



## **Ricerche Etnopsicoanalitiche in Psicosomatica Ostetrica e Ginecologica**

*Domenico A. Nesci, T. A. Polisenno, S. Averna, A. K. Mancuso*

L'approccio classico alla psicosomatica ostetrica e ginecologica prende le mosse dallo studio della fenomenologia del mestruo per poi addentrarsi in quello della gravidanza e della menopausa – le ricerche in campo psico-oncologico essendo storicamente successive a questi due primi ambiti di indagine scientifica – oppure inverte il loro ordine considerando prima la fenomenologia della gravidanza e del parto (15, 28, 31). In ogni caso si parte dai fatti basilari della vita della donna, dalla fisiologia, per poi giungere alla patologia ed al rischio di morte.

La nostra impostazione del problema implica invece un capovolgimento radicale: il punto di partenza dell'itinerario che proponiamo è quello della morte per parto.

Ipotizziamo che questo fenomeno biologico sia comparso in modo statisticamente significativo solo ad un certo punto dell'evoluzione della specie umana e che quest'evento abbia avuto un impatto notevole sullo sviluppo della psiche individuale e sulla nascita della cultura (35). Costruiamo così un nuovo “mito scientifico” che, prescindendo dalla sua realtà fattuale, si è comunque rivelato prezioso nella nostra pratica clinica perché assolutamente aderente alla realtà psichica (13).

### ***Il dilemma ostetrico***

Nei suoi studi sui sogni delle donne in gravidanza e sulla funzione paterna, Fornari focalizza la sua attenzione sul dilemma ostetrico. Il passaggio alla stazione eretta avrebbe comportato la straordinaria encefalizzazione della specie umana e quindi, con la progressiva sproporzione tra canale del parto e cranio fetale, l'instaurarsi del dilemma: “come farà un bambino con la testa così grossa ad uscire da un passaggio così stretto?”

In conseguenza di questa nuova situazione le donne avrebbero sperimentato delle intense angosce persecutorie nei confronti del bambino interno (“paranoia primaria”) verso cui avrebbero provato un attaccamento fortemente ambivalente (9, 10). Questa linea di pensiero è stata sviluppata da uno di noi all'interno di una precisa cornice antropologica: l'ipotesi di Briffault sui gruppi umani primordiali (22).

In questa prospettiva la prima organizzazione sociale sarebbe stata costituita da un gruppo di madri che restavano insieme per aiutarsi nella cura dei figli, sopperendo così alle eventuali carenze individuali. In questo modo si sarebbe assicurata la sopravvivenza della specie in una situazione ambientale naturalmente insidiosa.

Caratteristica psicologica essenziale di questo stadio dello sviluppo umano sarebbe stata, secondo Briffault, la quasi totale assenza dell'individualità.

*“Un selvaggio non solo identifica se stesso con un animale, un albero, o addirittura una pietra. Egli vi dirà, senza alcuna coscienza dell'incongruenza delle sue affermazioni, che suo figlio o suo fratello sono lui stesso, che lui è lì e contemporaneamente in qualche altro luogo. Allo stesso modo egli considera qualsiasi parte separata dal suo corpo come parte integrale di sé stesso: i suoi capelli, le sue unghie, il suo sputo sono parti della sua persona, e ciò che accade loro, dopo la separazione dal corpo, accade anche a lui. Anche i suoi vestiti e il suo nome fanno parte di lui, ed egli cerca di proteggerli da eventuali danni esattamente come cerca di proteggere se stesso. Una ferita inflitta ad un*

*membro del suo gruppo, e cioè a qualcuno che è carne della sua carne, viene vissuta come una ferita sul suo corpo.... Egli non pensa nei termini di un io individuale e dei suoi interessi ma nei termini di un individuo gruppale” ( 5).*

Da un punto di vista psicodinamico si può allora ipotizzare che i gruppi umani primordiali fossero “sinciziali”- organizzazioni in cui i confini individuali (le membrane) tra i singoli membri (le cellule) non si venivano a costituire. “Come se un eccesso di individuazione fosse stato controproducente per la sopravvivenza della specie nelle sue fasi iniziali di adattamento ecologico” (22).

Di questo antichissimo passato sarebbe rimasta una “memoria filogenetica”(12) nella mente inconscia dell’umanità. Noi ne ricercheremo le tracce in due situazioni cliniche di psicosomatica ostetrica: la poliabortività e la gravidanza oltre termine “vera” (16).

## ***Poliabortività***

Maria ha avuto delle esperienze abortive: un *blighted ovum* ed una gravidanza gemellare. Il suo vissuto dell’ ecografia non si discosta molto da quello di altre donne che hanno avuto il suo stesso problema.

*Le dico la verità, io sono stata contenta di vederlo perché mi interessava vedere bene se il bambino era sano – comunque sono stata contenta - però, a un certo punto, quasi non lo v... non lo volevo vedere più perché avevo paura...Cioè, poi quest’ immagine...se dovesse succedere qualcosa, mi tornerà sempre alla mente... Son sicura che è una cosa che mi farebbe soffrire... Però, dall’ altra parte, è stato bello...perché sono riuscita a vedere bene. Non è stata una cosa sbrigativa come le altre volte [che ho fatto l’ ecografia], sono stata contenta.”*

Alla richiesta di disegnare una donna incinta col suo bambino interno Maria traccia una figura di donna coperta da un ampio vestito e non disegna il bambino; poi commenta...

*“Non so se si rende conto di essere una donna incinta, potrebbe pure non esserlo. Comunque, guardando il disegno, [ora noto che] gli ho messo il vestito largo, da davanti, perché di profilo non mi piaceva; gli ho messo questo vestito largo, carino, che anche se è incinta – insomma – sia bello. Non m’è venuto in mente di disegnare il bambino dentro, tanto lei lo sa che c’è il bambino dentro... Non c’è bisogno di disegnarlo. L’ essenziale è che lo sappia lei: è una cosa sua e di suo marito.”*

Commenti della seduta ecografica sovrapponibili a quello di Maria, così come disegni in cui il bambino interno non viene volutamente disegnato, sono molto frequenti in donne che hanno avuto degli aborti. Commenti e disegni di questo genere esprimono la paura che il bambino possa essere attaccato dall’esterno e dall’ interno: neppure la mamma dovrebbe accorgersi di essere incinta, per difendere efficacemente la sua gravidanza. Per dirlo con le parole di un’ altra paziente:” Credo che riuscirei a portare a termine una gravidanza solo se potessi non accorgermi di essere incinta!”

