

La nascita nella mente della madre

Adolfo Pazzagli¹, Paola Benvenuti², Chiara Pazzagli³

Premessa

Questo contributo prende in esame in particolare quella ‘atmosfera materna’, che inizia nel periodo della gravidanza e determina eventi mentali nuovi e profonde modificazioni nei processi di organizzazione del sé, e viene concettualizzata come maternità interiore (Bydlowski 2000) in riferimento alla realtà psichica che accompagna la gravidanza reale. Per maternità interiore (Ferrara Mori, 2006) si intende «un processo di sviluppo dell’identità femminile e un processo di elaborazione di rappresentazioni mentali. È il luogo delle fantasie, delle emozioni, dei desideri, dei sogni, è la residenza di legami, di affetti, di relazioni nuove, è il contenitore di quel bambino fantasmaticizzato interno che diventerà il bambino reale». Il concetto di maternità interiore costituisce quindi una sorta di mappa utile a definire il mondo della relazione della madre col figlio, da quando lo concepisce a quando ne avverte la vita fetale fino alla nascita e alla intima frequentazione quotidiana. Quando questo stato mentale viene meno o non si presenta affatto rappresenta un segno prognostico negativo per lo sviluppo della futura genitorialità, come verrà illustrato nella descrizione di un caso clinico.

La maternità è prima di tutto uno stato psichico di ordine psicogenetico evolutivo (Delassus, 1995) che necessita non tanto di spiegazioni quanto di ascolto e comprensione; essa è fatta di sociale e di privato, di intimità e condivisione, di silenzio e di annuncio (Marinopoulos, 2005), intensamente permeata di desiderio e di paura del desiderio, di conosciuto e non conosciuto a dispetto di ogni tecnologia e sapere scientifico. Tale atmosfera materna, o meglio lo stato psichico della maternità,

¹ Adolfo Pazzagli, Professore Emerito Università di Firenze.

² Paola Benvenuti, Università di Firenze.

³ Chiara Pazzagli, Università di Perugia.

rischia spesso di restare nascosto o soffocato dal monitoraggio sanitario preventivo che accompagna tutta la gravidanza, periodo durante il quale si costruiscono i fondamenti della futura relazione madre-bambino.

Le tecnologie infatti, e in particolare l'ecografia, focalizzando l'attenzione sullo sviluppo morfologico del corpo fetale rischiano di sottrarre alle gestanti la possibilità di pensare, ovvero di ascoltare le proprie sensazioni, di entrare in contatto emotivo col bambino, di sperimentare la valenza emotiva e comunicativa dell'esame stesso. A tale proposito da molti anni si studia l'impatto psicologico che la prima ecografia può avere sul mondo fantasmatico della madre (Benvenuti *et al.*, 1988; Soulè *et al.*, 1999; Missonnier, 2003; Bydlowski, 2001). L'immagine che l'ecografia offre del bambino non rappresenta ovviamente il bambino, in quanto esiste un divario tra l'immagine oggettiva e le fantasie soggettive dei genitori, ma ha un importante effetto psicologico tanto che si è parlato di rivoluzione delle rappresentazioni nel senso della profonda modificazione che questa immagine induce sulle fantasie della madre sul bambino. In effetti l'impatto psicologico dell'immagine ecografica del feto può assumere da un lato una funzione disorganizzante, se viene vissuta dalla madre come una «inquietante estraneità» (Soulè, 1999) capace di attivare fantasie persecutorie che inducono una sorta di paralisi psichica rispetto al futuro bambino, dall'altro una funzione organizzante sulle dinamiche familiari acquisendo un valore strutturante nel processo della genitorialità. L'ecografia infatti documenta la realtà di un bambino che non è ancora rappresentabile nella mente della madre (Bydlowski, 2001) e concretizza le fantasie e i ricordi evocati dallo stato gravidico.

Il contesto della maternità si è molto modificato nel nostro paese negli ultimi anni, nei quali si è assistito ad un innalzamento dell'età media delle madri che si è spostata fra i 30 e i 40 anni con indubbe ripercussioni sullo stato psicologico delle madri e sull'allevamento del bambino, ad una medicalizzazione progressiva della gravidanza, intesa nel senso della crescente importanza attribuita agli interventi sanitari quasi che la gravidanza fosse considerata una malattia, e ad un'alta frequenza del parto cesareo molto al di sopra del 15%, livello ritenuto fisiologico e raccomandato dall'OMS per i parti a rischio. L'eccessiva medicalizzazione della gravidanza, pur con indubbi risultati di prevenzione delle malattie neonatali e della mortalità infantile e materna, ha espropriato i genitori, ma soprattutto la madre, del ruolo attivo di partecipazione alla nascita e ha contribuito a banalizzarne, nel senso di nascondere ed evitare difensivamente (Delassus, 1995) il processo della maternità interiore. Il concetto di maternità interiore quindi costituisce una sorta di mappatu-

ra completa per descrivere e definire il mondo delle relazioni interiori della futura madre con se stessa, con la propria madre, col partner, con il futuro figlio da quando lo concepisce a quando ne avverte la vita fetale fino alla nascita.

