



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e
Psicologia Applicata**

Dipartimento di Psicologia Generale

**Corso di Laurea Magistrale in
Psicologia Clinico-Dinamica**

Tesi di Laurea Magistrale

**Fenomenologia della maternità e del postpartum.
I disagi psicologici nel puerperio**

**Phenomenology of maternity and postpartum.
Psychological disorders in puerperium**

Relatrice
Prof.ssa Sabrina Cipolletta

Laureanda
Virginia Mattera

Matricola
1105088

Anno accademico 2023/2024

INDICE

Introduzione	6
Capitolo 1 - La donna e la maternità: dalla caratterizzazione del genere e della maternità all' esperienza del puerperio	10
1.2 La donna e la maternità secondo la psicoanalisi	10
1.2.1 La teoria dei coinemi di Franco Fornari.....	16
1.2.2 La concezione “costituzionalista” della psicoanalisi: una sintesi	19
1.3 Una prospettiva socio-culturale sulla maternità: la costruzione dell'identità di madre e il cambiamento della concezione della maternità nell'ultimo secolo.....	21
1.3.1 La maternità come sfera problematica.....	22
1.3.2 La maternità nelle società pre e post-industriali.....	25
1.3.3 La svalutazione e medicalizzazione della maternità.....	28
1.3.4 Il ruolo sociale della maternità e i costrutti socio-culturali normativi della maternità.....	30
1.3.5 I contributi socio-culturali: una sintesi.....	32
1.4 Il post-partum tra maternità e relazione: prospettive e contributi.....	32
1.4.1 Il postpartum: il contributo della psicoanalisi.....	33
1.4.2 Clinica psicologica post-natale: problematiche psicologiche e psichiatriche del post-partum.....	38
1.4.2.a Maternity blues e depressione postpartum.....	42
1.4.2.b Disturbi d'ansia.....	46
1.4.2.c Disturbo ossessivo-compulsivo perinatale.....	49
1.4.2.d Disturbi alimentari.....	50
1.4.2.e Tossicodipendenze.....	50

1.4.2.f Psicosi puerperale, disturbo bipolare e schizofrenia.....	52
1.4.3 Il periodo post-natale: una sintesi.....	53
Capitolo 2 - Una ricerca fenomenologica sul disagio post-natale.....	55
2.1 Oggetto e scopo di ricerca	55
2.2 Partecipanti.....	55
2.3 Il metodo: IPA (Interpretative Phenomenological Analysis).....	56
2.3.1 Principi teorici.....	56
2.3.2 Le domande di ricerca primarie e secondarie.....	62
2.3.3 Strumenti: l'intervista semi-strutturata.....	63
Capitolo 3 - Analisi dei dati.....	66
3.1 Tema 1	66
3.2 Tema 2	68
3.3 Tema 3	69
3.4 Tema 4	71
3.5 Tema 5	73
3.6 Tema 6	75
Capitolo 4 - Discussione	76
Conclusioni	78
Bibliografia.....	79

Introduzione

Nel panorama delle forme di psicopatologia e di sofferenza psicologica, le problematiche della fase del postpartum hanno sempre richiamato una particolare attenzione per via di una molteplicità di fattori, i quali vanno dalla particolare condizione psicologica, fisiologica e biologica della donna fino alla costruzione socioculturale del significato che ruota attorno alla maternità, al parto ed ad una possibile condizione psicopatologica in occasione di questi.

Nel presente lavoro verranno preliminarmente analizzate le tematiche della femminilità e della maternità, poiché è proprio all'interno di queste sfere esistenziali ed esperienziali che possono manifestarsi le diverse forme di disagio psicologico nella donna e le costruzioni di significato relative ad esse incidono in maniera significativa sulla manifestazione della sofferenza psicologica.

Nell'ultimo secolo, nella società occidentale, si è assistito ad un cambiamento sostanziale del significato socialmente condiviso della femminilità e della maternità e, contestualmente, si è modificata anche la modalità in cui le donne vivono queste dimensioni dell'esperienza. Diverse sono le discipline e le prospettive che si sono accostate e si accostano ancora a questa specifica area di studi e, nonostante le importanti differenze teoriche che esse presentano, condividono, tuttavia, l'idea che esista una sostanziale problematicità e criticità nel modo in cui la donna oggi faccia esperienza delle sfere esistenziali in oggetto e mettono in evidenza i massicci cambiamenti che si sono verificati nell'ultimo secolo in relazione alla condizione femminile in senso lato.

In questo senso, risulta esemplificativa l'affermazione di Gius e Cavanna (1988, p.2), riguardo al tema specifico del desiderio di maternità: “[...] crediamo che si possa scindere l'idea della maternità e l'orientamento verso di essa, dalle reazioni e dai sentimenti che suscita nelle donne la notizia di una gravidanza. Se la propria evoluzione, la cultura e l'aspettativa sociale la inducono a coltivare un proprio, implicito progetto di maternità, l'impatto con l'esperienza specifica innesca sovente

in modo diretto il conflitto con le istanze alla realizzazione di sé non soddisfacentemente integrate ed armonizzate. Questo conflitto denuncia l'ambivalenza che spesso è associata all'espressione manifesta del desiderio di maternità ed obbliga a confrontarsi con i problemi legati ai propri microequilibri familiari e personali”.

Dal punto di vista storico sembra possibile riconoscere due macro-orientamenti all'interno delle scienze e discipline che si sono interessate allo studio della femminilità in senso lato e, dunque, anche della specifica area della maternità: un orientamento che mette in evidenza le componenti naturali, biologiche, costituzionali, innate ed universali di tali sfere esistenziali (che per semplicità espositiva denomineremo “orientamento costituzionalista”) e l'altro che, invece, ne sottolinea le componenti sociali e culturali e che attribuisce importanza alle modalità di costruzione del significato. Una delle maggiori esemplificazioni di ciò può essere rinvenuta nel campo della psicologia evolutiva nel quale si è assistiti e si assiste ancora oggi al dibattito “*nature or nurture*”.

A titolo esemplificativo del primo dei due macro-orientamenti Gius e Cavanna (1988, p.11) si esprimono in relazione al tema del desiderio di maternità: “gran parte della letteratura sull'argomento, di taglio socio-psicologico, psicoanalitico, demografico e fisiologico sembra sottendere una concezione della riproduzione e del desiderio di essa come espressione normale ed universale, naturale e positiva dell'esperienza esistenziale della donna”.

È soltanto più recentemente che le più diverse scienze e discipline hanno proposto gli aspetti della maternità e della femminilità come una delle possibili forme e modalità di costruzione sociale, culturale e identitaria della donna e delle sue specifiche sfere esistenziali. La stessa affermazione, sopra riportata, di Gius e Cavanna (1988, p.21) mette in evidenza in che modo la costruzione nell'*hic et nunc* della realtà soggettiva relativa alla notizia della gravidanza sia cosa differente rispetto alla costruzione di significato precedente relativa soltanto all'idea o al concetto astratto della gravidanza. Tale considerazione evidenzia in tal modo la presenza di una costruzione normativa della maternità, sulla quale la donna costruirebbe un'aspettativa e dei processi immaginativi, i quali poi si incontrerebbero con l'esperienza della reale maternità.

La psicologia, che inizialmente sposava gli orientamenti naturali e costituzionalisti di stampo psicoanalitico e psicomodinamico sul tema, sulla spinta dell'interdisciplinarietà e dell'influenza di saperi socio-culturali come la sociologia e l'antropologia culturale, ha sviluppato nel tempo una sempre maggiore sensibilità allo studio ed approfondimento delle componenti sociali e culturali della psicologia in senso lato, e dunque anche delle specifiche tematiche della femminilità e maternità.

Per ciò che riguarda i contributi della psicologia allo specifico momento del post-partum e la possibile manifestazione di una sofferenza psicologica o psicopatologica legata ad esso, quest'ultima è stata considerata, allo stesso modo della tematica della femminilità e della maternità, o come forma psicopatologica direttamente derivante dalla condizione naturale, biologica e costituzionale della donna, oppure, oggi giorno sempre più diffusamente, come possibile costruzione di senso e significato socio-culturale ed identitaria, secondo gli orientamenti della psicologia post-moderna. In particolare, gli orientamenti post-moderni si volgono a considerare le istituzioni umane come costruzioni socio-culturali e considerano la femminilità e la maternità tradizionalmente intese come particolari istituzioni socialmente, culturalmente e storicamente definite, alla pari di altre istituzioni.

Inoltre, la maternità, compresa delle sue dimensioni più tipiche della gravidanza, parto e post-partum, rappresenta un campo di studi interdisciplinare studiato da svariate scienze e discipline tra le quali, oltre alla psicologia, troviamo l'ampio ventaglio delle scienze mediche e biologiche e le neuroscienze. Queste ultime si interessano, nello specifico, di connettere le variabili anatomiche e funzionali del cervello con le variabili psicologiche ad esse associate, sposando lo sforzo di ricollegare le variegate manifestazioni della maternità, nonché della femminilità a delle variabili di stampo biologico e genetico.

Al fine di introdurre la presente ricerca attorno a questo fenomeno, verrà esposta una trattazione teorica preliminare relativa ad alcuni temi e prospettive più o meno direttamente collegati al fenomeno della sofferenza e disagio psicologico del post-partum, quali gli aspetti della femminilità e la maternità.

Nella presente ricerca, verrà utilizzato il metodo di matrice fenomenologica denominato IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) ai fini dello studio delle dinamiche della maternità nel post-partum. Il campione selezionato consiste in due

donne, entrambe primipare, i cui significati sono stati indagati per mezzo di un'intervista semi-strutturata. Sono stati analizzati i temi fondamentali emergenti dalle narrazioni ai fini di mettere in evidenza la struttura dell'esperienza inerente al post-partum ed i risultati sono stati discussi alla luce della letteratura sul tema.

Capitolo 1

La donna e la maternità: dalla caratterizzazione del genere e della maternità all'esperienza del puerperio

1.2 La donna e la maternità secondo la psicoanalisi

La psicoanalisi, sin dagli esordi freudiani, ha offerto numerosissimi contributi allo studio della donna nelle dimensioni della femminilità e della maternità, creando e facendosi promotore di costrutti che hanno avuto enorme ripercussione sia tra i diversi studiosi del settore che nel pubblico più vasto della società. Per questo motivo si opererà per una trattazione, per quanto concisa, dei contributi della psicoanalisi.

Freud si accostò allo studio della femminilità a partire dalla riflessione sulla sessualità, la quale ricopriva grande importanza all'interno della teoria psicoanalitica. Infatti, tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX secolo era già in voga l'idea della centralità della sessualità nella vita dell'uomo e Freud, in particolare, ebbe il merito di connettere la sessualità alla teoria degli istinti e definire il concetto di libido/pulsione libidica quale "energia dinamica dell'istinto sessuale" (Langer, 1981, p. 54). I concetti di libido e di pulsione, all'interno della teoria freudiana, rappresentano degli aspetti dell'essere umano che connettono la sfera psichica con quella somatica: infatti l'intento di Freud è quello di ricondurre l'universo psicologico dell'essere umano al suo substrato biologico. La vita libidica e pulsionale dell'essere umano sarebbe posta nell'*inconscio*, altro concetto cardine della teoria freudiana, il quale rende conto del forte limite che l'essere umano possiede nella conoscenza di sé stesso e delle proprie manifestazioni e comportamenti.

Per Freud, la strutturazione della femminilità, e conseguentemente della maternità, passa attraverso le complesse vicissitudini dello sviluppo pulsionale psicosessuale, sviluppo che si svolgerebbe soprattutto sul piano dell'inconscio, il quale sarebbe biologicamente e costituzionalmente veicolato e determinato, concetto assunto in linea di massima da tutti gli autori di orientamento psicoanalitico. Coerentemente con gli assunti della società patriarcale dell'epoca che considerava quello maschile il

“sesso standard” (Langer, 1981, p. 60) e sosteneva l’inferiorità della donna rispetto all’uomo, Freud concettualizzò la cosiddetta invidia del pene, che la bambina svilupperebbe nella fase edipica (4-6 anni) una volta scoperta la mancanza dell’organo sessuale, contrariamente, invece, alla sua presenza nel bambino maschio.

Sotto il nome di “complesso di mascolinità della donna” (Freud, 1989, p.211), Freud descrive quel processo secondo cui la bambina sarebbe portata in questo modo a sviluppare angosce di castrazione ed a considerarsi come carente di un organo adeguato al pieno soddisfacimento pulsionale-libidico (il pene) ed a possederne uno più piccolo ed sostanzialmente inadeguato (il clitoride). Inoltre, la bambina immaginerebbe di essere stata deprivata e mutilata del proprio pene originario a causa delle proprie fantasie incestuose verso il padre, il quale rappresenterebbe il suo specifico oggetto libidico nella fase edipica, e della conseguente attività di masturbazione. Il conflitto derivante dalla coscienza della mutilazione, inizialmente sfociato nell’invidia del pene, si risolverebbe nel processo di identificazione con la madre. A questo proposito la bambina trasformerebbe la sua originaria tendenza attiva relativa all’attività masturbatoria (nella quale a livello inconscio il clitoride verrebbe considerato alla stregua di un pene, seppur carente e rudimentale) in una tendenza passiva-ricettiva che si esprimerebbe dapprima nel desiderio di ricevere un pene dal padre e poi dal desiderio di ricevere da questo, come regalo, un bambino: lo sviluppo psicosessuale della bambina è anche responsabile della sfera della maternità. Come Freud spiega, “ella rinuncia al desiderio del pene per mettere al suo posto il desiderio di un bambino, e, avendo di mira questo scopo, assume il padre come oggetto amoroso.” (Freud, 1989, p.214) ed il complesso di evirazione, presente nella donna in forma della consapevolezza di avere un pene carente, opera “conformemente al proprio contenuto, inibendo e limitando la virilità, e promuovendo la femminilità” (Freud, 1989, p.215), strutturando in questo modo il fondamento dell’identità femminile

Importante, in questo processo di superamento del conflitto edipico, la presenza di una relazione positiva con la madre, che Freud denomina “attaccamento preedipico alla madre” (Freud, 1979, p.226): quest’ultima, infatti, costituisce il primo oggetto libidico della bambina, come anche del bambino, e un adeguato soddisfacimento pulsionale nelle fasi pre-edipiche, insieme con il superamento dell’ambivalenza, è precursore favorevole di una successiva buona identificazione con essa.

Altro concetto fondamentale della psicoanalisi freudiana è quello di *bisessualità*: a partire da una concezione fondamentalmente biologica ed istintuale della pulsione sessuale, Freud concepì la sessualità come *bisessualità*, intesa come la compresenza nell'individuo di tratti, prettamente biologici, sia maschili che femminili, e tentò di individuare la struttura psichica attribuita a ciascuno dei sessi. Per questo motivo, nonostante la donna venisse concepita come sesso inferiore su tutti gli aspetti, “poiché esistono tratti dei due sessi tanto nell'uomo che nella donna (concetto di bisessualità), questa inferiorità non sarebbe in opposizione con le doti affettive ed intellettuali di certe donne superiori, perché le loro capacità sarebbero semplicemente una manifestazione di tendenze maschili.” (Langer, 1981, p. 56).