Questa configurazione psicodinamica ricorda da vicino quella situazione che a volte si viene ad osservare nel setting psicoanalitico. Ci riferiamo a quello che Eugenio Gaddini(14) chiamava il “ paziente clandestino”, e cioè quel paziente che sembra totalmente estraneo al processo analitico, per anni, mentre ha la capacità di compiere progressi importanti purché l’ analista eviti di farglieli notare prematuramente e lo lasci lavorare, per così dire, in incognito. Come questo tipo paradossale di paziente analitico riesce a raggiungere con successo il porto di destinazione solo se ha l’ impressione di viaggiare clandestinamente sulla nave/analisi, così certe donne incinte (ed in particolare quelle che hanno sperimentato dei fallimenti nella maternità) hanno bisogno di un contenimento che dia loro anche la sensazione di essere coperte, sottratte agli sguardi invidiosi ( esterni ed interni, altrui ma anche propri ), protette da una maschera di impenetrabilità rispettata da tutti coloro che le accompagnano nel viaggio verso la maternità. Perché la storia segreta di Maria,

come del resto quelle di tutte le donne che hanno perduto dei bambini, è una storia di sguardi invidiosi e di mancanza di confini, di insufficienza di difese nei confronti di un esterno che altera la fisiologia interna (ipertensione, diabete, ecc.) o di un interno che non sa discriminare tra ciò che è altro e ciò che è proprio (autoimmunità).

### *Gruppi di madri*

*“Noi andiamo molto d'accordo [...] praticamente siamo io, che sono l'unica femmina, poi c'è mia madre e mia zia, che non ha figli, e quindi siamo noi tre...Praticamente una cosa sola. Ci raccontiamo tutto e mia madre, a sua volta, con mia nonna era così [...] Mi viene da piangere al pensiero che non l'ho mai conosciuta[...]perché sono sicura che saremmo state tutte ...tutta una combriccola, saremmo andate tutte d'accordo.[...] Allora adesso penso...- sarà una stupidaggine proprio – [mia nonna] sarà con i miei figli, insomma...chi lo sa...[...] Loro sono morte neanche che erano nate [due gemelle morte in utero al sesto mese]...Quindi può darsi che stanno tutti insieme...Però se stavamo qua tutti insieme era più bello.”*

La famiglia di origine di Maria rievoca le caratteristiche del “gruppo sinciziale”, fondamentalmente materno, caratterizzato dall'assenza di limiti/confini tra i suoi membri (22). Nel vissuto della paziente sembra addirittura sfumare anche l'estremo limite, quello della morte: il gruppo delle donne, la “combriccola”, riesce a riunirsi affettivamente comunque. I problemi si pongono nel momento in cui Maria si sposa e tenta di compiere il passaggio a madre, un passaggio che comporta un rimaneggiamento negli equilibri interni del gruppo. Forse, proprio nell'illusione di poter evitare questo rischioso rimaneggiamento, la sua scelta matrimoniale cade su un uomo che proviene da una famiglia simile.

*“ I nonni materni di mio marito hanno avuto quattro femmine ed un maschio. Hanno deciso di stare il più vicino possibile, fisicamente. [...]a Natale si vedevano tutti quanti, lì sotto, a casa della nonna, della madre di mio marito, e si giocava a carte tutti insieme. [...]Mio marito lavora con lo zio: hanno una piccola società.”*

Il matrimonio, con le sue dinamiche emergenti di separazione ed individuazione dei due partners dalle rispettive famiglie d'origine e con le sue dinamiche sommerse d'inglobamento del nuovo membro (l'Altro, lo straniero, il familiare/non familiare) da parte dei due gruppi sinciziali originari, diventa così un evento critico. Il periodo immediatamente precedente e successivo al “lieto evento” viene contrassegnato da una serie di rotture, di malattie, di cambiamenti catastrofici. Il viaggio di nozze concentra e condensa queste dinamiche conflittuali in modo esemplare.

### *Il primo aborto*

*“ Sono rimasta incinta la prima volta dopo il viaggio di nozze. Non è che ero proprio felicissima perché sa...appena sposati...però dopo l'ho accettata, ero contenta...Invece poi a tre mesi è andata male. Devo essere sincera: non è che ho sofferto tantissimo [...] anche perché non c'era niente, c'era solo la camera gestazionale praticamente e il feto non c'era, quindi non c'era niente a cui attaccarsi. [...] Il viaggio di nozze è stata tutta una discussione già da prima che ci sposassimo perché mio marito col suo lavoro dice : “Io posso stare pochi giorni fuori” ...e allora voleva andare per otto giorni; e poi sono riuscita a fare per dieci giorni...e poi, quando stavamo lì, lui telefonava per avere notizie [a casa sua] e questa cosa è stata un po'...non mi è piaciuta, diciamo. [...]Poi purtroppo l'aereo si è rotto quando dovevamo tornare in Italia e siamo stati costretti a rimanere un giorno in più : figuriamoci mio marito per il lavoro! Non m'ha guardato in faccia! E l'ultimo giorno del viaggio di nozze non m'ha mai guardata, ed è stata una cosa che non gli ho mai perdonata. Come se era colpa mia se l'aereo si fosse rotto. [...] Ci hanno pagato l'albergo, dico : Godiamocelo questo giorno in più! E lui invece niente : non m'ha proprio guardato in faccia finché non siamo ritornati in Italia. Questa cosa ancora adesso gliela rinfaccio ogni tanto...”*

La vicenda abortiva sembra significare, nell'arcaico linguaggio del corpo, che la posta in gioco, nel viaggio di nozze, non era tanto la separazione dei due partners dalle famiglie di origine quanto lo spostamento della coppia da un'asse familiare all'altro (il luogo del viaggio era molto più vicino al paese oltreoceano dove Maria era emigrata da bambina con i suoi genitori, che all'Italia). Tanto vero che, di lì a poco, si sarebbe proceduto alla costruzione di tre villini familiari (da parte della

ditta dello zio di Giuseppe) destinati ai genitori di Maria, al fratello di Maria (che si era fidanzato), a Maria stessa ed al marito. Il viaggio di nozze prefigurava il tentativo di inglobare Giuseppe (e la fidanzata del fratello di Maria) in un asse familiare precostituito. Quest'operazione comportava dei rimaneggiamenti profondi: Giuseppe non voleva rinunciare al rapporto privilegiato con lo zio materno (col quale aveva costituito una società, come a riattualizzare in versione moderna il rapporto preferenziale che gli uomini avevano, nelle culture matrilineari, proprio col fratello della madre). Sarebbe giunto ad accettare il punto di vista di Maria solo attraverso una formazione di compromesso: lui e lo zio avrebbero lavorato insieme per costruire gli spazi destinati alla famiglia allargata della sposa. Come già si è detto e come vedremo meglio ora, questo compromesso non è avvenuto senza profonde lacerazioni.