Lo studio delle competenze e delle funzioni genitoriali ha assunto, da un punto di vista psicologico, un rilievo crescente tanto da far emergere come la genitorialità non sia uno stato esclusivamente predeterminato geneticamente, né tanto meno un semplice ruolo e non coincida solo con l'evento nascita, ma sia invece un processo multideterminato ed evolutivamente aperto, profondamente correlato a un lungo processo di elaborazione delle relazioni affettive primarie (Osofsky *et al.*, 1993; Cassidy *et al.*, 1999). Il periodo della gravidanza è fondamentale per preparare la madre e il padre a sviluppare nel loro mondo mentale uno spazio adatto per riflettere sul bambino non ancora nato. Il lavoro della gravidanza (Brazelton, Cramer, 1990) inteso come quel processo psicologico di adattamento alla nuova realtà e di elaborazione dei cambiamenti rispetto alla vita precedente, può essere distinto in tre periodi ognuno dei quali corrisponde ad un diverso stadio dello sviluppo fetale. Nel primo i genitori rivivono la loro infanzia e le difficoltà di crescita affrontate, la madre sviluppa bisogni di dipendenza molto forti e sentimenti ambivalenti nei confronti del feto; nel secondo la percezione dei movimenti fetali induce la madre a individuare il feto come diverso da sé e come possibile oggetto di relazione affettiva che si sviluppa attraverso le fantasie che i genitori producono sul bambino (il bambino immaginato di Lebovici); nel terzo il bambino viene vissuto sempre di più come individuo capace di interagire e la madre sviluppa il suo attaccamento personificando il rapporto con lui.

I nove mesi della gravidanza si accompagnano a cambiamenti graduali che riguardano il corpo e la mente della donna nella loro complessità. Questo tempo necessario alla maturazione e all'accrescimento fetale è necessario anche alla maturazione delle competenze genitoriali che sono alla base del legame madre-figlio. Winnicott (1953) ha descritto questo tempo potenziale della gravidanza come area transizionale o spazio potenziale che viene a crearsi fra madre e figlio nel primo anno di vita. L'area transazionale è l'area del rapporto fra due persone, a mezza strada fra reale e immaginario e il cui accesso presuppone l'accettazione del paradosso della doppia appartenenza interno-esterno, fantasmatico-percettivo. Se è vero che madri non si nasce ma si diventa (Stern, Bruschiwiler-Stern, 1998) è importante tenere conto del processo maturativo che durante la gravidanza raggiunge il culmine e che porta gradualmente la

donna a poter diventare madre. Questo processo maturativo riguarda lo sviluppo psichico femminile, coinvolgendo in modo particolare le relazioni stabilite con le figure parentali, ma in modo particolare quelle di figlia con la propria madre (Di Cagno *et al.*, 1984).

Il desiderio di un figlio è presente prima che esista la possibilità fisiologica di crearne uno ed è presagito nel gioco e nella fantasia durante i primi anni dell'infanzia (Pines, 1977). È importante ricordare che desiderio di gravidanza e desiderio di maternità non sempre coincidono, dal momento che ci sono molte ragioni intrapsichiche che sottendono una gravidanza e che non hanno nulla a che fare con il desiderio di occuparsi e di accudire un bambino. Scrive la Pines (1972) «nel desiderio di un figlio può prevalere da un lato il bisogno narcisistico di provare che il proprio corpo funziona come quello della madre oppure prevalere la disponibilità ad occuparsi e prendersi cura di un bambino». È necessario comunque che questa disponibilità evolva e maturi affinché si possa realizzare una «gravidanza psicologica» (Ferrara Mori, 2008) ovvero la «fantasticherie della madre» (Marinopoulos, 2005), intesa come la creazione di quello spazio mentale dove poter pensare e contenere il bambino che verrà, che inizia prima del concepimento nel periodo in cui la gravidanza è attesa e cercata.

Lo stato mentale della madre

Indagando lo stato mentale della madre durante la gravidanza sono stati individuati differenti stadi con specifiche caratteristiche. Bibring *et al.* (1961) individuano nella donna due fasi: l'accettazione dell'embrione e successivamente del feto come parte integrante di sé e l'adattamento a partire dalla percezione dei movimenti fetali e il riconoscimento dell'esistenza di un bambino dentro di sé che diventerà un essere autonomo. Pines (1982) ne individua quattro: a) la polarizzazione su di sé caratterizzata da uno stato di regressione e passività b) la percezione dei movimenti fetali e il riconoscimento del feto come entità a sé che suscita ansie di perdita c) le ansie riguardanti l'integrità del bambino, il travaglio e il parto d) il periodo subito dopo il parto. Raphael-Leff (1980) ne evidenzia tre: a) la fase autistica o inattività vigile, b) la percezione, individuazione del feto e differenziazione di sé, c) il parto, la nascita e il riavvicinamento della madre al bambino. Altri autori (Benedek, 1959; Soifer, 1971; Colman, Colman, 1991) descrivono le caratteristiche del mondo mentale materno utilizzando una scansione temporale che rispecchia i trimestri della gravidanza. Il primo trimestre è caratterizzato essenzialmente da

vissuti di ambivalenza verso la gravidanza, da fantasie regressive e conflitti nei confronti della figura materna accompagnati da una sorta di 'assenza' mentale del bambino; il secondo è improntato invece sia dall'emergere di fantasie persecutorie sul bambino attivate dalla percezione dei movimenti fetali che da vissuti di gratificazione narcisistica collegati alla percezione del feto come oggetto endocorporeo; il terzo è caratterizzato soprattutto dall'ansia di separazione e da angosce di morte per il parto e per la salute del feto. L'alternarsi di fantasie gioiose e angoscianti di danno per sé e per il bambino accentua l'ambivalenza materna e rende la madre particolarmente bisognosa di sostegno.

