

ROSSELLA PONCHIA*

Madri fragili. Il desiderio non basta

Come ci insegna la letteratura degli ultimi vent'anni anni, la gravidanza è sempre caratterizzata da una fragilità psichica della donna, che in questa fase della vita abbisogna di punti fermi di riferimento quali una buona relazione di coppia, un adeguato rapporto con la famiglia d'origine, con l'ambiente sociale e per quanto ci interessa un rapporto di fiducia con il ginecologo curante. Lo specialista ostetrico diventa il referente principale, oggetto anche di richieste di rassicurazione psicologica.

L'importanza del sostegno psicologico in gravidanza ha assunto una sempre maggior definizione come struttura protettiva della salute psichica della gravida, dell'equilibrio di coppia, della relazione con il figlio nato e del suo benessere. L'interesse rivolto alla salute psicofisica della donna gravida costituisce anche un presidio per la salute del bambino.

Nelle gravidanze classificate "a rischio", per patologia cronica materna e per poliabortività, gli stati di insicurezza materna e il bisogno di rassicurazione sono emergenti, quasi palpabili. Questa mia affermazione deriva dall'esperienza lavorativa di psicologa-psicoterapeuta *dedicata* alle gravide afferenti al Centro Regionale di Medicina Materno Fetale dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Dall'inizio dell'attività del Centro ad oggi i ginecologi *dedicati* a queste pazienti hanno sviluppato una competenza psicologica imparando a riconoscere e sostenere le richieste di grande attenzione e di rassicurazione che le gravide "a rischio" richiedono, a rispondere alla reiterazione dei quesiti, a inserire nella loro attività un'efficace dimensione psicologica, protesi nel loro lavoro di accompagnamento alla nascita di bambini sani, figli di una madre quanto più appagata.

* Psicologa, psicoterapeuta, dirigente sanitario, UOSD psicologica Ospedaliera Azienda Ospedale Padova.

Fino a un certo punto.

Quando la “trasparenza psichica” (Bydlowski, 1994) modifica gli abituali meccanismi di difesa e fa emergere allo stato di coscienza “frammenti di inconscio”, che riaprono ferite mal cicatrizzate con conseguente comparsa di sensazioni di disorientamento, confusione o di angoscia, il ginecologo *dedicato* comprende che è opportuno richiedere consulenza e sostegno psicologico.

È con questi pensieri condivisi che nel Centro Regionale dove opera si è attivato un accompagnamento della gravidanza che comprende anche la presa in carico di stati psicologici quali l’insicurezza personale, l’ansia reattiva al buon andamento della gravidanza e la necessità di elaborare il lutto per una o più perdite perinatali precedenti. E quando una paziente ha già una diagnosi psichiatrica riconosciuta e magari già assume psicofarmaci, dal ginecologo viene per lei richiesto sostegno psicologico come spazio di elaborazione del cambiamento in atto e area “in transito” verso la collaborazione con lo psichiatra.

Questo è lo spazio di lavoro e di pensiero condiviso con l’altro soggetto di questo intervento: la psichiatra referente dell’Ambulatorio di Consultazione e Psicoterapia Psicoanalitica della Relazione Genitori-Figli e del Ciclo di Vita della Clinica Psichiatrica III di Padova che con noi si è dedicata con passione alla psicopatologia delle gravide.

Le considerazioni che seguiranno derivano dal lavoro psicoterapeutico svolto in particolare con dieci pazienti, di età compresa tra i 28 e 38 anni, che, nel corso della gravidanza, hanno necessitato sia del sostegno psicologico che dell’appoggio psichiatrico, anche per l’assunzione di psicofarmaci. Sono donne con situazioni psichiche molto diverse: da diagnosi psichiatriche con prese in cura specialistiche precedenti la gravidanza a stati d’ansia acuta e insomnia ingravescente insorte durante la gestazione.

Le pazienti sono state seguite a partire dalla sesta, altre dalla ventiquattresima settimana di gestazione con colloqui psicologici, visite psichiatriche, controlli ostetrici, nonché alcuni ricoveri (presso il reparto di ostetricia o di psichiatria a seconda della gravità e delle caratteristiche sintomatologiche del quadro psicopatologico) con l’obiettivo condiviso ed esplicitato di giungere a una “buona nascita”.

