



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

**Corso di laurea Magistrale in
PSICOLOGIA CLINICO-DINAMICA**

Tesi di laurea Magistrale

**ECCOTI, CI SEI.
L'ECOGRAFIA OSTETRICA E IL SUO RUOLO
NELLA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ.**

**THERE YOU ARE.
THE OBSTETRICAL ULTRASOUND AND ITS ROLE
IN THE TRANSITION TO PARENTHOOD.**

Relatrice

Prof.ssa Cristina Marogna

Laureanda: Chiara Romele

Matricola: 2056151

Anno Accademico 2022 - 2023

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1	7
LA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ	
1.1 Per una definizione di transizione alla genitorialità: un'analisi della letteratura internazionale e del modello relazionale-simbolico	7
<i>1.1.1 Il panorama della letteratura internazionale</i>	<i>10</i>
<i>1.1.2 Il modello relazionale-simbolico</i>	<i>12</i>
1.2 Le nuove caratteristiche della genitorialità: diventare genitori oggi	13
1.3 Il costrutto della cogenitorialità: novità o tautologia?	15
1.4 Da donne a madri: fantasie, rappresentazioni e sogni della maternità	18
1.5 Da uomini a padri: trasformazioni intrapsichiche e il nuovo modello della paternità intima	25
CAPITOLO 2	30
APRIRE UNA FINESTRA SUL FETO: L'EVOLUZIONE STORICA DELL'ECOGRAFIA OSTETRICA	
2.1 Cosa succede sotto la pelle? Leonardo Da Vinci e l'immagine del feto nell'utero	30
2.2 La nascita dell'ecografia: da arma bellica a strumento medico	33
2.3 "Dietro la cortina di ferro della parete addominale materna": l'ecografia ostetrica	38
2.4 Incontri ecografici: appuntamenti della coppia di futuri genitori dal ginecologo	42

CAPITOLO 3	44
L'ECOGRAFIA OSTETRICA E LA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ: ANALISI DELL'INCONTRO TRA LA TECNICA E IL DIVENTARE GENITORE	
3.1 Il φάρμακον a ultrasuoni: l'ecografia ostetrica come rituale di iniziazione alla genitorialità	45
3.2 La maternità ecografica	51
3.2.1 <i>L'irruzione del reale nell'immaginario</i>	52
3.2.2 <i>Vedere per conoscere: il privilegio del visivo e la conoscenza incarnata della gravidanza</i>	56
3.2.3 <i>L'ecografia ostetrica come dispositivo di facilitazione del legame materno-fetale</i>	60
3.3 La paternità ecografica	66
3.4 L'ecografia ostetrica: anestetico per l'ansia o fonte di turbamento?	71
3.5 L'ombra ecografica: il bambino perduto o con anomalie	75
3.6 L'ecografista: il paroliere del feto	78
CONCLUSIONI	81
BIBLIOGRAFIA	85

INTRODUZIONE

La tesi si pone l'obiettivo di analizzare un particolare incontro, ovvero quello tra la transizione alla genitorialità, un importante processo di vita, caratterizzato da significativi rimaneggiamenti psichici, e l'ecografia ostetrica, una tecnica, un inanimato che si anima. È complesso l'intreccio che si snoda tra la vita e la tecnica, tra βίος e τέχνη, ma la sua narrazione si rende necessaria al fine di comprendere, assumendo uno sguardo psicoanalitico, quale sia l'impatto dell'immagine ecografica, che mostra il bambino nella sua realtà e spontaneità, nel processo che conduce al divenire madri e padri, cioè genitori.

A guidare il desiderio di approfondire tale argomento, oltre a un forte interesse per le tematiche relative ai legami familiari e, in particolare, per il modo di affrontare la materia da parte del modello relazionale-simbolico (Scabini & Cigoli, 2000, 2012), è stata l'esperienza di tirocinio curricolare, svolta presso il consultorio familiare di via Piovese a Padova, sotto la preziosa guida della dottoressa Antonia Morelli. La genitorialità è spesso oggetto del lavoro all'interno di questa struttura in tutte le sue forme. La si incontra nel suo divenire e nel suo generarsi durante i corsi di accompagnamento alla nascita e nel suo strutturarsi quando, ad esempio, durante i difficili primi mesi di accudimento del nascituro, la coppia e le identità di uomini e donne vacillano sotto i colpi della necessità di un nuovo equilibrio da ricercare. O, ancora, nel momento in cui emergono difficoltà nell'essere madri e padri e, pertanto, la genitorialità deve essere valutata al fine di individuare la capacità di accudire adeguatamente e sufficientemente i figli. In ogni caso si delinea l'esigenza di prendersi cura del processo di transizione e di trovare sempre nuovi spazi di pensiero utili al supporto alla famiglia e alla genitorialità.

Il presente lavoro non è un'opposizione ai progressi della scienza, ma, al contrario, si configura come una riflessione critica e analitica, nel senso etimologico di tale termine, che consenta di vedere il momento dello screening ecografico come prezioso tempo di accompagnamento prenatale. Si mira, pertanto, a sciogliere i nodi della relazione tra transizione alla genitorialità ed ecografia ostetrica, individuando come quest'ultima possa supportare o ostacolare la maternità e la paternità. L'individuazione degli elementi di facilitazione e di interferenza, districando le annodature, risulta essere fondamentale per arrivare a creare una tessitura omogenea e, fuor di metafora, generativa per la nascita di nuove madri e nuovi padri.

A tal fine è stata svolta una ricerca bibliografica della letteratura scientifica nazionale e internazionale. L'analisi degli studi classici e più recenti ha permesso di effettuare una presentazione della tematica della transizione alla genitorialità, focalizzando l'attenzione sul ruolo che l'ecografia ostetrica svolge in tale processo, dal generale al particolare. Nello specifico, la presente tesi è articolata in tre capitoli.

Nel primo si illustra la definizione di transizione alla genitorialità cercando di mettere in luce come si tratti di un *transitus* avviato da un evento critico, una *κρίσις*, un punto di svolta che comporterà un ripensamento e una ristrutturazione delle identità individuali, della coppia e della famiglia nel suo senso più ampio. Si delineano, inoltre, sia le nuove caratteristiche della genitorialità, al fine di comprendere che cosa significhi diventare genitori oggi avendo la possibilità di scegliere se, quando e come avere un figlio, sia le trasformazioni intrapsichiche peculiari della maternità e della paternità. Per quanto concerne il viaggio che conduce dall'essere donna all'essere anche madre vengono analizzate le fantasie, le rappresentazioni e i sogni che caratterizzano l'*atmosfera materna* (Pazzagli et al., 2011); mentre, relativamente al divenire padri, è stato preso in considerazione il nuovo modello della *paternità intima* per individuare cosa implichi la nascita nella mente del padre.

Il secondo capitolo è dedicato alla ricostruzione del percorso storico che ha permesso la nascita della tecnica ecografica e la sua applicazione in ambito medico e ginecologico-ostetrico, dopo essere stata utilizzata come arma bellica. Il punto di partenza è uno spunto di gusto artistico, offerto dalle tavole anatomiche di Leonardo da Vinci, che raffigurano, per la prima volta, la corretta posizione del feto nell'utero, potendo essere definite delle "preistoriche" immagini ecografiche. Successivamente è descritto il funzionamento dell'imaging 2D e dei moderni 3D e 4D, oltre che gli *appuntamenti ecografici* a cui la coppia si sottopone durante i nove mesi della gestazione.

Nel terzo ed ultimo capitolo si analizza l'ecografia nel suo ruolo di rituale di iniziazione alla genitorialità, di rito di passaggio con valore strutturante nel processo di transizione. Viene delineata la *maternità ecografica* ponendo particolare attenzione alle fantasie materne e alla rottura dell'attività sognante, dovuta all'irruzione del bambino reale su quello immaginario al momento dell'ecografia. Una riflessione è dedicata allo scontro tra la conoscenza visiva e oggettiva, apportata dall'immagine ecografica, e quella incarnata e soggettiva derivante dall'esperienza della gestante, prendendo in

considerazione le prospettive post-strutturaliste e le critiche femministe. Inoltre, si considera l'ecografia ostetrica come *dispositivo di facilitazione* del legame materno-fetale. Relativamente alla *paternità ecografica*, invece, si mette in luce la funzione di *dispositivo protesico* che questa tecnica diagnostica svolge per i padri, permettendo loro di accedere direttamente e per la prima volta al bambino, favorendo, pertanto, la transizione alla paternità. In aggiunta si propone la possibilità che l'immagine ecografica riesca a riattualizzare i fantasmi paterni, ovvero gli aspetti conflittuali inconsci non risolti. Si prende in esame l'ansia che tale test prenatale può suscitare, soprattutto nel momento in cui l'*ombra ecografica* viene proiettata sui futuri genitori e il bambino perduto o malformato si palesa. In ultima istanza si attenziona l'importante ruolo dell'ecografista in quanto "quarto" nella stanza e narratore, paroliere del feto.

Alcuni paragrafi sono introdotti da citazioni tratte da testi letterari in prosa e in poesia che suscitano pensieri, immagini, emozioni, fantasie, sogni, desideri e aspettative che caratterizzano il percorso della genitorialità. Esse costituiscono il filo rosso della trattazione, perché soltanto attraverso il potere evocativo della parola è possibile esperire e vivere il mistero della vita a partire dall' "*Eccoti, ci sei*".

CAPITOLO 1

LA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ

1.1 Per una definizione di transizione alla genitorialità: un'analisi della letteratura internazionale e del modello relazionale-simbolico

*Io devo al grembo che m'ha partorito
il temerario amore per la vita
che m'ha tanto tradito.*

[...]

*Ora, ebbi un padre severo
come un santo orgoglioso.*

*E furon questi i due forti avversari
che m'hanno generato.*

Vincenzo Cardarelli, *Genitori*

Transire è il verbo latino che, coniugato al participio passato, dà origine al termine *transitus*, utilizzato dagli antichi romani per indicare il *passare al di là o attraverso* (Castiglioni & Mariotti, 2007). Ripercorrendo le tracce dell'evoluzione della lingua italiana, si giunge all'attuale definizione di transizione che mantiene lo stesso significato ma implica anche il transito, il passaggio per l'appunto, da una situazione ad un'altra (Devoto & Oli, 2016). In ambito psicologico assume un significato più complesso e profondo, infatti, la transizione è l'abbandonare qualche cosa per poter raggiungere un obiettivo (Scabini & Iafrate, 2019). A darle avvio è un evento critico, nel quale crisi va intesa nel suo profondo senso etimologico di κρίσις cioè il separare, la scelta, la fase critica (Montanari, 2004; Scabini & Iafrate, 2019). All'interno del contesto familiare le κρίσις simboleggiano un *transitus*, che coinvolge tutti i componenti ed esse “*sono dei punti di non ritorno, si chiude un capitolo di storia e se ne apre un altro*” (Scabini & Iafrate, 2019, p. 64). Il cambiamento generato comporta delle variazioni nel funzionamento del sistema familiare che dovrà ripensarsi e ristrutturarsi per passare al di là di una fase critica (Scabini & Iafrate, 2019).

La κρίσις e il transitus si verificano anche nelle menti dell'uomo e della donna nel momento in cui cominciano a pensare di mettere al mondo un figlio, perché implicano il passaggio dalla diade alla triade, dalla coppia alla famiglia dando vita al viaggio che li condurrà a diventare madri e padri, ovvero genitori. È questa la transizione alla genitorialità, cioè *“l'insieme di rimaneggiamenti psichici, affettivi e relazionali che conducono gli adulti a diventare genitori”* (Cadei & Simeone, 2011, p. 39), è la transizione chiave per eccellenza che consente il passaggio verso la vita adulta (Naldini, 2015; Scabini & Iafrate, 2019). Scabini e Iafrate (2019), trattandosi di un processo, ne hanno individuato la temporalità, collocandolo nel *“periodo che intercorre tra la notizia dell'avvenuto concepimento e la nascita del futuro figlio”* (p. 122).

L'esperienza della genitorialità, in quanto fisiologica, spesso prevista e prevedibile, rappresenta un evento normativo (Fenaroli et al., 2017), ma parallelamente critico (Fenaroli et al., 2017; Scabini & Iafrate, 2019) che si configura come una potente crisi maturativa e un punto di svolta irreversibile per la coppia (Cadei & Simeone, 2011).

La letteratura internazionale e nazionale che si è occupata di analizzare questa peculiare transizione della vita umana è, infatti, concorde nell'individuare che il diventare genitori implichi non solo trasformazioni e riorganizzazioni dal punto di vista intrapsichico, emotivo e comportamentale, ma richieda anche una ridefinizione della propria identità, una rinegoziazione dei ruoli, della relazione di coppia e del rapporto con le famiglie d'origine (Ammaniti et al., 2009; Cadei & Simeone, 2011; Cigoli et al., 2006; Fenaroli et al., 2017; Kuersten-Hogan & McHale, 2021b; Lamontagne, 2020; Naldini, 2015; Scabini & Iafrate, 2019).

Per Ammaniti e colleghi (1995) e von Kalckreuth (2021) l'attesa del primo figlio prevede una ristrutturazione reale e fantasmatica che ha l'obiettivo di includere e integrare il terzo, ovvero il bambino, all'interno del sistema coppia. Al padre e alla madre *“spetta il compito di aiuto vicendevole per giungere a costruire quel noi, quel triangolo ove ognuno di loro troverà il suo posto entro la famiglia”* (Scabini & Iafrate, 2019, p. 123). Il successo di tale processo, come sottolineano Ammaniti e colleghi (1995), sarà facilitato dal lavoro psichico che ciascun membro della coppia compirà relativamente alla propria storia passata e presente.

A tal proposito, il recente articolo di Lamontagne (2020), rifacendosi ai lavori di Cramer e Palacio-Espasa (1993, citato da Lamontagne, 2020), analizza la

riorganizzazione a livello psichico che caratterizza l'ingresso alla genitorialità. L'autrice riporta quali sono le tre forme di rappresentazione salienti: quella legata ai propri genitori, quella di sé come futuro genitore e quella di sé come figlio, ovvero il ricordo del bambino che si è stati. Più nello specifico, le prime due sono elaborate dalla coppia a partire dalla memoria del loro legame con il padre e la madre:

le tracce di gratificazione legate alla relazione con i propri genitori saranno reintegrate sottoforma di desiderio di sviluppare una relazione soddisfacente con il proprio figlio, mentre le tracce di delusione saranno attualizzate nella relazione con il bambino, in un movimento di compensazione o ripetizione.
(Lamontagne, 2020, p. 110)

L'evocazione di questi processi relativi alla prima infanzia dei genitori ha, pertanto, un'importante ricaduta sulla modalità di interazione e sulla qualità delle cure parentali in epoca postnatale. Fin dal concepimento si genera una fitta trama, un incastro, tra il mondo psichico della madre, del padre e del bambino, un intreccio che conduce alla nascita, simbolica e reale, della cultura familiare (Raphael-Leff, 2014).

Diventare genitori implica trasformazioni che toccano tutte le aree di vita (Ammaniti et al. 2009) ed è un processo indiscutibilmente caratterizzato da un ventaglio di pensieri ed emozioni molto diversificati e talora contraddittori, che possono spaziare dalla gioia all'angoscia fino alla paura (Fenaroli et al., 2017). Nonostante ciò, l'attenzione è sempre stata posta maggiormente agli aspetti biologici della gravidanza e della riproduzione, lasciando invece sullo sfondo la comprensione dei rimaneggiamenti intrapsichici e delle difficoltà che si possono incontrare durante il percorso verso la genitorialità: bisogna rompere il muro del silenzio che *“ha alimentato favole di gravidanza beate, parti indolori, bambini perfetti e genitori incondizionatamente amorevoli”* (Raphael-Leff, 2014, p. 8). È fondamentale, quindi, ricordare che il diventare madre e padre, come messo in luce da Scarziello e Arace (2015), può essere complesso e tortuoso, dal momento che richiede alla coppia di ripensare, riesaminare e reinterpretare il proprio passato.

L'avventura della paternità e della maternità, però, può essere pensata anche come un'opportunità di evoluzione e metamorfosi per la coppia, giacché i figli permettono di aprirsi verso il futuro (Scarziello & Arace, 2015). La genitorialità, pertanto, può essere

intesa come “*la realizzazione della propria facoltà di oltrepassare i confini individuali nel dono di sé all’altro. Dono che trasforma ed espande la vita*” (Musi, 2007, citato da Cadei & Simeone, 2011, p. 38).

1.1.1 Il panorama della letteratura internazionale

La famiglia è un argomento che ha sempre richiamato grande interesse da parte della psicologia, fin dalle sue origini. È possibile, tuttavia, riscontrare un mutamento nella modalità con cui la letteratura si è occupata del tema: inizialmente, infatti, veniva studiato indirettamente, ovvero attraverso osservazioni sul bambino, mentre a partire dagli anni '50 e '60 del Novecento comincia ad essere considerato un oggetto direttamente esaminabile ed indagabile (Scabini & Iafrate, 2019). Negli anni '80 si è assistito ad una vera e propria esplosione di studi, la cosiddetta era dei modelli, che hanno avuto l'intento di sistematizzare le dimensioni familiari cercando di creare dei paradigmi descrittivi del funzionamento¹ (Kuersten-Hogan & McHale, 2021b; Scabini & Iafrate, 2019).

Più nello specifico, per quanto concerne il tema della transizione alla genitorialità, la recente revisione teorica elaborata da Kuersten-Hogan e McHale (2021b) mette in rilievo la grande attenzione posta dalle *teorie sistemiche* al passaggio dalla struttura diadica a quella triadica, elemento caratteristico di tale peculiare fase del ciclo di vita. Il sopracitato quadro teorico, sviluppato dal Gruppo di Palo Alto², prende origine dalla teoria generale dei sistemi di von Bertalanffy che interpreta la famiglia come un sistema composto da membri interrelati vicendevolmente e impegnati a formare sottoinsiemi interagenti tra loro (Scabini & Iafrate, 2019). La transizione alla genitorialità prevede che un nuovo componente, il primo figlio della coppia, si aggiunga a un sistema familiare esistente, portando alla formazione di sottoinsiemi (quello genitori-figli e quello della coppia) e dando luogo ad una riorganizzazione. Si altera, dunque, l'omeostasi e l'obiettivo sarà raggiungere nuovamente l'equilibrio, permettendo alla famiglia di adattarsi alle nuove richieste ambientali (Kuersten-Hogan & McHale, 2021b).

¹ Tra i più noti figurano il modello circonflesso dei sistemi familiari di Olson, il modello della competenza familiare di Robert Beavers e il modello del paradigma familiare di Reiss.

² Tra i ricercatori e clinici del gruppo figuravano Gregory Bateson, Jay Haley, Paul Watzlawick. In Italia il modello sistemico si sviluppa grazie al lavoro di Mara Selvini Palazzoli.

Per comprendere il difficile processo della transizione alla genitorialità le *teorie ecologica* di Brofenbrenner e *transazionale* di Bodenmann offrono la possibilità di considerare il ruolo del sistema sociale e culturale all'interno del quale la coppia affronta il diventare padri e madri (Kuersten-Hogan & McHale, 2021b). Infatti, come sottolineano Michaels e Goldberg (1988), la maggior parte delle ricerche relative a tale fase della vita sono state condotte prendendo in esame famiglie nordamericane bianche e, quindi, i risultati non possono essere applicabili a nuclei familiari di culture differenti da quelle indagate. In effetti, come sostiene Brofenbrenner (1979, citato da Kuersten-Hogan & McHale, 2021b) lo sviluppo è fortemente influenzato dall'ambiente e dal contesto di crescita, di conseguenza anche la transizione alla genitorialità può assumere significati diversi in base alle differenti subculture in cui gli individui sono inseriti.

La *Family Stress and Coping Theory* identifica la nascita del primo figlio come una fase del ciclo di vita che, richiedendo cambiamenti nella struttura, nei ruoli e nelle routine della famiglia, può portare ad un aumento dello stress durante l'adattamento a queste modificazioni (Kuersten-Hogan & McHale, 2021b). Uno dei modelli elaborati entro tale teoria è il *modello ABC-X*, secondo il quale la crisi (fattore X) è il risultato dell'interazione tra A, ovvero un evento stressante quale può essere appunto la gravidanza e la nascita del bambino, B, cioè la capacità dei genitori in attesa di trovare risorse economiche, sociali ed emotive per affrontare il fattore stressante e C, ovvero, la percezione o il significato attribuito dai genitori all'evento (Hill, 1949, citato da Scabini & Iafrate, 2019).

Un'altra importante lente teorica è quella proposta dalla *Family Developmental Theory* (FDT), caratterizzata da un'impronta interdisciplinare e sintesi del lavoro di Evelyn Duvall e Rueben Hill. Essa propone la suddivisione del ciclo di vita familiare in otto stadi³ e per ognuno di essi vengono indicati i compiti di sviluppo. La transizione alla genitorialità, cioè lo stadio di inizio della famiglia, provoca una serie di mutamenti a cui è possibile far fronte grazie all'assunzione di precisi compiti di sviluppo, ossia adeguati cambiamenti nei comportamenti di ruolo familiare (Kuersten-Hogan, 2021b; Scabini & Iafrate, 2019).

³ Gli otto stadi del ciclo di vita familiare individuati sono: inizio della famiglia, fase di allevamento dei figli, famiglia con figli in età prescolare, famiglia con figli in età scolare, famiglia con adolescenti, famiglia trampolino di lancio, famiglia di mezza età, famiglia anziana (Duvall, 1957, citato da Scabini & Iafrate, 2019).

1.1.2 Il modello relazionale-simbolico

Il modello relazionale-simbolico è una prospettiva teorica elaborata da Eugenia Scabini e da Vittorio Cigoli a partire dagli inizi degli anni '90, ma messo a punto nei decenni successivi grazie alla pubblicazione dei testi *“Il familiare. Legami, simboli e transizioni”* (Scabini & Cigoli, 2000) e nel 2012 di *“Alla ricerca del familiare. Il modello relazionale-simbolico”* (Scabini & Cigoli, 2012).

Per gli autori la famiglia ha una peculiare identità relazionale ed è caratterizzata da vincoli specifici, quindi, non è totalmente sovrapponibile agli altri gruppi sociali e necessita una nuova lettura al fine di metterne in luce le qualità distintive (Scabini & Cigoli, 2000, 2012). Il modello proposto, per raggiungere tale obiettivo, prende in esame due categorie: *il relazionale* e *il simbolico*. La prima rimanda all'idea che i legami rappresentino il cuore pulsante della famiglia, in quanto di essi ne è costituita ed è in grado di generarli, creando connessioni tra gli individui (Scabini & Iafrate, 2019). Il secondo, invece, è ciò che Scabini e Cigoli (2000) hanno definito “il familiare”, ovvero la matrice simbolica tra generi, generazioni e stirpi, *“il senso profondo che attraversa e nutre le relazioni familiari [...], è l'anima che alimenta i legami, che fa sì che la relazione familiare sia riconosciuta e riconoscibile in quanto specificamente umana”* (Scabini & Iafrate, 2019, pp. 54-55).

All'interno di questo quadro teorico, la transizione alla genitorialità, implica due necessità specifiche: lasciare qualche cosa, ovvero lo status precedente nell'ordine generazionale, e raggiungere un obiettivo declinabile in precisi compiti di sviluppo (Scabini & Cigoli, 2000, 2012). Essa rappresenta, dunque, una crisi di transizione e non soltanto il passaggio da una posizione all'altra, come teorizzato dai modelli descrittivi (Lamontagne, 2020; Scabini & Iafrate, 2019). Per quanto concerne la prima necessità, la nascita porta la famiglia ad assumere nuove posizioni relazionali e nuovi ruoli, per cui si passa da coniugi a genitori, da genitori a nonni, da fratelli a zii. La coppia genitoriale funge da dispositivo di mediazione intergenerazionale, da generazione ponte, *“che raccoglie l'eredità della generazione precedente e deve trasferirla, trasformandola, a quella successiva”* (Scabini & Iafrate, 2019, p. 115). Relativamente all'obiettivo da raggiungere durante la crisi di transizione, ovvero la seconda necessità, Cigoli e Scabini (2000, 2012) parlano di cura responsabile. La coppia deve, pertanto, essere in grado di

originare un patto genitoriale fondato sulla capacità di prendersi cura responsabilmente di ciò che da entrambi è stato generato (Scabini & Cigoli, 2012).

Gli autori precisano anche la differenza che intercorre tra generatività e genitorialità: il primo termine è maggiormente legato alla gravidanza e all'idea di *voler avere un figlio*, è la creazione di qualche cosa, il “*superamento del narcisismo individuale a favore di qualche cosa d'altro*” (Cadei & Simeone, 2011, p. 40). Il secondo, invece, ponendosi l'obiettivo della cura responsabile, esprime il desiderio e la progettualità da parte della coppia di *voler divenire genitori* e prendersi cura dei figli (Scabini & Iafrate, 2019).

1.2 Le nuove caratteristiche della genitorialità: diventare genitori oggi

La genitorialità e le aspettative legate ad essa hanno subito una serie di modificazioni nel corso del tempo: essere e diventare padri e madri oggi ha connotazioni sicuramente differenti rispetto a quelle dei primi anni del XX secolo. Il contesto storico in cui si vive il tempo della gravidanza e della transizione alla parentalità, infatti, modella i significati attribuiti dalla coppia a tali eventi e, dunque, appare estremamente importante dedicargli la giusta attenzione al fine di comprendere al meglio il senso ed il valore attribuito a tale esperienza (Kuersten-Hogan & McHale, 2021b).

Naldini (2015), all'interno del testo da lei curato che ha delineato le caratteristiche dei nuovi genitori per mezzo di uno sguardo analitico multidisciplinare, mette in luce il ruolo dell'influenza dei processi sociali e dei legami con il contesto sulla nascita delle nuove famiglie. L'autrice, riguardo a questo, ricorda che la scelta di diventare genitori non è frutto soltanto di decisioni individuali derivanti da bisogni interni, quali la riproduzione e l'accudimento, ma anche di eventi esterni, tra cui figurano le norme, le credenze, le pratiche sociali e culturali, l'economia, la politica e la demografia (Naldini, 2015; Scabini & Iafrate).

In un'epoca caratterizzata da denatalità e spostamento in avanti del calendario delle tappe del ciclo di vita individuale, l'arrivo di un figlio risulta essere principalmente frutto di una scelta: si decide *se*, *quando* e *come* diventare genitori (Fenaroli et al., 2016; Naldini, 2015). In riferimento al *se*, diventare madri e padri non è più un evento dato per certo nella vita della coppia, ma “*si suppone che nasca da un desiderio, che sia l'esito di una scelta intenzionale*” (Naldini, 2015, p. 9). Il *quando* risente fortemente dell'influsso

della posticipazione delle tappe di vita, dunque, anche l'evento dell'essere genitori è spesso rimandato e, una volta assunto questo ruolo, non si è certi che possa accadere una seconda volta; si assiste perciò ad una rarefazione dell'esperienza di essere padri e madri (Naldini, 2015). Infine, per quanto concerne il *come* avere un figlio, la questione risulta essere di articolazione più complessa, perché afferisce a una delle più importanti novità emerse tra la fine del XX e il XXI secolo. Oggi, infatti, le modalità con cui si può costruire una famiglia e iniziare il percorso della genitorialità si sono moltiplicate. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA), che permettono alle coppie eterosessuali infertili e a quelle dello stesso sesso di accedere all'esperienza della parentalità, e l'aumento delle famiglie ricostruite e quelle di fatto conducono a caleidoscopiche e cangianti modalità di sperimentare l'avventura del divenire padri e madri (Naldini, 2015; Scabini & Iafrate, 2019).

Altra caratteristica della genitorialità oggi, diretta conseguenza dell'alto e, a volte eccessivo, investimento emotivo riposto dalla famiglia nei confronti della nuova generazione, riguarda i significati attribuiti al figlio. Quest'ultimo viene considerato l'elemento che permette non solo l'istituzione e la riuscita del legame di coppia, ma anche la realizzazione personale, divenendo, in tal modo, prolungamento narcisistico dell'adulto (Scabini & Cigoli, 2012). Come espresso da Donati e colleghi, quindi, l'aspetto più sfidante per i genitori oggi è imparare a considerare i figli come altro da sé, come esseri unici con propri bisogni e desideri (Donati et al. 2006).

Le aspettative nei confronti dei compiti che i genitori devono svolgere con i figli aumentano sempre di più, perché da padri e madri ci si attende non solo la capacità di accudimento e accompagnamento alla crescita, ma anche la promozione di un adeguato sviluppo emotivo, cognitivo e fisico nel bambino (Faircloth & Murray, 2015). Sembra emergere, però, una contraddizione: da un lato alla coppia è richiesto un impegno e una dedizione sempre maggiore nei confronti del figlio, dall'altro lo stile di vita moderno impone la presenza continuativa nel mercato del lavoro e le politiche a sostegno della famiglia scarseggiano. La contrapposizione tra quella che von Kalckreuth (2021) definisce l'età della pietra, ossia il tempo segnato dai ritmi e dai bisogni del bambino, e la vita moderna, dominata dalla velocità, dall'efficienza e dalla mobilità, possono generare nei genitori dubbi, ansia, malessere e frustrazione (Faircloth & Murray, 2015; von Kalckreuth, 2021).

