

Il dolore nel parto: quale valutazione?

di Antonio Imbasciati*, Francesca Dabrassi**

La percezione del dolore

Si dice che “si percepisce” dolore, e comunemente si attribuisce tale percezione a un qualche stimolo esterno, detto appunto dolorifico. L'evento però non è semplice, come invece potrebbe essere per altre situazioni di percezione, per esempio visiva o auditiva. Come evento percettivo, il dolore dovrebbe poter essere inquadrato nei dati che la ricerca psicologica sperimentale da tempo ci ha dato a conoscere, nello studio di quell'evento mentale elementare e primario chiamato percezione. La percettologia, tuttavia, se ha dato i risultati chiari e ormai concordi per gli innumerevoli studi sulla percezione visiva, su quella auditiva e, in minor misura, su quella vestibolare e quella tattile-pressoria-proprioceettiva, su altre sensorialità ha lasciato, per ora, interrogativi: per esempio si quella olfattiva e su quella gustativa. Ancor più su quella dolorifica.

Questa, in quanto segnale biologico di pericolo, desta allarme, anche se solo prevista, e pertanto innesca un lavoro cerebrale di portata globale, cosicché oltre che parlare di percezione in senso stretto, occorre considerare quanto possiamo chiamare “valutazione cognitiva”, sia quando una nocicezione sia in atto, sia quando sia prevista, o anche solo temuta. Tutto ciò significa coinvolgimento del cervello pressoché in toto, cosicché difficile è individuare una percezione “pura” quando si tratti di un'afferenza di stimoli nocicettivi.

Sappiamo inoltre come un'elaborazione cerebrale possa dare origine ad una percezione dolorosa somatica, anche localizzata, in assenza di qualunque stimolo, come per esempio nelle manifestazioni ipocondriache. Un risultato similpercettivo si ha dunque anche quando ci sono soltanto processi immaginativi, o anche processi comunque di tipo emotivo senza che vi sia coscienza di essi. L'ipocondriaco sente davvero dolore: e soltanto dolore e non consapevolezza di altri suoi processi mentali. Si potrebbe pertanto rianimare, per il dolore, la diatriba che negli anni '60 contrappose percettologi innatisti (gestaltisti) a percettologi empiristi (transazionalisti) circa la possibilità di separare una percezione “pura” da “processi associativi” dovuti all'esperienza (Musatti, 1958; Kanizsa, 1961). Si può dunque affermare che non è possibile isolare una percezione dolorosa da altri concomitanti e convergenti processi di pensiero che la determinano. In realtà per qualunque percezione, anche per quelle più classicamente studiate, seppur in misura minore rispetto a quella del dolore, non è possibile isolare una “percezione pura” da altri processi associati, o “associativi”, cioè da altri processi mentali (Imbasciati, 1986). La stessa percezione è un processo mentale a pieno titolo (Ancona, 1970), recante comunque un significato che riflette l'esperienza. La percezione “pura” è un artefatto di laboratorio (Musatti, 1964).

Se dunque tali indissolubilità tra pensiero e percezione è considerata anche per percezioni, per esempio quelle visive, che appaiono dipendere solo dalla fisicità di quanto percepito e dalla struttura biologica dell'apparato recettore, cioè secondo un semplice schema stimolo-risposta, a maggior ragione tutto ciò dobbiamo considerarlo

* Professore ordinario di Psicologia clinica e direttore dell'Istituto di psicologia della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia; membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. www.imbasciati.it.

** Dottore di Ricerca in Psicologia Clinica Cattedra di Psicologia Clinica Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Brescia

per il dolore. Anche nel senso comune è noto come il dolore sia percepito più o meno intensamente a seconda della soggettività di un individuo. Il coinvolgimento delle strutture elaborative centrali sulle afferenze rende il risultato percettivo, quale compare nella coscienza, soggetto a innumerevoli fattori psichici globali, strutturali, relativi all'insieme degli stimoli, circostanziali. Per le percezioni relative ai telerecettori classici (vista, udito) lo scarto tra previsione percettiva in base alla configurazione di stimoli e risultato percettivo nella coscienza del soggetto è minimo. Per altre percezioni sensoriali questo scarto aumenta, come per esempio nell'olfatto: massimamente dobbiamo dunque considerare questo scarto per la percezione dolorifica. Ciò è appunto in relazione alla progressivamente maggiore elaborazione centrale (dunque psichica) sulle afferenze. Ne consegue un'enorme difficoltà a misurare il dolore con un grado di attendibilità pari o simile a quello che si può avere per altri eventi mentali.

Il dolore e la sua misura

Il dolore è dunque evento percettivo ma con una pregnanza psichica globale di gran lunga maggiore rispetto ad altri eventi percettivi. Evento mentale a pieno titolo, dunque. La misura del dolore deve pertanto essere tarata sulla soggettività del soggetto: è dunque misura che compete squisitamente alla psicologia e di tutt'altro che facile rilievo. Una più diretta misura neurologica, sulle elaborazioni centrali, è d'altra parte per ora problematica. Per una misura psicologica occorrerebbe poter individuare e isolare i vari eventi psichici che costituiscono l'elaborazione centrale dell'afferenza e quantificare la loro influenza. La prospettiva è particolarmente complessa: non solo perché è tutt'altro che facile individuare i singoli processi psichici, e poi misurarli - processi come abbiamo visto della più ampia portata mnestico-strutturale -, ma anche perché ciò che verrebbe rilevato deve essere tarato sulla capacità di coscienza del singolo in quel momento, nonché su quanto il soggetto è in grado di comunicare questo suo risultato cosciente con un linguaggio, verbale o altro linguaggio. Sappiamo quanto i risultati di tali ultimi processi comunicativi possano essere diversi da ciò che veramente accade nella mente del soggetto e nel suo lavoro neurale. Sappiamo quanto il risultato cosciente sia un epifenomeno di un lavoro neurologico molto esteso, e pertanto sappiamo quanto debole, labile e variabile sia il collegamento tra ciò che appare alla coscienza e quanto avviene inconsapevolmente nel soggetto; sappiamo quanto il cervello destro moduli il sinistro (Schore, 2003a, b), dal cui lavoro compare qualche volta la coscienza, nonché quanto e come l'emisfero destro si sia strutturato per esperienze, più che per la genetica, e come tale strutturazione sia tutt'altro che statica. Da questi per ora ancor scarni dati neurologici discendono ancor più approssimate inferenze psicologiche: è l'emotività che modula la percezione, quella del dolore verosimilmente più di altre. Ma tale conclusione non ci illumina più di tanto: emotività è un'etichetta omnicomprensiva di una gran quantità di eventi neuro-mentali.

Si dice che il dolore sia fisiologico: la genetica ha predisposto vie nervose specifiche (fasci spinali, dispositivo del "cancello") e apparati periferici di ricezione altrettanto specifici (corpuscoli del Pacini, fibre libere). La nocicezione ha lo scopo di evitare i pericoli per la sopravvivenza. Ma quanto a tale "fisiologicità" si interseca la modulazione centrale operata dal singolo individuo in quel momento?

Difficile è dunque misurare il dolore: gli strumenti finora costruiti si basano esclusivamente su quanto il soggetto esprime, su ciò che sente coscientemente, e dipendono dalle sue capacità di comunicare ciò che sente, o che gli sembra di sentire. Per lo più ci si basa sulla sua verbalizzazione. Così abbiamo scale di misurazione che si basano soprattutto su autovalutazioni, spesso verbali, del soggetto.

Prima di parlare però di misura del dolore dobbiamo distinguere tra cosa intendiamo per “misura” (*measure*) e cosa per “valutazione” (*assessment*): con la prima ci riferiamo all’applicazione di un determinato strumento metrico ad una specifica componente del dolore, di solito la sua percezione di intensità; la seconda implica invece un approccio multidimensionale del dolore e considera tutte le diverse componenti e le diverse interazioni relative all’esperienza dolorosa (De Benedittis et al., 1993). Come si può capire, è impossibile quantizzare con precisione questi fenomeni eminentemente soggettivi, così come non si può fare affidamento sull’esclusiva descrizione verbale del soggetto, ma sarà necessario tenere conto della multidimensionalità dell’esperienza. Nella scelta dello strumento di misurazione bisogna pertanto essere consapevoli che gli aspetti indagati sono già di partenza parziali e aleatori. Come dunque si può procedere? E qual è la prassi attuale?

Le scale per la valutazione del dolore più utilizzate, soggettive e di applicazione singola, comprendono: scale numeriche, scale verbali, scale analogiche, visive e cromatiche, e infine quelle basate sulle espressioni facciali, utilizzate soprattutto nei bambini.

Le scale di rating verbali propongono descrizioni graduate dell’intensità del dolore, in cui il soggetto deve associare i propri dolori alla descrizione che meglio li caratterizza. Tra queste ricordiamo la scala di rating verbale di Gracely (Gracely et al., 1978) e quella di Tursky (1976) che hanno come scopo quello di valutare anche le componenti affettive del dolore; poi c’è la scala verbale a 4 punti VRS-4 di Downie et al. (1978), quella a 5 VRS-5 di Melzack (1975) e, infine, la scala di rating comportamentale a 6 punti BRS-6 di Budzynski et al. (1973) che valutano l’intensità soggettiva del dolore. Quest’ultima scala si basa su una codifica del dolore in base ai suoi effetti sul comportamento e le attività quotidiane del paziente. Nelle scale di rating verbale, il soggetto paragona l’intensità del dolore ai descrittori forniti scegliendo quello che sente caratterizzare maggiormente la sua patologia. La traduzione dei risultati in numeri può avvenire seguendo due metodi. Secondo il metodo del ranking si assegna lo 0 all’intensità del dolore più bassa, l’1 all’intensità maggiore più vicina e così via fino all’intensità più forte. Così facendo si parte dal presupposto che gli intervalli d’intensità tra due descrittori vicini siano costanti, sebbene sia possibile che il dolore di livello 3 sia percepito dieci volte più forte di quello di livello 2, mentre un dolore di livello 4 solo due volte più intensamente di quello di livello 3. Per questo motivo il metodo del ranking è considerato una scala ordinale, che non fornisce nessuna rappresentazione di “intervallo” circa la percezione dell’intensità del dolore (Jensen et al., 1989). Per risolvere questo problema sono state sviluppate le cosiddette tecniche di Cross-Modality, nelle quali si tiene conto di differenti intervalli tra due descrittori vicini per la traduzione in numeri. In questo modo si dovrebbe avere una sensibilità lievemente maggiore a costo di un impegno però superiore. Jensen e collaboratori (1989) danno la preferenza alle scale di rating verbale con un numero di descrittori inferiore a 5, rispetto a quelle composte da più di 5 descrittori, in quanto quest’ultime non risulterebbero comunque avere una validità maggiore.

