

## Gravidanze e nascite a rischio alessitimico?

di Paola Manfredi\*

### *Introduzione*

Da quando a partire dalla seconda metà degli anni Quaranta Ruesch, (1948) e MacLean (1949) e successivamente Marty, de M'Uzan e David nel 1963 misero a fuoco, attraverso percorsi separati, alcune modalità di funzionamento psichico che possono essere considerate i precursori del costrutto dell'alessitimia -così come delineato nel 1970 da Nemiah e Sifneos - molti studi sono stati compiuti. In particolare rispetto all'originario concetto di Nemiah e Sifneos il modo attuale di intendere l'alessitimia è mutato: esso non viene più inteso come una caratteristica dicotomica del tipo "tutto o niente", ma piuttosto come un tratto che può essere presente con intensità differenti nei diversi soggetti. Inoltre si ritiene che possa interessare "aree mentali" circoscritte del funzionamento di una persona, quindi presentarsi solo per determinati affetti o per contesti e situazioni (Taylor et al., 1997; 2000). Si è inoltre messo in luce come l'alessitimia si accompagni ad un particolare stile interpersonale, caratterizzato da conformità sociale, evitamento del conflitto, relazioni non ematiche, fredde o distanzianti, superficiali. Tali caratteristiche portano quindi a categorizzare pazienti alessitimici secondo un pattern di attaccamento evitante (*avoidant-dismissing*) (Taylor, 2000; Verhaeghe, 2004).

Se pure non esistono studi epidemiologici recenti (anche dallo studio di validazione del Tas 20 sulla popolazione italiana - compiuto dalla Bressi et al., 1996 - sono passati più di dieci anni), la crescente mole di studi testimonia un interesse che da una parte affonda le radici nella clinica e dall'altra è verosimilmente testimone di un sempre più diffuso funzionamento psichico marcato dall'incapacità di espressione ed elaborazione degli affetti. Si segnala inoltre il rischio che proprio quei professionisti che, occupandosi della salute e della malattia delle persone, dovrebbero avere più di altri consapevolezza degli affetti, siano meno capaci di leggere le emozioni proprie ed altrui: sembrerebbe infatti che il percorso di studi e formazione in Medicina e Chirurgia selezionati o incentivi funzionamenti alessitimici (Dabrassi & Manfredi 2006; Hoffmann, Formica & Di Maria, 2007).

Con tali premesse ci si interroga sul funzionamento dei reparti di ostetricia ed in particolare su quali possano essere le prime esperienze che madre e bambino vivono e su come le patologie psicosomatiche che possono accompagnare la gravidanza possano essere accolte e gestite, nella consapevolezza che queste vicende lascino tracce rilevanti nella nostra vita e contribuiscano a creare aperture verso la salute o la malattia.

### *Affetti ed ostetricia: la dimensione "istituzionale"*

Un'accreditata lettura (Guerra, 1992) ritiene che il sapere e la pratica medica intrattengano stretti legami con tre diverse e primitive fonti di ansia, che hanno a che fare con i segreti della vita e della morte, l'infrazione del tabù che interdice l'accesso al corpo dell'altro e l'incontro con la malattia e la morte (Guerra, 1992). Se questa ipotesi è vera in generale va detto che per alcune specializzazioni e per taluni reparti ospedalieri tali fonti di ansia acquistano un rilievo evidente: l'ostetricia è verosimilmente fra questi. Qui albergano i temi della vita, dal desiderio di gravidanza al meticoloso formarsi di un nuovo essere fino al parto-nascita. Qui ha spazio la morte, cercata e subita: la si incontra in una delle sue più crudeli espressioni, la morte di una neomamma e la morte di un neonato. Vi sono spazi anche per la malattia - nell'ampio spettro che va da quelle con breve e felice prognosi a quelle infauste - per le disabilità e per le anomalie - siano esse lievi oppure incompatibili con la sopravvivenza. Costante è infine l'infrazione del corpo altrui, con uno sguardo che scruta anche l'interno ed esplora i recessi più intimi. Eppure, anche qui, la medicina propone il controllo sugli intensi affetti e sulle profonde angosce, attraverso l'uso di meccanismi difensivi regressivi che sottraggono tali affetti alla pensabilità, e all'elaborazione.

