

LA COMUNICAZIONE AFFETTIVA

alle origini dello sviluppo neuro-mentale del bambino

Antonio Imbasciati (*)

COSA IMPARA IL BAMBINO?

Ci sono voluti secoli perché il genere umano arrivasse a capire che le facoltà mentali non sono un dono della Natura ma dipendono da ciò che l'individuo ha imparato: qualche altro secolo per capire che le capacità "mentali" comprendevano anche quelle, meno chiare alla consapevolezza del soggetto, che gli uomini avevano variamente denominato come intuizioni, sentimenti, affettività, carattere o, in una parola omnicomprensiva, anima, o meglio "psiche"; decenni per intuire e poi capire che anche queste dipendevano dall'aver "imparato", e che anche quanto veniva denominato istinto era, per l'homo sapiens, frutto di qualche apprendimento (Imbasciati, Ghilardi, 1989; Ghilardi, Imbasciati, 1990). Ma quando tale apprendimento? E, soprattutto, come?

Il problema, falso problema, era che fin quasi a un secolo fa si considerava "apprendimento" quello che un soggetto relativamente adulto imparava con le parole o comunque



con queste lo sapesse esprimere. Quanto un bimbo impara a fare prima di saper parlare ed esprimersi, nella considerazione scientifica dell'epoca, non veniva considerato: non si sapeva, in effetti, come individuarlo con sufficiente precisione, tanto meno valutarlo, se non misurarlo, e si escludeva pertanto dal campo di indagine che si pensava riguardasse l'apprendimento. Implicitamente si pensava che un vero apprendere potesse accadere solo dopo una certa età, quando un bimbo aveva acquisito il linguaggio. D'altra parte si concepiva l'apprendimento come un acquisire dentro la mente qualcosa che stava fuori in maniera fedele: si parlava infatti di apprendimento errato, se tale supposta corrispondenza biunivoca non si verificava. Alla stessa stregua si considerava la memoria. Non si aveva idea che apprendere, anche nel caso in cui ciò che è appreso appaia identico a ciò che si doveva e intendeva apprendere, sempre comunque comporta una discrepanza. Apprendere è sempre una trasformazione, più o meno evidente ma sempre esistente, ovvero come diciamo oggi un'elaborazione di un'esperienza dalla quale l'individuo "impara". Con tale concezione, necessariamente si collocava l'apprendimento ad una età in cui il linguaggio del soggetto ce lo poteva descrivere.

Parimenti si pensava che quanto appreso dovesse essere noto al soggetto, cioè cosciente. Il pensiero stesso veniva supposto coincidesse con la possibilità di esprimerlo con la parola. Questo e quella apparivano quasi un dono di Dio¹. Con tali presupposti, difficile era focalizzare l'indagine scientifica su come e quando un bimbo imparasse a fare certe cose assai prima che acquisisse linguaggio e coscienza. Era l'intelligenza si pensava, attribuita per natura all'homo sapiens, che generava tutto ciò.

A questi problemi offrono una prima soluzione la genetica e la neurologia. Gli esordi della genetica, dando una spiegazione all'enorme variabilità interindividuale, fecero supporre che fosse il corredo genetico a condizionare, in qualche modo, il fatto che un bimbo, prima del linguaggio e di una qualche consapevolezza di sé, dimostrava di aver gradualmente acquisito sue peculiari capacità. Ma la spiegazione genetica non spiegava affatto il "come" un bimbo avesse imparato: pertanto se nel senso comune si poteva anche dire che il bimbo preverbale aveva "imparato" qualcosa anche prima, in un ambito che scientificamente potesse essere precisato non lo si considerava alla stregua di un vero "apprendimento", come quelli che si osservavano nelle epoche successive. Insomma si sottintendeva che era ancora la Natura a condizionare, se non più a determinare, lo sviluppo iniziale di capacità cognitive. Anche la neurologia contribuì a questo sottinteso, col concetto di "maturazione", mentale e cerebrale in particolare. Oggi si sa che anche la maturazione del cervello è in massima parte generata da apprendimenti (Imbasciati, Margiotta, 2005, 2008; Imbasciati, 2008).

