

Genitorialità prenatale tra costruttivismo e intersoggettività

Prenatal parenting between constructivism and intersubjectivity

Sara Costa

Centro Studi in Psicoterapia Cognitiva CESIPc, Indirizzo Costruttivista Intersoggettivo, Firenze

Riassunto. L'articolo affronta il concetto di genitorialità e, in particolare, la relazione madre-bambino a partire dal periodo della gestazione, considerando il punto di vista di entrambi i protagonisti, in chiave intersoggettiva: la madre, con le sue grandi trasformazioni fisiche e psichiche, e il futuro bambino, con le sue competenze e le sue interazioni con la figura materna. Si fa riferimento in particolare ad alcuni studi sulla vita intrauterina e alle correlazioni con lo stress genitoriale. L'articolo mette in luce l'importanza della prevenzione e dell'intervento precoce, presentando anche lo strumento dell'IRMAG (intervista semi-strutturata sulle rappresentazioni materne in gravidanza), applicato a un caso di maternità a rischio.

Parole chiave: maternità interiore, relazione prenatale, competenze fetali, interventi precoci, costruttivismo

Abstract. The article addresses the concept of parenting. It focuses on the mother-child relationship since the pregnancy, considering both points of view, in an intersubjective perspective: the mother - with all the physical and psychological big changes she has to face, and the future baby - with his skills and all the interactions with her. The study refers in particular to researches about intrauterine life and the correlations with parental stress. The article highlights the importance of preventing and of intervening at an early stage, also presenting the IRMAG (Interview of Maternal Representations During Pregnancy) tool applied to a risk parenting case.

Keywords: inner motherhood, prenatal relationship, fetal skills, early interventions, constructivism

Il concetto di Genitorialità: definizione e origine

*“Il bambino comincia in noi molto prima del suo inizio.
Ci sono gravidanze che durano anni di speranza,
eternità di disperazione”.*
Marina Cvetaeva

Non è semplice il compito di definire il termine *genitorialità*, che negli ultimi decenni sta prendendo sempre più forza e racchiude più concetti al proprio interno, tra cui l'attenzione alle competenze genitoriali.

Certamente non può essere definita in modo riduttivo come un semplice stato geneticamente predeterminato, bensì come il processo di diventare genitori, “un atto e processo creativo...come relazione in atto, concreta produttiva: un divenire dialettico per eccellenza”. (Zaccagnini, Zavattini, 2007), evidenziando la flessibilità di tale processo.

La definizione offerta da Bastianoni e Taurino (2007) cerca di cogliere la molteplicità delle funzioni che l'essere e il fare i genitori implica:

prendersi cura di qualcuno di cui occuparsi: è la capacità di provvedere all'altro, di conoscerne l'aspetto ed il funzionamento corporeo e mentale, di esplorarne via via le emozioni, di garantire protezione attraverso la costruzione di pattern interattivi-relazionali, legati all'adeguamento dell'accudimento e centrati sulla risposta al bisogno di protezione fisica e di sicurezza, di entrare in risonanza emotiva con l'altro, di garantire regolazione (utilizzare i tempi della comunicazione, gli spazi e i contenuti della relazione), di dare dei limiti, una struttura di riferimento, di prevedere il raggiungimento di tappe evolutive dell'altro. (p. 42)

Non si parla quindi semplicemente di saper fare i genitori, ma anche - in prima istanza - di saper essere genitori. Come emerge in altri ambiti, educativi e terapeutici, possiamo cogliere quanto il “saper fare” e il “saper essere” siano correlati e si influenzino reciprocamente. Partendo dalla consapevolezza di sé, del proprio ruolo e di cosa esso comporta rispetto alla riorganizzazione intrapsichica e intersoggettiva, possiamo essere guidati più consapevolmente e coerentemente nell'agire, e in questo caso nell'agire genitoriale. La riflessione sul proprio agire si rispecchia sul proprio “saper essere” in modo ricorsivo.

Il processo del divenire genitori viene associato comunemente al momento della nascita del proprio figlio e alla relazione che si instaura già dai primi istanti e continuerà a costruirsi nel tempo. È importante sottolineare che non si diventa genitori solo nel momento della conoscenza con il bambino appena nato e reale; si tratta di un processo complesso fisico, emotivo e psicologico che entra in gioco già nel momento in cui si decide il concepimento e successivamente quando si è in attesa della sua nascita. È nel momento prenatale che i genitori nascono, si iniziano a delineare come madre e come padre nella rappresentazione di sé. Ci concentreremo, in questo articolo, principalmente sul ruolo materno, non perché quello paterno sia meno importante, ma proprio perché negli ultimi decenni quest'ultimo è stato fonte di studi e riflessioni che meriteranno uno scritto a parte.