---

\* Professore Associato. Cattedra di Psicologia Clinica - Direttore Prof. A. Imbasciati - Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Brescia. V.le Europa, 11 - 25123 Brescia. Email: manfredi@med.unibs.it

La forza e la drammaticità dei temi enunciati non risiede unicamente nelle esperienze reali in cui essi si possono esprimere, non è mai il caso specifico di un paziente e basta, non è mai solo una storia clinica, ma tali temi si caricano di pathos per il legame che essi intrattengono con la dimensione affettiva profonda di ognuno di noi. Sono i fantasmi terribili che albergano nel nostro profondo che giustificano l'adozione, a livello "istituzionale"<sup>1</sup> di meccanismi difensivi (dinieghi, scissioni, negazioni, isolamenti affettivi.) che preservano l'operatore dall'incontro con l'ansia e l'angoscia. La sparizione, la non visibilità di tali affetti, la parcellizzazione della realtà sono chiari indicatori dell'efficacia di tale sistema difensivo. Sebbene, infatti, la maggioranza del lavoro svolto in ambito ostetrico abbia che fare con la patologia, sia in termini diretti – il medico ostetrico interviene solo nei parti patologici – sia indiretti, nelle pratiche volte a sorvegliare che gravidanza e parto non presentino condizioni anomale o di rischio – paradossalmente si esplicitano quasi esclusivamente dimensioni positive ed immagini rassicuranti e tenere. Anche l'uso di alcune espressioni e modi di dire può segnalare l'azione di meccanismi difensivi e in ambito ostetrico questi "indicatori linguistici" sono numerosi. Il parto-nascita è per antonomasia il "lieto evento", sebbene in esso si condensino molti ed intensi affetti e non solo la letizia! Ai dolori del parto si alludeva con l'espressione "mal grazioso", dove difficile diventa rendere ragione del bizzarro aggettivo, tanto più che tale dolore è apparentato ad angosce di morte. Sovente (più in passato) il medico ostetrico poteva orgogliosamente dichiarare di "avere fatto nascere" un ragguardevole numero di bambini, come se i bambini non venissero partoriti, ma il venire alla luce fosse opera di un medico (meglio se uomo!). L'embrione ed il feto - un essere ancora incompiuto, in fieri e non propriamente splendido in termini puramente estetici - è invece denominato e pensato già come "bambino" nel grembo della madre, carico di tutte le metafore più tenere immaginabili. Egli però potrebbe immediatamente perdere ogni attrattiva e attributo umano dal momento in cui una qualche anomalia facesse preferire la scelta (dolorosa) dell'interruzione di gravidanza. Tutti questi movimenti volti a modificare la realtà, a decurtarne alcuni aspetti (scissione e negazione), a idealizzarne altri nascono dall'esigenza di rendere tollerabile il lavoro e il contatto con gli utenti, espungendo tutti gli affetti dolorosi e potenzialmente depressivi. Tale strategia è però a lungo termine fallimentare dal momento in cui non permettendo l'incontro con gli affetti preclude ogni possibilità di elaborazione degli stessi. Verosimilmente questo compito appare così improbo da preferirgli un sottofondo continuo di ansia, magari diluita in operatività frenetiche ed acefale.

#### *Affetti ed ostetricia: le pazienti*

Il funzionamento istituzionale sopra descritto ha trovato in questi ultimi decenni un elemento collusivo a livello sociale per l'evidenza di disturbi psichici connessi all'inabilità di letture affettive, in particolare al rilievo assunto, in termini epidemiologici e di interesse scientifico, dall'alessitimia. Ci pare che questo contingente assetto potrebbe modulare verosimilmente anche le espressioni di disagio che le donne (gestanti) possono manifestare in ambito ostetrico e le interpretazioni cliniche dello stesso.