In sintesi, secondo la concezione freudiana la quale risente grandemente dei pregiudizi culturali tipici della società patriarcale dell'epoca, la strutturazione delle dimensioni della femminilità e della maternità prenderebbe le fila da una idea della donna quale sesso carente o incompleto rispetto a quello maschile, le caratteristiche positive della femminilità verrebbero attribuite a tratti biologici prettamente maschili e la mancanza del pene quale organo di soddisfacimento adeguato verrebbe [“considerata quasi come un'inferiorità organica”] la quale [“produce talvolta come conseguenza una inferiorità sul piano psicologico, culturale e morale”] (Langer, 1981, p.56). L'identificazione con la figura materna sarebbe alla base della strutturazione dell'identità femminile e materna, la cui piena espressione sfocerebbe nella maternità, ovvero nella possibilità di generare figli. La donna, in qualche modo, si rifà dell'inferiorità rispetto all'uomo attraverso la sua capacità di generare figli, non posseduta dall'uomo.

Successivamente, la psicoanalisi ha visto i contributi di diversi autori, prevalentemente donne, come riportato da Langer (1981), le quali criticano gli “errori fallocentrici” (Langer, 1981, p. 95) di Freud e propongono una diversa visione della donna, della sua identità e del suo sviluppo psico-sessuale. L'Autore cita autrici della scuola viennese come Ruth Mack Brunswick, Helene Deutsch e Karen Horney le quali cominciarono ad attribuire un ruolo più marginale e meno decisivo all'invidia del pene mettendo in evidenza come il rivolgimento verso il padre come oggetto libidico e la conseguente strutturazione dell'identità femminile abbiano le fondamenta nel rapporto con la madre quale oggetto libidico primario pre-edipico. Per le Autrici, non l'invidia del pene ma una relazione precoce soddisfacente

ed una identificazione positiva con la madre sarebbero alla base della strutturazione dell'identità femminile e della futura maternità della donna e la bambina concentrerebbe tutta la sua attività erotica infantile sul clitoride, vissuto come pene carente soltanto perché spinta dal non riconoscimento della vagina.

La Brunswick mette in evidenza come, contrariamente alla passività assoluta attribuita alla donna da Freud, la donna giochi un ruolo molto attivo nelle cure del bambino, una volta diventata madre. Inoltre, l'Autore sostiene come il vero motivo dell'identificazione della donna con la propria madre ed il rivolgimento verso il padre come oggetto d'amore siano dovuti all'amore che la bambina proverebbe verso la madre come oggetto libidico primario ed alla frustrazione di non poterla sedurre per via della mancanza del pene. Infatti "la bambina rimprovera la madre, dopo essersi resa conto della mancanza di pene di entrambe, di aver ereditato da lei un genitale insufficiente, che non le servirà mai per poterla conquistare" (Langer, 1981, p.70): la successiva identificazione con la madre, insieme al conseguente rivolgimento amoroso verso il padre, sarebbe un modo per non separarsi dalla lei poiché "mentre di fronte alla madre non può accettare la propria castrazione, poiché ciò significa separarsi da lei, l'accetta invece di fronte al padre, identificandosi con la madre castrata e tuttavia da lui amata" (Langer, 1981, p.70). La bambina assumerà così una posizione passiva nei confronti del padre, visto come oggetto d'amore, per poi recuperare una posizione attiva durante la maternità nelle cure del figlio.

Il contributo principale della Deutsch, invece, riguarda il concetto di "trauma genitale": questo indica la sofferenza ed il conflitto provati dalla bambina per il fatto di non possedere un genitale appropriato per una sessualità attiva, ovvero un pene, poiché secondo l'Autore "la tendenza ad evolvere dalla passività all'attività è profondamente radicata nell'io" (Deutsch, 1977, p.65), ed al contempo di non possedere un genitale visibile per una sessualità passiva, ovvero la vagina, poiché questa si sottrae ad essere percepita con evidenza. Secondo l'Autore, ancora una volta, per uno sviluppo psicosessuale sano, l'identificazione con la madre gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo della componente materna, in particolar modo in relazione agli aspetti attivi del ruolo materno che si esplicano nelle cure del figlio (Deutsch, 1977, p.64).

Per quanto riguarda il contributo della Horney, essa si dimostra molto critica rispetto alla concezione secondo cui sarebbe scontato che le donne abbiano un senso

di inferiorità verso l'uomo per via degli organi genitali, laddove è proprio questa invidia del pene che deve essere considerata problematica per lo sviluppo femminile (Horney, 1973, p.39). In particolare, l'invidia del pene sarebbe fondata sull'erotismo uretrale, considerato come maggiormente sviluppato nel maschio, a causa del pene, e nell'istinto scopofilico (Horney, 1973, p.39) e il complesso di castrazione, che sarebbe connesso alla virilizzazione ed omosessualità della donna, avrebbe come sua origine più profonda quella dell'identificazione patologica con il padre (Horney, 1973, p.51). A contrario, come manifestazioni di uno sviluppo sano della donna ci sarebbe la relazione positiva con la madre in quanto "la bambina costruisce, sulla base dell'identificazione (di odio o di amore) con la madre, la fantasia di avere un rapporto sessuale con il padre" (Horney, 1973, p.46): in questo senso l'invidia del pene può essere facilmente vinta dalla bambina, che sin dall'inizio è portatrice di una vita psichica tipica di un essere femminile, e non di un maschio castrato.

Una rivoluzione più profonda nel modo di concepire la donna viene offerta dalla scuola inglese, in particolare da Melanie Klein ed Ernest Jones. Secondo la scuola inglese la donna nascerebbe già con una sua specifica identità, prettamente femminile, una sessualità femminile primaria e non come "uomo mancato" (Jones, 1972, p. 503) e sia il maschio che la femmina "provverebbero precocemente sensazioni corrispondenti alla loro organizzazione genitale, e cioè tendenze alla penetrazione localizzata nel pene nel bambino, e desideri di ricezioni localizzati nella vagina nella bambina." (Langer, 1981, p.87).

Secondo Klein (1978), nella bambina il normale sviluppo psico-sessuale attuato tramite il complesso edipico verso il padre risentirebbe grandemente dalla prima relazione oggettuale con la madre, con riferimento alla dinamica tra posizione paranoide e posizione depressiva. Nella relazione libidica primitiva "il primo oggetto è il seno materno, il quale per il lattante si scinde prestissimo in seno buono (soddisfacitorio) e seno cattivo (frustrante); questa scissione ha come risultato la disgiunzione e la separazione tra odio e amore" (Klein, 1978, p.410). Tale posizione è denominata paranoide e, per via delle fantasie persecutorie e delle pulsioni aggressive, nei confronti del seno cattivo, impedisce l'introiezione dell'oggetto totale, ovvero l'identificazione con la madre derivante dalla ["sintesi degli aspetti amati e di quelli odiati dell'oggetto totale"] dai quali ["hanno origine i sentimenti di lutto e il senso di colpa che comportano progressi sostanziali nella vita emotiva ed

intellettiva del lattante”] (Klein, 1978, p.411). Qualora nella bambina la posizione paranoide e la scissione da essa derivante non fosse stata elaborata e non fosse avvenuto il passaggio alla posizione depressiva, questa non riuscirebbe ad attraversare con successo il complesso edipico diretto al padre e “conservare i suoi desideri genitali” (Klein, 1978, p.387). La scissione tra oggetto cattivo, fonte di sentimenti di odio e di fantasie persecutorie di punizione, e l’oggetto buono “di cui non poteva fare a meno” (Klein, 1978, p.387) porta la bambina a non “tollerare l’angoscia ed il senso di colpa supplementari generati dai sentimenti edipici costituiti dalla rivalità e l’odio per la madre” (Klein, 1978, p.387): come spiega l’Autore “l’insuccesso nello stabilire un rapporto soddisfacitorio con la madre si era ripetuto nel rapporto orale e genitale non il padre” (Klein, 1978, p.387) e perciò il padre si era trasformato non in un oggetto di amore ma “in una persona pericolosa” (Klein, 1978, p.387).

Condividendo l’orientamento degli autori della scuola viennese, Langer (1981) sostiene l’idea secondo cui la femminilità si strutturerebbe a partire dalla relazione pre-edipica con la madre verso la quale la bambina proverebbe una profonda ambivalenza costituita da sentimenti di amore, rappresentando la madre l’oggetto libidico primario da cui dipende totalmente e che le offre il nutrimento (il seno buono), e da sentimenti di “odio e sadismo orale” (Langer, 1981, p. 87) dovuti alle frustrazioni (il seno cattivo) per il fatto che il seno materno “non le dà tutto il latte che desidera” (Langer, 1981, p. 87).

A questo proposito Ernest Jones rimarca, riguardo alla fase fallica della bambina, che “dietro il desiderio della bambina che la sua clitoride sia un pene, vi è quindi, la più complessa rete di fantasie. Il loro scopo è parzialmente libidico, ma soprattutto difensivo, composto da vari disparati tentativi di controllare il suo sadismo e di placare l’angoscia disperata che esso ha generato” (Jones, 1972, p. 499): in questo senso la fase fallica nella bambina una costruzione difensiva e secondaria e non un vero e proprio stadio evolutivo specifico della donna. (Jones, 1972, p. 345).

1.2.1 La teoria dei coinemi di Franco Fornari

All'interno degli svariati contributi di stampo psicoanalitico, appare particolarmente significativo quello offerto da Franco Fornari. Secondo Fornari, l'inconscio sarebbe dotato di un linguaggio per mezzo del quale esso (l'inconscio) opererebbe prescrizioni e proibizioni attraverso una memoria di dati ed un piano di scelte possibili. La memoria di dati sarebbe composta dai *coinemi*, i quali rappresenterebbero delle *imago*, ovvero "rappresentazioni di cose, geneticamente pre-scritte o iscritte naturalmente nelle strutture biologiche che sottendono l'inconscio umano" (Fornari, 1981, p.19) le quali "si riferiscono alle relazioni di parentela, ai rapporti sessuali, alla nascita e alla morte" (Fornari, 1981, p.18) cosicché ogni essere umano sarebbe dotato di una "pre-concezione naturale del padre, della madre e del bambino (o della bambina) e dei fratelli, che a loro volta, presuppongono la pre-concezione naturale del corpo umano, del sesso maschile e femminile, della nascita e della morte." (Fornari, 1981, p.19) A partire da tali rappresentazioni innate dei familiari (paretemi), del corpo (erotemi), della nascita e della morte, tutti gli stati del mondo, ovvero tutti gli oggetti dell'esperienza del soggetto verrebbero inconsciamente ricollegati a tali rappresentazioni inconse per mezzo di un codice: la persona farebbe esperienza del mondo familiarizzandolo (ricollegandolo ai parentemi) e corporeizzandolo (ricollegandolo agli erotemi) nel senso che tutti gli oggetti dell'esperienza del soggetto rappresenterebbero, a livello inconscio, dei significanti facenti riferimento a dei significati innati, ovvero i coinemi. In questo senso i coinemi costituirebbero un'unità primaria di significazione della realtà di natura innata, un simbolizzato primario alla base dei processi di simbolizzazione. I codici inconsci avrebbero un carattere affettivo in quanto "codici decisionali naturali centrati sulla sopravvivenza" che presiederebbero ai processi di significazione della realtà, anche da un punto di vista socioculturale. Nella definizione offerta da Fornari stesso, il *codice vivente* "ha la funzione di prescrivere generativamente repliche di significanti, attraverso la messa in forma e la messa in atto di segni, in base ad una pre-memoria di dati e ad un piano di scelte possibili, quindi insature, saturate dall'incontro del corpo e della mente con l'ambiente" (Fornari, 1982). I codici viventi, inoltre, sarebbero codici decisionali nel senso che condurrebbero ad un piano di scelte possibili basato su ["la connotazione oppositiva

buono/cattivo”] [“sostenuta dall’opposizione tra il coinema nascita (ciò che fa vivere) e il coinema morte (ciò che fa morire).”] (Fornari, 1981, p.28). All’interno della teoria di Fornari è di grande importanza la cosiddetta *scena circostanziale* ovvero la situazione personale e storica che la persona si trova a vivere nell’*hic et nunc*, poiché è questa che attiva il repertorio coinemico innato ed i processi di significazione correlati. In questo senso, infatti, Fornari ha studiato i sogni delle madri in gravidanza e nel puerperio e ne ha tratto una teoria del codice materno, ovvero un processo decisionale inconscio rilevante sul piano etico e morale, offrendo alla psicoanalisi ed alla psicologia in generale un altro importante contributo favorevole all’approccio costituzionalista ed innatista della femminilità e maternità. Per ciò che riguarda lo studio della femminilità della maternità, l’innovazione più significativa introdotta dall’Autore, in contrasto con le altre posizioni psicoanalitiche, è l’idea della maternità concepita in sostanziale conflitto/contrasto con la femminilità: infatti per l’Autore, sia in gravidanza che nel puerperio, avviene uno scontro/opposizione tra il codice materno (parentale) ed il codice femminile (sessuale), laddove il codice materno sarebbe dominato dall’importanza dei parentemi e delle relazioni di parentela mentre il codice femminile sarebbe dominato dall’importanza degli erotemi e del rapporto sessuale. Così come i codici viventi avrebbero una finalità adattiva e sarebbero orientati alla sopravvivenza, allo stesso modo il codice materno sarebbe promotore di comportamenti ed atteggiamenti orientati alla salvaguardia del bambino, della madre e della coppia madre-bambino, in particolare modo in relazione all’evento della gravidanza e, soprattutto, del parto. Per quanto riguarda il periodo della gravidanza, il codice materno prevarrebbe nell’ambito particolare della proibizione dei rapporti sessuali ai fini della salvaguardia della gravidanza: tale proibizione sarebbe promossa principalmente dal ginecologo, raffigurante “la figura del padre come Super-io parentale che rimuove la sessualità” (Fornari, 1981, p.63). Per ciò che riguarda, invece, il momento della nascita e del parto la funzione del codice materno è in relazione con quel particolare processo che Fornari chiama “paranoia primaria”. Il parto, infatti, rappresenta un momento particolarmente drammatico per la madre, per il bambino e per la loro relazione in quanto è presente la realtà del dolore ed un reale rischio e pericolo di morte per entrambi. In questo particolare contesto, dunque, si sviluppa l’angoscia persecutoria, sia del bambino nei confronti della madre (nella fase dilatante del parto)