1.3 Il costrutto della cogenitorialità: novità o tautologia?

Recentemente in letteratura si è sviluppato un grande interesse nei confronti del costrutto del coparenting, o, in italiano, della cogenitorialità (Scabini & Iafrate, 2019). Quest'ultimo viene definito come la relazione che si stabilisce tra i partner della coppia, il quale consente loro di condividere il ruolo genitoriale; ciò passa attraverso la costruzione di una forma di comunicazione proficua ed efficace e una modalità di azione coordinata e compartecipata per il raggiungimento di scopi comuni, tra i quali figurano la crescita e l'educazione dei figli (McHale, 2010; McHale et al., 2000;). Ammaniti e colleghi (2009) rimarcano quanto la cogenitorialità sia caratterizzata da *“un'influenza reciproca dei comportamenti, delle rappresentazioni mentali e degli affetti dei genitori, da una continua rinegoziazione della relazione ed un adattamento alla fase evolutiva specifica del bambino”* (Ammaniti et al., 2009, p.11).

Madri e padri, qualora riescano nell'obiettivo di co-costruire modalità di agire condivise, avranno la possibilità di mantenerle e mostrarsi agli occhi della prole uniti, anche se un genitore dovesse non essere presente (Ammaniti et al., 2009; Scarziello & Arace, 2015). Quello della cogenitorialità, dunque, è un costrutto che emerge sia durante le interazioni triadiche sia diadiche, ovvero riguardanti genitore-figlio (McHale, 2010).

Le parole chiave del coparenting paiono essere la condivisione e la coordinazione tra adulti nel compiere il loro ruolo, implicando anche una quota di reciprocità e bidirezionalità, poiché pensieri, rappresentazioni e azioni di un genitore orientano e sono orientate dall'altro (McHale et al., 2000; McHale et al., 2004). Considerando ciò, è possibile comprendere come la cogenitorialità non sia sovrapponibile alla bigenitorialità, cioè all'esercizio parallelo del ruolo genitoriale (Malagoli Togliatti & Lubrano Lavadera, 2008, citato da Ammaniti et al., 2009): il tutto, ovvero fare ed essere genitori, è molto più della somma del ruolo materno e paterno.

McHale, all'interno del testo *“La sfida della cogenitorialità”* (2010), individua le quattro caratteristiche del costrutto. La *solidarietà* si riferisce alla coesione e al supporto reciproco percepito dalla coppia genitoriale; essa consente di legittimare l'autorevolezza dell'altro partner e di avere la sensazione di sentirsi uniti e coordinati per il raggiungimento di uno scopo comune (McHale, 2010). L'*antagonismo* può essere considerato la caratteristica opposta alla solidarietà, in quanto rimanda all'atteggiamento svalutante e critico del partner in relazione al ruolo dell'altro genitore; implica la presenza

di discussioni e competitività al fine di volgere verso di sé le attenzioni del figlio (McHale, 2010). La *divisione del lavoro di accudimento* indica la distribuzione dell'impegno nel prendersi cura dei figli tra i genitori, tenendo in considerazione anche quanto siano convergenti le percezioni dei due partner in relazione alla divisione dei compiti e quanta soddisfazione sia presente relativamente ad essa (McHale, 2010). L'*impegno reciproco*, infine, è da intendersi come l'appagamento del partner rispetto al coinvolgimento emotivo dell'altro genitore con il figlio e alla collaborazione nella presa di decisioni riguardanti la famiglia (McHale, 2010).

In merito a quanto esposto, Scarziello e Arace (2017) recentemente hanno condotto una ricerca longitudinale con diciassette coppie italiane, intervistate dal periodo della gravidanza fino all'anno e mezzo di vita dei loro figli. L'obiettivo dello studio è stato indagare quali dinamiche tra i partner fungessero da supporto o da ostacolo alla formazione della cogenitorialità, concentrandosi, nell'analisi del materiale ottenuto, soprattutto sulle caratteristiche, delineate da McHale (2010), dell'antagonismo e della divisione del lavoro di accudimento. Dall'indagine condotta è emerso che, relativamente all'antagonismo, le motivazioni che spingono al conflitto sono ricorrenti e non cambiano nel passaggio dalla coppia alla triade, quindi, la nascita non sembra apportare cambiamenti. Ciò è in linea con quanto sostenuto da McHale (2010) per il quale l'efficacia nella comunicazione non è una capacità che si può sviluppare d'emblée, ma è un'abilità che va costruita nel tempo e se la coppia non sa confrontarsi adeguatamente, non riuscirà a farlo neanche una volta nato il bambino e assunto il ruolo di genitore. Per ciò che concerne la divisione del lavoro di accudimento si è evidenziato che la soddisfazione della coppia non è direttamente proporzionale al reale aiuto apportato dal coniuge, ma dipende dalla *"concordanza delle percezioni dei due partner relativamente a come sono distribuiti i compiti e la corrispondenza tra aspettative precedenti, credenze e realtà"* (Scarziello & Arace, 2015, p. 162). Le autrici, infatti, mettono in luce che la percezione di ingiustizia e risentimento vissuta dai partner nascono dal contrasto tra idealizzazione della divisione del lavoro di accudimento e la quotidianità, dunque, nel momento in cui vengono eluse le attese. Nel campione preso in esame sono emerse, in riferimento all'ideale di accudimento, opinioni contrastanti: alcune coppie rimangono ancorate alla tradizionale divisione dei ruoli, in cui è la madre ad avere maggiori responsabilità nella cura dei figli, altre, al contrario, risultano essere più paritarie

(Scarziello & Arace, 2015).

Pur potenziandosi soprattutto nel periodo del post partum, la cogenitorialità, come la transizione alla genitorialità, comincia a costruirsi già durante i mesi dell'attesa sia dal punto di vista delle interazioni osservabili sia da quello delle rappresentazioni mentali (Ammaniti et al., 2009; Kuersten-Hogan & McHale, 2021a; Scarziello & Arace, 2015). Durante la gravidanza, che dà luogo alla nascita della nuova famiglia, i due partner iniziano a sperimentare emozioni, fantasie, aspettative, desideri, dubbi e paure condivisi relativi al figlio, cominciano a pensarsi nel ruolo di genitori, fantasticano sul loro bambino e su come sarà il primo incontro con lui (Ammaniti et al., 2009; Scarziello & Arace, 2015), dando vita alla capacità triadica. Questa funzione mentale è indice di una cogenitorialità adattiva ed è già visibile dall'osservazione della coppia genitoriale durante la fase prenatale (Scarziello & Arace, 2015); il sistema triangolare, infatti, può strutturarsi sin dal momento del concepimento (Kuersten-Hogan & McHale, 2021a).

Se si considerano gli effetti positivi di questo costrutto sulla qualità della relazione coniugale, ma soprattutto sul benessere dei figli, l'osservazione della cogenitorialità prenatale si presenta, dunque, come uno strumento fondamentale al fine di determinare se le interazioni tra i partner, prima della nascita del figlio, siano diadiche o triadiche, e dunque funzionali. Tuttavia, le ricerche si sono maggiormente concentrate sull'analisi del coparenting nel periodo del post partum, tralasciando l'approfondimento delle dinamiche che si instaurano prima della nascita del bambino (Kuersten-Hogan & McHale, 2021a). Kuersten-Hogan e McHale (2021a) hanno constatato che questa mancanza possa essere causata da difficoltà di tipo metodologico, poiché le conversazioni e le interazioni tra futuri genitori, nel momento in cui percepiscono i movimenti fetali o quando osservano le ecografie, sono difficili da cogliere. Di grande aiuto, in tal senso, è stata l'elaborazione, da parte del gruppo di Losanna, della Prenatal Lausanne Trilogue Play (PLTP) (Carneiro et al., 2006). Essa si configura come uno strumento di valutazione osservazionale, in cui viene chiesto alle coppie in attesa di immaginare il loro primo incontro con il bambino, simulando la scena grazie all'ausilio di una bambola di pezza a grandezza naturale. L'analisi delle interazioni familiari, svolta dal gruppo di ricerca, ha dimostrato l'esistenza di una continuità della modalità di relazionarsi tra i genitori nel secondo trimestre di gravidanza e dopo tre mesi dalla nascita del bambino (Carneiro et al., 2006). L'esperimento ha evidenziato quanto l'osservazione delle dinamiche prenatali possa

aiutare nella previsione delle modalità di transizione alla genitorialità e di interazione con il bambino (Carneiro et al., 2006). Ammaniti e Menozzi (2021) nel loro recente lavoro di ricerca sono riusciti, operando un adattamento al PLTP (Carneiro et al., 2006), ad analizzare la cogenitorialità prenatale anche durante il momento dell'ecografia ostetrica e hanno osservato i comportamenti verbali e non verbali delle coppie durante la visione delle immagini del feto in 4D.

Il modello relazionale-simbolico ha mosso delle critiche nei confronti del costrutto di cogenitorialità, considerandolo una tautologia e il frutto di una visione individualistica (Scabini & Iafrate, 2019). La prospettiva opta per l'utilizzo dei termini "patto" o "alleanza" genitoriale che permettono di richiamare l'attenzione sulla centralità della condivisione della responsabilità genitoriale, non limitabile alla divisione del lavoro di accudimento, alla concordanza sulle linee educative da seguire e all'aiuto reciproco nella quotidianità (Ranieri et al., 2019). L'alleanza per Ranieri e colleghi pertiene *"a processi più articolati e complessi di supporto e di rispetto, di confronto e di armonizzazione delle differenze, di fiducia tra i due genitori"* (Ranieri et al., 2019, p. 372).

A prescindere dal dibattito, che sembrerebbe essere più di tipo terminologico e linguistico, il costrutto di cogenitorialità merita attenzione, soprattutto per le sue importanti ricadute a livello clinico in termini di prevenzione delle difficoltà nel processo di transizione alla genitorialità e nella costruzione delle relazioni con il figlio.

1.4 Da donne a madri: fantasie, rappresentazioni e sogni nella maternità

Stanotte ho saputo che c'eri: una goccia di vita scappata dal nulla. Me ne stavo con gli occhi spalancati nel buio e d'un tratto, in quel buio, s'è acceso un lampo di certezza: sì, c'eri. Esistevi.

Oriana Fallaci, *Lettera a un bambino mai nato*

Quando una donna scopre di essere incinta inizia un viaggio complesso, insidioso e trasformativo. In quanto privilegio soltanto femminile, la gravidanza è, tra tutte le esperienze umane, quella che mette in luce maggiormente la differenza tra i generi (Raphael-Leff, 2014; Scabini & Iafrate, 2019). L'inizio del percorso che condurrà alla nascita del figlio ed il modo con cui si vive l'attesa è diverso: *"la paternità inizia con una*

comunicazione, la maternità con un sogno. Ci vuole un po' di tempo perché i percorsi si incontrino e il bambino sia accolto non da una persona, ma da una coppia" (Vegetti Finzi, 2017, citato da Scabini & Iafrate, 2019, p. 122). Inizialmente, infatti, corpo e mente di madre e bambino, essendo l'uno il contenitore dell'altro, costituiscono una diade e sperimentano un rapporto simbiotico, che il padre può solo osservare dall'esterno.

Soma e psiche sono dimensioni da considerare congiuntamente in quanto l'esperienza della gravidanza cambia la donna sia fisicamente che psichicamente: il tempo della gestazione permette non solo la crescita del feto, ma anche, parafrasando Pazzagli e colleghi (2011), di realizzare la nascita nella mente della madre.

Per quanto riguarda la prima dimensione, oltre al cambiamento somatico contraddistinto dalla pancia che cresce, i periodi pre e post partum sono caratterizzati da importanti cambiamenti ormonali, che hanno la funzione di creare un ambiente adeguato alla crescita del feto e di preparare il corpo della futura madre all'esperienza della nascita (Tan & Tan, 2013). Dopo il concepimento, infatti, aumenta la gonadotropina corionica umana (HCG), successivamente si alzano i livelli di progesterone, estrogeni, prolattina, ossitocina e cortisolo (Schaffir, 2014). A causa delle fluttuazioni di questi ormoni le puerpere possono sperimentare sintomi quali nausea, vomito, stanchezza (Schaffir, 2014), a cui si aggiungono anche modificazioni cardiovascolari, respiratorie, ematologiche, renali e gastrointestinali (Tan & Tan, 2013).

"Il bambino si impianta nel terreno del suo [della madre] mondo interno inconscio, prende sostanza dalle sue fantasie, influenza il clima della sua realtà psichica e ne è influenzato" (Raphael-Leff, 2014, p. 21). Questa citazione della psicoanalista Raphael-Leff permette di spostare l'attenzione sull'approfondimento dell'altra tipologia di modificazioni che la donna vive, ovvero quelle riguardanti la psiche. Fin dal momento della fecondazione, l'uovo, impiantato nell'utero, porta la futura madre a vivere processi di riorganizzazione del sé e della sua identità femminile ed è condotta nelle zone più profonde della sua interiorità, riattivando rappresentazioni inconsce che si manifestano attraverso sogni, fantasie e desideri (Pazzagli et al., 2011; Raphael-Leff, 2014). Tale lavoro psichico viene definito in letteratura *atmosfera materna* (Pazzagli et al., 2011), *maternità interiore* (Bydlowsky, 2000), *gestazione psichica materna* (Raphael-Leff, 2014), *gravidanza psicologica* (Ferrara Mori, 2008). Esso ha inizio nel momento in cui la gravidanza, facendosi desiderio, trova spazio nella mente della madre e consente la

creazione dello spazio psichico in cui contenere e immaginare il figlio che verrà, ovvero il bambino immaginario che, con il parto, diventerà reale (Pazzagli et al., 2011).

Durante il periodo in cui l'embrione si sviluppa nel suo corpo, la madre comincia a fantasticare sul *suo* bambino: inizia a pensare di che colore saranno gli occhi, che forma avrà la bocca o il naso, come saranno la sua personalità e il suo carattere. È grazie a questo lavoro di fantasticherie che il bambino immaginario, quello che Soulé (1982) chiama bambino del sogno e che Vegetti Finzi (1990) definisce bambino della notte, prende forma. È l'oggetto investito narcisisticamente, perfetto, che appartiene solo alla madre ed esiste esclusivamente nei suoi desideri (Raphael-Leff, 2014; Vegetti Finzi, 1990). Le caratteristiche attribuite al figlio prima della nascita dipendono sia dai movimenti fetali sia dal significato che la gravidanza assume. A seconda che essa sia una via per colmare un vuoto interiore, un'invasione sgradita o un desiderio latente, che sia la prima esperienza o la seconda o che venga interpretata come sostituzione a seguito di un aborto o di un lutto, i sentimenti, le speranze e i desideri rivolti al nascituro si coloreranno di sfumature differenti (Raphael-Leff, 2014). Il bambino che abita le fantasie della madre, infatti, *“è intessuto con la stoffa dei suoi sogni [...] Come un amico immaginario è un miraggio che acquista forma e solidità da narrazioni e residui emotivi presi in prestito dalla propria vicenda interna”* (Raphael-Leff, 2014, p. 59).

Come osserva Raphael-Leff (2014), la madre può immaginare il figlio in modi differenti quali ospite benigno e amichevole, essere fragile, parassita o intruso e in base alla rappresentazione attribuita anche le parti del corpo direttamente coinvolte durante la gravidanza, ovvero il cordone ombelicale, la placenta e l'utero, assumono significati diversi. Il primo, consentendo sia il trasporto del nutrimento sia l'eliminazione degli scarti, è interpretato o come elemento di legame unico e speciale con il figlio o come minaccia persecutoria; la seconda, può essere intesa sia l'organo creato dalla madre per il bambino sia l'elemento che il feto produce autonomamente per la sua sopravvivenza; l'utero, infine, è il luogo che raccoglie paure, aspirazioni e fantasie (Raphael-Leff, 2014).

L'attività immaginativa, che permette alla mente della madre di creare il bambino del sogno, comporta una regressione del sé materno al sé fetale e provoca il riemergere di vecchie fantasie: la mamma vive uno stato di ipersensibilità e i meccanismi di difesa si abbassano, consentendole un accesso più immediato ai contenuti inconsci (Lamontagne, 2020; Pazzagli et al., 2011). Tale particolare condizione psichica, che la donna

sperimenta durante la gravidanza, è stata definita da Monique Bydlowsky (1997, citato da Lamontagne, 2020) trasparenza psichica.

Il passaggio al bambino reale, il bambino del giorno (Vegetti Finzi, 1990), avviene al momento del parto: il sogno si interrompe e il reale prende il suo posto. Il figlio non si trova più dentro al corpo della donna e, terminando la relazione simbiotica, nella diade accede il terzo separante, ovvero il padre (Scabini & Iafrate, 2019). Il movimento dalla notte al giorno, dal sogno al reale richiede alla madre di riorganizzare nuovamente il suo mondo psichico per permetterle di riuscire ad instaurare una relazione adattiva e funzionale con il neonato (Poggi et al., 1986).

La gravidanza è caratterizzata dalla fusione di due corpi: madre e bambino “*vivono sotto la stessa pelle*” (Raphael-Leff, 2014, p.14), sono l’uno dentro l’altro, l’uno il contenitore dell’altro. L’utero della donna ospita il bambino che, cullato dal liquido amniotico, vive dentro di lei e questa unione la porta a ricordare la primitiva esperienza di se stessa ospitata nel corpo di sua madre (Raphael-Leff, 2014; Scabini & Iafrate, 2019). Ora, lei che è stata contenuta, è diventata a sua volta contenitore e ciò la conduce verso un lavoro di rielaborazione del proprio passato generazionale e della relazione con colei che le ha dato la vita. Il concetto di *costellazione materna* teorizzato da Stern (1995) si concentra proprio su tale lavoro interiore, grazie al quale la donna elabora dentro di sé tre discorsi mentali: con la propria madre, con se stessa in quanto futura mamma e con il bambino. Questi dialoghi, secondo l’autore, conducono alla formazione di una nuova triade psichica, che sostituisce quella edipica, costituita dalla madre, dalla madre della madre e dal bambino (Stern, 1995). A causa del riallineamento interno, infatti, i pensieri e le preoccupazioni della donna sono rivolti maggiormente alla propria mamma, all’arcaica madre-utero (Raphael-Leff, 2014), e meno al proprio papà (Stern, 1995).

A seguito delle considerazioni presentate si comprende che la donna non diventa madre solo al momento del parto, ma al contrario la transizione alla maternità, poiché porta con sé riadattamenti e rielaborazioni rispetto alla sé passata e futura e alle proprie relazioni familiari, inizia fin dalla notizia del concepimento e, forse, anche prima. Tutti i nove mesi della gestazione prevedono cambiamenti psichici che conducono la madre a spostare progressivamente l’attenzione sulla gravidanza, in secondo luogo sul feto e, infine, sul bambino (Raphael-Leff, 2014). Riguardo a questo sia Brazelton e Cramer (1991) sia Raphael-Leff (2014) hanno sottolineato come le emozioni e i pensieri possano

mutare in base al trimestre di gravidanza interessato e, dunque, allo stadio di sviluppo fetale. Durante i primi tre mesi, ovvero la fase iniziale della gestazione, la donna è molto concentrata sugli aspetti fisici, i sintomi, il malessere e lo squilibrio emotivo; sviluppa, inoltre, sentimenti di ambivalenza nei confronti del bambino (Brazelton & Cramer, 1991; Raphael-Leff, 2014). Il secondo periodo si caratterizza per le prime sensazioni dei movimenti fetali che portano la madre a prendere sempre più consapevolezza della presenza di un bambino nel proprio grembo e anche all'affiorare del parallelismo con l'arcaica madre-utero (Brazelton & Cramer, 1991; Raphael-Leff, 2014). Più il feto cresce e più viene percepito come diverso da sé, consentendo l'avvio del processo di differenziazione tra la madre e il bambino ma anche tra la donna e la propria madre (Brazelton & Cramer, 1991; Raphael-Leff, 2014). Infine, segue il terzo trimestre, quello che conduce al parto e alla nascita, un evento naturale che, però, implica il riaffacciarsi dell'inveterata paura della morte (von Kalckreuth, 2021). Durante tale lasso temporale il bambino comincia ad essere immaginato come in grado di sopravvivere anche all'esterno del suo corpo, fuori dall'utero, nel mondo reale (Brazelton & Cramer, 1991; Raphael-Leff, 2014).

“I segreti primordiali della gravidanza” (Raphael-Leff, 2014, p.38) sono custoditi all'interno dei sogni, particolarmente copiosi e vividi, che affollano la mente della donna durante la gestazione. Raphael-Leff, grazie alla sua attività clinica pluriennale come psicoanalista individuale, di coppia e conduttrice di gruppi di accompagnamento alla nascita, ha analizzato l'attività onirica delle future madri, rintracciando alcune tematiche ricorrenti. *Le coppie elementari di opposti*: femminile e maschile, nascita e morte, dentro e fuori, creatività e distruzione, ordine e caos sono i costituenti antitetici che prendono vita nella psiche della donna durante la gravidanza e nei sogni assumono la forma di nani e giganti, simboli fallici e vagine o uteri, paesaggi aridi e foreste tropicali (Raphael-Leff, 2014). *La nascita e misteri femminili*: tutto ciò che concerne la creazione della vita è un enigma accessibile solo alla donna e a nessun altro è permessa la conoscenza (Raphael-Leff, 2014). Questo può portare la futura madre a sentirsi sola nel farsi carico della vita del bambino e a sognare che siano il compagno o la madre a portare a termine la gravidanza al posto suo (Raphael-Leff, 2014). Contenuti onirici quali la nascita da un altro orifizio, il bambino che rimane bloccato durante il parto o sparisce affiorano quanto più il momento della nascita si avvicina, facendosi portavoce dell'angoscia (Raphael-

Leff, 2014). Il *riesame dell'identità*: l'idea di un sé in continuo mutamento si manifestano attraverso sogni caratterizzati da forme, percezioni e sensazioni cangianti e instabili (Raphael-Leff, 2014). Infine, il *bambino fantasticato*: le illusioni legate all'identità del figlio si esprimono attraverso la presenza di creature dalle forme umane o di animali durante l'attività onirica (Raphael-Leff, 2014).

Richter e colleghi (2022) hanno evidenziato quanto in letteratura sia stata scarsamente attenzionata l'influenza sul benessere del figlio di una transizione alla maternità di successo, definita come il sentimento di soddisfazione, autoefficacia ed energia nello svolgere il compito di madre nel primo anno post-partum. Lo studio longitudinale, condotto dagli autori, ha dunque cercato di colmare questa mancanza, evidenziando quanto un passaggio verso l'essere madri positivo migliori la qualità del comportamento genitoriale e, indirettamente, favorisca lo sviluppo psicosociale del bambino (Richter et al., 2022). Infatti, i figli le cui mamme avevano vissuto positivamente la transizione, intervistati a dodici anni, hanno mostrato una migliore capacità di regolare le emozioni e una maggiore soddisfazione di vita, rispetto a bambini con madri che avevano vissuto difficoltà durante tale peculiare fase dell'esistenza (Richter et al., 2022). È seguendo quest'ottica che, al fine di favorire una transizione alla maternità positiva e promuovere la costruzione di un legame precoce di qualità, si rivela particolarmente efficace l'utilizzo della psicoterapia psicoanalitica madre-neonato. Essa si concentra sull'analisi dei conflitti intrapsichici, scissi e proiettati, che influenzano le rappresentazioni della madre verso sé e il bambino (Llairò et al., 2023). La recente ricerca di Llairò e del suo gruppo di lavoro (2023) si è posta l'obiettivo di comprendere e analizzare le rappresentazioni materne durante la terapia ad orientamento psicoanalitico, che ha avuto inizio durante la gravidanza ed è terminata undici mesi dopo la nascita. La modalità di lavoro da loro proposto, sfruttando il fenomeno della trasparenza psichica (Bydlowsky, 1997, citato da Lamontagne, 2020), risulta essere vantaggioso e innovativo rispetto ad altri approcci terapeutici madre-bambino, perché permette di iniziare i colloqui già durante la gestazione e non richiede la presenza del figlio reale (Llairò, 2023).

A questo punto si configura come necessità accennare alle contraddizioni e alle difficoltà della maternità oggi. Anche se si sta assistendo ad un movimento di rinnovamento dei modelli genitoriali, che mirano al raggiungimento di una maggiore parità per quanto riguarda la divisione dei compiti di accudimento, questo però pare essere

vero più a livello teorico che pratico (Naldini & Torrioni, 2015). Le madri, infatti, subiscono il cambiamento più intenso nella gestione della quotidianità dopo la nascita del figlio: i padri variano raramente le loro attività lavorative nel periodo del post partum e le donne si trovano a fronteggiare l'arduo compito di conciliare gli aspetti di cura tipici della maternità, per la maggior parte di loro competenza, con quelli lavorativi (Genesoni & Tallandini, 2009). Il rischio di sovraccarico è quindi molto elevato (von Kalckreuth, 2021) e acuito dalle rappresentazioni sociali e culturali che portano la donna a confrontarsi con l'ideale della buona madre, sempre accudente e perfetta, ma anche ininterrottamente presente sul mercato del lavoro (Naldini, 2015). È la contraddizione più peculiare del XX secolo per quanto concerne l'essere mamma e tale elemento saliente è stato definito da Hays (1996, citato da Naldini, 2015) svolta verso la "maternità intensiva" o "mistica della maternità". In base a questo paradigma da una buona madre ci si attende *"che investa un enorme ammontare di tempo ed energie sul figlio e che dia priorità ai bisogni del bambino, in un periodo in cui, però la parola d'ordine è tutti al lavoro"* (Naldini, 2015, p. 10). Tale antinomia, secondo la visione del movimento di critica femminista, deriva dal monotropismo bowlbiano, idea semplicistica che ipotizza l'attaccamento naturale, preferenziale ed esclusivo del bambino con la madre e ritiene che il benessere emotivo e il carattere del bambino dipendano soltanto dall'inadeguato accudimento materno (Holmes, 1993, citato da Naldini, 2015). In realtà, sono le cure sensibili di entrambi gli adulti di riferimento a essere fondamentali (Naldini, 2015). Sempre facendo riferimento alle contestazioni della corrente sopracitata, ciò consente anche il perdurare dell'artefatto culturale che prevede il classico scenario delle donne a casa ad occuparsi dei figli e dei padri assenti, tipico della società capitalista. Dunque, oggi *"le madri non possono lasciarsi trattare da strumenti privi di individualità per la cura e la gratificazione della prole [...] né dovrebbero accettare di essere il capro espiatorio di tutte le difficoltà presenti e future dei figli"* (Raphael-Leff, 2014, pag. 11).

1.5 Da uomini a padri: trasformazioni intrapsichiche e il nuovo modello della paternità intima

*Babbo, babbo, dove vai?
Oh, non camminare così veloce.
Parla, babbo, parla al tuo bambino,
o io mi perderò.
[...]
William Blake, *Il bambino perduto**

La gravidanza, come sottolineato in precedenza, è l'evento che mette in luce maggiormente la differenza tra i sessi (Raphael-Leff, 2014): i padri non vivono direttamente la sensazione di ospitare dentro di sé il figlio, non ne percepiscono i movimenti fetali, se non grazie alla mediazione della compagna (Draper, 2002). Ciò comporta sicuramente che il loro coinvolgimento si evolva più lentamente rispetto a quello materno (Ammaniti et al., 2009) e che sia più lungo e tortuoso il percorso per riuscire a imporsi come terzo separante nella diade madre-bambino (von Kalckreuth, 2021), eppure il suo ruolo non va trascurato. È possibile notare, tuttavia, come sottolineato da Fenaroli e colleghi (2017), che la letteratura sulla genitorialità abbia posto maggiormente l'attenzione alla transizione alla maternità, considerando scarsamente, invece, il padre, *“come se la madre costituisse LA figura genitoriale”* (Fenaroli et al., 2017, p. 408).

E dunque quali sono i cambiamenti che porta con sé la paternità? Cosa implica la nascita nella mente del padre?

Soma e psiche sono coinvolte parallelamente anche nell'uomo in attesa del figlio che verrà. Diventare ed essere papà, infatti, implica modificazioni non solo, come è più facilmente intuibile, dal punto di vista identitario ed emotivo (Solberg et al., 2023), ma anche fisico (Kuersten-Hogan & McHale, 2021b; Storey et al., 2000). Nonostante in passato si pensasse che non vi fosse alcuna trasformazione riguardante il corpo maschile, non essendo quest'ultimo coinvolto nei cambiamenti somatici più evidenti della gravidanza, studi recenti, invece, hanno dimostrato la presenza di alterazioni ormonali e fisiologiche anche nei padri (Kuersten-Hogan & McHale, 2021b; Storey et al., 2000), quali la diminuzione del testosterone e dell'estradiolo (Edelstein et al., 2017).

