struttura psichica che regola la sessualità umana (Imbasciati, Buizza, 2011).

L'idea di un istinto dietro le vicissitudini dello sviluppo individuale umano è implicita nella prima psicoanalisi, in cui il punto di vista biologico rappresentava un principio fondamentale e lo studio della riproduzione dava modo di estenderlo. Si è così supposto un substrato biologico, istintuale, come giustificazione fisiologica dell'evento psichico costituito dalla motivazione riproduttiva che anima il genere umano. Nello sviluppo della teoria psicoanalitica la questione dell'istinto è stata oggetto di una lunga controversia. Freud faceva riferimento all'"istinto che vuol generare...." (Freud, 1915) senza peraltro che fosse precisata la definizione dell'istinto. Note sono ad oggi le critiche e le contestazioni a tale modalità di intendere l'istinto, rimaste tuttavia retaggio di un certo senso comune, così come note sono le critiche alla generale concezione biologica di Freud (Imbasciati, 2005, 2007, 2010, 2011).

Il concetto di istinto è applicabile solo per gli animali inferiori: nei mammiferi subentrano gli apprendimenti (Imbasciati, Ghilardi, 1989; Ghilardi, Imbasciati, 1990). Nell'uomo non si può parlare di istinto: ciò che sembra istintivo è in realtà automatismo appreso in epoche precoci.

Man mano che la psicoanalisi si è evoluta, dalle concezioni endogenetiste, e quindi istintiviste, a teorizzazioni relazionali, si è affermata sempre più la nozione che quanto prima era ritenuto spinta endo-

gena, ancorabile quindi al biologico nell'antico concetto di istinto, era invece dovuto a uno sviluppo psichico interpersonale, ovvero ad apprendimenti relazionali precocissimi, costituenti memoria implicita, che, come tale, muove l'essere umano senza che egli ne possa avere coscienza alcuna (Imbasciati, 2008). Di qui l'errata concezione istintuale: ciò di cui non si ha coscienza, appare automatico e ne facilita l'attribuzione al biologico.

L'idea di generatività/genitorialità inizia molto presto nell'immaginario e nella storia dello sviluppo intrapsichico e dei rapporti interpersonali di ognuno dei due membri della coppia. La generatività è molto più di un evento biologico: è correlata ai vissuti esperiti con le proprie figure genitoriali. Fanno parte di questo bagaglio tutte le fantasie di accoppiamento e di vita di coppia. Successivamente, quando nella vita della coppia sopraggiunge un periodo in cui il "desiderio di fare" dei bambini comincia ad affacciarsi alla coscienza, nella donna e nel suo partner si animano le fantasie inconscie e remote che appartengono alla storia individuale di ognuno di loro (Palacio Espasa, 1991). Il desiderio di procreazione appartiene alla vita psichica dei bambini, e questo ancora prima che essi abbiano raggiunto la maturazione fisiologica riproduttiva. La letteratura psicoanalitica evidenzia che la presenza o meno del desiderio di generare sia legato a fasi cruciali dello sviluppo psicosessuale, nelle quali si realizzano i processi mentali profondi, relativi all'acquisizione della propria identità; in particolare quella femminile.

Nel desiderio di generare sono sottese dinamiche della propria infanzia e dei primitivi rapporti con la madre. Per la donna si tratta di quelle fantasie inconsapevoli che appartengono alla sua infanzia e adolescenza, alle sue identificazioni con le figure amorevoli che contribuiranno poi a dare un nome e una caratterizzazione fisica al futuro bambino (Ammaniti, 1992).

In letteratura (Cena, 1989) il desiderio di procreazione si ritrova principalmente declinato attraverso un duplice aspetto: come desiderio di gravidanza e desiderio di maternità (Pines, 1972, 1982; Baruffi, 1979), che rimandano ai due aspetti della generatività e della genitorialità. Shaffer (1980) e Badinter (1981) rilevano come non si possa parlare di un comportamento istintivo che conduca la donna verso la maternità, ma di un insieme di capacità e sentimenti basati su una disponibilità interiore della madre, che si manifestano in particolari condizioni psicologiche e sociali (Vegetti Finzi, 1997).

La genitorialità richiama i processi interiori del “prendersi cura di”, del curare e dell’accudimento del bimbo: secondo Stern (Stern, 1995) nella cura del figlio la coppia farà riferimento alle esperienze di accudimento che aveva a sua volta ottenuto dai propri genitori, riattualizzando anche antiche modalità di rapporto.

Il desiderio di genitorialità si svilupperebbe anche a prescindere dalla sua evoluzione verso una generatività biologica concreta. Già secondo Freud (1931) il primo comportamento materno che il bimbo manifesterebbe rappresenta un’identificazione con la madre: per i bambini di entrambi i sessi da questa fonte di identificazione si svilupperebbero poi sentimenti genitoriali. La genitorialità si sviluppa come un processo psichico che accompagna l’esistenza dell’individuo le cui motivazioni hanno origine nella relazione che i bambini hanno sperimentato con i propri genitori. Un legame positivo ed un’identificazione positiva con i propri genitori possono consentire di generare e di diventare buoni genitori, portatori di un rapporto originario con il proprio figlio, attivando così un effettivo sviluppo della genitorialità (Brazelton, Cramer, 1991).

La genitorialità inoltre rimanda al “ruolo” di genitore, all’interno del contesto intergenerazionale della famiglia (Scabini, 1995). Con la nascita del bimbo il progetto di generatività può concretizzarsi e consentire una piena realizzazione anche del progetto di genitorialità, attraverso quella serie di modificazioni relazionali, familiari, prima solo potenzialmente inferite, che possono essere sperimentate fattivamente quando nel ciclo di vita dell’individuo e della coppia è venuto il tempo che questo accada.

## • Un’indagine esplorativa preliminare

Generatività e genitorialità si presentano come due costrutti teorici tra di loro articolati imbricanti strutture e funzioni psichiche complesse, connesse in molteplici variabili che non è facile esplorare.

Il progetto gestazionale e genitoriale (Capello, Vacchino, 1985) della donna e della coppia comporta che attraverso la gestazione avvenga un passaggio dalla “coppia coniugale” alla “coppia genitoriale”. Il progetto gestazionale dovrebbe contenere il progetto generativo (fare un

figlio) e il progetto genitoriale (diventare madre e padre), che comporta lo sviluppo di un'identità nuova, quella di genitore: nella nostra indagine esplorativa abbiamo cercato di individuare possibili indicatori di generatività e genitorialità.

In letteratura non ritroviamo modelli descrittivi collaudati e specifici della dimensione generativa che consentano di sintetizzare i molteplici aspetti dei processi psichici sottesi alla relativa eventuale progettualità: si ritrovano invece descritte processualità psichiche sottese alla gestazione (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007), esaminate da diversi autori secondo un proprio vertice teorico di riferimento. Nella progettualità generativa della coppia la gravidanza comporta la realizzazione del progetto generativo e di solito genitoriale: in letteratura la si ritrova indagata, dalla maggior parte delle ricerche, soprattutto dal punto di vista del decorso psicosomatico e dei vissuti della donna gravida. La gestazione d'altra parte rappresenta un evento nella vita della donna particolarmente significativo e complesso dal punto di vista delle trasformazioni fisiologiche corporee, nonché psicologiche, per gli importanti cambiamenti e la conseguente necessità di riacquistare nuovi equilibri nell'ambito della propria identità individuale e di coppia. In letteratura molteplici sono gli studi, soprattutto da parte di psicologhe e psicoanaliste donne, che hanno esplorato le diverse dimensioni psichiche di questo evento (Deutsch, 1945; Bibring, 1959; Benedek, 1958; Breen, 1975; Pines, 1972, 1977, 1982; Ammaniti et al, 1995; Bydlowski, 1997, 2004). Meno numerosi sono gli studi relativi ad indagini nell'ambito di ciò che accade nella coppia.

Tra i diversi studi presenti in letteratura che esplorano invece le dimensioni connesse alle funzioni genitoriali ci è sembrato molto rappresentativo il modello di indagine proposto da Belsky (1984) che esamina le determinanti delle differenze individuali nel funzionamento genitoriale.

Nel processo di funzionamento genitoriale del modello di Belsky sono identificati tre domini di determinanti del comportamento: personale (intendendo le risorse psicologiche dei genitori), poi le caratteristiche del bambino, e quindi le fonti sociali del lavoro e di supporto sociale. Il modello presuppone che il funzionamento dei genitori sia determinato da molteplici variabili: la personalità individuale del genitore è collegata alla relazione di coppia; intervengono poi le determinanti sociali attraverso il lavoro e le reti di supporto sociale che sono in-

terrelate contemporaneamente alle specificità intrapsichiche e interpersonali dei genitori; le caratteristiche del bambino inoltre hanno una loro peculiarità attraverso lo sviluppo fisico, psichico e relazionale, e influenzano direttamente lo sviluppo del *parenting*. Questo modello si è dimostrato il più collaudato in ambito della letteratura in quanto consente una comprensione olistica dei processi connessi alla genitorialità. L'idea proposta dall'autore sposta l'approccio da una visione lineare ad una circolare entro la quale i vari fattori di influenza vengono considerati e studiati sia nel loro ruolo diretto di mediatori, sia per il loro *feed-back* nel modificare il funzionamento di ognuno degli altri.

La difficoltà riscontrata riguarda la possibilità di strutturare accurati e adeguati strumenti per la rilevazione delle determinanti e di una loro valutazione senza incorrere nel rischio di una semplificazione che non renda ragione della complessità e dell'interdipendenza dei vari fattori: ciò rispetto anche alla progettazione di interventi per favorire traiettorie evolutive positive.

A seguito di uno studio esplorativo pilota da noi condotto in anni passati prima presso il corso di laurea di Ostetricia dell'Università di Torino e successivamente nel confronto diretto con ostetriche e ginecologi degli Spedali Civili e del corso di laurea di Ostetricia dell'Università di Brescia, sono state elaborate alcune ipotesi cliniche ed è stata progettata la costruzione di strumenti per meglio individuarle e valutarle.

In un nostro recente progetto di ricerca-intervento per un programma di salute mentale perinatale elaborato a livello interdisciplinare tra la Psicologia Clinica (Imbasciati, Cena, Doneda) e la Ginecologia Clinica II (Gambino) del Dipartimento Materno Infantile dell'Università di Brescia (Facoltà di Medicina e Chirurgia), si stanno indagando aspetti del processo di sviluppo ed evoluzione della progettualità generativa/genitoriale, non solo della donna ma della coppia. L'obiettivo dello studio è esplorare le diverse dimensioni che si articolano nei complessi costrutti della progettualità generativa/genitoriale, attraverso numerose variabili tra le quali la sessualità. Abbiamo scelto di coinvolgere, in un'indagine sulla salute mentale perinatale, la coppia e rilevare i dati relativi sia ai vissuti materni, sia a quelli paterni, che vede la coppia co-protagonista.

Nella esplorazione dei processi di progettazione, nascita, e sviluppo della funzione di generatività e di *parenting* abbiamo ritenuto interessante e funzionale al nostro studio il modello psicosociale proposto da Bel-

sky (1984) e abbiamo tentato di declinarlo secondo gli aspetti dinamici della Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007).

Nel presente lavoro vorremmo proporre alcuni spunti di riflessione sui primi dati relativi alla salute mentale in epoca perinatale, che andranno ulteriormente approfonditi con ulteriori elaborazioni statistiche e ricerche empiriche ma che ci consentono di iniziare a focalizzare l'attenzione in una prospettiva multidisciplinare psicodinamica ed evolutiva sul complesso processo della co-genitorialità perinatale.

## • Lo strumento

In prima istanza è stata concepita l'idea di un questionario self report. I possibili quesiti da sottoporre ai genitori, si sono rivelati numerosi, troppi per poter pensare subito ad uno strumento da validare psicometricamente. Si è però in questo intento ritenuto indispensabile procedere in un primo screening preliminare, attraverso una prima indagine conoscitiva, per poter poi successivamente individuare quegli item più significativi.

Le dimensioni della progettualità generativa/genitoriale sono state esaminate attraverso specifiche aree di indagine e strutturate in una serie di domande aperte e chiuse: il questionario preliminare è stato articolato in differenti sezioni, ognuna delle quali rileva aspetti della progettualità generativa/genitoriale ritenuti, secondo gli studi in letteratura, di rilevante interesse.

All'inizio del questionario vengono proposti alcuni quesiti introduttivi di tipo socio-anagrafico relativi all'età, titolo di studio, attività lavorativa, stato civile, situazione del nucleo familiare attuale e della famiglia di origine dei due partner della coppia.

La prima sezione è la più articolata: esplora *l'origine del progetto generativo*, poi la sua realizzazione con il concepimento, l'evoluzione nella gravidanza fino a esplorare il parto/nascita.