### *Paranoia primaria...*

*“Dopo sei sette mesi sono rimasta in cinta di nuovo ed erano gemelli, eravamo contenti, proprio felici [...] Invece poi è andata così ed ho sofferto tanto, sono stata tanto male...insomma tanto dispiaciuta, e ancora adesso ne soffro perché sento proprio che mi manca una parte di me stessa, insomma...questa è la sensazione che mi dà, anche quando sto dentro casa oppure esco mi sembra che mi manca qualcosa...erano due femmine. [...] Io però appena sposata non me la sentivo di stare lì [nella casa del marito] non perché era sua, perché l'abbiamo arredata insieme, ma sono sempre stata così bene a casa dei miei! [...] quindi tante volte andavo a fare la doccia da mia madre, perché mi ero abituata alle mie cosette, dove stavano...[...] Mi dispiaceva all'inizio andare via dal mio letto, dalla mia cameretta, dalle mie cose...e poi avere accanto una persona che dormiva mi dava fastidio fisicamente. [...] La mia [nuova] casa è molto accogliente, piccolina ma accogliente. [...] L'abbiamo sistemata tutta prima di sposarci; [...] Il bimbo i primi tempi starà in camera con noi, però ci stiamo facendo una casa più grande: [...] siamo insieme a mio fratello e ai miei genitori: sono tre villette. Io ho sempre pensato che c'hanno portato un po' sfortuna perché io ero incinta, la seconda gravidanza, quando hanno cominciato a costruirla, ed io ero così entusiasta perché io ne aspettavo due e ne avevo proprio bisogno perché quella che abbiamo adesso è piccolina. E non vedevo l'ora di andare in questa casa con questi due bambini. Poi nello stesso periodo, un po' prima, mio fratello si era lasciato con la sua fidanzata, e poi mio padre ha avuto una specie di crisi depressiva, e allora dico proprio, secondo me, queste cose c'hanno portato sfortuna. E adesso, c'ho quasi paura di pensare perché mio fratello si è rimesso con la sua fidanzata, e adesso tra poco si sposa, io sto così [incinta], mio padre ogni tanto sta un po' meglio...e allora speriamo che dovesse ritornare tutto bene. [...] E quindi inizialmente c'ho avuto quest'impressione che ci portassero jella [le tre villette]. Ci vado sempre con un pò di timore in quella casa, perché c'ho paura di immaginare...di avere delle immagini di una bella famiglia dove sono tutti contenti, e allora tante volte preferisco non andarci. Ci vado quando è necessario e basta.”*

Maria non ha solo paura di vedere l'immagine del bambino nello schermo ecografico; teme persino di immaginare “una bella famiglia dove sono tutti contenti”, perché questa famiglia è una famiglia nucleare, inevitabilmente antagonista rispetto alla più arcaica struttura materna sinciziale da cui si è evoluta. Maria allora teme gli sguardi delle donne sinciziali che le girano intorno, così come teme la sua propria sincizialità da cui fatica a staccarsi (la casa dei genitori). Ci troviamo, di nuovo, nello scenario dell'invidia e del malocchio, nel clima affettivo della persona primaria.

*“Ora le dico la verità. Io non è che ho detto a tutte le amiche mie che sto in ospedale perché non mi vada questa volta di parlare di questa gravidanza; lo sanno anche pochi parenti di mio marito [ha impedito in particolare al marito di far venire in ospedale una sua zia]. Questa notte ho sognato che venivano degli amici miei ed io nel sogno glielo dicevo a mio marito :< perché glieli hai detto, scusa?> E c'erano tutti questi amici miei e questi zii di mio marito, e io nel sogno stavo...tipo da una parte, tutta arrabbiata, perché mi erano venuti a trovare e io non volevo, volevo stare da sola, e io ad un certo punto gli dico di andarsene...[...] Un altro [sogno] l'ho fatto pochi giorni fa, e avevo già partorito [nel sogno] e stavo in...[il Paese oltreoceano dove era emigrata nell'infanzia coi genitori], e c'era un'altra persona che conosceva mio marito e stava insieme a noi, e quest'altra persona spingeva il passeggino, e dà una spinta a questo passeggino, e un metro dopo cominciava subito una discesa brutta, [...] e niente, arrivo felice a questo passeggino. La terza persona del[sogno] è il cognato di una mia amica, che a me non è che mi sta proprio simpaticissimo. Questa è una mia amica da parecchi anni, è un tipo che fa...ha fatto parte abbastanza della mia vita, fa parte della mia vita, in certi particolari c'è sempre lei, [...] diciamo che pure nell'altra gravidanza lei c'aveva un ginecologo che diceva era tanto bravo, e allora io ho cambiato il mio e sono andata dal suo, e invece secondo me non è stato abbastanza bravo questo ginecologo. [...] E' infatti anche per questo che di questa gravidanza io non ne ho mai parlato – a parte che non ne ho parlato con nessuno – però non mi vada [di parlarne con lei] perché lei è un tipo...Non so se mi chiederebbe dopo tutto, però è un tipo che come fa lei fa bene, e allora non dico che do la colpa a lei, per*

*carità, però non la voglio coinvolgere, non voglio coinvolgere nessuno, proprio per non poter dare colpe a nessuno alla fine, perché se dovesse andar male ho fatto tutto quello che dovevo fare io e basta.”*

La relazione tra la madre ed il suo bambino interno è clandestina ogni volta che la vicenda è immersa in un’atmosfera di “elaborazione paranoide del lutto”(8). Così, nel sogno di Maria, è un terzo che spinge verso la catastrofe il passeggiatore.

In queste situazioni si richiede una vera e propria psicoprofilassi della gravidanza da parte dell’*équipe* curante.

### *Psicoprofilassi delle gravidanze a rischio*

Il management di queste situazioni richiede il rispetto delle esigenze di segretezza della donna. Analogamente al lavoro mentale svolto dall’analista del paziente clandestino l’*équipe* curante deve inventare un topos per il riconoscimento delle fantasie e delle dinamiche inconscie negate, rimosse, disconosciute, nonché per la verbalizzazione di quelle coscientemente taciute dalla paziente, ma non deve restituirglielene prematuramente. Come l’analista si fa segretamente Io-ausiliario del suo paziente clandestino, così l’*équipe* curante deve mettere a disposizione della futura madre uno spazio mentale gruppo-individuale, corrispondente quindi ai livelli evolutivi della cultura sinciziale ed alle sue fantasie e dinamiche inconscie. La psicoprofilassi della gravidanza svolta dall’*équipe* dovrà comunque restare un’operazione inespressa, coperta, comunicata prevalentemente in modo non verbale, nell’arcaico linguaggio dei gesti, dei ritmi, degli ambienti. La verbalizzazione ed il passaggio al livello di coscienza sarà un’operazione mentale riservata quasi esclusivamente all’*équipe*, nel gruppo di elaborazione (che si svolge subito dopo la seduta ecografica) e nelle successive riunioni in cui si riflette su tutta l’esperienza clinica(23). La paziente intuirà tutto questo pur senza comprenderlo nei termini del suo Io-individuale e costruirà in questo tipo di rapporto un modello vissuto per l’ampliamento di quello spazio mentale interno che è indispensabile per il buon andamento di ogni gravidanza. Solo dopo il parto, durante gli incontri di follow-up, in cui tutta l’*équipe* visita domiciliariamente il neonato ed i suoi familiari, si potrà accogliere o promuovere un progetto psicoterapeutico classico ed uscire dalla clandestinità.

Le storie cliniche che abbiamo studiato(4,21,27) consentono di ipotizzare che l’ostacolo principale al raggiungimento della genitorialità sia la presenza (reale e/o fantasmatica) di un gruppo sinciziale primordiale che si infila dappertutto e trasforma il prodotto del concepimento in un capro espiatorio o in una “camera vuota”. La preoccupazione di perdere il bambino (che accomuna tutte le donne affette da una patologia ostetrica) è quindi, ad un livello inconscio, il sentirsi già abitate nello spazio vissuto del corpo da questa presenza perturbante: l’irremovibile gruppo delle madri.