Le scale analogiche, o lineari, sono la rappresentazione visiva dell’ampiezza del dolore che un paziente crede di avvertire. Queste scale possono assumere diverse forme, sia come scala del dolore che come scala del sollievo del dolore. Tra questo tipo di scale abbiamo quella a 11 punti (BS-11 - Downie et al., 1978), la scala di rating numerica a 101 punti (NRS-101 - Downie et al., 1978) e la scala analogica visiva (VAS - Downie et al., 1978). Quest’ultima scala presenta lo svantaggio di richiedere al soggetto una presentazione scritta suscettibile di errori e all’esaminatore di misurare la lunghezza dei tratti segnati per ottenere una valutazione.

Infine, con i bambini spesso si usa la scala delle espressioni facciali (FPS-R – Bieri et al., 1990), che consiste generalmente in una serie di disegni raffiguranti diverse espressioni facciali che rappresentano le variazioni di gravità del dolore; il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che rappresenta il livello della propria esperienza dolorosa.

Per una misurazione più attendibile dell'intensità del dolore si ricorre, oltre che agli strumenti precedentemente elencati, ad una contemporanea registrazione di informazioni relative alla durata, alla localizzazione, alla causa e agli effetti del dolore su alcuni aspetti della vita, e a dati relativi all'eventuale terapia seguita in precedenza. Lo scopo è quello di ottenere il più possibile una taratura delle valutazioni che possono essere estratte da ogni singola procedura.

Tra gli strumenti più usati nella clinica, noti sono il Questionario di valutazione del dolore di McGill (MPQ – Melzack, 1975) e la sua versione breve (Melzack, 1987). La versione standard di tale accertamento del dolore (MPQ – Melzack, 1975) comprende quattro parti. La prima serve alla localizzazione del dolore segnata sul disegno di una figura umana e alla distinzione in dolore "interno" e dolore "esterno". La seconda parte è relativa alla valutazione qualitativa del dolore attraverso l'utilizzo di descrittori suddivisi in 20 classi di differenti intensità di vari tipi di dolore. Al paziente viene chiesto di scegliere tra le categorie a lui più idonee l'aggettivo che caratterizza meglio il suo dolore. Le 20 sottoclassi possono essere ricondotte a tre classi principali che descrivono differenti qualità del dolore: qualità sensoriali, qualità affettive e qualità di valutazione. I risultati "grezzi" ottenuti possono essere trasformati secondo varie modalità in dati utilizzabili statisticamente. La terza parte del questionario si occupa della caratterizzazione del decorso dei dolori. Infine, la quarta parte valuta l'intensità attuale del dolore su una scala da 1 (equivalente a lieve) a 5 (equivalente ad atroce).

La versione breve del questionario del dolore di McGill (Melzack, 1987) contiene una scala analogica visiva (VAS) e una scala per la registrazione dell'intensità del dolore attuale (Present Pain Intensity, PPI), entrambe utili per valutare l'intensità del dolore: è composta da una scala con 15 oggetti per la valutazione della qualità sensoriale e affettiva. Lo strumento sembra aver mostrato una sufficiente validità e attendibilità e, rispetto alla versione originale, comporta molto meno tempo, anche se le informazioni sono meno dettagliate. Un limite comunque strutturale, sia nella versione originale che in quella breve, è rappresentato dallo sbilanciamento interno del questionario che tende a privilegiare una dimensione che si suppone essere sensoriale, l'esperienza dolorosa, a sfavore di componenti affettive e valutative (Chapman et al., 1985). Una versione italiana di questo strumento è stata messa a punto da Maiani e Sanavio (1985), con il limite che porta sempre una traduzione: differenze e peculiarità idiomatiche e semantiche rendono la traduzione letterale dei vocaboli inglesi in altre lingue troppo semplicistica, e quindi inaffidabile e fuorviante.

Critiche in questo senso hanno favorito lo sviluppo di un questionario semantico del dolore in lingua italiana, il Questionario Italiano del Dolore (QUID – De Benedittis et al., 1993). Il QUID è composto da una scala di intensità del "dolore presente" (PPI) in 5 punti (lieve, moderato, forte, fortissimo, atroce) e da una scala intervallare semantica costituita da 42 descrittori del dolore, suddivisi in tre classi principali (sensoriale, affettiva, valutativa e mista) e 16 sottoclassi. L'intensità dolorosa veicolata dai singoli descrittori è stata valutata col VAS (Visual Analogue Scale), un metodo che adopera una scala graduata, lunga 10 cm, ai cui estremi si ha "assenza di dolore" da una parte e "il massimo dolore possibile ed immaginabile" dall'altra. Fra questi due estremi il paziente deve localizzare con un segno l'intensità del suo dolore. Si ottiene il vantaggio di un maggior grado di precisione metrica rispetto al sistema basato solo sull'ordine di rango. Attraverso questo strumento si ritiene possibile avere "costellazioni semantiche", che descrivono in modo peculiare le differenti sindromi (De

Benedittis et al., 1990). Ad esempio, nell'ambito del dolore acuto, il dolore da parto si caratterizza come "penetrante, costrittivo, vivo, mal definibile, che mette agitazione e fa lamentare, con carattere di acuzie" (De Benedittis, 1993).

Come si evince dalla sommaria rassegna presentata, una misura (o valutazione) del dolore è, oltre che complessa, di gran lunga impegnativa e delicata quanto a somministrazione di strumenti. Non può pertanto essere applicata, a nostro avviso, da medici e/o infermieri, ma richiede una preparazione specialistica. In psicomетria note sono le variabili che si inframmezzano quando la somministrazione di un qualunque test viene effettuata da un testista non all'uopo preparato. A maggior ragione quando il grado di validità e attendibilità degli strumenti, essendo debole, impone, come nel dolore, l'impiego di più strumenti e una valutazione complessiva da parte dell'operatore. In questa intervengono massicciamente le competenze dell'operatore nello specifico campo.

La complessità e la difficoltà relativa alla misurazione del dolore emergono chiaramente anche dai requisiti che l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD) elenca come "core curriculum"¹ per la formazione di quei professionisti sanitari che più sono coinvolti nella clinica con i problemi posti dal dolore. I criteri dell'AISD riprendono quelli americani (Charlton, 2005). I requisiti ritenuti indispensabili indicano un'adeguata conoscenza delle caratteristiche di soggettività e multidimensionalità del dolore (Clark et al., 2002; Kumar et al., 2002) e dei conseguenti concetti di introspezione e misurazione dell'esperienza soggettiva attraverso strumenti che per loro stessa natura non sono la misura esatta del dolore (Nakamura & Chapman, 2002). A questo proposito, forse ancor più che in altri settori, si sottolinea l'importanza di valutare la validità e l'affidabilità degli strumenti di misurazione: per il dolore si richiede un'affidabilità maggiore di .90, quando di solito per la misurazione di altri indici psicologici è considerato uno strumento accurato e sensibile se supera almeno un valore di .75. Inoltre, si raccomanda di tenere in considerazione il fatto che il problema della misurazione del dolore diventa ancor più complicato con popolazioni particolari di pazienti, quali i neonati, i bambini, gli adulti affetti da demenza o che sono stati colpiti da ictus o con malattie mentali: in questi casi l'indicazione è di non utilizzare i questionari unidimensionali o multidimensionali sopracitati ma strumenti di valutazione di tipo osservativo (Craig et al., 2001; Keefe & Williams, 2001) e, quindi, di avere competenze relative anche alla rilevazione del comportamento dovuto al dolore (Hajistavropoulos & Craig, 2002).

I requisiti richiesti come *core curriculum* per diventare "esperti" nella valutazione del dolore, e l'insistere su una formazione specifica di questi esperti, fanno emergere chiaramente, seppur indirettamente, i concetti di soggettività e multidimensionalità del dolore, di introspezione di capacità di coscienza, capacità di comunicazione e quant'altro sia implicato in una misura squisitamente soggettiva: concetti che per loro stessa natura appartengono all'ambito delle scienze psicologiche. Eppure non emerge da nessuna di queste linee guida una specifica formazione psicologico-clinica. Nonostante le ricerche abbiano sottolineato come la comprensione della soggettività del paziente, e quindi del dolore che prova, sia mediata dalla comprensione della propria soggettività, dall'operatore che va a valutare e, nel caso, intervenire sul dolore, in nessun luogo si parla di acquisizione di competenze relazionali interpersonali (cfr. Imbasciati & Margiotta, 2005, 2008).

Il dolore nel parto

¹ Per *core curriculum* si intende quello che è considerato il curriculum "minimo" o "essenziale", cioè il "sapere minimo necessario" per essere certificati come "conoscitori" di quella materia.

Se parlare di misurazione del dolore non è per niente semplice, proprio per la multidimensionalità degli aspetti soggettivi, la questione si presenta ancor più complessa se si parla di dolore nel parto, dove interviene una complessità psichica che concerne l'intera struttura psiconeurale della donna.