Progredendo la metodologia e gli strumenti della scienza, l'occhio degli scienziati si focalizzò gradualmente sulle prime epoche della vita, prima dell'acquisizione del linguaggio, all'epoca cioè in cui già il senso comune sapeva che un bimbo piccolo impara, a fare tante cose e senza essere consapevole, ma su cui la scienza non aveva fino allora potuto indagare, per poter definire un apprendimento a pieno titolo: non si erano ancora congegnati setting sperimentali idonei a dimostrare le modalità e le entità di ciò che poteva essere considerato appreso. Insomma la mancanza di idonei strumenti di indagine aveva prodotto l'esclusione, quasi la scotomizzazione, dei primi apprendimenti dal campo della scienza, favorendo in tal modo altre alternative spiegazioni e il sottinteso di ascriverle alla Natura.

Il neonato dunque "impara", oggi affermiamo considerando l'apprendimento al di là del senso comune, e cioè come qualunque acquisizione di nuove anche se minime capacità: di percepire, di fare, di riconoscere. Si parla di neonato competente, ed anzi si considera come tale competenza sia acquisita prima della nascita: si studia oggi l'apprendimento fetale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007). Alla nascita il neonato è già "competente": di molte competenze, compresa quella di collaborare con la madre nell'espletamento del parto. E non si tratta di uno sviluppo generato soltanto dalla genetica. Ogni sviluppo psicomotorio, quindi mentale, ma anche fisico, presente alla nascita è frutto di un apprendimento fetale: ancor più chiaramente è acquisito per apprendimenti l'insieme delle competenze che l'infante dispiega nei primi mesi dopo la nascita. Ogni sviluppo, psichico e psicosomatico, non è più oggi considerato frutto del programma genetico: la "maturazione" neurologica è frutto di apprendimenti: sono questi che strutturano le reti neurali (Imbasciati, 2008; Imbasciati, Cena, 2008, 2009).

L'apprendimento primario è sostenuto da una memoria che fa capo al sistema neurale dell'amigdala e al cervello destro, cioè alle zone neurali che costituiscono il "cervello emotivo", che sono attive da prima della nascita e che fino ai due anni di vita sono la sede pressoché esclusiva delle elaborazioni mnestiche che presiedono all'apprendimento stesso. Solo dopo il secondo anno entra in funzione un altro sistema neurale mnestico, incentrato sull'ippocampo, che coinvolgerà l'emisfero sinistro e che riguarda quella parte di memoria che può essere ricordata; al contrario la memoria primaria, detta implicita, non potrà mai essere ricordata. Essa però resta presente e attiva

¹ Federico II di Svevia, detto stupor mundi, nel secolo XIII ordinò che un gruppo di bimbi fosse allevato da nutrici che non parlassero mai: pensava che in tal modo sarebbe comparsa la lingua originale, infusa da Dio prima che con la Torre di Babele Egli punisse l'uomo con la confusione delle lingue. Quei bimbi divennero pazzi.

lungo tutto il corso della vita e orienterà tutto il comportamento, e in particolare quello relazionale, dell'individuo.