Le prospettive aperte da questa linea di ricerca sono molteplici, sia sul piano epistemologico che clinico. Qui ci limitiamo ad evidenziare quella che ci sembra più interessante: la possibilità di utilizzare la tecnica dell’ecografia e la metodologia dell’osservazione gruppo-analitica —una metodologia che abbiamo descritto altrove(2,24)—per costruire un programma di psicoprofilassi delle gravidanze a rischio.

## **Gravidanza oltre termine**

A differenza delle donne che erano andate solo “presuntivamente” oltre termine (gravidanze cronologicamente ma non biologicamente protratte) le donne che erano andate “veramente” oltre termine(16) hanno rievocato, nei loro racconti, raccolti successivamente al parto, due motivi che sono tipici della “cultura sinciziale”: la centralità del rapporto tra donne ed il disconoscimento del ruolo paterno(3,22,30).

### *Gruppi umani primordiali e disconoscimento paterno*

L'ipotesi di Briffault costruisce uno scenario in cui i gruppi umani primordiali sono formati da madri con i loro figli, ed in particolare con le loro figlie: i maschi, infatti, si trovano in una posizione marginale e tenderebbero quindi, progressivamente, all'esogamia. I neonati vengono allattati e cresciuti collettivamente e svilupperebbero così il sentimento fortissimo dell'identità grupale che caratterizza il "group-individual" di cui s'è già parlato. Un'idea più "vissuta" di questa ipotesi può essere recuperata attraverso materiali antropologici.

*"In certe tribù dei Chitral è uso che ogni neonato venga nutrito da ogni madre che può allattare; c'è quindi uno scambio continuo di bambini tra le madri del clan. [...] Un Indiano del Canada disse ad un Europeo: "I bambini appartengono a tutta la tribù, sono ossa delle nostre ossa e carne della nostra carne. Noi tutti siamo loro padri e madri. I Bianchi sono selvaggi, non amano i loro bambini. Si fanno persino pagare per amare ed allevare gli orfani"(5).*

In questo primordiale regno delle madri, ove domina un sistema di "collective clan relationship", le parole madre e padre non hanno ancora quel senso univoco che acquisteranno solo nel successivo "family-system of relationship"(5).

*"Se chiedete ad un indigeno della Costa d'Oro il nome dei genitori vi sentite rispondere con quattro o cinque nomi di padri e madri che sicuramente non includeranno i genitori naturali ma gli zii, le zie ed i cugini e le cugine che vivono sotto il suo stesso tetto"(5).*

In tutte queste situazioni il disconoscimento del ruolo paterno è una costante. La scoperta della paternità come fatto biologico, intuito da Ippocrate ma rinnegato dalla logica aristotelica, è infatti un evento relativamente recente(6). L'ipotesi che il contatto tra lo sperma maschile o l'uovo femminile fosse necessario alla fecondazione è del XVII secolo e fu aspramente rifiutata prima di riuscire ad affermarsi. La scoperta di cellule germinali maschili nel liquido seminale avvenne circa un secolo dopo, ad opera di Spallanzani, mentre la dimostrazione del ruolo degli spermatozoi nella fecondazione divenne irrefutabile solo nel XIX secolo. In precedenza, da tempi immemorabili, l'umanità aveva avuto, in ogni parte del globo, la stessa rappresentazione mentale dell'origine dei bambini: essi si sarebbero formati dal sangue mestruale, per cui ogni mestruazione non sarebbe stata altro che un bambino che non era riuscito a svilupparsi(5). Del resto, una traccia indiretta del perdurare, negli strati inconsci della mente, dei preconcetti e dei disconoscimenti delle culture primordiali è facilmente recuperabile nell'esperienza clinica dove, invariabilmente, se una coppia non riesce ad avere figli si rivolge, in primo luogo, al ginecologo, come se la riproduzione umana fosse un fatto esclusivamente femminile...

Le culture sinciziali non disconoscono solo la nascita come inizio di una vita individuale (i bambini non sono infatti che la reincarnazione ciclica dei progenitori del gruppo). Esse rinnegano anche la morte come termine naturale dell'esistenza (l'espressione morte naturale è praticamente inesistente in quasi tutte le lingue più antiche, così come l'evento fatale è sempre interpretato come assassinio per magia o conseguenza dell'infrazione di un tabù). In generale potremmo dire che si caratterizzano per un rifiuto dei limiti naturali.

Se si vuole comprendere il vissuto più profondo dell'origine di ogni nuova vita umana, si deve cercare di recuperare questo arcaico mondo magico, ancora presente nell'inconscio: il mondo degli "eterni del sogno".(29)

Ed in questa prospettiva che riporteremo dei frammenti significativi, tratti dalle trascrizioni delle interviste con alcune donne che hanno partorito veramente, non presuntivamente, oltre termine. Si tratta cioè di donne la cui gravidanza è realmente durata di più delle "normali" 40 settimane (dieci mesi lunari) della specie umana.

*Laura, Francesca, Maria, Concetta*

Laura :” ...Ricordo che il mio primo bambino [che è nato anche lui oltre termine] qualche giorno prima che io mi accorgessi di essere incinta disse alla nonna di aver giocato con una sorellina, e allora mia madre mi chiese :”Aspetti un altro figlio?” Io risposi di no, ma dopo pochi giorno mi accorsi di essere in cinta. Non ho avuto problemi per la gravidanza. Quando avevo mal di testa o dei dolori alla pancia andavo in campagna, mi sdraiavo sull'erba, e allora i dolori mi passavano subito. [...] In campagna mi sentivo molto più a mio agio...che fosse una bambina io me l'aspettavo. Mia madre lo aveva sognato, così pure mia sorella e mia cognata. Anzi, mia cognata sognò che io non avevo più la pancia e quella stessa notte il figlio sognò che era una femmina... Tutti si preoccupavano del fatto che fossi fuori termine ma per me era naturale, ero così tranquilla... e infatti credo che la bambina sia nata al momento opportuno. Ricordo poi di un sogno ricorrente che ho fatto varie volte anche prima della gravidanza. Sognavo come in una cartolina di vedere la mia vecchia casa di campagna e un grande gatto nero che era fermo lì a sorvegliare tutto. Non ho mai capito cosa volesse dire questo sogno”.

Francesca: “...Mio marito disse che questo era figlio della psiche perché...non era previsto in questo periodo di tempo. Lui lo voleva l'anno prossimo però io, siccome ho un altro figlio di quattro anni e vedevo che desiderava un fratellino, allora mi è sembrato giusto darglielo. Anche il primo bambino è nato oltre termine... Sono nati grandi entrambi, più di quattro chili. [...] Io sono la terza di tre sorelle e nascemmo tutte grandi così come sono nati i miei figli. [...] Il nome è stato scelto da me...La gravidanza è andata bene...qualche problemino di vomito nel primo periodo ma poi tutto è filato liscio.”