Quanto sopra sommariamente elencato per la misura del dolore costituisce un'acquisizione indispensabile per poter affrontare il problema oggi tanto dibattuto, spesso rozzamente, sulle funzioni del dolore nel parto e sull'opportunità di interventi analgesici di varia modalità e incidenza. Date le premesse di cui sopra, la dizione spesso usata di "dolore da parto" risulta erranea: non è infatti l'evento "parto" in sé che provoca un determinato dolore, quanto invece un evento estremamente complesso e ad enorme variabilità interindividuale che produce una percezione-valutazione altrettanto complessa e variabile. È dunque più corretto dire "dolore nel" parto o "per il" parto, piuttosto che "da parto": siffatta ultima dizione correlerebbe arbitrariamente l'evento esterno, cioè lo stimolo e le relative afferenze, con il risultato percettivo. Con ciò la fisiologicità di questo dolore non viene affatto diminuita: come tutte le nocicezioni, questo dolore avverte di possibili pericoli, per la donna e il suo bambino, affinché la donna prenda tutte le precauzioni a lei accessibili.

D'altra parte, la letteratura ha evidenziato come tale dolore, a parte la modalità con cui è percepito è vissuto, attivi processi neuroormonali che facilitano l'espulsione del feto. Il dolore, pertanto, non solo avrebbe funzione di allarme, ma esso stesso si configurerebbe come utile. Ma la pratica clinica mostra che in molti casi il dolore è causa di complicanze ostetriche e fetali. Si dispiegano allora una serie di interrogativi, l'un l'altro concatenati:

- Come si misura il dolore? Esistono misure obiettive, o comunque attendibili per la clinica?
- In che misura è possibile individuare eventi neuropsichici neurali e/o eventi psichici (in modo sufficientemente definito e univoco) che lo modulano?
- È possibile, e in che misura, individuare alcuni dei suddetti eventi che giuochino in maniera rilevante nel parto?
- Quando e come è possibile una valutazione che il dolore complichino invece che facilitare la fisiologia del parto?
- Si può rilevare cosa avviene neurofisiologicamente nei vari casi se in sede clinica un dolore viene valutato "troppo"?
- È possibile, e in che misura, individuare con strumenti delle scienze psicologiche processi psichici corrispondenti ai processi di cui a 2) e 3)?
- È possibile correlarli al punto 1)?
- È possibile correlarli l'un l'altro e con eventi neurologici?
- Quando è opportuno intervenire sul dolore? Quali sistemi di analgesia possono di volta in volta esser valutati come i più appropriati rispetto ai punti di cui sopra?
- Esistono, e quali sono, gli effetti sul neonato del dolore "fisiologico" quando viene sopportato dalla donna senza alcuna analgesia?
- Come variano questi effetti in relazione ai differenti interventi di analgesia?
- Quali i vantaggi e gli svantaggi dei vari tipi di analgesia sia nella donna sia sul piccolo, sia soprattutto per le loro successive relazioni? Tenuto conto che la qualità delle interazioni che costituiscono la relazione modula psicosomaticamente lo sviluppo del bimbo e la salute stessa della donna.

La scala di crescenti interrogativi come quelli da noi elencati, traccia un percorso che la ricerca attuale deve ancora in gran parte percorrere. Ben si comprende il panorama enorme, spesso contraddittorio, della letteratura sul parto: un mare di letteratura, non solo di tipo ostetrico-ginecologico, o infermieristico, o farmacologico, ma anche in

relazione all'altrettanto mare di letteratura neurofisiologica sul dolore in generale, nonché a quella non meno vasta, ancorché meno nota in ambito sanitario, condotta in quest'area dalle scienze psicologiche, antropologiche, pedagogiche.

Una risposta corrente ai suddetti quesiti, globale ma a nostro avviso semplicistica, concerne la considerazione che molte donne temono il parto e il dolore: temono di non sopportarlo, o non lo sopportano, o realmente si prevede che non lo sopporterebbero. Questi stati soggettivi possono complicare il parto, con conseguenze per entrambi i protagonisti: di qui l'opportunità di intervenire. Sulla valutazione dell'opportunità e della scelta del sistema analgesico, la letteratura non è semplice, né concorde, oltre che essere variegata e differenziata rispetto ai diversi sistemi di analgesia e spesso influenzata da ideologie, o da una totale delega alla scelta della donna.

Non poche ricerche hanno rilevato una maggiore incidenza della depressione o di stati depressivi post partum nelle donne con analgesia (Mimoun & Maggioni, 2003; Hiltunen et al., 2004) e rischi di deficit di sviluppo nel neonato (Sepkowski et al., 1992). Altre rilevano difficoltà di allattamento, sia da parte della donna, sia da parte del neonato. Sappiamo che lo stimolo della suzione del capezzolo da parte del neonato produce complessi e benefici effetti neuro-ormonali nella donna, che si riversano sul bimbo (Uvnäs-Moberg, 1996; Riordan et al., 2000). In particolare si stanno indagando gli effetti dell'epidurale: da alcuni autori è stato riscontrato un ritardo evolutivo nel neonato (Murray et al., 1981; Sepkowski et al., 1992). Ciò ha fatto pensare che il dolore possa costituire un fattore che promuove nella madre l'accudimento del piccolo e di qui i suoi ormai noti effetti psichici e psicosomatici (Hofer, 1983a, b, 1984). L'accudimento dipende dalle capacità interattive della madre che possono essere depresse dall'epidurale. Discutibile però è che tale correlazione sia diretta, piuttosto che ipotizzare che l'epidurale favorisca la misura fisiologica della normale depressione postpartum, e che questa deprima la qualità dell'accudimento; o ancora che tutto ciò dipenda da uno stato depressivo non rilevabile, intrinseco alla donna e antecedente, che avrebbe determinato la scelta stessa dell'epidurale da parte della donna. Non poche comunque sono le ricerche che convergono nel dimostrare che gran parte dei sistemi di intervento a effetto analgesico corrispondano a diminuite capacità della donna di promuovere, con le sue interazioni, lo sviluppo del neonato. Vi sono ricerche, però, lo negano: il problema sta a nostro avviso in che cosa e come si "misura", secondo gli interrogativi di cui sopra.

Il dibattito sull'epidurale trova precedenti e continuazione in quello sul cesareo. Da più parti si deplora l'abuso di cesarei che si fa in Italia, ricordando che non poche ricerche mostrano come questo evento diminuisca le propensioni materne all'accudimento. Gli studi sugli animali mostrano con evidenza questa conseguenza: le ratte che hanno partorito con cesareo abbandonano i piccoli, o li uccidono. Similmente accade con altri animali. Altre forme di analgesia, come l'epidurale, diminuiscono i comportamenti materni delle femmine. Questo è stato posto in relazione con increzioni ormonali promosse dal dolore. Nell'uomo i rilievi sono molto più complicati e pertanto le conclusioni cui si giunge sono spesso contraddittorie. Tutta una corrente di ricerche (ma anche di opinioni ideologizzate) ha fatto e fa capo in Italia al movimento inaugurato negli anni '80 da Ferruccio Miraglia, continuato nella politica promozionale di un parto demedicalizzato, quindi del tutto naturale, portato avanti dalla S.I.P.P.O. (Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica) e dalla rivista *Nascere* (Miraglia, 1987, 1990; Farinet, 1999; Battagliarin, 1999; Boncinelli, 1999; Regalia & Bestetti, 2006). Altre ricerche invece affermano che nella specie umana l'analgesia non comporta nessun danno, mentre diminuirebbe i rischi per le donne.

Tali discordanze trovano a mio avviso una ragion d'essere nell'uso degli strumenti per i relativi rilievi sperimentali. Le dimensioni psichiche sono sempre difficili da

individuare e valutare, e spesso passano inosservate, soprattutto quando lo sperimentatore non è sufficientemente competente nelle scienze psicologiche e fa un uso improprio degli strumenti. Di qui una certa letteratura ostetrico-ginecologica. Certamente qualunque fattore di tipo psichico o sociale o anche ambientale può influire sulla paura del parto e di conseguenza sul dolore: ma quando? E quanto? E perché? Le ricerche sul problema della valutazione del dolore da parto (Walderström et al., 1996) sono tutt'altro che semplici e congruenti.

Qualunque dolore viene modulato in sede centrale e soprattutto corticale: le medesime afferenze possono essere differentemente elaborate a seconda di come funziona *in quel momento* tutta la corteccia. Il dolore, nella sua qualità e intensità, è stato definito come un'interpretazione delle afferenze da parte del cervello. Tiengo (2000) a questo proposito, riprendendo la fiaba "Alice al di là dello specchio" di Carroll, propone la "metafora dello specchio" per descrivere l'interazione corpo-mente: al di qua dello specchio sta il corpo e il cervello, cioè un mondo comprensibile e descrivibile in termini fisici, dall'altra parte dello specchio sta la mente, un mondo descrivibile in modo più astratto, composta da eventi (emozioni, sentimenti, ricordi, immaginazioni, ecc.) difficilmente definibili e descrivibili, tra cui la percezione del dolore. Nella metafora di Tiengo (2000) la nocicezione è Alice prima di attraversare lo specchio e il dolore percepito è l'immagine che si riflette nello specchio, che avrà dimensioni minori o maggiori a seconda del senso (i fattori cognitivi) e del raggio di curvatura (i fattori emotivi) dello specchio.