Fatta eccezione per l’iperemesi, tutte le pazienti da noi considerate in questa fase di avvio della collaborazione hanno avuto un decorso di gravidanza normale dal punto di vista ostetrico: nessuna minaccia di aborto, nessun caso di ipertensione gravidica né di epatogestosi, nessun problema nello sviluppo del feto. Delle dieci donne seguite, sette hanno avuto un parto vaginale a termine di gravidanza. Hanno necessitato del taglio cesareo una paziente con gravidanza gemellare e due delle pazienti con patologia psichiatrica diagnosticata fin dalla tarda

adolescenza, per le quali risultava più compromesso il processo di separazione-individuazione (Mahler, 1978).

Storia e storie della collaborazione

La collaborazione si è avviata con Francesca, primigravida di 32 anni alla sesta settimana di gestazione, ricoverata per iperemesi gravidica incoercibile, con calo ponderale importante. L'iperemesi è una diagnosi per la quale sempre nel nostro reparto di Ostetricia viene attivata la richiesta di consulenza psicologica. Al primo incontro risulta subito evidente che non si tratta solo di iperemesi. La paziente nascosta sotto il lenzuolo, lentamente si fa vedere e appare trascurata nell'aspetto e nell'abbigliamento.

Altro infallibile indicatore fenomenologico di disagio psichico è il comodino: sul ripiano mescolati con gran confusione sono visibili oggetti per la cura personale, fazzoletti di carta, decine di confezioni di grissini, di cracker avanzati dai pasti, ma trattenuti quasi a comunicare "Non ho mangiato... proverò a farlo... vorrei riuscire a mangiare". La donna emersa lentamente dal lenzuolo entra in relazione chiedendo aiuto, indicazioni su come fare per contrastare il senso di nausea sempre presente, appare come una bambina spaventata. Per tutta la durata del ricovero non si parla d'altro di quanto ha o non ha mangiato, di quanta nausea ha avuto, di quanto è calata/aumentata di peso. Alla dimissione accetta volentieri la proposta di continuare il sostegno psicologico in ambulatorio. Viene al primo colloquio insieme al marito preoccupatissimo: la sera precedente aveva dovuto accompagnarla al Pronto Soccorso Ostetrico perché la moglie lamentava di essere "disidratata" e voleva essere ricoverata nuovamente. Il medico non aveva ritenuto che le sue condizioni fisiche richiedessero un ricovero e l'aveva rinviata all'ambulatorio psicologico.

Quando dico alla paziente che il sostegno psicologico non può essere sufficiente accetta l'indicazione di essere vista da una psichiatra dedicata alle gravide. Il sintomo che l'aveva portata al ricovero appare una manifestazione psicosomatica di una patologia psichica profonda di cui, solo dopo un paio di mesi di colloqui settimanali, la donna riferirà: fin dall'adolescenza aveva sviluppato manie religiose e le era stato diagnosticato un Disturbo Ossessivo Compulsivo; dopo una psicoterapia breve aveva cercato aiuto nei farmaci, assunti in modo discontinuo e interrotti completamente all'inizio della gravidanza. Tutto questo non figurava nell'anamnesi raccontata al medico di reparto e di Pronto Soccorso.

Francesca venne seguita dai ginecologi del Centro Regionale, dalla psichiatra e da me fino al termine di gravidanza, che si concluse con un

parto vaginale indotto alla trentottesima settimana gestazionale per un ritardo di crescita del feto (IUGR, *Intra Uterine Growth Restriction*) e oligoamnios (scarso liquido amniotico). La ginecologa che la seguì per il parto mi riferì, felice, che la donna aveva partorito bene, stabilendo una buona collaborazione con lei che l'assisteva e dimostrato gioia e desiderio di stringere subito il figlio tra le braccia. Il giorno successivo la stessa ginecologa, andata a complimentarsi con la neo mamma, rimase turbata perché la donna non diede segno di riconoscerla né manifestò alcuna gioia. Impossibile per lei mantenere una continuità di sensazioni positive e di equilibrio relazionale.

La buona collaborazione tra psicologa e psichiatra avviata con questo primo caso seguito congiuntamente e basata su un costante confronto di ipotesi diagnostiche e terapeutiche fece sì che la psichiatra chiedesse successivamente la mia consulenza specifica di psicologa della gravidanza quando Anna, primigravida alla ventiquattresima settimana di gestazione, venne ricoverata presso il reparto Psichiatrico di Diagnosi e Cura per "stato di angoscia in paziente depressa".