Alla luce di questo, si può parlare di genitorialità già dal periodo prenatale e la relazione declinata in questo ambito implica due protagonisti, in linea con una ottica intersoggettiva: la madre con tutto il suo bagaglio emotivo, fisico, psicologico, ed il bambino anch'egli dotato

di competenze e rivolto a una modalità di scambio e apprendimento presente già nella vita intrauterina.

Maternità fisica e maternità interiore
La Costruzione del Sé materno, dell'immagine del bambino e dello spazio mentale relazionale

Nella donna, la scelta di fare un figlio ha forti implicazioni, che riguardano parallelamente vari ambiti. Accanto ai cambiamenti fisiologici del proprio corpo, che portano anche ad una modificazione della percezione della propria immagine corporea, co-esiste o dovrebbe co-esistere anche la crescita di uno spazio mentale, costruito internamente, in cui dare forma al proprio essere madre ed al proprio futuro bambino.

In riferimento alla maternità psichica che accompagna la gestazione si parla di una maternità interiore (Bydlowski, 2004) che si affianca alla maternità biologica. Avvengono contemporaneamente cambiamenti neurochimici e ormonali, che negli ultimi anni sono stati oggetto di varie ricerche scientifiche, e cambiamenti psichici. Appare stretta la connessione tra loro ed è importante la loro compresenza, affinché la donna sia pronta, in linea con la propria soggettività e i propri vissuti, ad accogliere sé nella propria trasformazione e l'altro non percepito come estraneo ma come parte di sé.

In riferimento al legame tra maternità fisica e maternità psichica, in tanti anni di esperienza con le donne e madri tossicodipendenti, spesso mi è capitato di osservare utenti che entrano in comunità e che, seppure in stato di gravidanza anche avanzata, non sembrano in attesa nemmeno fisicamente. All'interno di un ambiente protetto, per la prima volta, sospendendo l'uso delle sostanze psicoattive, possono fermarsi, prendersi tempo per sé e per il nascituro. Tempo inteso come *Kairos*, momento qualitativo e propizio, aperto alla possibilità che può dare uno spazio anche mentale al proprio essere in attesa. Di fronte a questo fermarsi e prendere coscienza di ciò che sta avvenendo dentro di loro, finalmente "le pance" crescono, hanno lo spazio psicofisico necessario e in breve tempo si nota la differenza. Le donne, sostenute dall'equipe, iniziano a fare attenzione al proprio corpo, ai movimenti del feto; vengono supportate nel dare voce alla storia della loro gravidanza, alle fantasie sul futuro e nell'immaginare il proprio bambino, per dargli spazio e forma.

Il pensiero può essere rivolto all'azione del partorire e alla preparazione al parto, non solo riferendosi al parto fisico come evento fisiologico, ma al "parto mentale": alla capacità della donna di dare vita, far nascere dentro di sé sia una visione nuova di sé stessa come figura genitoriale sia una visione del bambino immaginato, che anticipa quello reale.

Stern e Bruschiweiler-Stern (1998) affermano:

Durante la gravidanza, mentre il corpo è impegnato nella gestazione fisica del feto, nella vostra mente va prendendo forma un'idea del tipo di madre che potreste diventare; nello stesso tempo iniziate a formarvi una immagine mentale di come potrebbe essere il vostro bambino. In un certo senso tre sono le gravidanze che procedono contemporaneamente: il feto fisico che cresce dentro il ventre, il vostro assetto psichico che si orienta verso la maternità ed il bambino immaginario che prende forma nella vostra mente." (p. 31)

Il processo a cui è chiamata la donna appare complesso e difficile, sono nove mesi intensi e necessari perché alcuni cambiamenti si dispieghino, cambiamenti che continueranno anche successivamente con il parto e con la co-costruzione reale e fisica del legame con il neonato.

Dal momento che il modo di costruire i significati è unico per ciascuno, in relazione a come è stata esperita la propria storia personale e familiare, possiamo considerare quanto questa nuova esperienza della maternità rappresenti, per la donna, un momento particolare nel quale le proprie rappresentazioni interne vanno necessariamente incontro a un significativo processo di ricostruzione che richiede una flessibilizzazione e una complessificazione identitaria e relazionale. Un periodo di riorganizzazione personale che può tradursi in un passaggio vitale e creativo, ma anche in una crisi evolutiva che, sebbene naturale, può esitare in un processo di disorganizzazione mentale. Quando il sistema non riesce a ritrovare un proprio equilibrio possiamo assistere a un blocco, a uno scompensamento, come nella depressione post partum.