Qualunque stato psichico può esaltare o diminuire il dolore, così come ogni altro evento, psichico interno, o anche esterno, può essere immesso ed elaborato in questa "interpretazione neurologica" del dolore. Per esempio l'ipnosi può avere effetto analgesico. Analogamente nelle situazioni di pericolo il dolore è attutito o soppresso, per poi essere percepito postumo. Apprensione, paure preventive e altri stati emotivi esaltano il dolore. Sembra che donne con grande apprensione per il dolore del parto percepiscano alti livelli di dolore: è d'altra parte difficile distinguere una percezione del dolore in senso proprio dalla capacità maggiore o minore di sopportarlo e pertanto di denunciarlo. Le donne con struttura psichica "disturbata" sono soggette a percepire e lamentare un maggior dolore (Goldstein-Ferber & Feldmann, 2005). D'altra parte sarebbe arbitrario (e spesso lo è) che un operatore imputasse la denuncia del dolore a una qualche fragilità psichica della donna. Peraltro sembra più accertabile e accertato che gli stati psichici che esaltano l'apprensione per il parto e il dolore che ne consegue, per esempio le paure, diminuiscono poi la capacità materna di interagire col bimbo e quindi di favorire il suo sviluppo (Goldstein-Ferber & Feldmann, 2005). Le ricerche sulla "natura" del dolore da parto (Lowe, 2002) non sono unanimi. D'altra parte i rilievi effettuati dalle varie ricerche su eventi psichici di volta in volta denominati "paure", "apprensioni", "affetti", "emozioni"; così come "coraggio", "sicurezza", "tranquillità", "appoggio del partner e dell'entourage sociale", comportano termini spesso tratti dal senso comune, che necessiterebbero di essere già precisamente e specificatamente delimitati e definiti dalle scienze psicologiche. Cosa non facile. Di qui, anche, le eventuali contraddizioni di risultati in ricerche che avrebbero dovuto essere comparabili.

Genericamente si può affermare che quasi tutti gli studi sono concordi nel rilevare che la paura del dolore e la conseguente percezione vengono condizionate, in senso positivo o negativo, da fattori psichici e sociali: così la soddisfazione di avere un bimbo, la partecipazione alle decisioni degli operatori, la convinzione di poter controllare il dolore (Mc Crea & Wright, 1999), la qualità del supporto degli operatori come caregiver (Hodnett, 2002), la qualità della relazione col partner, la sua presenza, nonché il supporto familiare e sociale, o l'ambiente più o meno accogliente, oltre che fattori di età, o etnici, culturali, socio-economici. Si tende in genere a dare molto rilievo

alla competenza emotiva degli operatori quali caregiver per la donna: le loro capacità in proposito sembrerebbero un fondamentale fattore positivo. Tutta questa complessità rende non solo difficile ma anche aleatorio individuare con precisione consensuale i “fattori” che intervengono, nonché i loro effetti: riduzionista pertanto si presenta l’approccio di quelle ricerche che pretendono di catalogare nosograficamente i fattori psichici, o quelli ambientali, nonché i relativi effetti, anch’essi psichici, nell’intento di individuare corrispondenti tipi di intervento. Saisto (2001) per esempio ci offre al proposito un panorama tanto poderoso quanto a nostro avviso inutile.

Il fatto che gran parte dei fattori su accennati possano essere considerati di ordine emotivo ha indotto alcuni autori a negare che il dolore sia una percezione, affermandone invece una definizione come emozione, coi relativi effetti somatici che vengono percepiti (De Benedittis, 2000). Tale interpretazione è avvalorata dal fatto che le zone encefaliche in attività nel dolore sono in buona parte sovrapponibili a quelle che presiedono l’elaborazione delle emozioni. Riteniamo tuttavia che tale interpretazione contrasti col fatto che, mentre le emozioni nascono per elaborazione psichica e secondariamente hanno effetti somatici percettibili, il dolore per lo meno quello nel parto, comporta afferenze, vie nervose periferiche specifiche e apparati recettori altrettanto specifici.

Un problema preliminare per orientarsi nell’eterogenea letteratura e soprattutto per procedere a ricerche che abbiano un minimo di ordine, pur contemplando il massimo numero dei numerosissimi fattori implicati nell’evento considerato, è acquisire una qualche pur sommaria conoscenza sui possibili motivi per cui tante donne temano il parto al punto tale da avere una paura del dolore che può condurre ad un maggiore rischio ostetrico.

La vastità, la varietà, l’eterogeneità e talora la contraddittorietà della letteratura, psicologica e psichiatrica, talora ostetrica, nell’individuare e descrivere i fattori psichici, relazionali e socio-ambientali che accrescono o diminuiscono il dolore del parto, è comprensibile se si considerano quattro ordini di difficoltà che spesso impediscono che i risultati siano attendibili e costanti. Il primo riguarda il fatto che, se già il dolore in sé, in quanto stato percettivo, è difficilmente separabile, come già abbiamo sottolineato, da qualsiasi altro processo psichico, a maggior ragione ciò vale per il dolore nel parto che, riguardando un evento così centrale nell’esistenza umana quale la nascita, coinvolge massicciamente tutta la struttura psichica della donna con il suo passato. Il secondo ordine di difficoltà concerne la sopportabilità del dolore, difficilmente separabile dalla precedente e che comunque può dipendere da una gran quantità di individualissime strutture psichiche e condizioni del loro funzionamento. Il terzo ordine concerne la difficoltà di isolare i “fattori psichici” con una nosografia consensuale: a seconda dell’approccio metodologico, per esempio psicoanalitico piuttosto che comportamentale, o sintomaticologico-psichiatrico, i fattori possono essere assai differentemente individuati e pertanto offrire risultati diversi alla raccolta dei dati. Ricordiamo qui che la struttura mentale è strettamente individuale: nessuno ha un cervello uguale ad un altro; né una mente uguale a quella di un altro (Imbasciati, 2005; 2006a, b, 2008a). Quarto ordine di difficoltà riguarda la possibilità di costruire strumenti psicologici per le suddette misure che siano validi, attendibili e psicometricamente tarati o tarabili, come sopra descritto. In ogni caso, tralasciando la dimensione dell’attendibilità, quella della validità dipende dal terzo ordine di difficoltà qui descritto, quello cioè di individuare in che cosa consistano effettivamente i “fattori psichici”, al di là di sommarie etichette tratte dal senso comune.

Molto spesso, soprattutto nella letteratura medica, vengono usati questionari che non rispondono alle caratteristiche effettive che un reattivo mentale deve avere: validità, attendibilità, sensibilità, economia. Frequentemente si fa un uso improprio del “questionario”, ritenendolo un test mentale vero e proprio, anziché raccolta di dati non

omogenei, non collegati tra di loro, spesso inficiati da incaute condizioni di somministrazione.

Le suddette difficoltà fanno preferire, a nostro avviso, un approccio clinico squisitamente descrittivo, anziché la sperimentazione, inevitabilmente praticata su fattori non unanimemente riconosciuti e spesso con strumenti poco idonei. In questo approccio riteniamo fondamentale l'indagine sui processi interiori, inconsci, che stanno alla base della paura del parto. Qui l'approccio psicoanalitico, corroborato e orientato dalle ricerche sperimentali, sia pur esplorativamente parziali ma consone allo specifico approccio clinico descrittivo, può a nostro avviso fornire elementi preziosi, sia per impostare orientamenti di tipo terapeutico, sia ancor più per rilevare indici predittivi, sul bimbo ancor più che riguardo alla donna. Non si può pertanto separare un'indagine sui fattori interiori riguardanti la paura del parto da una considerazione più generale della fantasmatica femminile, a cominciare dalle sue origini, nella bambina (Imbasciati, 1990), né si può separare questa dall'intreccio delle simbolizzazioni inconsce che legano la struttura psichica profonda della madre alle "cure materne" che nell'infanzia la strutturano, né ancora si può separare questo da come tutto il "mondo interno" della donna si riverbererà sulla qualità delle cure che ella intesserà col suo bimbo, e ancor prima, da quanto a tal proposito ella durante la gestazione "fantasticherà" sulla nascita dei propri bambini. Di qui il parto.

La fantasmatica femminile

Gran parte della letteratura di derivazione psicoanalitica collega la paura del parto alle vicende inconsce dello sviluppo psicosessuale femminile. Alcuni autori (Bydlowski, 1997) affermano che gravidanza e parto sono eventi sessuali a pieno titolo, che comportano piacere insieme a dolore e che recano seco le angosce dell'incerto, le proibizioni infantili, le paure sessuali, spesso una negazione reattiva dei desideri sessuali e degli aspetti più manifesti della sessualità, con idealizzazione del prodotto del concepimento. In genere si è molto attento alle descrizioni delle fantasie femminili infantili delle scuole neokleiniane (Imbasciati, 1990).

La mente infantile è dominata dalla curiosità circa l'origine dei bambini, che si appunta sulle capacità materne e del suo grembo in particolare. Questo comporterebbe, secondo le scuole kleiniane, un notevole movimento di invidia, dovuto alla frustrazione, propria del bimbo, di non poter avere le capacità materne. L'originaria invidia del seno diventa invidia del grembo materno. Questo si traduce in fantasie inconsce di attacco al grembo materno stesso, al legame della coppia genitoriale, e a qualunque altro "legame". Queste fantasie, o meglio "fantasmi", riguardano rappresentazioni informi e confuse - "oggetti interni" - in cui si mescolano immagini di parti corporee diverse, proprie e altrui, senza distinzione tra i vari prodotti e escreti del corpo, tra i vari orifizi di entrata e uscita, e altri più disparati elementi, esterni e interni, mnestici o attuali, o propri sentimenti, o nascenti pensieri. Tutto ciò viene elaborato nella mente infantile con quelle complesse e alternanti metabolizzazioni, denominate posizione schizoparanoidea e viraggio depressivo (cfr. Imbasciati & Margiotta, 2005 capp. 8 e 19; Imbasciati & Margiotta, 2008 cap. 5), attraverso le quali si metabolizzano intense angosce di colpa.

Nella situazione schizoparanoide, le angosce (colpa) per le fantasie aggressive, rivolte "all'oggetto buono primario" materno, e successivamente organizzatesi come *invidia* per le capacità procreative materne, suscitano la paura di ritorsioni. La colpa diventa allora persecuzione: si formano fantasmi detti "seno cattivo", "pene cattivo", "vagina cattiva" (Imbasciati, 1990), dove la bimba teme ritorsioni crudeli per i propri genitali e le proprie capacità procreative, così come crudelmente ella aveva attaccato in fantasia

il seno e il grembo materno. Di qui la paura del parto come punizione: di un desiderio intriso di inconscia distruzione verso gli "oggetti buoni". Nella misura in cui è pregnante una metabolizzazione schizoparanoidea, l'angoscia di perdita diventa colpa e questa diventa persecuzione. La persecutorietà viene "evacuata" e proiettata sul parto. Un eventuale timore cosciente di tale evento, relativo ad una certa aspettativa di dolore, si accresce in tal modo enormemente per i terrori inconsci di punizione, e si riversa direttamente nel soma: il dolore diventa effettivamente maggiore.