La donna prima dell'inizio di gravidanza lavorava come insegnante e conduceva una vita a suo dire normale. Con l'inizio della gravidanza, desiderata, era subentrato uno stato d'angoscia tale da farla sentire bene solo mentre si trovava ricoverata nel reparto di Psichiatria, dove si sentiva protetta.

Il primo colloquio avvenne proprio nel reparto psichiatrico dove io mi recai a conoscere la paziente. Successivamente, seppur ricoverata, la paziente venne accompagnata in ambulatorio nel reparto della Divisione Ostetrica. Nell'ospedale di Padova, il reparto di Diagnosi e Cura della Clinica Psichiatrica e la palazzina dove è ubicata la Divisione Ostellaria sono situati uno di fronte all'altro. Il far percorrere alla paziente questa breve distanza, attivando in lei un concreto movimento da un reparto all'altro per prepararsi a divenire madre, voleva simbolicamente comunicarle che l'intervento psicologico voleva sostenere le sue capacità di trasformazione da una percezione di sé terrorizzata di fronte a un evento di crescita, a una percezione di possibilità realizzatrice, possibilità per lei di divenire madre, mettendo a fuoco quali esperienze pregresse rendessero così difficile la sua gravidanza. Dimessa continuò con me i colloqui di sostegno e con la psichiatra le visite psichiatriche fino al termine di gravidanza.

In cosa consistono i fin qui nominati colloqui psicologici?

Devo confessare che preferisco chiamarli "conversazioni", un po' perché in ambito ospedaliero il termine colloquio è inflazionato, ma anche perché il vocabolario della lingua italiana definisce conversazione il "trattenersi a discorrere con una o più persone trattando argomenti vari, in un'atmosfera garbata e gentile". Soprattutto questo: atmosfera

garbata e gentile di fronte a una fragilità estrema e a contenuti spesso inquietanti e minacciosi.

Il contratto iniziale con le pazienti e la finalità esplicitata è sempre stato di arrivare a una “buona nascita” e a un buon incontro con il figlio reale.

Dopo il primo colloquio di conoscenza reciproca e di messa a fuoco delle difficoltà insorte con la gravidanza, il sostegno psicologico si sviluppava settimanalmente con un resoconto della settimana trascorsa, di quando e quanto si erano manifestati i sintomi, per arrivare poi sia al racconto di come si era comportato il marito/compagno, di quanto era stato presente o meno sia alla narrazione di ricordi riguardanti la relazione con la madre.

Nel corso dei colloqui, poi, le pazienti allargavano la richiesta d’aiuto manifestando il desiderio di diventare globalmente più sicure di sé, con il pensiero “Se riesco a fare un figlio poi sarò diversa, più forte”. Tale aspettativa era fortemente contrastata da dubbi, preoccupazioni di non essere all’altezza, in un’alternanza di stati d’animo.

Nei colloqui erano presenti e partecipi i feti, con i loro movimenti o con la loro assenza, fonte di inquietudine. La comunicazione con me passava anche per mani che toccavano il grembo, sorrisi talora silenziosi, talora accompagnati da un “ecco si muove”.

Non per tutte le pazienti i Movimenti Fetal (MF) costituivano sensazioni di gioia o di rassicurazione.

Francesca, la paziente psichicamente più compromessa, per tutta la gravidanza riferì di non provare più sentimenti, irrigidita nello sforzo di contrastare stati di angoscia sollecitati da movimenti affettivi di eccessiva vicinanza. L’angoscia si manifestava quando percepiva il bimbo muoversi dentro di lei e sentiva di svolgere una funzione di contenimento che lei, figlia di madre depressa, non aveva avuto. Percepiva, si irrigidiva, mi guardava con occhi spaventati quasi a chiedere “cosa devo fare?”. Proseguendo nei colloqui si giunse verso il termine della gravidanza alla possibilità di provare di tanto in tanto piacere, di cominciare a immaginare il bambino, a pensare a un nome.

La scelta del nome è una decisione molto importante dalla quale si possono intravedere aspetti della relazione madre-bambino e della relazione di coppia.

Mi preme qui sottolineare che tutte le pazienti seguite affidarono la scelta del nome al marito/compagno: deboli nella loro identità preferirono lasciare a lui, percepito più forte e deciso, questa importante attribuzione di identità del figlio/a.