La possibilità di far dialogare tra loro i vari cambiamenti (Slade et al., 2009) è legata alle risorse mentali e personali che la donna ha elaborato durante l'infanzia, l'adolescenza, la giovinezza, nonché alla sua storia di vita e alle esperienze relazionali e di regolazione emotiva interiorizzate con i propri caregiver.

Stern (1995) ha formulato il concetto di "costellazione materna", che rappresenta l'asse organizzativo dominante della vita psichica materna. Ha ipotizzato che questa organizzazione mentale implichi tre diverse aree internamente rilevanti, che necessitano di un'elaborazione psichica: il rapporto della madre con la propria madre, il rapporto della donna con sé stessa in quanto madre e il rapporto con il bambino. Come se la donna dovesse dialogare sul proprio palcoscenico interiore con una molteplicità di Sé: il Sé donna, il Sé figlia, il Sé madre e dare voce contemporaneamente anche al proprio figlio reale e immaginario.

Quando questo processo di maternità psichica manca o è fallimentare, diventa più difficile creare una sintonizzazione sia rispetto al nascituro sia al neonato, e si aprono le condizioni per una possibile genitorialità a rischio. Il concetto di maternità interiore costituisce quindi una sorta di mappa valida per definire la crescita relazionale tra madre e bambino, dal concepimento alla percezione della vita fetale fino alla nascita e alla successiva interazione quotidiana. Quando questo stato mentale viene meno o non si presenta affatto rappresenta un segno prognostico negativo per lo sviluppo della futura genitorialità (Gina Ferrara Mori, 2008).

Competenze fetali e neonatali

Il ruolo attivo del bambino nello scambio relazionale precoce

Gli studi sull'intersoggettività hanno posto l'accento sul fatto che la relazione precoce madre-bambino sia fondamentale per lo sviluppo psicofisico del bambino e sia caratterizzata da un continuo scambio reciproco; diventa fondamentale la parola "scambio" alla luce del fatto che negli ultimi decenni sono state attribuite al neonato molte competenze innate, che prima non gli venivano riconosciute.

Il pediatra e neurologo Milani Comparetti (1982) fu tra i primi in Italia a sostenere che il bambino non deve essere più considerato una "tabula rasa" senza esperienze precedenti, ma come una persona che già a partire dai primi giorni di vita reagisce all'ambiente che lo circonda, percepisce e discrimina stimoli sensoriali tattili, uditivi, visivi e gustativi; prende ini-

ziate nel rapporto, ha svariati bisogni che prova a esprimere; è un bambino già capace di entrare in relazione con la madre.

Con l'appoggio delle ricerche neuroscientifiche, si evidenzia come il bambino possieda, fin dalla nascita, sistemi di risposta agli input che riceve nella relazione con il caregiver, ma anche un sistema endogeno di rielaborazione e di predisposizione all'attivazione del caregiver stesso.

Importanti sono le ricerche di Tronick (1978), esponente dell'*Infant Research*, che partendo dagli anni '70 con esperimenti "face to face" sulla diade madre-bambino, mette quindi a punto negli anni successivi il paradigma della *Still Face*. L'esperimento riguarda la diade madre-bambino che viene filmata durante una normale interazione di gioco. Poi la madre ha la consegna di bloccarsi, il suo volto improvvisamente rimane immobile e inespressivo, interrompendo lo scambio con il bambino per qualche minuto. Si possono osservare le strategie e le reazioni del lattante per riprendere lo scambio emotivo che era presente fino a poco prima. I risultati evidenziano come la comunicazione non sia a senso unico, ma esistano competenze relazionali e di regolazione emotiva precoci che i lattanti mettono in atto per ristabilire la relazione diadica e che modificano in base alle risposte materne.

Anche gli studi che utilizzano la teoria dei neuroni specchio (Rizzolatti e Sinigaglia, 2006) secondo i quali la diade è percepita come reciprocamente influenzabile, sottolineano il ruolo specifico del bambino, che non è più passivo ma soggetto attivo nella relazione.

La relazione e lo scambio tra madre e bambino iniziano già all'interno della vita intrauterina e alcune competenze iniziano a svilupparsi già in epoca fetale. Il feto inizia ad apprendere nel ventre materno e le esperienze della madre sembrano influenzare anche la costruzione del sistema nervoso del nascituro.