Gli equivoci del senso comune su apprendimento e memoria sono radicati nell'abitudine a considerare "mentale" colò ciò che è cosciente, e verbalizzabile, cioè a identificare la mente con le attività coscienti. Al contrario il lavoro mentale è in massima parte inconscio. Le neuroscienze hanno dimostrato come tutto il cervello destro regoli il sinistro: vale a dire che l'attività psichica inconsapevole dà origine a ciò che può essere coscientizzato (Schore, 2003a, b), ed inoltre ciò che può essere cosciente, e ricordabile, può essere del tutto in contrasto con le elaborazioni del cervello destro. Il convincimento che i propri ricordi siano veri, così come il sentimento di essere autori dei nostri pensieri, delle nostre decisioni, o dei nostri atti volontari, è illusorio e ingannevole (Merciai, Cannella, 2009). È la nostra mente non consapevole che ci governa e che imprime la nostra condotta. Wegner (2003), sviluppando gli esperimenti degli anni sessanta di Libet, afferma che "il cervello causa sia il pensiero sia l'azione e lascia all'individuo l'inferenza che il pensiero abbia causato l'azione" (p. 66). In altri termini l'Autore ridimensiona il concetto di libero arbitrio: la nostra mente inconsapevole (=cervello) determina la nostra condotta, che invece alla nostra consapevolezza appare come frutto della nostra volontà e delle nostre decisioni. La nostra mente cosciente può al massimo inibire, secondo questo Autore, ma non determinare, ciò che crediamo di poter decidere. Tradotto grosso modo in termini neuroscientifici, è la nostra mente inconsapevole che decide, ma non per caso, bensì per come essa funziona, ovvero per la struttura con cui si costruisce negli apprendimenti, soprattutto primari. Questa mente è la stessa che elabora ciò che viene denominato emozioni: il cervello emotivo, o intelligenza emotiva (Goleman, 1995). La struttura neurale che vi presiede viene ad essere costruita dalle esperienze perinatali.

Si studia allora oggi come il neonato e il bimbo piccolo imparino. Tale studio è stato reso possibile dalla ricerca sperimentale che si è avvalsa progressivamente di nuovi strumenti. Il primo fu la metodica della Infant Observation psicoanalitica, introdotta dalla Bick (Bick, 1964). Gli sviluppi successivi sono dati dal ricchissimo filone che va sotto il nome di Infant Research e che trae le sue origini dalla Teoria dell'Attaccamento di Bowlby, quale sviluppata con set sperimentali delle sue allieve: tra queste spicca la Ainsworth con la sua famosa "Strange Situation". Molti altri studiosi hanno preso l'avvio da queste prime sperimentazioni, moltiplicando l'invenzione di situazioni sperimentali che sempre più hanno permesso di chiarire come il bimbo impari. Ultimamente le tecniche di videoregistrazione hanno permesso una maggior attendibilità delle osservazioni, la cui validità viene poi tarata da procedure di follow up.

Il dato fondamentale comune emergente da tutta questa quantità di diverse ricerche, è che il bimbo impara dai suoi care-givers in funzione della loro struttura psichica profonda e delle possibilità situazionali e sociali in cui essi la possono esplicitare nell'accudimento del bimbo.

Ciò che viene chiamato struttura psichica profonda è quanto maturato nei primi anni di vita dal cervello emotivo: dunque un caregiver funzionerà nell'accudimento dei piccoli secondo quanto il suo cervello emotivo (formatosi sulla base delle vicende di quando egli stesso era piccolo) gli detta; e ciò a propria insaputa, giacché il cervello emotivo con la sua memoria implicita è al di là della consapevolezza.

Questo significa che non valgono le buone intenzioni e la buona volontà per bene accudire i propri piccoli perché questi sviluppino un buon cervello e una mente ottimale: sarà invece la struttura inconscia del genitore che vi agirà, automaticamente e al di là di quanto il caregiver se ne possa accorgere, nel bene o nel male. Questo vuol dire che, se la struttura primaria del genitore è disfunzionale, la mente del bimbo si svilupperà difettosamente: il genitore trasmette ai figli quello che ha, non quello che vorrebbe. E questi lo trasmettono a loro volta ai propri figli. È questa la transgenerazionalità (Imbasciati, 2008; Imbasciati, Cena, 2008).