Vorrei allora rivolgere un breve sguardo d’attenzione ai padri.

È un’osservazione generale che da vent’anni circa la presenza del maschio nel processo di gravidanza è progressivamente aumentata.

Alla funzione paterna di base psicologicamente riconosciuta e condivisa di proteggere la diade madre-bambino nelle fasi più delicate dello sviluppo e di fornire loro una base sicura si riconosce ora un diretto coinvolgimento del padre nel corso di tutta la gravidanza (Baldoni, 2006).

Il cambiamento è lentamente iniziato negli anni Settanta quando alcuni padri hanno voluto essere presenti in sala parto per veder nascere il figlio/a, per condividerne fin da subito l'esistenza.

L'indagine Istat del 2006 su "Gravidanza, parto e allattamento al seno" ci dice che nel Nord-Est otto papà su dieci sono presenti in sala parto al fianco delle loro mogli e compagne durante la nascita dei figli. E da alcuni anni non solo in sala parto, ma partecipi all'intero travaglio per condividere la fatica della donna. Non presenziano alla sola ecografia morfologica, colonne d'Ercole di ogni gravidanza, per rassicurarsi sulla normalità/salute del figlio/a, ma partecipano a quasi tutte le visite ostetriche e le ecografie per visualizzare e mentalizzare la presenza del figlio/a per partecipare appieno al processo di gravidanza, a loro biologicamente interdetto.

I padri di cui parlo sono partecipi anche del sostegno psicologico: tutti i primi colloqui si sono svolti con la presenza dell'uomo. In sala d'attesa sembrava un semplice accompagnatore, ma alla domanda a me rivolta della compagna "Può entrare anche lui?" seguita dalla risposta "Decidete voi" era ben contento di partecipare. Un po' per vedere di cosa si trattava, un po' per affermare il suo desiderio di paternità e la sua presenza "Ricordatevi che ci sono anch'io, sicuramente con le mie preoccupazioni ma anche con le mie risorse". Dopo il primo colloquio, riprendeva il ruolo di accompagnatore motivato "Ci sono, ma lascio a lei, alla madre, uno spazio per sé, dove poter esprimere stati d'animo e raccontare cose che io farei fatica a sostenere. Comunque ci sono! Aspetto di fare la mia parte". È capitato più volte che, in momenti di difficoltà di elaborazione o di comparsa di stati di angoscia riferiti alla relazione con il feto o con la madre, la paziente sia arrivata all'appuntamento dichiarando "Oggi c'è anche mio marito", quasi ammissione di malessere, di non essere in grado di sostenere il colloquio (la situazione). E il marito prendeva la parola e raccontava che vedeva la moglie/compagna molto impegnata a sostenere il malessere psichico e a cercare di trovare un equilibrio, a sforzarsi di stare meglio. Lui capiva e apprezzava. Un alleato che la sosteneva.

Uomini a fianco di donne fragili, in una relazione iniziata quando già i disturbi psichici della donna si erano manifestati, uomini dotati di una sensibilità quasi femminile, disposti fin dalla relazione di coppia al "prendersi cura", "all'io ti aiuterò" o nel caso più difficile "io ti salverò".

L’“io ti salverò” risultò particolarmente evidente nel marito di Francesca, che già in adolescenza soffriva di pensieri e conseguenti comportamenti ossessivi. La loro relazione e il successivo matrimonio, deciso in tempi molto rapidi, aveva l’obiettivo, condiviso da entrambi, di emanciparla, di salvarla dalla relazione patologica con la madre da sempre depressa.

Tornando ora alle osservazioni generali sulle nostre pazienti vediamo che il sintomo che le accomuna, pur nel diverso inquadramento psicopatologico, è l’insonnia ingravescente in gravida.

Un’insonnia che aumenta man mano procede la gravidanza, man mano diventa evidente il ventre gravido e la percezione del bambino, sembra indicare che non c’è tempo per riposarsi perché le cose da tenere sotto controllo sono tante e bisogna vegliare perché tutto vada bene.

Un grande impegno psichico che diventa fatica quotidiana vissuta quasi minuto per minuto.

Relazione con la madre

La relazione con la madre, humus da cui si sviluppa e trae configurazione la storia femminile, si caratterizza per queste pazienti per la trasmissione di diversi gradi di incapacità, che sembrano intrecciarsi con l’ordine di nascita.