Il feto si calma grazie alla percezione di alcuni segnali comunicativi inviati dalla madre, come per esempio il tono della voce; a quattro mesi di gestazione, infatti, l'orecchio è già formato (Trevarthen et al., 2006; Van Beek et al. 2004). Partanen (2013) con il suo gruppo di ricerca ha misurato l'attività neurale di neonati precedentemente esposti, durante l'ultimo trimestre di gravidanza, a una ninna nanna cantata dalla madre cinque volte a settimana. Venivano quindi sottoposti all'ascolto della medesima ninna nanna dopo la nascita e a quattro mesi di vita, e venivano anche esposti a una ninna nanna simile ma ascoltata per la prima volta da neonati. Dal confronto è emerso che il cervello del neonato reagisce con un profilo di risposta diverso alla ninna nanna nota rispetto a quella ascoltata per la prima volta, rafforzando l'idea che il nostro cervello venga plasmato dal tipo di relazione che la madre stabilisce con il feto già durante la gestazione.

Gli Studi di Zoia et al. (2007), effettuati attraverso l'ecografia quadridimensionale, hanno evidenziato l'esistenza di movimenti fetali intenzionali già al quinto mese di gestazione.

Nel 2010 Castiello, Becchio, Gallese et al. hanno pubblicato uno studio in cui è stata analizzata in maniera quantitativa, attraverso la ultrasonografia di alta qualità, la tipologia di movimenti di cinque coppie di gemelli tra la 14[°] e la 18[°] settimana di gestazione. Gli autori hanno registrato un aumento dei movimenti verso il gemello, e quindi di movimenti che possono essere definiti "sociali"; ha colpito la non accidentalità di tali movimenti e la qualità di essi. I movimenti verso parti di sé delicate, come la zona del bulbo oculare, e verso l'altro sono caratterizzati da maggiore decelerazione ed appaiono intenzionali.

Per il terapeuta che si occupa delle tematiche della genitorialità questa nuova visione del futuro bambino come competente e attivo nella relazione aiuta a validare le teorie di riferimento e apre nuove prospettive di lettura e di intervento, non più prettamente incentrate solo sul sostegno alla donna, all'adulto. La prospettiva diviene maggiormente tridimensionale e

sistemica, legittima anche i bisogni del bambino accanto a quelli dell'adulto ed apre la necessità e la volontà di una attenta osservazione della modalità relazionale già in gravidanza e dopo la nascita, per poter supportare la relazione e gli scambi già precocemente.

Nel lavoro con la madre in attesa, anche il terapeuta, quasi in parallelo a ciò che accade nella donna, è come se dovesse crearsi contemporaneamente uno spazio mentale nel quale accogliere e costruire l'immagine della donna e uno spazio mentale per il bambino, al fine di sintonizzarsi con entrambi.

Rendere partecipe la madre di queste nuove conoscenze, può validare quello che implicitamente molte madri sentono già, vivendo l'esperienza della gestazione; il loro essere in stretta connessione emotiva e comportamentale con il feto; inoltre può favorire una maggiore consapevolezza delle conseguenze relazionali che hanno il proprio atteggiarsi e il proprio sentire, verso il bambino che è un individuo a sé e che a sua volta può agire, in una continua "danza" relazionale.

Lo sviluppo della relazione prenatale

Dalle ricerche è emerso come il nostro cervello mappi la relazione con l'altro a partire da un periodo che anticipa quello della nascita. Ci sviluppiamo e nasciamo nel corpo dell'altro e con l'altro e il momento della gravidanza è la fase nella quale si costruiscono le basi della futura relazione.

Il prendersi cura materno si può delineare già prima della nascita. Sembra auspicabile che la madre, proprio in rapporto allo sviluppo della maternità interiore affrontato precedentemente, inizi a sentirsi persona che si prende cura dell'altro fin dal concepimento e si proponga responsiva ed attenta nel creare un legame fin da subito con il nascituro, un legame connotato da elementi di protezione e di sintonizzazione. Cranley (1981) ha parlato di attaccamento prenatale e lo ha così definito: *"la misura in cui la donna manifesta comportamenti che rappresentano interazione e coinvolgimento affettivo verso il bambino che attende"* (pag.282) e ha messo anche a punto uno strumento per la valutazione qualitativa di tale attaccamento.

Alcune ricerche evidenziano che la condizione di tossicodipendenza (Quinlivan et al., 2005), la presenza di disturbi di personalità nella madre e la presenza di condizioni sociali svantaggiate possono influire negativamente sull'attaccamento materno fetale. Alla luce dello scambio relazionale e fisiologico esistente tra madre e feto, anche lo stress materno così come l'ansia, la depressione e l'uso di droghe influiscono negativamente sullo sviluppo del feto. Il meccanismo di trasmissione dello stress dalla madre ai figli è associato ad elevate concentrazioni nel sangue materno degli ormoni coinvolti nella risposta allo stress, che possono danneggiare i processi maturativi del feto.