#### *Parti prematuri e baby blues*

Colpisce ad esempio constatare, sebbene possa trattarsi di una semplice coincidenza, come negli ultimi anni, in particolare negli Stati Uniti, si stia assistendo ad un incremento dell'incidenza di parti prematuri (Bydlowski, 2006). Questo incremento non ha trovato al momento spiegazioni da un punto di vista medico ed appare in effetti in contrasto con l'intensificarsi di controlli e metodiche diagnostiche sempre più raffinate e diffuse tra la popolazione. Sovente la patogenesi che induce parti particolarmente precoci si instaura in maniera repentina e senza rispondenza alle cure mediche. In alcuni casi è possibile, con la presa in carico psicologica delle gestanti, riconoscere un'eziologia squisitamente psichica e, garantire con l'intervento dello psicoterapeuta, un decorso fisiologico della gravidanza. In genere è la mancata elaborazione di avvenimenti familiari, la morte

---

<sup>1</sup> Il termine è utilizzato nell'accezione proposta da Jaques E. (1995) *Social Systems as a Defence against Persecutory and Depressive Anxieties* in A.A.V.V. *New Directions in Psychoanalysis*, Tavistock Institute London.

o la scomparsa senza notizie di qualche congiunto, magari anche della generazione dei nonni (transegerazionalità), a trovare espressione nella patologia gravidica che mette a rischio la vita del nascituro. E' decisivo quindi, in primis per la paziente, ma anche per il suo *entourage* familiare, poter riconoscere gli affetti rimossi, fornire un'interpretazione di quanto accade e avviare la distinzione fra biografie remote e quella attuale.

Un'altra evenienza che, come la prima, ha assunto recentemente un maggior rilievo epidemiologico è il fenomeno del *baby blues*, che pare interessare il 50-60% della popolazione. Esso è caratterizzato da uno stato generale di malessere ed irritabilità e da repentini cambiamenti d'umore. In esso la componente ormonale è certamente un significativo mediatore patogenetico, di cui tuttavia dobbiamo chiederci l'eziologia primaria. Di questa in ogni caso non vi sono evidenze che spieghino la maggiore diffusione nel nostro tempo. I giorni immediatamente successivi al parto sono psicologicamente assai impegnativi perché si richiede alla donna un cambio di prospettiva dalla relazione con un oggetto interno (non (sol)tanto il bambino nella pancia, ma il bambino immaginato e fantasticato nella mente materna) alla relazione con un oggetto esterno, con il bambino reale, che dichiara i propri bisogni e che mette alla prova la madre. Ella d'altro canto muta in poche ore la propria identità passando da gestante a madre, transitando per giunta da uno stato di relativo benessere (o di abitudine ai fastidi della gravidanza avanzata) ad una nuova condizione che, se pur per breve tempo, non è certo ottimale. Mutano inoltre rapidamente anche gli orientamenti dell'ambiente, che centrati prima sulla "donna e la sua pancia", si spostano decisamente sul nuovo nato.

I familiari tutti presi dalla nascita di solito non comprendono le tristezze materne, che tendono ad essere sottovalutate. E' possibile che i cambiamenti sociali abbiano una parte nella maggiore incidenza di questa depressione post-partum, dal momento che la donna può trovarsi più sola e meno supportata dall'ambiente familiare, mentre dal punto di vista psichico i compiti che deve affrontare la neomamma non sembrano essere sostanzialmente mutati nel tempo. Essi sono impegnativi anche in ragione del fatto che sono di per sé mutamenti grandi, sostanziali e che si instaurano in un tempo relativamente breve, anche se, e questo è l'elemento a favore, non sono inattesi. Esiste quindi la possibilità di attrezzarsi per affrontarli, se ci si prepara interiormente, se si ha la possibilità di meditare. [Soulé (1990) elogiava a questo fine il lavoro a maglia delle gravide!] e se si ha un buon equipaggiamento emotivo, cioè "un certo grado di equilibrio interno fondato su un bagaglio di buone esperienze (..) e di fiducia in buoni oggetti interni" (Salzberg Wittember, 1983 p. 23). Per quanto concerne le pazienti, a parte le risorse di cui le persone dispongono in modo differente, l'elemento chiave risiede nella possibilità di rappresentarsi il nuovo evento, non tanto in termini cognitivi, ma in termini affettivi, personali, specifici. La consapevolezza delle nostre emozioni, la permeabilità ai nostri affetti più profondi è anche in questa situazione un elemento di tutela e di protezione.