L'origine del progetto generativo indaga quando è nato nel corso del tempo il progetto generativo, nel vissuto individuale materno, paterno e quali sono stati i primi pensieri del genitore relativi ad una propria possibilità generativa. Si richiedono informazioni sull'origine del desiderio di maternità e paternità: quali sono stati i primi pensieri, nati nella men-

te del genitore quando ancora era bambino o adolescente, relativi a un bambino “immaginario”, e quando poi, nel corso dello sviluppo, questi pensieri hanno iniziato a strutturarsi nella mente attraverso il desiderio di un bimbo “reale”, a livello individuale e poi di coppia. L’indagine prosegue poi in relazione alla *pianificazione del progetto* generativo, cioè quando è avvenuto il concepimento, se è stato programmato o è avvenuto incidentalmente, se è stata la decisione di uno dei due partner o della coppia; si indaga inoltre se sono sorte difficoltà nel concepimento e di quale tipo, nonché l’eventuale pregressa esistenza di aborti. Vengono poi richiesti specifici dati relativi all’inizio e sviluppo della gestazione e gli eventi più significativi accaduti durante la gravidanza, come collocare nel tempo il momento in cui la madre ha avuto la “sensazione” della presenza di un bambino dentro di sé. A entrambi i membri della coppia viene anche richiesto come si immaginano il bimbo e a chi vorrebbero assomigliasse, se hanno voluto conoscerne il sesso e quando eventualmente hanno iniziato a preparare il corredino, cioè a connotare di una propria identità il nascituro. Si indaga poi la presenza di sogni: di che tipo e quali sono eventualmente quelli più ricorrenti; i sogni della coppia durante la gravidanza sono un indicatore della vita psichica ed emotiva della madre e del padre. Vengono richiesti poi pareri relativamente agli esami medici, alle ecografie, alle visite di controllo effettuate, ai vari cambiamenti riscontrati a livelli psicofisico e ai diversi stati emotivi che hanno accompagnato i momenti della gestazione. Si esplorano inoltre le rappresentazioni che madri e padri hanno rispetto alla conclusione della gravidanza: al travaglio, al parto e alla nascita del bimbo, negli aspetti positivi o anche più problematici (travaglio e dolore). Come si immaginano di affrontarli attraverso le risorse che la coppia o il bimbo possono avere a disposizione psicologicamente, fisicamente e socialmente.

Nella seconda sezione si esplorano *dimensioni intrapsichiche*, come preoccupazioni anche a seguito di particolari eventi traumatici o lutti e disturbi psichici (ansia, depressione); sono indagate alcune *dimensioni interpersonali*, le relazioni con i propri genitori nell’infanzia, aspetti del legame di attaccamento: se la propria nascita è stata desiderata dai rispettivi genitori, se si sentivano amati da loro, se c’era accordo tra i genitori, e come erano i rapporti affettivi in famiglia.

Nella terza sezione si esplorano le rappresentazioni delle *funzioni genitoriali* in specifico riferite all’accudimento psicofisico del bambino: che cosa i genitori immaginano richiederà loro il bimbo, quali potreb-

bero essere i suoi bisogni fisici ed emotivi e come essi pensano di provvedervi (cure, alimentazione, sonno, coccole).

In una quarta sezione si indaga la *comunicazione prenatale* e la relazione primaria genitore-bambino: si richiede se già attraverso l'esperienza dei primi movimenti fetali sia avvenuta una prima comunicazione prenatale.

Una quinta sezione è relativa alle dimensioni della funzione materna/paterna di *co-genitorialità*: riguarda la prefigurazione della coppia di aspetti relativi co-genitori, "essere mamma" e "essere papà"; i cambiamenti che si prevedono a seguito della realizzazione del progetto generativo, nell'organizzazione e nelle abitudini quotidiane nell'ambito della coppia genitoriale. Viene richiesto che significato madri e padri attribuiscono al loro "essere mamma" e "essere papà", e da che cosa pensano sia connotata questa nuova assunzione di ruolo, essere in due genitori di un bimbo.

In una sesta sezione si esplora la relazione affettiva di coppia attraverso alcune variabili come la *sessualità*, attraverso le dimensioni del desiderio sessuale proprio e del partner, gli eventuali cambiamenti dei comportamenti relativi alla sessualità e dei relativi atteggiamenti del partner e propri, l'unione e l'armonia e/o le tensioni della coppia.

Una settima sezione è relativa al *supporto familiare* attuale ed esamina le relazioni con le figure affettive significative di riferimento attuali, le famiglie di origine.

Un'ottava sezione prende infine in esame il *supporto sociale* entro cui la coppia vive, le relazioni sociali, il lavoro, e i servizi assistenziali a cui la coppia può fare riferimento.

Abbiamo scelto di esaminare molteplici e diversi aspetti relativi alla progettualità generativa/genitoriale con uno sguardo che consenta una esplorazione a vasto raggio, anche rispetto a dimensioni sinora poco indagate in letteratura, come la relazione primaria attraverso la comunicazione dei movimenti fetali. Un'attenzione particolare è rivolta alle dimensioni emotive sottese rispettivamente alla sessualità e alla progettualità generativa/genitoriale della coppia; vengono prese in considerazione le *emozioni della coppia* rispetto a diverse tematiche esplorate attraverso la qualità del loro tono emotivo.

Il livello di analisi proposto è di tipo descrittivo. Le scale sono prevalentemente di tipo nominale, mentre per le emozioni si sono utilizzate scale ordinali. A seguito dei dati raccolti verrà messo a punto uno

strumento mirato solo ad approfondire quelle aree in cui sono emersi risultati significativi.

## • Il campione

Per questa nostra esplorazione preliminare abbiamo somministrato il questionario ad un campione di coppie di nazionalità italiana in cui la gravidanza non presentava, al momento del reclutamento, particolari problematiche. Il periodo della gravidanza scelto è quello in cui il progetto gestazionale è ormai avviato, tra la 27 la 32 settimana di gestazione, nell'ambito del terzo trimestre, quando i primi periodi più critici per la sopravvivenza del feto, primo trimestre, sono ormai superati e l'evento parto, in una gravidanza fisiologica a termine (40 settimane), è ancora lontano.

Il questionario è stato proposto ad un campione di 240 soggetti, 120 coppie residenti sul territorio bresciano, che hanno accettato volontariamente di partecipare alla ricerca-intervento soddisfacendo ai suddetti criteri di inclusione: le coppie sono state reclutate nell'ambito dei previsti accertamenti diagnostici ostetrico-ginecologici nel periodo della gravidanza fisiologica; complessivamente hanno restituito il questionario 114 madri e 112 padri.

Il campione risulta abbastanza bene equidistribuito come parità tra coppie alla prima generatività (53,5%) e coppie che hanno altri figli (46,5%). Lo stato civile indica una netta prevalenza di relazioni affettive stabili: le coppie sono coniugate o conviventi.

Per quanto riguarda l'età delle madri il range va dai 20 ai 42 anni, età media 32 anni: la maggior parte si colloca nel range di età tra i 31 e i 35 anni (70%). Il titolo di studio prevalente è quello delle medie superiori (60,7%), la maggior parte delle donne ha un'occupazione lavorativa extrafamiliare (98,2%) e la professione con più frequenze è quella di impiegata (35,1%). L'attività lavorativa delle madri è svolta prevalentemente a tempo pieno (82%). Nella maggioranza del campione le donne hanno entrambi i genitori (madre e padre) viventi e solo in minima percentuale sono separati.

Il gruppo dei padri ha un'età che va dai 24 ai 46 anni, età media di 35 anni; la maggior percentuale del campione si colloca nel range tra

i 35 e i 46 anni (45,5%). Il titolo di studio che si rileva con maggiore frequenza è, come per il campione delle madri, quello delle medie-superiori (49,5%); la professione vede una prevalenza di operai (38,7%); il lavoro è prevalentemente svolto a tempo pieno (99,1%). Anche nella famiglia di origine dei padri entrambi i genitori (madre e padre) sono viventi e sono per la maggioranza coniugati.

Complessivamente i dati sono indicativi di un campione che appartiene ad uno status socio-economico medio-alto della popolazione. Due iniziali aspetti su cui riflettere:

- l'età del nostro campione si allinea a quello delle ricerche presenti in letteratura: la nascita dei figli viene procrastinata sempre più in là nel tempo nel ciclo di vita della donna e della coppia e l'Italia sembra essere il paese in cui il primo figlio nasce da genitori che hanno un'età sempre più avanzata: l'età media in cui si colloca la maggioranza del campione femminile della nostra ricerca è infatti di 32 anni. Questi fattori contribuiscono ad alimentare quei complessi cambiamenti culturali che la donna si trova a dover affrontare quando va incontro ad una prima gravidanza in cui viene indicata come primipara attempata, e deve fare i conti con un rischio maggiore di sterilità (Panzeri, Donà, Cusinato, 2006).
- I dati evidenziano una prevalenza di coppie i cui membri sono impegnati entrambi in attività lavorative extra domestiche: una caratteristica del terzo millennio è dunque quella in cui anche le madri (quando è possibile avere lavoro) lavorano a tempo pieno, per poter provvedere al sostentamento economico della famiglia.

## • Analisi dei dati

Una prima lettura dei dati raccolti è stata condotta secondo una descrizione qualitativa. Obiettivo del nostro lavoro è stato quello di tracciare un profilo descrittivo dei principali aspetti della progettualità generativa e genitoriale delle madri e dei padri alla luce del terzo millennio.

Sono stati applicate alcune statistiche come l'U di Mann-Whitney e il W di Wilcoxon per verificare possibili differenze fra i due gruppi,

quelli delle madri rispetto a quelli dei padri; è stata inoltre effettuata una ricerca di relazioni statisticamente significative ( $c^2$ ) tra gli item delle aree indagate. Rimandando il commento di quest'ultima procedura alla prosecuzione del nostro intento di costruire uno strumento psicometricamente idoneo a enucleare ed eventualmente misurare le variabili più significative relative al nostro tema, procediamo qui ad esporre una analisi descrittiva, focalizzandoci sulle caratteristiche: implicazioni cognitive, emotive e relazionali, e procedendo nell'ordine delle otto sezioni in cui è stato redatto il questionario.

### *L'origine del progetto generativo, il concepimento, la gravidanza e il parto/nascita*

Nella prima sezione, si indaga l'**origine del progetto generativo**: il pensiero di fare un figlio nella mente delle madri (Ammaniti, 2008) e nella mente dei padri (Pietropoli Charmet, 1989) compare in epoche diverse del loro sviluppo. Si rilevano evidenze statisticamente significative di differenza tra il gruppo delle madri e dei padri (.000), rispetto all'epoca di insorgenza, che è più remota nel tempo in misura maggiore nelle madri. Il pensiero del bambino immaginario è iniziato già durante l'infanzia per la madre. Questi dati concordano con la letteratura: nelle bambine inizia molto presto nel corso dello sviluppo psichico a formarsi la rappresentazione di un bimbo (Vegetti Finzi, 1990). Nella mente dei padri e delle madri invece nel periodo relativo alla loro adolescenza questo pensiero sembra essere presente con percentuali dei valori più simili (femmine 42,5%; maschi 42,7%). Le risposte aperte per i padri rilevano prevalentemente (54,5%) che essi immaginano il proprio bambino dopo il matrimonio.

Il pensiero di un bambino reale compare nella mente dei genitori, con percentuali abbastanza equidistribuite, nei due gruppi (madri e padri) nel periodo che va dagli ultimi 3 anni (madri 36,8%; padri 43,8%) all'ultimo anno (padri 29,5%; madri 32,5%) di matrimonio/convivenza. Nelle risposte aperte viene indicato in prevalenza il matrimonio e la convivenza stabile come eventi che hanno dato avvio alla pianificazione di questo progetto, sia nelle madri che nei padri.

Il desiderio di avere un bambino è stato quasi sempre condiviso

con il partner (97,3% padre e 97,4% madri): le motivazioni segnalate riguardo a questa scelta (consapevolmente e inconsapevolmente) in un questo momento della loro vita, sono prevalentemente non economiche o psicologiche individuali o di coppia, ma transgenerazionali e sociali come “accrescere la famiglia” (67,3% madri e 76,2% padri).

In queste risposte, al di là di possibili motivi di riservatezza, sembra emergere la desiderabilità sociale, relativa ai rapporti con le famiglie di origine e dunque anche con il cambiamento di status apportato dall'arrivo di un bimbo: il “ruolo” di genitori e nonni.

L'atto del generare e il desiderio ad esso sotteso si colloca in una doppia temporalità, quella lineare dell'ordine delle generazioni e quella circolare del ciclo nascita-vita-morte. La riproduzione sessuata consegna gli individui irreversibilmente alla morte (la riproduzione per scissione può far pensare all'immortalità nello sdoppiamento continuo del medesimo individuo) e l'unico modo per sfuggire alla caducità è quello di lasciare traccia e testimonianza della propria esistenza, o attraverso la creazione di opere, o attraverso gli esseri a cui si trasmette e si affida la vita che si è ricevuta. Attraverso la procreazione, la sessualità trascende i propri limiti spazio-temporali, si fa progetto, funzione trans-individuale che si incarna, come sottolinea Green (1983) molto più nettamente nella donna che nell'uomo, in quanto è il suo corpo che può contenerne un altro, separato da una differenza di generazioni e talvolta di sesso.

Il **concepimento** per la maggioranza delle coppie è stato programmato: è stata una decisione di coppia ed è avvenuto prevalentemente entro 6 mesi dalla decisione. Non sono state rilevate particolari difficoltà nel concepimento. Nella maggioranza dei casi non vengono segnalati aborti precedenti

Quando la coppia è venuta a conoscenza di “essere incinta”, cioè della avvenuta realizzazione generativa, le emozioni sono state prevalentemente positive come gioia e tenerezza. Si sono riscontrati però anche sentimenti meno positivi e differenze significative tra i due gruppi in relazione alla presenza di timore (.000) e ansia (.000), commozione” (.001), ma anche presenza di un po' di confusione (.001), tutte maggiori nelle madri rispetto ai padri.

La presenza di sentimenti contrastanti nelle madri viene confermata dalla letteratura (Soifer, 1985): il primo periodo della gravidanza è caratterizzato da ambivalenze e conflittualità. Il timore di non riuscire

a portare avanti la gravidanza, di abortire, possono infatti essere frequenti nel primo periodo, e possono spiegare la presenza di ansia. La confusione potrebbe essere collegata all'ambivalenza tra il trattenere e l'espellere, sentimenti contrastanti che possono essere contemporaneamente presenti nel primo trimestre della gravidanza.

Il **decorso clinico della gravidanza** per le coppie del nostro campione è stato prevalentemente fisiologico. Le visite di controllo e gli esami di routine, complessivamente, sono sembrate alle madri in numero adeguato: le donne si sono recate alle visite di controllo in prevalenza sole, oppure con il partner (43, 9%), solo un 7% con la madre.