che della madre nei confronti del bambino (nella fase espulsiva del parto). Secondo il pensiero di Fornari il trauma della nascita, trauma appartenente tanto alla madre quanto al bambino rischierebbe “di attivare l’assoluto della persecuzione proprio all’interno di quel rapporto madre-bambino al quale è affidata la funzione di fondare, per il figlio dell’uomo, la fiducia di base nel rapporto con il mondo e quindi anche la possibilità di significarlo” (Fornari, 1981, p.256). Per ovviare a questo pericolo e per affrontare il lutto e la perdita, dunque, tanto la madre quanto il bambino metterebbero in atto il meccanismo di spostamento della persecuzione nel padre: quest’ultimo, dunque, avrebbe la funzione di bonificare il rapporto madre-bambino dalla persecuzione insita nel parto e dalla minaccia alla fiducia di base che questa rappresenterebbe. In questo contesto, il parto, evento naturale, verrebbe vissuto, a livello simbolico, come comandato e normato dal padre, il quale verrebbe scisso in un figura paterna cattiva, al quale viene attribuita l’origine della persecuzione che sia la madre che il bambino sperimentano e ricevono, ed una figura paterna buona, al quale viene attribuita la buona riuscita del parto e la salvezza di madre e bambino: “la paranoia primaria che trasforma il padre in persecutore e nello stesso tempo in redentore appare quindi essere posta la servizio della bonificazione della diade madre-bambino attraverso la esportazione dentro il padre dell’universo della morte e del lutto, che sono dentro il bambino e dentro la madre” (Fornari, 1981, p.256). Inoltre il codice materno, sempre a partire da una finalità adattiva di salvaguardia del bambino e della diade madre-bambino nell’evento della nascita/parto, metterebbe in campo degli importanti meccanismi di identificazione con le figure del proprio universo simbolico, attivando una mobilitazione di tutto il mondo interno, sia dei parentemi che degli erotemi: “attraverso l’identificazione con il bambino, con il fallo paterno e con la madre, la gestante realizza il controllo dei pericoli insiti nel parto, mediante l’appropriazione onnipotente del potere del bambino, del padre e della madre” (Fornari, 1981, p.263). In particolare, nell’ambito della relazione della madre con il bambino “il potere decisionale onnipotente, caratteristico del codice materno, è specificamente legato a questa coincidenza tra parto e nascita, per cui generare è anche autogenerarsi come Dio. Poiché la propria nascita è già avvenuta il far coincidere il proprio partorire con la propria nascita implica realizzare il proprio partorire con il semplice fatto di rappresentare il proprio nascere. Ciò crea

un'identificazione molto profonda della madre col proprio bambino, che fonda la simbiosi" (Fornari, 1981, p.264).

Il conflitto tra codice materno e codice femminile opera anche nel periodo del puerperio, periodo che l'Autore affronta quasi esclusivamente in relazione alla ripresa dei rapporti sessuali della coppia. Nel puerperio, infatti, si assisterebbe ad un recupero della femminilità e dell'identità femminile e sessuale e dei rapporti sessuali nella coppia, a scapito della maternità/parentalità. Assumerebbero importanza, in questa fase, gli aspetti della desiderabilità del corpo femminile e la cura della relazione con il marito. In relazione a quest'ultimo, la donna sperimenterebbe il conflitto tra coppia coniugale e coppia parentale: poiché il parto e la nascita hanno reso il marito anche padre, la donna attiverrebbe un meccanismo di identificazione tra il marito ed il proprio padre con la conseguenza che i rapporti sessuali verrebbero vissuti, nella dimensione inconscia, come incesto. In sintesi, nella fase del puerperio, il conflitto tra codice femminile/sessuale e codice materno/parentale si risolverebbe a favore del codice femminile, capovolgendo la situazione vissuta nella fase della gravidanza e del parto/nascita.

Si è citato il pensiero di Franco Fornari poiché, diversamente dalla maggioranza degli approcci psicoanalitici/psicodinamici che concepiscono la maternità come in continuità con la femminilità, nel pensiero dell'Autore queste sono concepite in contrasto/discontinuità in una dinamica in cui, a seconda della fase di vita della donna, ora predomina una ora l'altra: tale prospettiva è significativa rispetto al ruolo che maternità riveste nell'identità femminile in senso lato.

1.2.2 La concezione "costituzionalista" della psicoanalisi: una sintesi

Rispetto alla riflessione sull'origine/causa del comportamento umano, la psicoanalisi è stata spesso accusata di non tenere conto del ruolo della cultura, delle variabili ambientali e delle costitutive differenze individuali, nelle sue svariate teorizzazioni e per questo motivo ha conosciuto nelle teorizzazioni più recenti un'apertura significativa verso le suddette dimensioni. Ad esempio, come argomentano Gius e Cavanna (1988) in relazione al desiderio di maternità, ["l'esperienza clinica..."] riferisce ["... di una gamma vasta e differenziata di

fantasie all'origine del desiderio di un bambino, tanto da far supporre che anche le *componenti primarie* di questi motivi siano fortemente diversificati da un individuo all'altro"] (Gius e Cavanna, 1988, p.17) specificando che non vi è possibilità di discernere in maniera precisa e definitiva "i motivi innati ed acquisiti della maternità (Gius e Cavanna, 1988, p.17)" e considerando come uniche conclusioni possibili quelle che considerano l'importanza e la centralità del substrato anatomico e fisiologico, ovvero "delle differenze anatomiche e del ciclo femminile" (Gius e Cavanna, 1988, p.17) e delle differenti aspettative di ruolo relative ai due sessi.

Invece, rispetto alla riflessione sulle dimensioni della maternità e femminilità, la psicoanalisi, all'interno del suo sviluppo storico, si è mossa da una concezione della donna come sesso carente ed incompleto rispetto a quello maschile verso una concezione della stessa come sesso specifico e a sé stante, indicando come le problematiche inerenti all'invidia del pene e al senso di inferiorità verso l'uomo siano dovute ad uno sviluppo psico-sessuale e affettivo poco armonico.

In ogni caso, la psicoanalisi rappresenta in psicologia il principale promotore dell'orientamento "costituzionalista" nell'approccio alla femminilità e maternità e nel tempo è rimasta sostanzialmente fedele al tentativo di connettere le variabili e la struttura psicologiche con il substrato biologico-istintuale.

Fu proprio Freud, il fondatore della psicoanalisi, sulla scia delle idee e dei concetti condivisi dalla comunità scientifica dell'epoca ad attribuire un ruolo fondamentale alla biologia (come si può evincere dall'importanza che diede alla teoria degli istinti), ai fattori ereditari e costituzionali ed alla bisessualità intesa come il riconoscimento all'interno della persona di aspetti biologicamente maschili e aspetti biologicamente femminili. Alla base di questa concezione ci sarebbe la piattaforma concettuale basata concetto di istinto, concetto ispirato chiaramente alla biologia della fine del XIX secolo.

In questo senso, Gius e Cavanna (1988) hanno messo in evidenza alcuni esempi di come si sia tentato, nel corso del tempo, di tracciare una connessione tra variabili biologiche, fisiologiche e la teoria psicoanalitica. Gli Autori riportano alcuni contributi esemplificativi quali quelli di J. Kestenberg secondo cui sarebbe proprio l'eccitazione sessuale il motore fondamentale della maternità e di T. Benedekt, secondo cui esisterebbe una interdipendenza e reciproca influenza dello sviluppo psicosessuale con la fisiologia del ciclo gonadico e dei processi ormonali.

Inoltre, all'interno della riflessione sulla femminilità in senso lato, e quindi anche sulla maternità, gli orientamenti psicoanalitici, sulle orme della prospettiva costituzionalista, hanno operato una riflessione sul cosiddetto "bisogno di maternità". Questo, "nonché tutte le tendenze ed attitudini alla procreazione ed alla cura dei figli sono state attribuite da alcuni (psicologia psicoanalitica dell'io) alla continuità filogenetica della donna con la femmina degli animali, da altri ad un "substrato biofisiologico" che vedeva collegati il funzionamento psicodinamico ed i processi ormonali della donna (Gius e Cavanna, 1988, p.11).

Come sintetizzano concisamente Gius e Cavanna (1988) p.13: "il collegamento tra la stimolazione ormonale, l'attivazione della pulsione e i processi intrapsichici che selezionano e modulano le risposte adeguate ma conseguenti ai modelli interiorizzati della personalità sembrano dar ragione dell'ampia differenziazione delle risposte individuali agli stimoli fisiologici per la funzione di mediazione e di controllo dell'IO il cui collegamento con lo sviluppo ontogenetico lo rendono patrimonio specifico della persona, ma anche parte integrante del suo modello di risposta fisiologico".

1.3 Una prospettiva socio-culturale sulla maternità: la costruzione dell'identità di madre e il cambiamento della concezione della maternità nell'ultimo secolo

Nel corso del XX secolo, nel campo della psicologia e delle altre scienze psico-sociali si è assistito ad una crescente attenzione alle variabili sociali e culturali ai fini dell'analisi e comprensione dei processi psicologici e relazionali e del comportamento. Questo è particolarmente evidente negli orientamenti della psicologia post-moderna, che è parte a sua volta del più ampio movimento culturale post-moderno con il quale, secondo Armezzani (2002, p.IX) "ci si riferisce, più in generale, a tutte quelle correnti culturali (artistiche, filosofiche, scientifiche) che riconoscono l'insufficienza del pensiero "moderno" nel rendere conto della condizione umana e attribuiscono il fallimento ad un eccesso di razionalismo, alla fiducia cieca e totalizzante nella scienza ed al progresso cumulativo delle conoscenze. Contro queste istanze il post-modernismo esercita la sua critica

corrosiva, rivendicando la possibilità di una conoscenza priva di fondamenti certi ed assoluti, la molteplicità delle prospettive, la costruzione sociale dei saperi.” All’interno di tale filone, la psicologia post-moderna mette in risalto come il ruolo della cultura e delle interazioni/relazioni sociali risultino indispensabili ai fini di una corretta analisi dei processi psicologici e dei comportamenti umani. La tesi fondamentale comune ai suddetti orientamenti è l’impossibilità di concepire l’identità personale/sociale degli individui se non la si colloca nell’ambito dei processi relazionali, sociali e culturali. Allo stesso modo, l’identità di madre può essere letta come costruzione sociale e culturale di senso, storicamente situata all’interno di un contesto e soggetta a continua negoziazione di significato nelle interazioni sociali.

1.3.1 La maternità come sfera problematica

Gli ultimi decenni hanno visto un significativo cambiamento nella concezione della donna nei più diversificati contesti sociali e culturali, in particolare modo grazie al movimento femminista, e questo ha comportato una profonda rivalutazione dell’identità e del ruolo della donna e della maternità, tenendo in considerazione che “la maternità rappresenta in primo luogo un mutamento: negli aspetti fisici, nella propria identità e nel proprio stato sociale.” (Spano e Facco, 2001, p.71)

A questo proposito si evidenziano le critiche rivolte da Spano e Facco (2001) alla società capitalista in relazione alla costruzione simbolica/culturale della donna/femmina, laddove essa è inestricabilmente connessa alla costruzione culturale/simbolica dell’uomo/maschio, del matrimonio, della famiglia e dei rapporti sociali in senso lato, compresi quelli di produzione e differenziazione del lavoro e delle funzioni. Nella dialettica uomo/donna è possibile reperire gli imperativi morali della società di appartenenza ed analizzare in che modo i sistemi simbolici si traducono in sistemi di potere. Infatti, la critica degli Autori riguarda quel sistema culturale (capitalistico) che vede la donna come inestricabilmente connessa alla propria dotazione biologica e naturale, (ovvero ancorata al suo ruolo biologico di madre) e quindi non rappresentante un soggetto pienamente sociale, ovvero portatrice di cultura, mentre al contrario questa funzione sarebbe destinata all’uomo.

Un altro aspetto problematico è rappresentato secondo Melchiorre (1992, p.78) dalla tendenza al “differenziarsi delle forme familiari, ad un proliferare di famiglie di diverso tipo rispetto a quella nucleare di matrice borghese” e di conseguenza anche ad un differenziarsi di forme di maternità. Inoltre, secondo Allegra e D’Amelia (1997), oggi assistiamo ad una frammentazione e pluralizzazione dei significati attribuiti alla maternità dalla società contemporanea, laddove tali attribuzioni di significato sono spesso contraddittorie e conflittuali: in particolare, il paradosso si esprime per la compresenza da un lato di una rarefazione dell’esperienza della maternità nel corso di vita della donna e dall’altro dal crescente ricorso alle tecniche di procreazione assistita. Questo aspetto assume particolarmente peso, secondo gli Autori, in quanto la maternità “ha costituito e costituisce una dimensione simbolica dell’identità di genere femminile tendenzialmente più totalizzante che non la paternità per l’identità di genere maschile” (Allegra e D’Amelia, 1997, p.319) nel senso che un possibile fallimento nello svolgimento adeguato del ruolo materno è potenzialmente estremamente dannoso per la definizione della propria identità personale. Questo cambiamento, secondo gli Autori, è potuto avvenire a partire dai processi culturali che hanno preso luogo negli anni Cinquanta e Sessanta, in cui si è assistito all’affermarsi nelle società occidentali di una cultura “puerocentrica” (Allegra e D’Amelia, 1997, p.321), ovvero centrata sul bambino, in particolare in relazione all’importanza delle cure materne, della socializzazione e del carattere di prolungata dipendenza affettiva e relazionale di questo, anche grazie all’opera di alcune discipline, come psicologia e pedagogia. Come fa notare Melchiorre (1992, p.37) “le ricerche condotte nell’ambito di queste discipline sullo sviluppo del bambino, sulla crescita dell’intelligenza, sulla predisposizione dei meccanismi di adattamento del futuro adulto, sulla formazione del carattere hanno progressivamente posto in luce sempre più chiaramente l’importanza fondamentale della coppia parentale come punto di riferimenti dei figli: qui si è consumata la svolta rispetto alle culture del passato; qui sono tramontati definitivamente quegli universi della “lontananza e “separatezza” già posti in evidenza, qui si è aperto il varco ad una riscoperta della paternità e maternità. Ciò che le culture premoderne avevano diviso, la cultura moderna ha unito”.

In questo senso, la maternità ha cominciato ad essere costruita come un “lavoro a tempo pieno” (Allegra e D’Amelia, 1997, p.321), un’attività in cui la donna avrebbe

dovuto calarsi completamente e svolgere adeguatamente in termini qualitativi, arrivando dunque a sacrificare anche il numero dei figli. La maternità ha cominciato ad essere concepita come “un lavoro relazionale che inizia già dalla gestazione, se non prima” (Allegra e D’Amelia, 1997, p.322) e come fa notare Melchiorre (1992, p.33) “il rapporto tra genitori e figli - e soprattutto tra madre e bambino - si è fatto più personalizzato, più carico di quelle componenti emotive che in passato erano sovente mancate”. Sul piano culturale rinveniamo come la prescrizione culturale di “essere una buona madre” (Allegra e D’Amelia, 1997, p.322) abbia assunto un valore estremamente importante per la costruzione dell’identità personale, molto più della prescrizione di diventare madre di molti figli, cosa che ha portato le donne a scegliere attivamente la maternità come lavoro totalizzante ed esclusivo.