LA MODULAZIONE MATERNA

Si studia allora come una madre, un care-giver, a seconda delle proprie capacità emotive possedute, può far imparare – si potrebbe dire “insegnare” – al suo bimbo. È appunto questo il tema centrale dell’*Infant Research*, imperniato sulla qualità del dialogo non verbale madre/bimbo e su cosa e come in questo dialogo passa, e come esso viene assimilato dal bimbo, che in tal modo sviluppa la sua mente.

A seconda delle proprie capacità, un care-giver è più o meno in grado di capire i messaggi espressigli dal bimbo (e anche dal feto) e di rispondergli, in misura adeguata e congruente (vero dialogo sintonico) oppure in maniera disordinata, disorganizzante, intrusiva, o rispondergli deficitariamente, o non rispondergli affatto (come accade per esempio alle madri depresse). A seconda di tali capacità della madre, il suo bimbo risponderà: in tal modo si instaura un dialogo, che però potrebbe essere un vero dialogo, che favorisce l’apprendimento del bimbo, e costruisce le sue funzioni mentali, in modo più o meno ottimale, ma potrebbe anche essere un pseudo-dialogo, difettoso, deficitario, incongruente, sfavorente la costruzione della mente (delle relative reti neurali) del bimbo stesso (Imbasciati, 2006); al limite potrebbe essere patogeno.

Questo dialogo, nel bene e/o nel male, viaggia sulla comunicazione non verbale, della madre e del bimbo, che intercorre, automaticamente e al di là della consapevolezza, nelle interazioni che compongono quanto oggi viene chiamato accudimento. Sguardi, intonazione di voce e altre sonorità, espressività facciale e soprattutto l’insieme tattile-motorio, nonché la modulazione olfattiva (e gustativa nell’allattamento al seno) emessa dalla madre che si occupa del bimbo, costituiscono i veicoli materiali di messaggi: sono i significanti di significati che vengono trasmessi.

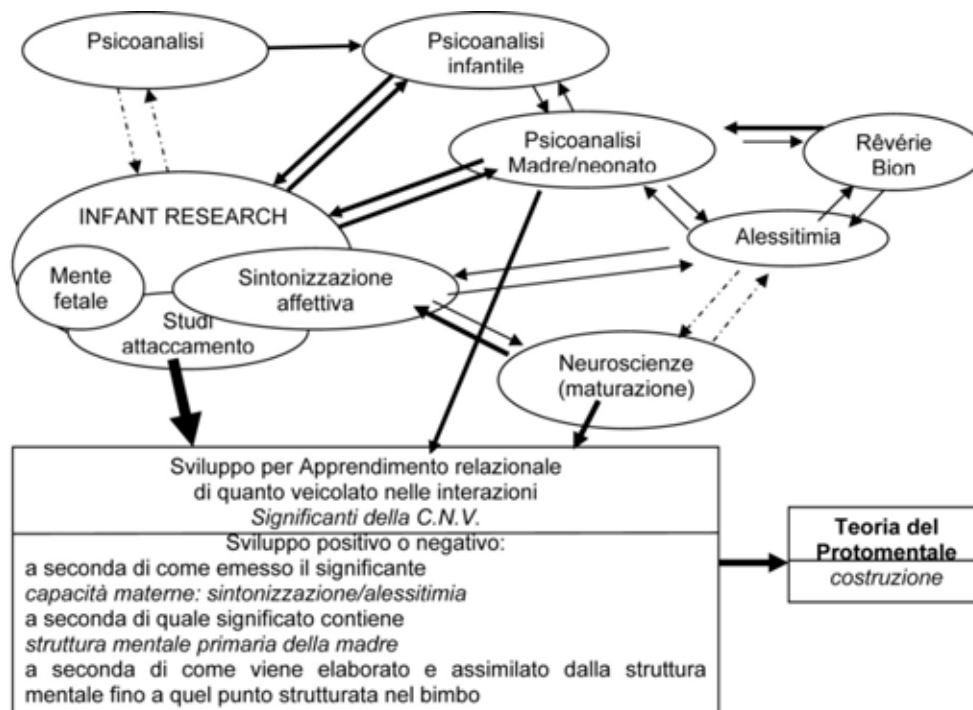
Per significare, cioè trasmettere davvero un messaggio, è indispensabile che tali significanti siano adeguatamente codificati dall’emittente e compresi, cioè decodificati dal ricevente. La codifica e la decodifica possono essere in sintonia: la madre possiede la capacità di emettere configurazioni sensoriali adeguate alle capacità di comprensione del bimbo in quel momento (capacità di decodifica) e per far questo deve possedere anche la capacità di capire (decodificare) i significanti emessi dal bimbo; quello che in parole povere - possiamo raffigurare - il “bimbo gli vorrebbe dire”, o “quello che il bimbo vuole”. Questa situazione ottimale non sempre però avviene: la madre può non possedere le suddette capacità, o averle parzialmente, o essere nella situazione momentanea di non poterle esplicare, per cause esterne o interiori psichiche. Così, a seconda della gradualità di tale capacità, il dialogo può essere positivo e favorire lo sviluppo, piuttosto che negativo e patogeno.