Questo è un dato interessante che qui iniziamo a evidenziare, perché ricorrente per alcuni aspetti: la coppia fa riferimento prevalentemente a se stessa nell'affrontare le esperienze dei nuovi eventi.

Il I trimestre è indicato come il periodo in cui sono stati rilevati i primi **cambiamenti fisici** per la madre, maggiormente avvertiti nel II trimestre: quelli psichici sono stati avvertiti anch'essi nel I trimestre, in particolare cambiamento di umore, con tendenza al pianto, ipersensibilità. Tra i disturbi neurovegetativi viene segnalata prevalentemente la stanchezza (molto evidente al I trimestre, meno al II trimestre, un po' più elevata al III trimestre) e in ordine di rilevanza seguono poi nausea, vomito e insonnia.

Secondo i dati riportati dalla letteratura (Codispoti Battacchi, Aloysio, 1975) i disturbi neurovegetativi, se in forma molto accentuata, sono da ritenersi prudentemente condizioni prepatologiche perché se permangono possono causare alterazioni dell'equilibrio idro-salino, con conseguenze dannose. I disturbi neurovegetativi sono, almeno in buona parte, di origine psicosomatica e hanno influenza sulla sessualità. A determinare questi disturbi possono concorrere sia la modificazione dell'omeostasi sistemica psicosomatica della donna gravida, sia le situazioni di iperemotività per problematiche psichiche non risolte. La gravidanza è una condizione psicosomatica per eccellenza (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007) e i sintomi manifestati sono espressione dello stato psichico della gestante. Disturbi psicosomatici durante il decorso clinico della gestazione e disordini delle funzionali genitali vengono indicati come correlati ad una non accettazione della gravidanza, o ad una conflittualità intrapsichica relativa alla gravidanza stessa (Breen, 1975), producendo ansia e inibizione emotiva (Breen, 1975, David et al., 1996).

In questi primi mesi di gestazione si realizza l'accettazione del feto della madre come parte integrante di sé (Soifer, 1971), attraverso una prima unione simbiotica: i disturbi neurovegetativi del I trimestre sono indicativi del profondo sconvolgimento psichico, parallelo alle modificazioni corporee.

Le donne segnalano cambiamenti nelle normali abitudini di vita nel I trimestre, meno nel II trimestre e nel III trimestre. Tra i cambiamenti segnalati nelle risposte aperte compaiono prevalentemente cambiamenti nell'alimentazione, smettere di fumare e bere alcolici, più riposo, riduzione dello sport. Durante la gravidanza le madri dichiarano di avere maggiormente bisogno da parte del loro partner di supporto organizzativo e di supporto emotivo. Il riconoscimento del ruolo del padre (Brazelton, Cramer, 1991) può venire in aiuto alla fatica della gravida nel lavoro psichico di separazione dal feto e di differenziazione dalle proprie fantasie: esso attenua i timori di inadeguatezza e l'ansia nei riguardi del nuovo ruolo, in quanto la rassicura che ella non è l'unica genitrice e non sarà quindi l'unica responsabile di eventuali fallimenti. I lavori di Fornari (1976, 1981) descrivono il ruolo del padre, come la figura che libera la donna dalle sue angosce persecutorie interne, aprendole la strada ad un rapporto d'amore verso il figlio e di riconoscenza verso i propri genitori. Se la relazione della donna coi genitori è ombreggiata da conflittualità e risentimenti, questi possono venire proiettati sia sul partner che sul futuro figlio, con conseguenze meno favorevoli. La conflittualità che può animare nelle madri il periodo prenatale può essere riscontrabile anche nel padre (Shapiro, 1989). La Bydlowski rileva per la donna una maggiore "trasparenza psichica" e Missioner (2005) indica che anche il padre durante il periodo della gestazione attraversa una fase di "risistemazione psichica" "in cui può elaborare aspetti della sua storia psichica personale e generazionale, con eventuali manifestazioni psicosomatiche. Secondo Missioner (2005) anche gli altri membri della famiglia verrebbero coinvolti in questi cambiamenti, in una "risistemazione" tipica della prenatalità: una riorganizzazione generazionale, di posti, di ruoli. I figli diventano madre e padre e il padre e la madre diventano i nonni.

Per quanto riguarda complessivamente l'**espressione emotiva** durante tutto il decorso della gravidanza i dati sono abbastanza concordi. I rilievi effettuati durante i tre trimestri della gestazione indicano la prevalenza di emozioni positive. Se si entra nello specifico dei trime-

stri della gestazione si può vedere che nel I, nel II e nel III trimestre si rilevano differenze statisticamente significative tra il gruppo delle madri e dei padri per quanto riguarda la dichiarazione di sentimenti di gioia (p. 000), prevalente nelle madri. Sempre nei tre trimestri abbiamo differenze statisticamente significative tra il gruppo delle madri e dei padri per quanto riguarda la presenza di tenerezza (.000), commozione (.000), ma anche di timore (.000) e ansia (.000), tutti prevalenti nelle madri. Viene indicata anche la presenza di confusione, più elevata per le madri, ma con oscillazioni progressivamente decrescenti dal I al III trimestre nel corso della gestazione: con il trascorrere della gravidanza è come se le madri diventassero sempre meno confuse e diventasse loro più chiaro cosa stia accadendo. Il campione delle madri e dei padri manifesta una buona capacità di espressione emotiva, che viene rilevata rispetto a diverse esperienze e momenti della gestazione che i genitori stanno vivendo. Sontag (1944, 1965) fa riferimento all'interazione madre-feto e sottolinea come non avvenga soltanto una trasmissione di tipo biologico-metabolico, ma di stati emozionali tra madre/bambino in gestazione. Le situazioni d'ansia nella madre, ad esempio, darebbero luogo ad un incremento della motricità fetale che permane oltre la nascita, nel bambino, con la manifestazione di disturbi relativi ad una maggiore irritabilità e reattività. Gli stati di ansia in gravidanza, rilevati da importanti ricerche in letteratura (Dipiero et al. 1996; Monk et al. 1999, 2000, 2001) sono dannosi per la salute del nascituro: la ricerca sperimentale dimostra come possano essere trasmessi per via trans-placentare e la capacità delle madri e dei padri di gestire ed elaborare anche questi stati emotivi negativi è indice di una capacità di "contenimento" e di protezione per il bimbo.

La maggioranza delle coppie ha voluto conoscere il  **sesso del bambino**, prevalentemente le madri. Il  **nome** del bambino è stato già scelto dalla maggioranza delle coppie durante la gravidanza ed è stata una scelta condivisa con il partner: si tratta spesso del nome di un componente della propria famiglia di origine e di evidenziano differenze significative tra i due gruppi (.000), con una prevalenza da parte dei padri. Sarebbe questo il mandato trasgenerazionale che secondo Lebovici (1994) presiede alla scelta del nome e che imprime al progetto una dimensione di filiazione che attraversa le generazioni. Le dimensioni relative al desiderio di conoscenza del sesso del bimbo e alla scelta di un nome è indicativa del riconoscimento della coppia di una specifica identi-

tà del prodotto del proprio concepimento, il loro bimbo, e come questa identità possa venire declinata da ognuno dei membri della coppia anche nell'ottica del "debito di vita" verso le proprie famiglie di origine (desiderio che il bimbo assomigli o abbia il nome del nonno/a o di altre figure affettive di riferimento).

Differenze statisticamente significative tra i due gruppi (.001) sono state rilevate rispetto alla ricerca di **informazioni sullo sviluppo del bambino** ("Ha sentito il desiderio di leggere o ricevere informazioni sullo sviluppo del suo bambino?") maggiore nelle madri. Queste segnalano di aver ricercato sia informazioni sui libri, approccio cognitivo, sia attraverso le relazioni con gli operatori della nascita, approccio affettivo-emotivo-relazionale. Interessante è il dato riferito alle differenze statisticamente significative tra i due gruppi (.000) rispetto alla propria madre come fonte di informazione: i padri, a differenza delle loro partner, fanno riferimento, come autorevole fonte di informazione, alla propria madre. Questo dato trova conferma anche in altri rilievi raccolti nelle diverse sezioni del questionario (come quella specifica relativa ai rapporti con i propri genitori), di cui alcune sono già state messe in evidenza precedentemente e in cui si evidenzia come siano i padri ad avere migliori rapporti affettivo-emotivi e relazionali non solo con la propria famiglia di origine, ma anche con quella della partner. Questo potrebbe significare che, nella processualità dinamica dei movimenti identificatori sollecitati dalla gestazione (Zurlo, 2009), i padri attualmente si collocano in una dimensione di maggiore identificazione con i propri genitori e minore con il bimbo in gestazione. Le madri sembrano invece in questo periodo della gravidanza più orientate verso processi identificatori con il proprio bimbo che nei confronti della loro madre.

Una indagine delle **rappresentazioni** che i genitori hanno del loro **bambino in epoca prenatale**, durante la gravidanza, consente di comprendere il comportamento che essi avranno poi con lui alla sua nascita. Ma da dove scaturiscono queste rappresentazioni? Secondo Palacio Espasa (Manzano, Palacio-Espasa et al., 2001) ogni individuo nel diventare adulto sedimenta nel proprio inconscio delle immagini di se stesso bambino e dei propri genitori, che vanno a costituire delle "identificazioni". Tali identificazioni si riattivano con il concepimento e la nascita del bambino, nel complesso processo trasformativo che l'autore definisce "lutto evolutivo". La nascita del bambino comporta l'inclusione di una "neoformazione" nella personalità del genitore, il "bambino

reale”, diverso da quello immaginato, e la perdita dello statuto esclusivo di figlio, che tende a risolversi con l'identificazione da parte del neogenitore con i propri genitori. Ma il bambino reale è anche il “bambino che i genitori avrebbero voluto essere...” e specularmente i genitori si identificano con “i genitori che avrebbero voluto avere...”. Questo complesso processo di identificazioni incrociate è cruciale per la formazione dei primi legami e può aiutare a comprendere le interazioni tra genitori e figli. I sogni ad occhi aperti della madre relativamente al bambino immaginario implicano un processo psichico di “anticipazione” (Perard-Cupa et al., 1992): il bambino immaginario, fantasmatico, non è soltanto la sintesi di ciò che si è andato sviluppando nella mente materna nel corso tempo, ma costituisce una “rappresentazione anticipatrice”, in cui il bambino immaginario viene investito di una serie di attributi e funzioni che contribuiscono ad alimentare il processo che porta a diventare madre e padre, e a questo titolo sono anche il luogo privilegiato per la riapparizione di traumi passati. Secondo Lebovici (1994) il bambino immaginario è il frutto del desiderio di gravidanza: la ricerca clinica attuale ci indica che i vissuti interiori relativi a quello che è stato immaginato, fantasticato, desiderato, atteso organizza e “anticipa” in parte quelle che poi saranno le interrelazioni con il neonato reale (Stoleru, et al. 1985; Ammaniti, 1991).

Per quanto riguarda le rappresentazioni del bambino, nell'analisi delle risposte aperte delle madri, sono prevalenti i riferimenti alla salute del bimbo e alla sua bellezza che in sintesi potrebbero essere riassunti nella frase “un bel bambino sano”. Il dato è confermato in letteratura: il timore di malformazioni è presente nella mente delle madri. Le fantasie positive relative al bimbo hanno spesso il loro opposto nell'immagine del figlio “mostro” che Fornari (1981) definisce “angoscia genetica”. Anche in un decorso positivo della gestazione si segnalano tuttavia preoccupazioni verso il bimbo: differenze statisticamente significative nei due gruppi (.000) con una prevalenza delle preoccupazioni nelle madri. Le risposte aperte indicano che i genitori immaginano il bimbo attraverso la presenza di specifiche caratteristiche fisiche: “*Biondo con i capelli ricci*”, “*Sorridente paffuto con gli occhi e capelli scuri, vivace e curioso*” “*Bello e pelato col viso tondo e il naso a patatina*” con connotazioni più caratteriali “*Immagino un bel bambino, ubbidiente e un po' spericolato*” specifiche caratteristiche psicologiche “*Come una persona che arricchirà la mia vita*”. Anche per i padri sono prevalenti gli aspetti fisici “*Piccola e rossiccia*”, op-

pure di carattere “*Giocherellone e pazzarello*” “*Sveglia e vivace*”, comunque sembra che i padri abbiano minori capacità immaginative delle madri “*Non lo immagino molto*”. Le aspettative dei genitori circa le caratteristiche fisiche e psichiche del bimbo (a chi vorrebbero assomigliasse) presentano differenze statisticamente significative (.000) nei due gruppi: c'è una prevalenza di desiderio nei padri che assomigli ad un proprio familiare mentre la madri vorrebbero assomigliasse più al proprio partner che a se stesse e, questo, riguardo al carattere più che allo stato fisico. In entrambi i genitori comunque non viene preso in considerazione che il proprio figlio possa assomigliare ad un bambino “ideale “come proposto dalla pubblicità. Il desiderio che il bimbo abbia tratti somatici simili ai propri familiari assolve a quello che la Bydlowski (1991) indica come il “debito di vita” che si ha verso le generazioni precedenti dei propri genitori, contenuto nell'ampio mandato transgenerazionale (Lebovici, 1994a).