Maria :”...Io ho un rapporto molto bello con mia madre: ci raccontiamo tutto, siamo davvero amiche... Anche lei ha avuto delle gravidanze oltre termine...ha sofferto molto quando mi sono sposata... sa, il distacco... poi anche il fatto che sono andata ad abitare nel palazzo di mia suocera, anche se in due case separate; lei mi dice che siamo un po' lontane, che fa fatica ad arrivare a casa mia...ma io ho la macchina! La mia è una famiglia molto unita...ci ritroviamo spesso: pranzi, cene... e poi c'è mio zio che ha una casa in campagna dove ci ritroviamo quasi ogni giorno. Siamo spesso tutti lì e lui canta...mangiamo qualcosa insieme e poi via! Qui c'è la nonna, la madre di mia madre, che fa delle tagliatelle...ed è rimasta un po' come il simbolo di questa nostra famiglia...una famiglia molto unita. Ora che ci penso anche mia zia ha partorito fuori termine: forse è un gene?”

Concetta: “... Abito sotto mia madre, nella stessa casa, ed anche lei ha avuto delle gravidanze così... Non avevo paura del fatto di aver superato il tempo previsto. Di essere in cinta l'ho capito quando mio marito stava per partire per andare a vedere una corsa di macchine, all'estero, ma non gliel'ho detto. Mia madre così l'ha saputo per prima, ed anche del sesso del bambino non l'ho detto, anche se l'ecografista me l'aveva detto... Erano cose mie.”

## Un'ipotesi psicosomatica

Nel panorama contraddittorio della Letteratura sulla gravidanza oltre termine due dati sembrano unanimemente riconosciuti: la maggiore frequenza del fenomeno in donne che hanno già partorito oltre termine e la maggiore incidenza di nati macrosomi(1). Si potrebbe allora ipotizzare che entri in gioco un fattore costituzionale e che le donne che vanno “veramente” oltre termine tendano ad accoppiarsi con partners provenienti da famiglie simili alle loro, e cioè da famiglie sinciziali in cui l'uomo lascia alle donne la gestione delle gravidanze e dei parti nonché la cura dei figli. In questa prospettiva si potrebbe allora costruire un'ipotesi psicosomatica, senza per questo dover entrare nel merito di quale possa essere il meccanismo fisiologico – ritardato annidamento della blastocisti, scarsa sensibilità dell'utero all'ossitocina(32), bassi livelli di prostaglandine nel liquido amniotico(33), o altro.

Un'ipotesi suggestiva che potrebbe essere riassunta in questi termini:

- 1) la gravidanza potrebbe aver avuto una durata superiore a quella attuale in un'epoca in cui la specie umana non aveva ancora raggiunto la stazione eretta;
- 2) il passaggio alla stazione eretta ed il conseguente profilarsi del dilemma ostetrico avrebbe notevolmente aumentato il rischio di morte di parto, aumentando così le probabilità di sopravvivenza per le donne capaci di partorire prima del tempo originariamente fisiologico: la durata “normale” della gravidanza si sarebbe così, progressivamente, ridotta;
- 3) le donne capaci di una “vera” gravidanza oltre termine sarebbero le vestigia viventi di un arcaico passato della nostra specie: per questo accanto a talune caratteristiche somatiche ne

conserverebbero anche alcune psicologiche ( la scarsa individualizzazione e la notevole sncizialità).

Lo screening tra gravidanze oltre termine “vere” e “ presunte tali” (16) diventerebbe allora necessario per evitare il rischio che il management ostetrico finisca per maltrattare le prime tentando di indurre il parto prematuramente(17). Ad esempio, il dato della Letteratura secondo cui le donne in gravidanza oltre termine avrebbero una scarsa risposta contrattile all’ossitocina ed un basso livello di prostaglandine nel liquido amniotico (con la conseguenza di finire spesso per essere cesarizzate dopo una fallita induzione) potrebbe, in questa prospettiva, essere piuttosto interpretato come dovuto ad una fisiologica non preparazione al parto della madre e delle unità feto-placentare.

## **Interludio**

Se la capacità di simbolizzare è nata dalle intense emozioni vissute nel primordiale gruppo delle madri di fronte al tragico evento evolutivo della morte di parto, se a questo evento si è tentato di porre rimedio ritualizzando e sacralizzando l’originaria istintuale placentofagia(26), ecco che tutta una serie di fenomeni - dall’ambivalenza delle madri nei confronti dei figli alle teorie sessuali dei così detti “popoli primitivi”, per il quale il concepimento era un fatto orale o di contatto – assumono una valenza affatto nuova per lo sguardo della clinica psicosomatica(22).

In questa prospettiva, per limitarsi ad un esempio, il sintomo classico degli eating disorders (mangiare e vomitare) esprimerebbe il conflitto tra il desiderio e la paura di una gravidanza, confermando così l’ipotesi che l’anoressia non sia che una forma più severa dell’amenorrea psicogena(7).

A questa figura clinica, riconosciuta come un classico della psicosomatica ginecologica, daremo quindi uno spazio adeguato, riportando alcune esperienze con donne in amenorrea secondaria.

## **Amenorrea psicogena**

Sin dai tempi della controversia tra Freud e Jones sull’essere o sul divenire donna(18) la fenomologia del mestruo (ed i disturbi psicosomatici del ciclo sessuale – tra cui l’amenorrea psicogena) hanno rappresentato una di quelle aree di ricerca in cui il problema natura/cultura si poneva in modo talmente centrale da non potersi più eludere l’accostamento tra etnologia e psicoanalisi.

Prima di presentare alcuni materiali clinici riteniamo quindi opportuno rivisitare alcuni topoi classici dell’etnologia: i “riti di reclusione delle fanciulle in pubertà”(11) ed i “riti di passaggio”(34).

### *Tra cielo e terra*

In culture molto diverse possiamo incontrare numerose varianti di una stessa struttura rituale caratterizzata dalla segregazione delle ragazze in uno spazio appositamente allestito (poco prima o subito dopo il menarca) e dalla prescrizione di una serie di tabù. Tra questi erano pressoché universali i divieti di guardare il sole e toccare la terra con i piedi, così come l’obbligo di digiunare ed osservare una dieta severa. Nella struttura rituale si intravedono così i sintomi fondamentali delle ragazze che oggi vengono diagnosticate come affette da “amenorrea psicogena” e da eating disorders: la dieta e l’isolamento.

*“Evidentemente lo scopo di segregare le donne durante la mestruazione è di neutralizzare le pericolose influenze che si credono emanare dal lei in questo periodo. Che il pericolo si ritenga di speciale gravità alla prima*



mestruazione appare chiaro dalle precauzioni straordinarie prese per isolare le fanciulle a questa prima crisi. [...] L'effetto generale di queste regole è di tenerla [la fanciulla] per così dire sospesa tra cielo e terra. Sia essa avvolta nella sua amaca e attaccata al soffitto come nell'America del Sud, o tenuta [...] in una oscura e ristretta gabbia come nella Nuova Irlanda, essa si può considerare egualmente come fuori dalle condizioni in cui può nuocere, poiché essendo separata dalla terra e dal sole non può avvelenare nessuna di queste due grandi sorgenti di vita con il suo mortale contagio. [...] Le precauzioni così prese per isolare la fanciulla sono dettate tanto dalla preoccupazione per la sua sicurezza quanto per il benessere degli altri. [...] Così le fanciulle zulù credono [...] che si disseccerebbero come scheletri se le vedesse il sole alla loro pubertà, e i Macusi immaginano che se una donna trasgredisse queste regole le verrebbero dei gonfiori in molte parti del corpo" (11).