In senso lato, gli Autori sostengono che le prescrizioni culturali sulla maternità dettino quella che può essere definita una “normalità materna” (come, ad esempio, l’età della madre) che determina i canoni e le regole che la donna dovrebbe seguire per essere una buona madre, distanziandosi dai quali questa incorre in una grave minaccia alla propria identità di donna e di persona. (Allegra e D’Amelia, 1997, p.329). A questo proposito, secondo Kitzinger (1980, p. 173), oggi sarebbe dominante “un modello romantico di maternità col quale le donne non possono identificarsi” evidenziando il potenziale divario tra le aspettative sulla maternità e l’esperienza reale. In tale contesto culturale, la maternità diventa una scelta di identità vera e propria fondata sulla propria disponibilità ad accogliere una nuova vita e ad abbracciare un impegno relazionale totalizzante nei confronti del bambino e tale carattere di scelta implica che la donna possa, d’altro canto, scegliere di rifiutare la maternità, come avviene nel caso dell’aborto (Allegra e D’Amelia, 1997, p.324). In sintesi, il carattere fortemente problematico della maternità risiede nel fatto che essa è diventata un’esperienza [“che va esplicitamente ed intenzionalmente integrata di volta in volta (e non una volta per sempre) nell’insieme delle esperienze di vita di una donna, nei suoi progetti e strategie, piuttosto che costituirne essa stessa la causa o il fine”] ed in questo senso, [“investita di intenzionalità e di decisionalità, la maternità ha perso lo status di fine ultimo ed onnicomprensivo per la generalità delle donne e per tutta la vita delle donne”] (Allegra e D’Amelia, 1997, p.330) ed è dunque assoggettata a continui processi di negoziazione di significato, laddove un

fallimento nella dimensione materna costituisce una grave minaccia identitaria per la donna.

Tale contesto normativo può dare adito a processi di stigmatizzazione (Goffman, 2003), come emerge dallo studio di Whitley e Kirmayer, (2008) del quale si tratterà in seguito, laddove per stigmatizzazione si intende un processo sociale di esclusione e di attribuzione di giudizio negativo in riferimento ad uno scarto tra identità sociale virtuale e identità sociale attuale. Secondo Goffman, 2003, p.12, [“quando ci troviamo davanti ad un estraneo, è probabile che il suo aspetto immediato ci consenta di stabilire in anticipo a quale categoria appartiene e quali sono i suoi attributi, in altri termini la sua identità sociale”] [“ci fidiamo delle supposizioni fatte e le trasformiamo in aspettative normative e quindi in pretese inequivocabili”]. Tali requisiti, chiamati dall’Autore [“richieste effettuali”], le quali determinano il carattere attribuito alla persona possono essere, dunque, denominati [“un’attribuzione potenzialmente retrospettiva, una caratterizzazione effettuale”] (Goffman, 2003, p.12) mentre si definisce identità sociale attuale della persona “la categoria a cui possiamo dimostrare che appartiene e gli attributi che è legittimo assegnargli” (Goffman, 2003, p.12) caratterizzando lo stigma come “un genere particolare di rapporto tra l’attributo e lo stereotipo” (Goffman, 2003, p.14).

Come mette in risalto S. Kitzinger (1980) riguardo ruolo materno in rapporto con gli stereotipi, il problema di adattamento tale ruolo viene messo associato con le forme di disagio psicologico: “il grado elevato di piccole nevrosi e di depressione subclinica sperimentato dalle donne può essere sintomatico del fatto che qualcosa nel ruolo femminile della società moderna produce dissonanza emotiva in molte e il crollo completo in alcune” (Kitzinger, 1980, p. 37).

1.3.2 La maternità nelle società pre e post-industriali

Nella sua analisi della maternità nelle società post-industriali Sheila Kitzinger afferma che “non solo le donne sono meno preparate per la maternità rispetto alle proprie madri e nonne, ma in Occidente sono anche meno preparate rispetto a molte società preindustriali assai più prossime al livello di sussistenza e prive della

tecnologia elaborata e sofisticata delle società industriali avanzate” (Kitzinger, 1980, p. 24).

Marie Langer, ricorda, nella sua analisi psicoanalitica dei “disturbi più frequenti delle funzioni procreative della donna ” (Langer, 1981, p. 27), che se in passato il contesto socio-culturale sottoponeva la donna a forti e importanti restrizioni sul piano sessuale e sociale mentre contemporaneamente favoriva la sua funzione materna e procreatrice, attualmente la situazione sociale della donna risulta come diametralmente capovolta: “nell’ultimo secondo la donna della nostra civiltà ha acquisito una libertà sessuale e sociale completamente sconosciuta solo tre generazioni prima. Invece le circostanze culturali ed economiche impongono gravi restrizioni alla maternità” (Langer, 1981, p. 27).

Nelle società pre-industriali l’atteggiamento verso la maternità e la gravidanza era profondamente diverso rispetto a quello delle società post-industriali contemporanee, in cui hanno grande peso le politiche sociali di controllo delle nascite da parte degli Stati e la crescente medicalizzazione della gravidanza e del parto: estremamente diversi erano i rapporti sociali in cui la aspirante o futura madre era immersa, i significati co-costruiti e le pratiche condivise relativamente a tutti gli aspetti della maternità, dall’educazione della giovane adolescente all’atteggiamento verso la partoriente e la neo-madre. In particolare, i rituali delle società premoderne sono fondamentalmente espressione del potere della fertilità. In tali società le donne vengono educate sin da bambine a concepire sé stesse come future madri e la maternità, con tutte le pratiche e modelli ad essa associata, diventa la sfera fondamentale e cruciale della propria identità: “l’importanza che si dà attualmente all’autosviluppo, autoespressione ed autorganizzazione” (Kitzinger, 1980, p. 39) nelle società contemporanee post-industriali rappresenta la diffusione di valori culturali che si pongono in pieno contrasto con l’identità ed il ruolo materno tradizionali, invece fondati sui valori culturali del sacrificio e dell’abnegazione. In questo senso “la gravidanza è vista come un’interruzione e i bambini sono considerati un freno temporaneo alla realizzazione di esperienze desiderate” (Kitzinger, 1980, p. 30).

Un altro aspetto fondamentale che distingue le società pre e post-industriali riguarda le pratiche culturali di medicalizzazione della maternità che nelle moderne

società occidentali hanno un elevato peso in relazione alle diverse fasi della maternità, dalla gravidanza fino al puerperio.

Secondo il filone della Medicina evolutiva o darwiniana, come spiegano Seline e Stone (2009), la donna possederebbe una dotazione biologica ed anatomica di origine evolutiva secondo la quale l'atto del parto sarebbe più difficoltoso e doloroso da realizzare rispetto ad altri primati, in quanto la larghezza e la forma della pelvi, per via dell'adattamento finalizzato al bipedalismo, sarebbe a stento sufficiente per il passaggio della testa del feto, la quale sarebbe relativamente più ampia ed ingombrante rispetto a quella di altri primati. Le pratiche ostetriche tradizionali premoderne riguardanti il travaglio, la libera possibilità di camminare e muoversi e la scelta di operare delle spinte fisiologiche dalla posizione retta o accovacciata sembrano essere maggiormente adeguati in relazione a tale dotazione della donna. Inoltre, il piccolo dell'uomo nasce in una condizione di totale dipendenza e incapacità di prendersi cura di sé stesso, diversamente dal cucciolo di altri mammiferi, e ciò indurrebbe la donna a cercare l'assistenza e sostegno affettivo da parte di persone conosciute e fidate. Per ciò che concerne il neonato e la sua propria dotazione biologica, i modelli di accudimento quali l'allattamento *on-demand* a lungo termine e il *co-sleeping* (il dormire nello stesso letto del neonato) con il più intensivo e continuativo contatto fisico che ne deriva, vengono descritti dall'Autore come un complesso adattivo e sembrano essere maggiormente adeguati a tale dotazione: il bambino in tal modo verrebbe aiutato nello sviluppo rapido del sistema nervoso centrale e nella regolazione del pattern respiratori durante il sonno profondo mentre la madre verrebbe aiutata a sviluppare un investimento genitoriale profondo.

Nell'attuale sistema, invece, le pratiche associate alla medicalizzazione del parto non sarebbero in linea con la dotazione biologica ed anatomica in quanto la posizione supina durante il travaglio restringerebbe il passaggio della pelvi e l'impossibilità di muoversi non favorirebbe la motilità dei muscoli deputati al travaglio. Inoltre l'isolamento della donna dalle sue figure significative e la presenza dei cosiddetti "intimate strangers" (Seline e Stone (2009, pag. 13), ovvero il personale medico e paramedico che mette in atto per protocollo procedure medicalizzate rigide, non favorirebbe i bisogni affettivi della donna in quel particolare momento, provocando disagio, paura e stress in quali inducendo una particolare risposta ormonale, ovvero il rilascio di cortisolo ed epinefrina, ormoni che inibiscono le contrazioni uterine,

laddove la presenza di figure significative durante il travaglio e la loro presenza indurrebbe il rilascio di ossitocina, ormone deputato proprio alla stimolazione delle contrazioni uterine. La contrapposizione tra la dotazione biologica e anatomica dell'essere umano, in questo caso specifico la donna e il bambino, e le pratiche culturali, in questo caso quelle associate alla medicalizzazione del parto produrrebbe ciò che la medicina evolutiva denomina discordanza: "l'ipotesi della discordanza" (Seline e Stone, 2009, pag. 5) è il concetto utilizzato dalla medicina evolutiva per descrivere il disallineamento tra caratteristiche evolutive della specie e la cultura, suggerendo che questo possa portare alla comparsa di svariate condizioni cliniche e patologiche.

1.3.3 La svalutazione e medicalizzazione della maternità

Secondo quanto sostenuto da Kitzinger, si può affermare che la maternità attraversa un periodo di intensa svalutazione per diverse ragioni. La prima ragione è da rintracciare nella medicalizzazione della maternità, a partire dalla gravidanza e dall'evento del parto, tende a spogliare la donna di un bagaglio di conoscenze ed esperienze relative al proprio ruolo materno in tutti i suoi aspetti, attribuendo ad una classe medica e paramedica di esperti e specialisti le conoscenze utili a svolgere propriamente il ruolo di madre e la funzione di guida alla maternità.

Tutto ciò si ripercuote sulla costruzione simbolica che la donna ha rispetto alla gravidanza, al parto ed in generale alla maternità: queste ultime, infatti, per la moderna scienza medica sono diventate condizioni patologiche, laddove nelle società preindustriali e tribali erano concepite come delle fasi di vita scandite da appositi rituali posti a significare tali esperienze, all'interno di un contesto in cui la comunità cercava, tramite delle costruzioni simbolico/culturali, un modo di appropriazione ed umanizzazione della natura e degli eventi ad essa connessi.

Dal punto di vista storico, il fenomeno della medicalizzazione si è affermato nella società occidentale con la nascita e sviluppo della moderna medicina e ha provocato profondi cambiamenti nel rapporto dell'individuo con il proprio corpo e con la salute/malattia per mezzo di una espropriazione da parte del sistema medico (insieme alle professioni ad esso associate) della conoscenza sul proprio corpo e della facoltà di significare la salute, la malattia e la sofferenza: con il trionfo della scienza medica

e della clinica si afferma l'approccio all'oggettivazione del malato, il quale, da soggetto malato in grado di significare la malattia, diviene oggetto della stessa medicina. A questo proposito gli autori evidenziano che "il medico, la scienza medica, la clinica, trasformano il malato in malattia, oggettivamente. Il medico si limita al suo ruolo arbitrale, sul malato: nominandolo come malattia lo cancella come individuo." (Spano e Facco, 2001, p.71) Il processo che viene soprannominato dagli Autori come *iatrogenesi sociale* rappresenterebbe il risultato della ["medicalizzazione della vita"]: infatti ["l'esistenza di una struttura a cui è delegata l'amministrazione della salute implica che il malessere individuale venga comunque riferito e spiegato alla luce di un codice "esterno" di valori e che l'individuo "non sano" debba dipendere dall'istituzione per la soluzione del suo malessere."] (Spano e Facco, 2001, p.71). Il malato, dunque, viene escluso dal processo decisionale in merito alla gestione della salute. Altro aspetto pregnante, direttamente derivante dalla medicalizzazione, sarebbe l'ospedalizzazione del parto la quale ha pesantemente influito sull'esperienza della maternità e della prima relazione con il bambino nel puerperio: infatti "l'assimilazione del parto al concetto di malattia e la sua gestione all'interno della struttura ospedaliera, ha portato alla rimozione degli aspetti umani e psicologici, alla frapposizione di barriere tecniche tra madre e neonato, tra madre e personale sanitario e tra madre e restante tessuto sociale." (Spano e Facco, 2001, p.72) Inoltre, durante il periodo di ospedalizzazione della donna, viene stabilito un rapporto di disparità tra quest'ultima, in quanto paziente, ed il personale sanitario che detiene la conoscenza medica e scientifica e generalmente è posta poca enfasi sull'assistenza psicologica, morale e umana: infatti, soltanto in alcuni ospedali la donna viene seguita nel puerperio da psicologi ed in ogni caso "esiste un patrimonio sommerso di emozioni, sentimenti e stati conflittuali che non hanno punti di riferimento in ospedale o addirittura per gli operatori non hanno valore ontico." (Spano e Facco, 2001, p.75). Inoltre, l'ospedalizzazione della donna per il parto viene considerata dagli Autori un caso significativo di iatrogenesi sociale per via dei numerosi aspetti critici per il vissuto della donna in detta circostanza: la rigida definizione del ruolo della donna nell'organizzazione-ospedale in quanto paziente/malata, l'assenza di privacy, la sottomissione al tempo scandito in reparto, la rigida organizzazione degli spazi, la subordinazione dei bisogni personali a quelli del sistema ospedaliero, la condizione spersonalizzante durante le diverse fasi del parto,

la mancanza di un supporto sociale ed emotivo da parte dei familiari ed in particolare di figure femminili come frutto dell'isolamento della famiglia nucleare. In questo senso gli Autori sostengono che in ospedale le donne attraverserebbero una vera e propria "desocializzazione relativa" e "risocializzazione" (Spano e Facco, 2001, p.85), termini utilizzati per descrivere quel processo di adattamento alle dinamiche ospedaliere che la donna deve mettere in atto nella condizione di spersonalizzazione e passività tipica del paziente/malato. In tal senso, rispetto ai particolari aspetti della maternità, della gravidanza e del parto, gli Autori, sintetizzando, evidenziano "come la maternità sia un fatto sociale, culturalmente condizionato, e come si sia passati da una maternità inserita nel tessuto delle relazioni sociali, a una maternità vissuta a livello individuale, dove l'esito finale della gravidanza, cioè il parto, è destinato a rituali di medicalizzazione e ospedalizzazione che rendono questi eventi sempre più assimilati a concetti di malattia" (Spano e Facco, 2001, p.111). In relazione alla ritualità intrinseca ad ogni società, S. Kitzinger denomina le usanze di medicalizzazione del parto in ospedale "riti di separazione ed umiliazione" (Kitzinger, 1980, p.122) riferendosi all'isolamento della donna rispetto agli agenti di supporto sociale ed ai rapporti asimmetrici che si instaurano con il personale sanitario.