Sappiamo peraltro, sempre seguendo il vertice di osservazione della metodologia psicoanalitica, che accanto al metabolismo della situazione schizoparanoidea, si sviluppa quello della posizione depressiva: in questo viraggio, i fantasmi cattivi persecutori sono compensati dalla comparsa di immagini "riparatorie". L'angoscia di perdita, non più ribaltata in persecuzione, si anima di "riparazione": all'odio succede amore (Klein & Riviere, 1937) e la persecutorietà, con le paure proiettate nell'evento "parto", si attenua gradatamente. Il parto stesso è vissuto come atto riparatorio, e come tale rassicurante. Ciò si traduce nel soma in un depotenziamento nel dolore del parto, che viene vissuto come atto creativo, riparatorio nei confronti delle originarie fantasie distruttive rivolte alla madre.

Le due polarità del metabolismo mentale così descritte, che peraltro governano lo sviluppo mentale in toto e la genesi del pensiero (Bion, 1962, 1963, 1965, 1970), riferite al mondo fantasmatico psicosessuale che converge sul parto, si traducono in un continuum di angosciose e intense piuttosto che moderate o assenti paure, che possono sovrapporsi e rinforzare altre paure coscienti di origine culturale. Di qui deriverebbe la maggior o minor paura del parto e la correlata modulazione dell'intensità della percezione del dolore, nonché la capacità di sopportarlo.

La questione è ben più complessa di quanto qui possa essere detto: la letteratura psicoanalitica sullo sviluppo fantasmatico sessuale delle bambine e poi delle donne è quanto mai vasta (Imbasciati, 1983a). Convergenza unanime è l'indicare la paura del parto come l'aspetto manifesto di una più inconscia paura di terribile punizione, spesso presentificata dal sentimento (inconsapevole) di aver concepito un mostro; il che si traduce nella paura cosciente di poter partorire un bimbo malformato. Di qui altra componente nella genesi del dolore, ed ancor più dell'incapacità di sopportarlo. In questo quadro la letteratura psicoanalitica offre una spiegazione del perché una presenza benevola, una figura di attaccamento positivo, un'assistenza empatica, un supporto affettivo familiare (partner in primo luogo, purché esso personifichi un "oggetto buono"), abbiano un effetto benefico nell'alleviare il dolore e nell'infondere capacità di poterlo sopportare. Questa presenza - e qui si chiama in causa la capacità di un'ostetrica di funzionare come *caregiver* - avrebbe un effetto rassicurante contro i fantasmi "cattivi" persecutori, e i conseguenti timori più o meno celati, incrementando nell'inconscio della donna la gravidanza degli "oggetti buoni" e il viraggio depressivo-riparatorio. Il parto, allora, non più vissuto come pericolo di ritorsione punitiva di una propria invidia all'immagine materna, può assumere il connotato di un atto riparatorio di ogni eventuale colpa, e un connotato creativo: non semplicemente di una nuova vita, ma di amore. Ricordiamo qui come nella clinica neokleiniana emerga la genesi di quanto a livello comune viene denominato amore da un processo interiore inconscio di riparazione: riparazione verso gli "oggetti buoni" (Klein & Riviere, 1937).

Tale riparazione non è semplicemente una fantasia inconscia rassicurante, ma ha una funzione strutturante, promuovendo le capacità della mente del soggetto (Imbasciati, 1983a, b, 1990, 1998). Pertanto nella gestante tale "riparazione" si traduce in un legame amorevole verso il nascituro e in un processo restaurativo verso se stessa, strutturante il Sé della donna; in altri termini in un amore verso sé stessa-madre-con-la-propria-madre, verso il proprio partner, verso la coppia genitoriale che fu e quella

che ora è. In questa prospettiva il bimbo e il parto stesso sono vissuti come eventi riparatori, recanti una rassicurazione che si potrebbe immaginare foriera di piacere. Alcuni autori hanno supposto un segreto piacere nel parto. In ogni caso una tale fantasmatica riparatoria può essere considerata come un fattore, per così dire, antidolorifico. Al contrario, una fantasmatica ancorata a un metabolismo psichico schizoparanoide non potrà presumibilmente che configurare persecutoriamente il parto, come il compimento di un delitto e come punizione. Di qui, si arguisce, aumento di dolore.

Il parto nella prospettiva dell'Infant Research

Gli studi psicoanalitici sul mondo interno femminile si sono gradatamente spostati su come queste condizioni non solo il parto, ma l'intera relazione che la madre avrà col bimbo e come questa modulerà il di lui sviluppo. Tali studi si sono coniugati con quelli sull'attaccamento, nelle varie scuole che si sono diramate da quelle di Bowlby. Una gran messe di studi sperimentali ha indagato la relazione primaria gestante-madre/feto-neonato come matrice sia della salute della donna, sia del futuro sviluppo del bimbo. Si sono così aperte vastissime prospettive di studio, cliniche, teoriche e sperimentali, che vanno sotto il nome di *Infant Research* (Imbasciati, 2008b; Imbasciati & Cena, 2008, 2009a, b).

Le tecniche ecografiche hanno permesso di collegare questi studi a quelli sulla formazione e il funzionamento della mente fetale, mentre le tecniche di neuroimaging hanno permesso alle neuroscienze di esplorare le correlazioni tra lo sviluppo della mente fetale-neonatale e il funzionamento cerebrale della madre nel continuo "dialogo" non verbale col bimbo, sia in utero, sia ancor più neonato. Si è esplorata in particolare la "sintonizzazione" (affettiva e neurale), piuttosto che il suo contrario, nel dialogo madre-bimbo, e i suoi effetti strutturanti nello sviluppo della mente infantile, verso un'ottimalità piuttosto che verso una patologia di tale sviluppo.

Mentre sul versante clinico si sono, con differenti approcci e setting diversi a seconda delle scuole, affrontati e applicati interventi psicoterapeutici sulla coppia madre-neonato (talora sulla triade, col padre), su quello diagnostico si sono messi a punto precisi indici diagnostici, di rischio o di salute, circa il futuro della madre e del bambino.

Sul versante teorico si è inoltre chiarito un collegamento tra quanto accade tra gestante-madre e feto-neonato e la struttura mentale (e neurale) della madre, con un diretto suo riferimento al proprio passato, di bambina con i propri genitori. L'iter evolutivo di sviluppo si salda così di generazione in generazione. Come fattore favorente un buono sviluppo, piuttosto che di deficit e patologia, si è studiata la dimensione Alessitimica, nella madre come nel bambino e in questi come futuro genitore.

L'intreccio di questi studi può essere schematizzato nella finestra 1 da noi ideata. La letteratura in proposito è enorme (Imbasciati & Cena, 2009a, b). Sulla poliedricità di questi studi abbiamo discusso già in precedenti lavori (Imbasciati & Dabrassi, 2009). Un punto che qui torniamo a sottolineare è che lo sviluppo neuro-mentale del neonato procede per apprendimenti modulati dal tipo di relazionalità che si intesse con la madre, nel dialogo non verbale veicolato dalle interazioni madre-neonato. In questo quadro è stato chiarito il concetto di termini quanto mai abusati, quali quello di relazione, in primis, e di "cure materne" (Imbasciati, 2008; Imbasciati & Cena, 2008, 2009b; Imbasciati & Dabrassi, 2009).

In questo quadro il parto è un nodo cruciale, non soltanto come evento che condiziona un'evoluzione della diade madre-bambino, ma anche come punto di incontro della struttura mentale materna, col suo passato di bambina, del suo sviluppo psicosessuale (Imbasciati, 1990), della sua relazione col partner, della nascente sua relazione col neonato e dello sviluppo neuropsichico, e fisico (psicosomatico in particolare), del bimbo; e da questi del futuro individuo. Le cosiddette cure materne ne sono matrice originaria. Questo punto di incontro è tutt'altro che teorico: esso è strutturato nella memoria implicita² delle donne. In quanto punto di incontro di destini relazionali tra passato e futuro, il parto può fungere da indicatore ed il relativo dolore da non trascurabile indice prognostico.

L'evento parto pertanto, con il suo indissolubile impatto fisico-emotivo, alla luce degli studi psicologici, clinici e sperimentali, psicoanalitici e dell'*Infant Research*, acquista un rilievo che va ben al di là dell'evento in sé e del periodo gestazionale e puerperale, e che ha meritato e tuttora merita di essere esplorato.

Psicologia Clinica Perinatale: il dolore come indice

Nel panorama degli studi che si sono occupati dello sviluppo (psichico e fisico), dalla madre al feto, al neonato e al futuro individuo, si è delineata la specificità e il rilievo di una Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, Dabrassi & Cena, 2007; Imbasciati & Dabrassi, 2009). Parallelamente, le neuroscienze hanno ridimensionato il concetto di maturazione neurologica, riferendolo all'esperienza che costruisce la struttura, piuttosto che alla genetica, e hanno valorizzato gli studi di tante scuole sull'affettività riguardo il concetto di "cervello emotivo" (Goleman, 1996).