Un contributo in tal senso può essere offerto anche dal contesto, familiare ma anche ospedaliero – nel reparto e nei corsi di accompagnamento al parto-nascita - che potrebbero sostenere questo lavoro di elaborazione dando contenimento a quelle ansie ed angosce che da soli è più faticoso esplicitare e tollerare. Al di là di meritori progetti ad hoc, credo che un aiuto significativo si possa realizzare anche con piccoli gesti e brevi frasi se la mente degli operatori è pronta e preparata a leggere ciò che accade e a sentirlo emotivamente. Dire ad esempio ad una mamma che il neonato con il vestitino che lei gli ha confezionato ora sembra proprio il suo e che insieme sono proprio belli, potrebbe aiutare a riconoscere con una certa tranquillità, il senso di estraneità provato alla nascita e potrebbe suggerire che sarà attraverso le esperienze vissute (il vestito pensato, preparato per lui ed ora indossato) che si creerà un legame d'affetto.

#### *Gravidanze e parti traumatici in donne non primipare*

Vorrei infine affrontare il tema che mi pare emblematico nel nostro discorso, delle gravidanze a rischio in non primipare, avvalendomi del contributo di Monique Bydlowski (2000). Si tratta di donne che hanno già esperito un primo parto traumatico e che vivono le gravidanze successive con grandi angosce e rischi per la propria salute e per quella del nascituro. Si tratta di primi parti molto dolorosi e lunghi con esiti infausti, che contemplano la presenza di disturbi somatici gravi fino al decesso del bambino. Il medico ostetrico definisce le successive gravidanze ad alto rischio

per la possibile ripetizione degli incidenti incorsi nella prima gravidanza, anche in assenza di una semiologia medica obiettiva.

Un primo elemento che vorrei sottolineare è che proporre una lettura psicologica di questi casi non è, tanto più nell'istituzione ospedaliera che abbiamo tratteggiato, un dato scontato. Vi sono in tali situazioni elementi di concretezza, di realtà così recente, così attuale che apparentemente non richiedono altre letture ed ipotesi: nei "fatti" sembra sia già tutta la spiegazione.

Quando ci si sofferma su alcune caratteristiche psicologiche che accomunano le gravidanze di queste donne si nota un'assenza di inquietudine per il primo parto, atteso come evento naturale e vissuto invece con sorpresa in modo drammatico. Nel corso della seconda gravidanza emergono ricordi evocativi della prima. I racconti (e i ricordi) delle pazienti relativamente al primo parto traducono uno scenario a tre, in cui le pazienti appaiono estremamente dipendenti da un medico-ostetrico assente e da un'ostetrica in età avanzata che si inserisce nel rapporto paziente-medico e non soccorre la partoriente. Si nota ancora la comparsa, dalla fine del settimo mese, di incubi che ripetono la precedente esperienza. Si tratta di sogni che non danno luogo ad altre associazioni: anche qui sembrano schiacciati nel dato grezzo di realtà, ma suscitano tanta paura nelle pazienti da alimentare disturbi del sonno, in particolare nell'addormentamento. Tale quadro clinico sembrerebbe interpretabile alla luce del concetto di trauma e definibile diagnosticamente come nevrosi traumatica. Bydlowski richiama infatti il concetto di trauma, inteso come un "avvenimento della vita del soggetto, definito dalla sua intensità, dall'incapacità di farvi fronte adeguatamente, dallo sconvolgimento e dagli effetti patogeni durevoli che provoca nella organizzazione psichica. In termini economici il trauma sarebbe un afflusso eccessivo di eccitazione rispetto alla tolleranza del soggetto e alla sua capacità di dominare ed elaborare psichicamente queste eccitazioni" (2000, p. 40). E' questa una definizione non attuale, ma in linea con l'elaborazione freudiana del concetto di trauma. Oltre all'eccitamento subitaneo ed eccessivo, non eliminabile con i consueti mezzi a disposizione del soggetto e pertanto foriero di disturbi sul "funzionamento energetico", si riconosce in tale visione, un'azione frammentata del trauma, articolato in una prima scena (modello legato alla seduzione infantile) e in una seconda scena, insignificante in sé, ma che, su qualche base associativa, rievoca il ricordo della prima. Sarebbe questa prima che scatenerrebbe un afflusso di eccitazione tale da sopraffare le difese dell'Io, ma solo a distanza di tempo verrebbe conferito il significato patogeno alla prima scena (*après coup*).