Rispetto alla dimensione del **sogno** le coppie riferiscono di sognare il loro bambino e si rilevano differenze statisticamente significative nei due gruppi (.000): le madri fanno sogni più frequenti relativamente al loro bambino. Nella “mente delle madri” (Ammaniti, 2008), è presente il bimbo, e questo è confermato anche dalla vita psichica onirica. In letteratura troviamo importanti lavori sui sogni delle donne in gravidanza. Su questa base Fornari (1979) ha indicato che le donne esprimono rappresentazioni connesse alla sessualità e alla generatività attraverso due codici diversi: il Codice femminile e il Codice Materno (Fornari, 1976) fondamentalmente antinomici, che contraddistinguono la contrattualità femminile. Il Codice femminile è basato su una contrattualità paritetica tra i sessi, attraverso uno scambio reciproco della propria sessualità; il Codice materno è funzionale alla gravidanza, al parto e all'allattamento, per favorire nel bambino l'esperienza transizionale dell'onnipotenza ed è un codice non paritario: non pone né esige scambio, ma oblazione pura da parte della madre. L'autore mette in evidenza come emerga un'opposizione tra la maternità e la femminilità espresse attraverso questi due codici: in gravidanza vi sarebbe un prevalere del codice materno che annullerebbe la funzione generativa del padre con la negazione, a livello di processo inconscio, della sessualità maschile. La funzione maschile subirebbe invece una scissione: una componente generatrice di vita viene assorbita come codice materno, mentre un'altra, mortifera, viene in lui immessa, espulsa

dalla madre, e dà origine ad un vissuto sessuale sentito come intrusione pericolosa.

In riferimento all'incontro col bimbo durante le **ecografie**, entrambi i genitori esprimono sentimenti positivi: i padri hanno partecipato in maggioranza alla prima ecografia. Entrambi i genitori riferiscono che le emozioni sollecitate dalla prima ecografia sono prevalentemente positive: gioia e tenerezza. Differenze statisticamente significative tra i due gruppi per ansia (.000), timore (.000), commozione (.000) e confusione (.000) sempre prevalenti nelle madri. Nelle ecografie successive aumenta il timore, l'ansia e la confusione per le madri: l'ecografia successiva alla prima, quella morfologica, va infatti ad individuare se sussistono delle patologie. L'ecografia è il luogo privilegiato per una riflessione pre natale: induce nei genitori una risonanza con il feto reale e una risonanza con il bambino immaginato, retaggio della storia individuale, coniugale e generazionale. Le valenze emotive dell'immagine ecografica si collocano tra due polarità: confermano il processo di genitorialità e le funzioni di contenimento, oppure conducono a una paralisi psichica o a identificazioni proiettive patologiche nei casi di anomalie. L'immagine ecografica ha una duplice valenza sia di immagine di un essere vitale, sia di forza evocatrice fantasmatica per i genitori (Lebovici, 1994): è un supporto proiettivo significativo per capire le complesse articolazioni della genitorialità in divenire. In situazioni psichiche patologiche del genitore, il bambino può diventare spesso il ricettacolo di identificazioni proiettive patologiche (Cramer, Palacio Espasa, 1993) che vincolano la sua soggettività emergente, assumendo le caratteristiche di un'estensione psichica genitoriale, cosicché il bimbo una volta nato però avrà difficoltà a esprimere il suo Sé emergente (Stern, 1989). Le immagini ecografiche consentono ai genitori di incontrare il bambino "in divenire" e attraverso la sua realtà virtuale attivare schemi di "essere con" (Stern, 1995) e dunque la prima percezione della triangolazione (Green, 1990). L'immagine ecografica può però anche attraversare processi psichici simili a quelli del lutto: il bambino reale si profila al posto del bambino immaginario. Tali meccanismi di difesa sfuggono al principio di realtà e sono tipici del sogno (Dennis, 1994). L'immagine ecografica è inoltre considerata uno specchio psichico, catalizzatore del processo evolutivo della genitorialità (Missioner, 2005): sintetizza l'immagine dei nonni e ha valenze transgenerazionali. Nell'ambito delle consultazioni psicologiche pre-

natali il momento della ecografia in alcuni paesi viene tenuto in attenta considerazione dallo psicologo clinico e dagli operatori che creano un contesto di “contenimento” emozionale, in cui l'ecografia viene seguita e commentata nella spazio della consultazione e si costituisce come un organizzatore psichico del processo di genitorialità (Missioner, 2005).

La possibilità di monitorare la fisiologia della gravidanza con indagini ed esami diagnostici ecografici (ora possibili anche a livello tridimensionale) o con le nuove tecnologie ostetriche come l'amniocentesi, la cardiotoconografia computerizzata, il rilievo dei vari parametri cardiotoconografici, permette oggi, non solo agli studiosi, ma anche alla madre e alla coppia, di seguire direttamente lo sviluppo della vita intrauterina del loro bambino e di sentirsene quindi partecipi (Arnould-Driss, 2003; Legros, 2003). Questo incrementa la disponibilità ad affinare la capacità di intervenire attivamente e positivamente nella relazione comunicativa che questa emana e intrattiene col suo bimbo, condizionando globalmente la qualità della relazione e specificatamente la qualità degli apprendimenti del feto: pertanto la qualità della sua struttura mentale in formazione. In questi processi d'apprendimento, del tutto inconsapevoli e riguardanti le prime memorie implicite, è estremamente difficile determinare quali esattamente siano i significati dei messaggi emessi dalla madre, né come questi vengano decodificati dalla nascente mente fetale; e di conseguenza quali strutture mentali si generino. Indubbio è però il loro valore e questo rende il campo d'indagine estremamente interessante, e ancora quasi del tutto da scoprire.

La conclusione del progetto generativo comporta per le coppie immaginare e rappresentarsi il proprio **parto e/o la nascita** del proprio bambino. Nel nostro lavoro intendiamo il termine parto e nascita con significati diversi, così come nella letteratura internazionale si fa riferimento a “delivery”, per intendere il parto come evento fisico, e a “child birth” per intendere la nascita del bimbo, con la sua presenza identitaria e identificatrice. I due termini parto e nascita si prestano d'altra parte a distinguere i vissuti della donna su di sé (partorire) piuttosto che quella di orientarsi sul bambino (nascere). Nella nostra ricerca, attraverso differenti domande, abbiamo indagato le rappresentazioni del parto come evento di ciò che la donna vive rispetto alla sua identità, alle sue aspettative di reazione al dolore nella sua partecipazione al travaglio e invece abbiamo indagato con domande più speci-

fiche la nascita del bambino, in cui è pregnante la sua identità e il suo ruolo attivo.

Il parto è il momento in cui si incontra il bimbo che per nove mesi è stato immaginato e con cui si è comunicato, mentre diviene reale il passaggio dalla situazione di fusione-dentro a quella di separazione-fuori. Il “camicino fantasma” (Vegetti Finzi, 1990), preparato realmente e simbolicamente dalla madre per coprire il figlio, quel corredino che le coppie del nostro campione dicono di avere o non avere ancora predisposto, è riempito dal “bambino del giorno”, che prende il posto del “bambino della notte. La possibilità di ricongiungere l’immagine del bambino della notte, quello delle fantasie individuali della propria infanzia o adolescenza e quello rappresentato durante la gravidanza dalla coppia e farle coincidere in quello che è poi il bambino reale nato, è un passaggio non sempre facile e, se dato per scontato, è un percorso emotivo denso di insidie e ostacoli: sentimenti di perdita, alterazioni dell’umore nei primi giorni dopo il parto, post-partum blues, depressioni puerperali possono seguire all’evento nascita. La maggiore vulnerabilità emotiva rimanda anche all’intenso lavoro psichico che la donna deve fare: secondo alcuni autori il figlio che nasce non è sempre il figlio che era stato deciso (Lemoine Luccioni, 1976). L’immagine che la madre si era costruita prima e durante la gestazione deve lasciare il posto a quella di un bambino reale: deve avvenire un lutto del bambino immaginario perché la madre possa prendersi cura di quello reale.

Il desiderio individuale e poi di coppia di un bambino immaginario perfetto spesso può coincidere anche con un ideale medico, alimentando credenze illusorie e onnipotenti di nascite meravigliose smentite poi dalla realtà (Frydman, 1985): Missioner (2005) considera questo come uno dei tre paradossi che aleggiano nei reparti di maternità e che inconsapevolmente coinvolgono operatori e genitori. Nelle istituzioni di maternità è presente quotidianamente il paradosso di una medicina tecnicamente onnipotente, illusione condivisa dai genitori e dagli operatori, mentre è contemporaneamente presente il pericolo di una smentita di questa onnipotenza per avversità della realtà. L’elevato livello tecnico medico di diagnosi prenatale sostiene l’illusione di un bimbo perfetto, che però può venire a mancare. Questo atteggiamento paradossale costituisce uno dei meccanismi di difesa comune a genitori e operatori, che Missioner (2005) indica come ali-

mentato da una pericolosa “idealizzazione scienziata”. Altro paradosso, invece, riguarda la nascita come evento collettivo e routinario col pericolo che in un reparto maternità questo evento possa venire inserito in un circuito di ripetizione, mentre ogni nascita contiene anche l’originalità non solo dei genitori ma anche degli operatori.

Secondo Winnicott (1988), se durante il periodo gestazionale si è creata una intesa/interazione tra la madre e il feto, la nascita non va intesa come un’interruzione di una continuità ma, contrariamente al pensiero di Rank (1924) sul trauma della nascita, questa non è mai traumatica a priori: lo potrà diventare se la separazione corporea madre-bambino sarà accompagnata da conflitti relativi alla separazione psichica (Missioner, 2005). Se potrà essere salvaguardata questa continuità, potrà avvenire un passaggio da un Sé psicofisiologico fetale prenatale (Mancia, 1989) a un Sé emergente post natale, senza traumi anche di fronte alla discontinuità del cambiamento di ambiente (Cyrulnik, 1989). Secondo Missioner (2005) le esperienze prenatali e le condizioni del parto possono modulare la “predisposizione” del bambino verso forme rudimentali di “proto angosce” derivate da fatti accaduti durante il parto/nascita, in cui qualcosa nel contenimento biopsichico ambientale non ha funzionato.

Le madri del nostro campione indicano di non voler restare da sole nel momento del parto (97,3%) ma avere vicino durante il travaglio il partner (94,7%), o la propria madre (4,4%). Anche il partner concorda di voler stare vicino alla propria partner durante il travaglio (98,1%) e il parto (95,4%). Questo dato conferma quelli già individuati precedentemente: la coppia fa riferimento prevalentemente a se stessa. I membri della coppia, madri e padri, concordano comunque che la vicinanza di una persona affettivamente significativa vicina, durante il travaglio può essere di aiuto.

Dalle domande aperte, le madri si prefigurano il loro travaglio come “ *un’esperienza intensa, emozionante, dolorosa sul piano fisico*”, altre auspicano che non sia troppo lungo, o che sia il meno doloroso possibile, altre preferiscono non pensarci perché hanno paura. La maggioranza delle madri pensano di poter sopportare il dolore del parto (prevalentemente fisiologico) senza auspicare analgesia epidurale: solo una minoranza (10,5%) prevede un cesareo. Le motivazioni addotte per il parto fisiologico sono relative, in genere, a esperienze già vissute, per le madri pluripare, mentre le motivazioni per la preferenza di un’anal-

gesia epidurale fanno riferimento al progresso scientifico.

Il totale delle madri del campione del nostro studio pensa di **partorire in ospedale**, non per patologie attualmente presenti, ma perché in questo servizio si può fare riferimento a personale sanitario, come ginecologi e ostetriche di loro fiducia (53,1%) e non certo per la vicinanza a casa (1,8 %), nonché per la presenza nella struttura sanitaria di un reparto di terapia intensiva neonatale (67,3%), a garanzia di poter essere mettere al sicuro il proprio bambino nei casi di imprevisti.

Il pensiero di affrontare il parto è fonte di **preoccupazione e paure**: l'analisi delle risposte aperte mette in evidenza che le preoccupazioni sono prevalentemente riferite a eventuali “complicazioni” che potrebbero insorgere, oppure ancora per la paura che il dolore danneggi se stesse e il bimbo. Le principali paure dichiarate dalle donne si riferiscono a una mancanza di fiducia nelle proprie capacità, oppure di ambivalenza come paura mista a fiducia nel personale che si prenderà cura di loro.

Risposte differenti emergono, nei padri rispettivamente alle madri, circa la **modalità di affrontare le paure per il parto**: le madri, diversamente dai padri, affrontano queste paure parlandone con qualcuno (61,4%), in minima parte da sole (29,7%). Anche i padri indicano il parto come fonte di paure e di affrontare queste paure da soli (57,1%). Probabilmente nella nostra cultura, quale retaggio di antichi pregiudizi, da parte dei padri c'è ancora una certa reticenza, pudore e resistenza a mostrare la propria debolezza attraverso la paura.

La maggioranza delle coppie non ha in previsione di partecipare ad un **corso di accompagnamento alla nascita**, è da considerare il fatto che metà del campione è costituito da coppie che hanno già avuto altri figli e dunque hanno già effettuato questa esperienza in gravidanze precedenti.

Brazelton (1991) evidenzia come la capacità con cui la madre e il suo piccolo coordinano le loro interazioni nel parto sia da ricondursi ad una precedente sincronia, intrauterina, che si può rintracciare nel corso della gestazione a partire dalla percezione dei movimenti fetali: alla nascita il bambino avrebbe già una certa esperienza di coordinamento che gli servirebbe per facilitare il parto insieme alla madre; si parla di **competenza a nascere**.

Il neonato è socialmente competente, cioè è in grado di stabilire forme di interazione differenziate con l'altro. Questa dotazione di par-

tenza non è però innata, né automaticamente presente: verrebbe in parte acquisita durante il periodo fetale, attraverso l'interazione gestante/feto. Il fatto che alcuni feti si dispongano in posizione cefalica in un periodo precoce, piuttosto che tardivo, della gravidanza, nonché il fatto, che qualche volta avviene, che un feto in posizione cefalica all'ultimo momento, o al parto, si rivolti di nuovo in una presentazione differente, può far pensare che la competenza a nascere non sia tanto un'acquisizione propria del feto, ma dipenda dalla continua comunicazione (motoria) tra gestante e bimbo. Questa ipotesi è fondata su quanto conosciamo sulla psicosomatica del parto: in termini adultistici potremmo dire che la madre "dice al bimbo" come e quando deve "presentarsi", e tale competenza del bimbo e della madre è un punto di arrivo di tutto un precedente apprendimento di entrambi.