La capacità della madre di comprendere le proprie emozioni ha un'influenza fondamentale sui processi di regolazione emotiva nel suo bimbo, perché le permette di capire che cosa questi le trasmette e quindi di instaurare con lui un dialogo effettivo, anziché uno pseudo-dialogo, senza sintonizzazione, in cui i messaggi della madre non rispondono a quelli emessi dal bimbo, in quanto questi la madre non li comprende, né possono essere assimilati dalle possibilità mentali del bimbo in quel momento. Tali pseudodialoghi possono costituirsi sia come difetto, per l'apprendimento e la struttura psichica del bimbo, sia costituire un vero sconvolgimento, per intrusione della madre, nell'incipiente apparato mentale che si sta costruendo nel bimbo. L'effetto è patogenico. Per un buon dialogo, la madre deve poter contare sulle proprie capacità di *rêverie*: tale termine, con relativo concetto, introdotto dall'opera di Bion per spiegare una funzione di mutamento psichico che avviene in analisi tra analista e analizzando, indica un funzionamento particolare della mente dell'analista simile a quello del sogno (di qui il nome), ma anche uguale, come i successivi studi han dimostrato, a quello di una buona mamma con suo neonato. Questo funzionamento comporta la capacità di capire, effettivamente, i messaggi non verbali del bimbo e quindi di potergli "rispondere" con altrettanti messaggi non verbali, e in modo adeguato: tale risposta è l'adeguata "restituzione", al bimbo, delle capacità di comprensione materna, perché anch'egli le possa acquisire.

Questo tipo di funzionalità, che sul versante materno comporta quanto Fonagy ha individuato come funzione riflessiva, è essenziale per lo sviluppo emotivo (Sroufe,

² I processi di memoria implicita riguardano l'insieme di acquisizioni nelle abilità (percettive, motorie e cognitive) o acquisizioni dovute a fenomeni di priming, condizionamento e abitudine che avvengono al di fuori della consapevolezza e si realizzano attraverso processi di elaborazione dell'informazione che si svolgono senza sosta nel funzionamento psichico detti "processi in parallelo" (Bucci, 1997). La memoria implicita non potrà mai essere coscientizzata.

1995) e comunicativo del figlio, in quanto è la base del suo globale ulteriore sviluppo neuropsichico. Questo è connesso alla progressiva capacità, che egli apprende dalla madre, nel corso del primo anno di vita, relativamente alla modulazione delle emozioni che in lei e in se stesso ricorrono, e pertanto di esprimerle a sua volta adeguatamente alla madre nelle interazioni. È questa la “*affect regulation*”, studiata sia sul versante psichico che su quello neurale (Schore, 2003a, b), che è essenziale per una prima buona costituzione di un cervello efficiente: sappiamo oggi quanto questo interessi soprattutto il cervello destro e come questo venga a costruirsi nelle sue funzioni dalla qualità del dialogo con la madre: dialogo dei cervelli destri. Se non c'è sintonizzazione, abbiamo la “*affect dysregulation*”, con una conseguente strutturazione deficitaria, se non patologica del cervello destro, e dunque dello sviluppo del bimbo (Schore, 2003a, b).

Il concetto di maturazione cerebrale è molto cambiato da quindici anni a questa parte: la maturazione avviene per apprendimenti e questi dipendono dalla “relazione”; in essa essi si svolgono come dialogo di comunicazioni non verbali. In particolare la maturazione delle prime strutture neurali, amigdala-ippocampo-cervello destro, avviene primariamente rispetto alle altre strutture neurali (cervello sinistro) e la strutturazione di queste ultime dipende da come si sono strutturate le prime. Per questo la funzione modulatrice materna costituisce la base della modalità di comportamento del bimbo nel suo futuro orientarsi nella cognizione della realtà. La capacità appresa dal bimbo è inizialmente regolata dalla capacità materna di percepire e regolare le proprie emozioni. Questa funzione ha particolare importanza per emozioni negative, che devono essere trasformate nella possibilità che anche il bimbo stesso le possa percepire e le possa comprendere. Una madre alessitimica, che non è in grado di entrare in contatto con le proprie emozioni, non è in grado di “dialogare”, né potrà attivare un'azione regolatrice appropriata per lo sviluppo del suo bimbo.

I rilievi che con varie metodologie possono essere raccolti in epoca gestazionale e fetale hanno pertanto un valore predittivo sui successivi sviluppi dell'unità madre-bambino, non solo per le condizioni psichiche della donna dopo la nascita, ma soprattutto per la qualità della sua relazione col bimbo: si può dunque parlare di qualità strutturante o destrutturante delle “cure materne”; del dialogo o pseudodialogo che si dispiegherà, che genererà pertanto la qualità dello sviluppo psichico e psicosomatico (dunque anche fisico) del bimbo, e di qui del futuro individuo. Di qui il versante psicosomatico della Psicologia Clinica Perinatale (Imbasciati, 1994).

Nel complesso quadro di interazioni strutturanti tra madre e feto-neonato, si presenta di sommo interesse clinico la possibile rilevazione di indici predittivi circa il futuro della donna nel parto, nel puerperio e nelle cure materne come sopra intese, ed ancor più circa ciò che ne consegue, a seconda delle qualità dei suddetti eventi, per il bimbo che diventerà una persona del futuro sociale della collettività, e che quivi porterà le strutture psichiche che si sono venute a costruire nel suo passato relazionale infantile; con queste egli a sua volta presterà le “cure materne” ai propri piccoli e questi dalla qualità di quelle saranno condizionati. Abbiamo in altri termini un effetto a cascata in una catena transgenerazionale (Imbasciati, 2004, 2008a, b). Il condizionamento che le prime strutture psiconeurali esercitano nella strutturazione delle successive (Imbasciati, 2002, 2006a, b) rende allora rilevante una Psicologia Clinica Perinatale che monitorizzi tale sviluppo transgenerazionale. In una tale “osservazione monitorizzata” possono essere rilevati indici, positivi piuttosto che negativi, predittivi di questo sviluppo, cosicché possa essere al meglio impostata un'assistenza che ne garantisca la qualità, non solo cioè improntata ad ovviare alle previsioni negative (indici di rischio per lo sviluppo), ma anche a migliorare comunque le condizioni; che ci possa assicurare migliori individui. Lungo questo percorso ci sembra fondamentale il

periodo relativo al parto-puerperio, in quanto questo può condizionare la qualità delle “cure materne”.

Una rilevazione lungo tutto il percorso perinatale e oltre nello sviluppo infantile, e poi adulto e poi transgenerazionale, dovrebbe avvalersi di strutture assistenziali dotate di strumenti psicologici molto fini e applicati in tutta la popolazione: il che è impresa sociale auspicabile, quanto per ora difficile. Una rilevazione di difficoltà relativamente minore potrebbe essere realizzata se potessimo avvalerci di indici più appariscenti: quelli di ordine somatico. Visto che le vicende psichiche della gestazione parto, puerperio, allattamento sono connesse psicosomaticamente alle vicende ostetriche usualmente registrate nei nostri servizi assistenziali, possono alcune di queste essere tenute in conto per estrarne indici predittivi? È questo l'intento di una nostra ricerca longitudinale in corso, in collaborazione con ostetrici e psicologi di più università³, e di altri nostri progetti. In questa sede ci focalizzeremo sull'ipotesi di un possibile indice predittivo di meno complicata rilevazione, il dolore nel parto. Può questo “dolore”, viste le connessioni da noi tratteggiate, essere utilizzato come indice sufficientemente attendibile di predittività? In tal caso, sarebbe più che giustificato affrontare il problema di una sua valutazione.

Il dolore nel parto, che in questo quadro abbiamo descritto nei suoi collegamenti alla modulazione psichica, dipenderà dalla qualità della struttura psiconeurale della donna, con particolare riferimento al suo sviluppo psicosessuale, nonché da tutti i fattori, interpersonali e ambientali di cui è stato accennato che intervengono nel periodo perinatale, corroborando piuttosto che destrutturando le capacità materne. Sia l'intensità della percezione dolorifica, sia la paura preventiva, sia anche le complicanze ostetriche, largamente anch'esse modulate se non determinate in via psicosomatica e al dolore connesse, potrebbero fungere come indici predittivi di come si sta sviluppando psichicamente la diade madre-feto-neonato e di qui la struttura psichica del bimbo: sarà poi questa che condiziona favorevolmente o sfavorevolmente l'elaborazione di ogni successiva esperienza che costituirà lo sviluppo di quel futuro individuo.

Nel quadro delineato può allora risaltare il peso sociale, a lungo termine, di un'assistenza perinatale che integri l'assistenza ostetrica e infermieristica coi contributi delle scienze psicologiche, nonché specificamente con un'assistenza specialistica di Psicologia Clinica. Questa, oltre che essere diretta alla diade madre-bimbo (o alla triade col padre), ancor più potrebbe utilmente essere dedicata alla formazione permanente di tutti gli altri specialisti a contatto con gli eventi perinatali (Imbasciati & Margiotta, 2005, 2008).

Quanto al dolore, viste le sue connessioni con molteplici stati psichici, e come questi dipendano dalle strutture neuropsichiche della memoria implicita della madre, sia quelle del suo passato, sia quella che si costituisce nella diade madre/feto-neonato, nonché tutte le relazioni che si dipanano nel periodo perinatale ed infine con tutte le situazioni socio-ambientali-assistenziali del momento, esso potrebbe costituire un indice per il futuro sviluppo del neonato, del bimbo, del futuro individuo. Indice di ottimalità piuttosto che di rischio? Forse a seconda della sua più o meno intensa presenza – e già qui abbiamo visto le difficoltà di misura – ma soprattutto a seconda del suo significato: qui sta il problema di una sua valutazione. Una “intensità del dolore” come attributo intrinseco del dolore da parto non esiste a nostro avviso. Si consulti in tal quadro la nostra ultima finestra (n. 2).

³ Imbasciati, Della Vedova et al., 2010. Ricerca P.R.I.N.

Il problema è allora di una valutazione che sia specifica della Psicologia Clinica⁴, con tutte le difficoltà di cui al primo paragrafo del presente lavoro. Poiché il dolore ha una funzione fisiologica, sia nel suo favorire per via ormonale l'espletamento del parto, sia come funzione utile di allarme, sia ancor più come fattore promuovente accudimento e cure materne, dovremmo concludere che la misura clinica ottimale sarebbe quella di lasciare che esso abbia il suo decorso e le sue funzioni. Tale conclusione, in realtà semplicistica, è spesso assunta come regola ideologizzata di alcune correnti d'opinione in ambito antropologico e ostetrico. Di qui la tendenza contraria alle varie forme di analgesia e l'ideale di un parto "fisiologico puro".