1.3.4 Il ruolo sociale della maternità e i costrutti socioculturali normativi della maternità

Nelle società preindustriali, la dimensione rituale era fondamentale in quanto era deputata a scandire il ciclo di vita dell'individuo e dei gruppi con i suoi cambiamenti significativi, le sue trasformazioni e le fasi fisiologiche. (Kitzinger, 1980, p.43) La maternità della donna non faceva eccezione ed era scandita da appositi riti di passaggio che sancivano l'ingresso della donna in una nuova fase della sua vita. In particolare, la gravidanza rappresenta uno stato di transizione, denominato *liminare* dall' antropologia francese, ovvero una condizione di passaggio tra due fasi di vita, tra due identità, che mettere in pericolo la propria incolumità ed anche quella della comunità, associandosi all'elemento del *contagio*: "la donna gravida è in pericolo rituale. Si pesa che sia esposta al rischio perché si trova in uno stato di transizione,

non è ancora madre e allo stesso tempo non è più vergine o semplicemente sposa” (Kitzinger, 1980, p. 72). Ciò si pone in contrasto con la moderna società post-industriale occidentale, anche in relazione alla genitorialità ed alla maternità: a questo proposito, argomenta Melchiorre (1992, p.72), “scegliere di essere genitori costituisce oggi forse l’unico vero “rito di passaggio” che la società pone di fronte ai giovani, senza spesso dargli validi sostegni; un rito di rilevante drammaticità che sovente si tende a ritardare nel tempo ed ad attenuare”.

I più vari aspetti della transizione alla maternità, quale la gravidanza ed il parto, hanno grande rilevanza anche in quanto in essi si condensano i sistemi di credenze socio-culturali di un determinato contesto storico, motivo per cui tali eventi della maternità sono da considerare contemporaneamente naturali e sociali: come evidenzia Kitzinger (1980, p. 88) “la società esprime, attraverso di lei (la donna) i suoi valori sulla gravidanza e sul parto, l’importanza che rivestono che rivestono, i rischi che comportano ed il loro significato. Il parto umano è un atto culturale i cui processi fisiologici spontanei operano in un contesto di usanze, il rispetto delle quali è considerato essenziale o auspicabile per un buon esito”.

Inoltre, la maternità, nelle società pre-industriali ma in larga misura anche in quelle contemporanee, si configura come primo agente di acculturazione: la madre “è il primo e più importante canale attraverso il quale la cultura viene comunicata al suo piccolo” (Kitzinger, 1980, p. 53), dando inizio alla socializzazione del bambino ed offrendogli per prima una rappresentazione del mondo.

Tra gli aspetti più importanti del ruolo sociale della maternità, in particolare nella dimensione della gravidanza, c’è la funzione di anello di congiunzione intergenerazionale: particolarmente in riferimento alle figure femminili “la gravidanza è un anello di congiunzione fra le generazioni, man mano che la gestante rivive attraverso il proprio copro un’esperienza che è universale e condivisa dalla maggioranza delle donne e la donna anziana rivive, nel ricordo, quelle emozioni.” (Kitzinger, 1980, p. 85). Inoltre, nell’esperienza di maternità tramandano modelli/stili di cura materni per mezzo di un processo di identificazione della donna con la madre: come fa notare S. Kitzinger, “le madri tendono ad identificarsi con le proprie madri. Tendono anche spontaneamente a ricreare modelli di cura dei figli”. (Kitzinger, 1980, p. 53)

1.3.5 I contributi socioculturali: una sintesi

Dalla letteratura di stampo socioculturale sulla maternità emerge una complessa riflessione su quelli che sono stati i suoi cambiamenti e trasformazioni nell'ultimo secolo e ciò che maggiormente si evidenzia è il carattere estremamente problematico e conflittuale che la maternità ha assunto per la donna, la famiglia e la società in senso lato. Per questa ragione, viene riconosciuta come territorio di grande vulnerabilità e pericolo in rapporto alla costruzione dell'identità della donna in quanto madre per via di una serie di caratteristiche del contesto socio-culturale contemporaneo quali la presenza di prescrizioni culturali sulla maternità molto severe, le dinamiche di medicalizzazione e ospedalizzazione e la mancanza di una adeguata rete di supporto sociale e rituale che accompagni la donna attraverso questa fondamentale trasformazione. La transizione alla maternità viene inoltre riconosciuta, in virtù della sua rilevante funzione sociale e familiare, come fenomeno su cui concentrare sforzi e attenzione sia sul piano sociale e istituzionale che su quello scientifico.

1.4 Il postpartum tra maternità e relazione: prospettive e contributi.

Il periodo del postpartum riveste una fondamentale importanza nella vita di una donna in quanto è portatore di grandi cambiamenti pervasivi in tutti gli aspetti biologici, psicologici e sociali e familiari della vita della donna, in particolare per le madri primipare: questo può generare tanto vissuti ed esperienze percepite come positive quanto disagio e stress fino alle forme di psicopatologia più gravi e debilitanti.

Nella letteratura biomedica, il postpartum è stato identificato con il periodo che va dalle 6 alle 8 settimane dopo la nascita, al termine del quale, sul profilo della fisiologia, la donna ritorna in una condizione simile al periodo precedente la gravidanza (Quartato e Grussu, 2018, p. 296).

Il postpartum è un periodo dalle dinamiche complesse e multidimensionali in quanto coinvolgono la sfera biologica, psicologica-identitaria, relazionale e socioculturale e rappresenta un momento di forte vulnerabilità della donna e di tutto

il sistema-famiglia, in particolare poiché può rappresentare l'epoca di esordio o di aggravamento di molteplici forme di psicopatologia (Beck e Driscoll, 2006; Grussu e Bramante, 2016; Hendrick, 2006, p.1).

Gli autori di orientamento psicoanalitico e psicodinamico sono stati coloro che più intensivamente si sono occupati del puerperio, in particolare a partire dalle dinamiche inconsce e pulsionali tipiche della donna e ponendo particolare attenzione alla relazione madre-bambino e, attualmente, la psicologia clinica perinatale e la psicopatologia perinatale si occupano in maniera estesa della salute psicologica della donna prima, durante e dopo il parto in relazione agli effetti che questa può avere sullo sviluppo del bambino.

1.4.1 Il postpartum: il contributo della psicoanalisi

In psicoanalisi, il primo autore a teorizzare circa la donna nel puerperio e la relazione precoce madre-bambino è stato proprio Sigmund Freud che definisce la madre “la prima seduttrice del bambino” (Freud, 1979, p.615). Infatti, la madre produce sensazioni di piacere erotico nel bambino in due modalità: per mezzo dell'allattamento, laddove il seno rappresenta quindi il primo oggetto libidico nel bambino, strettamente connesso al bisogno di nutrimento, e per mezzo delle cure e l'accudimento corporeo che parimenti produce eccitamento sessuale. (Freud, 1979, p.615).

Per la Klein il desiderio di avere un figlio si fonderebbe sulla fantasia secondo cui “il figlio viene identificato col pene” (Klein, 1988, p.277) del padre e il desiderio di incorporare il pene del padre deriverebbe non dall'angoscia di castrazione ma dalle sue pulsioni orali di origine edipica (Klein, 1988, p.242). Contemporaneamente, nell'inconscio femminile avrebbe posto anche l'identificazione del figlio con le feci in quanto oggetto o sostanza pericolosa che deve essere espulsa secondo le dinamiche delle fantasie persecutorie e che sono alla base dei sentimenti di odio e paura verso il proprio bambino (Klein, 1988, p.278). Da questa dinamica nasce l'ambivalenza della donna verso il proprio bambino ed a seconda del modo in cui si è svolto il proprio sviluppo pulsionale, riuscirà a costruire una relazione buona o meno con il bambino: “qualora abbia assimilata l'idea del figlio a quella del pene buono,

trasferirà sul proprio figlio gli elementi positivi di questi rapporti e concentrerà sul figlio una quantità di imago buone.” (Klein, 1988, p.280). Di grande importanza in questo processo è l’allattamento, tramite il quale la donna può finalmente avere conferma della bontà del seno materno mettendo fine alle angosce di persecuzione dei suoi stadi primitivi di sviluppo nella relazione con sua madre (Klein, 1988, p.281). In questo senso, il pensiero di M. Klein verte sull’idea che, sin dalla gravidanza, sarebbe presente un’ambivalenza verso il bambino da parte della madre e ciò sarebbe dovuto alla riproposizione della dinamica tra i meccanismi schizoparanoidi e quelli depressivi, vissuti nella propria primissima infanzia,

Abbracciando la posizione di M. Klein, M. Langer chiarisce che la donna considererebbe il portare in grembo il feto, il seme o il pene come un’appropriazione di qualcosa che appartiene alla madre e ciò determinerebbe il pericolo di una distruzione-punizione. Le reazioni inconse messe in atto secondo la posizione schizoide sarebbero la frigidity, la paura della deflorazione, il vaginismo e l’aborto, con i quali si tenterebbe di liberarsi del feto e di negare ciò che inconsciamente viene considerato come un affronto verso la madre. Nella posizione depressiva, invece, la donna avrebbe il desiderio di risarcire la madre con un figlio sano, restituendolo a lei e dimostrando in tal modo la bontà del proprio corpo (Langer, 1981, p. 310-311). Gli stessi sintomi della gravidanza di natura orale (nausea, iperemesi, voglie) e anale (diarrea, stitichezza) rappresentano inconsciamente il tentativo espellere il feto e rappresentano una protesta simbolica contro la gravidanza stessa (Langer, 1981, p. 313): in particolare, in relazione ai sintomi anali, nell’inconscio della donna domina ancora la teoria della cloaca, ovvero la credenza che il parto avvenga dall’ano, proprio come le feci. (Langer, 1981, p. 315). L’Autore continua: “la paura di dare alla luce un mostro proviene anche dal timore dei propri sentimenti distruttivi contro il figlio, rappresentante del marito, di uno dei genitori, o di un fratello, sempre però di qualcuno che nell’incoscio appartiene alla madre” per cui il senso di colpa porterebbe la donna, in caso di sterilità, a considerare tale condizione un castigo imposto dalla madre (Langer, 1981, p. 308). L’ambivalenza verso la madre si esprimerebbe anche in una frustrazione orale che porterebbe la donna a rifiutarsi di alimentare il figlio come forma di provocazione verso la propria madre (Langer, 1981, p. 309). La frustrazione orale che la donna prova è una riproposizione di quella ricevuta dalla propria madre nella primissima infanzia e si combina con una profonda

regressione alla prima infanzia che la indurrebbe a sviluppare tutti quei meccanismi di rifiuto del cibo tipici del lattante quale il vomito e la diarrea (Langer, 1981, p. 314). Secondo l'Autore, tali istanze si contrappongono all'istinto materno, parte integrante dell'identità femminile, tale per cui la donna possiede un desiderio biologico, naturale e innato di avere un bambino che garantirebbe la soddisfazione di diverse importanti esigenze pulsionali: il poter ritrovare l'identificazione con la madre, il provare la propria fertilità, il regalare un bambino al padre.

Secondo il pensiero di Helen Deutsch, già a partire dalla gravidanza la donna attraversa una doppia identificazione, laddove entrambe queste forme di identificazione devono essere accettate ed elaborate per un buon sviluppo della componente materna della donna: dal un lato con il bambino, il quale diventa una parte della madre sia biologicamente, in quanto operano i processi biologici della condizione gravidica, che psicologicamente, in quanto diviene parte delle fantasie materne. (Deutsch, 1977, p.137); dall'altro lato, l'identificazione con la propria madre che riaccutizza i fantasmi di relazione con essa. (Deutsch, 1977, p.143). Per l'Autore, nel puerperio si possono evidenziare diverse dimensioni in gioco. Da un lato, nell'ambito della relazione tra madre e figlio, ritroviamo la dimensione di quello che l'Autore denomina il "sentimento materno" costituito a sua volta da tre componenti: "tenerezza, altruismo e una forma di attività che ha un'impronta speciale" (Deutsch, 1977, p.256). Dall'altro lato, ritroviamo le istanze difensive e narcisistiche dell'Io, che la presenza del neonato metterebbe a rischio e che devono essere elaborate con successo per uno sviluppo sano del sentimento materno (Deutsch, 1977, p.258). Inoltre, in questa fase è particolarmente rilevante, ancora una volta, l'identificazione con la madre: è per mezzo di questa identificazione, o della ricerca di un sostituto materno, che la donna tenta di "sopperire alla deficienza di sentimento materno" (Deutsch, 1977, p.263)

Per ciò che concerne l'immediato postpartum, R. Soifer (1985) menziona la comparsa di uno *stato depressivo*, che si acutizza al terzo giorno, con la montata latte, con fantasmi di svuotamento e castrazione, ansiose di carenza materna e autosvalutazione. (Soifer, 1985, p.87). In questa fase possono comparire diverse tipologie di meccanismi: meccanismi maniacali, quali umore alto, euforia, disponibilità a conversare e ricevere visite, disturbi del sonno, fino all'ipo-/agalattia qualora tali meccanismi fossero particolarmente severi; il ritiro affettivo, abulia,

ruminazione ossessiva, meccanismi ossessivi franchi e forme di agorafobia che dipenderebbero dal timore inconscio che il bambino venga sottratto e che lei non sia capace di prendersi cura di lui in quanto madre, timori radicati a loro volta “nella colpa inconscia connessa ai rapporti sessuali alla maternità, vissuta come attacco e distruzione degli oggetti parentali interni”; manifestazioni paranoide con allucinazioni o pseudoallucinazioni, o anche stati schizoidi, che rappresentano l’esordio della psicosi puerperale (Soifer, 1985, p.88-89). Per ciò che concerne l’allattamento: come spiegato da Soifer (1985, p.103), “l’angoscia più intensa nasce dalle sensazioni sessuali suscitate dall’atto di allattare” il quale suscita anche fantasmi inconsci in relazione alla convinzione riguardante la pericolosità e dannosità del nutrimento dato al bambino.