Tale modello sembra prestarsi ad interpretare quanto avviene con le seconde gravidanze a rischio. Il primo parto sarebbe equiparabile alla prima scena, mentre la seconda gravidanza costituirebbe la seconda scena vissuta nell'angoscia e negli incubi per il ricordo traumatico a posteriori attribuito. L'eccitamento eccessivo necessario perché si attui un trauma sarebbe dato dalle condizioni particolari delle gestanti: lo stato di gravidanza, caratterizzato dalla "trasparenza psichica" (Bydlowski, 2004) porrebbe la donna in una condizione di fragilità e di suscettibilità psichica, creando le condizioni perché si verifichi il trauma. Maggiore è inoltre la vulnerabilità dal settimo mese, quando più intensa appare l'attività onirica ed infatti è questa la data in cui maggiore è l'incidenza di parti prematuri e in cui compaiono i sintomi delle nevrosi traumatiche.

Bydlowski sottolinea come i racconti delle donne possano essere letti come interpretazioni di uno stesso canovaccio: le rappresentazioni ruotano attorno ai temi della scena primaria e dell'incesto. Nei racconti del primo parto potremmo vedere la messa in scena delle imago parentali incarnate dal medico-ostetrico e dalla ostetrica anziana: la madre (ostetrica) terrebbe il padre (medico) lontano dalla figlia (paziente), ma il divieto dell'incesto è stato già infranto e il bambino, che ne è il simbolo vivente, va incontro a morte o violenza. Come è evidente questi temi sono noti al nostro inconscio, essendo presenti sia in quello individuale che in quello collettivo. L'elemento pregnante non è quindi costituito dai contenuti di questi rappresentazioni, ma se mai dal lavoro che su di esse viene o meno compiuto, da quanto gli affetti legati alle rappresentazioni sono parzialmente accessibili ed elaborabili. La letteratura sulla gravidanza concorda sul lavoro psichico che ogni donna deve affrontare nel momento in cui assume l'identità di madre. In tale lavoro si ripercorrono tappe evolutive significative che concorrono alla costituzione dell'identità femminile e materna (Pines, 1982, parla della gravidanza come terzo processo di separazione-individuazione) e centrali sono pertanto il rapporto con la propria madre e il complesso edipico. Della parziale rimozione di questi temi sono testimonianza i sogni delle gestanti, che la trasparenza psichica rende piuttosto espliciti, il diffuso timore del parto, il senso di disgusto che la madre può provare al primo contatto

con il corpo del neonato appoggiato, dopo il parto, sul proprio corpo e l'inquietante somiglianza dei gemiti del parto con quelli dell'orgasmo.

Nelle donne che vivono seconde gravidanze a rischio vi è probabilmente una non permeabilità a questi contenuti inconsci - testimoniata dall'assenza di apprensione e di sogni - che, senza avvisaglia, emergono in modo brutale con il primo parto. Si crea così una sorta di breccia, di crepa da cui filtreranno in gravidanze successive gli incubi ripetitivi. Purtroppo i temi edipici ed incestuosi così espliciti nel primo parto non sono spontaneamente accessibili all'elaborazione da parte delle primipare perché questi sono in realtà iscritti nel corpo del bambino. Analogamente ad altre patologie psicosomatiche, vi è una sorta di cortocircuito mentale che mette il soggetto "al riparo dal riconoscimento di un crimine che si fa a sua insaputa" (Bydlowski, 2000 p.45), ma a differenza di quelle altre patologie l'iscrizione del dolore non mentalizzato non avviene nel corpo della madre, ma in quello del bambino, che è prova flagrante del desiderio incestuoso. Vi è poi la proiezione della colpa sull'ostetrica e sul medico.

In situazioni come queste descritte è possibile ipotizzare più livelli di intervento psicologico. Un primo passo è condividere, all'interno del reparto di ostetricia, l'idea dell'esistenza di dinamiche psichiche (quali che siano) e della loro continuità con la dimensione somatica (gravidanza e parto come eventi psicosomatici). Quando anche non siano possibili interventi psicologici, è almeno attuabile una prima forma di tutela dei nascituri e delle gestanti, connessa alla possibilità di programmare parti cesarei, anche quando le indicazioni siano esclusivamente psicologiche.