A una nostra specifica domanda per rilevare se i genitori pensano che il **bambino parteciperà alla propria nascita**, emergono differenze significative tra i due gruppi (.000), maggiore per le madri. Del resto i bambini del nostro campione sono risultati effettivamente **posizionati nel canale della nascita** (62,9%), a partire dal 6° mese (35,9%), la maggioranza al 7° mese (54,7%) e da ultimo nell'8° mese (9,4%). Anche se la maggioranza della madri dice esplicitamente che non sa cosa potrebbe averlo favorito, tuttavia alcune madri ritengono che il corretto posizionamento sia stato favorito da una comunicazione con il bambino.

Le madri pensano di **tenere vicino a sé il loro bambino subito dopo il parto** (96,5%) e di attaccarlo subito al seno (43%), la maggioranza indica entro le prime 6 ore (36,8%), una minima parte appena si sentiranno pronte (10,5%) e si **immaginano le prime settimane di post partum**, una volta a casa, con modalità polivalenti di gioia ma anche di grande fatica e di incertezza.

### *Dimensioni intrapsichiche e interpersonali*

Particolari preoccupazioni a seguito di eventi come lutti o fatti traumatici, che si possono essere verificati durante la gravidanza, non vengono segnalati dai soggetti del nostro campione. Solo nelle famiglie di poche coppie vengono indicati lutti negli ultimi due anni. Una mo-

dalità delle coppie per far fronte alle preoccupazioni è quella riferita, prevalentemente dalle donne, di parlarne con qualcuno, con una preferenza dunque dell'aspetto relazionale. Solo in pochi casi c'è la tendenza ad affrontare le preoccupazioni da sole. Le persone cui le donne si rivolgono in genere sono prevalentemente, in ordine di segnalazione, il marito/compagno, le amiche, la mamma, la ginecologa.

Diventare madre/padre può avere effetti positivi, altre volte, invece la nascita di un figlio può portare disagi e sofferenze psicologiche intrapsichiche che nella donna e nel suo partner possono manifestarsi anche attraverso reazioni psicopatologiche più o meno gravi (Salvini, 1993). Nel nostro campione, con differenze significative tra i due gruppi (.000) (percentuali maggiori nel campione delle madri) vengono dichiarate ansia (24,1%), un pò meno depressione (19%) o altri disturbi, più in generale cambiamenti d'umore (19,4%). La maggior parte di questi disturbi sarebbero insorti durante la gravidanza (64%), e solo in pochi casi (13,8%) è stata necessaria una terapia, di tipo psicologico o farmacologico. I padri hanno segnalato invece poche sofferenze emotive, così pure nei propri familiari.

Tra le dimensioni interpersonali nel nostro questionario vengono indagati anche alcuni aspetti delle **relazioni di attaccamento dei genitori con i loro genitori nel passato**, durante l'infanzia.

Psicologia dello sviluppo, Psicoanalisi, Infant Research e in particolare la Teoria dell'Attaccamento convergono nel considerare la costruzione dei primi e significativi legami che intercorrono tra genitori e bambini, indicando come questo processo avvenga attraverso modelli di relazione che, tramandandosi di padre in figlio, veicolano la trasmissione trans-generazionale delle specifiche modalità relazionali e delle strutture mentali dell'individuo (Imbasciati, 2005). Secondo Bowlby, la 'microcultura familiare' che si trasmette di generazione in generazione, attraverso quelli che sono peculiari stili emotivi e relazionali non è meno importante della stessa eredità genetica nel determinare la salute o la patologia mentale del futuro individuo. Considerando che i legami di attaccamento che le madri e i padri del nostro campione hanno stabilito con i loro genitori, nella loro infanzia, possano esercitare una influenza importante nella costruzione di una buona relazione affettiva attuale con il proprio bimbo, nel periodo perinatale, abbiamo introdotto alcune domande esplorative su alcuni particolari aspetti della relazione interpersonale di attaccamento che i genitori del nostro campione

ricordano di aver avuto con i propri genitori nell'infanzia. Le nostre coppie segnalano che si **sentivano amate dai loro genitori** con evidenze significative tra i due gruppi (.000): i padri si sentivano maggiormente amati. Ancora evidenze significative di differenza, maggiori invece per le madri vengono dichiarate rispetto alla percezione che la propria **nascita sia stata desiderata** (.000) e che **c'era accordo e amore tra i genitori**. Le nostre coppie segnalano che le loro **madri avevano raccontato loro le proprie esperienze di parto/nascita**: il dato è prevalente per la madri che segnalano di aver sentito raccontare dalle proprie madri cosa era successo loro durante il parto.

### *Rappresentazioni delle funzioni genitoriali di accudimento psicofisico del bambino*

Tra le funzioni genitoriali viene chiesto alle madri e ai padri come si prefigurano l'accudimento del loro bimbo una volta nato. La maggior parte delle madri indica di preferire l'allattamento al seno (93,9%) e pensa di far addormentare anche a volte il bambino con sé (44,1%). Le madri ritengono che il bambino debba essere abituato a seguire ritmi regolari, ma la maggior parte prevede che il bimbo debba trovare da solo i suoi ritmi (52,2%) ed è orientata a seguire i ritmi fisiologici del proprio bambino. La maggior parte delle madri prevede (92%) che il proprio partner parteciperà all'accudimento del bambino. I padri confermano di voler occuparsi del loro bambino.

I genitori prevedono che nei primi tre mesi dalla nascita il loro bimbo richiederà loro di soddisfare soprattutto bisogni fisici, come l'alimentazione, e le madri di essere maggiormente coinvolte in questa funzione (53,1%); si prefigurano inoltre che il bimbo richiederà loro anche la soddisfazione di bisogni emotivi come coccole, con differenze significative (.000) tra i due gruppi, maggiori per il gruppo delle madri.

### *Comunicazione e relazione primaria con il bambino*

La maggioranza delle madri e dei padri segnalano di comunicare col bimbo e di rispondere ai suoi movimenti. Sono interessanti i dati sul to-

tale del campione delle madri (92%) che ritengono che il loro bimbo percepisca il loro umore e lo stato fisico. Le attuali ricerche nell'ambito dell'Infant Research (Sameroff, Emde, 1989, Sander, 1987, Stern, 1985, 1995; Trevarthen, 1990; Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999), hanno focalizzato l'attenzione sullo scambio emotivo-cognitivo della coppia madre-bambino, sulla sua origine (relativi media comunicazionali), formazione ed evoluzione dalle prime relazioni affettive della madre col feto. L'indagine di come la mente fetale si sviluppi proprio attraverso questi scambi comunicativi primari porta alla considerazione della capacità che dovrebbe consentire alla madre di entrare in contatto con emozioni e bisogni così primari. Gli scambi comunicativi sono veicolati da media sensoriali (acustici, tattili, motorio-proprioceettivi e vestibolari), umorali, metabolici, endocrini, comunque biochimici: questi, soprattutto nei primi mesi di gestazione, possono già essere considerati codici comunicativi di significati. Ovviamente questo tipo di scambi comporta una comunicazione del tutto inconscia: lo "scambio emotivo affettivo", che tanti autori considerano, consiste in una trasmissione continua di messaggi dalla madre al feto, e poi da questi a quella, attraverso i quali il cervello del bimbo impara: si formano le prime strutture della sua mente. In questa esperienza avvengono le prime comunicazioni tra la gestante e il suo bimbo: si tratta di un continuum di comunicazione, mediata fisicamente e modulata da ciò che avviene nella mente della gestante; una comunicazione psicobiologica dalla madre all'embrione, e poi al feto, nonché viceversa da questi alla madre. Una comune mentalità medicalistica porta spesso a considerare questa comunicazione somatica primaria come dettata unicamente da automatismi biologici. In realtà le vicissitudini psichiche riguardanti la gravidanza, agiscono del tutto inconsapevolmente nel cervello della donna, modulando psicosomaticamente i suoi messaggi. L'embrione a sua volta "risponde", per via umorale, o comunque fisica, con segnali che possono essere decodificati dalla madre. È l'introiezione di queste esperienze, come "nutrimento" che buoni scambi prima umorali e poi relazionali sollecitano, a fondare le basi delle future esperienze interattive, comunicative e di pensiero dell'individuo. Le madri sono concordi nel ritenere che il loro bimbo/feto percepisca il loro stato emotivo e dunque questa consapevolezza può consentire loro di "modulare" le proprie emozioni in una prospettiva comunicazionale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011).

Le madri **sentono di comunicare con il loro bambino**: spes-

so ciò è affiancato da una comunicazione cosciente e intenzionale. Le madri parlano al loro bambino, si accarezzano la pancia e rispondono ai suoi movimenti: *“Io gli parlo, accarezzo il pancione e so che lui mi ascolta”*, *“Spesso quando accarezzo la pancia scalcia”* *“Reagisce con movimenti alle mie stimolazioni, si calma quando canto”*, *“quando lo chiamo lui scalcia”*.

La Piontelli (1992) sottolinea come ogni feto manifesti differenze comportamentali che, con certe modalità, proseguono in ambito neonatale, anche se le esperienze e la natura dell'ambiente dopo la nascita mutano. L'autrice sottolinea che le esperienze prenatali possano avere risonanze emozionali profonde nel bambino, in modo determinante il suo futuro sviluppo, soprattutto se gli eventi sono rinforzati da successive esperienze neonatali.

Chamberlain (1983, 1988), Verny (1996) Righetti (2000, 2003) sostengono l'importanza di un contatto fatto di coccole e massaggi al neonato, per sollecitare un dialogo aptonomico madre-bimbo; nel nostro campione questo è molto attivo già in epoca prenatale.

**La sensazione delle madri di avere un bambino dentro di sé** e dunque anche la conferma della loro capacità di “contenimento”, superate le eventuali vicissitudini di ambivalenza iniziale che la gestazione può sollecitare (Soifer, 1985), è segnalata alla prima ecografia (56,1%): la possibilità di vedere il bimbo e sentirne anche il battito cardiaco ha un importante impatto emotivo. Le madri possono vedere il feto al monitor e avere la prova tangibile della reale “presenza” del bimbo dentro di loro: la I ecografia al III mese di gravidanza è la prova di realtà della presenza di un altro essere vivente nella loro pancia, “una pancia che fa bambini” (Imbasciati, 1990), uno spazio cavo che ora è “saturato” (Nunziante Cesaro, 1985). In altre madri la sensazione di avere un bimbo dentro si sé è avvenuta già dopo il test di gravidanza (26,3%), per altre invece ai primi movimenti fetali (13,2%). Nell'analisi delle domande aperte sono molto particolari le sensazioni riportate dalle donne, in alcune la percezione o precognizione di essere incinta è avvenuta addirittura: *“Prima di fare il test”*. Per altre è stato necessaria una prova di realtà, *“La prima volta che ho sentito il cuoricino”* oppure *“Alla prima visita ginecologica dopo il concepimento”*.

Le madri dichiarano di aver percepito i primi movimenti del loro bambino solo in minima parte (2,6%) al I trimestre, molto di più nel II trimestre (91,2%,) e minimamente nel III trimestre; il dato è interpretabile con aspetti fisiologici in quanto il bambino è posizionato nel

canale della nascita e i movimenti sono pertanto meno attivi.

Considerevole, a questo proposito, è il lavoro descrittivo svolto da Ianniruberto e Tajani (Ianniruberto, Tajani, 1981), riguardo l'evoluzione e classificazione dei movimenti fetali durante tutto il corso della gestazione. Studi di impianto prettamente sperimentale hanno consentito di stabilire precise relazioni tra l'attività esibita dal feto, il tipo di stimolazione esterna somministrata e l'età gestazionale. Tutto quanto si è potuto sperimentalmente comprovare depone a favore della precoce e attiva presenza di un nucleo esperienziale, emozionale, prenatale e della continuità tra vita psichica pre- e postnatale (Hepper, 1988; De Casper, Fifer, 1980). Tra i segnali che il feto invia alla madre e al mondo esterno, la variazione di motricità sembra rappresenti un indicatore più valutabile e misurabile di altri. La percezione della motricità fetale da parte della madre e la sua risposta ad essa attraverso il medium della propria corporeità, consente un primo dialogo comunicativo. Dopo le comunicazioni umorali dei primi mesi di gravidanza, i movimenti fetali possono assumere significato nella mente materna e pertanto un carattere più specificatamente psichico, entrando a far parte di quella "relazione", che sarà la matrice non solo delle vicende psicosomatiche perinatali, ma anche del futuro sviluppo psichico del neonato e del bimbo (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011).

Alla luce di questi elementi riveste dunque notevole importanza il clima emotivo in cui gestante e feto sono inseriti. Una precoce presa di coscienza della presenza del bambino come individuo da parte dei genitori può agire sui vissuti e sulle rappresentazioni che essi hanno di se stessi nel nuovo ruolo genitoriale e sulle fantasie rispetto al bambino in arrivo. Questa sorta di mobilitazione interiore nei genitori può predisporre un'area di evoluzione verso nuovi ruoli ed equilibri nell'assetto familiare, e favorire il crearsi di uno spazio psichico di attesa e di accoglimento per il nascituro, con ampia ricaduta sul piano della promozione di uno sviluppo psicoemotivo equilibrato del bambino stesso.

**I sentimenti dichiarati dalle donne ai primi movimenti del bambino** concordano con quelli consimili della prima sezione che sono prevalentemente positivi come gioia (99,1%), tenerezza (98,1%) commozione (94,3%), in misura minore timore (34,2%), ansia (29,4%) e confusione (31%). Altri sentimenti indicati dalle donne alla percezione dei primi movimenti fetali vengono dichiarati come "*Rassicurazione, Eccitazione e Stranezza*".