Van Gennep riprende l'intuizione dell'Autore del "Ramo d'Oro" criticandone l'interpretazione restrittiva ed ampliandone e approfondendone il significato attraverso la costruzione del concetto dei "riti di passaggio". In questa prospettiva i cambiamenti degli individui e dei gruppi, all'interno della comunità, sarebbero scanditi da sequenze rituali che si articolerebbero in un ritmo tripartito: riti preliminari (di separazione da uno stato di partenza), riti liminari (di isolamento in uno stato marginale, neutro), riti post-limitari (di aggregazione in uno stato di arrivo).

"Tra le pratiche pressoché universali delle diverse cerimonie attraverso le quali si scandisce il corso della vita, c'è quella del farsi trasportare: il protagonista non deve toccare il terreno per un periodo più o meno lungo. [...] L'idea ispiratrice è che si deve essere sollevati o sopraelevati. Non è che il rito, come erroneamente si crede, abbia lo scopo di impedire la profanazione della Terra considerata sacra o della Terra-Madre con il contatto di un essere impuro. Poiché il rito vale per la nascita, la pubertà, il matrimonio, l'incoronazione, l'ordinazione, i funerali, il trasferimento di un personaggio sacro [...] occorre trovare [...] una spiegazione generale; credo che la più semplice sia considerare questo rito come rito di margine. Per far vedere che fino a quel momento l'individuo non appartiene né al mondo sacro né a quello profano o anche che, appartenendo ad uno dei due, non lo si vuole aggregare malamente all'altro, lo si isola, lo si tiene in una condizione intermedia, lo si tiene sospeso tra cielo e terra" (34).

### Sabrina, Valeria

Sabrina: "Mia madre mi disse: < Ecco, sei diventata signorina! Devi stare attenta, devi stare attenta ai ragazzi! Perché quando una diventa signorina vuol dire che quando si sposa diventa madre. > [...] Mia madre lo disse alla vicina di casa... allora iniziai a piangere, e il giorno appresso non volevo andare a scuola... e poi m'ha dato fastidio quando mia madre l'ha detto a mio padre. [...] Da quando ho avuto la prima mestruazione non sono più andata al doposcuola... Mi è stato dato come un fatto compiuto: < Tu c'hai le mestruazioni, basta. Adesso non sei più una bambina. > [...] Io continuavo a giocare a campana, a corda, con le bambole... Mi piaceva stare coi bambini, continuare a giocare. Per me era un troncamento la vita da bambina e iniziare una nuova vita... per me, io questo non l'ho accettato... Mi dicevano che bisognava stare con la gente più grande di noi, e non capisco perché. Invece io [...] stavo bene con le bambine di sette otto anni e ci scherzavo, ci ridevo... Sin dall'inizio mi sono trovata male con gli adulti. [...] Poi ho fatto amicizia con la ragazza della dieta, che forse era meglio non la facevo perché da allora non ho più fatto amicizia con nessuno. [...] Quando ho la possibilità di farmi un'amica sto lì in un cantuccio, lì a non fare niente, e non allaccio il discorso... [...] Ho iniziato la dieta contemporaneamente ad un'altra ragazza. Eravamo veramente fedeli, era quasi un controllo il nostro: < Che ti sei mangiata? Che hai fatto? > Guai se si prendeva il tè con lo zucchero... [...] Io poi ho continuato. Per me la cosa più importante è non ingrassare. [...] Contemporaneamente al periodo che ho iniziato la cura dimagrante ho iniziato a prendere la pillola. Ho smesso, e da allora le mestruazioni non mi sono più tornate... Venivano solo dopo cure ormonali o roba del genere".

Valeria: "Non è che son rimasta colpita, insomma, perché mia madre mi aveva già spiegato... insomma, che mi doveva venire questa cosa. Quindi non è stata una sorpresa... comunque, magari... m'è scociato, perché io, appunto, ho sempre desiderato di rimanere piccola, quindi... Cioè... questa cosa voleva dire che io ero diventata grande, e non è che mi dava molta gioia, insomma... comunque non mi importava. [...] Sono sempre stata una persona di appetito... magari mangiavo abbastanza, però non è che avevo problemi di linea... Da quando mi sono venute le mestruazioni ho cominciato ad ingrassare, finché ho cominciato a fare una dieta e sono dimagrita veramente moltissimo... Sono arrivata a 45 chili. [...] Cioè, se io sto con gli altri magari mi distraigo, così anche altri problemi li posso risolvere, però siccome quando vado con gli altri mi sento brutta allora mi isolo, mangio ancora di più e così mi sento ancora più brutta: tutto un circolo che non riesco a risolvere!".

## *Un passaggio difficile*

Le trascrizioni di questi vissuti consentono suggestive associazioni con i riti di segregazione delle fanciulle alla pubertà. Come se l'ingresso nel mondo della sessualità adulta fosse stato attuato e vissuto in modo inadeguato nel gruppo allargato in cui si trovano, esponendole così a ritrovare progressivamente nel sintomo psicosomatico la struttura del rituale primitivo attraverso cui ripetere, in qualche modo, il passaggio problematico. Da questo punto di vista si potrebbe pensare che l'ambiente umano delle nostre pazienti abbia favorito, in modo affatto inconscio e involontario, il ritorno all'arcaico divieto alla naturalità femminile, pretendendo di controllarla culturalmente.

La dieta e l'isolamento cui venivano sottoposte le fanciulle alla pubertà avevano infatti l'effetto di ritardare o di bloccare il flusso mestruale, così come il reinserimento della fanciulla e l'abbandono delle restrizioni alimentari, al termine del rituale, avevano l'effetto di facilitare la ripresa o l'inizio dei cicli. La fanciulla veniva così fatta diventare donna, culturalmente, piuttosto che essere lasciata alla sua naturalità femminile. Solo dopo aver represso la natura, la cultura ne consentiva l'espressione: la donna doveva mestruare secondo i tempi e le regole della comunità, non secondale leggi di natura...

Il sintomo dell'amenorrea, nelle diverse storie cliniche, potrebbe essere allora ricondotto a uno schema strutturale:

- 1) il fallimento di un passaggio nel percorso verso l'assunzione di un'identità sessuale adulta – un passaggio che non sappiamo dove e quando potrebbe essersi inceppato (se all'atto del concepimento della futura adolescente, nel corso della sua vita prenatale, o in uno o più successivi momenti psicosomatici del suo sviluppo postatale);
- 2) il verificarsi di un evento critico, significativo per l'assunzione di un'identità sessuale adulta;
- 3) la fuga regressiva nel sintomo, inconsciamente indotto attraverso l'osservanza di una rigida dieta alimentare, spesso condotta in coppie o gruppi di coetanee.

Con l'instaurarsi dell'amenorrea la ragazza entra comunque in uno stato di sospeso isolamento, si colloca, metaforicamente, "tra cielo e terra". Il tempo della sua maturazione psicologica viene magicamente fermato, insieme al suo orologio interno, al suo ciclo mestruale (19,25).