Un altro livello di intervento si colloca nell'area della prevenzione secondaria e può essere pensato come presa in carico delle pazienti che hanno avuto un primo parto particolarmente difficile o traumatico. Un'altra interessante area - di prevenzione primaria - potrebbe essere rappresentata da corsi di preparazione alla gravidanza e al parto pensati come una sorta di accompagnamento psico-affettivo. Nella dimensione grupppale potrebbero trovare contenimento e tutela le emozioni e gli affetti che attraversano le vicende della riproduzione umana e potrebbero essere individuate le situazioni in cui eventualmente tale supporto non sia sufficiente. Soggetti con difese molto rigide, inaccessibilità a determinati contenuti inconsci o condizioni di particolare vulnerabilità potrebbero richiedere percorsi specifici (colloqui focalizzati, psicoterapie brevi...). Potrebbe inoltre essere utile allertare preventivamente l'équipe medico-ostetrica per una maggiore attenzione e vigilanza, in particolare durante il parto.

#### *Affetti e benessere*

Al di là di specifici spazi e mirati interventi in ambito psicologico, crediamo che un importante e benefico effetto sull'equilibrio psicosomatico delle gestanti potrebbe essere esercitato da un funzionamento complessivo del reparto di ostetricia permeabile alle emozioni. Un reparto in cui l'assetto istituzionale non ruoti attorno alla negazione degli affetti, ma al loro riconoscimento, può non solo promuovere il benessere degli operatori, ma esercitare un'azione educativa e di promozione della salute nei confronti degli utenti. In particolare le donne nel periodo della gravidanza vivono sovente condizioni di vulnerabilità psichica e di attenzione nei confronti di possibili riferimenti - come modelli di "madri buone" - che le rendono particolarmente recettive a quanto gli operatori dell'area ostetrica trasmettono loro. Di fronte a nuove esperienze, come possono essere quella della gravidanza, del parto, di una malattia, di un aborto, gli operatori sono verosimilmente agli occhi degli utenti "esperti", non solo per quanto loro direttamente compete in termini medici, ma anche per l'aspetto umano, relazionale, affettivo degli eventi suddetti, avendo di essi esperienza, anche se professionale e non personale. Il modo attraverso cui gli operatori affrontano, vivono una determinata situazione può offrire una chiave di lettura agli utenti, può essere percepito come un modello a cui riferirsi.

E' opportuno quindi avere consapevolezza di questa responsabilità e delle opportunità che essa offre. Se ad esempio di fronte alla perdita di un feto o ad un bambino nato morto, l'istituzione non prevede e magari scoraggia l'identificazione del bambino e i rituali di lutto, sottolineando d'altra parte l'idoneità fisica ad una nuova gravidanza, che viene quasi incoraggiata come lenitiva del dolore presente, si trasmette il messaggio che di fronte al dolore l'unica risorsa sia la negazione e la fuga. Senza dire del rischio per la salute psichica dell'eventuale nuovo nato, incaricato di dover far dimenticare il morto, che, in quanto sottratto ad ogni prova di realtà, rischia di essere il bambino

perfetto e impareggiabile. Viceversa se l'istituzione sa dare o cerca parole per il dolore, sa offrire degli spazi di pensiero, sa prendersi il tempo, sa sostenere il silenzio, insegna ai genitori che il dolore può essere contenuto e compreso, che esso è davvero grande, ma che c'è ancora spazio per altri affetti. Questo vale per i pazienti, ma anche per gli operatori!

Oltre a situazioni piuttosto specifiche di sofferenza, non va dimenticata la grande maggioranza di persone che vivono la gravidanza e il parto senza complicanze da punto di vista medico. Anche queste persone passano attraverso esperienze emotivamente molto dense e impegnative che, a seconda di come possano essere vissute ed elaborate, possono arricchire la persona o impoverirla e complicare la relazione di cura del neonato. L'importanza dell'espressione delle emozioni in ambito ostetrico è verificata anche da studi empirici. Si riconosce ad esempio come la funzione riflessiva che le gestanti possono avere più o meno sviluppata eserciti un'azione di tutela sul feto rispetto a stimoli ansiogeni (Monk, Sloan, Fifer, Myers & Bagiella, 1996). L'utilità protettiva dell'espressione delle emozioni è stata verificata anche rispetto alla sintomatologia da stress post partum. Bucci, Solano, Donati e San Martini (2005) sostengono che scrivere per 20 minuti, in sei sessioni, tra il 7° e l'8° mese, emozioni e pensieri della gravidanza, conduca ad una diminuzione del livello di Alessitimia e positivi effetti sulla sintomatologia depressiva, il benessere psicologico e la percezione del dolore del parto. Di Blasio e Ionio (2001), rilevano invece come lo scrivere, secondo il modello di Pennebaker, un breve racconto del proprio parto a due giorni dallo stesso, faciliti l'elaborazione dei contenuti di "evitamento", causa di sentimenti di chiusura e di ansia, e conduca ad una riduzione, nell'immediato, dei sintomi di iperattivazione ansiosa.