Ci sono molti studi effettuati sugli effetti dello stress genitoriale prenatale sullo sviluppo del bambino; la sua presenza durante la gestazione risulta frequentemente associata a un aumentato rischio di problemi emotivo comportamentali e a una ridotta competenza cognitiva nei primi due anni di vita del bambino (Bergman et al., 2007; Talge, et al., 2007). Livelli elevati di cortisolo prenatale sembrano predire la presenza di una reattività negativa temperamentale (Davis et al., 2008), che si esplica con agitazione, pianto frequente ed espressioni facciali negative nel neonato.

L'effetto sui bambini dello stress materno prenatale può essere limitato secondo Bergam et al. (2008) da forme positive di accudimento e di legame sicuro nel postnatale. Ciò che ac-

cade con la nascita e dopo la nascita può andare quindi ad amplificare o a ridimensionare le influenze prenatali dell'ambiente intrauterino sulle risposte adattive del bambino. Questa prospettiva, come sostengono Ammaniti e Gallese (2014), apre un nuovo modo di vedere la interazione tra *nature* e *nurture*, cioè tra le caratteristiche genetiche ed il tipo di accudimento, non più rigidamente suddivisi ma all'interno di un processo di influenza reciproca e di co-costruzione.

Interessante lo studio di Barone (2009) che evidenzia come il sistema di autoregolazione e di protezione della placenta si riduce dal secondo semestre e il feto è maggiormente esposto alla presenza dei glucocorticoidi, gli ormoni dello stress, nel sangue materno. È a quel punto che la protezione fisica e meccanica esercitata dalla placenta, essendo parzialmente ridotta, si deve integrare con fattori protettivi di natura relazionale. Perché questo avvenga bisogna che stia concretizzandosi la crescita in parallelo di maternità fisica e maternità interiore.

Ritengo importante, in questo senso, che si sviluppi nella madre quella che viene definita *Mind Mindedness* (Meins, 1997), la propensione materna a riconoscere il proprio figlio come un individuo a sé dotato di una mente: "Ti riconosco parte di me, ma con una tua individualità e intenzionalità". Tale costrutto è fondamentale che si instauri già in ambito prenatale e che continui successivamente per favorire nel bambino lo sviluppo integrato di sé; in linea con ciò che sostengono Cionini e Mantovani (2016): "per lo sviluppo di un senso integrato di sé è necessario che le interazioni intersoggettive tra il bambino e le figure di attaccamento risultino comprensibili e che il bambino si senta riconosciuto nella sua specificità e soggettività" (p. 42).

Il sostegno alla genitorialità. Lo strumento dell'IRMAG e gli interventi precoci

Alla luce di quanto riportato finora, diviene fondamentale l'attenzione da porre verso il periodo prenatale e il sostegno alla donna affinché possa vivere il più consapevolmente possibile la propria gravidanza così che eventuali paure, blocchi e nodi irrisolti non vadano ad influire negativamente sulle modalità relazionali prenatali e post-natali. Va promosso l'attaccamento prenatale e lo sviluppo di cura già durante la gestazione, per fare prevenzione e sostenere anche il benessere psicofisico del nascituro, oltre agli interventi precoci dopo la nascita.

L'utilizzo dell'IRMAG ed il caso di Emma

Uno strumento che adottato con le madri tossicodipendenti con cui lavoro, che viene usato tra l'altro anche in ambito di ricerca per individuare le situazioni di rischio genitoriale, è l'IRMAG, l'intervista delle rappresentazioni materne in gravidanza. Questo strumento messo a punto dal gruppo di lavoro dell'Università di Roma, condotto dallo psicoanalista Massimo Ammaniti, si basa sul metodo narrativo e viene somministrato alle donne al settimo mese di gravidanza. Va a indagare le seguenti tematiche: il desiderio di maternità, le emozioni legate alla gravidanza e alla scoperta della gravidanza, le aspettative e le fantasie rispetto al parto, le percezioni le emozioni e le fantasie rispetto al bambino "interno", la presenza o meno dell'interiorizzazione mentale del nascituro da parte della madre, le emozioni e i cambiamenti fisici, psicologici e relazionali durante la gestazione. L'intervista semi strutturata viene registrata, trascritta e poi codificata secondo indici specifici, che permettono di definire l'atteggiamento della futura madre rispetto alla gravidanza, a sé e al futuro bambino, ripren-

deno la teoria dell'attaccamento (rappresentazioni materne integrate, ristrette o non integrate). Questo strumento, seppure con alcuni limiti, permette di orientare l'attenzione e gli interventi di sostegno in base alle fragilità che emergono.