Ma, come è risaputo, per gli esseri umani (soprattutto della nostra generazione) il dolore può costituire un evento molto negativo: di rischio allora? E pertanto di ostacolo al buono sviluppo? Dovremmo allora preventivamente favorire una forma di analgesia per così dire non eccessiva, come per esempio l'epidurale? Ma anche su questa esistono ricerche che ne mostrano effetti negativi⁵. Il dibattito è attuale. Inoltre, nei casi in cui il dolore verrebbe valutato come indice prognostico negativo, non è forse ingenuo supporre che abbassandone la soglia percettiva con mezzi farmacologici, la prognosi cambi? L'indice verrebbe in tal modo soltanto mascherato. Ciò vale soprattutto nella misura in cui la richiesta della donna, che sarebbe evento da far pensare al dolore vissuto come fatto negativo, viene ad essere spuria: ovvero indotta dal costume, dalla prassi e dalla propensione dei servizi assistenziali, o talora dai consigli degli operatori ostetrici. In altri termini, il dolore può essere indice attendibile, nel bene e nel male, non per la sua percezione, tanto meno per l'espressione e la mentalizzazione che ne fa la donna nel comunicarla, bensì per quello che "sta dietro", dentro il lavoro psicosomatico della mente, ovvero del S.N.C. della donna. Si veda ancora l'ultima finestra.

Il problema allora di una valutazione adeguata di questo dolore si dispiega nella sua complessità psicologico-clinica. Hanno gli operatori ostetrici e ostetrico-ginecologi le competenze per una tale valutazione? (V. paragrafo 1). Hanno i servizi dispositivi per rendere autentica l'eventuale richiesta della donna? Vi sono servizi integrativi specialisticamente psicologico-clinici (di Psicologia Clinica Perinatale – Imbasciati, Dabrassi & Cena, 2007) idonei per un lavoro integrato che vada al di là della mera consulenza? Vi sono, infine, operatori di psicologia clinica perinatale formati adeguatamente?

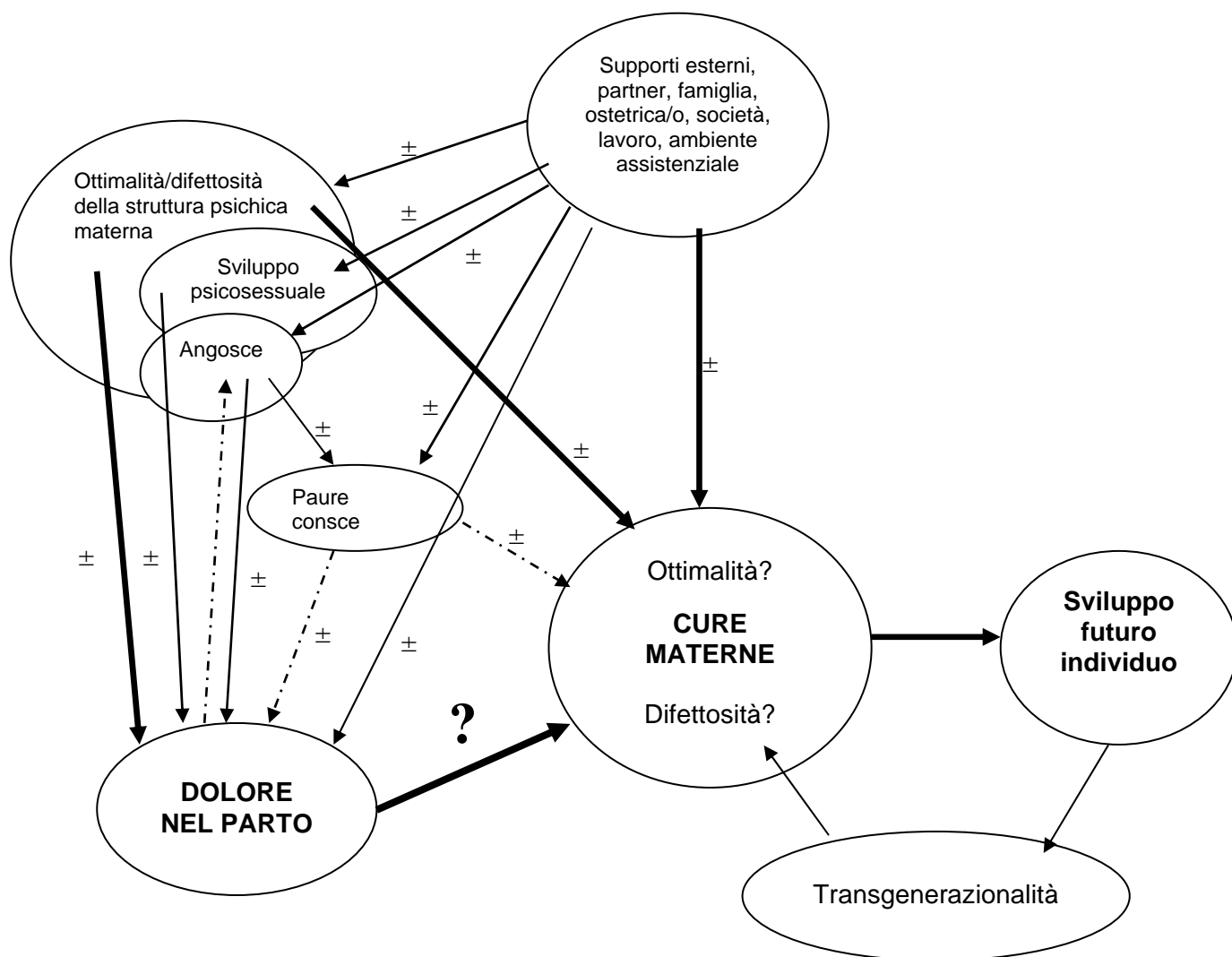
A questi interrogativi è affidato il nostro futuro. Viste le connessioni descritte, possiamo affermare senza retorica che potrebbe essere in gioco il futuro dell'umanità.

⁴ La Psicologia Clinica si differenzia dalle scienze mediche in quanto è focalizzata sulla comprensione della singola persona, anziché sull'individuazione di quadri patognomonicamente precostituiti riconosciuti come specifici. Tale differenza è determinata obbligatoriamente dal fatto che mentre in medicina si ha a che fare con "malattie", per lo psichico disponiamo soltanto di "sindromi". Inoltre la cura in campo psicologico predilige un rapporto intersoggettivo, rispetto ad un'azione "transitiva" dell'operatore all'utente (cfr. Imbasciati & Margiotta, 2005, 2008), come accade invece in campo medico.

⁵ Si tratta di effetti simili, ancorché meno salienti, a quelli conseguenti al parto cesareo, molto evidenti negli animali, ma rilevati anche nell'uomo.

trasmessi nelle interazioni. Il risultato di tali apprendimenti comporta una strutturazione di funzionalità neuro-psichiche, che possono essere promuoventi lo sviluppo ma anche negative, patologizzanti, a seconda del tipo di dialogo, non verbale, che si svolge tra i significati (veicolati dai significanti) emessi dalla madre e i significati espressi dai significanti emessi dal bimbo, compresi o no che siano dalla madre, e ad essi adeguatamente o disordinatamente (patologicamente) rispondente (Imbasciati, 2008b). Sul lato destro in basso è indicata la Teoria del Protomentale (Imbasciati, 2006a, b), quale modello teorico generale in cui inquadrare la costruzione della mente, costruitasi appunto nel dialogo caregiver/bimbo.

FINESTRA 2



Legenda. Le ellissi della parte superiore (e centrale) delle figure indicano i fattori che concorrono, direttamente o indirettamente tra di loro intrecciandosi, a modulare il dolore nel parto e le cure materne. Il diverso spessore delle frecce e la loro direzione danno un'indicazione del peso con cui un fattore condiziona un altro, e il senso di tale modulazione. Il segno ± apposto alla maggior parte dei collegamenti indica la possibilità di una modulazione in positivo piuttosto che in negativo nei confronti di un risultato finale ottimale, piuttosto che a rischio di patologie. Il collegamento tra dolore nel parto e cure materne, su cui è centrato lo schema, reca un grosso interrogativo, inerente a tutte le difficoltà descritte nel presente lavoro. Tale interrogativo è di massimo rilievo in quanto, come schematizzato nella parte destra in basso, la qualità delle cure materne modula lo sviluppo del futuro individuo e questo può trasmettersi transgenerazionalmente nell'ottimalità o difettosità-patologia delle cure materne nelle ulteriori generazioni. Si può così ipotizzare un circuito progressivamente migliorativo, così come invece un destino peggiorativo per le future generazioni.