Tali fluttuazioni sono più evidenti tra i papà che, nel post partum, sono maggiormente partecipi nella cura dei figli e dunque esse avrebbero il compito di sostenere e accompagnare l'uomo verso l'assunzione del nuovo ruolo (Edelstein et al., 2017; Kuersten-Hogan, 2021b; Storey et al., 2000). Inoltre, durante i nove mesi della gestazione, il cinquanta per cento dei futuri padri sperimenta una peculiare condizione definita sindrome di *couvade*, che comporta la comparsa di sintomi simili a quelli vissuti dalla donna in gravidanza, tra cui per esempio nausea mattutine e aumento ponderale, che si configurano come una sorta di atto di solidarietà nei confronti della compagna (Kuersten-Hogan & McHale, 2021b; Raphael-Leff, 2014). Il termine *couvade* rimanda a un rito di passaggio svolto in alcune società tradizionali che simboleggiava il momento dell'assunzione del ruolo paterno: i demoni e gli spiriti maligni venivano intercettati e spostati dalla madre e dal nascituro sul padre che, in tal modo, proteggeva la diade. La sindrome ed i suoi sintomi avrebbero, nelle odierne società industrializzate ormai prive di ritualità, la funzione di sostituire la prassi culturale "*offrendo al futuro padre il mezzo per ripudiare la propria ostilità, subendone al tempo stesso la punizione*" (Raphael-Leff, 2014, p. 67).

L'esperienza della paternità è accompagnata anche da numerose trasformazioni psichiche: l'uomo per divenire padre deve riuscire a costruire uno spazio di pensiero per il figlio, un percorso più lento rispetto a quello della compagna, che passa attraverso continui tentativi di comprensione del mistero della vita (Bertone et al., 2015). Per quanto concerne l'esplorazione degli aspetti emotivi, dei sentimenti e delle rappresentazioni paterne, il lavoro di revisione della letteratura, svolto da Genesoni e Tallandini (2009), sfruttando la divisione elaborata da Yogman (1982), ha individuato come tali dimensioni possano variare in relazione a tre periodi specifici della transizione. Le autrici hanno, dunque, preso in esame il periodo prenatale, il momento del travaglio e del parto e, infine, la fase postnatale fino al primo anno di vita del bambino (Genesoni & Tallandini, 2009; Yogman, 1982). Per ciò che riguarda il primo, gli uomini tendono a sperimentare sentimenti contrastanti: da un lato desiderano sentirsi fin da subito partecipi degli eventi relativi alla gravidanza (Chandler & Field, 1997, citato da Genesoni e Tallandini, 2009), ma dall'altro, non percependo i movimenti fetali, vivono una sensazione di irrealtà ed incredulità (Donovan, 1995). La riorganizzazione psicologica più rilevante, inoltre, avviene nella fase prenatale, che si configura, dunque, come la più stressante (Donovan,

1995). Durante i momenti del travaglio e del parto i futuri padri spesso si sentono vulnerabili, impreparati e inadeguati (Draper, 2002). La nascita segna il reale passaggio dall'uomo al padre, poiché egli entra direttamente e fisicamente in contatto con il figlio venuto alla luce e ha finalmente la prova tangibile della sua esistenza (Draper, 2002). Dopo il parto, nel periodo postnatale, emerge il conflitto tra la nuova identità e la vita passata e ciò è stato confermato anche dal recente studio qualitativo di Solberg e colleghi (2023) che, intervistando tredici padri norvegesi, ha rilevato la presenza di sofferenza relativa a tale contrapposizione. La nascita conduce anche all'elaborazione di una serie di aspettative relative allo sviluppo dell'amore paterno, descritto dai partecipanti alla ricerca come un insieme di sentimenti positivi, potenti e travolgenti nei confronti del figlio (Solberg et al., 2023). I padri possono infatti pensare che tali emozioni sorgano non appena il bambino viene alla luce e, qualora ciò non dovesse accadere, vivono una forte delusione verso se stessi (Baldwin et al., 2018). In realtà, è importante rilevare che se l'amore paterno a prima vista risulta essere vero per alcuni padri, per altri, invece, serve del tempo per instaurare un legame affettivo ed emotivo con il figlio, mediato anche dalle loro interazioni (Solberg et al., 2023). Trasversali a tutte le fasi, dalla comunicazione della notizia del concepimento fino al periodo del postpartum, sono i sentimenti di esclusione, espressione della difficoltà del padre a entrare nella diade madre-bambino, e di gelosia, scatenata dal forte legame simbiotico tra madre e figlio, dal fatto che il padre si sente spodestato dal bambino nella relazione con la compagna (Solberg et al., 2023), ma anche dalla capacità generativa della donna (Raphael-Leff, 2014). Il padre, infatti, non sente la vita dentro di sé, *“il contatto tattile avviene solo attraverso la pelle della compagna, [...] quando cerca di coccolare in qualche modo il bambino o sente l'impatto dei suoi movimenti, forse non può fare a meno di chiedersi che effetto fa avvertirli dentro”* (Raphael-Leff, 2014, p. 66).

Come per la donna che sta diventando madre è necessario un lavoro di rielaborazione della relazione con colei che le ha dato la vita, anche per l'uomo l'attesa del figlio implica una revisione del rapporto con il proprio padre, perché deve assumere il suo ruolo e il suo posto all'interno della nuova famiglia che si sta per creare. Riportato inconsciamente a ripensare al bambino che è stato e alle sue relazioni con i genitori, il futuro padre può entrare nuovamente in contatto con i residui del complesso edipico (Raphael-Leff, 2014). Deve, infatti, accettare, ancora una volta, di essere il figlio e non l'amante della madre e

affrontare il riemergere di sentimenti di rivalità nei confronti del proprio padre che si uniscono “*all’orgoglio fallico di essere capace di procreare*” (Raphael-Leff, 2014, p. 68). Il riesame del passato, durante i nove mesi della gravidanza, modifica gli assetti difensivi che possono allentarsi e permettere il movimento delle relazioni interne, agite con una reale riconciliazione con il proprio padre, o irrigidirsi in modo protettivo (Raphael-Leff, 2014). In quest’ultimo caso l’uomo, al riattivarsi del conflitto edipico, non riesce ad integrare e accettare l’immagine del padre ostile e giudicante e ciò può comportare l’insorgere di disturbi psicosomatici o sessuali e problematiche sociali e lavorative (Raphael-Leff, 2014). Nel primo caso, invece, l’appianarsi delle difese e la rinnovata risoluzione dell’Edipo, consentono all’uomo di vivere la paternità come un modo per scoprire se stesso (Raphael-Leff, 2014).

Il lavoro di revisione nei confronti del proprio padre e delle sue modalità di accudimento è fondamentale anche per aiutare il futuro papà a comprendere che genere di educatore vorrà essere. Gli uomini oggi si trovano in bilico tra la figura dei nuovi padri e quella della paternità tradizionale. I male breadwinner figli della società patriarcale industriale (Bertone et al., 2015), rappresentano l’ideale, il padrone, l’autorità inconfutabile e sono “*il simbolo di una Legge che schiaccia il desiderio nutrendosi del suo potere*” (Recalcati, 2011, p.9). Accanto ad essi, però, si afferma sempre più la figura del nuovo padre, simbolo di una paternità intima e caratterizzata da una presenza fisica, ma soprattutto emotiva con il figlio (Bertone et al., 2015). Secondo Recalcati il padre della Legge è già “evaporato”, ma questo è vero solo in parte, infatti, dal momento che il nuovo si sta costruendo per differenza, i confini ed i contenuti risultano essere incerti e si configura ancora lungo il percorso per la riproduzione e la legittimazione del nuovo padre (Bertone et al., 2015). In merito a ciò, Naldini (2015) sottolinea che la paternità in Italia vede la compresenza di tradizione ed innovazione: gli aspetti di autorità, virilità, normatività coesistono insieme a nuove rappresentazioni sociali e culturali che chiedono ai padri di sentire, di essere più coinvolti e partecipi. La difficoltà nell’assumere appieno il modello della paternità intima deriva sicuramente dall’arduo compito di creare il nuovo non avendo un esempio da seguire, ma anche dalla scarsa autorizzazione del ruolo di padre da parte delle compagne, che faticano ad affidare loro compiti di accudimento, avendo poca fiducia delle loro abilità (Scarziello & Arace, 2015). È certo, però, che il padre della Legge sta tramontando e si giungerà alla sua evaporazione per veder sorgere

il padre del Dono “*simbolo della Legge che non si realizza tanto nella proibizione e nell’interdizione, ma che sa aprire alla vita, alla forza del desiderio; è quella figura che sa generare un rispetto che non passa dal timore*” (Recalcati, 2011, p. 9).

CAPITOLO 2

APRIRE UNA FINESTRA SUL FETO: L'EVOLUZIONE STORICA DELL'ECOGRAFIA OSTETRICA

Al fine di comprendere appieno il ruolo che l'ecografia ostetrica ricopre nella transizione alla genitorialità, essendosi imposta, dagli anni Ottanta del Novecento, come procedura diagnostica di routine che *“si inserisce nel processo psicologico dell'attesa, determinando un cambiamento nel processo immaginario dei genitori”* (Ammaniti et al., 2009, p.12), si rende necessario svolgere un breve excursus storico dalla nascita di tale metodologia fino ai giorni nostri.

La ricostruzione prende avvio da un accenno mitologico finalizzato a mettere in luce l'esclusività del femminile nel mistero della gravidanza e della nascita nel mondo antico. Procede poi alla presentazione della suggestione dei disegni anatomici del feto di Leonardo da Vinci, da ritenersi delle “primitive” immagini ecografiche; considera, inoltre, le ricerche dei principali studiosi che, a partire dai primi anni del Novecento, si sono interessati all'utilizzo in campo medico degli ultrasuoni, onde ad alta frequenza sfruttate per le indagini diagnostiche. Tecnologia che, tuttavia, non ha avuto un'applicazione immediata nell'ambito ginecologico-ostetrico e solo successivamente se ne sono comprese le potenzialità per l'osservazione del feto nell'utero. Il più recente sviluppo tecnologico ha consentito, infine, il passaggio dal 2D al 3D fino al 4D e all'HDlive, modalità di imaging che oggi permettono alla coppia di genitori, attraverso appuntamenti cadenzati, di *“osservare il feto vivo nell'utero che attivamente ingerisce ed espelle, mastica, lecca, succhia parti del suo corpo o il cordone ombelicale, sbadiglia, spinge, scalcia e urina”* (Raphael-Leff, 2014, p. 17).

2.1 Cosa succede sotto la pelle? Leonardo da Vinci e la prima immagine del feto nell'utero

Tutto ciò che ruota intorno alla gravidanza e al parto ha sempre rappresentato un oscuro privilegio esclusivamente femminile. Gli antropologi hanno dimostrato che nelle tribù primitive, la puerpera era sempre assistita dalla madre o da un'altra figura femminile

(Drife, 2002).

Anche nella mitologia greca e latina soltanto le dee e non gli dèi proteggevano la donna nel corso del travaglio (Drife, 2002). È Artemide, infatti, che nell'antica cultura ellenica presiedeva questo delicato momento e che veniva invocata per allontanare la morte durante il parto (Eco, 2014). Non solo dea della caccia e della luna, dunque, ma anche nume tutelare della fase conclusiva del parto e della nascita; è a lei che le donne consacravano i vestiti indossati durante il travaglio (Eco, 2014). Nel Pantheon romano, invece, oltre a Diana, il corrispettivo latino di Artemide, figurano divinità definite minute, la cui sfera di influenza era ridotta ad una singola azione, come, ad esempio, Adolenda, che si occupava della nascita, Egeria, che assisteva al parto, Carmenta, che proteggeva la gravidanza e Intercidona, che presiedeva al taglio del cordone ombelicale (Capasso, 2017).

L'ostetricia nasce con l'ostetrix, *colei* che, nel mondo latino, stava davanti alla donna per ricevere il bambino, ovvero l'ostetrica, professione che fino al XVII secolo, quando in Francia si diffusero gli "*accoucheurs*", gli ostetrici maschi, rimarrà soltanto femminile (Drife, 2002).

La nascita, il parto e la gravidanza, essendo stati, forse, per lungo tempo eventi gestiti soltanto dalle donne e concessioni unicamente femminili, hanno sempre emanato un grande fascino, al punto da catturare l'interesse di eclettici uomini di scienza, quali Ippocrate, Galeno, ma soprattutto Leonardo da Vinci. Il poliedrico artista toscano, infatti, interessato a comprendere ogni segreto ed enigma della vita e dell'universo, tra il 1510 e il 1512 con gesso nero e rosso, penna e inchiostro su carta, realizza i disegni anatomici del feto nel grembo materno (Dunn, 1997; Gilson, 2008). In quegli anni Leonardo, che si trovava a Milano, comincia ad approfondire e studiare l'anatomia umana per riuscire a elaborare nelle sue opere d'arte delle rappresentazioni del corpo il più accurate possibili (Gilson, 2008). Egli possedeva delle conoscenze preliminari di anatomia grazie agli studi dei testi di Avicenna, Mundinus e Galeno (Gilson, 2008). Decisiva è stata, però, la collaborazione, a partire dal 1506, con Marcantonio della Torre, all'epoca professore di anatomia all'università di Pavia, che gli ha permesso di dissezionare numerosi cadaveri, attività che in quegli anni non era vietata (Clayton, 2012; Gilson, 2008; Macnab, 20123). È proprio grazie a questo sodalizio che Leonardo ha l'opportunità di analizzare il cadavere di una donna incinta, di sezionarne l'utero (Gilson, 2008) e di realizzare la

rappresentazione di un feto umano che giace nel grembo materno in posizione podalica (Macnab, 2023) (Fig. 1). Si tratta della prima illustrazione nella storia a raffigurare correttamente l'anatomia e la posizione nell'utero di un feto che, in base ai criteri utilizzati oggi per la valutazione dell'età gestazionale, doveva avere circa 36-40 settimane (Macnab, 2023). Si tratta di una vera e propria rivoluzione: per la prima volta vengono descritti corion, amnios e allantois, ovvero le tre membrane fetali (Dunn, 1997), l'arteria uterina e il sistema vascolare della cervice e della vagina (Gilson, 2008). Inoltre, disegnando l'utero con una sola cavità, Leonardo mette in discussione le teorie, considerate delle verità per secoli, di Ippocrate e Galeno, per i quali, al contrario, questo organo era costituito da due ambienti che avevano lo scopo di separare i feti qualora ci fosse stata una gravidanza gemellare (Gilson, 2008).

Figura 1

A destra: Rappresentazione della posizione del feto nell'utero. A sinistra: Disegno del feto visto da quattro angolazioni differenti (Royal Collection Trust, 2019a; 2019b)



“Le sue rappresentazioni del feto raggomitato nell’utero”, scrive Gilson (2008), “sembrano analoghe al seme che cresce e diventa pronto a schiudersi e sbocciare”. L'autore sottolinea il parallelismo con la botanica presente nei lavori embriologici di Leonardo, il quale paragona la crescita del feto alla maturazione del seme di una pianta.

L'artista infatti riporta, nelle fitte note che accompagnano le tavole anatomiche, che tutti i semi, come l'embrione, possiedono un cordone ombelicale che, quando si raggiunge la completa maturazione e crescita, si rompe (Gilson, 2008).

Oltre alla metafora di gusto botanico, nei disegni si rintracciano le conoscenze dell'artista in campo architettonico e prospettico da cui mutua le tecniche di rappresentazione tridimensionale, che gli hanno consentito di realizzare disegni a quattro angolazioni diverse del feto nell'utero (Gilson, 2008) (Fig. 1).

Da Vinci e della Torre avevano un obiettivo molto ambizioso, ovvero quello di elaborare il libro "*Della figura umana*" contenente tutte le tavole anatomiche, progetto non completato a causa della prematura morte dell'anatomista pavese. I disegni di Leonardo, oggi conservati nella Royal Collection del Castello di Windsor in Inghilterra, rappresentano l'interesse atavico dell'uomo di scoprire che *cosa ci sia sotto la pelle*, di conoscere gli arcani meccanismi del concepimento, della natura del grembo materno e della vita del feto nell'utero.

Come l'embrione vive nel ventre materno? Come si nutre? Come prende vita? Cosa lo spinge a uscire dal corpo della madre? Questi, secondo Dunn (1997), dovevano essere gli interrogativi che hanno guidato il lavoro dell'artista e inventore toscano nella realizzazione di disegni che potrebbero essere definiti delle "preistoriche" immagini ecografiche. Quesiti che hanno spinto, nei secoli successivi, l'ingegno dell'uomo ad avventurarsi nel viaggio che ha portato all'invenzione della tecnica ecografica e alla sua applicazione alla disciplina ostetrica, al fine di riuscire ad aprire una finestra sul feto.

2.2 La nascita dell'ecografia: da arma bellica a strumento medico

È stata la curiosità di comprendere che cosa accada sotto la pelle che ha consentito la nascita dell'ecografia come strumento medico. Si tratta di un metodo diagnostico che sfrutta le onde sonore a ultrasuoni, ovvero ad alta frequenza e quindi superiori ai 20kHz, per produrre un'immagine (Dietrich et al., 2022; Takahashi, 2019). Gli ultrasuoni vengono generati da un trasduttore, cioè un dispositivo che ha il compito di ricevere segnali di una specifica natura e di trasformarli in altre grandezze fisiche (Takahashi, 2019). Quindi l'energia elettrica, grazie ai cristalli piezoelettrici presenti all'interno del trasduttore, viene trasformata in energia meccanica, cioè in onde sonore a ultrasuoni, che

si riflettono sugli organi del corpo e ritornano, per effetto dell'eco, al trasduttore stesso (Takahashi, 2019). A questo punto l'energia meccanica delle onde sonore viene nuovamente trasformata dai cristalli piezoelettrici del trasduttore in un segnale elettrico misurabile (Takahashi, 2019), che consente di “*rivelare le strutture interne del corpo*” (Dietrich et al., 2022, p. 435).

È doveroso precisare, però, che a partire dal 1895, dunque prima dell'invenzione del metodo diagnostico sopra descritto, grazie agli studi di Röntgen sui raggi X, che sfruttano le onde elettromagnetiche, si è giunti alle prime immagini-ombra, le odierne radiografie, permettendo un'iniziale osservazione dell'interno del corpo (Dietrich et al., 2022).

Le proprietà del suono, alla base della tecnica ecografica, erano note già dal 1871, quando Rayleigh le aveva descritte nel testo “*Teoria del suono*” (Rayleigh, 1871, citato da Dietrich et al., 2022), ma bisognerà aspettare gli anni Cinquanta del Novecento per vederne l'applicazione in campo medico, in quanto prima erano state sfruttate soltanto per scopi bellici (Dietrich et al., 2022). La tecnologia del radar, ampiamente utilizzata durante la Prima Guerra Mondiale per le operazioni sottomarine, infatti, sfruttava il principio fisico degli ultrasuoni: le onde ad alta frequenza consentivano la misurazione non solo della distanza, ma anche della direzione di un oggetto, cronometrandone l'eco (Behm, 1921, citato da Dietrich et al., 2022). Ma come produrre gli ultrasuoni? Dopo il fallimentare utilizzo delle vibrazioni magnetiche, dei fischi subacquei e delle sirene, la risposta proviene dagli studi di Langevin (1928, citato da Abramowicz, 2021) che, rifacendosi ai lavori dei fratelli Curie, intuisce le proprietà piezoelettriche del quarzo tagliato ad “x”, il quale consentiva di produrre ultrasuoni abbastanza potenti (Dietrich et al., 2022).

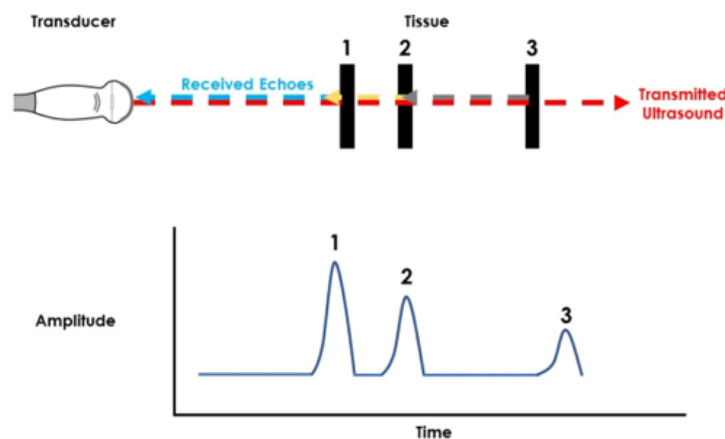
Il passaggio dall'utilizzo bellico a quello medico inizia a delinearsi nel 1942 grazie ai fratelli Dussik, un neurologo e uno psichiatra austriaci, che, per scoprire le anomalie nei ventricoli del cervello, sfruttano la trasmissione di ultrasuoni: un trasduttore veniva mosso intorno al cranio del paziente e si registrava l'energia del fascio imprimendola su una lastra fotografica, sulla quale emergevano macchie chiare e scure (Dussik, 1949).

La vera rivoluzione nel campo ecografico avviene, però, nel 1949 in seguito alle intuizioni dell'americano John Julian Wild, chirurgo all'università del Minnesota a Minneapolis, pubblicate in un articolo che stabilì “*gran parte del lavoro futuro nel campo dell'imaging a ultrasuoni*” (Dietrich et al., 2022, p. 436). Wild, utilizzando il dispositivo

radar di una vicina base navale statunitense con eco a ultrasuoni a 15 MHz, impiegato per l'addestramento dei piloti di aerei, scopre che il tessuto tumorale produceva un'eco diverso da quello del tessuto normale (Wild & Neal, 1951). Questa intuizione lo porta ad applicare gli ultrasuoni in *modalità A* al rilevamento del cancro, in particolare quello al seno (Wild & Neal, 1951). La *modalità A* (*Amplitude Mode*) è una tipologia di visualizzazione monodimensionale basata sulla rilevazione dell'ampiezza degli echi ultrasonici di ritorno dalle interfacce tissutali in funzione del tempo (Dietrich, 2022; IMV-imaging, 2023). L'asse orizzontale, come presentato in Figura 2, indica il tempo trascorso tra la trasmissione degli impulsi ultrasonici e gli echi ricevuti, mentre quello verticale indica l'ampiezza dell'impulso riflesso e dunque la profondità del tessuto (Dietrich et al., 2022).

Figura 2

Ecografia in modalità A che rappresenta gli echi ultrasonici di ritorno dalle interfacce tissutali, ovvero le barre nere 1, 2 e 3 corrispondenti ai picchi del grafico sottostante (IMV-imaging, 2023)



L'anno successivo, Asclepio si separa da Ares, la medicina si separa dalla guerra. Nel 1952, infatti, Wild, collaborando con l'ingegnere elettrico John Reid, costruisce il primo macchinario a ultrasuoni soltanto per utilizzo sanitario e clinico, che consente ai due ricercatori di diagnosticare numerosi casi di tumori mammari femminili (Merz et al., 2023; Wild & Reid, 1952). L'apparecchio, chiamato inizialmente ultrasonoscopio, era costituito da una sonda rivestita da una membrana di gomma la quale, una volta bagnata,

veniva fatta scivolare sulla pelle in modo simile allo stetoscopio ed emetteva ultrasuoni grazie alla presenza del quarzo piezoelettrico (Dietrich et al., 2022; Wild & Reid, 1952).

Per quanto concerne la terminologia, la parola ecografia viene coniata da Wild e Reid: in prima istanza, come accennato in precedenza, essi utilizzano i termini ultrasonoscopio per il trasduttore e quello di ultrasonografia per la tecnica; successivamente, seguendo l'affinità tra l'utilizzo della sonda e quello dello stetoscopio, pensano di denominare il trasduttore ecoscopio e il metodo di registrazione ecografia (Merz et al., 2023).

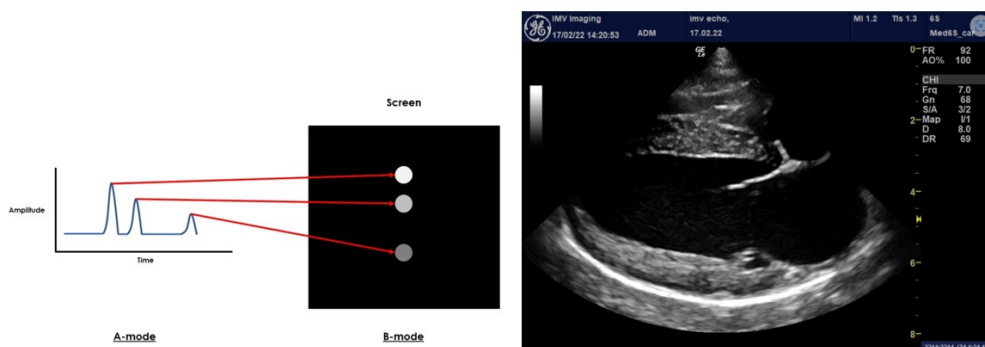
Nel 1953 Inge Edler, medico dell'università di Lund, e il fisico tedesco Carl Hellmuth Hertz implementano la modalità A di Wild e Reid sviluppando la *modalità M o Motion Mode*, che permette di registrare il movimento delle strutture interne del corpo, in particolare quello delle valvole e della parete cardiaca e nello stesso anno elaborano il primo ecocardiogramma (Dietrich et al., 2022).

I pionieristici lavori di Wild, Reid, Edler e Hertz portano, in tempi successivi, a un'ulteriore evoluzione e alla creazione di uno scanner a ultrasuoni in *modalità B*, che consente di produrre un'immagine non più monodimensionale, come nella modalità A, ma bidimensionale dell'organo scansionato (Dietrich et al., 2022; IMV-imaging, 2023). La *modalità B* o *Brightness mode* non è altro che l'odierna ecografia 2D, quella più utilizzata tuttora in ambito diagnostico, in bianco e nero, in cui i picchi di ampiezza presenti nella modalità A vengono rappresentati come punti con luminosità variabile (IMV-imaging, 2023). L'intensità dell'eco di ritorno viene presentata in scala di grigio: i punti bianchi corrispondono all'intensità massima di eco, mentre quelli neri all'assenza di echi (Fig. 3).

La diagnostica per immagini ha continuato la sua evoluzione con l'ecografia in *modalità B in tempo reale* e visualizzabile su display, quando, negli anni Sessanta, Richard Soldner e Walter Krause, che lavoravano per la multinazionale tedesca Siemens, riescono a ottenere riproduzioni dinamiche tramite frame in scala di grigi che si presentano sul monitor in sequenza fluida (Dietrich et al., 2022; Merz et al., 2023).

Figura 3

A destra: i picchi di ampiezza della modalità A ora rappresentati nella modalità B con punti di luminosità variabile. A sinistra: come si presenta un'immagine ecografica in modalità B o 2D (IMV-imaging, 2023)



L'evoluzione storica della tecnica ecografica ha previsto pertanto un passaggio dal monodimensionale al bidimensionale, fino ad arrivare al 2D in tempo reale. Ma dopo gli anni Sessanta cosa accade? La ricerca, ovviamente, non si è fermata, anzi al contrario la rivoluzione digitale degli anni Ottanta ha permesso la messa a punto dell'ecografia 3D, cioè tridimensionale, e 4D, che consente di visualizzare immagini in tre dimensioni e in movimento (Abramowicz, 2021; Frusca, 2004). Inizialmente per sviluppare un ultrasonogramma che rispecchiasse i tre piani della realtà, si utilizzavano trasduttori 2D i quali, collegati a un supporto motorizzato e a un computer, venivano ruotati, inclinati e traslati al fine di ottenere serie regolari di immagini bidimensionali, in seguito "impilate" ed elaborate da algoritmi computerizzati (Dietrich et al., 2022). Questi ultimi consentivano di visualizzare sul monitor le "pile" di frame come immagini tridimensionali. Oggi, invece, esistono delle sonde elettroniche in 3D che generano direttamente il volume (Dietrich et al., 2022).

I cambiamenti spaventano e come ogni novità anche questa innovazione nel campo dell'imaging non è stata inizialmente ben accolta dal mondo degli ecografisti (Merz et al., 2023). Ad ostacolarne l'utilizzo e a suscitare perplessità però, oltre alla scarsa familiarità, va considerato un altro elemento importante: nel 1992, occorrevo circa sei ore per ottenere un'immagine in 3D (Abramowicz, 2021; Merz et al., 2023). La si riteneva,

dunque, una tecnica “*difficile, scomoda e non necessaria*” (Merz et al., 2023, p. 180). Ben presto, però, sono state comprese le potenzialità della nuova metodologia, soprattutto in campo ostetrico e cardiologico (Dietrich et al., 2022; Pretorius et al., 1992). Inoltre, l’introduzione dei trasduttori elettronici in 3D ha consentito di semplificare le procedure e di diminuire drasticamente le tempistiche: l’immagine oggi compare sullo schermo tra i venti e cinquanta millisecondi (Abramowicz, 2021).