La maggior parte delle donne che ho incontrato nel lavoro in comunità ha avuto esperienze precoci traumatiche, anche di abusi e violenze, ed una mancanza di sintonizzazione affettiva da parte dei propri caregiver che ha lasciato loro nodi irrisolti ancora da elaborare, rispetto al loro essere figlie. Donne che hanno messo in atto processi dissociativi e di evitamento, anche ricorrendo all'uso di sostanze psicoattive, anestetizzando la propria parte emotiva e allontanandola da sé la possibilità di avere un'interiorizzazione mentale del minore e una percezione integrata dei cambiamenti complessi che la gravidanza implica. Le preoccupazioni che portano sono prevalentemente legate al parto e allo stato di salute del figlio. Mi è accaduto spesso di annotare fantasie salvifiche proiettate sul nascituro: "Per fortuna che è arrivato, anche se non lo cercavo. È il mio salvatore".

L'utilizzo dell'IRMAG può aiutare il terapeuta ad orientarsi nella costruzione di ipotesi a partire dalla narrazione della madre e dalle rappresentazioni interne su di sé e sul futuro bambino che ci offre.

Riporto ad esempio alcuni passaggi dell'IRMAG somministrato ad una madre nostra ospite, che chiamerò Emma.

T: Potresti dire che tra te e la tua bambina si è già creato un rapporto? Come lo descriveresti?

E: Un rapporto diciamo fisico sì. Però sinceramente anche alla depressione post partum io ho visto che può venire per la difficoltà a staccarsi da questo legame, che ci può essere tra madre e la figlia. Io ho difficoltà ad immaginarla come una persona sé. Spero che nasca presto perché io voglio che sia una persona distaccata. Non che sia una parte di me perché ora è dentro di me. Poi sarà un essere a sé alla fine, ci sarà un legame. Adesso io non so nemmeno come è fatta. Penso più al rapporto che ci sarà dopo. È un rapporto fisico perché è dentro di me. Se ci penso un legame affettivo c'è, lo riconosco dal fatto che da quando ho scoperto di essere incinta non ho più usato sostanze.

T: Hai mai sognato la tua bambina?

E: Non ho mai sognato la bambina.

T: L'hai vista nell'ecografia?

E: Sì. L'ho vista, ma non si è vista così bene. Ora nelle ultime si vedono meglio i tratti.

(...)

T: Che tipo di madre immagini di essere nei primi mesi?

E: Immagino di essere una madre attenta, affettuosa, presente. Non vorrei essere una madre che rifiuta, che non è apprensiva. Non vorrei avere il rifiuto.

T: Come era il tuo rapporto con i tuoi genitori da piccola?

E: Quando ero piccola con mia madre non potevo nemmeno dargli un abbraccio, avevo questo rapporto di distacco e anche lei con me. I primi anni di vita lei era molto distaccata, ha iniziato a riavvicinarsi verso la quarta elementare. Non è mai stata molto fiduciosa nei miei confronti, infatti io andavo molto male a scuola. Si dimostrava sempre non soddisfatta di me, sapevo che la deludevo perché non andavo bene come lei avrebbe voluto (...) mia mamma era molto depressa e continua anche oggi a prendere gli psicofarmaci. Con mio padre, non lo ricordo molto presente, lo ricordo molto dietro a mia madre. Con lui c'era però un rapporto di affetto e di contatto, mi faceva mettere a letto sempre da

mio padre, da mia madre non volevo nemmeno la mano per attraversare la strada. Adesso la abbraccio, ma anche da adolescente non lo facevo."

Questi passaggi possono fornire spunti di riflessione, in ottica costruttivista intersoggettiva, rispetto a Emma, alle sue difficoltà relazionali con la bambina immaginata e reale, e alle tematiche che potrebbero essere prese in considerazione nel lavoro terapeutico. Dalle risposte sembra che Emma abbia avuto esperienze precoci traumatiche connotate dall'assenza di sintonizzazione e di attenzione da parte delle sue figure di attaccamento, in particolare dalla madre ma probabilmente in parte anche dal padre, non sentendosi vista e riconosciuta nei propri bisogni e stati emotivi di bambina. Per essere accettata, per "andare bene" la sensazione è stata presumibilmente quella di dover aderire alle aspettative materne. L'atteggiamento distanziante e rifiutante materno appare essere stato interiorizzato da Emma e si può ipotizzare che questo la stia vincolando nel suo porsi a propria volta come madre; da una parte sembra volersi definire per contrapposizione, dall'altra affiora la preoccupazione di sperimentare lei stessa la depressione e il rifiuto con la futura figlia. Rispetto alla relazione con la bambina, si nota che la rappresentazione della sua figura appare poco investita emotivamente e delineata con scarsa ricchezza di percezioni e descrizioni, scarsamente interiorizzata dentro di sé. Sembra che Emma abbia difficoltà a costruire quella "maternità interiore" di cui si è parlato in precedenza.