La particolare situazione di assenza-presenza del bambino nella mente della madre, descritta soprattutto nei primi mesi di gravidanza, è stata analizzata dalla Bydlowski (1997) nella concettualizzazione della «trasparenza psichica», cioè uno stato psichico di suscettibilità particolare in cui frammenti dell'inconscio emergono alla coscienza. L'autrice sottolinea come tale stato emotivo rappresenti in gravidanza una situazione ordinaria e non un fenomeno clinico di tipo psicotico. Il concetto di trasparenza psichica della donna incinta può essere scomposto in due aspetti che sono specifici della gravidanza, qualunque sia lo stadio di sviluppo. Un aspetto riguarda lo stato relazionale particolare che può essere considerato come uno stato di invocazione latente all'aiuto quasi permanente, che mette la donna in una situazione di richiamo verso un referente e condiziona positivamente la comunicazione e il transfert. Un altro aspetto riguarda il collegamento fra la situazione gravidica attuale e i ricordi infantili, che affluiscono alla coscienza con particolare intensità senza incontrare la barriera della rimozione. È proprio questo contrasto fra l'intensità dei fantasmi regressivi e dei ricordi infantili espressi in modo nostalgico e l'assenza di un discorso razionale sul feto che testimonia lo stato di trasparenza psichica caratteristica della gravidanza. Tale attività sognante favorisce una graduale regressione del sé materno al sé fetale e neonatale incrementando uno stato di elevata sensibilità attraverso la quale la donna potrà nascere come madre e far nascere il suo bambino. Nel corso della gravidanza quindi la donna, se sostenuta dal contesto di coppia e da quello ambientale, crea uno spazio fisico e mentale per il nascituro che contiene le rappresentazioni di sé come madre, del partner come padre e del futuro bambino. Tale spazio, destinato a contenere l'idea di un figlio e l'immagine di sé come madre, è un luogo-tempo i cui confini si confondono con quelli delle aree più antiche che attingono alla realtà come alla fantasia, all'immagine e al ricordo dei propri genitori. In parallelo gli studi sullo sviluppo fetale hanno mostra-

to un feto attivo, sensibile, in grado di interagire con gli stimoli provenienti dal corpo materno e dall'ambiente a partire dal secondo trimestre di gravidanza (Manfredi, Imbasciati, 2005; Della Vedova *et al.*, 2008), e la ricerca sulle relazioni precoci ha evidenziato nei neonati insospettite competenze motorie, comportamentali e capacità di attivarsi nei confronti delle figure di accudimento che permettono al bambino di contribuire attivamente alla regolazione delle interazioni (Stern, 1995; Tronik, 2008; Fivaz-Depeursinge, Corboz).

Le relazioni prenatali

L'area delle relazioni prenatali fra i genitori e il bambino atteso è divenuta oggetto di studio negli ultimi decenni in particolare nell'ambito a) della nuova organizzazione mentale che si crea nella madre fino dall'inizio della gravidanza, b) dell'attaccamento prenatale.

La nuova organizzazione mentale

La prima descrizione di un investimento affettivo specifico verso il bambino atteso si deve a Winnicott (1958) che definì «preoccupazione materna primaria» quello speciale coinvolgimento affettivo, così intenso da sembrare uno stato di passeggera follia, che la madre sviluppa verso il bambino durante la gravidanza attraverso un focalizzarsi dell'attenzione, dei pensieri e delle fantasie verso tutto quello che riguarda il bambino in via di sviluppo escludendo in gran parte il resto. Tale stato mentale «che sarebbe una malattia se non vi fosse la gravidanza, paragonabile ad uno stato di ritiro, di dissociazione» fondato sulla capacità materna di identificarsi col bambino, rimane attivo nel periodo postnatale e facilita la recettività affettiva nei confronti della dipendenza del neonato e la sintonizzazione con i suoi stati emotivi. Questa condizione affettiva tende a risolversi dopo i primi mesi dalla nascita e la madre tende a rimuoverne il ricordo. Evidenti le analogie fra questa condizione psicologica e quanto descritto come trasparenza psichica, con la diversità che vede negli aspetti regressivi della preoccupazione materna primaria un preludio alla comprensione empatica delle comunicazioni del neonato, e nello stato sognante descritto dalla Bydlowski soprattutto la costruzione di un grembo psichico abitato dai ricordi infantili e dal romanzo familiare transgenerazionale che accoglierà il bambino reale.

Già Lebovici (1983) aveva evidenziato come nel corso della gravidanza la madre inizia a costruire un rapporto con il bambino attraverso fantasie e rappresentazioni che le permettono di creare un legame che assume in parte le caratteristiche di bambino fantasmatico, corrispondente all'immagine riparatrice e appagatrice di ogni solitudine, dolore e perdita delle fantasie edipiche infantili, in parte quelle del bambino mitico corrispondente agli elementi culturali che rappresentano l'involucro della genitorialità e dell'educazione, e quelle del bambino immaginato frutto delle fantasie materne e paterne corrispondente alle aspettative attuali e coscienti relative alle caratteristiche del bambino come il sesso, le somiglianze, il temperamento. Alla confluenza fra le immagini del bambino fantasmatico, del bambino mitico e del bambino immaginato si scrive la partitura della gestazione psichica. La prima relazione genitore bambino sarà quindi improntata non solo dalla competenza biologica che si incontra con le caratteristiche del bambino stesso, ma soprattutto dalle rappresentazioni e dalle fantasie che i genitori sviluppano intorno al futuro bambino.