2.3 “Dietro la cortina di ferro della parete addominale materna”⁴: l’ecografia ostetrica

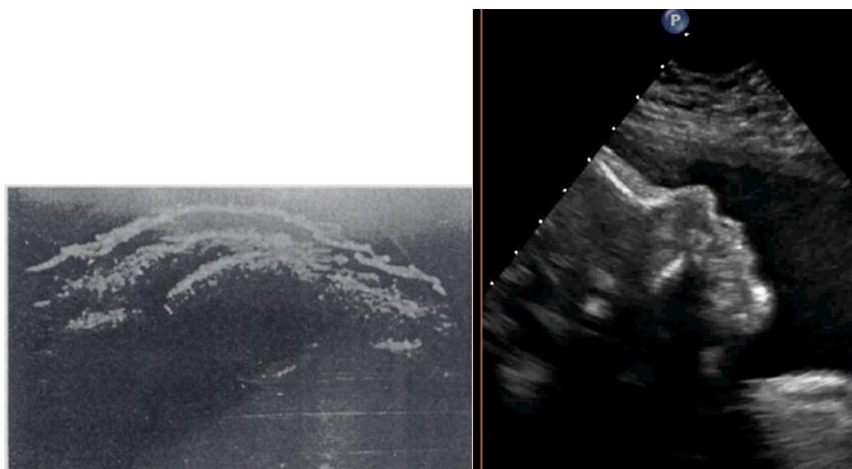
Un bambino che danza e si culla nella pancia della mamma, che si succhia il dito, che scalcia, che singhiozza, che sbadiglia. Forse sono queste le prime associazioni che si affollano nella mente non appena si pensa alla gravidanza: immagini, magari in bianco e nero. Il collegamento è figlio del tempo e del progresso tecnologico. Prima della nascita dell’ecografia ostetrica probabilmente non sarebbe stato possibile arrivare alla nascita, anche nella mente, di tali rappresentazioni. I nove mesi della gestazione sono oggi scanditi da precisi controlli ginecologici che includono l’ecografia e dunque non risulta più possibile scindere l’attività ostetrico-ginecologica dall’utilizzo degli ultrasuoni (Abramowicz, 2021). Tecnologie 2D, 3D e 4D consentono di misurare il feto, calcolarne il peso e l’accrescimento, rilevare sempre più precocemente anomalie fetali e genetiche e garantire maggiore sicurezza a procedure invasive come l’amniocentesi, il prelievo dei villi coriali per via transvaginale, la fetoscopia o la cordocentesi, ovvero il prelievo di sangue fetale tramite la vena ombelicale (Merz et al., 2023). Gli ultrasuoni hanno cambiato anche il modo in cui il medico si avvicina alla gravidanza. Precedentemente a quella che Frusca (2004) ha definito “*l’era ecografica*” (p. 443) e quindi fino alla fine degli anni ’70, quando in Germania Manfred Hansamm e Bernard-Joachim Hackeloer introducono il primo programma di screening che prevedeva due esami ecografici per ogni gestante (Merz et al., 2023), il paziente dello specialista era la donna (Frusca, 2004). Dagli anni ’80, invece, le possibilità di indagine, valutazione e diagnosi si sono moltiplicate e “*l’esplosione della tecnologia e delle metodiche ecografiche ha aperto una importante finestra sul feto che oggi ci appare più vicino, più esplorabile, più nostro paziente*” (Frusca, 2004, p. 443).

⁴ (Merz et al., 2023, p. 176).

Senza il lavoro e gli studi di Ian Donald, ritenuto il padre degli ultrasuoni diagnostici in ostetricia e ginecologia, però, l'inizio dell'era ecografica in questo ambito della medicina non sarebbe stata realizzabile. Egli, infatti, si è posto l'obiettivo di voler guardare *“dietro la cortina di ferro della parete addominale materna”*((Merz et al., 2023, p. 176). Nel 1954 il dottor Donald, dopo aver partecipato alla conferenza in cui Wild presenta il lavoro di imaging mammario, ha l'idea di poter utilizzare gli ultrasuoni per osservare anche l'utero gravidico (Merz et al., 2023), oltre che cisti, fibromi e tumori intra-addominali (Woo, 2002). A partire da quell'anno, Ian Donald insieme a Kelvin Huges, il tecnico Tom Brown e John MacVicar, inaugurano le indagini ecografiche in ambito ostetrico e ginecologico (Merz et al., 2023). Inizialmente, però, i risultati sono deludenti (Merz et al., 2023). Nonostante i fallimenti, l'équipe nel 1958 pubblica sul Lancet un articolo che contiene, oltre a importanti elementi di diagnostica per immagini relativi alle cisti ovariche, anche le prime immagini a ultrasuoni di una testa fetale, osservando un utero a 34 settimane di gestazione (Donald et al., 1958). La finestra sul feto si apre, anche se è difficile riuscire a scorgere in Figura 4 il profilo di un bambino, soprattutto se confrontato con le immagini che si possono ottenere con le tecniche moderne.

Figura 4

*A sinistra: prima immagine ecografica della testa del feto (Donald et al, 1958, p. 1192);
a destra: profilo fetale osservato con le moderne sonde 2D (Abramowicz, 2021, p. 62)*



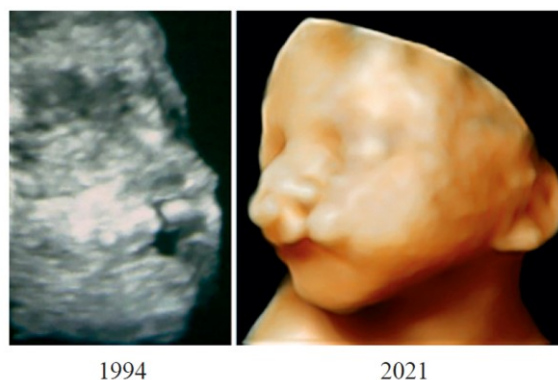
Negli anni successivi, anche grazie alla costruzione da parte di Brown e Donald di un primo scanner a contatto in *modalità B*, dunque 2D, funzionante a 2,5 MHz, gli ultrasuoni in ostetricia e ginecologia cominciano ad essere sempre più accettati e utilizzati come modalità diagnostica (Merz et al., 2023).

Gli studi, quindi, si moltiplicano, soprattutto a seguito della comprensione dell'importante ruolo che questa tecnica poteva assumere per la diagnosi prenatale: con gli ultrasuoni risulta ora possibile indagare l'attività cardiaca fetale (Kratochwil & Einhut, 1967), comprendere se la gravidanza è ectopica, cioè extrauterina (Zacutti & Brugnoli, 1970) e osservare i movimenti fetali durante la gravidanza. Insomma, oggi le pratiche ginecologica e soprattutto ostetrica non sarebbero concepibili senza l'utilizzo degli ultrasuoni (Abramowicz, 2021)

Un'ulteriore innovazione è rappresentata dalla recente introduzione, anche in campo ostetrico e ginecologico, dell'ecografia 3D. È bene sottolineare che essa, nella routine clinica, non è necessaria e tendenzialmente viene utilizzata la 2D, che è la base di tutta la diagnosi, ma è sicuramente uno strumento utile per ottenere valutazioni il più dettagliate, precise e precoci possibili (Bonilla-Musoles et al., 2013). Il progredire della tecnologia, infatti, ha consentito di ottenere immagini tridimensionali sempre migliori e definite (Fig. 5), permettendo così al medico di individuare anomalie fetali in precedenza riscontrabili soltanto a partire dal secondo trimestre, quindi tra le 18-20 settimane di gestazione, già durante i primi tre mesi di gravidanza (Abramowicz, 2021; Merz et al., 2023).

Figura 5

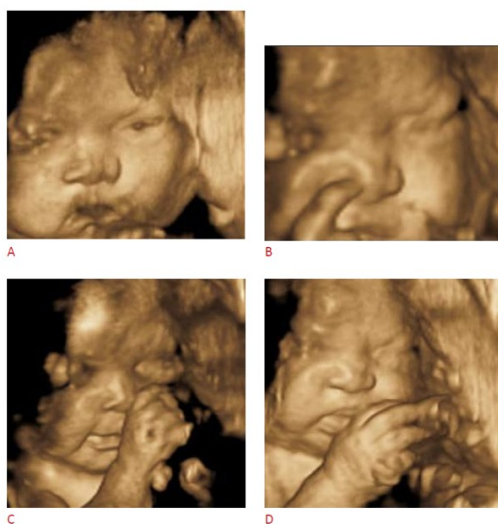
Miglioramento della visione del labbro leporino con ecografia 3D dal 1994 al 2021
(Merz et al., 2023, p. 181)



L'ecografia 3D e la sua evoluzione, ovvero la 4D, pertanto, mostrano nitidamente la posizione degli arti ed eventuali malformazioni, consentono una precisa indagine del cuore fetale (Chaoui et al., 2020) e del cervello (Merz & Pashaj, 2017). Oltre all'aspetto più di carattere diagnostico, queste nuove tecniche di imaging offrono la possibilità di osservare le espressioni facciali del feto. Oggi, ai genitori, sul monitor, nella stanza ecografica buia, compare l'immagine del proprio bambino, in tre dimensioni e pare proprio essere reale. Quando il bimbo, in diretta, apre gli occhi, si gratta il naso, sorride o fa una smorfia simile al disgusto (Fig. 6), le future mamme e i futuri papà vivono un'esperienza emotivamente intensa, sono più partecipi durante i controlli ostetrici e, inoltre, riescono a comprendere meglio ciò che vedono impresso sul display (Merz et al., 2023). Sono immagini *“di incredibile qualità, bellezza e straordinario valore per la coppia”* (Bonilla-Musoles et al, 2013, p. 35).

Figura 6

Immagini di varie espressioni fetali catturate durante un'ecografia 4D: occhi aperti (A); mentre si gratta il naso (B), durante un sorriso (C), ed espressione simile al disgusto (D) (Abramowicz, 2021, p. 61)



Al fine di produrre *“immagini spettacolari e molto più naturali che con il semplice 3D”* (Bonilla-Musoles et al., 2013, p. 34), recentemente è stata messa a punto la modalità HDlive che con l'utilizzo di particolari luci e ombre, produce immagini con una migliore

qualità e una maggiore sensazione di profondità (Bonilla-Musoles et al., 2013).

Oggi, dunque, la finestra sul feto è stata definitivamente aperta, portando con sé importanti miglioramenti relativamente alle tecniche di diagnosi prenatale e, come corollario, anche per la salute del feto e della gestante. Ora però il bimbo e la sua vita all'interno dell'utero non hanno più nulla di celato, forse tutto è stato svelato. Quali conseguenze può avere la perdita del mistero e l'imporsi del reale sulla fantasia e l'immaginazione per la coppia di futuri genitori?

2.4 Incontri ecografici: appuntamenti della coppia di futuri genitori dal ginecologo

I nove mesi della gravidanza, per la contemporanea coppia di futuri genitori, sono scanditi da una serie di appuntamenti dal ginecologo e da precisi esami ecografici da svolgere. È importante distinguere innanzi tutto le diverse tipologie di indagini diagnostiche con ultrasuoni che possono essere effettuate, così come ha sottolineato la S.I.E.O.G, ovvero la Società Italiana di Ecografia Ostetrica Ginecologia e Metodologie Biofisiche. Esiste, infatti l'*ecografia di screening*, eseguita da operatori accreditati, che include l'esame del primo trimestre, del secondo e del terzo ed è volta all'individuazione della normalità o di ciò che eventualmente da essa si discosta (Frusca, 2004; SIEOG, 2015). L'*ecografia di emergenza o di supporto* alla visita, invece, tende ad essere utilizzata in Pronto Soccorso per controllare il liquido amniotico, il battito fetale o la presentazione del bambino nell'utero (Frusca, 2004; SIEOG, 2015). Infine, si parla di *ecografia diagnostica o di riferimento* quando un operatore con specifiche competenze in medicina materno fetale utilizza tale strumento nei casi di complicate patologie materne o fetali (Frusca, 2004; SIEOG, 2015). Le linee guida americane, redatte dall'AIUM (American Institute of Ultrasound in Medicine), dall'ACR (American College of Radiology) e dall'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), prevedono anche le classificazioni dell'*esame limitato* e dell'*esame specialistico*. Il primo ha l'obiettivo di indagare aspetti specifici come, ad esempio, la conferma della presenza di attività cardiaca fetale se la paziente accusa sanguinamento vaginale (Norton et al., 2017). Il secondo, invece, si riferisce all'esame morfologico dettagliato, eseguito nel momento in cui si sospetta o c'è un alto rischio di anomalia fetale, all'eco doppler al feto, al profilo biofisico, all'ecocardiogramma fetale e alle valutazioni biometriche aggiuntive

(Norton et al., 2017).

Sono le ecografie di screening, però, quelle che scandiscono maggiormente la gestazione, infatti, sia le linee guida italiane che quelle d'oltre oceano prevedono un esame ecografico ostetrico per ciascun trimestre di gravidanza e in ognuno di essi le finalità dell'indagine differiscono (Norton et al., 2017; SIEOG, 2015). Durante il primo trimestre, ovvero il periodo di età gestazionale fino alle 13 settimane e 6 giorni⁵, grazie all'ecografia detta "*office*", che può essere eseguita sia per via transaddominale che transvaginale, si valutano la presenza del feto, la tipologia di impianto (in sede uterina o ectopica) e il numero di sacche gestazionali (SIEOG, 2015). Si deve, inoltre, datare la gravidanza e dunque stimare l'età gestazionale, individuare l'attività cardiaca fetale, individuare anomalie come l'anencefalia e misurare la translucenza nucale (NT) (Norton et al., 2017; SIEOG, 2015). Quest'ultima va indagata in quanto a un suo aumento a 10-14 settimane di gestazione si correla un elevato rischio di difetti cromosomici oltre che strutturali e cardiaci (Merz et al., 2023). Solitamente per lo screening del primo trimestre si utilizza l'ecografia 2D (Norton et al., 2017).

Tra le 14 e le 26 settimane gestazionali, è previsto un secondo esame ostetrico, la cosiddetta "*morfologica*", eseguita per via transaddominale con ecografo in tempo reale, per rivalutare la presenza di attività cardiaca fetale e la posizione della placenta, per misurare la quantità del liquido amniotico, ma soprattutto per osservare la morfologia del feto (SIEOG, 2015). Si indagano, dunque, le diverse strutture: ventricoli cerebrali, labbro superiore, cuore, stomaco, reni, vescica, sito di inserzione del cordone ombelicale, rachide, arti inferiori e superiori oltre che il sesso (Norton et al., 2017).

Infine, nel terzo e ultimo trimestre, si esegue l'ecografia definita "*di accrescimento*" che ha l'obiettivo di analizzare, per l'appunto, la crescita del feto tramite la misurazione della circonferenza cranica e addominale, della lunghezza del femore e di stimare il peso; inoltre, si individuano la posizione della placenta e la presentazione del bambino nell'utero, dunque, se è podalico o cefalico (SIEOG, 2015).

A partire dal secondo trimestre si rivelano particolarmente utili, al fine di individuare meglio eventuali malformazioni e studiare più dettagliatamente il cuore, l'ecografia 3D e 4D (Norton et al., 2017).

⁵ Senza indicazioni specifiche, solitamente l'ecografia di screening del primo trimestre si esegue a 11-13 settimane e 6 giorni di gestazione (SIEOG, 2015).

CAPITOLO 3

L'ECOGRAFIA OSTETRICA E LA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ: ANALISI DELL'INCONTRO TRA LA TECNICA E IL DIVENTARE GENITORE

L'ecografia ostetrica, come delineato nel capitolo precedente, scandisce il tempo della gravidanza con precisi "appuntamenti ecografici" ed è oggi considerata dalla coppia genitoriale una pratica di routine. Si tratta di un esame che, con il passare degli anni e l'affinarsi della tecnica, è stato sempre più accettato sia dai genitori sia dagli operatori sanitari e spesso è associato all'esperienza del piacere. Soprattutto negli anni '90, però, non sono mancate le critiche a suo carico, in particolare per quanto concerne l'efficacia e la sicurezza (Harris et al., 2004). Ad esempio, riguardo i benefici medici dell'ecografia nel primo trimestre di gravidanza, Luck (1992) e Saari-Kemppainen e colleghi (1990, citato da Harris et al., 2004) hanno sottolineato che grazie a questa pratica diagnostica, oltre all'identificazione precoce di gravidanze multiple, all'individuazione di anomalie congenite e a stime più precise dell'età gestazionale, sia possibile ridurre anche la mortalità perinatale, consentendo l'interruzione di gravidanza in caso di anomalie letali del feto. Ewigman con il suo gruppo di lavoro (1993) e Neilson (2000, citato da Harris et al., 2004), invece non concordano e non ne rintracciano gli stessi effetti benefici. Anche la sicurezza è un'area particolarmente contestata: i sostenitori garantiscono l'incolumità del feto all'esposizione agli ultrasuoni (Kossof, 1997), mentre i detrattori riportano che non è possibile assumere ciò dal momento che le ricerche per valutare gli effetti collaterali sono carenti e limitate (Enkin et al., 1995).

Pur nella consapevolezza degli studi elaborati a favore e contro l'utilità dell'ecografia ostetrica, il presente lavoro di tesi non è volto alla messa in discussione del valore medico di tale tecnica di imaging e non vuole essere "*un'opposizione sbrigativa ai progressi delle scienze*" (Cadei & Simeone, 2011, p. 42), quanto piuttosto mira a una riflessione che parta da un dato di realtà. Oggi l'ecografia è routine, tutte le coppie, nei paesi sviluppati, vi si sottopongono e allora è necessario chiedersi quale sia l'impatto del "*manifestarsi del bambino attraverso l'immagine ecografica*" (Cadei & Simeone, 2011, p. 42) nel processo di transizione alla genitorialità.

Come interagisce una sofisticata tecnica di diagnosi prenatale con un processo biopsichico così complesso come il diventare genitore? Come può facilitare la transizione alla genitorialità e lo sviluppo dell'attaccamento? Le immagini favoriscono un processo dinamico oppure, l'accesso a tutta questa realtà frena l'immaginazione? Perché è così necessario vedere per realizzare l'esistenza del bambino? Che ruolo svolge nel processo di transizione alla paternità? Attiva o inibisce l'ansia di perdita e di malformazione?

Queste, dunque, saranno le domande cui il capitolo cercherà di trovare risposta per delineare la storia dell'incontro tra una tecnica, un inanimato che si anima, con un processo di vita, una transizione che, in quanto tale, implica importanti rimaneggiamenti psichici che minacciano l'equilibrio della coppia. Equilibrio che, per lo psicoanalista Searles (1960) dipende da quanto l'essere umano sia in grado di mantenere una relazione costruttiva con il suo ambiente non umano. Allora la tecnica non è trascurabile e, una volta individuati gli *“elementi che possono avvantaggiare o intralciare i processi di elaborazione della genitorialità”* (Cadei & Simeone, 2011, p. 42), sarà anche possibile prendere più consapevolezza del fatto che il momento dell'ecografia può configurarsi come prezioso tempo di accompagnamento e intervento prenatale per i futuri genitori, aprendo *“spazi di pensiero e di progetto, occasioni generative che favoriscano la nascita di nuove madri e nuovi padri”* (Cadei & Simeone, 2011, p. 44).

3.1 Il φάρμακον a ultrasuoni: l'ecografia ostetrica come rituale di iniziazione alla genitorialità

A volte c'è un'unica immagine la cui struttura compositiva ha tale vigore e una tale ricchezza e il cui contenuto irradia a tal punto al di fuori di essa, che questa singola immagine è in sé un'intera narrazione.

Henri Cartier-Bresson, *The decisive moment*

L'ecografia ostetrica è una procedura di screening di routine, *“pienamente integrata nel normale pacchetto della gravidanza”* (Draper, 2002, p. 778). Tale tecnologia, mediante l'utilizzo degli ultrasuoni, consente di entrare magicamente all'interno di un mondo nascosto, segreto e permette ai futuri genitori di osservare il loro bambino prima

della sua nascita (Raphael-Leff, 2014). È possibile individuare nelle affermazioni sopra enunciate due diverse visioni rispetto all'ecografia che si intrecciano tra di loro e che hanno portato a parlare di tecnica ibrida, in cui significati medici e sociali sono strettamente legati (Draper, 2002; Roberts, 2012). Da un lato, infatti, il paradigma professionale o esperto porta a riconoscere questa tecnica di imaging come *evento di screening* volto a raccogliere informazioni sulla crescita del bambino con anche finalità diagnostiche (Draper, 2002), dall'altro, rendendo il feto un'entità che può essere osservata, viene letta come *evento sociale*, rappresentando la prima opportunità per i genitori di vedere il proprio figlio (Draper, 2002; Lie et al., 2019)

Osservare le attività del bambino, vedere il profilo del suo viso, guardare le sue manine, immaginare l'utero come se fosse la sua culla, sono attività che danno forma e consistenza al momento dell'incontro (Ammaniti et al., 2009; Raphael-Leff, 2014) e sono dense di significati, "*il significato di attaccamento o di anticipazione di diventare famiglia*" (Draper, 2002, p. 787). Esse allora favoriscono l'instaurarsi del legame prenatale e per Ammaniti e colleghi (2009) consentono "*ai genitori di sviluppare quel legame speciale con il figlio che da fagiolino o chicco di caffè della prima ecografia diventerà pian piano bambino e figlio con un volto e un'identità propria*" (p. 12). Le mamme e i papà, infatti, sin dalla prima ecografia interagiscono con le immagini che compaiono sullo schermo, le ammirano, parlano con esse (Draper, 2002; Roberts, 2012; Sandelowski, 1994) e, soprattutto dopo la morfologica, iniziano a pensare a se stessi come futuri genitori e al feto come il proprio bambino, il terzo che si impone (Ammaniti et al., 2009; Cadei & Simeone, 2011). Prende avvio, dunque, il processo di affiliazione, cardine della transizione alla genitorialità, grazie al quale i padri e le madri cominciano ad attribuire un'identità a quel "*fagiolino*" (Ammaniti et al., 2009, p. 12) che ora nelle loro menti è figlio o figlia (Ammaniti & Menozzi, 2021) e riescono a pensarlo non solo come un nuovo individuo, ma anche come un membro della loro famiglia, includendolo nelle generazioni e stirpi e individuando dei collegamenti con esse e il nascituro. (Ammaniti & Menozzi, 2021; Roberts, 2012). La tecnologia di scansione 4D sembra facilitare e rafforzare tale processo (Ammaniti & Menozzi, 2021; Roberts, 2012). Questo perché consente di vedere molto dettagliatamente il bambino e soprattutto il volto, di ricavare numerose informazioni sull'aspetto fisico, di osservarne la postura e il comportamento, che spesso viene imitato dai genitori e che permette loro di fantasticare sulla personalità

del nascituro (Ammaniti & Menozzi, 202; Roberts, 2012). Simili dettagli aiutano a trovare somiglianze tra il bambino e la mamma, il papà, i nonni e dunque con la famiglia esistente e facilitano l'assimilazione del figlio e l'inclusione (Ammaniti & Menozzi, 2021; Roberts, 2012). Inoltre, Ammaniti e Menozzi (2021) recentemente hanno condotto uno studio volto a dimostrare l'ipotesi che l'osservazione del feto, durante l'ecografia in quattro dimensioni, dando avvio ad una riorganizzazione delle rappresentazioni mentali del figlio, di sé e del partner, possa attivare le dinamiche genitoriali e cogenitoriali. La ricerca dapprima ha chiesto ai genitori di parlare all'immagine fetale del bambino come se quest'ultimo potesse ascoltarli. Successivamente le interazioni sono state analizzate seguendo la procedura adattata della Prenatal Lausanne Trilogue Play (PLTP) (Carneiro et al., 2006). Gli autori hanno così osservato che i partner spesso si nominano come mamma o papà e ciò segna l'inizio sia del processo di acquisizione del nuovo ruolo per sé e per il compagno/a sia della costruzione di una relazione triadica. Le immagini fetali nell'ecografia 4D, quindi, danno avvio all'acquisizione dell'identità genitoriale e ai processi coparentali. Inoltre, lo studio ha riscontrato che i genitori durante le ecografie in quattro dimensioni, alla visione delle immagini, sorridono di più e attivano il baby talk (Ammaniti & Menozzi, 2021). Ciò a conferma del fatto che tale tecnica di imaging aiuta il riconoscimento del figlio e della sua propria identità e l'assunzione di un comportamento che prepara all'interazione con il bambino, promuovendo la transizione alla genitorialità (Ammaniti & Menozzi, 2021).

L'ecografia con cui la coppia si confronta rappresenta una vera e propria rivoluzione nell'attesa del bambino e tratteggia una mutazione ontologica, dal momento che incide fortemente sulla formazione e sul modo di pensare l'esperienza di essere genitori (Cadei & Simeone, 2010; Missonnier, 2019b). Essa permette di intraprendere l'analisi del vissuto e delle percezioni, facilita l'organizzazione delle dinamiche familiari, accompagnando nella costruzione della catena relazionale che conduce la donna a diventare una madre, l'uomo un padre e il feto un figlio, ovvero una famiglia e struttura il processo della genitorialità (Cadei & Simeone, 2010, 2011; Fabbri et al., 2005; Pazzagli et al., 2011).

“I movimenti fetali, il rumore del battito cardiaco e le immagini in chiaro scuro introducono la realtà nell'universo immaginario dei futuri genitori” (Cadei & Simeone, 2011, p. 41). Il pensiero di Cadei e Simeone (2011) aiuta ad aprire un ulteriore spazio di

riflessione relativo al rapporto esistente tra il virtuale e il reale, simboleggiato da ciò che viene visto sullo schermo al momento dello screening, all’impatto di quest’ultimo sugli aspetti fantasmatici e alla possibile integrazione dei due piani per la costruzione della genitorialità (Viaux-Savelon, 2013). A favorire la comprensione del potere dell’immagine è l’idea che quest’ultima, sfruttando processi del pensiero magico e del sogno che sfuggono al principio di realtà (Denis, 1994, citato da Missonnier, 2018), sia il contenitore per i primi contenuti psichici (Missonnier, 2018): come la madre è il contenitore del bambino, così l’immagine ecografica fetale è l’involucro delle prime rappresentazioni del nascituro, che influenzeranno le future relazioni (Missonnier, 2018; Viaux-Savelon, 2013).

L’ecografia, oltre a fungere da contenitore, permette l’incontro tra due echi, quello prodotto dai tessuti del feto, il bambino reale, e quello del bambino virtuale, che fa affiorare le storie lontane legate all’individuo, alle generazioni e alla coppia coniugale (Missonnier, 2018, 2019a). Tale dialogo ha un forte potere di induzione e di effusione fantasmatica sulla psiche dei futuri genitori e l’ecografia diventa, quindi, fonte di materiale proiettivo e identificazione proiettiva (Missonnier, 2018, 2019a).

L’immagine ecografica, parafrasando Didier Anzieu e sostituendo nella sua definizione le onde sonore ai raggi X, è paragonabile a un test proiettivo. Quest’ultimo per l’autore è come una radiografia (ecografia) in cui *“ciò che è nascosto viene portato alla luce; il latente diventa manifesto, l’interiore viene portato in superficie; ciò che è stabile e anche annodato in noi viene rivelato”* (Didier Anzieu, 1987, citato da Missonnier, 2018, p. 284). I genitori vivono un’intensa mobilitazione interna, diventano più permeabili e trasparenti: ansie, meccanismi di difesa e identificazioni con il bambino affiorano facilmente e madri e padri riescono a sperimentare la libertà di esprimere vulnerabilità, ambivalenza e idealizzazione (Caron et al., 2008). La sala buia e silenziosa, come se fosse una realtà separata dall’esterno, l’immagine che condensa il sogno e il non verbale favoriscono la regressione responsabile della maggiore permeabilità psichica che fa rivivere a ogni partecipante un contenuto psichico primitivo (Caron et al., 2008). Il feto, infatti, è contenuto nell’utero, così come lo sono stati i suoi genitori e ciò attiva posizioni difensive, fascino, repulsione, stranezza, perturbamento poiché si ritrovano a entrare nuovamente in contatto con la loro primissima identità uterina (Missonnier, 2019b). L’immagine che mostra l’antica terra natale dell’uomo, la casa densa di nostalgia,

il luogo in cui tutti hanno soggiornato, ovvero il grembo materno, suscita l'inquietante stranezza (Freud, 1919). Si tratta di un sentimento che condensa in sé attrazione, familiarità, turbamento e terrore: si è attratti da qualche cosa che illusoriamente viene percepito come nuovo, ma che in realtà è familiare e ben noto alla vita psichica e che conduce al riemergere delle esperienze fetali, uterine di cui l'uomo cerca di liberarsi attraverso la repressione, ma di cui non si libera mai totalmente (Caron et al., 2008; Missonnier, 2019b).

L'ecografia ostetrica dialoga con *"l'impotenza, l'ignoto, la solitudine, la dipendenza, le proprie crudeltà, fragilità, paure e incertezze"* (Caron et al., 2008, p. 74), rievoca la fantasia primitiva di ritorno all'utero, il richiamo al tempo in cui non esisteva distinzione tra sé, mondo esterno e altri (Missonnier, 2019b). Tale *"risonanza incestuosa"* (Missonnier, 2019b, p. 135) attiva difese variabili, ma mai totalmente assenti e dunque l'immagine del feto non può essere considerata uno stimolo neutro, ma al contrario il suo potere è violento (Caron et al., 2008; Missonnier, 2018).