L’accudimento, pertanto, non è il semplice provvedere alle necessità materiali (cibo, pulizia) del bimbo, ma contiene in sé la matrice di quello che sarà lo sviluppo neuro-mentale di quel bimbo.

Quanto sopra potrebbe essere espresso dal termine “cure materne”: attenti però a non usare il termine mistificatoriamente, come spesso accade nella cultura degli operatori perinatali (Imbasciati, 2008). Questo vale anche per ciò che è contenuto nel termine “relazione”, o meglio “qualità della relazione” madre/neonato: attenti anche qui agli abusi operativi che avvengono tra gli operatori che in tal modo inconsapevolmente nascondono le loro deficienze formative.

Quanto sopra è convalidato oggi dalle neuroscienze: si tratta della “Affect Regulation”, piuttosto che della “Affect Disregulation”, che producono rispettivamente il “Repair of the Self” piuttosto che i “Disorders of the Self” di cui parla Schore (2003a, b). Gli affetti non sono un surplus per lo sviluppo, come piuttosto ancor oggi tali operatori credono, o comunque esplicano tale credenza negandosela in coscienza ma imprimendola nel loro comportamento professionale. Gli affetti sono la strutturazione, la costruzione (Imbasciati, 2006b) del cervello emotivo, di cui abbiamo delineato sopra l’importanza per tutto lo sviluppo del bimbo e del futuro individuo. Sviluppo anche somatico, psicosomatico, giacché il cervello emotivo è direttamente connesso con le funzioni cerebrali della base (ipotalamo soprattutto), che regolano il S.N.V., l’assetto ormonale, il sistema immunitario, la riproduzione cellulare. Il cervello emotivo è il regolatore psicobiologico dello sviluppo, così come fu dimostrato salientemente nella sperimentazione animale (Hofer, 1981, 1983; Taylor, 1987) e poi confermato nell’uomo.

Qui di seguito riporto pertanto alcuni schemi e figure riassuntivi dei concetti che sono stati esposti. La maggior parte di tali raffigurazioni è già comparsa in precedenti numeri di *Nascere*, però in differente contesto, per cui ritengo opportuno riprodurli ora in questo nuovo quadro sviluppandone inoltre un'altra, riassuntiva.



Cosa si intende per **RELAZIONE** ?

Insieme di messaggi non verbali inconsapevoli che intercorrono tra due strutture mentali. Corrisponde a elaborazioni mentali del cervello emotivo, con prevalenza corticale destra, in diretta connessione con l'asse ipotalamo ipofisario e il S.N.V. Effetti psicosomatici.

Quali sono gli **EFFETTI** ?