Stern (1995) ha definito come «costellazione materna» la nuova organizzazione mentale che si crea nella madre fino dall'inizio della gravidanza e segnala la nascita di una nuova identità e determina una nuova serie di azioni, sensibilità, fantasie, paure e desideri che costituiscono la linea dominante della vita psichica della donna. La descrizione formulata da Stern costituisce un modello complesso di analisi del mondo interno materno riferibile alla cultura occidentale. La costellazione materna riguarda tre aspetti diversi e strettamente collegati che richiedono un'importante rielaborazione psichica: il rapporto della madre con sua madre, il rapporto della donna con se stessa in quanto madre e il rapporto col bambino. I contenuti principali della costellazione materna si riferiscono al tema vita-crescita, cioè se e quanto la madre è capace di garantire la crescita del bambino; al tema della relazionalità primaria, cioè la capacità di impegnarsi emotivamente in modo autentico e assicurare lo sviluppo psichico del bambino; al tema della matrice di supporto, cioè la capacità di accettare, stimolare e regolare una rete di supporto protettiva e benevola che permetta alla donna di realizzare i suoi compiti materni; al tema della riorganizzazione dell'identità, cioè la possibilità di trasformare e riorganizzare la propria identità in funzione dei compiti materni. Tale organizzazione mentale, che investe la madre soprattutto alla prima esperienza di maternità, rappresenta non solo una fase della vita ma invece uno stato mentale stabile che regola il funzionamento della madre per molto tempo e respinge sullo sfondo quello

precedente. La costellazione materna, che comprende alcuni aspetti del complesso, dell'organizzazione psichica, della fase di uno specifico arco di vita e dell'organizzazione psichica originata dal sistema motivazionale attivato, fornisce un modello di riferimento convincente per affrontare clinicamente il versante materno di molti problemi genitori-bambino.

L'attaccamento prenatale

Dopo circa quaranta anni di studi sullo sviluppo di un coinvolgimento affettivo verso il bambino prima della nascita, non vi sono dubbi che le madri possano sviluppare molto precocemente un legame di attaccamento prenatale. L'attaccamento prenatale o materno-fetale è un costrutto psicologico che descrive atteggiamenti, comportamenti, rappresentazioni e fantasie che si sviluppano durante la gravidanza nella mente dei genitori nei confronti del bambino. La Cranley (1981) definì per la prima volta l'attaccamento materno-fetale come «la misura in cui la donna manifesta comportamenti che rappresentano interazione e coinvolgimento affettivo verso il bambino che attende» e mise a punto uno strumento di valutazione quantitativa di tale costrutto psicologico. Attualmente l'attaccamento prenatale viene studiato nell'ipotesi che la qualità dell'investimento affettivo prenatale possa influire sui processi della gravidanza e del parto, sulla successiva relazione di attaccamento genitori-bambino e sullo sviluppo infantile. Recenti rassegne della letteratura (Salysbury *et al.*, 2003; Alhusen, 2008) hanno evidenziato che un buon livello di attaccamento prenatale non può essere dato per scontato, dal momento che sono state rilevate evidenti differenze individuali nella sua quantità e qualità. Ad esempio sembra che l'attaccamento prenatale tenda a essere meno intenso in funzione dell'età e del livello di istruzione materni (Hjelmstedt *et al.*, 2006; Della Vedova *et al.*, 2008), dell'assenza di supporto emotivo e della presenza di violenza nell'ambiente familiare. Alcune ricerche hanno indicato che la predisposizione a sperimentare emozioni negative o a manifestare sintomi depressivi durante la gravidanza possono inficiare l'attaccamento prenatale analogamente a quanto avviene per le donne che hanno avuto precedenti esperienze di aborto o morte perinatale, problemi di salute o complicazioni nel corso della gravidanza (Lindgren, 2001). Anche la condizione di tossicodipendenza (Quinlivan *et al.*, 2005), la presenza di disturbi di personalità nella madre e l'appartenere a condizioni sociali svantaggiate (Pollok, Percy, 1999) sono fattori negativamente correlabili con l'attaccamento mater-

no-fetale. Tale attaccamento sarebbe invece più intenso in funzione della stabilità della relazione col partner, della condizione di primiparità e della presenza di relazioni familiari supportive (Wilson *et al.*, 2000).

Lo studio dell'attaccamento prenatale nei diversi trimestri di gravidanza ha evidenziato un andamento tipico in cui le donne manifestano un aumento dell'attaccamento in coincidenza con il secondo trimestre, collegato alla percezione dei movimenti fetali, ma non direttamente dipendente dalla percezione fisica del feto bensì da un coinvolgimento psicologico che inizia dal concepimento (Cannella, 2005). Negli ultimi anni tale costrutto è stato utilizzato anche nell'ambito delle scienze della salute per correlare l'attaccamento prenatale alla motivazione della donna a mantenere l'igiene della gravidanza, uno stile di vita salutare, una dieta bilanciata (Alhusen, 2008). La ricerca in questo settore ha comunque prodotto risultati non univoci specialmente per quanto riguarda la correlazione di questa variabile con le caratteristiche psicopatologiche della gestante e con le variabili relative all'andamento della gravidanza, probabilmente sia per problemi metodologici di definizione del costrutto psicologico, sia per la relativa omogeneità dei campioni studiati (Salysbury *et al.*, 2003). Il costrutto dell'attaccamento prenatale sembra comunque richiedere ulteriori chiarimenti teorici circa la congruità con la teoria dell'attaccamento e ulteriori valutazioni e approfondimenti da un punto di vista psicometrico valutativo.