La visione del feto è anche un catalizzatore perché permette il riaffiorare di contenuti generazionali e la simbolizzazione del nascituro (Missonnier, 2018) e si presenta come *"uno specchio materiale e psichico del processo evolutivo della genitorialità"* (Missonnier, 2019a, p. 276).

Ma se si offre come mezzo per elaborare ansie e conflitti arcaici, elementi traumatici e generazionali allora l'ecografia ostetrica diventa un potenziale organizzatore psichico e un rituale di iniziazione alla genitorialità. È questa la tesi esposta nel 1999 dallo psicoanalista Missonnier (Missonnier, 1999) e sviluppata negli anni successivi, in base alla quale l'ecografia si configura come uno tra i riti di passaggio che scandisce la vita. In base alla definizione di rituale di Bonte e colleghi (2006) si tratta, dunque, di un cerimoniale collettivo condiviso dalla cultura di appartenenza e il cui significato e svolgimento sono trasmessi di generazione in generazione. Inoltre, affinché tale prassi culturale sia efficace deve prevedere la successione di tre stadi: la separazione che consente all'individuo di uscire dallo stato precedente, la latenza, uno stato intermedio, e l'aggregazione che porta all'accesso a un nuovo stato, a una nuova identità (Van Gennep, 1909, citato da Missonnier, 2019a). L'ecografia può assumere questa efficacia simbolica di mobilitazione di meccanismi consci, preconschi e inconsci, poiché aiuta la coppia a essere traghettata verso un nuovo modo di pensarsi, ovvero non più solo uomini e donne,

ma anche genitori.

È importante sottolineare il verbo “potere” contenuto nella frase precedente, in quanto per Missonnier (2018, 2019a) nei paesi industrializzati il senso dell’ecografia ostetrica come rituale si articola e oscilla pericolosamente su due poli: quello di importante rituale creativo e laico di passaggio alla genitorialità e quello che scade nell’alienazione tipica del rituale ossessivo. Nel primo caso, l’appuntamento ecografico è il rito dell’antropologia, che mostra la sua efficacia simbolica consentendo di confermare, strutturare e organizzare in modo dinamico il processo di transizione alla genitorialità (Missonnier, 2018, 2019a). L’immagine favorisce il passaggio e contiene gli elementi traumatici e difensivi poiché buona è la relazione dialettica mantenuta con il nucleo fetale (Missonnier, 2019a). Nel secondo, al contrario, si utilizza il termine rituale nella sua accezione psicopatologica e nel senso psicoanalitico (Missonnier, 2019a). Ci si riferisce, quindi, a quella serie di azioni, pensieri e fantasie che si manifestano ad esempio nelle nevrosi ossessive, in cui a dominare sono le strategie difensive erette nei confronti di un’ansia paralizzante e invasiva (Missonnier, 2019a). L’ecografia, se si trasforma in rituale ossessivo, non favorisce più la transizione, ma al contrario si pone nei confronti di essa come ostacolo; non svolge più una funzione organizzativa e simbolica ma destruttura e non promuove il passaggio all’assunzione di una nuova identità (Missonnier, 2018, 2019a). Gli elementi traumatici e l’inquietante stranezza suscitati dalla visione del bambino non riescono ad essere contenuti poiché negativo è il rapporto dialettico mantenuto con il nucleo fetale e le dirette conseguenze di tutto ciò sono la paralisi psichica e le identificazioni proiettive patologiche (Missonnier, 2018, 2019a).

L’ecografia ostetrica come rituale è un φάρμακον, un’erma bifronte, che può essere veleno o cura, *“a metà strada, esitante tra una funzione simbolica strutturante e una distruttiva, oscillante tra un sostegno culturale quando è negoziato [...] e un ostacolo iatrogeno quando è imposta”* (Missonnier, 2019a, p. 277).

Per Missonnier l’obiettivo verso cui tendere è quello del φάρμακον-cura e dunque rendere tale tecnica di screening un rito di iniziazione laico, strutturante e creativo alla genitorialità. Per raggiungere ciò è fondamentale che genitori e professionisti attribuiscono lo stesso significato all’ecografia, che condividano il medesimo terreno culturale o per lo meno che cerchino di comprenderlo, in modo da tentare di raggiungere una simbolizzazione congiunta e da permettere il dispiegamento del potenziale

organizzativo (Missonnier, 2018, 2019a). In tal senso è fondamentale non scindere il funzionamento psichico della coppia e dell'ecografista dalle loro radici culturali, dalle abitudini, dalla religione, poiché esse influenzeranno la modalità con cui la visione del feto verrà vissuta (Missonnier, 2018, 2019a).

Alla luce di quanto precedentemente esposto, è possibile evidenziare che il momento dell'ecografia per la coppia genitoriale non sia un evento banale, ma al contrario, colorandosi di significati, sfumature e funzioni molteplici, riesca a mobilitare processi inconsci consistenti. Tali elementi, se colti, possono essere molto utili nella pratica clinica al fine di elaborare interventi a sostegno della famiglia e a supporto dell'assunzione di un ruolo genitoriale che sia sufficientemente buono. Questo perché il tempo scandito dall'immagine del feto è una via di accesso privilegiata per svelare *“la natura della tessitura delle identificazioni proiettive prenatali nei confronti del nascituro”* (Missonnier, 2019b, p. 135) e quindi anticipare i meccanismi della futura relazione tra genitori e figlio (Ammaniti et al., 2009).

3.2 La maternità ecografica

*Ti ho generato col solo pensiero figlio
e non sei mai sceso nel mio corpo
come una buona rugiada.
Però sei diventato un'ape laboriosa,
hai fecondato tutto il mio corpo
[...]
Figlio figlio mio sognato,
figlio ti ho solo pensato.
[...]
Alda Merini, A mio figlio*

Il lavoro intrapsichico che prende vita nella mente della donna quando scopre di essere in attesa e che accompagna tutto il percorso della gestazione è complesso ed estremamente trasformativo. Il figlio, per riprendere Alda Merini, come un'ape laboriosa, non feconda soltanto il suo corpo, ma anche la sua mente e la conduce verso l'essere madre.

Ciò che l'ape laboriosa produce, scendendo nel grembo materno, coinvolge sia il piano della realtà che spinge la donna a *pensare* al bambino che verrà, alla sua nuova identità, all'assunzione del ruolo, alla rinegoziazione degli equilibri familiari e di coppia, sia quello dell'immaginario e del fantasmatico. Questi ultimi sono connessi al lavoro del *sogno* ad occhi aperti e alle fantasie che nell'inconscio della donna adulta incontrano quelle della sé bambina, arricchite dalla rêverie cosciente (Vegetti Finzi, 1990). È la regressione la fonte del ritorno materno all' "*essere, fantasticamente e identificatoriamente, prima ovulo, poi embrione e quindi feto senza perdere la propria identità matura*" (Righetti & Sette, 2000).

La madre, prendendo a prestito le parole di Soulé (1990), *lavora a maglia* con il reale e l'immaginario, il passato e il presente e li mette in contatto al fine di riuscire a capire e sentire ciò di cui il figlio ha bisogno, sia quando lo porta in grembo sia quando l'ha dato alla luce.

Ma il momento dell'ecografia come si inserisce in questa tessitura intrapsichica? Tutta la realtà che porta con sé può aiutare o intralciare il lavoro che consente alla donna di nascere come madre?

Si delineeranno dunque le questioni più discusse in letteratura riguardo la relazione tra maternità ed ecografia ostetrica.

3.2.1 *L'irruzione del reale nell'immaginario*

Mentre la fantasia, l'invenzione e la creatività producono qualche cosa che prima non c'era, l'immaginazione può immaginare anche qualche cosa che già esiste ma che al momento non è tra noi.

Bruno Munari, *Fantasia*

Il sogno, l'immaginario, la fantasticheria caratterizzano l'intero processo della gravidanza. La maternità, infatti, inizia con un sogno (Vegetti Finzi, 2017, citato da Scabini & Iafrate, 2019) e quando quella "*goccia di vita*" (Fallaci, 1975, p. 5) si fa spazio dentro l'utero, le fantasie prendono sostanza nel bambino immaginario, il figlio della notte (Vegetti Finzi, 1990), oggetto investito narcisisticamente, perfetto, che esiste solo

nei desideri (Raphael-Leff, 2014; Vegetti Finzi, 1990). All'inizio nell'atmosfera materna (Pazzagli et al., 2011) domina il bambino del sogno (Soulé, 1982), che solo successivamente, al momento del parto, quando il figlio potrà essere visto e tenuto tra le braccia, diventerà reale, concreto e appartenente al giorno (Vegetti Finzi, 1990). La madre, quindi, *“non si rappresenta il bambino che porta in grembo come un feto definito in base ad uno stadio embriogenetico ben preciso, ma costruisce su di lui una serie di fantasie”* (Fava Vizziello et al., 2000, p. 170).

L'ecografia ostetrica si inserisce prepotentemente in questo processo di gestazione non solo fisica ma soprattutto psicologica perché apre la finestra sul feto, consente di vedere il bambino prima del momento della nascita e di svelarne tutti i segreti. Si è reso *“l'utero un tempo opaco, trasparente, togliendo il velo del mistero dall'oscuro sancta sanctorum”* (Petchesky, 1987, p. 269).

Grazie alle immagini ottenute con gli ultrasuoni e alle informazioni derivate da altre tecniche di screening, le future madri conoscono con precisione, in base al mese di gravidanza che stanno attraversando, quali parti del corpo del nascituro si stanno sviluppando o quali movimenti è in grado di compiere (Cadei & Simeone, 2010). Ad esempio, sanno che le capriole di cui il feto è capace nei primi mesi, quando ampio è lo spazio a sua disposizione nel grembo, diminuiscono via via poiché il bambino cresce, si allunga, l'utero assume una forma ovoidale, il volume del liquido amniotico è minore e si ritrova ad essere costretto in un ambiente piccolo e stretto in cui gli è consentito soltanto spostarsi per trovare una posizione più confortevole (Raphael-Leff, 2014). O ancora le donne apprendono che, a partire dal sesto mese, il figlio sembra essere in grado di sognare, probabilmente con un'attività onirica simultanea a quella materna, dato che presenta movimenti oculari rapidi simili a quelli del sonno REM (Raphael-Leff, 2014; Scalzone & Zontini, 2016).

Il reale, per mezzo degli ultrasuoni, irrompe nell'immaginario anteriormente al parto e rivoluziona il processo di fantasticheria: ciò che della creazione e dell'umano è segreto e invisibile viene svelato, labili e sfuocati divengono i confini tra dentro e fuori e il bambino della notte e quello del giorno si incontrano e si confrontano (Ammaniti et al., 2009; Cadei & Simeone, 2010, 2011; Viaux-Savelon, 2013).

Il significato dell'immagine ecografica e delle rappresentazioni prodotte da questa nella mente della madre non può essere compreso se ci si ferma soltanto

all'interpretazione medico-scientifica. Tale sosta è necessaria, ma al contrario per raggiungere l'obiettivo bisogna scendere più in profondità e "indossare occhiali" che consentano di entrare nell'atmosfera materna e addentrarsi nei meandri della gestazione psichica. Gli psicoanalisti, infatti, si sono interessati alle conseguenze che queste immagini possono avere sulle rappresentazioni della donna (Viaux-Savelon, 2013).

Ci si deve chiedere pertanto se questa irruzione precoce della realtà sull'immaginario interrompa o al contrario arricchisca le libere fantasie, il sogno ad occhi aperti e il lavoro psichico. Diverse e contrastanti sono le posizioni assunte a riguardo.

Per alcuni autori, infatti, l'ecografia, svelando come una trasgressione la realtà fino a quel momento celata (Viaux-Savelon, 2013), ostacola l'attività sognante, "*disturba il processo primordiale delle fantasie sfrenate [...], sgonfia la bolla dell'immaginazione*" (Raphael-Leff, 2014, p. 50) e si configura, riprendendo Soulé (1982), come aborto, interruzione volontaria di fantasmi. Anche secondo Pazzagli e colleghi (2011) l'atmosfera materna, il contenitore del bambino della notte, è fortemente minacciata e soffocata dalle tecniche di screening a cui la donna si sottopone durante la gravidanza e in particolar modo dall'ecografia. L'immagine prodotta da tale strumento, infatti, blocca la fantasticheria materna e "*ha contribuito a banalizzare nel senso di evitare difensivamente il processo della maternità interiore*" (Pazzagli et al., 2011, p. 6), che, favorendo la regressione del sé materno al sé fetale e neonatale, accompagna la donna verso la sua nascita come madre (Pazzagli et al., 2011). Il rischio è che la conoscenza più approfondita e dettagliata del feto, del suo sviluppo, del sesso, dei movimenti tolga alle future madri la possibilità di pensare e ascoltare le proprie emozioni, i desideri, i sogni e che vengano private del periodo della libera immaginazione (Pazzagli et al., 2011; Raphael-Leff, 2014).

Per altri autori, al contrario, lo strumento ecografico arricchisce le fantasie e il passaggio, prima del parto, dal bambino immaginario a quello reale va inteso come possibilità favorevole. Non va letto, pertanto come una interruzione, un ostacolo, un blocco ai fantasmi, ma al contrario come una "*cortocircuitazione momentanea*" (Courvoisier, 1985, citato da Fava Vizziello et al., 2000), un disorientamento che riduce la resistenza e consente una riorganizzazione degli aspetti fantasmatici sul bambino (Fava Vizziello et al., 2000). Le immagini che mostrano il feto aiutano la donna sia a investire su quest'ultimo, proprio perché ne sperimenta la realtà e concretezza, sia a elaborare

un'immagine più positiva di sé come madre (Cadei & Simeone, 2011; Viaux-Savelon, 2013). Fava Vizziello e collaboratori (2000) descrivono l'ecografia come un pre-incontro in cui l'immaginario e il reale non colludono, ma al contrario riescono a coesistere. Questa riunione armonica, questo gioco di illusioni consentito dall'immagine, promuove l'immaginazione continua, alimenta i sogni a occhi aperti della madre e impone o addirittura genera rappresentazioni (Fava Vizziello et al., 2000; Viaux-Savelon, 2013; Villeneuve et al., 1998, citato da Dykes & Stjernqvist, 2001). Lo studio di Dykes e Stjernqvist (2001) ha indagato come i pensieri e le rappresentazioni materne sul proprio figlio vengano condizionate dalla visione della prima ecografia. Ai fini della ricerca sono state intervistate, prima e dopo lo screening, dieci madri primipare alla diciassettesima settimana di gestazione circa (Dykes & Stjernqvist, 2001). Dai risultati emerge che l'immagine del bambino reale che compare con l'ecografia non sostituisce il bambino immaginario, non sembra avere un impatto significativo sulle fantasie e i due bambini rimangono immagini separate (Dykes & Stjernqvist, 2001).

Si è addirittura ipotizzato che in alcuni casi, durante l'esame ecografico, il bambino reale venga attaccato in modo ostile, soccombendo a un tirannico bambino immaginario (Caron et al., 2008): *“è come se il bambino reale, di fronte alla forza e al potere illimitato del bambino immaginario venisse schiacciato, eliminato da lui, senza pietà né perdono”* (Caron et al., 2008, p. 71). L'ecografia, infatti, mostra le caratteristiche del feto nella loro spontanea realtà e, a volte, quest'ultime possono non corrispondere alle aspettative e ai desideri dei genitori (Caron et al., 2008). Molti non riescono né a tollerare né a contenere l'indipendenza del bambino, necessitano di ordine, di comprensione per rendere la realtà più accettabile e meno spaventosa (Caron et al., 2008). Se i futuri padri e le future madri non sono in grado di tollerare la frustrazione dei propri desideri e aspettative, predomineranno i meccanismi inconsci e soprattutto le fantasie onnipotenti (Caron et al., 2008). A tal proposito Caron e colleghi (2008) nel loro articolo riportano un esempio di tirannia del bambino immaginario: durante l'osservazione di uno screening ecografico, a una madre che desiderava avere un figlio maschio viene comunicato il sesso femminile del feto. La donna non riesce a tollerare la frustrazione, il bambino della notte prende il potere, e si rivolge all'ecografista con la convinzione che il pene del bambino sarebbe cresciuto.

Oltre alle riflessioni relative al fatto che il bambino immaginario possa soccombere o schiacciare quello reale, è importante considerare anche l'ipotesi che si possa identificare un "bambino ecografico" (Missonnier, 2018; Viaux-Savelon, 2013), nato da quella "*prima filii imago*" (Fava Vizziello et al., 2000, p. 180) che compare sullo schermo. Dopo tutto l'immagine è una rappresentazione e, nonostante quello che si vede sul monitor sia sempre più accurato, anche grazie alle recenti tecnologie in 4D, forse è sempre in qualche modo diverso dal bambino che sarà e alcuni aspetti del feto potrebbero non essere totalmente compresi o percepiti chiaramente (Dykes & Stjernqvist, 2001; Viaux-Savelon, 2013). È questo un elemento da tenere in considerazione, perché in tal caso la madre dopo il parto, oltre all'elaborazione del lutto per il bambino della notte, deve svolgere un ulteriore lavoro che le consenta di superare anche la perdita del bambino ecografico.

3.2.2 Vedere per conoscere: il privilegio del visivo e la conoscenza incarnata della gravidanza

Pazzagli e il suo gruppo di lavoro (2011), Raphael-Leff (2014) e Soulé (1982), come esposto precedentemente, mettono in luce che l'ecografia ostetrica è una realtà che rompe il sogno e questo può avere conseguenze negative sulla capacità della futura mamma di fantasticare, desiderare e immaginare. Viaux-Savelon (2013) aggiunge che ciò comporta anche una difficoltà nel riuscire a entrare in contatto con l'esperienza soggettiva e con le sensazioni: l'immagine prodotta dagli ultrasuoni "*attraversa i limiti corporei della madre, varca la soglia del visibile e mette da parte le percezioni della donna stessa*" (Viaux-Savelon, 2013, p. 24). A volte, quindi, può accadere che l'ecografista durante l'esame mostri i movimenti che il feto in quel momento sta compiendo alla madre e che quest'ultima non riesca a percepirli fisicamente, ma soltanto a vederli. Allora a chi credere?

L'ecografia diventa, pertanto, terreno di scontro tra due forme di conoscenza ovvero quella visiva, oggettiva e apportata dall'immagine e quella incarnata, soggettiva e derivante dall'esperienza della gestante (Draper, 2002). La conoscenza incarnata è la consapevolezza che la donna acquisisce del suo corpo attraverso la percezione; ciò le consente di *sentire* i cambiamenti, che avvengono dentro di lei, dettati ad esempio dalla gravidanza (Harris et al., 2004).

Sorgono allora altre due domande sollevate già nel 1987 da Petchesky, ma sorprendentemente contemporanee e calzanti con la realtà odierna: perché oggi la vista è diventata, tra i cinque sensi, quello dominante tanto da sovrastare tutte le altre modalità di poter conoscere la gravidanza e il feto? Quali conseguenze può avere il “*privilegio del visivo*” (Draper, 2002, p. 775) sull’esperienza incarnata della donna?

Per quanto concerne il primo quesito sono stati principalmente due gli eventi critici che hanno permesso nel mondo occidentale postmoderno il raggiungimento del dominio della vista. Innanzitutto, l’abbandono della tradizione orale a favore di quella scritta nell’antica Grecia: l’udito, prima fondamentale per poter ascoltare ciò che gli aedi cantavano, viene sostituito dall’occhio, necessario per la lettura (Fox & Grontowski, 1983, citato da Draper, 2002). In secondo luogo, centrale è stata la nascita del pensiero del positivismo nella seconda metà dell’Ottocento (Draper, 2002). Tale corrente, che sostiene il progresso, la scienza e lo sviluppo tecnologico, si concentra sull’analisi e l’osservazione dei dati direttamente sperimentabili, sui fatti, sulla realtà che non può essere trascesa (Abbagnano & Fornero, 2016). L’occhio nuovamente soddisfa più di ogni altro senso questa condizione, perché si ritiene che ciò che è possibile vedere sia per forza reale (Draper, 2002). Si assume, dunque, che la vista sia la sola a poter catturare i fenomeni in modo scientifico, oggettivo, distaccato e diventa l’unico modo per poter accedere alla vera cognizione (Draper, 2002; Petchesky, 1987). Così facendo i confini tra il vedere e il conoscere si sfumano e i due verbi si sovrappongono, tanto che anche il vocabolario della lingua italiana li riporta come sinonimi l’uno dell’altro (Devoto & Oli, 2016).

Il positivismo, ancora radicato nel pensiero occidentale contemporaneo, ha sicuramente influito nel costruire l’immagine fetale come replica perfetta del bambino e come unica fonte di realtà (Petchesky, 1987). Tale paradigma però non considera altri fattori che possono modellare la realtà come i contesti storici, politici e psicologici. Inoltre, le forme di conoscenza provenienti dagli altri sensi o dalla relazione vengono svalutate perché non oggettive (Draper, 2002; Petchesky, 1987). Mentre si vive l’illusione di aver colto la realtà, il privilegio del visivo rende anche il corpo più lontano dal soggetto, lo riduce ad un oggetto, inaffidabile nel fornire informazioni attendibili (Faccio, 2007).

Le conseguenze del privilegio del visivo sull’esperienza incarnata delle donne in gravidanza, ovvero la seconda domanda posta da Petchesky (1987), sono state

ampiamente prese in considerazione dalla prospettiva post-strutturalista e da quella femminista. L'ecografia ostetrica per tali correnti di pensiero supera il limite del corpo per penetrare con gli ultrasuoni la pelle della donna, scuoiarla, parafrasando Duden (1993), e vedere per poter credere, rendere vero e reale il feto. Così ciò che è "dentro" diventa "fuori" e il contenuto, il frutto proibito della creazione, viene svelato e non può più essere celato dal suo contenitore; le pieghe più private, segrete e misteriose dell'universo femminile sono svelate, aperte al pubblico (Braidotti, 1994; Draper, 2002; Petchesky, 1987; Wesfall, 2006) e l'intimità viene esposta alle "*luci della ribalta medica*" (Missonnier, 2019b, p. 128). La tecnologia ecografica non solo traccia nuovi confini, ma annulla dalla vista il corpo materno (Petchesky, 1987). Quest'ultimo per le autrici femministe viene concepito dalla scienza medica come un involucro, è passivo e periferico (Kitzinger, 1998 citato da Petchesky, 1987; Wesfall, 2006), è una sorta di recipiente da aprire per arrivare al feto che, disincarnato, non dipende più dalla madre (Rothman, 1994; Sandelowski, 1994). La diade madre-bambino si separa prima del parto (Petchesky, 1987) e, sfruttando una metafora cara a Rothman (1994) e Soulé (2000), il nascituro come un astronauta esce dell'astronave-utero, negato, ma si trova a fluttuare liberamente nello spazio rimanendo attaccato alla navicella soltanto tramite il cordone ombelicale, l'ultimo residuo del corpo femminile.

In base a questa lettura in cui l'ecografia ostetrica "*tende a cancellare le donne incinte dalla vista, rappresentando il feto come un'entità vitale indipendente*" (Sandelowski, 1994, p. 231), la conoscenza incarnata, dunque le sensazioni e le percezioni della futura madre, vengono screditate, svalutate e degradate, messe in scacco dal sapere visivo (Petchesky, 1987; Wesfall, 2006). Se un tempo il quickening, cioè i movimenti fetali percepiti dalla gestante e il momento in cui si sentiva il bambino, dichiarava la realtà della gravidanza ed era lo strumento diagnostico principale, ora invece è stato rimpiazzato dalle tecnologie sonografiche (Duden, 1993; Petchesky, 1987; Wesfall, 2006). Il risultato, in conclusione, è "*un'interruzione nella propria [delle donne] narrazione del corpo, alienando le donne dalla loro esperienza della gravidanza e della nascita*" (Wesfall, 2006, p. 264).

Lo studio di Harris e colleghi (2004) supporta le obiezioni mosse dalle critiche femministe nei confronti dell'ecografia ostetrica e le loro ipotesi riguardo l'esperienza incarnata. L'indagine inizialmente riguardava l'analisi dei cambiamenti che

caratterizzavano la gravidanza e il parto tramite una prospettiva longitudinale. L'obiettivo della ricerca è mutato, però, in corso d'opera, in quanto, chiedendo alle trentaquattro donne intervistate nel secondo trimestre, a metà del terzo e a tre mesi post partum di parlare degli eventuali esami a cui si erano sottoposte durante la gestazione, l'ecografia emergeva come argomento comune a tutte le partecipanti (Harris et al., 2004). Ciò ha spinto gli autori a scegliere di approfondire la tematica analizzando le risposte secondo il paradigma post-strutturalista e femminista, al fine di individuare le narrazioni che spingono a utilizzare l'ecografia ostetrica come metodo di screening durante la gravidanza, prestando particolare attenzione al concetto di conoscenza incarnata (Harris et al., 2004). Dai discorsi è emersa la svalutazione di quest'ultima in favore della conoscenza visiva mediata dall'ecografia. È stata la visione del bambino sullo schermo a confermare la gravidanza, la sua certezza e a portare alla realizzazione di portare davvero un bambino in grembo (Harris et al., 2004).

Ma i due piani di cognizione, ovvero quello visivo e quello incarnato, come possono coesistere senza confliggere, senza l'uno screditare l'altro?

Per Roberts (2012), che non appoggia quanto precedentemente esposto e rifiuta il ruolo di passività attribuito alle donne in seguito all'avvento della tecnica ecografica, il problema non si pone. Per l'autore, infatti, le due modalità di conoscenza convivono già pacificamente ed entrano l'una in supporto dell'altra, grazie anche alla partecipazione e all'impegno attivo delle madri: *“spesso le donne guardano avanti e indietro lo schermo e il proprio corpo, come se cercassero di localizzare l'immagine dentro di loro e ciò le ha aiutate a dare un senso alle loro sensazioni fisiche”* (Roberts, 2012, p. 308).

Se al contrario si ritengono valide le critiche femministe, un modo per consentire all'esperienza incarnata di essere riabilitata e non soccombere a quella visiva, a parere di Stone e colleghi (2022), è quello insegnare alle donne la palpazione dell'addome. Si tratta di una pratica, oggi desueta, molto utilizzata dagli ostetrici per individuare la posizione del feto nell'utero quando l'ecografia non era così ampiamente diffusa nell'assistenza prenatale (Duden, 2002). Lo studio ha dimostrato che permettere alle future madri di apprendere la capacità di sentire il loro bambino attraverso il tatto le ha aiutate a fidarsi di più delle loro percezioni e, quindi, a dare maggiore credito all'esperienza incarnata, re-incarnando la gravidanza (Stone et al, 2022). È come se fosse stato permesso alle donne di *“riportare il bambino all'interno del corpo”* (Stone et al., 2022, p. 103172), come

evidenziato gli autori nel titolo del loro articolo.

3.2.3 *L'ecografia ostetrica come dispositivo di facilitazione del legame materno-fetale.*

Nel corso della gravidanza, un momento speciale per le madri è l'istante in cui sentono i primi movimenti fetali. Questi ultimi sono ricchi di significati perché, contribuendo ad aumentare la consapevolezza della gestazione, a rendere reale il bambino e a percepirlo come soggetto che si sta differenziando, danno il via al dialogo, al legame madre-bambino (Righetti & Sette, 2000).

La αἴσθησις, la sensazione fisica del primo calcio, della prima capriola e del primo frullio, si fa portavoce della presenza e inizia alla "corrispondenza d'amorosi sensi" di foscoliana memoria. Anche l'ὄψις, la vista dell'immagine ecografica, ugualmente irruzione di realtà, può aiutare nella strutturazione della relazione con il nascituro e facilitare l'esordio di tale primitiva conversazione materno-fetale?

È questa una tematica che ha destato grande interesse e che sta impegnando la recente ricerca, soprattutto a fronte del miglioramento delle tecniche di imaging e della diffusione del 3D e del 4D.

Prima di approfondire gli studi riguardo la relazione tra l'ecografia e l'instaurarsi del legame tra madre e feto, ovvero l'*attaccamento materno-fetale*, si rende necessario approfondire tale costrutto e delinearne una definizione. Esso compare per la prima volta in letteratura all'interno del testo di Deutsch nel 1945 (Deutsch, 1945, citato da De Jong-Pleij et al., 2013) ed è spiegato come il legame che la madre normalmente instaura in fase prenatale con il feto, legame che si rafforza sempre più con l'avanzare della gravidanza (Cranley, 1981; Edwards et al., 2010; Jussila et al., 2021; Righetti et al., 2005). Si tratta della più arcaica e primitiva forma di intimità che il bambino, intessuto con sogni e realtà, sperimenta (Condon, 1997, citato da Righetti et al., 2005). La gestante elabora nel corso della gravidanza una prima rappresentazione internalizzata del nascituro: un'immagine complessa e ricca di significati psicologici con cui entra in comunicazione (Raphael-Leff, 2014; Righetti et al., 2005; Righetti & Sette, 2000). Si pongono così le basi per riuscire a sviluppare l'interazione con il feto che si manifesta tramite una serie di pensieri, atteggiamenti, sentimenti e comportamenti verso il bambino che verrà (Cranley, 1981).