Positivi o negativi a seconda della capacità strutturante, piuttosto che destrutturante e confusiva, di ciò che intercorre nel dialogo (o pseudo- dialogo) rispetto alla costruzione (o decostruzione) delle strutture mentali dei due dialoganti.

COSA SONO LE CURE MATERNE:

- *Significati* veicolati dai *significanti* emessi dalla madre
- Correlati alla struttura psichica primaria della mente materna
- Modulati dalle capacità della mente materna di sintonizzare (*rêverie*) coi messaggi emessi dal bimbo
- Assimilabili dalla mente neonatale a costituire la struttura mentale primaria del bimbo

NON CONSISTONO NELLE CURE E PREMURE FISICHE, NE' NELLA PRESENZA ASSIDUA

EFFETTI :

- a) *Positivi* nella misura in cui i *significanti* emessi dalla madre corrispondono a *significati* precisi e gli uni e gli altri costituiscono risposte adeguate (vero dialogo e non pseudo-dialogo) rispetto ai *significanti* e *significati* emessi dal bimbo, ad un livello di elaborazione compatibile con le capacità di assimilazione e elaborazione in quel momento in atto nella funzionalità della mente neonatale.
- b) *Negativi* nella misura in cui i *significati* materni non hanno corrispondenza precisa con *rispettivisignificati*, non costituiscono risposta adeguata ai *significati* espressi dal neonato (*significanti* non compresi) e non sono assimilabili dalle capacità mentali del neonato in quel momento.

TRANSGENERAZIONALITA'

Cosa fanno passare le cure materne?

La struttura di base della mente della madre

Cosa fanno assimilare?

Capacità di sintonizzazione, rêvérie, struttura non alessitimica della madre

a seconda della responsività dialogica del bimbo

Come quanto sopra una madre lo acquisisce?

Dalla relazione che a suo tempo ella ebbe con la propria madre o caregivers.

Strutture a capacità materna **positive** producono figli con corrispondente dotazione di capacità materne, e questi a loro volta la trasmetteranno ai propri figli.

Viceversa, strutture **negative** e difetti delle capacità materne produrranno corrispondenti deficit nei figli, e questi a loro volta li trasmetteranno.

LE CURE MATERNE COME MATRICE DELLO SVILUPPO PSICHICO (E PSICOSOMATICO) DEL FUTURO INDIVIDUO

Da generazione a generazione: la trasmissione dell'influenza materna

L'ultima figura merita riflessioni. Visto che gli eventi psicologici descritti hanno tutti il loro corrispettivo neurale e che questo, sia pur modificato, può trasmettersi dai caregiver ai piccoli, entrando nella loro struttura psiconeurale di base, che a sua volta potrebbe essere trasmessa ai figli dei figli, inderogabile è considerare tale trasmissione agli effetti dell'applicazione di quanto i citati studi sulla perinatalità ci imporrebbero, e cioè l'impostazione, culturale e applicativa, di un'adeguata assistenza alle gestanti.

Secondo quanto esposto, vi sono donne con una struttura che comporta mediocri o scarse capacità di accudimento, o addirittura che con l'accudimento esercitano effetti negativi sulla strutturazione della mente dei figli: questo può innescare un circuito transgenerazionale vizioso, per cui la negatività, o patologia, può venire ad aumentare di generazione in generazione. Per queste donne coi loro bambini occorrerebbe poter fare qualcosa che limitasse tale circuito negativo. Ma ci sono anche donne che, con una sufficiente dotazione per esplicare un discreto accudimento, vengono a trovarsi sfavorite nell'esplicarlo da circostanze sociali, culturali, economiche, nonché da influenze negative che un'organizzazione sociosanitaria inadeguata può, paradossalmente ma di fatto, esercitare.