### *Alice*

Non necessariamente questo processo di attualizza in coincidenza col menarca. Più spesso la causa scatenante dell'amenorrea va ricercata in altri eventi che possono essere vissuti come "critici" e particolarmente significativi per l'assunzione dell'identità sessuale femminile (primi rapporti sentimentali, vicende della vita sessuale della madre o di altre donne familiari, lutti, cambiamenti di casa o residenza, ecc.).

*Alice: "Ma io...con le mestruazioni...cioè, regolarissime non le avevo mai avute, comunque sono state...sono cominciate, queste cose qui dell'amenorrea, da tre anni a questa parte. Questo è successo precisamente quando ho vinto un concorso e sono andata a lavorare fuori. [...] Il fatto è quest: o quando sono partita mia madre era molto preoccupata del fatto che stando fuori, da sola, nessuno mi avrebbe potuto curare nel momento in cui i fossero venute le mestruazioni – perché in questi casi stavo molto male [...] ma proprio da dar di stomaco o cose di questo genere. Al limite potrebbe essere stato anche questo fatto, non so, questo volermi sentire forte e quindi superare l'ostacolo abolendo proprio la causa, diciamo. [...] Poi c'è anche un altro fatto: [...] nella seconda pensione che ho avuto c'era una signora che era sempre preoccupata...cioè era successo che avessi sporcato il lenzuolo...per cui può darsi anche questo fatto...per evitare...uno scontro..."*

Per Alice vincere il concorso, andare via di casa, cominciare a lavorare e rendersi economicamente autonoma ha significato distaccarsi da una sessualità femminile che era vissuta

in modo conflittuale (le mestruazioni dolorose) proprio per un aperto contrasto col modello propostole dalla madre (casalinga ed “arretrata”, nel vissuto della figlia).

La prospettiva etnopsicoanalitica consente di rendersi conto in modo incontrovertibile di quanto la relazione tra madre e figlie, tra donne in età fertile e fanciulle che stanno per svilupparsi sessualmente, sia centrale nell’assunzione dell’identità femminile. Ci limiteremo ad un solo esempio, particolarmente illustrativo, tratto da una delle opere di Devereux.

*“I Chagga impediscono anche alla madre di avere rapporti sessuali quando la figlia entra nella pubertà. Le madri che rifiutano il ruolo di matrone precoci devono dunque ricorrere alla magia per ritardare la pubertà delle figlie. Una psicoanalista, alla quale riferì questo costume, mi raccontò il caso di una sua paziente ancor giovane, di circa trentacinque anni, che denunciò una menopausa precoce quando la figlia divenne pubere. L’analisi aveva messo in evidenza che, come una donna chagga, anche a lei sembrava impossibile essere donna contemporaneamente alla figlia.” (Devereux, 1973).*

L’essenza dell’amenorrea psicogena potrebbe allora essere ricercata proprio sul versante del senso del tempo: il sintomo esprimerebbe un blocco dell’orologio interno femminile. Del resto mese lunare e ciclo mestruale sono profondamente collegati, e la misurazione del tempo ha sempre fatto riferimento, in ogni cultura, ai bioritmi delle mestruazioni.

Ecco allora che l’assunzione di un’identità sessuale femminile si carica, nell’inconscio, del peso di tragiche responsabilità: l’accettazione del fluire del tempo vissuto, della nascita dei figli come presagio di morte per i genitori (osserviamo per inciso che questo è proprio lo scenario dell’Edipo).

A questo proposito non sarà inutile ricordare qui un altro rituale. Gli Asmats, un popolo di cacciatori di teste, usavano uccidere un nemico ogni volta che veniva alla luce un bambino di sesso maschile. La credenza che animava questo costume era che l’anima del padre sarebbe inevitabilmente passata nel corpo del figlio, se non si fosse trovato un Doppio (l’anima del nemico ucciso) capace di andare ad abitarlo...

Non ci sorprenderemo di ritrovare ora, nella clinica, le risonanze contemporanee di queste angosce primitive.

*Alice: “Io c’ho pensato tante volte...[...] Questo lo vedo come un rifiuto di...di essere donna, non so. [...] Poi c’è anche un altro fatto che forse può essere collegato con questo mio non voler crescere, in fondo... Un po’ l’atteggiamento – diciamo- dei miei. Ad esempio c’è mio padre che, quando è nato il primogenito, il figliolo di mia sorella, ha quasi rifiutato il... ruolo del nonno. Eppure con i miei fratelli più grandi e con noi usciva, ci portava in giro, ci curava molto – diciamo – ci portava sempre ai giardini...[...] Ha rifiutato questo ruolo, così... perché forse si sentiva in questo caso vecchio. [...] Questo loro voler continuarci a stare dietro in questa maniera, trattandoci un po’ da bambini...un loro non voler far crescere...[...] non voler accettare questo ruolo...quasi nella fase finale della vita, ed il mio non voler crescere, forse potrebbe essere collegato a quel fatto che le dicevo: di quando piangevo di notte per il pensiero stesso di... del fatto che non avrei avuto più genitori... Forse le due cose, ricollegandosi, potrebbero formare una... forse un’altra forma di spiegazione di questa...cosa [l’amenorrea]”.*

## Conclusioni

Il nostro itinerario si chiude qui. La riflessione di Alice rimanda infatti ad un livello transgenerazionale ed apre il discorso sull’indicazione di un intervento psicoterapeutico che superi la diade e che consenta di decifrare l’arcaico linguaggio del corpo ed andare al di là dell’opacità dei sintomi in una prospettiva più ampia. L’approccio etnopsicoanalitico diviene allora la cornice di riferimento inevitabile.

Nel caso dell’amenorrea psicogena, ad esempio, l’organizzazione di gruppi istituzionali, fondati su regole precise, di impostazione psicoanalitica, ha riprodotto quello stadio intermedio, tra realtà e fantasia, che ricostruisce una situazione equivalente all’essere isolati tra cielo e terra

nel rito di passaggio. L'idea guida, in questa prassi psicoterapeutica, è stata quella di favorire una regressione controllata, nel tempo-spazio sospeso ma definito del rituale psicoanalitico, allo scopo di favorire un'elaborazione che consentisse il superamento del passaggio mancato.

Nel caso invece della poliabortività il luogo privilegiato dell'elaborazione delle dinamiche inconsce che animavano la patologia psicosomatica ha preso la forma di una seduta in cui l'èquipe interdisciplinare (subito dopo essersi disposta intorno alla madre per favorire la sua presa di contatto col bambino interno, grazie all'uso dello strumento ecografico) analizzava le proprie fantasie ed i vissuti controtransferali.

In altre situazioni della clinica psicosomatica – ad esempio nell'area della psico-oncologia (Nesci, Polisenò, 1992) – possiamo immaginare che gruppi di tipo Balint siano lo strumento preferenziale, o che si debbano ritrovare altre modalità di intervento, altre configurazioni... edizioni nuove di rituali antichi, comunque radicati nel modo gruppo-individuale di funzionamento della mente... perché è a questo livello che la clinica psicosomatica ci riconduce.