Da un punto di vista quantitativo l'attaccamento materno-fetale è valutato con la scala

MFAS (Maternal Foetal Attachment Scale) progettata da Cranley (1981) e utilizzata in ricerca soprattutto a partire dal secondo trimestre. Si tratta di un questionario self-report costituito da ventiquattro item e diviso in cinque sottoscale: assunzione del ruolo, attribuzione di caratteristiche al bambino, dono di sé, *differenziazione di sé dal feto* e *interazione con il nascituro* (Cranley, 1981). Particolarmente interessanti risultano essere le ultime due dimensioni.

Il termine differenziazione richiama alla memoria gli stadi dello sviluppo del bambino elaborati da Margaret Mahler (Mahler et al., 1975) e ripresi da Raphael-Leff (2014) che li rintraccia anche nel percorso della gravidanza. Per l'autore il primo trimestre è dominato dalla fase autistica normale, uno stato di inattività vigile, e da quella simbiotica in cui compare l'accettazione dell'embrione insinuatosi nel grembo come parte di sé (Raphael-Leff, 2014). Il secondo trimestre apre all'individuazione e alla differenziazione: la donna comincia a stabilire un confine tra sé e altro da sé, ovvero il figlio (Raphael-Leff, 2014). Il raggiungimento di questa consapevolezza è importantissimo per l'instaurarsi del legame materno-fetale in quanto, presupponendo l'attaccamento a qualcuno o a qualcosa, l'oggetto con cui ci si pone in relazione deve essere riconosciuto nella sua identità separata, deve prendere forma come altro da sé e deve essere integrato emotivamente (Righetti et al., 2005). Secondo Cranley (1981) più il bambino è percepito come reale e differenziato da sé, più il legame aumenta e migliora.

Per quanto concerne, invece, la sottoscala dell'interazione con il feto, nei dialoghi antenatali essa segue il filo della comunicazione non verbale: madre e bambino dialogano tramite il tocco, il massaggio, le pressioni lievi ed è proprio perché passa principalmente attraverso il tatto che viene definito dialogo psicotattile (Righetti & Sette, 2000). La delicata carezza della mamma viene percepita dal nascituro, che risponde alla stimolazione in modo sempre più attivo con il passare dei mesi e nuovamente al movimento fetale corrisponde il tocco materno, creando un vero e proprio circolo virtuoso, uno scambio comunicativo di tipo esistenziale (Righetti & Sette, 2000). Questa primitiva "corrispondenza d'amorosi sensi" pone la base per lo sviluppo della *preoccupazione materna primaria* ovvero la capacità della futura madre di capire, anticipare e sentire le necessità del figlio, identificandosi con lui al fine di prendersene cura e sperimentare apprensione per lui (Winnicott, 1965). Se la madre, prendendo a prestito il lessico winnicottiano, sarà sufficientemente buona, il preoccuparsi si

dispiegherà tramite l'essere viva e disponibile, “*rappresenta tanto la madre che riceve in tutta la loro pienezza le pulsioni dell'Id del neonato, quanto la madre che può essere amata come persona e alla quale si può fare un atto riparativo*” (Winnicott, 1965, p. 91).

Le dimensioni dell'attaccamento materno-fetale proposte da Cranley (1981), per Condon (1993), offrono la possibilità di individuare sia la *qualità dell'esperienza affettiva*, intesa come vicinanza o distanza, tenerezza o irritazione, piacere nell'interazione, angoscia per una perdita fantasmatica e concettualizzazione del feto come persona, sia l'*intensità della preoccupazione*, ovvero, come già delineato, la quantità di tempo che la futura madre dedica a pensare, parlare, sognare e toccare il feto (Condon, 1993; Righetti & Sette, 2000; Winnicott, 1965).

Il legame antenatale sembra possa anticipare la qualità e l'intensità anche della relazione postnatale (De Jong-Pleij et al., 2013; Righetti et al., 2005; Siddiqui & Hagglof, 2000). Siddiqui e Hagglof (2000) a tal proposito hanno messo in luce che le madri le quali durante la gravidanza intessono una relazione amorevole con il feto, interagiscono in modo sensibile e fantasticano di più con il nascituro, sviluppando pertanto un buon attaccamento materno-fetale, a dodici settimane postpartum sono maggiormente coinvolte nella relazione con il figlio, si rapportano con lui più intensamente e lo stimolando in modo costante. Al contrario, madri con uno scarso attaccamento antenatale mostrano livelli più alti di ansia e depressione fino a compromettere anche il legame postnatale (Righetti et al., 2005). Dunque, intervenire precocemente sull'attaccamento materno-fetale può avere ripercussioni positive sullo sviluppo successivo della relazione madre-bambino e sul benessere di quest'ultimo, configurandosi come importante attività di prevenzione (Righetti et al., 2005).

Ebbene come è possibile migliorarlo o sostenerlo? L'ecografia può svolgere tale ruolo? E quindi, riprendendo la domanda iniziale, l'ὄψις, l'immagine, favorisce e facilita lo sviluppo dell'attaccamento materno-fetale?

Già i primi studi condotti sull'argomento negli anni Ottanta e Novanta, poi confermati anche dalle ricerche successive, hanno dimostrato che le gestanti dopo lo screening con ultrasuoni presentano livelli di entusiasmo e di emozioni positive maggiori (De Jon-Pleij et al., 2013), un atteggiamento più favorevole nei confronti del feto (Visser, 1986) e dichiarano di sentirsi più legate a quest'ultimo (Campbell et al., 1982; Milne & Rich, 1981, citato da Dykes & Stjernqvist, 2001). Divenendo la gravidanza più comprensibile

e ricevendo la conferma esterna, oltre a quella interna derivante dall'esperienza incarnata, della presenza reale di un bambino, le future madri investono maggiormente in sentimenti e attenzioni verso il feto (Dykes & Stjernqvist, 2001). Gli elementi sopracitati richiamano le dimensioni individuate da Cranley (1981) e danno prova del fatto che l'ecografia accelera il legame e renda l'attaccamento prenatale più forte (Borg Cunen et al., 2017; Campbell et al., 1982; Dykes & Stjernqvist, 2001; Visser, 1986).

In letteratura, a partire dagli anni Duemila, l'interesse si è spostato verso le nuove tecniche di imaging in 3D e in 4D, al fine di comprendere se un'immagine migliore e più definita del feto, rispetto a quella standard in 2D, potesse ulteriormente favorire il legame antenatale. Interrogativo lecito considerando che, come messo in luce dalla review di De Jong-Pleij e dal suo gruppo di lavoro (2013), non appena le nuove modalità di scansione sono state introdotte, si sono riscontrati un coinvolgimento emotivo ed una risposta psicologica più intensi nelle donne rispetto a quelli rilevati con il 2D.

Pionieristico, a tal proposito è stato lo studio di Righetti e colleghi (2005), condotto nel reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale Vittore Buzzi di Milano. Si tratta di una delle prime ricerche sistematiche elaborate in Europa concernenti l'esplorazione degli effetti psichici e, in particolar modo, dell'attaccamento antenatale in relazione all'utilizzo dell'ecografia in quattro dimensioni. I risultati, ottenuti dalla somministrazione della MFAS (Cranley, 1981) prima e dopo l'esame ecografico a donne incinte tra la diciannovesima e la trentaduesima settimana, assegnate casualmente al gruppo 2D o a quello 4D, mostrano differenze significative tra le valutazioni pre e post ecografia, ma non un effetto consistente del 4D (Righetti et al., 2005). A conclusioni simili erano giunti anche Rustico e collaboratori (2005, citato da Edwards et al., 2010).

De Jong-Pleij ed Edwards con i rispettivi gruppi di lavoro (De Jong-Pleij et al., 2013; Edwards et al., 2010) riescono invece a dimostrare l'ipotesi di ricerca proposta da Righetti e colleghi (2005), implementando l'ampiezza del campione e migliorando le tipologie di misurazione utilizzate. Sono stati, quindi, elaborati dei questionari ad hoc per la valutazione delle diverse reazioni materne all'immagine ecografica 2D e 3D/4D. Alle future madri è stato chiesto di esaminare ciascuna modalità di imaging, classificando le emozioni specifiche che potevano aver provato tra cui eccitazione, sollievo, stupore e soddisfazione. In conclusione, entrambi gli studi giungono a risultati simili: sia la tecnica bidimensionale che quella tridimensionale o quadridimensionale favoriscono e

avvantaggiano il legame materno-fetale, ma la visione del feto più definita, suscitando reazioni emotive più intense, facilita ulteriormente l'attaccamento antenatale (De Jong-Pleij et al., 2013; Edwards et al., 2010).

Come messo in luce precedentemente, un buon attaccamento prenatale è predittore anche di un forte legame postnatale (De Jong-Pleij et al., 2013; Righetti et al., 2005; Siddiqui & Hagglof, 2000) ed è considerato influente per l'astensione dall'uso di sostanze che creano dipendenza e per il miglioramento dei sintomi depressivi e ansiosi durante il periodo della gravidanza (Massey et al., 2015, citato da Jussila et al., 2021). Pertanto, seguendo il medesimo ragionamento, se l'ecografia ostetrica facilita il legame materno-fetale, allora tale tecnica di imaging dovrebbe favorire anche quello che si sviluppa nel post partum oltre che aiutare nell'evitamento di attività dannose e incrementare il benessere psicologico nel periodo della gestazione (Edwards et al., 2010; Jussila et al., 2021).

Per quanto concerne la prima ipotesi, essa è confermata da Pulliainen e colleghi (2022) i quali, valutando l'attaccamento postnatale in base alla qualità del legame, all'assenza di ostilità e al piacere nell'interazione, hanno dimostrato l'impatto a lungo termine dello screening in 3D e 4D sul legame. L'esame con ultrasuoni è, dunque, un intervento promettente per sostenere non solo l'attaccamento materno-fetale, ma a cascata anche quello postnatale.

Jussila e il suo gruppo di ricerca (2021) hanno esplorato la seconda supposizione. Gli autori hanno pertanto indagato l'effetto di un nuovo intervento da loro ideato, costituito da tre sessioni interattive di ecografie in quattro dimensioni e da un diario della gravidanza, sulla mentalizzazione prenatale, sull'attaccamento e sul miglioramento della depressione e dell'ansia in un gruppo di madri con problemi di abuso di sostanze (Jussila et al., 2021). Durante gli appuntamenti ecografici, le donne venivano aiutate ad esplorare pensieri ed emozioni relative alla visione del feto sullo schermo, al fine di suscitare in loro un interesse più attivo nei confronti del nascituro, sostenere la genitorialità e favorire l'attaccamento materno-fetale (Jussila et al., 2021). Lo studio, però, forse a causa della dimensione ridotta del campione, non è riuscito a dimostrare l'efficacia di tale intervento sulla salute mentale materna (Jussila et al., 2021).

L'ecografia ostetrica favorisce anche un altro costrutto afferente all'attaccamento materno-fetale, ovvero *l'adattamento psicosociale alla gravidanza* che è inerente

all'accettazione della gravidanza, all'identificazione con il ruolo di madre, al rapporto con la propria madre e con il marito, alla preparazione al travaglio e alla paura del dolore (Lederman & Weis, 2009, citato da Simó et al., 2019). Quando è presente un disadattamento alla maternità maggiore è la probabilità che si sviluppino difficoltà nell'attaccamento prenatale e postnatale, poiché le emozioni sperimentate verso il feto sono negative, le donne non accettano la gravidanza e nel postpartum interagiscono meno con il nascituro (Hart & McMahon, 2006). L'immagine fetale, in particolare quella del primo trimestre, viene in aiuto delle gestanti anche in questa occasione in quanto, permettendo loro di vedere il figlio, supportandole nella rappresentazione mentale e facilitando l'inaugurazione del legame, promuove l'adattamento psicosociale della madre alla gravidanza (Simó et al., 2019).

Alla luce delle considerazioni sopraesposte, l'ecografia ostetrica, sostenendo un attaccamento pre e post natale più forte, una migliore qualità delle interazioni tra madre e neonato, un buon adattamento alla gravidanza e, di conseguenza, anche un attaccamento sicuro del bambino e un suo sviluppo più sano, si profila come strumento utile sia per la prevenzione primaria che secondaria (Jussila et al., 2021; Missonnier, 2019a). Facendo già parte della routine dei nove mesi di gestazione e non richiedendo, dunque, l'introduzione di supporti nuovi ed ex nihilo, si configura come intervento di assistenza e di supporto alla maternità non solo economicamente conveniente e facilmente realizzabile, ma anche e soprattutto precoce (Missonnier, 2019a; Pulliainen et al., 2022). Infatti, poiché il periodo trascorso nel grembo materno comincia a modellare la personalità, forma l'Io del bambino, risultato dell'esperienza uterina, inizia al dialogo più intimo e primitivo che l'essere umano possa sperimentare e pone le basi per la futura relazione con l'altro da sé, si può dunque comprendere che *“non basta partire dall'infanzia, è necessario avere cura del bambino fin dal suo sviluppo prenatale”* (Righetti & Sette, 2000, p. 15).

3.3 La paternità ecografica

È così che ti frega la vita. Ti piglia quando hai ancora l'anima addormentata e ti semina dentro un'immagine, o un odore, o un suono che poi non te lo toglie più. E quella lì era la felicità.

Alessandro Baricco, *Castelli di rabbia*

Simone de Beauvoir nel suo celeberrimo *"Il secondo sesso"* (1945) scrive, con tono pungente e critico, che se la prole viene accudita dal padre, quest'ultimo deve essere sicuramente un pesce, come se uscendo dal mondo fatto di pinne e squame il prendersi cura non facesse ontologicamente parte del sesso maschile.

In realtà in quasi ottant'anni di critica femminista nei confronti del "tota mulier in utero" e dunque della riduzione del femminile alla sola maternità, la concezione del modello genitoriale classico si sta pian piano scalfendo. Soprattutto per quanto concerne l'essere padre: il nuovo modello della paternità intima, in cui la presenza e la connessione emotiva con il figlio sono fondamentali, si sta affermando sempre di più (Bertone et al., 2015). Gli uomini che oggi incarnano l'evaporazione del padre della Legge (Recalcati, 2011) cercano, fin da quando la gravidanza viene loro annunciata, il legame sia con la compagna che con il nascituro, mostrando ad esempio il desiderio di partecipare alle visite ecografiche o di assistere al parto.

Se il sentire e il sognare sono i verbi che danno inizio alla maternità, l'annunciare e il comunicare sono quelli che avviano alla paternità, come afferma Silvia Vegetti Finzi (2017, citato da Scabini & Iafrate, 2019). Si palesano allora due punti di vista epistemologici differenti nei confronti del feto (Sandelowski, 1994; Sandelowski et al., 1994). Da un lato quello incarnato della donna che, portando in grembo il nascituro, lo sente dentro di lei e ne percepisce i movimenti, accedendo ad una conoscenza tattile e cinestetica; dall'altro quello disincarnato dell'uomo (Sandelowski, 1994). Quest'ultimo non esperisce il contenimento dentro di sé di un'altra vita, il suo corpo non si modifica per far spazio al bambino e quindi non può sentire la sua presenza direttamente (Ammaniti et al., 2009; Draper, 2002). Per conoscerlo "deve accontentarsi delle spiegazioni di seconda mano" (Draper, 2002, p. 789), ascoltare i racconti della compagna, osservare

come il corpo della futura madre stia cambiando. È di conseguenza un'esperienza più astratta e distante, indiretta per l'appunto, come dichiarano gli stessi padri (Draper, 2002; Sandelowski, 1994).

Ai papà, per accedere al feto ed avere la prova della sua realtà (Ammaniti et al., 2009), servono sempre dei medium, delle *“incarnazioni per procura”* (Draper, 2002, p. 779), ovvero il corpo femminile, il test di gravidanza e l'ecografia.

Quest'ultima secondo Sandelowski (1994) può contribuire a sopperire alla mancanza di αἰσθησις ed essere letta come un antidoto ad ultrasuoni verso l'impossibilità di entrare direttamente in contatto con il feto. In tal modo la disuguaglianza percettiva e conoscitiva tra madre e padre tende ad assottigliarsi e il loro rapporto con il nascituro risulta essere più equo. Per gli uomini l'ecografia assume il ruolo di *“dispositivo protesico: un meccanismo abilitante che permette loro di accedere a un mondo da cui sono stati esclusi a causa del loro ruolo biologico limitato nella riproduzione”* (Sandelowski, 1994, p. 230).

L'antidoto a ultrasuoni, pertanto, per il futuro papà costituisce una preziosa via di accesso non solo a *“quell'entità sfuggente che si sviluppa all'interno dell'utero”* (Sandelowski et al., 1994, p. 604), ma anche alla relazione, così oscura e misteriosa per lui, tra la madre e il feto, riuscendo a farsi spazio nella diade (Cadei & Simeone, 2011).

Vedere il bambino consente l'acquisizione della consapevolezza della reale presenza del nascituro, poiché la sua esistenza diviene tangibile (Ammaniti et al., 2009; Lis & Zennaro, 1998; Sandelowski, 1994). I padri intervistati da Draper (2002) confermano tale affermazione e mettono in luce in particolar modo che gli ultrasuoni, consentendo loro di entrare in contatto vividamente con il nascituro e rappresentando la prima prova del bambino, oltre alla linea rosa del test di gravidanza, hanno intensificato la consapevolezza che nel corpo della loro partner c'era un bambino reale, un essere umano e non un concetto astratto.

Inoltre, l'ecografia, poiché riduce la sensazione di esclusione dalla relazione tra madre e figlio, promuove il coinvolgimento paterno, l'interesse e la partecipazione fisica ed emotiva durante la gravidanza (Ammaniti et al., 2009; Sandelowski, 1994). I padri sono così sempre più presenti ai controlli ginecologici (Caron et al., 2008), tanto che l'88% degli uomini con bambini di età compresa tra gli zero e i tre anni hanno riferito, nel 2020, di aver partecipato ad almeno una visita (Tolman & Walsh, 2020) e vivono con grande interesse ed emozione il momento dello screening ecografico (Lis & Zennaro, 1998).

Molte sono le testimonianze di euforia, sollievo e rassicurazione dopo la conferma che la gravidanza stia procedendo normalmente (Tolman & Walsh, 2020). È come se l'esame ecografico costituisse da un punto di vista emotivo un'anticipazione, più scolorita e meno intensa, del momento magico della nascita.

La gestazione diventa un evento condiviso dalla coppia che elabora insieme fantasie coscienti sul figlio (Ammaniti & Menozzi, 2021; Simó et al., 2019) e il padre può essere a tal punto coinvolto da arrivare a identificarsi con la compagna o il feto (Caron et al., 2008). Caron e collaboratori (2008) a tal proposito, osservando gli uomini durante la visita ecografica servendosi del metodo Bick, riferiscono che a volte i papà si descrivono come se fossero loro stessi in stato interessante. Un padre, ad esempio, nel momento in cui l'ecografista ha cosperso il ventre della madre con il gel e ha iniziato l'esame, ha imitato a sua volta la gestualità della moglie, alzando la camicia e toccandosi la pancia; un altro papà ha riferito di avere la sensazione di sentire il bambino dentro di sé.

L'immagine del feto sullo schermo, spesso considerata il ricordo più forte della gravidanza (Cadei & Simeone, 2011), fa nascere il sentimento della paternità e aiuta l'uomo a legittimarsi nel suo nuovo ruolo (Ammaniti et al., 2009; Cadei & Simeone, 2011; Sandelowski, 1994). Si configura allora come dispositivo che agevola e promuove la transizione alla paternità e il passaggio dall'essere uomo all'essere padre (Ammaniti et al., 2009; Ammaniti & Menozzi, 2021). *“L'ecografia è un rituale contemporaneo che aiuta gli uomini a realizzare e segnare la loro transizione alla paternità”* (Draper, 2002, p. 790)

La vista, l' ὄψις, e pertanto per estensione l'ecografia ostetrica, assume un valore fondamentale per il padre e rappresenta un artefatto culturale, un simbolo che assiste gli uomini non solo nell'acquisizione dell'episteme del figlio, ma anche nella formazione della loro identità paterna in evoluzione (Ammaniti et al., 2009; Ammaniti & Menozzi, 2021; Layne, 2000, citato da Draper, 2002).

E da un punto di vista fantasmatico cosa può attivare la partecipazione allo screening a ultrasuoni?

Particolarmente intrigante è la proposta di Tolman e Walsh (2020) i quali descrivono i “Ghosts in the ultrasound”, estendendo al padre e alla stanza ecografica i “Ghosts in the nursery” di Selma Fraiberg e colleghe (1975). Le autrici, nell'articolo *“Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother*

relationships” (1975), descrivono i fantasmi del nido familiare. In ogni stanza del bambino, ovvero metaforicamente nei momenti più intimi, nei “luoghi” privilegiati in cui prendono vita le interazioni madre-bambino, aleggiano dei fantasmi, nel senso psicoanalitico del termine. Si tratta di aspetti inconsci, conflittuali, legati alle esperienze infantili materne e ad eventi negativi arcaici, appartenenti alle generazioni precedenti che continuano ad agire nel presente in quanto non risolti. Questi visitatori del passato conflittuale non ricordato possono essere scacciati dalla nursery e non interferire nella relazione, essere intrusivi ma transitori o, nel peggiore dei casi, imporsi prepotentemente nell’intimità del legame, compromettendolo (Fraiberg et al., 1975). La Fraiberg e le sue collaboratrici si concentrano soprattutto sui fantasmi materni, mentre Tolman e Walsh (2020) accolgono la proposta di Barrows (2004) di considerare la presenza di aspetti inconsci, conflittuali e arcaici anche nei padri e ipotizzano che possano riemergere durante la gravidanza della compagna e soprattutto durante l’ecografia. Questo perché la visione del feto è un catalizzatore e favorisce la regressione, permettendo dunque il riaffiorare di ansie, conflitti arcaici, elementi traumatici e contenuti generazionali (Missonnier, 2018, 2019b). Gli autori, durante le interviste condotte subito dopo lo screening, hanno invitato i futuri papà a esprimere le emozioni e i sentimenti sperimentati durante l’esame e le domande o i dubbi sul ruolo paterno suscitate dalla gravidanza. Questi spunti di riflessione hanno fatto riemergere i fantasmi, che aleggiavano nella buia stanza dell’ecografia e le antiche esperienze di traumi si sono palesate: divorzi, separazioni o tossicodipendenza dei propri genitori, abuso o trascuratezza infantili, violenza domestica, storie di aborto nelle gestazioni precedenti (Tolman & Walsh, 2020). Si tratta di eventi di vita dolorosi, difficili, elementi del vissuto paterno che sono stati interiorizzati e che hanno plasmato l’attaccamento dei futuri padri nei confronti dei loro genitori. Pertanto, in quanto modelli operativi interni, possono diventare intrusivi e influenzare negativamente le rappresentazioni e il legame tra padre e bambino (Fraiberg et al., 1975). Allora rievocare i fantasmi, parlarne esplicitamente, portarli dall’inconscio verso il conscio è fondamentale per permetterne l’assimilazione nell’Io ed evitare la trasmissione intergenerazionale del trauma (Fraiberg et al., 1975; Tolman & Walsh, 2020).

Ricordare e ripetere il dolore, sono azioni necessarie, ma non sufficienti per riuscire a rielaborare le esperienze negative infantili e assicurare un legame emotivo positivo con il

nascituro. Il Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting per uso prenatale (VIPP-PRE) (Alyousefi-van Dijk et al., 2022), praticato con l'immagine fetale, può promuovere la sensibilità e l'impegno paterni, stimolare lo sviluppo di comportamenti di cura sia pre che postnatali, favorire una migliore interazione padre-neonato e facilitare un buon attaccamento (Buisman et al., 2022; Poh et al., 2014). Durante l'intervento VIPP-PRE (Alyousefi-van Dijk et al., 2022) eseguito nella stanza ecografica, il futuro papà viene invitato a osservare sullo schermo la rappresentazione del proprio figlio, a parlare con lui e a stabilire anche un contatto fisico toccando e accarezzando il ventre della compagna. A tale interazione verbale e tattile vengono fornite due tipologie differenti di feedback: in tempo reale e in differita. Nella prima l'ecografista, facendosi interprete del bambino, mostra al padre che il figlio, nel sentire la sua voce, si è attivato, oppure si è rilassato iniziando a succhiarsi il pollice, stimolando dunque l'intensificarsi del dialogo tra feto e futuro papà e la capacità di quest'ultimo di leggere i segnali di risposta (Buisman et al., 2022). La seconda, invece, sfruttando la registrazione della sessione, consente di poter rivedere l'interazione ed effettuare delle pause nei momenti più significativi per il futuro attaccamento oppure soffermarsi su quelli in cui il padre si è mostrato meno sensibile, indicando delle alternative per migliorare il comportamento (Buisman et al., 2022).

Se la letteratura in generale risulta essere scarsa relativamente al tema della paternità (Fenaroli et al., 2017), lo è ancor di più per quanto concerne la relazione tra la transizione e l'ecografia ostetrica, in quanto la maggior parte degli studi si concentrano sulla maternità e le implicazioni che la vista dell'immagine fetale può avere su tale processo. Tuttavia, dall'analisi delle ricerche sopra presentate, emerge l'importanza dello strumento ecografico come spazio di pensiero, di supporto, di rielaborazione, come reale occasione generativa per la nascita dei futuri padri (Cadei & Simeone, 2011).

L'ecografia prenatale non è più soltanto strumento diagnostico, ma diviene opportunità preziosa. È un tempo intimo e sospeso che attiva la regressione, il ritorno all'identità uterina, i fantasmi inconsci e conflittuali e che pertanto apre, non solo la finestra sul feto rendendolo reale, ma anche una porta per accedere ai vissuti arcaici paterni, derivanti dalla storia personale e generazionale. È la via regia per supportare i padri nell'assunzione del loro nuovo ruolo, aiutarli a portare alla luce il loro lato desiderante nei confronti del figlio: come sperano di costruire la relazione con il bambino,

come immaginano di interagire con lui e quale percorso seguiranno per raggiungere e soddisfare tale desiderio? È l'occasione da cogliere per pensare al futuro attaccamento e, pertanto, per lavorare sulla sensibilità e il coinvolgimento prenatale paterno, poiché tali dimensioni hanno ricadute positive sulla partecipazione postnatale e sull'intero sviluppo infantile (Buisman et al., 2022).

Eppure, gravi sono le lacune nell'assistenza antenatale paterna (Tolman & Walsh, 2020). A volte vengono proposti agli uomini in attesa interventi di tipo educativo in gruppo, ma questi non sono sufficienti, poiché manchevoli del contatto, seppur soltanto visivo, tra padre e bambino (Buisman et al., 2022).

È l'ecografia che può sopperire a tale mancanza. La maggior parte dei padri, oggi partecipa almeno ad un esame di screening con ultrasuoni o a una visita prenatale (Buisman et al., 2022; Caron et al., 2008; Draper, 2002; Tolman & Walsh, 2020), mentre raramente prende parte ai corsi di accompagnamento alla nascita. Ecco allora che, nell'ambito dell'assistenza prenatale, è il luogo più comodo e semplice ma allo stesso tempo ricco di significati, in cui intercettare, coinvolgere e sostenere i padri (Tolman & Walsh, 2020). Ciò è confermato dagli stessi uomini, dalla loro apertura e disponibilità a partecipare a interviste o interventi elaborati nell'ambito della visita ostetrica, dalla gratitudine per l'opportunità e il supporto offerto loro, dall'entusiasmo e dalla motivazione mostrati (Buisman et al., 2022; Tolman & Walsh, 2020). Si tratta di emozioni che rivelano la necessità e il desiderio dei padri di essere aiutati, ascoltati e compresi.

3.4 L'ecografia ostetrica: anestetico per l'ansia o fonte di turbamento?

La transizione alla genitorialità assume tutte le caratteristiche di un evento critico: nulla dopo la notizia dell'avvenuto concepimento sarà più uguale a prima (Scabini & Iafrate, 2019). Prende dunque avvio un complesso lavoro psichico sia di coppia sia individuale, essendo la gravidanza un momento con specifiche peculiarità per il femminile e il maschile, che permette di compiere una ristrutturazione reale e fantasmatica della propria storia passata e presente e consente una riorganizzazione identitaria (Ammaniti et al., 1995; von Kalckreuth, 2021).

Ogni aspetto della vita, in seguito alle trasformazioni provocate dal diventare genitori, deve trovare un nuovo equilibrio e questa revisione rende più vulnerabili

psicologicamente (Ammaniti et al., 2009). Le emozioni che si possono sperimentare sono certamente la gioia e l'eccitazione, ma anche l'angoscia e la paura (Fenaroli et al., 2017). Non si può, quindi, dipingere la genitorialità come un evento soltanto positivo, significherebbe banalizzare un momento della vita così trasformativo.

Pertanto, soprattutto in uomini e donne con già una storia di fragilità o disturbi psichiatrici pregressi, l'ulteriore stress, generato dalle trasformazioni della paternità e della maternità, può divenire terreno fertile per un esordio psicopatologico. Basti pensare che, durante la transizione, la frequenza di problematiche di tipo affettivo è tre volte superiore rispetto alla media della popolazione generale (Agostini & Minelli, 2016; Baldoni, 2016).