Disfunzionalità nella maternità interiore

Le disfunzionalità nella formazione della maternità interiore sono correlabili con alcune situazioni cliniche particolari come ad esempio il diniego di gravidanza e l'infanticidio, condizioni estreme e spesso strettamente collegate, in cui si drammatizza nel funzionamento mentale e nel comportamento della madre l'assenza di un attaccamento prenatale e di uno spazio interiore che accolga il bambino immaginato.

In campo ostetrico il diniego di gravidanza si riferisce a una condizione di inconsapevolezza nella donna del suo stato gravidico e può riguardare i primi mesi come l'intero periodo di gestazione. Queste donne non riconoscono i sintomi della gravidanza e li attribuiscono a generici disturbi o a contingenti condizioni di salute fisica come ad esempio stanchezza, stress, fatica, malattie non meglio precisate, rifiutando rigidamente l'esistenza di uno stato gravidico, considerato mentalmente 'impossibile'. Tale fenomeno è stato poco indagato perché si è sempre ritenuto che

avesse una bassissima incidenza, ma è stato anche sicuramente sottostimato dal momento che studi recenti (Bonnet, 2002) hanno evidenziato che è riferibile al 10% della popolazione delle donne in gravidanza. Una simile evenienza, soprattutto se riguarda una prima gravidanza, è da considerare pericolosa per la vita della madre e del feto dal momento che la donna non è in grado di proteggere se stessa e il bambino da situazioni e comportamenti che possono essere lesivi per la salute di ambedue e di solito partorisce inaspettatamente e senza assistenza con conseguenze che possono andare dalle infezioni perinatali, all'aborto, alla morte del neonato. Nel lavoro clinico i casi di diniego di gravidanza si incontrano nella maggioranza dei casi in occasione dell'imputazione per infanticidio, molto più raramente in seguito ad una improvvisa e traumatica consapevolezza dell'esistenza di una gravidanza già avanzata (Muscialini 2010)

La letteratura ha registrato le caratteristiche salienti di questo fenomeno clinico tentando di collegarle con la giovane età della donna (Brozovsky, Fallit 1971), con esperienze traumatiche familiari come la violenza, l'abuso sessuale o l'incesto (Bonnet, 1993), con condizioni di costante abuso psicologico in famiglia (Courtois, 1988), con atteggiamenti familiari di rifiuto della sessualità, con dinamiche familiari caotiche o rigide e religiose, con relazioni genitoriali caratterizzate da padri gelosi, intrusivi e abusanti e madri fredde e ostili (Spinelli, 2003), con una condizione di immaturità psicosessuale, senza individuare elementi significativi in comune. Il diniego di gravidanza è spesso rinforzato da un atteggiamento collusivo dei membri della famiglia, del partner e anche di figure non familiari della donna come ad esempio gli stessi operatori sanitari, il cui messaggio comunicativo sembra comunque chiaramente indirizzato verso l'impossibilità di una scelta di gravidanza, anche se con motivazioni molto diverse da caso a caso. In alcune famiglie sono stati riscontrati confusione di ruoli, violenza, ostilità e rifiuto emotivo (Milstein, Milstein, 1983), ma in altri casi non risulta la presenza di elementi chiaramente disfunzionali (Spinelli, 2010).

Da un punto di vista psicopatologico il diniego di gravidanza è stato messo in relazione con sintomi di tipo dissociativo come esperienze di depersonalizzazione, di dissociazione, di amnesia, di psicosi dissociativa acuta (Spinelli, 2010) e di psicosi isterica (Hirsch, Hollender, 1969), intese come psicosi reattive brevi di rapido esordio e altrettanto rapido compenso, caratterizzate da un alterato stato di coscienza e da una rottura della capacità di valutare la realtà e distinguere il mondo interno dal mondo esterno. Questa lettura però si riferisce soprattutto ai casi in cui, o al momento del parto o in un altro momento della gravidanza,

il meccanismo del diniego perde di efficacia e la donna si avvicina alla consapevolezza della presenza del feto. In tali evenienze, in cui i segnali del feto riattivano ricordi traumatici infantili collegati alla sessualità e al piacere sessuale, può emergere uno scompensamento dissociativo come segno di un confronto impossibile (Bonnet, 1993).

Ci è sembrato interessante riportare un caso di diniego di gravidanza nel quale il meccanismo difensivo del diniego non ha mai ceduto durante la gravidanza né al momento del parto e non è emerso clinicamente un disturbo dissociativo della coscienza.

Donna di circa 30 anni dall'aspetto minuto e adolescenziale, indagata per infanticidio. Vive e lavora con i genitori che gestiscono un'attività commerciale, diplomata in ragioneria. Nella sua storia personale emerge una situazione di anoressia cronica accompagnata da anemia, alle quali né la paziente né i genitori hanno mai dato importanza, dal momento che è sempre stata attiva e instancabile. Primo ciclo mestruale verso 14 anni e successivamente sempre irregolare con intervalli anche di vari mesi soprattutto, a suo dire, quando era particolarmente stressata. Non ha mai parlato di questo problema con la madre che, d'altra parte, non se ne è mai accorta, né si è mai sottoposta a controlli ginecologici o di altra specialità medica per una sorta di timore – evitamento simile all'atteggiamento materno. Riferisce due relazioni affettive, la seconda delle quali le ha permesso anche una attività lavorativa in campo immobiliare che ha mantenuto con soddisfazione anche dopo la rottura del rapporto. Ha iniziato una nuova relazione circa un anno fa, della quale però i genitori sono stati tenuti all'oscuro «perché avevano sofferto molto per la fine dei precedenti rapporti».