I risultati di queste ricerche non sono però stati tradotti in pratiche di assistenza diffusa, sebbene siano chiari i vantaggi e relativamente contenuto l'impegno economico. Una ragione, fra le altre, per cui queste rimangono occasioni non colte crediamo sia ancora da ricondurre alla difficoltà di tenere nella dovuta considerazione gli aspetti affettivi. Non ci sembra casuale che in questi ultimi anni si sia invece preferito investire denaro pubblico per proporre gratuitamente l'analgisia epidurale durante il travaglio. Oltretutto questa viene generalmente proposta come una semplice procedura medica sulla quale non è il caso di porsi molti interrogativi, anche se in realtà vengono veicolati, dagli stessi medici, due messaggi un po' diversi. Da una parte sembra che la scelta sia tra il desiderare di partorire soffrendo o partorire senza dolore, dall'altra pare sia una procedura da preferirsi per quelle donne che non sanno sopportare il dolore. Tenuto conto che elettivamente si propone alle primipare che potrebbero affrontare travagli di parto più lunghi, non si capisce quali parametri una persona abbia per sapere che non potrà affrontare il dolore del parto, però si manda un messaggio di discredito, svalutante, che rischia di colludere con il timore che normalmente una donna avverte di fronte ad un evento così forte – non solo fisicamente - come il parto. L'alternativa è quindi pensarsi un po' masochiste – voglio soffrire partorendo – oppure un po' incapaci – non sono in grado di partorire senza analgesia! Di fatto, al di là dell'effettiva innocuità ed efficacia dell'analgisia epidurale, si ripropone un parto altamente medicalizzato, dopo anni in cui è stato invece promosso il ruolo attivo della donna, ed un parto in cui tante delle emozioni e degli affetti normalmente presenti sono esclusi, direi proprio anestetizzati!

Ci pare opportuno inoltre ricordare come nei reparti di ostetricia si compia non solo l'esperienza pregnante ma tuttavia circoscritta del parto (sebbene la memoria non misuri il tempo ed il ricordo del parto rimane comunque dentro di noi!), ma vi sia l'incontro tra la madre ed il proprio figlio. Qui hanno inizio i primi scambi post-natali, le prime importantissime relazioni tra neonato e genitori, le prime esperienze di allattamento, le prime reciproche conoscenze olfattive, tattili e visive, tutte esperienze che perdurano, come continua la relazione. Sono questi momenti spesso indimenticabili, emozionanti e in gran parte gioiosi, festosi, ma non sono queste le uniche emozioni. L'incontro con il neonato è un incontro con un essere in gran parte sconosciuto, ma che per una buona parte di tempo, scandirà nuovi ritmi di vita per la madre e il padre. Il suo sonno, la sua fame, i suoi bisogni scalzeranno quelli dei genitori e ciò non avverrà sempre senza dolore, senza aggressività, senza stanchezza, senza dubbi, senza tristezza. Nel parto la presenza di aggressività e amore è intensa e presente anche fisicamente, successivamente, svanito il dolore fisico, non evaporano i sentimenti. Se l'immagine di maternità con cui le donne possono confrontarsi anche nei reparti di ostetricia appare, proprio per l'incapacità di avvicinare e riconoscere le emozioni, un'esaltazione idealizzata e mistificante di madri perfette, dolcissime, e felici, la possibilità di riconoscere l'ambivalenza dei sentimenti che legano ogni madre al proprio

bambino e di elaborarli costruendo una relazione autentica e promotrice di sviluppo mentale, sarà certamente più difficile.