Tra i quadri clinici che si rilevano maggiormente sia nei padri che nelle madri, oltre a quelli depressivi, figurano i disturbi ansiosi.

Per quanto concerne il sesso femminile, l'ansia può rientrare, entro certi livelli di intensità, nella normalità e assumere significati addirittura fisiologici e funzionali alla sintonizzazione nei confronti del figlio (Agostini & Minelli, 2016). Più il feto psichicamente si configura come altro da sé e più l'idea dell'assunzione del nuovo ruolo e della trasformazione dell'identità divengono reali, producendo una certa dose di ansia e preoccupazione (Ammaniti et al., 2009; Ferrara Mori, 2008). Si tratta, però, di un'attivazione favorevole che accompagna la donna alla preparazione al parto, al primo incontro con il bambino e al periodo postnatale (Agostini & Minelli, 2016; Ammaniti et al., 1995). Quando, al contrario, l'ansia diviene eccessiva, persistente e paralizzante si parla di disturbo d'ansia perinatale, osservato nel 6,6-15% delle donne incinte (Simó et al., 2019). È un quadro psicopatologico che comprende uno spettro di disturbi diversificati. Alcuni si potrebbero definire più generici, ovvero non strettamente legati alla transizione alla maternità che si manifestano anche in periodi diversi della vita, come il disturbo di panico, d'ansia generalizzato, ossessivo-compulsivo, post-traumatico da stress (Agostini & Minelli, 2016). Altri, al contrario, sono esclusivi del periodo perinatale come le "worries" (Agostini & Minelli, 2016; Biehle & Mickelson, 2011) e le ansie specifiche della gravidanza. Le prime sono delle preoccupazioni che insorgono rispetto a possibili complicazioni in gravidanza o problemi di salute del bambino, alle modificazioni cui il corpo materno va incontro durante la gestazione e alla propria capacità di essere un buon genitore e di preservare il figlio (Agostini & Minelli, 2016;

Biehle & Mickleleson, 2011; Phillips et al., 2009; Simó et al., 2019). La futura madre si chiede se *“Sarà lei capace di realizzare il miracolo multiplo di tramutare un minuscolo seme in un feto, una gravidanza in un bambino, i liquidi corporei in latte, se stessa in una madre?”* (Raphael-Leff, 2014, p. 137). Si configurano, pertanto, come apprensioni riguardanti il contenimento, la formazione, il mantenimento e la trasformazione. Inconsciamente, inoltre, insorge l’ulteriore timore che il feto, che abita dentro di lei, che è entrato in possesso di tutti i suoi segreti, che si è insinuato nelle sue pieghe più intime, possa svelare la sua malvagità interna. Le seconde invece, ovvero le ansie specifiche, comprendono, per esempio, la tocofobia, cioè la paura del parto. L’ansia, nelle sue forme patologiche, diventa un problema di salute mentale significativo e a cui prestare attenzione, essendo fattore di rischio per depressione post-partum, parto prematuro, basso peso alla nascita, difficoltà relazionale pre e post natale (Simó et al., 2019).

Relativamente ai padri, si possono sviluppare, proprio come le loro compagne, problemi emotivi noti come disturbi affettivi perinatali paterni (Baldoni, 2016). Essi includono sia le alterazioni dell’umore, come la depressione perinatale paterna, sia tutte quelle relative allo spettro dei disturbi d’ansia. Anche in tal caso questi disturbi possono avere ricadute negative sulla relazione di coppia, sulla salute mentale della gestante e sullo sviluppo psicofisiologico del figlio (Baldoni, 2016).

Sorge allora un interrogativo: l’ecografia può essere uno strumento utile alle madri e ai padri per ridurre e contenere l’ansia, divenendone una sorta di anestetico o, al contrario, la acuisce, configurandosi come esperienza di turbamento?

La prima ipotesi è sostenuta da svariati autori, i quali partono dal presupposto che solitamente la visione dell’immagine fetale suscita sentimenti di piacevolezza (Petchesky, 1987; Righetti et al., 2005; Roberts, 2012), eccitazione ed è vissuta positivamente (Ammaniti et al., 2009), come uno dei momenti più belli dell’attesa (Righetti et al., 2005). La gravidanza viene confermata, si vede per la prima volta il figlio, si ha la possibilità di avere un pre-incontro con quest’ultimo e si viene informati del suo stato di buona salute. Sono queste rassicurazioni uditive e visive che hanno un effetto calmante, riducendo la preoccupazione e i livelli di ansia (Ammaniti et al., 2009; De Jong-Pleij et al., 2013; Dykes & Stjernqvist, 2001; Pulliainen et al., 2022; Righetti et al., 2005; Roberts, 2012; Simó et al., 2019). Il recente studio di Simó e collaboratori (2019) ha indagato se gli effetti dell’ecografia sull’ansia potessero variare in base al periodo della gestazione in cui lo

screening viene svolto, ovvero nel primo, nel secondo e nel terzo trimestre. I risultati evidenziano che gli ultrasuoni hanno sempre contribuito alla riduzione della preoccupazione, a prescindere dal trimestre. L’“effetto anestetico”, inoltre, sembra funzionare non solo con le più vivide e moderne tecniche in 3D, ma anche con le classiche immagini in due dimensioni (De Jong-Pleij et al., 2013; Edwards et al., 2010).

È interessante riflettere sul fatto che l’effetto positivo dell’ecografia sulla riduzione dell’ansia possa derivare anche dall’atteggiamento con cui la coppia genitoriale affronta questo esame. Spesso a dominare nella stanza buia in cui si esegue lo screening è l’entusiasmo, perché difficilmente la coppia vede l’esame ecografico come foriero di possibili cattive notizie, ma lo considera come una procedura positiva e benigna a cui sottoporsi per essere rassicurati dell’assenza di anomalie e non per rilevarle (Harris et al., 2004; Williams et al., 2005). E questo è particolarmente vero per i padri (Draper, 2002). È come se cadesse il velo della negazione nei confronti di possibili notizie negative.

Harris e colleghi (2004) e Raphael-Leff (2014) al contrario ritengono che i numerosi test prenatali a cui la coppia è sottoposta e, più nello specifico, l’ecografia ostetrica, possano acuire l’ansia. Secondo gli autori la percezione dell’esame a ultrasuoni come momento di turbamento è dovuta in primo luogo alla diffusione dei discorsi sul rischio, i quali aumentano le responsabilità che i genitori devono assumersi, generando rabbia per le innumerevoli decisioni da prendere e preoccupazioni eccessive per gli effetti degli esami sul feto (Harris et al., 2004; Raphael-Leff, 2014). Da non sottovalutare è anche il contesto in cui l’ecografia ostetrica si svolge: la coppia può trovarsi a condividere un momento così intimo con numerosi professionisti, che possono essere invadenti e poco sensibili (Raphael-Leff, 2014). Infine, le immagini fetali, quando il velo della negazione viene sollevato, portano le future madri e i futuri padri a riflettere sui limiti dell’umano, *“ci portano a esplorare ciò che è virtualmente umano nel feto, che può ovviamente nascere umano al termine della gravidanza, ma può anche scendere in qualsiasi momento nella morte, nell’informe o nella mostruosità”* (Missonnier, 2018, p. 283).

3.5 L'ombra ecografica: il bambino perduto o con anomalie

Dove sei? Eri qui, e ora non ci sei più. C'è solo un bicchiere di alcool dentro il quale galleggia qualcosa che non volle diventare un uomo, una donna, che non aiutai a diventare un uomo, una donna. Tu sei morto. Ora muoio anch'io.

Oriana Fallaci, *Lettera a un bambino mai nato*

L'ombra della morte, della mostruosità e dell'informe (Missonnier, 2018) a volte viene proiettata dall'ecografia ostetrica sui futuri genitori. Il dualismo vita-morte si fa realtà: là dove c'era Eros, la vita, la passione, la progettualità, il desiderio, si impone Thanatos, il dio crudele della notte, portando con sé fragilità, impotenza e rabbia. “*Sua Maestà il Bambino*” (Freud, 1914, p. 91), il figlio che nelle menti di madri e padri non potrà essere sfiorato da malattia o morte, che non sarà soggetto alle leggi di natura, che concretizzerà i sogni dei genitori (Freud, 1914) si rivela essere, al contrario, insopportabilmente mortale.

Sono drammatici e traumatici i momenti in cui l'immagine fetale non mostra un bambino sano, perfetto, vivo, ma, al contrario, rivela la perdita o l'anomalia.

Il termine aborto deriva dal latino *abortus*, letteralmente nascere a vuoto (Devoto & Oli, 2016). La parola contiene le coppie opposte nascita-vita e vuoto-morte e ricorda la situazione innaturale che si trova a esperire la donna quando scopre l'avvenuto aborto spontaneo. Lei, un corpo vitale, contiene un feto che vivo non è più.

Durante la gestazione, in particolare nel primo trimestre, la perdita spontanea è molto frequente e può verificarsi ogni gravidanza su sei circa (Raphael-Leff, 2014). L'ecografia, in questi casi, è l'esame che pone fine a tutte le speranze, alle aspettative, ai sogni della coppia, perché è tramite l'utilizzo degli ultrasuoni che si verifica la vitalità dell'embrione. Se non c'è più battito fetale, l'aborto spontaneo diventa certezza, ma nonostante questo lo shock per la perdita può essere talmente intenso da provocare distacco e negazione nei genitori. Caron e colleghi (2008) descrivono il momento in cui l'ecografista ha dovuto comunicare a padre e madre la morte del loro bambino a ventidue settimane: “*sembravano su un altro pianeta, parlavano di un'altra persona, di un altro problema [...] il padre disse «Dorme, può dormire»*” (Caron et al., 2008, p. 70).

La donna, inoltre, non solo deve rielaborare la perdita del figlio, ma anche l'idea che il suo corpo abbia fallito, la paura che non sia abbastanza fecondo e accogliente per preservare la vita (Raphael-Leff, 2014). Si sente tradita dalla sua femminilità e forte è la vergogna.

L'aborto può avvenire anche a gravidanza inoltrata, dopo che la madre ha sentito più volte i movimenti fetali, dopo che la coppia ha visto le immagini ecografiche del proprio bambino, iniziando a sognare mentre osserva i suoi lineamenti. L'imaging e la conoscenza incarnata hanno notoriamente un ruolo importante nella facilitazione della transizione alla genitorialità (Ammaniti & Menozzi, 2021; Missonnier, 2018, 2019a), nel favorire lo sviluppo del legame prenatale (De Jon-Pleij et al., 2013), nel sostenere le fantasie ad occhi aperti (Fava Vizziello et al., 2000; Viaux-Savelon, 2013). Ecco allora che, in questi casi, avendo avuto i genitori numerose occasioni di incontro con il loro figlio, la perdita assume un carattere ancora più traumatico e devastante (Raphael-Leff, 2014). Vanno affrontati tutti gli stadi del lutto, perché è di questo che si tratta, soprattutto se le contrazioni, dovute alla perdita, portano a un parto, obbligando a vedere un bambino senza vita, ma pienamente riconoscibile e formato.

A volte è la diagnosi, durante lo screening ecografico, di gravi malformazioni o malattie genetiche, che non consentirebbero la sopravvivenza del feto, a portare alla decisione di interrompere la gravidanza, praticando quello che viene definito aborto terapeutico. Si deve immaginare la difficoltà vissuta dalla coppia di fronte non solo alla *“decisione di abortire tutte le speranze, i sogni e le fantasie”* (Raphael-Leff, 2014, p. 121), ma anche al dilemma etico e morale. Per Getz e Kirkengen (2003), infatti, lo sviluppo di tecnologie che individuano anomalie durante la gravidanza, implicano l'assunzione di responsabilità e la presa di decisioni inimmaginabili. Williams e colleghi (2005) a tal proposito identificano le madri come delle pioniere morali perché *“sono costrette a giudicare la qualità dei propri feti, prendendo decisioni concrete e incarnate sugli standard per l'ingresso nel mondo umano”* (Williams et al., 2005, p. 1985).

Secondo le statistiche, le anomalie strutturali fetali si riscontrano nel 3% delle gravidanze (Lord et al., 2019) e con tale termine si intendono tutte le malformazioni congenite, ovvero quelle si sviluppano durante la gravidanza, e che possono essere funzionali o metaboliche (Samosir et al., 2022). La disabilità fisica o la morte fetale sono le dirette conseguenze, potendo esse variare dal singolo difetto definito minore fino alle

problematiche più gravi e fatali (Lord et al., 2019; Samosir et al., 2022). Con l'ecografia ostetrica "office" del primo trimestre, per mezzo della misurazione dello spessore della translucenza nucale (NT) (Norton et al., 2017), si possono valutare i rischi di difetti cromosomici; durante il secondo trimestre, invece, grazie alla cosiddetta "morfologica", è possibile scorgere malformazioni del collo, dell'addome, del cervello, della colonna vertebrale, del cuore, degli arti, del tratto genitourinario e del viso (Norton et al., 2017; Rossi & Prefumo, 2013). Alcune tra le anomalie che possono essere individuate sono l'acrania, l'anencefalia, l'encefalocele, l'omphalocele, la polidattilia, la riduzione degli arti, la gastroschisi, la spina bifida, l'idrocefalo, la displasia scheletrica (Rossi & Prefumo, 2013) e la labiopalatoschisi (Rossi & Prefumo, 2013; Samosir et al., 2022). Quest'ultima è una malformazione del volto, anche detta comunemente "labbro leporino", caratterizzata da un'interruzione, una fessura, una schisi per l'appunto, più o meno ampia che interessa il labbro superiore, la gengiva, il naso e il palato (Viglione et al., 2016). Si definisce palatoschisi la condizione in cui la fenditura coinvolge solo il palato; quando ad essere implicati sono anche labbro, naso e gengive si parla di labiopalatoschisi. La gravità può variare dalla piccola schisi della porzione rossa del labbro fino all'apertura completa di labbro e pavimento del naso (Viglione et al., 2016). In Italia l'incidenza è di circa un caso ogni cento nati e spesso si associa ad altri quadri sindromici causando, pertanto, non solo problemi estetici ma anche funzionali legati all'alimentazione e al linguaggio (Viglione et al., 2016). Possono essere necessari numerosi interventi per il recupero completo della malformazione.

Di fronte all'immagine ecografica che rivela la presenza di un'anomalia nel proprio figlio, i ragionamenti e i pensieri genitoriali di carattere emotivo si scontrano con i freddi dati medici e scientifici (Viaux-Savelon, 2013). La dura realtà si contrappone alla fantasia, provocando dolore e senso di colpa per aver trasgredito al divieto di ingresso nel regno dell'invisibile, come se fosse stata la smania di conoscere, di svelare i segreti della vita a causare la patologia (Viaux-Savelon, 2013). Sono sensazioni che si insinuano nella relazione di coppia e nei progetti genitoriali modificandoli inevitabilmente: *"avete perduto non solo il bambino ideale, ma cosa ancora più importante, la libertà di pregustare in anticipo il futuro di vostro figlio e della vostra famiglia"* (Stern & Bruschiweiler-Stern, 1999, p. 178). Ecco allora che tutto si ferma e i genitori restano intrappolati in un tempo presente senza fine: le fantasie della gravidanza appartengono a

un passato che è troppo doloroso da ricordare, il futuro, divenuto imprevedibile, è inimmaginabile.

Chiusa nella torre del presente, della paura, dell'incertezza e del trauma, la coppia vive momenti di difficoltà acuiti a volte dalle liti sull'attribuzione di colpa, soprattutto quando il figlio presenta una patologia genetica trasmessa da una delle due linee di parentela (Stern & Bruschiweiler-Stern, 1999).

Nella mente delle madri si insinua il giudizio di incompetenza poiché sentono di non essere state in grado di assolvere al mandato generativo di mettere al mondo un bambino intatto, sano, forte, il prosecutore della specie (Stern & Bruschiweiler-Stern, 1999). Al contrario diventa un persecutore, la donna sente di portare in grembo un figlio-nemico, che scatena "*fantasie mostruose del nemico interno che divora l'utero e lo distrugge dall'interno*" (Viaux-Savelon, 2013, p. 24).

3.6 L'ecografista: il paroliere del feto

Una stanza buia e silenziosa, una madre, un padre e l'immagine del loro bambino sullo schermo. Manca ancora qualche cosa, o meglio, qualcuno, a completare il quadro: l'ecografista. Quest'ultimo, spostando la sonda a ultrasuoni sull'addome della donna, è la quarta persona presente durante l'ecografia e il suo ruolo non è affatto secondario. Le immagini, in sé, infatti, sono come dei film muti e l'aggiunta del suono alla pellicola avviene grazie alla voce dell'ecografista (Missonnier, 2018, 2019a).

Il copione prevede un primo atto in cui il professionista è solo con la rappresentazione del feto, lo osserva, lo guarda e lo misura. Successivamente il secondo atto prevede l'ingresso sulla scena e in questa comunicazione a due anche dei genitori. È il medico ad accompagnarli nel dialogo con il loro bambino, aiutando la coppia a vedere sullo schermo il suo profilo, le manine o i suoi movimenti (Roberts, 2012). Diviene, pertanto, un traduttore (Missonnier, 2018) dei dati clinici provenienti dagli echi in elementi che abbiano un significato comprensibile ed emotivamente intenso per i genitori; è un commentatore, un paroliere (Cadei & Simeone, 2011), un narratore del feto (Missonnier, 2019a).

L'operatore, dando voce al bambino e aiutando i pazienti a dare un senso alle immagini sullo schermo, favorisce il processo di simbolizzazione (Missonnier, 2018,

2019a; Roberts, 2012), supporta le rappresentazioni, le proiezioni e le anticipazioni dei genitori sul nascituro (Cadei & Simeone, 2011; Pulliainen et al., 2022), consentendo in tal modo il passaggio da feto a bambino con una sua personalità (Draper, 2002). I suoi commenti e le sue interpretazioni si inseriscono nel processo di affiliazione (Ammaniti et al., 2009) e sostengono la costruzione della parentalità, della relazione antenatale e la transizione alla genitorialità.

La coppia in attesa sarebbe persa senza la traduzione dell'esperto, perché l'immagine in bianco e nero che compare sullo schermo è di per sé ermetica e non del tutto comprensibile per i non esperti e ciò che non può essere capito e rielaborato è potenzialmente traumatico (Caron et al., 2008; Vaiux-Savelon, 2013).

Si comprende quanto le capacità dell'ecografista di essere discreto e non intrusivo, emotivamente disponibile e un sensibile comunicatore siano fondamentali, in particolar modo quando si riscontra qualche anomalia.

Anche per i professionisti gli annunci di patologie intrauterine gravi o di morte fetale sono dei veri e propri traumi, dei momenti estremamente stressanti a causa del carico di responsabilità e di senso di colpa avvertito nei confronti dei genitori (Missonnier, 2018). Si interrogano allora su cosa dire alla coppia, come esprimersi, che termini utilizzare. *“Quando ho autenticato la certezza di un'anomalia fetale e devo dirlo ai genitori, mi sento come il pilota del bombardiere americano che arriva su Hiroshima”* (Missonnier, 2019a, p. 275), è questa l'affermazione riportata da un ecografista durante un gruppo di discussione ispirato al modello Balint. È forte, pertanto, la consapevolezza che una loro parola potrà cambiare le vite dei pazienti e potrà sconvolgere i loro sogni e i loro progetti. I dilemmi etici, morali e professionali si moltiplicano quando dalle immagini si individuano i “soft markers”, ovvero dettagli che potrebbero essere indice di patologia, pur non essendo questa accertata (Vaiux-Savelon, 2013). E allora come si devono comportare in questi casi? Informare i genitori e, quindi, assolvere all'obbligo medico e legale, oppure tacere ed evitare di preoccupare eccessivamente e, forse inutilmente, i futuri padri e le future madri?

Come precedentemente riportato, si riscontra quanto il ruolo dei professionisti della perinatalità e, in particolare dell'ecografista, sia delicato e fondamentale per il supporto ai futuri genitori. Si possono descrivere come dei moderni Virgilio che hanno il compito, proprio come l'antico cantore romano, di accompagnare i pazienti nel periglioso viaggio

verso genitorialità. La coppia in attesa, come Dante, è spaventata dalle sfide del nuovo ruolo e numerose sono le ansie associate agli screening che scandiscono la gestazione. Ecco allora che hanno bisogno di una figura accogliente e rassicurante che li supporti e li traghetti nel percorso che li trasformerà in madri e padri. È necessario però che i medici ricevano un adeguato supporto, che si possano confrontare tra di loro riguardo le difficoltà e le sfide lavorative che li accomunano, come ad esempio tramite i gruppi di discussione e intervizione. Inoltre, vanno formati e aiutati a divenire più consapevoli del loro ruolo e di quello dell'ecografia ostetrica nel processo di transizione alla genitorialità.

CONCLUSIONI

Nel terreno attorno a un sempreverde possono crescere solo altri sempreverdi, sotto il riparo dei sempreverdi adulti. Un mondo adulto e accudente, che fa spazio alle nuove generazioni.

Tiffany McDaniel, *Sul lato selvaggio*

La revisione critica della letteratura sul tema della transizione alla genitorialità e sul ruolo che l'ecografia ostetrica può avere su quest'ultima, condotto nel presente lavoro di tesi, consente di metterne in luce alcuni aspetti fondamentali.

Lo screening, effettuato per mezzo degli ultrasuoni durante i tre trimestri della gestazione con la cosiddetta *office*, poi con la *morfologica* e, infine, con l'ecografia definita *di accrescimento*, risulta essere una tecnica ibrida che porta con sé non soltanto significati medici, ma anche sociali. Ed è su quest'ultima caratteristica dell'evento che l'elaborato si è concentrato.

Le ecografie a cui la coppia si sottopone consentono di vedere per la prima volta il nascituro, rendendolo reale, favorendo l'instaurarsi del legame prenatale e dando avvio al processo di affiliazione. L'imaging, pertanto, supporta la riorganizzazione delle dinamiche familiari e la strutturazione della genitorialità, facilitando il passaggio da feto a figlio o figlia con una sua identità, da uomo a padre e da donna a madre. L'immagine visibile nel tempo sospeso della sala ecografica buia, oltre a farsi contenitore delle prime rappresentazioni del bambino, attiva la regressione e porta i futuri genitori a entrare nuovamente in contatto con la loro identità uterina. Si è richiamati al ritorno nel grembo materno, nell'utero, nel luogo in cui tutti hanno soggiornato e in cui non esisteva distinzione tra sé e altro da sé. *L'inquietante stranezza* (Freud, 1919) viene evocata, così come le difese e i conflitti irrisolti. L'ecografia ostetrica non solo mobilita gli elementi inconsci e preconsce, ma si dimostra essere un'occasione per poterli rielaborare, configurandosi come *organizzatore psichico* e rituale di *iniziazione alla genitorialità*. Non si era inizialmente considerata la possibilità che si potesse parlare di un *φάρμακον a ultrasuoni*. È emerso, infatti, che oltre a svolgere una funzione di farmaco-cura, di rito creativo, dinamico, organizzante e laico di passaggio alla genitorialità, l'ecografia può

essere farmaco-veleno e ostacolare la transizione, assumendo le caratteristiche del rituale ossessivo, destrutturante e disorganizzante.

Il sogno, la fantasia e il fantasmatico sono le dimensioni chiave del viaggio che conduce alla maternità. Nella mente della gestante prende così sostanza il figlio della notte, il bambino immaginario, perfetto e investito narcisisticamente. L'ecografia, però, apre la *finestra sul feto* e il bambino reale, il figlio del giorno, irrompe. Si rivela fondamentale conoscere come le dimensioni del reale e dell'immaginario si intessono e come la madre lavori a maglia (Soulé, 1990) con queste ultime. Dall'analisi della letteratura sono emerse differenti possibilità. Da un lato l'irruzione dell'immagine a ultrasuoni può essere letta come interruzione e blocco ai fantasmi e alla fantasticheria materna, privando la donna della libera immaginazione; dall'altro, invece, lo strumento ecografico può rappresentare un importante pre-incontro, in cui reale e immaginario non colludono, ma al contrario coesistono armonicamente, promuovendo l'immaginazione continua e alimentando i sogni a occhi aperti. Contrastanti risultano essere anche gli studi relativi allo scontro provocato dall'ecografia ostetrica tra conoscenza visiva e incarnata. Le prospettive post-strutturalista e femminista sostengono l'idea che tale tecnica di imaging screditi, svaluti e degradi le percezioni e le sensazioni della futura madre; per altri filoni di pensiero, invece, le due modalità di conoscenza non confliggono e coesistono pacificamente, entrando l'una in supporto dell'altra. In ogni caso, una valida possibilità per fare in modo che l'esperienza incarnata non soccomba a quella visiva e per re-incarnare la gravidanza è insegnare alle donne la palpazione dell'addome. Le ricerche concordano, invece, per quanto concerne la relazione tra ecografia ostetrica e attaccamento materno-fetale, dimostrando che gli ultrasuoni accelerino il legame e rendano l'attaccamento prenatale più forte.

Emerge l'importanza dell'ecografia ostetrica per la transizione alla paternità e per rendere più equo il rapporto che i futuri genitori hanno con il figlio. Il padre, infatti, non può accedere direttamente al bambino, non ne percepisce i movimenti, essendo questo soltanto un privilegio femminile. La sua esperienza della gravidanza è più astratta e indiretta, ma l'immagine ecografica si rivela un potente medium, un *dispositivo protesico*, in grado di sopperire a questa esclusione e assottigliare la disuguaglianza percettiva e conoscitiva. Anche da un punto di vista fantasmatico la partecipazione allo screening con ultrasuoni fa riemergere aspetti inconsci, conflittuali e traumatici, che hanno la possibilità

di essere ricordati e rielaborati, al fine di permetterne l'assimilazione nell'Io ed evitarne la trasmissione intergenerazionale. La scelta di trattare la paternità nelle sue pieghe più profonde e intime e di approfondire la relazione tra la transizione che conduce dall'essere uomo a padre e l'ecografia ostetrica, pur essendo scarsa la letteratura a tal proposito, rappresenta un punto di forza della tesi. Tale approfondimento ha consentito di mettere in luce l'importanza dello strumento ecografico come spazio di pensiero, di rielaborazione, come via regia per supportare i padri nell'assunzione del loro nuovo ruolo e aiutarli a portare alla luce il loro lato desiderante nei confronti del figlio.

Si rileva che l'ecografia ostetrica sia un utile strumento per la coppia al fine di ridurre l'ansia che spesso caratterizza il periodo dell'attesa ed è solitamente vissuto come momento piacevole e rassicurante. Non si può negare però che l'ansia possa essere acuita dai test prenatali e questo può dipendere sia dalle caratteristiche del contesto e dalla scarsa sensibilità dei professionisti sia dal fatto che le immagini fetali possono proiettare *l'ombra ecografica* sui futuri genitori, palesando il bambino perduto o malformato. In questi casi la realtà si contrappone alla fantasia, la vita, il desiderio e la progettualità sono sostituite da fragilità, impotenza e rabbia. È soprattutto in questi delicati momenti ad essere fondamentale il ruolo dell'ecografista. Quest'ultimo si rivela il *paroliere del feto*, un traduttore degli echi in elementi comprensibili per i genitori, un narratore. Tale delicata operazione aiuta i pazienti a dare un senso alle immagini e pertanto a favorire la simbolizzazione.

Il presente lavoro considera la genitorialità nella sua accezione tradizionale e, dunque, ci si riferisce sempre a padre e madre e ciò rappresenta un limite in quanto oggi numerose e diversificate sono le realtà familiari possibili, che andrebbero adeguatamente attenzionate e considerate. Inoltre, sono analizzate le tematiche dell'aborto spontaneo e terapeutico, ma non quella dell'interruzione volontaria di gravidanza. Sarebbe invece interessante, per restituire un quadro più completo, affrontare l'argomento in relazione all'ecografia ostetrica, soprattutto alla luce della recente proposta di legge "Un cuore che batte" promossa dal movimento ProVita & Famiglia, che vorrebbe integrare la Legge 194 del 1978. In base alla mozione il medico, prima di procedere con l'IVG, è obbligato a mostrare alla donna il feto e farle ascoltare il battito cardiaco.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte è possibile individuare il fatto che l'ecografia ostetrica non sia uno stimolo neutro, ma al contrario si dimostra essere in

grado di mobilitare processi inconsci e preconsoci fondamentali all'assunzione del ruolo genitoriale. Cogliere le sfumature e la specificità dei meccanismi attivati dall'immagine nella transizione alla maternità e alla paternità può essere molto utile per la pratica clinica. La maggior parte delle coppie, infatti, nei paesi sviluppati si sottopone almeno ad una visita ecografica e questo rende più semplice raggiungere i genitori, realizzare l'intervento e supportarli precocemente nella transizione. *L'appuntamento ecografico* si configura come via di accesso privilegiata per la prevenzione primaria e secondaria, poiché consente di anticipare e intravedere la qualità della futura relazione tra genitori e figli.