Per quanto riguarda la dimensione della relazione madre-bambino, già a partire dalla gravidanza, la donna, secondo D. Winnicott, attraversa lo stadio della cosiddetta “preoccupazione materna primaria”, descritto come uno stato di forte intensificazione con il neonato e di sensibilità verso di esso che permette alla donna di sintonizzarsi sui suoi bisogni: “noi osserviamo che nella madre gestante una crescente identificazione con il bambino. Ella lo sente come un “oggetto interno”, oggetto che immagina come formatosi dentro di lei ed ivi mantenutosi malgrado tutti gli elementi persecutori che pure vi si trovano. Egli assume nella fantasia inconscia della madre altri significati, ma la caratteristica predominante probabilmente sarà la propensione, come pure la capacità, da parte della madre, di far defluire l’interesse del suo proprio io verso il bambino.” (Winnicott, 1968, p. 25)

Daniel N. Stern, riprendendo il concetto elaborato da Winnicott di “madre sufficientemente buona”, indica questa dimensione come “relazionalità primaria” (Stern, 1999, p.104) per descrivere la qualità preverbale (in questo senso primaria) di tale relazione insieme ad una serie di elementi fondamentali di intimità: “senso di attaccamento, innamoramento, atteggiamento profondamente empatico nei confronti del piccolo, capacità di identificarsi con lui” (Stern, 1999, p.105). A questo proposito, Stern (1995), ha offerto molti contributi, studiando in maniera accurata e sistematica la natura delle rappresentazioni genitoriali attraverso il metodo da lui ideato dell’*intervista microanalitica*. L’Autore descrive la natura evanescente ed inafferrabile del *momento emergente* dell’interazione madre-bambino, definendola come “l’esperienza momentanea di un’azione che emerge sullo sfondo di una

rappresentazione attivata che informa e guida l'azione emergente" (Stern, 1995, p.55). Al centro dell'interazione tra madre e bambino c'è quella che l'Autore descrive come *costellazione materna*, ovvero una peculiare organizzazione psichica che determina "una nuova serie di azioni, tendenze, sensibilità, fantasie, paure e desideri." (Stern, 1995, p.171) e che è costituita a sua volta da tre interrogativi diversi e da quattro tematiche. Gli interrogativi o discorsi che informano la costellazione materna, secondo l'Autore, sono il discorso con sua madre in quanto madre (e non donna o moglie), il discorso con sé stessa in quanto madre ed il discorso con il suo bambino, i quali formano una trilogia materna richiedente un grande sforzo di elaborazione psichica (Stern, 1995, p.171-172).

Per ciò che concerne i temi della costellazione materna essi sono rappresentati da: il *tema vita-crescita*, secondo il quale la donna si domanda riguardante l'essere in grado tenere in vita far crescere in maniera sana il proprio bambino; il *tema della relazionalità primaria*, che riguarda l'impegno e coinvolgimento sociale ed affettivo verso il bambino, la capacità di amarlo e di far lo sentire amato in particolare in relazione all'entrata nello stato di "preoccupazione materna primaria" descritta da Winnicott in cui le modalità relazionali pre-verbali e corporee sono praticamente esclusive; il *tema della matrice di supporto* che riguarda la impegno della madre a creare una rete benevola e funzionale di relazioni sociali di supporto (tradizionalmente composta da altre donne) che siano alla base dei primi due obiettivi di vita-crescita e relazionalità primaria, e che in particolare mirano a proteggere fisicamente la madre in modo che si possa occupare esclusivamente del bambino, a supportarla psicologicamente ed educarla alla funzione materna; in ultimo, il *tema della riorganizzazione dell'identità*, che riguarda la necessità della donna di ristrutturare e trasformare la propria identità nei termini degli investimenti emotivi, della gestione del tempo, energie e attività, laddove assume un nuovo ruolo sociale di madre e genitore. (Stern, 1995, p.171-180). Caratteristica peculiare della costellazione materna è la sua collocazione in un momento specifico del ciclo vitale, di cui secondo l'Autore rappresenta un "periodo, fase, compito o problema" (Stern, 1995, p.183) nel quale si attiva a partire da uno specifico "sistema motivazionale attivato" (Stern, 1995, p.184)

Altro aspetto fondamentale dell'esperienza puerperale è quello in cui la donna nell'immediato puerperio si confronta con il bambino reale, laddove in gravidanza,

già a partire dal terzo mese (in occasione della conferma della gravidanza), la madre aveva dato avvio ad un processo immaginativo in cui la donna “comincia a giocare con le proprie fantasie, via via sempre più specifiche e i tratti di personalità che il bambino potrebbe avere” (Stern, 1999, p.35). L’incontro con il bambino reale, tuttavia, secondo l’Autore, non provoca una scomparsa del bambino immaginario ma un aggiustamento in quanto la sua versione aggiornata “sopravvive nella vostra mente accanto al bambino reale e voi continuate a guardare quest’ultimo attraverso le lenti dei vostri desideri, dei vostri sogni e delle vostre paure” (Stern, 1999, p.64-65). Diverse sono le dimensioni che vengono coinvolte in questo processo di adattamento nel puerperio nella dinamica dei nuovi ruoli che si vedono a delineare e delle profezie che si auto-avverano: la donna può coltivare delle aspettative nel bambino come unico essere in grado di donarle amore incondizionato, può inconsciamente vederlo come sostituto di una persona cara venuta a mancare, impiegare il bambino e la relazione con lui come forma di antidepressivo per superare sentimenti e tendenze depressive presenti anche precedentemente la gravidanza, può attribuirgli una funzione vicaria considerandolo come estensione di sé stessa, considerarlo come una sorta di collante per un matrimonio in crisi, come minaccia di rottura di un matrimonio stabile, come concorrente nel rapporto con il marito oppure alla base della costruzione di una famiglia perfetta (Stern, 1999, p.66-73).

1.4.2 Clinica psicologica post-natale: problematiche psicologiche e psichiatriche del postpartum

La letteratura internazionale riconosce la gravidanza ed il post-partum, ed in generale in processo di *transizione alla maternità*, come un momento in cui la donna è particolarmente a rischio di sviluppare disturbi psichiatrici o di essere soggetta a ricadute di disturbi psichiatrici preesistenti, in particolare nella fascia di età tra i 18 ed i 45 anni (Hendrick, 2006, p.1).

A conferma dell’enorme interesse scientifico che riveste il periodo perinatale, è centrale, in questa fase di vita della donna, l’attenzione che è stata data dalla comunità scientifica al costrutto di *stress*, inteso come “risposta adattiva dell’organismo di fronte ad una minaccia, risposta in cui intervengono il sistema

nervoso simpatico e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). Il conseguente rilascio di glucocorticoidi - l'esito della risposta di stress - innesca nel cervello una cascata di eventi che a loro volta concorrono a causare cambiamenti epigenetici, rimodellamento di neuroni e sinapsi, neurogenesi, neuroinfiammazione e rimappatura neurale” (Quartato e Grussu, 2018, p. 40). In particolare, qualora tali processi siano prolungati nel tempo, possono portare ad un sovraccarico fisiologico, inteso come iperattivazione del HPA e ipersecrezione di glucocorticoidi, ed esperienziale, inteso come esaurimento fisico-emotivo, senso di perdita di controllo e bassa autostima (Quartato e Grussu, 2018, p. 40). Tale costrutto, nel panorama odierno degli studi perinatali, è stato messo in relazione con la comparsa di depressione e ansia post-natali, con gli effetti sulla salute del figlio a breve e a lungo termine, con il ruolo di mediazione e moderazione del supporto sociale, con la misurazione di parametri biologici, quali il cortisolo, e il costrutto di resilienza, inteso come “capacità di adattarsi flessibilmente ai cambiamenti dell'ambiente con l'obiettivo finali di conseguire un esito positivo di fronte alle avversità” (Quartato e Grussu, 2018, p. 62). In particolare, la ricerca identifica la presenza, nel periodo post-natale, di determinati *stressor* di tipo fisico e psicologico: tra quelli fisici troviamo tutte quelle condizioni fisiologiche legate al momento peculiare del postpartum quali dolore perinatale, mal di schiena, presenza di emorroidi e stipsi, estrema fatica ed esaurimento, problemi legati al sonno ed all'allattamento; tra quelli psicologici troviamo le nuove modalità relazionali con il partner e famiglia, la mancanza di supporto sociale, le preoccupazioni legate al proprio ruolo e identità di madre, le paure legate alla salute del neonato, alla sfera corporea e della sessualità (Quartato e Grussu, 2018, p. 296).

La dimensione del supporto familiare e sociale sembra essere strettamente connessa al *distress* ed è riconosciuto dalla letteratura internazionale come una delle forme maggiori di supporto alla cura delle forme di disagio del postpartum: in particolare è stato dimostrato che il supporto sociale agisce da mediatore e modulatore della risposta neurofisiologica dello stress (Quartato e Grussu, 2018, p. 296)

In una ricerca qualitativa sullo stress materno post-natale, Coates, Ayers e de Visser (2014) identificano quattro temi fondamentali riguardanti la loro esperienza di stress post-natale. Il primo tema è stata denominato “Vivere un inizio indesiderato” e

comprende tutte quelle dimensioni riguardanti la relazione iniziale con il bambino. L'esperienza delle donne era caratterizzata dal sentirsi rimosse, distanti o lontane rispetto alla quotidianità con il bambino, sentimento riconosciuto da alcune donne e negato o evitato da altre. Tale sentimento di disconnessione con veniva vissuto come in contrasto con l'idea di qual'è il modo giusto e naturale di prendersi cura di un neonato e si rifletteva anche nella relazione con quest'ultimo, dal quale la madre si sentiva distante e disconnessa. Inoltre, molte di queste donne avevano avuto un'esperienza di parto che non era quella costruita nelle aspettative e provavano sentimenti di colpa a riguardo. Per ciò che concerne l'allattamento, lo stress si rifletteva nell'allattamento, dimensione in cui le donne cercavano di riguadagnare un controllo che sentivano di aver perso in occasione del parto, e spesso queste non si sentivano supportate dal personale sanitario per la buona riuscita dell'allattamento. Il secondo tema è stato denominato "Relazioni con il sistema sanitario": diverse donne riferivano di essersi sentite trascurate e non accolte dal personale sanitario e di essere state trattate anonimamente, nel senso che non erano presenti professionisti sanitario che conoscessero la loro situazione specifica. Tuttavia, altre donne riferivano esperienze positive di supporto da parte del personale ospedaliero e formazione di relazioni empatiche. Il terzo tema è stato denominato "Lo shock della novità: immergersi nella maternità": il carattere di percezione di un cambiamento repentino ha portato gli Autori ad evitare l'uso del termine "transizione nella maternità". Le donne raccontano di essere andate incontro ad un processo di adattamento all'ignoto in ciò che riguarda il ruolo materno ed i bisogni del bambino e spesso tendevano a cercare punti di riferimento per interpretare la propria esperienza del momento. Molte di queste donne si sentivano sopraffatte dalle nuove responsabilità e l'incertezza di questa nuova condizione veniva spesso attribuita alla mancanza di esperienza, aspetto che diventava rilevante e problematico quando si ritrovavano sole con il bambino. Il quarto tema è stato denominato "Accogliere nuovi bisogni di supporto": molte donne sperimentavano l'insufficienza del supporto dei propri partner ed erano inclini a cercare supporto anche in gruppi di supporto o figure professionali.

Come messo in evidenza dalla letteratura socioculturale, esistono prescrizioni culturali molto esigenti in tema di maternità e questo è stato evidenziato anche dalla ricerca qualitativa sul tema. In uno studio qualitativo di Brown e Small (1997) viene

intervistato un campione di donne riguardo a quale sia il significato di “essere una buona madre” e sono state individuate tre dimensioni: le qualità e attributi che una buona madre deve avere, i compiti di accudimento del bambino e la capacità di trovare un equilibrio tra i propri bisogni e quelli del bambino. Ciò che emerge dalle risposte delle partecipanti è che la buona madre deve “essere amorevole e premurosa, avere infinite provviste di pazienza, trascorrere del tempo con i propri bambini volentieri e regolarmente, ed in questo tempo fornire ai suoi bambini il giusto tipo di attenzione, stimolazione e guida. Le è richiesto di rimanere calma e rilassata in ogni momento, di essere una buona ascoltatrice e comunicatrice, di essere comprensiva e sensibile ai bisogni dei bambini. Tra i compiti che deve eseguire in maniera competente il disciplinare i figli, insegnare loro i comportamenti appropriati e i compiti di cura quotidiana di nutrimento e igiene personale. Per gestire tutto questo, deve avere abilità altamente sviluppate a destreggiarsi tra richieste diverse; deve essere responsabile, coerente, imparziale, capace di gestire i propri bambini in ogni situazione, non deve mai arrabbiarsi - e sarebbe d’aiuto se fosse anche energica, creativa e avesse senso dell’umorismo” (Brown e Small, 1997). Particolare rilevanza assume la dimensione del trascorrere *tempo di qualità* con i figli, lo stabilire una relazione simmetrica perfetta con essi, relazione che sarebbe alla base sia della realizzazione della donna che dello sviluppo sano del bambino, e il trovare un equilibrio i compiti materni e altri compiti e impegni. Degno di nota è come nelle risposte venga omessa la possibilità che la donna possa avere interessi al di fuori della maternità e venga descritta la relazione diadica come isolata ed esclusiva senza tenere in considerazione il ruolo del padre e di altre figure significative. Tale isolamento della diade nelle narrative delle donne è alla base di un enorme senso di responsabilità nei confronti del figlio e del compito materno in generale (Brown e Small, 1997).

Per quanto riguarda la relazione tra le prescrizioni culturali ed i processi di stigmatizzazione, si evidenzia la ricerca di Whitley e Kirmayer (2008) in cui è stato messo in evidenza lo stigma riguardante delle donne in gravidanza in ragione della giovane età, rispecchiando le riflessioni proposte da Allegra e D’Amelia (1997) riguardanti lo stigma a cui vanno incontro le madri giovani. Come risultato dei processi di stigmatizzazione Whitley e Kirmayer (2008) ritrovano che le donne tendevano a subire esclusione sociale e andavano incontro a ruminazione negativa

mostrando come “lo stigma ha un impatto deleterio sul loro mondo emozionale e cognitivo”, mostrando in tal modo come le dinamiche relazionali e sociali inerenti alla stigmatizzazione possano giocare un ruolo fondamentale nel disagio psicologico. Da evidenziare che nello studio, le madri che andavano soggette a stigma era quelle anglofone euro-canadesi, mentre presso le madri anglofone afro-caraibiche tale dinamica era non soltanto sconosciuta ma opposta in quanto nella loro cultura d’origine le madri, anche giovani, acquistavano uno status di valore e rispettato: le prescrizioni sulla maternità si modificano sensibilmente da contesto a contesto culturale.