## Bibliografia

- 1) Ahn M., Phelan J.: *Epidemiologic aspects of the postdate pregnancy*. Clin. Obstet. Gynecol. 32: 228-234, 1989.
- 2) Ancona L., Nesci D.A., Polisenò T.A., Averna S., Mancuso A.K., Ferrazzani S., De Carolis S., and Mancuso S.: *Studying the Early Relationship in Prenatal Life: a Methodological Choice*. Acta Medica Romana 29: 395-399, 1991.
- 3) Averna S., Nesci D.A., Lafuenti G., Valentini P., Russo A., Ferro F.M.: *Il gruppo sinciziale nelle gravidanze oltre termine "vere"*. Atti della SIGO, Clas International, Brescia, 1990, pp.233-234.
- 4) Averna S., Nesci D.A., Polisenò T.A., Mancuso A.K., Ancona L., Ferrazzani S., De Carolis S., Mancuso S.: *Obstetrical Ultrasonography and the Relationship between the Mother and her Unborn Child*. Acta Medica Romana 29: 400-404, 1991.
- 5) Briffault R.: *The Mothers*. London, McMillan, 1927.
- 6) Depuis J.: *Storia della paternità*. Milano, Tranchida, 1992.
- 7) Ferro F.M., Orlandelli E., Marana R., Nesci D.A., Ruta R.: *Un'esperienza di psicoterapia di gruppo con donne affette da amenorrea secondaria*. Quaderni di Psicoterapia di Gruppo, 2:119-126, 1983.
- 8) Fornari F.: *Psicoanalisi della guerra*. Feltrinelli, Milano, 1966.
- 9) Fornari F.: *Il codice vivente*. Ed. Boringhieri, Torino, 1981.
- 10) Fornari F.: *Il Padre del Signore della Morte*. In: AA.VV. *In Nome del Padre*, Bari, Laterza, 1983.
- 11) Frazer J.C.: *The Golden Bough*, Macmillan, London, 1922.
- 12) Freud S.: *Lettera a Jung 274 F.* (1911) In W. McGuire (Ed.) *The Freud/Jung Letters*, The Hogart Press and Routledge and Kegan Paul, London, 1974, pp. 448-449.
- 13) Freud S.: (1915-17) *Introduzione alla psicoanalisi*. In Freud: *Opere*, vol.8, Boringhieri, Torino.
- 14) Gaddini E.: *Acting out nella situazione analitica*. In: Gaddini E.: *Scritti (1953-1985)*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 535-546, 1981.
- 15) Kroger W.S., Freed S.C. Eds.: *Psychosomatic Gynecology: including problem of obstetrical care*. Saunders, Philadelphia, 1951,
- 16) Lafuenti G.A., Nesci D.A., Russo A., Averna S., Valentini P., Ferro F.M.: *Differenze psicodinamiche tra gravidanze oltre termine "vere" e "presunte"*. Atti della SIGO, Clas International, Brescia, pp. 191-192, 1990.
- 17) Lafuenti G.A., Nesci D.A., Russo A., Averna S., Valentini P., Ferro F.M.: *Dinamiche inconsce nel management delle gravidanze oltre termine presunte*. Atti della SIGO, Clas International, Brescia, pp. 135-136, 1990.
- 18) Mitchell J.: *Psychoanalysis and feminism*. Pantheon Books, New York, 1974.
- 19) Nesci D.A., Ferro F.M.: *Riflessioni etnopsicoanalitiche su un'esperienza di gruppo con donne in amenorrea secondaria*. In: Orlandelli, De Risio, Ferro (Eds.): *Il trauma della nascita, la nascita del trauma*, IES Mercury, Roma, pp. 227-281, 1984.

- 20) Nesci D.A., Lafuenti G.A., Averna S., Russo A., Valentini P., Ferro F.M., Ferrazzani S., De Carolis S.: *L'immagine placentare nelle gravidanze oltre termine "vere"*. Atti della SIGO, Clas International, Brescia, pp. 189-190, 1990.
- 21) Nesci D.A., Polisenio T.A., Averna S., Mancuso A.K., L. Ferrazzani S., De Carolis S., Caruso A.: *The "Covert" Relationship Between the Mother and her Unborn Child*. Acta Medica Romana 29: 410-417, 1991.
- 22) Nesci D.A.: *La Notte Bianca. Studio etnopsicoanalitico del suicidio collettivo*. Roma, Armando, 1991.
- 23) Nesci D.A., Polisenio T.A., Averna S., Mancuso A.K., Ancona L., Mancuso S.: *Studio della vita prenatale e paradigma gruppale*. In: *La donna e le crisi psicobiologiche*, a cura di Scardino e Barbato, CIC, Roma, 1993, pp. 68-71, 1991.
- 24) Nesci D.A., Polisenio T.A., Averna S., Mancuso A.K., Caruso A., Mancuso S.: *L'equipe interdisciplinare nell'ecografia ostetrica: riflessioni metodologiche ed esperienze cliniche*. Atti della SIGO, Roma, Società Editrice Universo, pp. 778-791. 1994.
- 25) Nesci D.A., Polisenio T.A., Averna S., Mancuso A.K., Lucisano A., Tropeano G., Garfagna P., Caroli G., Satta M.A., De Risio S.: *Riflessioni etnopsicoanalitiche su un caso di amenorrea*. Atti della SIGO, Società Editrice Universo, Roma, pp. 1277-1279, 1994.
- 26) Ober W.: *Notes on placentophagy*. Bull N.Y. Acad. Med. 55:591-599, 1979.
- 27) Polisenio T.A., Nesci D.A., Averna S., Mancuso A.K., Ancona L., Ferrazzani S., De Carolis S., Caruso A., Mancuso S.: *Power Dynamics within the Group of the Mothers and Reproductive Pathology*. Acta Medica Romana 29: 418-424, 1991.
- 28) Priest R.G. Ed.: *Psychological disorders in obstetrics and gynecology*. Butterworth, London, 1985.
- 29) Roheim G.: *The Eternal Ones of the Dream*. International Universities Press, New York, 1945.
- 30) Russo A., Nesci D.A., Lafuenti G.A., Averna S., Valentini P., Malzoni, Ferro F.M.: *Il disconoscimento del padre nelle gravidanze oltre termine "vere"*. Atti della SIGO, Clas International, Brescia, pp. 1083-1084, 1990.
- 31) Stewart D.E., Stotland N.L. Eds.: *Psychological aspects of women's health care: the interface between psychiatry and obstetrics and gynecology*. American Psychiatric Press, Washington D.C., 1993.
- 32) Takahashi K., Diamond F., Bieniarz J.: *Uterine contractility and oxytocin sensitivity in preterm, term, and postterm pregnancy*. Am. J. Obstet. Gynecol. 136:774-779, 1980.
- 33) Tamby R., Karim R., Salmon M.: *Prostaglandins and postmaturity*. Aust. NZ. J. Obstet. Gynecol. 17: 89-96, 1977.
- 34) Van Gennep A.: *Les rites de passage*. Nourry, Paris, 1909.
- 35) Washburn S.L.: *Tools and Human Evolution*. Scientific American 203, 3: 3-16, 1960.