Invitata a narrare i drammatici eventi che hanno determinato la sua imputazione, ha riferito che mentre stava dormendo nel pomeriggio si è sentita male, come paralizzata dalla vita in giù. Era a letto a causa di un episodio febbrile di cui non si era preoccupata perché ha spesso sofferto di mal di gola con febbri molto alte, che abitualmente curava con un banale antipiretico. Durante il giorno aveva avuto difficoltà nell'urinare e sentito il bisogno di andare in bagno: aveva preso una compressa per la stitichezza e fatto un clistere. Poi si era sentita paralizzata e si era molto spaventata anche perché si era accorta della presenza di perdite di sangue. Ha chiesto aiuto alla madre ed è stata portata al pronto soccorso dove le è stato detto che alla visita si apprezzava una massa anomala, da lei subito interpretata come un tumore. Era stata poi trasferita in ginecologia perché il medico le aveva detto che era incinta e stava partorendo: «non ci ho capito più nulla, hanno fatto uscire il bambino, mi hanno messo un mac-

chinarlo sulla pancia perché il bambino era ancora vivo e dovevano fare veloci, dopo hanno preso il bambino ma non mi sono resa conto di niente, mi sembrava di assistere alla scena che qualcun altro stava vivendo». Le hanno poi detto che il bambino era un maschio, ma che era morto e non poteva vederlo. Nei giorni successivi le hanno fatto numerose trasfusioni di sangue e hanno prolungato la sua degenza in ospedale, ma lei non sa darne una spiegazione. Non riusciva a rendersi conto di quello che era successo e di quello che stava succedendo. Ricorda di aver chiamato il fidanzato e di avergli detto «aspettavamo un bambino, è morto». Invitata a ripercorrere mentalmente il periodo della gravidanza dice di essere stata bene, di non essere aumentata di peso, di non aver mai notato un ingrossamento del seno, di avere avuto alcune perdite mestruali mensili durante quel periodo e di non aver percepito alcun segnale fisico della gravidanza né i dolori del parto. Col fidanzato, che le raccomandava sempre di mangiare perché la vedeva magra e sciupata, hanno continuato ad avere rapporti sessuali senza che lui si fosse accorto della gravidanza, come nulla avevano notato anche i genitori, il fratello e i clienti del bar dove lavora. Racconta di essere rimasta sconcertata quando ha capito che la polizia sospettava che avesse nascosto volutamente la gravidanza e che avesse assunto sostanze per provocare la morte del bambino. Ha poi autorizzato i carabinieri a perquisire la sua abitazione alla ricerca di farmaci abortivi che non sono stati trovati, ma non si è mai più interessata del bambino né della sua sepoltura a cui ha provveduto il padre dalla paziente. Dice che, oltre al dramma che ha vissuto, si è sentita maltrattata dal personale ospedaliero, al quale ha chiesto spesso come possa essere arrivata a partorire senza essersi mai accorta della gravidanza. Un lungo periodo di amenorrea e il consiglio dei sanitari di consultare medici specialisti, non hanno modificato minimamente il suo atteggiamento verso se stessa.

L'immagine complessiva è quella di una ragazza senza storia, senza corpo, senza presente ad eccezione dei drammatici eventi accaduti: ha studiato, si è diplomata, precocemente si è impegnata nel lavoro, ha avuto delle relazioni amorose, ma non si rileva quella partecipazione affettiva che permette di dare un senso agli eventi. La qualità delle relazioni intrafamiliari appare disfunzionale non tanto per carenze di presenza o di disponibilità dei genitori nei suoi confronti, quanto piuttosto per un funzionamento familiare complessivo improntato a denegare fino dall'infanzia il corpo della paziente (magrezza, irregolarità del ciclo mestruale, disturbi del comportamento alimentare) e il suo mondo interno. La madre dice di non avere mai chiesto niente di privato alla figlia, neppure durante l'adolescenza, «per una forma di rispetto nei suoi confron-

ti». Nelle sue scarse descrizioni emerge un padre che, pur essendo una figura periferica, è quello che più degli altri ha costruito con la figlia un rapporto basato su un piano di realtà, che però esclude ogni condivisione di emozioni. La madre è la figura centrale della scena familiare, ma le modalità relazionali che emergono lasciano intendere una sostanziale incapacità di accudimento-contenimento, di contatto fisico e di sintonizzazione affettiva che hanno costituito il clima relazionale in cui si è costruita la personalità della paziente e le sue modalità relazionali, che corrispondono ad un modello di attaccamento insicuro evitante. Sembra quindi che lo stile di conoscenza della paziente sia improntato a un funzionamento caratterizzato dall'evitamento e dal diniego di emozioni e situazioni dolorose, nel quale la sofferenza appare diffusa ma non cosciente, la vita fantasmatica è ridotta, emergono solo gli aspetti funzionali e pragmatici della realtà immediata allo scopo di eliminare, per quanto possibile, ogni occasione che possa proporre emozioni e sentimenti. Proprio un rigido meccanismo di diniego le ha consentito di ignorare i suoi disordini alimentari, le sue condizioni fisiche generali, le irregolarità mestruali, la gravidanza, il parto, la nascita-morte di un bambino reale, in altre parole il suo corpo sia reale che vissuto.