In un’altra ricerca qualitativa (grounded theory) di Bennett et al. (2007) viene analizzato come le donne gestiscono i vissuti di depressione durante la gravidanza: la costruzione di senso del diventare “la miglior madre possibile” mostra con evidenza il tentativo di adattamento agli standard normativi in tema di maternità. Gli Autori mettono in luce che “i problemi affrontati dalle donne in questo studio erano la perdita di controllo, l’alterata percezione di sé e i dubbi riguardo alla propria abilità materne. Il processo essenziale per queste donne era diventare la “miglior mamma possibile”. Dalla prospettiva delle donne, diventare la miglior mamma possibile era il processo di fare tutto il possibile per guadagnare il controllo sulla minaccia percepita nei riguardi della propria gravidanza e della propria abilità di prendersi cura del bambino dopo la nascita”. Le donne facevano esperienza di una serie di sintomi quali la comparsa di emozioni irrazionali, funzionamento impossibilitato in ogni aspetto della propria vita, pensieri intrusivi, ansia pervasiva e ritiro sociale e, come conseguenza di ciò, andavano incontro a vissuti di perdita di controllo, alterata percezione del sé e dubbi sulla propria abilità materna: tutte le strategie messe in atto successivamente erano mirate ad ancorare il sé riguadagnando il controllo sulla propria vita. (Bennett et al., 2007)

Di seguito verranno descritti i quadri clinici più frequenti nella clinica psicologica e psichiatrica post-natale.

1.4.2.a Maternity blues e depressione postpartum. Come conseguenza del forte e repentino cambiamento nella neurobiologia della donna al momento del parto, molte donne (il 50-70%) possono sperimentare un periodo caratterizzato da “una miriade di

emozioni dalla gioia alla tristezza, dall'ordine alla confusione, dal riso al pianto, dalla fiducia al panico" (Beck e Driscoll, 2006, p.23): questa condizione caratterizzata da tristezza, tendenza al pianto, irritabilità, ansia, affaticamento, preoccupazioni e problematiche del sonno è stata definita *maternity blues* (o anche baby blues o postpartum blues) e rappresenta una reazione normale e transitoria ai cambiamenti fisiologici del post-partum, che sono in piccola parte evolve in una vera e propria depressione post-partum, soprattutto laddove la donna non viene adeguatamente supportata.

La depressione nel post-partum (DPP) è, secondo la letteratura, uno tra i più frequenti disturbi perinatali in cui una donna può incorrere nel particolare momento del puerperio, con una prevalenza del 10-13% (Hendrick, 2006, p.41)

Westall e Liamputtong (2011) identificano una serie di dimensioni significative presenti nelle narrazioni di donne con la depressione post-partum. Tali dimensioni sono connesse alle complesse dinamiche di adattamento al ruolo materno e, secondo gli Autori, si possono così riassumere: 1) le esperienze dell'infanzia, quali l'abuso e la percezione di non essere amati e voluti dai propri caregiver; le esperienze di precedenti gravidanze, quali gli aborti, la morte del feto e test genetici prenatali anomali, che possono portare ad ansia, depressione e sentimenti di separazione emotiva dalla gravidanza; 2) le precedenti esperienze di parto, soprattutto nelle dimensioni del senso di controllo e di fallimento e dell'aspettativa di ricevere supporto e delucidazioni dal personale sanitario; 3) il significato attribuito alla depressione post-natale prima della diagnosi, dovuto principalmente alla rappresentazione sociale negativa ed alla mancanza di informazione adeguata riguardante essa; 4) l'adattamento fallimentare al nuovo ruolo materno in relazione all'isolamento della neo-madre, alle non concretizzate aspettative di supporto da parte di figure significative, al sentimento di inadeguatezza e scarsa preparazione rispetto alla nuova esperienza di maternità e alla relazione disfunzionali con la propria madre alla quale si chiede aiuto; 5) la perdita dell'identità e del sé, della sicurezza in sé stesse e dell'autostima che generano la percezione di estraneità al ruolo di madre, il sentirsi diverse dalle altre madri e il conseguente tentativo di celare la condizione patologica agli altri e la strutturazione di un legame tardivo con il bambino; 6) in ultimo troviamo le dinamiche fisiologiche e psicologiche della deprivazione di sonno e dell'affaticamento che le cure di un neonato comportano.

In letteratura, è ampiamente condivisa l'idea che uno degli aspetti fondamentali attorno a cui ruota l'esperienza della depressione postpartum sia la fondamentale percezione di inadeguatezza rispetto al ruolo materno, ovvero un senso dell'identità di madre carente e fallimentare, in particolar modo in relazione al mito e ideale di maternità: le donne con depressione postpartum si ritrovano a sperimentare sentimenti diametralmente opposti rispetto a quelli tradizionalmente contemplati nell'ideale di maternità e questo provoca in loro vergogna e senso di inadeguatezza (Grussu e Bramante, 2016, p.96-97) poiché “i sintomi depressivi influiscono sulla qualità soggettiva dell'esperienza interiore di una donna e sul suo funzionamento quotidiano (anemoni a, sentimenti di tristezza e rassegnazione, pensieri di morte, agitazione o rallentamento psicomotorio, disturbi del sonno)” (Quartato e Grussu, 2018, p. 426), motivo per cui qualsiasi trattamento di ordine psicologico dovrebbe prevedere il ridimensionamento di tale immagine idealizzata e mitica della maternità.

Per quanto riguarda la relazione tra la DPP e i cambiamenti ormonali della gravidanza non è emersa una relazione significativa, quanto piuttosto la variabile che sembra essere implicata sarebbe la sensibilità soggettiva a tali ormoni (Hendrick, 2006, p.41)

Tra i disturbi psicologici perinatali, la depressione postpartum è in letteratura il quadro clinico più investigato nella ricerca qualitativa.

Nello studio fenomenologico di Beck e Driscoll (2006, p.71-78), gli Autori mettono in evidenza come la dimensione della “perdita di controllo sia il problema psicologico e sociale fondamentale nella depressione postpartum” (Beck e Driscoll, 2006, p.71) e come le donne, come strategia di adattamento e rinegoziazione del significato dell'esperienza, mettano in atto un percorso a quattro stadi nel quale la donna fa esperienza di “camminare sulla linea sottile tra sanità e follia” (Beck e Driscoll, 2006, p.71). La prima fase è stata denominata “Incontrare il Terrore”, fase in cui la donna fa esperienza di una intensa paura e panico rispetto alla sua condizione genitoriale ed è a sua volta caratterizzata da pensieri ossessivi implacabili, attacchi d'ansia spaventosi e confusione travolgente. Il secondo stadio viene denominato “Morte del Sè” nel quale entra in un processo di annichilamento del proprio sé attuale ed è a sua volta suddiviso in tre dimensioni: un senso di irrealtà allarmante, isolamento dalle persone e attività e contemplazione e tentativi di autodistruzione. La terza fase è stata denominata “Lotta per la Vita” che indica la ricerca

attiva da parte delle donne di una soluzione e trattamento adeguato e a sua volta è costituita da tre strategie possibili: combattere contro il sistema (nel senso di ricercare un aiuto professionale), cercare sollievo nella preghiera e cercare sollievo in un gruppo di supporto. La quarta fase è stata denominata “Riacquistare il Controllo”, che sta ad indicare la riuscita delle strategie di adattamento e di risoluzione del disagio, e che consiste in tre sotto-fasi del processo di adattamento stesso: una transizione imprevedibile e graduale verso la salute psicologica, piangere il tempo perduto con il proprio bambino a causa del disagio psicologico e una cauta guarigione, ovvero quando la donna finalmente percepisce di aver superato la depressione postpartum. (Beck e Driscoll, 2006, p.71-78).

In un’altro studio qualitativo di Haga et al. (2012) vengono individuati due approcci personali alla maternità da parte delle donne, un approccio controllante e un approccio rilassato, che influenzavano grandemente diversi temi ed erano connessi ai vissuti di depressione o di benessere. Tra i temi emersi sono stati evidenziati quelli relativi all’approccio personale quali il “*bisogno di controllo/padronanza*” e “*preparazione e aspettative*” riguardanti i vari aspetti della maternità, tra cui gravidanza e parto. Entrambe queste dimensioni variavano a seconda dell’approccio personale controllante o rilassato: le madri con approccio più controllante avevano aspettative maggiormente dettagliate ed affrontavano un più profondo senso di delusione all’infrangersi delle attese, mentre le donne con approccio rilassati accoglievano i cambiamenti e non interpretavano come problematico il divario tra aspettativa e realtà. Tra gli altri temi fondanti troviamo quello del *supporto sociale*, da parte del partner a cui spesso veniva affidato un compito di protezione e di condivisione dei compiti di accudimento, oltre che un ruolo di motivatore e facilitatore, e anche da parte degli altri familiari e amici. Un’altra forma di supporto menzionata era quella del “gruppi del postpartum” nei quali le donne potevano “parlare, confrontarsi e fare esperienza di essere normali” (Haga et al., 2012). Per ciò che riguarda il supporto delle figure sanitarie “le madri che si avvicinavano ai clinici con questioni più profonde ed emozionali, comunque, riportavano di essere state ricevute da professionisti focalizzati qualsiasi esclusivamente sul normalizzare i loro sentimenti, e quindi ne ricevevano il sentimento di non essere state prese sul serio” (Haga et al., 2012, p.). Come ultimo tema pregnante è stato individuato quello dell’*allattamento*, che nell’esperienza delle donne veniva sentito come talmente

importante e fondamentale ai fini di essere una buona madre da risultare onnipresente nella vita delle donne, essendo fortemente incoraggiato anche dal personale sanitario di ospedale. L'aspetto fondamentale che la ricerca ha messo in luce è la differenza tra i due approcci personali (controllante e rilassato) nel modo di affrontare la transizione alla maternità ed in particolare in relazione alla possibile discrepanza tra il sé ideale ed il sé reale, discrepanza che può potenzialmente portare a disagio emozionale. Le madri controllanti non riuscivano ad adeguare il sé ideale all'esperienza reale poiché avevano aspettative più stringenti relative alla maternità e provavano più profondi sentimenti di depressione mentre le madri rilassate si adattavano qualora le aspettative fossero disattese e mantenevano uno stato di maggiore benessere: dunque "l'approccio personale di una donna può funzionare da moderatore tra aspettative non realizzate ed esiti relativi al benessere." (Haga et al., 2012).

Per ciò che concerne la categoria diagnostica stessa della depressione postpartum, è da evidenziare che essa viene oggi messa in discussione da alcuni nella comunità scientifica in quanto, come evidenziano Riecher-Rössler e Hofecker Fallahpour (2003), "quando l'etichetta diagnostica di "disturbi del postpartum" fu introdotta, alcuni ricercatori avevano ipotizzato che queste fossero specifiche entità con meccanismo etiopatologici e genetici specifici. Oggigiorno, la maggior parte dei ricercatori hanno abbandonato questa teoria. Sono piuttosto concordi sul fatto che nel periodo del postpartum, ravvisiamo gli stessi disturbi che possono essere ravvisati indipendentemente dal parto".

1.4.2.b Disturbi d'ansia. Per ciò che riguarda l'esperienza dell'ansia, che nei casi più gravi può sfociare in un disturbo d'ansia vero e proprio e diventare particolarmente debilitante, il periodo perinatale, compreso il post-partum, è particolarmente soggetto a tali problematiche, in particolare in relazione ai massicci cambiamenti a cui la donna va incontro con la maternità.

In particolare, la comunità scientifica ha riconosciuto l'esistenza di ansie specifiche della gravidanza, ovvero aventi come oggetto le situazioni specifiche inerenti la gravidanza, tra le quali troviamo le paure relative al neonato ed alla sua salute, le paure relative a proprio ruolo di madre ed alla percezione della propria

inadeguatezza anche in rapporto ai bisogni del bambino di cure e nutrimento, la tocofobia (paura del parto) in relazione all'anticipazione del dolore e della perdita di controllo, e la paura dei cambiamenti del proprio corpo a cui si va incontro con la gravidanza (Grussu e Bramante, 2016): in particolare, la ricorrenza di questa esperienza in gravidanza ha portato gli studiosi a formulare la categoria del *disturbo d'ansia perinatale*, sebbene questo non abbia trovato ancora una definizione univoca nella comunità scientifica (Grussu e Bramante, 2016, p.89)

Tra i disturbi d'ansia, che mostrano una prevalenza del 8,7-30% (Hendrick, 2006, p.84) rintracciamo in gravidanza tutte le principali categorie cliniche, sebbene dotate di specifiche caratteristiche e contenuti.

Il disturbo d'ansia generalizzato (GAD) normalmente viene considerato qualora la preoccupazione e l'ansia in gravidanza raggiungano, le quali entro un certo limite di intensità hanno un significato positivo per un'attivazione ed una risposta funzionale alle circostanze, "in quanto implica un processo di adattamento durante la transizione alla maternità" (Grussu e Bramante, 2016, p.95)

Per quanto riguarda il disturbo di panico (DP), esso si manifesta in gravidanza normalmente con sintomi quali affaticamento, aumenti del battito cardiaco e stordimento e include anche le preoccupazioni anticipatorie rispetto alla possibilità che si verifichi una crisi di panico, alle conseguenze della stessa ed al comportamento di evitamento di tutte quelle situazioni che potrebbero causare una crisi. Molti di questi sintomi sopra citati quali affaticamento, aumenti del battito cardiaco, stordimento e aumentata sudorazione sono comuni in gravidanza e la donna con DP può tendere ad interpretare questi sintomi come elementi che preannunciano un attacco di panico e quindi viverli con estremo disagio e senso di catastrofe, portando tale condizione ad un aggravamento dei sintomi del DP (Hendrick, 2006, p.86). Inoltre, oltre ai classici sintomi del disturbo di panico, le donne nel post-partum manifestano anche "pianto isterico, distorsione del senso del tempo e dolore alla testa" (Beck e Driscoll, 2006, p.23). Il DP sembra associarsi alla comparsa di una sindrome depressiva e tende a manifestarsi in maniera intermittente nel secondo trimestre di gravidanza (Grussu e Bramante, 2016, p.96).

In uno studio fenomenologico di Beck e Driscoll (2006), emergono sei temi rappresentanti l'essenza dell'esperienza delle madri 1) le componenti fisiche e emotive del panico sono vissute come terrificanti e paralizzano le donne, che fanno

esperienza di perdita di controllo; 2) le donne fanno esperienza di una riduzione del funzionamento cognitivo che si manifesta come repentina in occasione degli attacchi di panico e insidiosa nel periodo che separa un attacco dall'altro; 3) le donne sperimentano spossatezza come conseguenza della lotta frenetica per mantenere l'autocontrollo durante le crisi; 4) la prevenzione degli attacchi di panico diventa di primaria importanza nella vita delle donne a causa del suo carattere terrificante; 5) a seguito dei cambiamenti di vita negativi dovuti agli attacchi di panico ricorrenti, le donne fanno esperienza di perdita di autostima e del fardello di essere una delusione per sé stesse e per la propria famiglia; 6) le donne sono tormentate dalla possibilità che il loro disturbo di panico, anche se in remissione, possa aver lasciato degli effetti residui su sé stesse e sulla loro famiglia, in particolare sul bambino (Beck e Driscoll, 2006, p.145-149).