La lettura di questi brani dell'intervista può suggerire alcuni spunti per un intervento psicologico. Nell'ipotesi di un aiuto psicoterapeutico, attraverso una rielaborazione dei propri vissuti di figlia, in particolare rispetto alla relazione con la figura materna, Emma potrebbe essere aiutata a dare gradualmente voce a quella parte di sé non riconosciuta e validata, all'interno di una relazione terapeutica nella quale possa sentirsi riconosciuta e rispecchiata.

Un aiuto importante può comunque consistere nell'offrirle un sostegno rispetto alla vicinanza e alla sintonizzazione emotiva con la sua bambina già da queste fasi di gravidanza, cercando di stimolare la creazione di uno spazio mentale oltre che fisico per lei e per il loro rapporto: come se la immagina, cosa sente, come può associare i movimenti della bambina ai suoi stati d'animo, cosa pensa che siano i suoi bisogni. Il terapeuta, con la sua presenza relazionale, può creare un clima nel quale Emma potrebbe sperimentare l'ascolto di sé, dei suoi stati d'animo e del suo corpo e di conseguenza anche l'ascolto della bambina, affinché possa prendere maggiormente forma nella sua individualità.

Interventi di sostegno alla genitorialità

In linea con le ricerche citate precedentemente, le risposte adattive del bambino possono essere modificate attraverso le cure materne e un ambiente sicuro. Swain et al. (2008) sostengono come gli interventi precoci di sostegno possano avere esiti positivi legati alla riduzione dei comportamenti problematici, l'aumento di comportamenti di attaccamento e il miglioramento delle strategie di regolazione affettiva. Fondamentale sembra quindi l'attività di prevenzione e di sostegno da svolgere oltre che nelle situazioni non segnalate, anche nelle situazioni già definite di genitorialità a rischio.

Il sostegno alla genitorialità può essere declinato sia attraverso colloqui individuali sia attraverso interventi di sostegno di gruppo alle madri ed anche alla coppia genitoriale, e possono essere pensati sia in preparazione al parto, sia per il periodo del post-partum.

Gli obiettivi di questi interventi sono molteplici: lo sviluppo di conoscenze e competenze specifiche legate al momento evolutivo che si sta vivendo; lo sviluppo della competenza riflessiva ed autoriflessiva; la rivalutazione della storia personale a partire dalla propria espe-

rienza filiale fino ad arrivare alla scelta di diventare genitore; la promozione della *mind-mindedness*; l'attenzione all'ascolto del proprio corpo e dei cambiamenti che avvengono; la facilitazione alla verbalizzazione delle proprie esperienze e dei propri vissuti emotivi.

Rispetto a quest'ultimo aspetto, sia nel setting individuale sia in quello di gruppo, incontrarsi e poter condividere vissuti personali di sé come figlie e di sé come future madri può dare spazio alla possibilità di esperire il valore e la unicità della propria esperienza, seppure nella comunanza di quella degli altri, e di scoprire che certe preoccupazioni o paure possono essere sentite e condivise, all'interno di uno spazio che favorisce esperienze intersoggettive.

Conclusioni

Alla luce del fatto che la maternità è un processo complesso cui la donna va incontro, che la genitorialità e la relazione tra madre e bambino iniziano già in epoca prenatale e che il sé si costruisce dalle relazioni precoci con i caregiver, diviene fondamentale sostenere la transazione alla genitorialità e la genitorialità precocemente, per fare prevenzione e promozione di benessere sia per la madre che sta affrontando un importante cambiamento psicofisico, una rielaborazione delle proprie rappresentazioni interne e della propria storia, sia per il bambino. Se la figura di attaccamento è consapevole e sintonizzata alla cura, anche il bambino potrà essere accolto in un contesto dotato di comprensibilità e di attenzione all'espressione dei suoi bisogni. Caratteristiche che favoriscono l'adattamento e lo sviluppo psichico.

Sostiene Bydlowski (2004): "la coerenza delle cure materne attribuisce un inizio di significato al mondo che circonda il bambino. Qualunque gestazione realizza una incarnazione: è la conversione di un desiderio, di un progetto, di uno sviluppo" (p. 25).