Per la prima categoria occorrerebbe poter disporre di organizzazioni in grado di erogare un'assistenza psicologica. L'impresa è tutt'altro che facile: trattandosi di strutture mentali primarie, per poterle modificare occorrerebbe un lavoro superspecialistico e di una lunghezza incompatibile con la stessa durata della gestazione. Tuttavia un appoggio specialistico di uno psicologo clinico in equipe con ginecologi e ostetriche, durante la gestazione e almeno sei mesi dopo il parto, potrebbe

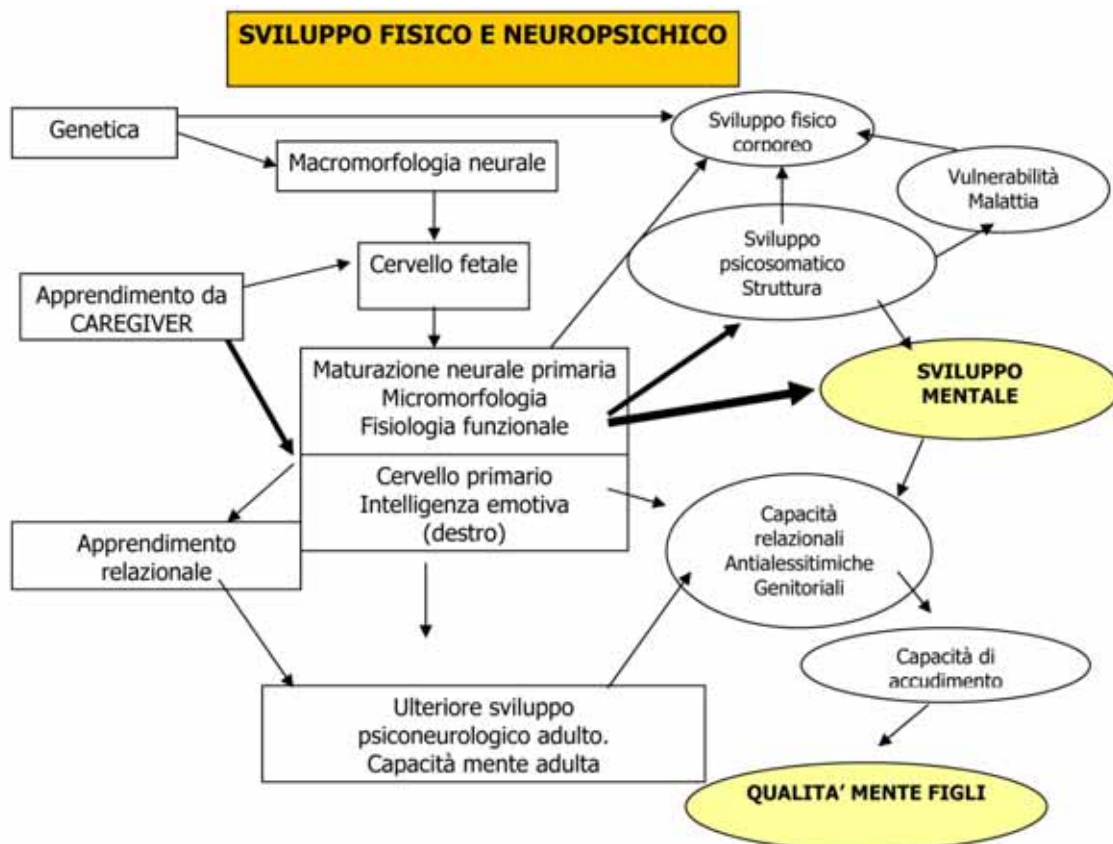
far sì che la donna sia facilitata a esprimere nell'accudimento il meglio della sua struttura pur difettosa che sia, nonché possa avere tutti gli agi che un'organizzazione assistenziale potrebbe offrirgli in questo suo facile compito, e una rete sociale che altrettanto possa aiutarla.