Un lavoro al quale parteciparono due di noi fu intitolato *Maternità come crisi* (Pazzagli, Benvenuti, Rossi Monti, 1981) per indicare che il diventare madri necessita di uno specifico «lavoro della maternità», come lo chiamammo, che comporta per la donna una serie di compiti psicologici, relazionali e pratici, primo fra tutti quello di costruire una speciale forma di unità col figlio e di sciogliere più tardi questa unità. La donna deve anche confrontarsi con l'immagine della propria madre, del rapporto col padre, col partner, col suo corpo, con la sessualità e la procreazione. Tutto ciò genera, appunto, uno stato di 'crisi' che porta di solito a nuovi e più maturi equilibri, oppure a gravi fratture del precedente equilibrio, che era stato fino ad allora più o meno soddisfacente. In certi casi il compito viene affrontato, ma il cambiamento evitato perché tenuto fuori dalla coscienza attraverso la dissociazione.

Dissociazione (*Désagregation*) è un termine che venne introdotto nel suo significato specifico da Pierre Janet (1889) con l'esigenza di determinare i meccanismi che regolano il funzionamento fisiologico della mente e quindi individuarne le alterazioni che causano l'insorgenza della malattia. Janet, affermando una teoria dinamica delle funzioni psicologiche, stabilisce che le condotte sono sottese da disposizioni dell'organismo a seguire determinate azioni gerarchicamente organizzate; il funzionamento di questo sistema è dovuto alla «forza psicologica». La carenza

costituzionale di tale forza in presenza di un trauma determina disaggregazione di aspetti complessi della personalità che si allontanano dalla coscienza, cioè *Dissociazione*

Si tratta di un modello della mente basato sul funzionamento della memoria che, prevedendo integrazione e disintegrazione di questa, la divide quindi in parti. Le esperienze ordinarie, per Janet, vengono automaticamente integrate in schemi cognitivi precostituiti che attribuiscono loro senso ed organizzazione; tutto ciò avviene, in condizioni normali, in modo automatico. Esperienze nuove, spesso improvvise, terrorizzanti in presenza di grave difficoltà ad affrontarle – quindi con caratteristiche legate al tempo, alla intensità ed alla non-familiarità – non possono essere immagazzinate attraverso i canali usuali per la loro intensità. Interviene allora un processo di dissociazione e la conseguente formazione di sacche mnesiche, escluse dal controllo conscio, che tendono ad esprimersi attraverso sintomi (Lingiardi, Madeddu, 2002). Freud (1892-95) negli stessi anni introdusse la *Rimozione* come teoria per la lettura di fenomeni psichici che emergevano attraverso la «terapia con la parola» che presupponeva il fondamentale parallelismo fra terapia e conoscenza. In effetti rimozione implica qualche cosa di esprimibile con la parola se la censura viene superata ed il contenuto, che è stato coperto in profondità nella mente, emerge alla coscienza. Freud riconobbe in seguito nella *Rimozione* un processo attivo, difensivo, inconscio, operativo come difesa dall'ansia. Invece indicò nella *Dissociazione* un modello passivo, organico, costituzionale anche se collegato con risposte a possibili eventi traumatici. Nella *Rimozione* l'amnesia non appare, come nella dissociazione, come il risultato passivo del sottrarsi di energia ad una mente già carente per ragioni costituzionali, ma come un processo attivo nel quale una barriera energetica (che svolge funzioni di censura) si oppone alla libera circolazione dei ricordi. Così, in breve, *Rimozione* implica un trasferimento del rimosso nell'inconscio, inteso in senso dinamico, con divisione orizzontale fra conscio in superficie e inconscio in profondità. *Dissociazione* implica invece che una serie di contenuti mentali siano divisi, per così dire, da linee verticali e quindi restino separati, ma in superficie; vi è quindi un'alterazione dello stato di coscienza per cui contenuti mentali diversi emergono in condizioni di coscienza diverse. La dissociazione è considerata una risposta 'automatica' a un evento traumatico ma, una volta attivata, può essere mobilizzata da desideri e aspettative. Gli elementi dissociati mantengono una complessità e un'articolazione tali da permettere di differenziarli, nei casi fortunati, dal materiale rimosso, più primitivo (Lingiardi, Madeddu, 2002).

Vi sono persone il cui stato di salute apparente è legato a rigida immobilità e terrore del cambiamento, che impediscono loro la modulazione e l'espressione stessa degli affetti. In questi soggetti, costretti ad una normalità formale, coatta, solo apparente, mantenuta a prezzo della impossibilità di affrontare affetti profondi, si può giungere alla cancellazione delle emozioni e degli affetti legati alla maternità ed anche alla cancellazione della realtà fattuale dell'evento. Si tratta del 'diniego', un meccanismo di modalità psicotica di funzionamento della mente, che annulla la percezione stessa quando questa è radicalmente traumatizzante. Il caso riportato ci è sembrato emblematico di un funzionamento mentale in cui il rigido diniego della gravidanza ha determinato la mancata costruzione di quello stato mentale definito come maternità interiore e di qualsiasi traccia di attaccamento prenatale verso il bambino.