Tutte e tre le pazienti con una diagnosi e storia psichiatrica più severa sono terzogenite, nate da madri che, con stili diversi, le avevano cresciute trasmettendo loro un senso di incapacità ad affrontare le tappe della vita, madri profetesse di paure e incapacità: “Non riuscirai a sposarti, non sarai capace di fare figli”. Dietro a questo messaggio esplicito, l’implicito era “Sei la più piccola, sei l’ultima, devi restare qui ad occuparti di me”.

Ad esempio Anna ricoverata in Psichiatria all’inizio di gravidanza per “stato di angoscia in paziente depressa” aveva una madre vedova, che dopo la morte del marito avvenuta dodici anni prima aveva preteso dalla figlia minore di svolgere nei suoi confronti la funzione di accudimento esercitata prima dal marito. Le riconosceva quest’unica possibilità, questa unica finalizzazione delle sue scarse risorse. Per tutto il resto il “non sei capace” caratterizzava la comunicazione della madre verso la figlia, che (per fortuna) era protetta dalla interiorizzazione di fiducia trasmessale dal padre. Lentamente riuscì a laurearsi, a trovare un fidanzato, poi marito e a concepire. Il superamento di tutti i confini posti dalla madre le provocò un’angoscia tale da farla trovar bene in un reparto psichiatrico, luogo dove stanno quelli che non sono capaci ad affrontare la vita, colpevoli d’aver superato qualche confine interiorizzato o sociale, luogo di punizione, ma anche, come nel caso della nostra

paziente, di protezione dalle eccessive incursioni della madre nella sua vita.

Entrambe le pazienti secondeipare risultavano secondogenite di madri che avevano mal vissuto la loro gravidanza perché ancora impegnate in un rapporto difficile con il figlio primogenito, non disponibili a dover ancora affrontare notti insonni e pianti prolungati. Le figlie erano state neonate e bambine molto buone, salvo poi diventare adolescenti ribelli, in forte contrapposizione con gli insegnamenti materni. Entrambe ricordavano positivamente la prima gravidanza, soddisfatte di aver avuto un figlio maschio. Alla seconda gravidanza il rapportarsi con una figlia femmina, come loro secondogenita, fece slatentizzare l'insicurezza dell'*holding* materno (Bowlby, 1976, 1978, 1982).

L'opposizione decisa alla gravidanza della figlia venne manifestata anche dalla madre di Gabriella, paziente più giovane di quelle qui considerate. La donna suggeriva insistentemente alla figlia di fare l'IVG (Interruzione Volontaria di Gravidanza) per sottrarla a una relazione che lei non approvava, così come lei si era sottratta alla relazione con un marito socialmente brillante ma violento in famiglia.

Per Gabriella, giovane donna di 28 anni e di "buona famiglia", sarebbe stata la terza interruzione volontaria di gravidanza, esperienza che non voleva assolutamente più ripetere. Pur riconoscendo la difficoltà del rapporto con il suo partner e la precarietà della sua condizione esistenziale, la giovane non prese assolutamente in considerazione la possibilità di IVG, sentì forte nella gravidanza la possibilità di cambiamento. Si rivolse all'Ambulatorio di Consultazione e Psicoterapia Psicoanalitica della Relazione Genitori-Figli e del Ciclo di Vita della Clinica Psichiatrica III con la richiesta di avviare una psicoterapia psicoanalitica, che la psichiatra referente giudicò non indicata per lei in quel momento. Fu però indirizzata a me per un sostegno psicologico circoscritto alla gravidanza e di accompagnamento al parto. Affetta da Disturbo della Personalità Emotivamente Instabile, non si attenne agli appuntamenti dati. Il rapporto terapeutico con me fu tuttavia recuperato quando venne ricoverata nel reparto di Ostetricia per "sospette percosse in gravida" aprendo così la possibilità di parlare del problema fondamentale della sua vita: le percosse del padre da cui la madre non aveva saputo proteggerla. Dopo la dimissione non accettò i colloqui individuali proposti ma si iscrisse al corso di preparazione alla nascita da me tenuto, mantenendo così un rapporto non esclusivo, cercando lì momenti avvicinamento. Partorì a termine, bene e per un anno di tanto in tanto arrivava per un saluto, sempre in compagnia del figlio, con cui sembrava molto adeguata.