Le madri riferiscono di avere “pienamente” percepito i movimenti fetali in maggioranza nel II trimestre (73,5%) e nel III trimestre (31%); e riferiscono di avervi risposto (77,5%). Da un esame delle risposte aperte, notiamo: *Ha dato un piccolo calcio, prima sentivo solo uno sfarfallio” Con la mano sulla pancia resto in attesa di un altro movimento”” Premo sulla pancia nel punto dove ho avvertito il suo movimento”* sono anche i genitori a sollecitare la comunicazione “*Con delle “pacchette sulla pancia”, oppure coinvolgendo il partner “Toccandomi la pancia e facendomi coccolare dal mio compagno”*. Soldera (1993), riportando diverse descrizioni di come vengano in genere avvertiti i movimenti fetali dalle donne, ricorre a descrizioni gioiose che li paragonano a carezze, borboglii, ad una specie di onda che massaggia l’interno del ventre. La percezione dei movimenti del feto rende più consapevole la donna di un’effettiva e viva presenza dentro di lei, con cui può iniziare a comunicare e relazionarsi.

La percezione dei primi movimenti fetali comporta, assai più della partecipazione ecografica, una fonte di stimoli per il lavoro emotivo che compie la donna e la conseguente modulazione della comunicazione. La Bibring (1959, 1961), la Pines (1972, 1977), Brazelton e Cramer (1991) concordano che un notevole compito adattativo è richiesto alla donna in conseguenza della percezione dei movimenti fetali. Fino a questo momento la madre e il bambino sono stati un tutt’uno: Brazelton e Cramer (1991) sostengono che il primissimo “attaccamento” comincia a questo punto; ora c’è un essere a sé, e la possibilità di una relazione di attaccamento. In questo quadro i movimenti fetali possono essere considerati i medium utilizzati per instaurare quella comunicazione psico-fisica, tra feto e ambiente, mediata dall’affettività della madre. La reazione della madre al movimento del bambino è la base dei futuri processi di interazione di cui il bambino ne è lo stimolo. La Negri (2000) a seguito di ricerche sperimentali con la tecnica della foetal observation, sostiene che lo sviluppo maturativo dei centri dell’affettività situati nell’ippocampo è legato alla comunicazione con la madre e ipotizza probabili correlazioni tra la personalità intra ed extrauterina e della madre e del bimbo. Del resto la Little (1986) e la Mc. Dougall (1989) avevano evidenziato come il rapporto prenatale madre-feto possa venire vissuto nei termini di un’esperienza unitaria somato-corporea, che lascerebbe incisive tracce nella memoria della rappresentazione di base del senso di sé di ogni individuo.

Sempre attraverso un'analisi delle risposte aperte veniamo a conoscenza di cosa ha fatto il bimbo: *“Ha risposto con un leggero movimento”* *“Adesso che i movimenti sono più forti, quando appoggio la mano sulla pancia lui mi “risponde” con un calcetto e se lo sposto sembra la segua”* *“Da prima si è fermato, poi sembrava che accondiscendesse”*. Il significato comunicativo attribuito ai movimenti fetali è però di più complessa dimostrazione. Il bambino in utero *“fa le sue proposte”*: secondo Milani Comparetti (1981), il suo movimento ha un senso e una finalità rivolti all'ambiente esterno. La madre può cogliere questi segnali e tentare di decodificarli: potrà interpretarli con *“oggi è agitato”*, oppure *“è addormentato”*; in altri termini ella risponde alle fantasie che tali movimenti evocano in lei. I movimenti fetali comunicano dunque in relazione all'interpretazione che ne fa la madre, ma è proprio questa che conferisce loro un significato, così come avverrà dopo la nascita per qualsiasi altra comunicazione: una comunicazione diventa appunto tale, cioè veicolante un significato, quando ad un'emissione di una qualche configurazione di stimoli viene consensualmente *“attribuito”* un significato. È questa una funzione sovrapponibile a quanto indicato da Bion come capacità di *rêverie* (Bion, 1962), che la madre esplicherà col suo bimbo nei primi mesi di vita. Bion ha il merito di aver proposto il concetto di *“rêverie materna”*, definita come quello *“stato sognante necessario perché la madre possa dialogare”* con il proprio bambino. In questo modo il genitore, accogliendo ciò che in epoca prenatale il piccolo inizia a *“trasmettergli”*, avvia con lui una comunicazione e una relazione: dà *“significato”* a ciò che lui emette (movimenti, calcetti) e *“interpreta”* questi comportamenti come comunicazioni. Il genitore manifesta i primi segnali di comprensione e inizia ad insegnare al bambino un modo per elaborare adeguatamente la situazione che egli sta vivendo: la *“capacità di rêverie insegna al bambino a pensare, già a partire da ciò che sta accadendo in epoca prenatale. Questa grande attenzione a ciò che sta accadendo, durante la gestazione, a se stessi e al piccolo indica la presenza di competenze genitoriali in grado di “contenere” ed elaborare le esperienze positive ma anche negative, attraverso la promozione e lo sviluppo del pensiero: è la capacità genitoriale di “holding” (contenimento) descritta da Winnicott (1967).*

Una comunicazione basata sulle interpretazioni, o attribuzioni, date dalla madre ai segnali del bimbo induce a stimolanti ipotesi. Nel *“dialogo”* con il suo bambino la madre introduce, per così dire, ele-

menti simbolici propri, e quindi immette nel bimbo parte delle sue strutture mentali: si tratta di proiezioni (Brustia, 1996) o meglio di identificazioni proiettive. Viene allora da considerare non solo quanto questa trasmissione possa essere fondamentale per lo sviluppo mentale del bimbo stesso, ma ancor più quanto questo sviluppo dipenda dalla “qualità” degli elementi mentali introdotti dalla madre, e quanto una patologia materna possa essere indotta, anzi introdotta nel figlio già in epoca fetale.

Con l’evoluzione della gravidanza, un codice fatto di movimenti e di risposte a questi movimenti e di comunicazioni sonore, eventualmente verbali, genitori-feto, si struttura progressivamente, con modalità proprie di quella coppia madre-bambino e di quella triade madre-bambino-padre; la relazione prende avvio e può iniziare una sincronia che continua e si evolve fino al parto e proseguire e rinnovarsi dopo, nell’allattamento.

Il feto impara (Manfredi, Imbasciati, 2004) in relazione a come i genitori modulano ciò che gli incipienti organi sensoriali del feto possono recepire: è la modulazione materna in primis che conferisce loro quella organizzazione che li costituisce come funzioni mentali passibili di essere memorizzate. La comunicazione gestante/feto/ padre è pertanto la matrice degli apprendimenti fetali e del “costruirsi” delle prime elementarissime funzioni mentali del feto. È questa l’attuale frontiera della Psicologia Clinica Prenatale. Il punto focale è stata la scoperta delle intense, importanti e complesse interazioni comunicative tra gestante/madre e feto/neonato, che fondano sia una radicale trasformazione della struttura psichica genitoriale, sia, soprattutto la “costruzione” della struttura mentale del feto e quindi del neonato e del futuro individuo.

Le madri indicano in maggioranza che anche il padre comunica col bambino. Riferiscono che la **comunicazione del partner** avviene con le stesse modalità di contatto: *“Accarezzandomi la pancia e parlando, rivolgendosi direttamente al bambino”, “Gli parla attraverso la pancia, gioca anche lui con i battiti sulla pancia per farlo spostare da una parte all’altra”, “La mattina quando lui si mette sulla mia pancia con l’orecchio io chiedo alla bimba di dargli i calci e lei lo fa”*. I padri segnalano di comunicare con il loro bambino rispondendo ai suoi movimenti (75%): questa comunicazione avviene prevalentemente “parlando con lui e accarezzando la pancia della madre”. In rapporto alla coppia madre-bambino le madri

ritengono che il **partner** sia **incluso nella diade** (51,8%) e sentono il padre presente (40,4%) partecipe nella relazione con bimbo (52,6%). Da parte loro si ritengono attive nel coinvolgimento del partner nei confronti del loro bambino e a quanto pare lo sono realmente perché questo dato viene confermato dalla percezione dei padri che sentono che la loro partner li coinvolge nella relazione col bambino (100%).

Come evidenziato in letteratura il desiderio di un passaggio dalla diade alla triade è il primo momento di una nuova storia generazionale perché sarà proprio la nascita di un figlio che renderà più tangibile l'unione di due persone: questo evento mobilita una ricchezza di processi individuali e dell'intero sistema familiare. Nel passaggio dalla diade alla triade la prima cosa necessaria è fare posto al bambino: in gravidanza "il bambino-pancione" è di fatto in mezzo ai genitori ed essi devono prendere in considerazione la sua onnipresenza che già li mette in concreto a distanza (o li unisce) l'uno dall'altra prima della sua nascita (Binda, 1985).

### *Co-genitorialità*

Il questionario indaga poi il significato che le coppie attribuiscono all'espressione: "essere mamma" e "essere papà": le madri dicono di aver avuto la sensazione di "**essere diventata mamma**" durante il periodo della gestazione (36,3%), ai primi movimenti fetali (30,1%), altre subito appena hanno saputo di essere incinta (22,1%). Per alcune donne, una minima parte (11,5%) invece questo sentimento sembra che debba ancora nascere: "*Probabilmente ce l'avrò quando avrò il bambino tra le braccia*" perché "*Non mi sono ancora bene resa conto*". Per la maggioranza delle madri "essere madre" significa "avere la responsabilità di una nuova vita" (88,5%). I padri dicono di aver avuto la sensazione di "**essere diventato papà**" prevalentemente quando hanno saputo che la moglie era rimasta gravida (34,8%) o durante il corso della gravidanza (21,4%) o quando hanno sentito i primi movimenti fetali attraverso la pancia della loro partner (26,8%).

Anche per i padri: "essere papà" è prevalentemente avere la "responsabilità di una nuova vita" (82,1%).

I genitori considerano la co-genitorialità, "essere in due madre e padre" genitori di un bimbo, poter contare sull'aiuto reciproco (.000),

maggiore per le madri, ma soprattutto avere insieme la responsabilità di una nuova vita (.000), ancora maggiore per le madri. Madri e padri concordano pienamente che essere in coppia e dunque co-genitori, ha un valore importante per entrambi. Gli impegni che secondo i genitori caratterizzeranno il ruolo materno nei primi tre mesi di vita del bimbo si rilevano dall'analisi delle domande aperte: accudimento pratico, fisico ed emotivo “*Allattare, coccolare e provvedere all'igiene del bambino, alzarsi di notte se piange, portarlo a passeggio*” di comunicazione /relazione “*Soddisfacimento bisogni primari del bambino, comunicare e dare sicurezza al bambino*” e funzioni collegate a specifiche qualità morali “*Tranquillità, fiducia, serenità*” “*Amore – dedizione – pazienza*”, “*Attenzione cura*”. Le funzioni che in previsione caratterizzeranno specificatamente il ruolo paterno sono indicate come: supporto alla funzione di accudimento materna “*Sostegno per la madre, aiuto nell'accudire il bambino*” “*Coccolare, portarlo a passeggio, alzarsi di notte se piange, provvedere all'igiene del bambino*” di supporto psichico e affettivo “*Rassicurare, coccolare, essere presente*” “*Protezione, impegno affettivo*”, ma anche funzione educativa, morale e di protezione “*Sicurezza, educazione, presenza continua*”, “*Presenza morale*”.

### *La dimensione sessuale*

Il nostro questionario esplora anche la sessualità e la relazione affettiva della coppia, durante la gestazione. Rimandando a una più dettagliata descrizione di questa sezione (Cena, Imbasciati, Gambino, Doneda, 2011), in questa sede riportiamo i dati più rilevanti.

Le coppie (primipare e pluripare) del campione segnalano, per la maggior parte, la presenza di **cambiamenti nel rapporto sessuale col partner durante la gravidanza** e questi cambiamenti sono avvertiti maggiormente dai padri (77,4%) rispetto alle madri (66,9%).

Le risposte relative alla presenza di **desiderio sessuale verso il partner in gravidanza** danno indicazioni significative tra i due gruppi (.001); i valori maggiori sono quelli nel campione delle madri, che dichiarano di continuare a provare desiderio sessuale verso i propri partner.

Gli item relativi al **sentirsi desiderati sessualmente dal proprio**

**partner** segnalano differenze significative (.000) tra maschi e femmine: i valori maggiori sono quelli dei padri che avvertono di continuare a sentirsi desiderati dalle loro partner.

La presenza di desiderio sessuale verso il partner e del sentirsi desiderate dal proprio partner da parte delle madri in gravidanza fa pensare ad una non conflittualità nelle donne, del campione della nostra ricerca, rispetto ai due codici femminile e materno (Fornari, 1976), con una compresenza sintonica di entrambi.

In generale le coppie definiscono la loro **relazione affettiva col partner** molto buona: vi sono differenze significative tra uomini e donne (.000); con valori superiori nel gruppo dei padri; si potrebbe commentare che la realizzazione del progetto di generatività (gravidanza) abbia consentito ai due genitori di consolidare meglio anche la propria affettività di coppia.

I dati delle risposte, se si entra nel merito delle specifiche domande, possono presentare alcune oscillazioni rispetto ai due gruppi, ma restano comunque sempre molto positive e congruenti. Le differenze sono significative per quanto riguarda la valutazione sulla **unione di coppia in gravidanza** (.000) che viene rilevata con valori superiori per il gruppo delle madri. Non sono segnalate **tensioni nella coppia**: si riscontrano differenze significative (.000) tra i due gruppi, i padri sono più positivi e avvertono minori tensioni nella relazione.

Non vengono segnalati **cambiamenti affettivo-relazionali** nella coppia a seguito della realizzazione del progetto generativo; anche qui si evidenziano differenze significative tra i due gruppi (.000): i valori sono maggiori per le madri rispetto ai padri e segnalano che viene percepita una buona stabilità della coppia genitoriale.