Bibliografia

- Ancona, L. (1970). *Dinamica della percezione*. Milano: Edizioni scientifiche e tecniche Mondadori.
- Battagliarin, G. (1999). Psicoprofilassi e dolore del parto. In M. Farinet (Ed.), *I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90* (pp. 35-42). Milano: Ed. Progetto.
- Bieri, D., Reeve, R., Champion, G.D., Addicoat, L., & Ziegler, J. (1990). The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*, 41, 139-150.
- Bion, W.R. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. New York: Basic Books (trad. it. *Gli elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1973).
- Bion, W.R. (1965). *Transformations: Change from learning to Growth*. London: Heinemann (trad. it. *Trasformazioni*, Armando, Roma, 1973).
- Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation. A scientific approach to insight in Psycho-Analysis and groups*. London: Tavistock (trad. it. *Attenzione e interpretazione. Una prospettiva scientifica sulla psicoanalisi e sui gruppi*, Armando, Roma, 1973).
- Bion, W.R. (1972). *Learning from experience*. London: Heinemann; 1962. (trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma).
- Boncinelli, E. (1999). C'è dolore e dolore. *Nascere*, 3, 5-6.
- Bucci, W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Roma: Fioriti.
- Budzynski, T.H., Stoyva, J.M., Adler, C.M., & Mullaney, D.J. (1973). EMG biofeedback and tension headache: a controller outcome study. *Psychosomatic Medicine*, 35, 484-496.
- Bydlowsky, M. (1997). *Le dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Chapman, C.R., Casey, K.L., Dubner, R., Foley, K.M., Gracely, R.H., & Reading, A.E. (1985). Pain measurement: an overview. *Pain*, 22, 1-31.
- Charlton, E.J. (2005). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle: IASP Press.
- Clark, W.C., Yang, J.C., Tsui, S.L., Ng, K.F., & Bennett Clark, S. (2002). Unidimensional pain rating scales: a multidimensional affect and pain survey (MAPS) analysis of what they really measure. *Pain*, 98, 241-247.
- Craig, K.D., Prkachin, K.M., & Grunau, R.E. (2001). The facial expression of pain. In D.C. Turk, & Melzack R. (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (2nd ed., 153-169). New York: Guilford Press.
- De Benedittis, G. (2000). Emozione e dolore. In M.A. Tiengo (Ed.), *Il dolore e la mente* (17-40). Milano: Springer Italia.
- De Benedittis, G., Corli, O., Massei, R., Nobili, R., & Pieri, A. (1993). *QUID Questionario Italiano del dolore*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

- De Benedittis, G., Lorenzetti, A., Pirovano, S., Sangermani, R., & Vitale, R.M. (1990). La misura del dolore nell'età evolutiva: adattamento del questionario italiano del dolore (QUID) al paziente cefalgico. *Atti del XIII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore*. Bologna: Monduzzi.
- Downie, W.W., Leatham, P.A., Rhind, V.M., Wright, V., Branco, J.A., & Anderson, J.A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of Rheumatic Diseases*, 37, 378-381.
- Farinet, M. (Ed.). (1999). I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90. Milano: Ed. Progetto.
- Goldstein-Ferber, S., & Feldmann, R. (2005). Delivery pain and the Development of mother-infant Interaction. *Infancy*, 8 (1), 43-62.
- Goleman, D. (1996). *Emotional intelligence* (trad. it. *Intelligenza emotiva*, BUR, Milano)
- Gracely, R.H., Mc Grath, P., & Dubner, R. (1978). Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors. *Pain*, 5, 5-18.
- Hadjistavropouloulos, T., & Craig, K.D. (2002). A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model. *Behavioural Research and Therapy*, 40, 551-570.
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., & Moilanen, I. (2004). Does pain reliefs during delivery decrease the risk of postnatal Depression? *Acta Obstetric Gynecology Scandinavia*, 83, 257-261.
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186 (5), 160-172.
- Hofer, M.A. (1983a). The mother-infant interaction as a regulator of infant physiology and behaviour. In L. Rosenblum & H. Moltz (Eds.), *Symbiosis in Parent-Offspring Interactions*. New York: Plenum.
- Hofer, M.A. (1983b). On the relationship between attachment and separation processes in infancy. In R. Plutchik, H. Kellermann (Eds.), *Emotion: theory, research and experience*. New York: Academic Press.
- Hofer, M.A. (1984). Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
- Imbasciati, A. (1983a). *Freud o Klein? La femminilità nella letteratura psicoanalitica postfreudiana*. Roma: Armando.
- Imbasciati, A. (1983b). *Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Imbasciati, A. (1986). *I grandi temi della ricerca. Vol. II: Istituzioni di psicologia*. Torino: UTET Libreria.
- Imbasciati, A. (1990). *La donna e la bambina*. Milano: Angeli.
- Imbasciati, A. (1994). Psicosomatica ostetrica e Istituzione ospedaliera. *Nascere* 12 (1), 22-31.
- Imbasciati, A. (1998). *Nascita e costruzione della mente*. Torino: UTET De Agostini.
- Imbasciati, A. (2002). Una spiegazione della transgenerazionalità. *Atti Convegno Psicologia Prenatale*. Roma, Cantagalli, Siena.
- Imbasciati, A. (2004). A Theoretical support for transgenerationality. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 83-98.

- Imbasciati, A. (2005). *Psicoanalisi e cognitivismo*. Roma: Armando.
- Imbasciati, A. (2006a). *Il sistema protomentale*. Milano: LED.
- Imbasciati, A. (2006b). *Constructing a Mind. A new basis for Psychoanalytic theory*. London: Brunner & Routledge.
- Imbasciati, A. (2008a). *La mente medica*. Milano: Springer Verlag.
- Imbasciati, A. (2008b). Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere*, XXXVI, 104, 4-10.
- Imbasciati, A., & Cena, L. (2008). Le cure materne in una prospettiva transgenerazionale. *Nascere*, 105, 4-15.
- Imbasciati, A., & Cena, L. (2009a in press). Il Care-Index. *Psychofenia*.
- Imbasciati, A., & Cena, L. (2009b in press). *I bambini e i loro caregivers*. Roma: Borla.
- Imbasciati, A., & Dabrassi, F. (in press). Dolore nel parto, cure materne, sviluppo del futuro individuo: ipotesi per la rilevazione di indici predittivi. *Minerva Ginecologica*.
- Imbasciati, A., Dabrassi, F., & Cena, L. (2007). *Psicologia clinica perinatale*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A., & Margiotta, M. (2005). *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*. Padova: Piccin.
- Imbasciati, A., Margiotta, M. (2008). *Psicologia clinica per gli operatori della salute*. Padova: Piccin.
- Jensen, M.P., Karoly, P., O'Riordan, E.F., Bland, F., & Burns, R.S. (1989). The subjective experience of acute pain. An assessment of the utility of 10 indices. *Clinical Journal of Pain*, 5, 153-159.
- Kanizsa, G. (1961). Cosa si intende per percezione. *Rivista di psicologia*, LV (4), 271-276.
- Keefe, F.J., & Williams, D.A. (2001). Assessment of pain behaviors. In D.C. Turk, R. Melzack (Eds.). *Handbook of Pain Assessment* (2nd ed., 257-274). New York: Guilford Press.
- Klein M., & Riviere J. (1937). *Love, Hate and Reparation*. London: Hogarth Press (trad. it. *Amore, Odio, Riparazione*, Astrolabio, Roma, 1969).
- Kumar, S., Tandon, O.P., & Mathur, R. (2002). Pain measurement: a formidable task. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 46, 396-406.
- Lowe, N.K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), S16-24.
- Maiani, G., & Sanavio, E. (1985). Semantics of pain in Italy: the Italian version of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 22, 399-405.
- Mc Crea, B.H., & Wright, M.E. (1999). Satisfaction in Childbirth and perception of personal control of Pain during labor. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 877-884.
- Melzack, R. (1975). The Mc Gill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Melzack, R. (1987). The short-form Mc Gill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.

- Mimoun, S., & Maggioni, C. (2003). *Trattato di Ostetricia e Ginecologia Psicosomatica*. Milano: Angeli.
- Miraglia, F. (1987). Il dolore in più. *Nascere*, 3, 21-24.
- Miraglia, F. (1990). Il dolore in travaglio di parto. In M. Farinet (Ed.), *I grandi temi della psicoprofilassi negli anni '90*. Milano: Ed. Progetto.
- Murray, A.D., Dolby, R.M., Nation, R.L., & Thomas, D.B. (1981). Effect of epidural Anesthesia on newborn and their mothers. *Child Development*, 52 (1), 71-82.
- Musatti, C. (1964). *Condizioni dell'esperienza e fondazione della psicologia*. Giunti-Barbera, Firenze.
- Musatti, C. (1958). Struttura ed esperienza nella fenomenologia percettiva. *Rivista di psicologia*, LII (2), 144-190.
- Nakamura, Y., & Chapman, C.R. (2002). Measuring pain: an introspective look at introspection. *Consciousness and cognition*, 11, 582-592.
- Regalia, A., & Bestetti, A. (2006). Dolore fisiologico, dolore patologico, dolore iatrogeno. Qualità del dolore e esperienza delle donne. In G.B. La Scala, V. Iori, F. Mori, & P.G. Fagandini (Eds.). *La normale complessità del venire al mondo*. Milano: Guerini.
- Riordan, G., Gross, A., Angeron, J., Krumwiede, B., & Melin, J. (2000). The Effect of Labor Relief medication on neonatal suckling and breast feeding duration. *Journal of Human Lactation*, 16 (7), 7-12.
- Saisto, T. (2001). Obstetric psychosocial and pain related. Background and Treatment of Fear of Childbirth. *Academic Dissertation 02/11/01 Department of Obstetrics & Gynaecology*, University of Helsinki.
- Schore, A.N. (2003a). *Affect dysregulation and the disorders of the Self*. New York: Norton & Company Ltd.
- Schore A.N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the Self*. New York: Norton & Company Ltd.
- Sepkowski, C., Lester, B., Ostheimer, G., & Brazelton, B. (1992). The effect of maternal epidural Anaesthesia on neonatal behaviour during the first month. *Development Medicine & Child Neurology*, 34, 1072-1080.
- Sroufe, L.A. (1995). *Lo sviluppo delle emozioni*. Milano: Cortina, 2000.
- Tiengo, M.A. (2000). *Il dolore e la mente*. Milano: Springer.
- Tursky, B. (1976). The development of a pain perception profile: a psychophysical approach. In M. Weissenberg & B. Tursky (Eds.), *Pain: new perspectives in therapy and research* (pp. 171-194). New York: Plenum Press.
- Uvnäs-Moberg, K. (1996). *Neuroendocrinology of the Mother-Child Interaction*. Elsevier Science TEM, 7(4), 126-130.
- Walderström, U., Bergman, V., & Vasell, G. (1996). The complexity of Labor pain: experiences of 278 women. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 17, 215-228.