Bibliografia

- Alhusen J. (2008): A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, pp. 315-328.
- Benedek T. (1959): Psychobiological aspects of mothering. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, pp. 272-278.
- Benvenuti P., Ciatti S., Clerici L., Poggi L. (1988): Il bambino della fantasia e il feto dell'ecografia. Considerazioni sulla dialettica immaginario-realtà nell'esperienza dell'ecografia in gravidanza. *Medicina Psicosomatica*, 33, pp. 215-229.
- Bibring G., Dwyer T., Huntington D., Valenstein A. (1961): A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, pp. 9-23.
- Brazelton B., Cramer B. (1990): *Il primo legame*. Milano: Frassinelli 1991.
- Bydlowski M. (2000): *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Jacob.
- Bydlowski M. (1997): *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Urbino: Quattroventi, 2000
- Cannella B. (2005): Maternal-fetal attachment. An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 50, pp. 60-68.
- Cassidy J., Shaver P. (1999): *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Fioriti, 2010.
- Colman L., Colman A. (1991): *Pregnancy. The psychological experience*. New York: Noonday Press.
- Courtois C. (1988): *Healing and incest wound*. New York: Norton.
- Cranley M. (1981): Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, pp. 281-284.
- Delassus J.M. (1995): *Il senso della maternità*. Roma: Borla, 2000.

- Della Vedova A., Debrassi F., Imbasciati A. (2008): Assessing prenatal attachment in a sample of Italian version. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 2, pp. 86-89.
- Di Cagno L., Lazzarini A., Randaccio S., Rissone A. (1984): *Il neonato e il suo mondo relazionale. I primi quattro giorni di vita*. Roma: Borla.
- Ferrara Mori G. (a cura) (2008): *Un tempo per a maternità interiore*. Roma: Borla..
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warney A. (1999): *Il triangolo primario*. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- Freud S. (1892-1895): *Studi sull'isteria*. In: OSF, Vol. 1, Torino: Boringhieri.
- George C., Solomon J. (1999): Il sistema di accudimento. Un approccio ai sistemi comportamentali della genitorialità. In: J. Cassidy, P.R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento*, Roma: Fioriti, 2010.
- Hjelmstedt A., Widstrom A., Collins A. (2006): Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, 33, pp. 303-310.
- Hirsch S., Hollender M. (1969): Hysterical psychosis. Clarification of the concept. *American Journal of Psychiatry*, 125, pp. 909-915 .
- Janet P. (1889): *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Lebovici S. (1983): *Le nourisson, la mère et le psychanalyste*. Paris: Le Centurion.
- Lindgren K. (2001): Relationships among maternal fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24, pp. 203-217.
- Lingiardi V., Madeddu F. (2002): *I meccanismi di difesa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Manfredi P., Imbasciati A. (2005): Perché un figlio. *Nascere*, 1, pp. 20-21.
- Marinopoulos S. (2005): *Nell'intimo delle madri. Luci e ombre sulla maternità*. Milano: Feltrinelli, 2006.
- Milstein K., Milstein P. (1983): Psychophysiological aspects of denial in pregnancy: case report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, pp. 189-190.
- Muscialini N. (2010): *Maternità difficili*. Milano: Franco Angeli.
- Odorisio F. (2010): Gravidanza e maternità. *Infanzia e Adolescenza*, 3, pp. 170-177.
- Osofsky J. Hann D., Peebles C. (1993): Genitori adolescenti: rischi e occasioni per le madri e i bambini. In: C. Zeenah (a cura di) *Manuale di salute mentale infantile*. Milano: Masson, 1996.
- Pazzagli A., Benvenuti P., Rossi Monti M. (1981): *Maternità come crisi*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Pines D. (1972): Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, pp. 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, pp. 311-319.
- Pollock P., Percy A. (1999): Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23, pp. 1345-1357.

- Quinlivan J., Evans S. (2005): Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of the best clinical practice. *Archives of Womens Mental Health*, 8, pp. 191-199.
- Raphael-Leff J.(1980): Psychotherapy with pregnant women. In: B.L. Blum (a cura di), *Psychological aspect of pregnancy, birthing and bonding*, New York: Human Sciences Press.
- Salisbury A., Law K., Lagasse P., Lester C. (2003): Maternal-Fetal Attachment. *Journal of the American Medical Association*, 13, 1701.
- Soifer R. (1971): *Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio*. Roma: Borla, 1975.
- Soulé N. (1982): L'enfant dans la tete, l'enfant imaginaire. In: T.B. Brazelton, B. Cramer, R. Shappi, M. Soulé, *La dynamique du nourrisson*. Paris: ESF.
- Soulé M., Gourand L., Missonnier S., Soubieux M. (1999): *Ecoute voir... L'échographie de la grossesse. Les enjeux de la relation*. Toulouse: Editions Erès.
- Spinelli M. (2010): Denial of pregnancy: a psychodynamic paradigm. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(1), pp. 117-132.
- Spinelli M. (2003): Neonaticide. A systematic investigation of 17 cases. In: M. Spinelli (a cura di), *Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Stern D., Bruschiweiler-Stern N. (1998): *Nascita di una madre. Come l'esperienza di una maternità cambia una donna*. Milano: Mondadori.
- Tambelli R., Odorisio F., Ammaniti M. (2010): Nella mente del genitore: un confronto sulle narrazioni materne e paterne in gravidanza. *Infanzia e Adolescenza*, 3, pp. 123-134.
- Tronick E. (2008): *Regolazione emotiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Wilson M., White M., Cobb B., Curry R., Greene D., Popovich D. (2000): Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing*, 31, pp. 204-210.
- Winnicott D. (1953): Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott D. (1958): La preoccupazione materna primaria. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze: Martinelli, 1975.