Le coppie pensano che **l'atteggiamento del partner** non cambierà (o poco) nei loro confronti: si riscontrano differenze significative tra i due gruppi (.000), con valori più elevati di questa percezione nel gruppo delle madri che ritengono stabile l'atteggiamento affettivo del proprio partner verso di loro, e sono fiduciose che questo non cambierà.

Anche per quanto riguarda le risposte rispetto alla percezione di modificazioni del **proprio atteggiamento affettivo verso il partner** si rilevano differenze significative tra i due gruppi (.000): i valori sono più alti per i padri, che pensano che il loro atteggiamento affettivo verso la propria partner non cambierà.

La maggior parte delle risposte evidenzia dunque una complessiva

stabilità relazionale e affettiva delle coppie, confermata anche dalla fiducia reciproca dei due partner che non cambieranno i rispettivi atteggiamenti.

Viene segnalata invece la presenza di **cambiamenti nell'organizzazione della vita di coppia** per far fronte alle nuove necessità familiari, a seguito della realizzazione del progetto generativo. Sono presenti differenze significative tra i due gruppi (.001), con valori più alti per le madri che indicano una loro maggiore percezione della necessità di modificazioni organizzative in rapporto alla nuova struttura della coppia coniugale che si sta evolvendo in coppia genitoriale.

Complessivamente i dati indicano della capacità delle coppie di attivare cambiamenti nella propria organizzazione di vita, per far fronte alle nuove necessità, senza timore che questi cambiamenti possano incidere sul buon funzionamento relazionale, affettivo della coppia coniugale.

I risultati della nostra indagine, relativi ai cambiamenti nel comportamento sessuale in gravidanza, sono in linea con quelli rilevati dalla maggior parte degli studi in letteratura (Masters e Johnson, 1967; Pardini, 1975; Codispoti Battacchi, Aloysio, 1975). Codispoti Battacchi e Aloysio (1981) evidenziano la presenza durante tutto il decorso della gravidanza di una modificazione della sessualità su tre parametri sessuologici: soddisfacimento, frequenza e desiderio e seguono in alcune loro ricerche empiriche l'andamento di questi parametri, segnalando che per circa metà del loro campione la gravidanza ha portato a modificazioni del comportamento sessuale dei partner (rispetto ai parametri di soddisfacimento, frequenza e desiderio) e che questi cambiamenti sono tutti presenti equamente nei tre trimestri.

Nella nostra ricerca il parametro relativo al desiderio sessuale (attivo) e passivo (sentirsi desiderati dal partner) è presente a livelli elevati (molto e moltissimo) e consente di ipotizzare che vi sia un adattamento sessuale positivo della coppia coniugale verso la sessualità della coppia genitoriale. Cambiamenti nel rapporto sessuale segnalati dal nostro campione, connessi e coerenti con le molte altre variabili positive relative alla relazione (come il rafforzamento dell'unione di coppia, una buona relazione affettiva, la non presenza di tensioni, l'atteggiamento stabile dei partner tra loro) sono stati recepiti positivamente, con un adattamento attivo positivo delle coppie. Anche nell'indagine di Codispoti Battacchi Aloysio (1981)

viene segnalato che nel loro campione i cambiamenti dei rapporti in gravidanza non sembrano essere stati fonte importante di conflitti e sono stati percepiti quasi sempre di senso positivo.

### *Relazioni e sostegno delle famiglie di origine nel presente*

I **rapporti attuali con la propria famiglia di origine** non vengono dichiarati cambiati a seguito della gravidanza: si rilevano differenze statisticamente significative (.000) con valori maggiori per i padri del nostro campione che prevalentemente non avvertono particolari modificazioni nei rapporti familiari. Non sono cambiate neppure le relazioni con la famiglia di origine del partner, anche qui i valori sono sempre maggiori per i padri. Le famiglie di origine delle coppie, con una prevalenza ancora per quelle dei padri, hanno accolto la notizia della gravidanza in modo molto positivo (madri 86%, padri 91,9%).

Le relazioni dei padri con la propria famiglia di origine e con quella della partner, alla luce anche dei dati delle sezioni precedenti (rif. 5.2), sembrano venire percepite come molto stabili e di sostegno, una buona "base sicura" su cui fare affidamento per le proprie necessità attuali.

Rispetto all'accudimento del bambino le coppie si aspettano che la **propria famiglia di origine** collabori e se ne occupi nel caso dell'assenza dei genitori, e/o quando la madre tornerà al lavoro. Dalla propria **famiglia di origine**, durante la gravidanza, le coppie dicono di aver ricevuto sostegno emotivo, minore sostegno invece nella gestione familiare ed economica. Anche rispetto alla **famiglia di origine del partner** le coppie indicano di ricevere sostegno emotivo: si evidenziano differenze statisticamente significative (.000) con una maggiore percentuale per i padri. Per quanto riguarda il sostegno economico e di aiuto nella gestione familiare si evidenziano anche qui differenze statisticamente significative (.000) e la percentuale è ancora maggiore per i padri.

La previsione di un aiuto da parte delle famiglie di origine nell'accudimento del bambino evidenzia differenze statisticamente significative (.000), con valori maggiori per i padri, così come la previsione rispetto alla disponibilità delle famiglie di origine a tenere il bimbo in assenza della madre, presenta valori sempre maggiori per i padri. An-

che la previsione di un aiuto da parte delle famiglie di origine, quando le madri torneranno al lavoro, ha valori maggiori per i padri.

Questi dati confermano quelli precedenti: i padri ripongono maggiore fiducia e percepiscono le proprie famiglie di origine e quelle delle partner come un sostegno pratico ed emotivo-affettivo molto importante nella loro situazione attuale e in quella futura: questo dato però potrebbe anche essere interpretabile come la presenza di maggiori insicurezze da parte dei padri, che ricercerebbero pertanto più frequentemente sostegno nelle famiglie di origine.

Le coppie prevedono che la propria famiglia di origine potrà interferire poco nell'accudimento del bambino: differenze statisticamente significative (.000) maggiori per le madri; viene previsto anche che la famiglia di origine del partner potrà interferire poco, differenze statisticamente significative (.000) maggiori i valori per i padri. Le coppie sembrano far riferimento prevalentemente alle proprie capacità genitoriali, anche se è positivo il sostegno emotivo-affettivo ricevuto dalle rispettive famiglie di origine, che sembrano molto presenti sulla scena della generatività/ genitorialità. Le donne prevedono di poter contare dopo la nascita del bambino sul proprio partner (89,5%) sulla propria madre (51,8%), meno sul proprio padre (9,6%), e sui parenti del proprio partner (18,4%) o su altri parenti, come sorelle e zie. I padri segnalano che potranno contare sulla propria partner (98,2%), sulla propria madre (16,2%), ancora meno sul proprio padre (8,1%); altri parenti disponibili possono essere anche sorelle, cognate e zie.

### *Il supporto sociale e il lavoro*

Stern, nel suo libro 'La Costellazione Materna' (Stern, 1995), ci indica come faccia parte proprio della specificità di questa fase della vita (gestazione) che i genitori sentano di aver bisogno di un aiuto o meglio di una 'rete di aiuti' per le molteplici difficoltà in cui possono imbattersi nell'allevamento dei figli. Aiuti che derivano dal bisogno di sentirsi confortati, supportati anche nelle vicende della vita quotidiana da figure benevole esperite: i propri genitori, amici con figli, il personale ostetrico e la propria ginecologa/o in quanto capaci anche di rappresentare per i genitori stessi un "genitore-contenitore" a sua volta rassicurante (Kaes, 1982). La possibilità

che essi prospettano di rivolgersi alle istituzioni, attraverso le modalità loro offerte (dimissioni protette, visite domiciliari dell'ostetrica/assistente sanitaria, proposte dei consultori attraverso gruppi post-partum e allattamento) indicano la presenza nella mente delle madri e dei padri di altre "figure" supportive alla funzione materna e paterna, con cui essi possono identificarsi nella costruzione della loro identità genitoriale.

Rispetto all'ampliamento o alla riduzione dei **rapporti sociali** in gravidanza le coppie dichiarano che le loro relazioni sociali non sono cambiate, frequentano altre coppie con figli, e dunque ci sarebbe una condivisione e uno scambio dell'esperienza di genitorialità con il sociale.

In riferimento al **supporto offerto dai servizi sanitari e sociali** le coppie prevedono di rivolgersi al consultorio e ai servizi assistenziali dell'ospedale, ma anche di richiedere l'assistenza domiciliare ostetrica. Alcune madri pensano di fare affidamento sugli asili nido quando rientreranno al lavoro (14%).

Il campione delle madri è per la maggioranza impegnato in attività lavorative extradomestiche e indica di essere riuscito a organizzarsi nei suoi impegni. Le madri hanno prevalentemente interrotto l'attività lavorativa nel III trimestre (51,6%) nel II trimestre (15,4%) e una minoranza molto presto, già sin dal I trimestre (15,4%); altre madri appena hanno saputo di essere incinta (17,6%). Le madri che prevedono di rientrare al lavoro dopo la maternità obbligatoria sono una minoranza (18,2%), la maggioranza (81,8%) non pensa di rientrare al lavoro. Quasi una metà circa del campione prevede di chiedere un'aspettativa (49,5%) mentre una minoranza (17,2%) il part-time.

## • Conclusioni

Seppur con i limiti di questa prima indagine esplorativa ci sembra che si possano trarre alcuni spunti di riflessione sulla generatività/genitorialità, nella prospettiva del terzo millennio, che andranno ulteriormente approfonditi e ampliati.

Riprendendo il modello di Belsky attraverso i tre domini delle determinanti del comportamento, le risorse personali dei genitori, si sono espresse attraverso le caratteristiche individuali, di ognuno dei due membri, sia come coppia coniugale, sia come coppia genitoriale. Vie-

ne segnalata una buona relazione affettivo-emotiva e sessuale della coppia coniugale, che ha apportato cambiamenti nei propri comportamenti sessuali e nella propria organizzazione di vita pratica, per far fronte alle diverse esigenze della situazione attuale, mantenendo vivo il desiderio sessuale e l'unione di coppia. C'è stato un adattamento sessuale positivo della coppia coniugale, per una sessualità della coppia genitoriale. Le previsioni dei due coniugi sono fiduciose: nel futuro non pensano a un cambiamento di atteggiamenti dell'uno verso l'altro e questo fa ipotizzare che ognuno si percepisca e percepisca l'altro come stabile nel tempo, una buona base sicura su cui fare affidamento per affrontare i nuovi eventi.

Il desiderio individuale di un bambino prima immaginario e poi reale è stato condiviso con il partner e ha consentito la realizzazione del progetto generativo, entro breve tempo dalla sua pianificazione, attraverso il concepimento, che è stato prevalentemente programmato. La coppia coniugale è diventata anche coppia genitoriale.

La relazione primaria con il bimbo, che ha iniziato a farsi conoscere dai genitori, attraverso i movimenti fetali, avviene mediante questa prima comunicazione prenatale non verbale: le madri rispondono ai movimenti del bimbo e sono coinvolti anche i padri.

La coppia-genitoriale a cui viene richiesto di prevedere come sarà l'accudimento del bambino fa riferimento prevalentemente a se stessa: i due genitori, soprattutto le madri, ricercano preferibilmente l'aiuto e il sostegno del proprio partner, e poi della propria madre, anche se possono fare riferimento alle rispettive famiglie di origine, che danno il loro supporto nel presente, così come lo hanno dato nel passato. I padri invece indicano nelle rispettive famiglie di origine un sostegno a cui si rivolgono più frequentemente per i diversi bisogni pratici ed emotivi.

Le fonti sociali del lavoro e di supporto sociale: le madri e i padri del nostro campione lavorano entrambi, fanno affidamento prevalentemente alla propria coppia, ma anche alle rispettive famiglie di origine e hanno diverse opportunità di supporto sociale (consultori, dimissioni protette, assistenza sanitaria domiciliare, ecc).

Nella coppia genitoriale emerge meno netta la suddivisione dei ruoli, forse più presente nelle proprie famiglie di origine. Sembra che le coppie segnalino una maggiore interscambiabilità nella funzione genitoriale, di accudimento del figlio (bisogni fisici ed emotivi) ma anche una maggiore percezione della co-genitorialità "essere in due ge-

nitore”, a condividere fatica e responsabilità. Essere genitori non vuol tanto dire “essere come i propri genitori”: viene posto l’accento soprattutto sull’aver insieme la responsabilità di una nuova vita; questo dato andrà approfondito e meglio esplorato nelle sue implicazioni, sia rispetto alle dinamiche intrapsichiche e interpersonali (identificazione con le figure affettive genitoriali), sia negli aspetti sociali. Sembra inoltre emergere una buona capacità nelle coppie di esprimere le proprie emozioni, sia positive, sia negative soprattutto per le madri; mentre i padri sembrano invece ancora un po’ reticenti a rilevare i propri sentimenti più negativi.

Dai primi risultati emersi dalla nostra ricerca sulla salute mentale perinatale emergono dunque complessivamente aspetti molto positivi, rispetto alla relazione della coppia, alla genitorialità, alla relazione primaria prenatale con il bambino, alle fonti sociali del lavoro e di supporto sociale. A fronte di tale rilievo dovremmo però considerare che potrebbe essere possibile che le coppie che hanno accettato di partecipare allo studio abbiano risposto secondo una prospettiva di desiderabilità sociale, in modo da dare un’immagine di sé corrispondente al proprio ideale di coppia generativa e genitoriale. Non è possibile dirimere questo dubbio: riteniamo comunque che la sincerità consapevole e la piena disponibilità volontaria alla adesione allo studio da parte delle madri e dei padri del campione sia genuinamente scaturita da un serio interesse all’importanza dei problemi.