Il non riconoscimento degli affetti può preludere a pattern di attaccamento evitanti e a funzionamenti Alessitimici: una madre che non sa ascoltare i propri affetti, può diventare una madre poco capace di riconoscere le emozioni del figlio e poco efficace nell'insegnare una lettura delle emozioni e promuovere lo sviluppo della capacità riflessiva (Fonagy & Target, 2001). In tal caso la ricerca di sempre maggiori tutele da un punto di vista medico e le scelte operate da molti reparti di ostetricia per favorire i primi rapporti bambino *caregiver* (es. *rooming in*, promozione dell'allattamento a richiesta, spazi-tempi di intimità con neonato e genitori...), nella consapevolezza dell'importanza fondamentale di questi per il benessere psicofisico del neonato, risulterebbero se non vane almeno contraddittorie.

Crediamo che lo snodo fondamentale risieda proprio nella capacità degli operatori e del reparto di proporre modalità di funzionamento che tengano conto e valorizzino le emozioni e gli affetti di tutti i soggetti: sono questi che sostanziano le relazioni e arricchiscono di senso ogni incontro. Da qui passa la nostra salute!

### *Bibliografia*

Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie*. Presses Universitaires de France (Trad. it.: *Il debito di vita: I segreti della filiazione*. Urbino: Quattro Venti, 2000).

Bydlowski, M. (2000). *Je rêve en enfant: L'expérience intérieure de la maternité*. Editinon Odile Jacob. (Trad. it.: *Sognare un figlio: L'esperienza interiore della maternità*. Bologna: Pendragon, 2004).

Bydlowski, M. (2006, 6 ottobre). *Gravidanza ed implicazioni psichiche*. Paper presented at meeting Gravidanza ed implicazioni psichiche, Treviso.

Guerra, G. (1992). *Psicosociologia dell'ospedale: Analisi organizzativa e processi di cambiamento*. Roma: NIS La Nuova Italia Scientifica

Pennebaker, J.W. (2001). Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per la salute. In: Solano, L. (eds). *Tra mente e corpo*. Milano: Raffaello Cortina.

Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psycho-Analysis* 63, 311-319.

Salzberg Wittember, I. (1983). Di fronte ad una nuova esperienza. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 1, 20-27.

Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V. & Aguglia, E. et al., (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. In *Journal of Psychosomatic Research*, 41, VI, 551-559.

Bucci, F., Solano, L., Donati, V. & San Martini, P. (2005). Regolazione affettiva e salute in gravidanza e nel puerperio: effetti di un intervento di scrittura in 39 gestanti primipare. *Infanzia e Adolescenza*, 4 (2), 114-128.

Di Blasio, P. & Ionio C. (2001). Elaborazione emotiva e sintomatologia da stress post partum. *Psicologia della Salute*, 2, 27-44.

Dabrassi, F. & Manfredi, P., Quasi medici, quasi Alessitimici (2006). *La cura* N° 2, Anno 2, p.47

Fonagy, P. & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.

Hoffmann, C., Formica, I. & Di Maria, F. (2007). Caregivers in formazione e Alessitimia: Un'indagine empirica su un campione di studenti dell'Università di Palermo. *Giornale di Psicologia*, vol. 1, N° 1, 20-27.

MacLean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the 'visceral brain': recent developments bearing on the Papez theory of emotion. In *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.

- Marty, P. & De M' Uzan, M. (1963). Le pensée opératoire. *Revue française de Psychanalyse*, 27, 1345-1356.
- Monk, C., Sloan, R.P, Fifer, W.P., Myers, M.M. & Bagiella, E. (1999). Third trimester pregnancy buffers women's cardiovascular reactivity to psychological stress. *Psychosomatic medicine*, 61, (1), Jan/Feb.
- Nemiah, J.C. & Sifneos P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In HILL, O.W. (ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*, 2, 26-34. London: Butterworths.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press. Trad it.: Disturbi della regolazione affettiva. Roma: Fioriti, 2000.
- Taylor, G.J. (2000). Recent developments in alexithymia teory and research. *Canadian Journal of Psichyatry*, 35, 290-297
- Soulé, M. (1990). La madre che lavora sufficientemente a maglia, apologia del lavoro a maglia. Il suo ruolo nella capacità fantastica della madre. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 57, 749-753.
- Verhaeghe, P. (2004). On being normal and other disorders. HandbooK of Psychodiagnostic. NewYork: OtherPress