Sarebbe, pertanto, di grande importanza che le indagini future continuassero ad approfondire la tematica, al fine di elaborare protocolli di intervento per il supporto sia alla maternità che alla paternità da mettere in atto già in epoca prenatale, durante la visita di screening. Ciò sarebbe particolarmente prezioso per i padri che raramente prendono parte ai corsi di accompagnamento alla nascita e verso i quali gravi sono le lacune nell'assistenza antenatale. Inoltre, è necessario che anche gli ecografisti ricevano un adeguato aiuto e formazione, in modo da divenire più consapevoli del loro ruolo e di quello dello strumento ecografico nel processo di transizione alla genitorialità. In tal maniera riusciranno ad essere dei buoni accompagnatori per i pazienti e saranno in grado di supportarli in modo accogliente e rassicurante ad una adeguata simbolizzazione.

Così facendo sarà possibile aiutare le donne e gli uomini a divenire dei genitori sufficientemente buoni e, per citare Tiffany McDaniel, dei sempreverdi, capaci di dare vita a *“un mondo adulto e accudente, che fa spazio alle nuove generazioni”* (p. 352).

BIBLIOGRAFIA

- Abbagnano, N., & Fornero, G. (2016). *L'ideale e il reale*. Pearson.
- Abramowicz, J. S. (2021). Obstetric ultrasound: Where are we and where are we going? *Ultrasonography*, 40(1), 57–74. <https://doi.org/10.14366/usg.20088>
- Agostini, F., & Minelli, M. (2016). Disturbi d'ansia nel periodo perinatale. In P. Grossu, & A. Bramante (A cura di), *Manuale di psicopatologia perinatale* (pp. 87-145). Erickson
- Alyousefi-van Dijk, K., De Waal, N., Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2022). Development and feasibility of the prenatal video-feedback intervention to promote positive parenting for expectant fathers. *Journal of reproductive and infant psychology*, 40(4), 352-365.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Paola, M., & Tambelli, R. (A cura di) (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Raffaello Cortina Editore.
- Ammaniti, M., Mazzoni, S., & Menozzi, F. (2009, 23 gennaio). *Ecografia in gravidanza e interazioni genitoriali* [sessione convegno]. La nascita della cogenitorialità in gravidanza, Roma, Italia.
- Ammaniti, M., & Menozzi, F. (2021). Maternal and paternal coparenting representations and interactions during pregnancy. In R. Kuersten-Hogan, & J. P. McHale (A cura di) *Prenatal Family Dynamics: Couple and Coparenting Relationships During and Postpregnancy* (pp. 85-106). Springer.
- Baldoni, F. (2016). I disturbi affettivi perinatali nei padri. In P. Grossu, & A. Bramante (A cura di), *Manuale di psicopatologia perinatale* (pp. 443-484). Erickson.
- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2018). Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: A systematic review of first time fathers' experiences. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(11), 2118–2191.
- Baricco, A. (1991). *Castelli di rabbia*. Feltrinelli.
- Barrows, P. (2004). Fathers and families: Locating the ghost in the nursery. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), 408-423. <https://doi.org/10.1002/imhj.20016>

- Bertone, C., Ferrero Camoletto, R. & Rollé, L. (2015). I confini della presenza: Riflessioni al maschile sulla paternità. In M. Naldini (A cura di), *La transizione alla genitorialità. Da coppie moderne a famiglie tradizionali* (pp 161- 181). Il Mulino.
- Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2011). Worries in expectant parents: Its relation with perinatal well-being and relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 18(4), 697-713. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01335.x>
- Blake, W. (1789). *Canti dell'innocenza e dell'esperienza. Che mostrano i due contrari stati dell'anima umana*. Feltrinelli.
- Bonilla-Musoles, F., Castillo Farfán, J. C., Raga, F., Bonilla Jr, F., & Caballero Luna, O. (2013). Alta definición ecográfica en tiempo real (HDLive US) en Obstetricia y Ginecología. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 59(1), 33–41.
- Bonte, P., Izard, M., & Aime, M. (A cura di) (2006). *Dizionario di antropologia e etnografia*. Einaudi.
- Borg Cunen, N., Jomeen, J., Borg Xuereb, R., & Poat, A. (2017). A narrative review of interventions addressing the parental-fetal relationship. *Women and Birth*, 30(4), 141–151. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.11.005>
- Braidotti, R. (1994). *Nomadic subjects: Embodiment and sexual difference in contemporary feminist theory*. Columbia University Press.
- Brazelton, B., & Cramer, B. (1991). *Il primo legame*. Frassinelli.
- Buisman, R. S. M, Alyousefi-van Dijk, K., de Waal, N., Kesarlal, A. R., Verhees, M. W. F. T., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. (2022). Fathers' sensitive parenting enhanced by parental video-feedback: A randomized controlled trial using ultrasound imaging. *Pediatric Research*, 93(4), 1024-1030. <https://doi.org/10.1038/s41390-022-02183-9>
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. Jacob.
- Cadei, L., & Simeone, D. (2010). Diventare genitori. Fantasie e narrazioni in un'epoca tecnologica. *Education Sciences & Society*, 1(2), 130-144.
- Cadei, L., & Simeone, D. (2011). Coppie in attesa: Il ruolo dell'ecografia ostetrica nel processo di transizione alla genitorialità. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 1, 37-45. <https://doi.org/10.1400/185751>

- Campbell, S., Reading, A., & Cox, D. (1982). Ultrasound scanning in pregnancy: The short term psychological effects of early real time scans. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1(2), 57-63
- Capasso, G. (2017). Da Lucina ad Agenoria. La questione delle divinità della nascita e dell'infanzia nell'antica Roma. In A. M. G. Capomacchia, & E. Zocca (A cura di), *Il corpo del bambino tra realtà e metafora nelle culture antiche* (pp. 87-96). Morcelliana.
- Cardarelli, V. (1981). *Opere*. Mondadori
- Carneiro, C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The prenatal Lausanne Trilogue Play: A new observational assessment tool of the prenatal co-parenting alliance. *Infant Mental Health Journal*, 27(2), 207–228. <https://doi.org/10.1002/imhj.20089>
- Caron, N. A., Cardoso da Fonseca, M. M., & Sobreira Lopes, R. (2008). The baby and his majesties: Some considerations on human helplessness. *Infant Observation*, 11(1), 67-75. <https://doi.org/10.1080/13698030802034428>
- Cartier-Bresson, H. (1952). *The decisive moment*. Simon and Schuster.
- Castiglioni, L., & Mariotti, S. (2007). *IL. Vocabolario della lingua latina* (4° ed.). Loescher.
- Chaoui, R., Abuhamad, A., Martins, J., & Heling, K. S. (2020). Recent development in three and four dimension fetal echocardiography. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 47(5), 345-353.
- Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 91-97. <https://doi.org/10.1080/01674820600714566>
- Clayton, M. (2012). Leonardo's anatomy years. *Nature(London)*, 484(7394), 314–316.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281–284.
- de Beauvoir, S. (1945). *Il secondo sesso*. Il Saggiatore.
- De Jong-Pleij, E. A. P., Ribbert, L. S. M., Pistorius, L. R., Tromp, E., Mulder, E. J. H., & Bilardo, C. M. (2013). Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third

- trimester study and review. *Prenatal Diagnosis*, 33(1), 81-88.
<https://doi.org/0.1002/pd.4013>
- Devoto, G., & Oli, G. C. (2016). *Il Devoto-Oli. Vocabolario della lingua italiana*. Le Monnier.
- Dietrich C. F. , Bolondi, L., Duck, F., Evans, D. H., Ewertsen, C., Fraser, A. G., Gilja, O. H., Jenssen, C., Merz, E., Nolsoe, C., Nürnberg, D., Lutz, H., Piscaglia, F., Saftiou, A., Vilmann, P., Dong, Y., & Hill, C. R. (2022). History of Ultrasound in Medicine from its birth to date (2022), on occasion of the 50 Years Anniversary of EFSUMB. A publication of the European Federation of Societies for Ultrasound In Medicine and Biology (EFSUMB), designed to record the historical development of medical ultrasound. *Medical Ultrasonography*, 24(4), 434–450. <https://doi.org/10.11152/mu-3757>
- Donald, I., MacVicar, J., & Brown T. G. (1958). Investigation of the abdominal masses by pulsed ultrasound. *Lancet*, 1, 1188-1195.
- Donati, P., Scabini, E., & Rossi, G. (2006). Relazione familiare: La prospettiva sociologica. *Le parole della famiglia. Studi Interdisciplinari sulla famiglia*, 21, 47-56.
- Donovan, J. (1995). The process of analysis during grounded theory study of men during their partners' pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 708-184.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21040708.x>
- Draper, J. (2002). “It was a real good show”: The ultrasound scan, fathers and the power of visual knowledge. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 771-795.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.00318>
- Drife, J. (2002). The start of life: A history of obstetrics. *Postgraduate Medical Journal*, 78(919), 311–315. <https://doi.org/10.1136/pmj.78.919.311>
- Duden, B. (1993). *Disembodying women: perspectives on pregnancy and the unborn*. Harvard University Press.
- Dunn, P. M. (1997). Leonardo Da Vinci (1452–1519) and reproductive anatomy. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 77(3), 1997, 249–251.
<https://doi.org/10.1136/fn.77.3.F249>.

- Dussik, K. (1949). Ultrasound application in the diagnosis and therapy of diseases of the central nervous system. In K. Matthes, & W. Rech (A cura di), *Ultrasound in medicine* (pp. 179-182). Hirzel.
- Dykes, K., & Stjernqvist, K. (2001). The importance of ultrasound to first-time mothers' thoughts about their unborn child. *Journal of reproductive and infant psychology*, 19(2), 95-104. <https://doi.org/10.1080/02646830020032300>
- Eco, U. (A cura di) (2014). *Antichità. La civiltà greca. Mito e religione*. Encyclomedia Publishers.
- Edelstein, R., Chopik, W., Saxbe, D., Wardecker, B., Moors, A. & LaBelle, O. (2017). Prospective and dyadic associations between expectant parents' prenatal hormone changes and postpartum parenting outcomes. *Developmental Psychobiology*, 59(1), 77-90. <https://doi.org/10.1002/dev.21469>
- Edwards, M. M., Wang, F., Tejura, T., Patel, A., Majewski, S., & Donnenfeld, A. E. (2010). Maternal reactions to two-dimensional compared to three-dimensional foetal ultrasonography. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(2), 53-59. <https://doi.org/10.3109/01674821003793038>
- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Reinfrew, M., & Neilson, J. (1995). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press.
- Ewigman, B. G., Crane, J. P., Frigoletto, F. D., LeFevre, M. L., Bain, R. P., & McNellis, D. (1993). Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome. *English Journal of Medicine*, 329(12), 821-827. <https://doi.org/10.1056/NEJM199309163291201>
- Fabbri, M., Casadei, D., Piermarocchi, P., Righetti, P. L. (2005). L'ecografia ostetrica e il vissuto genitoriale. Descrizione di un'esperienza. In P. L. Righetti, D. Casadei (A cura di), *Sostegno psicologico in gravidanza* (pp. 153-159). Edizioni Scientifiche Ma.Gi.
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*. Giunti.
- Faircloth, C., & Murray, M. (2015). Parenting: Kinship, expertise and anxiety. *Journal of Family Issues*, 36, 1115-1129.
- Fallaci, O. (1975). *Lettera a un bambino mai nato*. Bur.
- Fava Vizziello, G., Righetti, P. L., & Cristiani, F. M. (2000). Prima filii imago: Il vissuto materno della prima ecografia di gravidanza. In P. L. Righetti, & L. Sette (A cura di),

- Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità.* (pp. 170- 181). Bollati Boringhieri.
- Fenaroli, V., Molgora, S., Malgaroli, M., & Saita, E. (2017). La transizione alla maternità e paternità: Traiettorie di benessere e disagio psichico. *Giornale italiano di psicologia*, 44(2), 407-424. <https://doi.org/10.1421/87347>
- Ferrara Mori, G. (A cura di) (2008). *Un tempo per la maternità interiore*. Borla
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, B. V. (1975). Ghost in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of infant/mother relationships. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4)
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1919). *Il perturbante*. Theoria.
- Frusca, T. (2004). Ecografia in gravidanza e responsabilità del medico. *Tendenze nuove*, 4(5), 443-448. <https://doi.org/10.1450/14709>
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*, 36(4), 305–318. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x>
- Getz, L., & Kirkengen, A. (2003). Ultrasound screening in pregnancy: Advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas. *Social Science & Medicine*, 56(10), 2045-2057. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00200-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00200-9)
- Gilson, H. (2008). *Leonardo da Vinci's Embryological Drawings of the Fetus*. <https://embryo.asu.edu/pages/leonardo-da-vincis-embryological-drawings-fetus>
- Harris, G., Connor, L., Bisits, A., & Higginbotham, N. (2004). "Seeing the baby": Pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous Australian women. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(1), 23-47. <https://doi.org/10.1525/maq.2004.18.1.23>
- Hart, R., & McMahon, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9(6), 329-227.
- IMV-imaging (2023). The A, B, M's – Ultrasound Modes Explained. <https://blog.imv-imaging.co.uk/blog/the-a-b-ms-ultrasound-modes-explained>
- Jussila, H., Ekholm, E., & Pajulo, M. (2021). A new parental mentalization focused ultrasound intervention for substance using pregnant women. Effect on self-reported

- prenatal mental health, attachment and mentalization in a randomized and controlled trial. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(4), 947-970. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00205-y>
- Kossoff, G. (1997). Contentious issues in safety of diagnostic ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 10(3), 151-155. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1997.10030151.x>
- Kratochwil, A., & Eisenhut, L. (1967). The earliest detection of fetal heart activity by ultrasound. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 27(2), 176-180.
- Kuersten-Hogan, R., & McHale, J. P. (2021a). Prenatal observations of coparenting and couple interactions in the emerging family triad. In R. Kuerten-Hogan, & J. P. McHale (A cura di) *Prenatal Family Dynamics: Couple and Coparenting Relationships During and Postpregnancy* (pp. 23-28). Springer.
- Kuersten-Hogan, R., & McHale, J. P. (2021b). The transition to parenthood: A theoretical and empirical overview. In R. Kuerten-Hogan, & J. P. McHale (A cura di) *Prenatal Family Dynamics: Couple and Coparenting Relationships During and Postpregnancy* (pp. 3-21). Springer.
- Lamontagne, V. (2020). Mères-bébés: Une histoire à co-construire. *Filigiane*, 29(1), 109-122. <https://doi.org/10.7202/1070642ar>
- Lie, M., Graham, R., Robson, S. C., & Griffiths, P. D. (2019). “He looks gorgeous” – iuMR images and the transforming of foetal and parental identities. *Sociology of Healths & Illnes*, 41(2), 360-377. <https://doi.org/0.1111/1467-9566.12831>
- Lis, A., & Zennaro, A. (1998). Riflessioni sulla paternità: Dalla “transition to fatherhood” ai primi anni di vita del bambino. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2(3), 385-420.
- Llairò, A., Gomà, M. & Nanzer, N. (2023). The exploration of maternal representation during a parenthood-centred psychotherapy from pregnancy to one year postpartum. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(1), 46-68.
- Lord, J., McMullan, D. J., Eberhardt, R. Y., Rinck, G., Hamilton, S. J., Quinlan-Jones, E., Prigmore, E., Keelagher, R., Best, S. K., Carey, G. K., Mellis, R., Robart, S., Berry, I. R., Chandler, K. E., Cilliers, D., Cresswell, L., Edwards, S. L., Gardiner, C., Henderson, A., ... Maher, E. R. (2019). Prenatal exome sequencing analysis in fetal structural anomalies detected by ultrasonography (PAGE): A cohort study. *The Lancet*

- (*British Edition*), 393(10173), 747–757. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31940-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31940-8)
- Luck, C. A. (1992). Value of routine ultrasound scanning at 19 weeks: A four-year study of 8,849 deliveries. *British Medical Journal*, 304(6840), 1474-1478. <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6840.1474>
- Macnab, A. (2023). Would the fetus drawn by Leonardo da Vinci have delivered by the breech? *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 108(1), 85–86. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-324261>
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Bollati Boringhieri.
- McDaniel, T. (2020). *Sul lato selvaggio*. Edizioni Atlantide.
- McHale, J. P. (2010). *La sfida della cogenitorialità*. Cortina.
- McHale, J. P., Kuersten-Hogan, R., Lauretti, A., & Rasmussen J. L. (2000). Parental reports of coparenting and observed coparenting behavior during the toddler period. *Journal of Family Psychology*, 12(2), 220-236.
- McHale, J. P., Kuersten-Hogan, R., Rao, N. (2004). Growing points for coparenting theory and research. *Journal of Adult Development*, 11(3), 221-234.
- Merini, A. (2003). *Le poesie di Alda Merini*. La vita felice.
- Merz, E., Evans, D. H., Dong, Y., Jenssen, C., & Dietrich, C. F. (2023). History of ultrasound in obstetrics and gynaecology from 1971 to 2021 on occasion of the 50 years anniversary of EFSUMB. *Medical Ultrasonography*, 25(2), 175–188. <https://doi.org/10.11152/mu-3845>
- Merz, E., & Pashaj, S. (2017). Advantages of 3D ultrasound in the assessment of fetal abnormalities. *Journal of perinatal medicine*, 45(6), 643-650. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0379>
- Michaels, G., & Goldberg, W. (1988). *The transition to parenthood: Current theory and research*. Cambridge University Press.
- Missonnier, S. (1999). L'échographie obstétricale: Un rituel séculier d'initiation à la parentalité? In M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, M. J. Soubieux (A cura di), *Ecoute voir... l'échographie de la grossesse. Les enjeux de la relation (pp. 133-150)* Editions Erés.

- Missonnier, S. (2018). L'échographie obstétricale: L'è-baby et la parentalité. *Annales Médico-Psychologiques*, 176(3), 282-285. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.009>
- Missonnier, S. (2019a). L'ecographie obstétricale: Rite médical ou rituel séculier de passage? *L'Autre*, 3(20), 272-281. <https://doi.org/0.3917/lautr.060.0272>
- Missonnier, S. (2019b). Le foetus, l'analyste et le regard échographique. *Revue française de psychanalyse*, 1(83), 127-138. <https://doi.org/10.3917/rfp.831.0127>
- Montanari, F. (2004). *GI. Vocabolario della lingua greca* (2° ed.). Loescher.
- Munari, B. (1977). *Fantasia*. Editori Laterza
- Naldini, M. (2015). La transizione alla genitorialità: Per una prospettiva di studio multidisciplinare e longitudinale. In M. Naldini (A cura di), *La transizione alla genitorialità. Da coppie moderne a famiglie tradizionali* (pp 9-32). Il Mulino.
- Naldini, M., & Torriani, P. M. (2015). Modelli di maternità e di paternità in transizione. In M. Naldini (A cura di), *La transizione alla genitorialità. Da coppie moderne a famiglie tradizionali* (pp 205-226). Il Mulino.
- Norton, M. E., Scutt, L. M., & Feldstein, V. A. (2017). *Callen. Ecografia in ostetricia e ginecologia* (6° ed.). Edra.
- Pazzagli, A., Benvenuti, P., & Pazzagli, C. (2011). La nascita nella mente della madre. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 2, 5-21. <https://doi.org/10.1400/206315>
- Petchesky, R. P. (1987). Fetal Images: The power of visual culture in the politics of reproduction. *Feminist Studies*, 13(2), 263-292. <https://doi.org/10.2307/3177802>
- Phillips, J., Charles, M., Sharpe, L., & Matthey, S. (2009). Validation of the subscales of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of women with unsettled infants. *Journal of Affective Disorders*, 118(1), 101-112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.004>
- Poggi, L., Volpe, B. R., Fava Vizziello, G. (1986). Bambino immaginario e bambino reale: Dalla gravidanza alla maternità. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 53(6), 661-672.
- Poh, H. L., Koh, S. S., & He, H. G. (2014). An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *International Nursing review*, 61(4), 543-554. <https://doi.org/10.1111/inr.12137>

- Pretorius, D. H., Nelson, T. R., & Jaffe, J. S. (1992). 3-dimensional sonographic analysis based on color flow Doppler and gray scale image data: A preliminary report. *Journal of Ultrasound in Medicine*, *11*(5), 225-232.
- Pulliainen, H., Sari-Ahlqvist-Björkroth, & Ekholm, E. (2022). Does interactive ultrasound intervention relieve minor depressive symptoms and increase maternal attachment in pregnancy? A protocol for a randomized controlled trial. *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine*, *23*(1), 313–313. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06262-4>
- Ranieri, S., Parise, M., Ferrari, L., Casada, E. & Pagani, A. F. (2019). Identità di coppia e alleanza genitoriale in famiglie con figli in età scolare: Una prospettiva diadica. *Psicologia sociale*, *14*(3), 369-384. <https://doi.org/10.1482/94940>
- Raphael-Leff, J. (2014). *La gravidanza vista dall'interno*. Astrolabio.
- Recalcati, M. (2011). *Cosa resta del padre? La paternità nell'epoca ipermoderna*. Raffaello Cortina Editore.
- Richter, N., Bondü, R., & Trommsdorff, G. (2022). Linking transition to motherhood to parenting, children's emotion regulation, and life satisfaction: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, *36*(2), 291-300. <https://doi.org/10.1037/fam0000868>
- Righetti, P. L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, *96*(1), 129-137. <https://doi.org/10.1348/000712604X15518>
- Righetti, P. L., Sette, L. (2000). *Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità*. Bollati Boringhieri.
- Roberts, J. (2012). “Wakey wakey baby”: Narrating four-dimensional (4D) bonding scans. *Sociology of Health & Illness*, *34*(2), 299-314. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01345.x>
- Rossi, A. C., & Prefumo, F. (2013). Accuracy of ultrasonography at 11-14 weeks of gestation for detection of fetal structural anomalies. A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, *122*(6), 1160-1167. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000015>
- Rothman, B. K. (1994). *The Tentative Pregnancy: Amniocentesis and the Sexual Politics of Motherhood*. Pandora.

- Royal Collection Trust (2019a). *The fetus, and the muscles attached to the pelvis (recto); studies of the fetus, related internal organs, and the arm (verso) c.1511*. <https://www.rct.uk/collection/search#/1/collection/919101/the-fetus-and-the-muscles-attached-to-the-pelvis-recto-studies-of-the-fetus>
- Royal Collection Trust (2019b). *The fetus in the womb; sketches and notes on reproduction c.151* <https://www.rct.uk/collection/search#/2/collection/919102/the-fetus-in-the-womb-sketches-and-notes-on-reproduction>
- Samosir, S. M., Rachmiawaty, A., Fatati, I., & Aziz, A. (2022). Multiple congenital anomalies: Meningoencephalocele, labiopalatoschisis and clubfoot with normal chromosomal analysis. *Multiple Congenital Anomalies*, 10(1), 49- 53. <https://doi.org/10.32771/inajog.v10i1.1366>
- Sandelowski, M. (1994). Separate but less unequal: Fetal ultrasonography and the transformation of expectant mother/fatherhood. *Gender & Society*, 8(2), 230-245.
- Sandelowski, M., Black, P. B., Mercer, R. T., Bergum, V., & Stainton, M. C. (1994). The epistemology of expectant parenthood. *Western Journal of Nursing Research*, 16(6), 601-622. <https://doi.org/10.1177/019394599401600602>
- Scabini, E., & Cigoli, V. (2000). *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*. Cortina.
- Scabini, E., & Cigoli, V. (2012). *Alla ricerca del familiare. Il modello relazionale-simbolico*. Cortina.
- Scabini, E., & Iafrate, R. (2019). *Psicologia dei legami familiari* (2° ed.). Il Mulino.
- Scalzone, F., & Zontini, G. (2016). Il sogno tra psicoanalisi e neuroscienze. In S. Bolognini (A cura di), *Il sogno cento anni dopo* (pp. 342- 358). Mimesis.
- Scarziello, D., & Arace, A. (2015). Percorsi verso la co-genitorialità: 2 + 1 fa sempre 3? In M. Naldini (A cura di), *La transizione alla genitorialità. Da coppie moderne a famiglie tradizionali* (pp 149-171). Il Mulino.
- Schaffir, J. (2014). Biological changes during pregnancy and the postpartum period. In A. Wenzel (A cura di), *The Oxford handbook of perinatal psychology* (pp. 26-37). Oxford University Press.
- Searles, H. (1960). *L'environment non humain*. Gallimard.
- Siddiqui, A., & Hagglof, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59, 13-25.
- SIEOG (2015). *Linee guida Sieog. Edizione 2015*. Editeam.

- Simó, S., Zúñiga, L., Izquierdo, M. T., & Rodrigo, M. F. (2019). Effects of ultrasound on anxiety and psychosocial adaptation to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 22(4), 511-518. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0918-y>
- Solberg, B., Glavin, K., Berg, R. C., & Olsvold, N. (2023). "Opening up a well of emotions": A qualitative study of men's emotional experiences in the transition to fatherhood. *Nursing Open*, 10(4), 2282–2294. <https://doi.org/10.1002/nop2.1482>
- Soulé, M. (1982). *L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire: sa valeur structurante dans les échanges mère-enfant*. E.S.F.
- Soulé, M. (1990). La madre che lavora sufficientemente a maglia: Apologia del lavoro a maglia: il suo ruolo nella capacità fantastica della madre. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 57(1), 749-753.
- Soulé, M. (2000). La vita del feto: Studio per comprendere la psicopatologia perinatale e gli inizi della psicosomatica. In P. L. Righetti, & L. Sette (A cura di), *Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità* (pp. 343- 364). Bollati Boringhieri.
- Stern, D. (1995). *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Bollati Boringhieri Editore.
- Stern, D., & Bruschweiler-Stern, N. (1999). *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*. Mondadori.
- Stone, N. I., Downe, S., Dykes, F., & Katz Rothman, B. (2022). "Putting the baby back in the body": The re-embodiment of pregnancy to enhance safety in a free-standing birth center. *Midwifery*, 104, 103172–103172. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103172>
- Storey, A., Walsh, C., Quinton, R., & Wynne-Edwards, K. (2000). Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Ethology and Sociobiology*, 21(2), 79-95. [https://doi.org/10.1016/S1090-5138\(99\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S1090-5138(99)00042-2)
- Takahashi, E. A. (2019). How Does Ultrasound Work? In A. E. M. Eltorai, C. H. Hyman, & T. T. Healey (A cura di), *Essential Radiology Review* (pp. 539-540). Springer.
- Tan, E. K., & Tan, E. L. (2013). Alteration in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 27(6), 791-802. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001>

- Tolman, R. M., & Walsh, T. B. (2020). Ghosts in the Ultrasound: Expectant fathers's experience of trauma. In H. E. Fitzgerald (A cura di), *Handbook of Fathers and Child Development* (pp. 195-208). Springer.
- Vegetti Finzi, S. (1990). *Il bambino della notte. Divenire donna, divenire madre*. Mondadori.
- Viaux-Savelon, S. (2013). La parentalité échographique. *Dialogue*, 1(199), 19-31. <https://doi.org/10.3917/dia.199.0019>
- Viglione, M., Vaccarella, F., Carlini, M., & Canestri, M. (2016). Labiopalatoschisis diagnostic and therapeutic pathway in the A. O. Alessandria. *Working Paper of Public Health*, 5(1). <https://doi.org/10.4081/wpph.2016.6691>
- Visser, M. J. (1986). The psychological effect of a sonar examination on parents-to-be. *Curationis (Pretoria)*, 9(3), 11–14.
- Von Kalckreuth, B. (2021). Psychoanalytic Parent-Infant-Psychoterapy: Transition to parenthood. In K. Evertz, L. Janus, & R. Linder (A cura di), *Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology* (pp. 577-584). Springer.
- Wesfall, R. (2006). The pregnant/birthing body: Negotiations of personal autonomy. In D. Waskull, & P. Vannini (A cura di), *Body/Embodiment. Symbolic Interaction and the sociology of the body* (pp. 263-276). Routledge.
- Wild, J. J., & Neal, D. (1951). Use of high-frequency ultrasonic waves for detecting changes of texture in living tissues. *Lancet*, 257, 655-657.
- Wild, J. J., & Reid, J. M. (1952). Further pilot echographic studies on the histologic structure of tumors of the living intact human breast. *The American journal of pathology*, 28(5), 839-861.
- Williams, C., Sandall, J., Lewando-Hundt, G., Heyman, B., Spencer, K., & Grellier, R. (2005). Women as moral pioneers? Experiences of first trimester antenatal screening. *Social Science & Medicine*, 61(9), 1983-1992. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.004>
- Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando editore.
- Woo, J. (2002). A short history of the development of ultrasound in obstetrics and gynecology. <http://www.ob-ultrasound.net/history1.html>

- Yogman, M. W. (1982). Development of the father-infant relationship. In H. E. Fitzgerald, M. B. Lester, & M. W. Yogman (A cura di), *Theory and Research in Behavioral Pediatrics* (pp. 221-279). Plenum Press.
- Zacutti, A., & Brugnoli, C. A. (1970). Usefulness of ultrasonic scanning in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Acta Europaea Fertilitatis*, 2(3), 445-468.