Un'altra somiglianza che intercorre nella storia di queste pazienti è

la narrazione del desiderio di avere un figlio, di diventare madri. Tutte raccontano che hanno sempre desiderato di avere un figlio, fin da bambine, fin dall'adolescenza.

Ma davanti al test di gravidanza positivo hanno sussultato pensando che fosse troppo presto:

– perché mi sono appena sposata e non ho ancora realizzato un buon distacco dalla famiglia di origine (come disse la paziente Francesca, quella che per quasi tutta la gravidanza disse di non “provare sentimenti”);

– perché l’altro bimbo ha tre anni e stavo iniziando a recuperare un po’ di libertà, come dissero le due pazienti secondigravide;

– perché sono appena stata dichiarata guarita da una grave malattia.

In particolare Emma, la paziente che disse questa frase, giunse alla sesta settimana gestazionale in Pronto Soccorso Ostetrico in uno stato di grande agitazione, accompagnata da un marito molto spaventato e venne dal Pronto Soccorso inviata alla mia valutazione. Faticosamente e tra le lacrime lamentò di non dormire da una settimana, da quando il test gravidanza era risultato positivo. Sposata da dieci anni, raccontò di aver sempre desiderato d’avere un figlio ma di avervi dovuto rinunciare a causa di una patologia oncologica diagnosticata subito dopo il matrimonio. Fatte le opportune cure, era stata da poco dichiarata guarita e si era trovata incinta. Immediatamente era comparso uno stato d’angoscia pervasiva e l’insonnia ingravescente. Sintomi insorti così precocemente mi indicarono di inviarla alla psichiatra, suggerimento che la paziente accettò subito, spinta dal desiderio di essere aiutata anche con psicofarmaci, convinta di non potercela fare da sola. Convinzione così totalizzante da portarla a richiedere l’IVG e a prenotare l’intervento interfacciandosi per questa sua decisione con ginecologa e psichiatra, escludendomi completamente.

Il giorno dell’intervento non si presentò.

Continuò la relazione terapeutica con la psichiatra e poi si iscrisse al corso di preparazione alla nascita con me, facendosi riconoscere “Si ricorda di me? Ha visto che ce l’ho fatta?”.

Farcela, essere capaci, è il traguardo da raggiungere, trasformare un desiderio intenso e vago nel contempo in una realtà reificata qual è l’esistenza di un figlio.

Un desiderio che da solo non basta a proteggere dalla sofferenza, un desiderio la cui realizzazione non dà garanzie per il futuro, ma consente, con un’adeguata partecipazione e condivisione del marito / compagno e un sostegno psicologico / psichiatrico dedicato di sperimentare un’esperienza di cambiamento, possibilità di ripresa ed evoluzione della persona.

Bibliografia

- Ammaniti M. (2008), *Pensare per due. Nella mente delle madri.* Laterza, Roma-Bari.
- Baldoni F. (2005), Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura. In: N. Bertozzi, C. Hamon (a cura di), *Padri & paternità.* Edizioni Junior, Bergamo, pp. 79-102.
- Baldoni F. (2006), *Funzione paterna e attaccamento di coppia dalla gravidanza al post partum.* In: Atti Convegno Benessere in Gravidanza e in Puerperio. Prevenzione della "Depressione Pre e Post Partum" (Riva del Garda, 6-8 ottobre 2006). Società Italiana Psicologia Servizi e Territoriali, Trento, pp. 1-11.
- Bowlby J. (1976), *Attaccamento e perdita. 1: L'attaccamento alla madre.* Boringhieri, Torino 1999.
- Bowlby J. (1978), *Attaccamento e perdita. 2: La separazione dalla madre.* Boringhieri, Torino 1999.
- Bowlby J. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi.* Raffaello Cortina, Milano.
- Bydlowski M. (2004), *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità.* Pendragon, Bologna.
- Deutsch H. (1957), *Psicologia della donna. Studio psicoanalitico vol. II.* Boringhieri, Torino 1977.
- Mahler M. (1978), *La nascita psicologica del bambino.* Boringhieri, Torino.
- Soifer R. (1985), *Psicodinamica della gravidanza, parto, puerperio.* Borla, Roma.
- Stern D., Bruschweiler-Stern N. (2000), *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna.* Mondadori, Milano.

Rossella Ponchia
rossella.ponchia@aopd.veneto.it