## Bibliografia

- Ammaniti M. (1991). Maternal representation during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12, 255-264.
- Ammaniti M. (1992) (a cura di). *Gravidanza e maternità tra rappresentazioni e narrazioni*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti M. (2008). *Pensare per due. Nella mente delle madri*. Bari-Roma: Laterza.
- Arnould-Driss L. (2003). Ecografia in ostetricia-ginecologia: formazione di immagini o immagine di sé. In S. Mimoun, C. Maggioni, *Trattato di ginecologia ostetricia psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.

- Badinter E. (1981). *L'amore in piu. Storia dell'amore materno*. Milano: Longanesi.
- Baruffi L. (1979). *Desiderio di maternità*. Torino: Boringhieri.
- Belsky J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Benedek T. (1958). Parenthood as a development phase: a contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- Bibring G.L. (1959). Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 113-121.
- Bibring G. L. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child* 16, 9-13.
- Binda W., Rosnati R. (1985). Un evento cruciale per la famiglia: la nascita del primo figlio. In F. Fornari (Ed.), *Psicoanalisi in ospedale. Nascita e affetti nell'istituzione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bion W.R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Brazelton T.B., Cramer (1991). *Il primo legame*. Milano: Frassinelli.
- Breen Breen D. (1975). *The born of the first child*. London: Tavistock.
- Brustia Rutto P. (1996). *Genitori. Una nascita psicologica*. Torino: Boringhieri.
- Bydlowski M. (1997). *Il debito di vita. Itinerario psicoanalitico della maternità*. Urbino: Quattroventi, 2000.
- Bydlowski M. (2004). *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Bologna: Pendragon.
- Bydlowski M. (1991). La trasparenza psychique de la grossesse. *Etudes freudiennes*, 32, 2-9.
- Capello C., Vacchino R. (1985). *Sessualità femminile e istituzioni sociali*. Pisa: ETS.
- Cena L. (1989). *L'attesa di un figlio nella coppia: vissuti materni, paterni e dinamiche psicologiche del periodo perinatale*. Tesi Scuola di Specializzazione in Psicologia. Milano: Università Cattolica.
- Cena L., Imbasciati A. (2007). *Il desiderio di generare*. In A. Imbasciati, F. Dabracsi, L. Cena, *Psicologia clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2010). *La relazione genitore-bambino*. Springer.
- Cena L., Imbasciati A., Gambino A., Doneda C. (2011). La dimensione sessuale nel progetto generativo e genitoriale della coppia. *Rivista di Sessuologia* (in print).
- Chamberlain D.B. (1988). *The significance of birth memories. Pre-and Perinatal Psychology*, 2.
- Chamberlain D.B. (1983). Consciousness at birth: The range of empirical evidence. In T. Verny (Ed.), *Pre- and Perinatal psychology: An introduction* (pp. 69-90). New York: Human Sciences.

- Codispoti Battacchi O., De Aloysio D. (1981). *Gravidanza e Sessualità*. Padova: Piccin.
- Cramer B. (1995). Vicissitudes des identifications maternelles. *Devenir*, 7, 3, 5-22.
- Cramer B., Palacio-Espasa F. (1993). *Le psicoterapie madre-bambino*. Tr. It. Masson, Milano, 1995.
- David D., Gosme-Seguret S. (1996). *Le diagnostic prénatal*. Paris: ESP.
- De Casper, Fifer W.P. (1980). Of human bonding: new born prefer their mother's voice. *Science*, 208, 1174-1176.
- Deutsch H. (1945). *Psicologia della donna*. Vol.I (1945) Vol.II (1946). Torino: Boringhieri, 1971.
- Dipiero J.A., Hodgson D.M., Costigan K., Hilton S., Johnson T.R. (1996). Development of fetal movement-fetal heart rate coupling from 20 weeks through term. *Early Human Development*, 44, 139-151.
- Erikson E. (1950). The problem of ego identity. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 4, 50.
- Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, Frenck A. (1999). *Il triangolo primario: le prime interazioni tradiche tra padre, madre e bambino*. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- Fornari F. (1976). *Codice materno e disturbi della femminilità*. Atti del 1 Congresso Congiunto della Società Italiana e Francese di Psicoprofilassi ostetrica. Padova: Piccin.
- Fornari F. (1979). *Nuovi orientamenti nella psicoanalisi*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari F. (1981<sup>2</sup>). *Simbolo e codice: dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*. Milano: Feltrinelli.
- Freud S. (1915). Metapsicologia. In *Opere di Sigmund Freud* (Vol.VIII). Torino: Boringhieri
- Freud S. (1931). *Sessualità femminile*. In *Opere di Sigmund Freud* (Vol. XI). Torino: Boringhieri.
- Frydman R. (1985). De l'avortement aux bébés éprouvettes. *Autrement*, 68, 217-226.
- Ghilardi A., Imbasciati A. (1990). L'istinto nelle scienze: necessità e storia di un concetto irrisolvibile. *Rivista di Sessuologia*, 14, 2, 101-116.
- Golse B. (1995). Le bébé, l'hôpital, les équipes soignantes e les psys. In P. Ben Soussan et al., *Le bébé, l'hôpital*. Paris: Syros.
- Green A. (1993). *Narcisismo della vita, narcisismo della morte*. Paris: Minuit.
- Green A. (1990). La remémoration: effet de mémoire ou temporalité à l'oeuvre? *Rev. Franç. Psychanal.*, 4, 947-972.
- Hepper P.G. (1988). Letter. Fetal "soap" addiction. *Lancet*, 11, 1347-1348.
- Ianniruberto A., Tajani E. (1981). Ultrasonographic study of fetal movements. *Seminars in Perinatology*, 5, 175-181.

- Imbasciati, A. (1990). *La donna e la bambina*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati A. (2005). *La sessualità e la teoria energetico-pulsionale. Freud e le conclusioni sbagliate di un percorso geniale*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati A. (2007). Neurosciences et Psychanalyse: pour une nouvelle métapsychologie. *Revue Française de Psychanalyse*, LXXI, 2, 455-477.
- Imbasciati A. (2010). Towards new metapsychologies. *Psychoanalytic Review*, 1, 44-6
- Imbasciati A. (2011). The meaning of a metapsychology. *J. Acad Psychoana and Dynamic Psychiatric*.
- Imbasciati A., Ghilardi A. (1989). Il concetto di istinto e il suo uso in psicoanalisi. *N.P.S. Neurologia, Psichiatria, Scienze Umane*, 9, 6, 1035-1056.
- Imbasciati A. (2008). Sentire o pensare? Emozioni o apprendimento? In C. Cristini, A. Ghilardi (Ed.), *Sentire e Pensare*. Milano: Springer.
- Imbasciati A., Cena L. (1987). Uno studio sulla femminilità attraverso l'analisi del mito. In *Il laboratorio e la Città. Lo Psicologo professionista e ricercatore* (pp. 685-691). Atti del XXI Congresso degli Psicologi Italiani.
- Imbasciati A., Cena L. (1989). La donna nel mito greco. *Neurologia Psichiatria e Scienze Umane*, VIII, 3, 435-455.
- Imbasciati A. Cena L. (2010). *I bambini e i loro caregiver*. Roma: Borla.
- Imbasciati A., Cena L. (2011). Sessualità, generatività, genitorialità. In A. Imbasciati, C. Guizza, *L'emozione sessuale*. Napoli: Liguori.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007). *Psicologia clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2011). *Psicologia clinica perinatale per lo sviluppo dei futuri individui*. Torino: Edizioni Espress.
- Kaes R. (1982). Il sostenimento grupale dello psichismo individuale: alcune conseguenze teoriche riguardo i concetti di individuo e di gruppo. *Quaderni di Psicoterapia di Gruppo*, 1, 57-73.
- Kreisler M., Cramer B. (1981). Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 1, 223-263.
- Lebovici S. (1989). I legami intergenerazionali. Le interazioni fantasmatiche. Trad. It. in Labovici S., Weio-Halpern F., *Psicopatologia della prima infanzia*. Torino: Boringhieri.
- Lebovici S. (1994). Les interactions fantasmatiques. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 37/38, 39-50.
- Legros J.-P., La diagnosi prenatale: paradosso della riassicurazione. In S. Mimoun, C. Maggioni, *Trattato di ginecologia ostetricia psicosomatica*. Milano: Franco Angeli.
- Lemoine-Luccioni E. (1976). *Il taglio femminile*. Roma: Edizioni delle donne.
- Little M. (1986). *Verso l'unità fondamentale*. Roma: Astrolabio.
- Manfredi P., Imbasciati A. (2004). *Il feto ci ascolta e impara*. Roma: Borla.

- Masters W.H., Johnson V.E. (1967). *Human sexual response*. Boston: Little Brown (tr. it. *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*, Feltrinelli, Milano).
- Manzano J., Palacio-Espasa F., Zilkha N. (1999). *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mc Dougal J. (1989). *Teatri del corpo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Milani Comparetti A. (1981). Interpretazione funzionale dei movimenti fetali. *Età Evolutiva*, 10, 88-92.
- Missioner (2005). *La consultazione terapeutica perinatale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Monk C. (2001). Stress and mood disorders during pregnancy: implications for child development. *Psychiatr*, 72, 4, 347-57.
- Monk C., Fifer W.P., Sloan R.P., Myers M.M. (1999). Fetal heart rate is influenced by maternal stress and anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 61, 1, 96.
- Monk C., Fifer W., Myers M.M., Sloan R.P., Trien L., Hurtado A. (2000). Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate. *Developmental Psychobiology*, 36, 67-77.
- Moro M.R., Nathan T., Rabain J., Stork H., Si Ahmed D. (1989). Il lattante nel suo universo culturale (trad. it. S. Lebovici, F. Weil-Halpern, *Psicopatologia della prima infanzia*, Boringhieri, Torino, 1994).
- Negri R. (2000). Foetal Life and the Cerebral Palsied Child. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, XII, 4.
- Nunziante Cesàro A. (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato*. Milano: Franco Angeli.
- Palacio Espasa F. (1991). Fantasie dei genitori e psicopatologia del bambino. In Società di Neuropsichiatria infantile (a cura di), *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Roma. Borla.
- Panzeri M., Donà M.A., Cusinato M. (2006). La sessualità della coppia nel ciclo di vita familiare. *Rivista di Sessuologia*, 30, 2, 1-7.
- Pasini W. (1975). La vita sessuale durante la gravidanza. In W. Pasini, *Sessualità e ginecologia psicosomatica*. Padova: Piccin.
- Perard-Cupa D., Valdes L., Abadie I., Pineiro M., Lazartigues A. (1992). Bébé imaginé et interactions précoces. *Devenir*, 4, 2, 47-60.
- Pietropolli Charmet G. (1991). La nascita del bambino nella mente del padre. *Nascere*, 3, 16-21.
- Pines D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Pines D. (1977). On becoming a parent. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 15, 2.
- Pines D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 311-319.
- Piontelli A. (1992). *From fetus to child*. London: The New Library of Psychoanalysis.

- Righetti P.L., Sette L. (2000). *Non c'è due senza tre*. Torino: Boringhieri.
- Righetti P.L. (2003). *Elementi di psicologia prenatale*. Roma: Magi.
- Salvini A. (1993). *Personalità femminile e riproduzione umana*. Roma: Lombardo.
- Sameroff A.J., Emde R.N. (1989). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino, Boringhieri, 1991.
- Sander L. (1987). Awareness of inner experience: a system perspective on self-regulatory process in early development. *Child Abuse and Neglect*, 11, 339-346.
- Scabini E. (1995). *Psicologia sociale della famiglia*. Torino: Boringhieri.
- Scopesi A. (1994). Diventare genitori: una crisi evolutiva dell'adulto. *Età evolutiva*, 48, 103-107.
- Shapiro J.L. (1989). Il padre in attesa. *Età evolutiva*, 95, 33-37.
- Shaffer R. (1980). Developing child. In J. Bruner, N. Cole, B. Llyod (Eds.) *Maternità*. Roma: Armando.
- Soifer R. (1985). *Psicologia della gravidanza, parto e puerperio*. Roma: Borla.
- Soldera G. (1993). *Conoscere il carattere del bambino prima che nasca*. Pavia: Bonomi.
- Sontag L.W. (1994). War and the fetal-maternal relationship. *Marriage and Family Living*, 6, 3-5.
- Sontag L.W. (1965). Implication of fetal behaviour and environment for adult personalities. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 134 (2), 782.
- Stern D.N. (1985). The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books (tr.it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987).
- Stern D.N. (1989). La rappresentazione dei modelli di relazione. In A. Sameroff, R.N. Emde (Eds.), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Boringhieri, 1991.
- Stern D.N. (1995). *La costellazione materna*. Torino: Boringhieri.
- Stoleru S. (1995). Le couple et le project d'enfant. L'étape initiale du passage à la parentalité. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 43, 4-5, 164-170.
- Stoleru S. (1998). De l'arrêt de la contraception aux premiers mois postnatals. Les premières étapes de la parentalité adulte. In P. Mazet, S. Lebovici, *Psychiatrie perinatale*. Paris: PUF.
- Stoleru S., Morales M., Grinschpoun M.F. (1985). De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mér-nouïsson. *Psychiatrie de l'enfant*, 2, 441-484.
- Stoleru S., Morales-Huet M. (1989). Processus de recherche et processus psychothérapique. In *L'évaluation des interactions précoces*. Paris: Eshel.
- Trevarthen C. (1990). Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino. In M. Ammaniti, N. Dazzi (Eds.), *Affetti, Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*. Bari: Laterza.
- Verny T., Weintraub P. (1996). *Le coccole dei nove mesi*. Pavia: Bonomi.
- Vegetti Finzi S. (1990). *Il bambino della notte*. Milano: Mondadori.

- Vegetti Finzi S. (1997). *Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza*. Milano: Mondadori.
- Winnicott D.W. (1967). Mirror-role of the mother and family in child development. In *The predicament of the Family. A Psychoanalytical Symposium*. London: Hogarth.
- Zurlo M. C. (2009). *Percorsi della filiazione*. Milano: Franco Angeli.