Riferimenti bibliografici

- Ammaniti, M., Tambelli, R., Candelori, C., & Pola, M. (1996). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., & Gallese, V. (2014). *La nascita della intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina.
- Barone, L. (2009). *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Roma: Carocci.
- Bastianoni, P., & Taurino, A. (2007). *Famiglie e genitorialità oggi. Nuovi significati e prospettive*. Milano: Unicopli.
- Bergam, K, Sarkar, P., Glover, V., & O'Connor, T. G. (2008). Quality of child parent moderates the impact of antenatal stress on child fearfulness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1089-1098. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01987.x
- Bergam, K., et al. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1454-1463. doi: 10.1097/chi.0b013e31814a62f6
- Bydlowski, M. (2004). *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Bologna: Pendragon.
- Castiello, U., Becchio, C., Zoia S., Nelini, C., Sartori, L., Blasoni, L., D'Ottavio, G., Bulgheroni, M., & Gallese, V. (2010). Wired to be social: The ontogeny of human interaction. *Plos One*, 5, e131199. doi: 10.1371/journal.pone.0013199

- Cionini, L., & Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40-62.
- Cranley, M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284.
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Schetter, C., Hobel, C., Chicz-Demet, A., & Sandman, C. A. (2007). Prenatal exposure to maternal cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 737-746. doi: 10.1097/chi.0b013e318047b775
- Ferrara Mori, G. (2008). *Un tempo per la maternità interiore*. Roma: Borla.
- Mastromarino, R. (2018). *Genitori e figli: crescere insieme*. Trento: Erickson.
- Meins, M. (1997). Security of attachment and maternal tutoring strategies: Interaction within the zone of proximal development. *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 129-144. doi: 10.1111/j.2044-835X.1997.tb00730.x
- Milani Comparetti, A. (1982). *Il feto protagonista nella ontogenesi della sua identità*. Congresso Internazionale di psicomotricità, Firenze.
- Partenen, E. (2013). Sviluppo neurale nel cervello embrionale. *Plos One*.
- Pazzagli, A., Benvenuti, P., & Pazzagli, C. (2011). La nascita nella mente della madre. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 2, 5-21.
- 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 Women Mental Health*, 8, 191-199. doi: 10.1007/s00737-005-0079-7
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S. & Miller, M. (2009) The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford.
- Stern, D. (1995) *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern, D., Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *Nascita di una madre. Come l'esperienza di una maternità cambia una donna*. Milano: Mondadori.
- Swain, J. E., Thomas, P., Leckman, J. F. & Mayes, L. (2008). *Sistemi di attaccamento genitore-bambino: circuiti neurali e programmazione in età precoce*. Milano: Raffaello Cortina.
- Talge, N. M., Neal, C., & Glover, V. (2009). Antenatal maternal stress and long-term effects on child development: How and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 245-261. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x
- Trevarthen, C., Aitken, K. J., Vandekerckhove, M., Delafield-Butt, J., & Nagy, E. (2006). Collaborative regulations of vitality in early childhood: stress in intimate relationships and postnatal psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Developmental neuroscience* (pp. 65-126). New York: Wiley.
- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face to face interaction. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 1-13. doi: 10.1016/S0002-7138(09)62273-1
- Van Beek, J. P., Guan, H. Y., Julian, L., & Ynag, K. P. (2004). Glucocorticoids stimulate the expression of 11beta-hydroxysteroid dehydrogenase type 2 in cultured human placental

Genitorialità prenatale

trophoblast cells. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89, 5614-5621. doi: 10.1210/jc.2004-0113

Zaccagnini, C., & Zavattini, G. C. (2007). La genitorialità come processo evolutivo. Una riflessione nella prospettiva della teoria dell'attaccamento. *Rivista di Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, 199-252.

Zoia, S., Blason, L., D'Ottavio, G., Bulgheroni, M., Pezzetta, E., Scabar, A., & Castiello, U. (2007). Evidence of early development of action planning in the human fetus: A kinematic style. *Experimental Brain Research*, 176, 217-226.

L'Autrice

Sara Costa è psicologa clinica e psicoterapeuta ad orientamento costruttivista intersoggettivo. Co-didatta della Scuola di Specializzazione ad indirizzo Costruttivista Intersoggettivo del CESIPc di Firenze.

Lavora come libera professionista a Lucca e a Firenze. Dal 2004 si occupa di genitorialità e tossicodipendenza, dal 2008 è responsabile di una struttura per accogliere madri tossicodipendenti e figli presso l'Associazione Ce.I.S di Lucca.

Email: sara-costa@alice.it



Citazione (APA)

Costa, S. (2021). Genitorialità prenatale tra costruttivismo e intersoggettività. *Costruttivismi*, 8, 50-61. doi: 10.23826/2021.01.050.062

S. Costa