Qui entriamo nel problema che concerne anche quelle altre gestanti, quelle che per la loro struttura interiore avrebbero capacità sufficienti (se non proprio ottimali, ma forse anche queste meriterebbero di trovare un terreno più favorevole), ma che l'ambiente familiare, sociale, culturale, economico, nonché gli stessi servizi assistenziali, sociali e sanitari, che pur dovrebbero garantire che la donna potesse esplicitare al meglio la propria capacità, invece di fatto la ostacolano, se non addirittura la impediscono, nella possibilità di avere sufficiente e confortevole accesso al proprio neonato, in modo che la capacità posseduta possa esplicarsi e trasmettere al figlio quello che di "buono" ha la madre.

Servizi di questo genere, e per il primo e per il secondo dei due compiti elencati, credo che ne esistano ben pochi in Italia. Ragioni di questa carenza vengono addotte invocando cogenze maggiori, rispetto alla generale penuria di risorse economiche. Credo che questo sia frutto di una cultura che per decenni e tuttora non ha cognizione del rilievo che le cure psichiche e sociali possono avere, non solo sulla salute immediata, ma più a lungo termine sulla salute psichica della popolazione e ancor più sul destino psichico delle future generazioni.

Occorre allora una preventiva opera scientifico-culturale perché sia innanzitutto promossa una migliore formazione di tutti gli operatori che potrebbero agire in questo campo e nella prospettiva qui delineata.

Per una riflessione su tali non lievi problemi, ho ideato e qui riporto un'ultima figura*, che visivamente riassume i concetti che ho esposto.



* Ringrazio la dott.ssa Dabrassi per la collaborazione ai grafici di questo articolo.

BIBLIOGRAFIA

- Bick E. (1964), Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. In Bonaminio V., Iaccarino A. (a cura di). L'osservazione diretta del bambino. Boringhieri, Torino, 1989.
- Goleman M. (1995), Emotional intelligence. Bantam, New York. [Trad. it. L'intelligenza emotiva. BUR Saggi, Milano, 1996].
- Hofer MA. (1981), The roots of human behaviour. Freeman, San Francisco.
- Hofer MA. (1983), The mother-infant interaction as a regulator of infant physiology and behaviour. In: Rosenblum L., Moltz H. (eds). Symbiosis in Parent-Offspring Interactions. Plenum, New York.
- Imbasciati A. (2006a), Il Sistema Protomentale. LED, Milano.
- Imbasciati A. (2006b), Constructing a Mind. A new basis for Psychoanalytic theory. Brunner & Routledge, London.
- Imbasciati A. (2008), Le cure materne: matrice dello sviluppo del futuro individuo. *Nascere*, 2008, XXXV, 4-14.
- Imbasciati A., Cena L. (2008), Cure materne e in una prospettiva transgenerazionale. *Nascere*, XXXVII, 105, 8-24.
- Imbasciati A., Cena L. (2009), Il bambino e i suoi caregivers. Borla, Roma.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007), *Psicologia Clinica perinatale*. Piccin, Padova.
- Merciai J., Cannella B. (2009), *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Cortina, Milano.
- Schore A.N. (2003a), *Affect Regulation and the Repair of the Self*. Norton & Company, New York.
- Schore A.N. (2003b), *Affect Dysregulation and the Disorders of the Self*. Norton & Company, New York.
- Taylor GJ. (1987), *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Int. Un. Press., New York. [Trad. It.: *Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi contemporanea*. Astrolabio, Roma, 1993].
- Wegner D.M. (2003), The mind's best trick: how we experience conscious will. *Trends Cognitive Sciences*, 7 (2) 65-69.



(*) Direttore Cattedra di Psicologia Clinica-Dipartimento Materno-Infantile e Tecnologie Biomediche – Università degli Studi di Brescia

ERRATA CORRIGE

*In NASCERE 109,1/2010 per errore sono stati invertiti i nomi dei due Autori del testo " Il dolore del parto: un indice relazionale" che vanno letti come segue: **Antonio Imbasciati, Francesca Dabrassi**.
La Redazione si scusa.*