Per quanto concerne il disturbo post-traumatico da stress (DPTS), esso mostra una prevalenza del 1,7-8,1% e risulta associato principalmente all'esperienza del parto e si manifesta con pensieri intrusivi, stati di insonnia e ipervigilanza e comportamenti di evitamento, in particolare rispetto a successive gravidanze (Grussu e Bramante, 2016, p.96-97).

In una ricerca qualitativa riguardante il DPTS connesso all'evento del parto, Ayers, Eagle e Waring (2006) descrivono l'esperienza di sei donne che avevano vissuto il parto come un'esperienza traumatica. Le principali dimensioni individuate collegate al trauma del parto sono suddivise in tre categorie: 1) gli effetti sulla madre, 2) gli effetti sulla relazione con il partner e 3) gli effetti sul legame madre-bambino. Gli effetti sulla madre riguardano quattro dimensioni: 1) le conseguenze fisiche della nascita (quali dolori e cicatrici per le lacerazioni vaginali); 2) i cambiamenti nell'umore e nel comportamento di cui le donne hanno fatto esperienza fino a diversi mesi dopo il parto; 3) la paura di un possibile parto futuro, accompagnata da disfunzioni sessuali derivanti dalla paura di rimanere incinte; 4) riduzione/ rottura delle relazioni sociali e della fiducia. Gli effetti sulla relazione con il partner riguardano due dimensioni: 1) la percezione della mancanza o inadeguatezza del supporto e comprensione da parte del partner; 2) tensione della relazione con il partner come risultato della perdita di autostima, l'interruzione dell'intimità sessuale, disaccordi riguardanti il parto e la mancanza di dedizione della donna verso il partner. Per ciò che concerne gli effetti sul legame madre-bambino si

evidenziano tre dimensioni: 1) le differenze nell'esperienza di attaccamento che viene descritto dalle donne come di evitamento o iper-ansioso/iper-protettivo, accompagnato dal racconto di un differente trattamento riservato al figlio nato dal parto traumatico rispetto ad eventuali altri figli; 2) i sentimenti iniziali nei confronti del bambino, che consistevano in rifiuto; 3) i sentimenti provati successivamente verso il bambino, che per quasi tutte le donne hanno perso il carattere di rigetto (Ayers et al., 2006).

Per ciò che riguarda il disturbo fobico, esso si manifesta principalmente nella forma della tocofobia (paura/fobia del parto) che può essere spesso associato anche al DPTS nel caso di precedenti esperienze traumatiche di parto o aborto ed in forma minore nella fobia sociale (Grussu e Bramante, 2016, p.97).

1.4.2.c Disturbo ossessivo-compulsivo perinatale. Il DOC perinatale, nello specifico, rappresenta un altro tra i disturbi più comuni del periodo perinatale per una prevalenza del 2,7%, essendo esso già molto diffuso nella popolazione generale (per circa il 2-3%). Tuttavia, è da riferire che la maggior parte delle donne nel postpartum sperimentano pensieri intrusivi ossessivi di carattere non clinico (“normal obsessions”) i quali però non vengono definiti come particolarmente stressanti e negativi (Hendrick, 2006, p.86). In particolare, i pensieri ossessivi nel postpartum non sono accompagnati da rituali compulsivi e le madri assumono spesso atteggiamenti di evitamento verso il neonato per via di tali pensieri e per la paura che suscitano (Beck e Driscoll, 2006, p.160).

Il periodo perinatale rappresenta una fase fortemente a rischio per il suo esordio (Grussu e Bramante, 2016, p.283).

In particolare, il DOC perinatale mostra come sintomatologia ossessiva dei contenuti specifici inerenti alla gravidanza, al parto ed al bambino e generalmente sono accompagnati da “la paura di stare da sola con il bambino, perdita dell'appetito, tendenza a proteggere eccessivamente il bambino, forte vergogna e senso di colpa” (Grussu e Bramante, 2016, p.283).

Di particolare significatività sono, tra le ossessioni, i pensieri di fare male al bambino ovvero le ossessioni aggressive. Tali pensieri intrusivi possono essere di tipo intenzionale o attivo, nel caso in cui essi comportino il coinvolgimento della

mamma nell'atto di fare male al bambino, oppure accidentali o passivi, nel caso in cui non comportino il coinvolgimento della madre (Grussu e Bramante, 2016, p.291)

1.4.2.d *Disturbi alimentari.* I disturbi alimentari quali anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e disturbo da binge-eating (DBE) sono particolarmente significativi in epoca perinatale per il fatto che coinvolgono la relazione della donna con il proprio corpo e con l'assunzione di nutrimento, aspetti molto importanti in gravidanza e nel periodo post-partum dove le modificazioni del proprio corpo sono parte della naturale fisiologia femminile: in tutto il periodo perinatale la donna deve necessariamente confrontarsi con i cambiamenti a cui il proprio corpo va incontro e costruire una nuova immagine/identità corporea che integri tali modificazioni. Molto spesso questa sfera del corporeo, nelle donne in epoca perinatale è particolarmente problematica e conflittuale da gestire emozionalmente ed è portatrice di ansie, paure e preoccupazioni: in particolare nelle donne con disturbo alimentare, le modificazioni intervenute con la gravidanza ed il parto "si associano ad un aumento di insoddisfazione, ipercriticismo verso di sé e angoscia. (Grussu e Bramante, 2016, p.353). Inoltre, "i disturbi alimentari sono associati con cambiamenti nutrizionali, metabolici, endocrini e psicologici che hanno potenziali effetti negativi sullo sviluppo fetale" (Hendrick, 2006, p.86) e le donne con disturbo alimentare, essendo carenti nella modulazione e regolazione delle proprie emozioni, sono più vulnerabili allo stress e possono andare incontro nel periodo perinatale ad un aumento dell'ansia dovuto ad un bisogno di controllo che non trova possibilità di realizzarsi, nell'incertezza che ogni esperienza di maternità porta con sé (Grussu e Bramante, 2016, p.358). Inoltre, le mamme con disturbo alimentare, avendo esse stesse un rapporto con la nutrizione disfunzionale, possono non essere in grado di sintonizzarsi con i bisogni sia nutritivi che affettivi del bambino e di stabilire un legame di adattamento sicuro con lo stesso (Grussu e Bramante, 2016, p.360-361)

1.4.2.e *Tossicodipendenze.* I disturbi correlati a sostanze riscontrati nelle madri si sono dimostrati come delle condizioni particolarmente a rischio in cui "le funzioni di cura e protezione presentano tratti di disfunzionalità, esponendo la relazione

genitore-bambino e lo sviluppo infantile ad elevati livelli di vulnerabilità” (Grussu e Bramante, 2016, p.395): in particolare, queste madri mostrano nei confronti dei figli uno stile relazionale improntato alla negligenza dei bisogni del bambino, ad un’affettività negativo, alla rabbia, a comportamenti ambivalenti ed incoerenti ed all’autoritarismo fino all’abuso e maltrattamento (Grussu e Bramante, 2016, p.396-397).

La dinamica della dipendenza da sostanze, con i relativi stati fisiologici ed emotivi che comporta, generalmente costituisce un grave problema per la costruzione dell’identità materna in queste donne, nonostante per molte donne la maternità costituisca una cosiddetta “finestra di opportunità” per la motivazione a smettere di assumere sostanze e per l’accettazione di interventi terapeutici tesi alla guarigione dalla tossicodipendenza (Grussu e Bramante, 2016, p.396-397; Hendrick, 2006, p.153).

Al contrario, spesso le donne gravide provano sentimenti di colpa e vergogna per via del fatto che non riescono a smettere l’uso di sostanze e lo stigma, insieme alle possibili conseguenze legali, relative all’essere una madre con dipendenza da sostanze possono costituire un ostacolo al considerare un trattamento (Hendrick, 2006, p.154).

In una ricerca qualitativa basata sulla grounded-theory di Johnson (2013), vengono identificati diversi fattori che influenzano l’efficacia del trattamento, a partire dalle narrazioni riguardanti i bisogni di cura e trattamento delle madri in gravidanza e nel post-partum. Il primo fattore riguarda la qualità delle relazioni: 1) con il Sè, in quanto le donne cercano in sè stesse forza e motivazione per ricadere nella dipendenza durante il trattamento; 2) con i familiari, compreso il neonato, poichè la transizione alla maternità si rivela essere di grande supporto nel motivare la madre ad abbandonare la dipendenza; 3) con gli amici, che spesso si rivelano controproducenti sul piano del trattamento in quanto appartenenti alle compagnie che con la donna condividevano la tossicodipendenza; 4) con il partner, che parimenti si rivela controproducente in quanto anche condivideva con la donna la tossicodipendenza. Il secondo fattore riguarda i fattori strutturali del trattamento, che coinvolgono l’organizzazione della comunità ed il senso di connessione con persone con esperienze simili. Il terzo fattore riguarda i bisogni specifici di trattamento, quali la durata e la frequenza delle sessioni di gruppo, il luogo di incontro, la preferenza di

trattamento individuale o di gruppo, il contenuto del trattamento, il supporto dei professionisti, del partner e dei compagni di trattamento ed il bisogno di costruire un ambiente sicuro (Johnson, 2013).

1.4.2.f Psicosi puerperale, disturbo bipolare e schizofrenia. Tra i disturbi più gravi e diffusi di tipo psicotico e affettivo tra le puerpere rintracciamo la psicosi puerperale, il disturbo bipolare e la schizofrenia.

La psicosi puerperale costituisce una categoria clinica i cui sintomi si collocano tra i disturbi dell'umore e i disturbi psicotici: essa è infatti caratterizzata principalmente da sintomi maniacali o ipomaniacali o misti, i quali possono manifestarsi in assenza di sintomi psicotici oppure in presenza di sintomi psicotici, sia positivi quali deliri e allucinazioni, ma anche negativi quali catatonìa confusione, perplessità e de-realizzazione (Grussu e Bramante, 2016, p.149-150).

Per ciò che concerne il disturbo bipolare, il periodo del postpartum “è riconosciuto come un periodo di rischio significativamente alto di ricaduta bipolare, rappresentando un rischio per l'esacerbazione di questa malattia maggiore di qualsiasi altro periodo nella vita di una donna” (Hendrick, 2006, p.119). Esso si manifesta principalmente con la comparsa di episodi maniacali, i quali sarebbero fortemente e specificamente associati con l'evento del parto, in quelle pazienti già affette dal disturbo. Tuttavia, per molte pazienti con disturbo bipolare di tipo II, il sintomo principale sarebbe la depressione (Grussu e Bramante, 2016, p.161). Inoltre, le donne con psicosi puerperale sarebbero ad alto rischio sia di suicidio che di neonaticidio. (Beck e Driscoll, 2006, p.47). In relazione alla diagnosi differenziale, Sichel e Driscoll (1999) definiscono il disturbo bipolare di tipo II come l'”impostore della depressione postpartum” (Sichel, D. A., & Driscoll, J. W. (1999). *Women's Moods: What every woman must know about the hormones, the brain, and emotional health* cit. in Beck e Driscoll 2006, p.125) mettendo in evidenza come spesso i clinici stessi falliscono nel riconoscere e diagnosticare il disturbo bipolare di tipo II, scambiandolo di fatto per una depressione post-partum.

Per ciò che concerne la schizofrenia, essa non risulta associata all'evento del parto, come il disturbo bipolare, ma si rende necessario il supporto della relazione madre-bambino, in particolare in relazione all'alto rischio che queste donne mostrano

di sviluppare deliri, di negare la gravidanza e tentare di far del male al feto (Hendrick, 2006, p.143). Molte di queste donne sviluppano una psicosi puerperale e, a livello di organizzazione ospedaliera, la condizione più adatta a tale tipologia di pazienti sarebbe il ricovero in reparti madre-bambino specializzati, in cui la donna può essere efficacemente trattata e può essere monitorata adeguatamente la relazione di cura madre-bambino (Hendrick, 2006, p.144)

1.4.3 Il periodo post-natale: una sintesi

Il periodo perinatale, e nello specifico il postpartum, è sempre stato oggetto di profondo interesse per la comunità scientifica. La psicologia afferente ai più diversi orientamenti che si è accostata allo studio della donna nel periodo perinatale condivide sostanzialmente l'idea secondo cui questo rappresenta dei profondi cambiamenti per la donna nella sua identità personale, nella sfera interpersonale e nella sua condizione di vita in generale, rappresentano pertanto una fase di indubbia vulnerabilità e rischio, anche rispetto all'insorgenza di disturbi psicologici o aggravamento di quelli preesistenti. È stato inoltre dimostrato come lo stato della donna nel periodo perinatale possa influenzare anche a lungo termine la salute psicologica e neurobiologica del nascituro (Quartato e Grussu, 2018). Pertanto, questa fase della vita della donna va tenuta in grande considerazione ed attenzione dalla comunità clinica e scientifica ai fini di programmare delle forme di supporto e cura volti alla risoluzione delle problematiche di disagio e psicopatologia: come suggerito da Kitzinger (1980), il parto ha una funzione sociale e “sostenere la donna e il bambino che sta venendo al mondo è una responsabilità collettiva” (Kitzinger, 1980, p. 85).

Sostanzialmente, la letteratura internazionale in merito suggerisce una particolare attenzione sul fenomeno in particolare da parte degli operatori sanitari, affinché alle donne venga offerto prontamente, oltre che tutte le precauzioni e trattamenti medici, anche supporto psicologico e psicofarmacologico, fino alla realizzazione di interventi specifici ed ad una ristrutturazione dell'organizzazione ospedaliera in funzione dei bisogni specifici della donna e della diade madre-bambino. A titolo di esempio, citiamo la pratica del ricovero nelle *mother and baby units*, reparti specializzati in

ospedale in cui le donne affette da psicosi puerperale possono essere trattate continuando a prendersi cura del bambino: in tal modo esse sarebbero sottoposte non solo a “trattamento medico specializzato, ma anche a interventi psicosociali e psicoeducativi, facilitando la guarigione, la prevenzione di futuri episodi e l’instaurazione di una corretta relazione madre figlio” (Grussu e Bramante, 2016, p.155).

Inoltre, in molta della letteratura già citata vengono sottoposte ad ampia critica le pratiche di medicalizzazione che ruotano attorno alla maternità, dalla gravidanza fino al puerperio, ed è opinione condivisa da molti che la modifica di talune pratiche, fino anche all’adozione di altre ispirate ai modelli ostetrici di epoca pre-industriale, possa giovare grandemente sia alla madre, nei termini di un migliore esito del parto ed un ottimale adattamento alla nuova identità di ruolo materno in tutti i suoi aspetti, sia al bambino, nei termini del suo sviluppo ottimale fisico, neurologico e psicologico (Kitzinger, 1980; Seline e Stone, 2009).

Capitolo 2

Una ricerca fenomenologica sul disagio post-natale

2.1 Oggetto e scopo di ricerca

L'oggetto della presente ricerca sarà l'indagine dell'esperienza delle problematiche del postpartum in relazione ad una serie di dimensioni ad essa legate in un piccolo campione di due donne che hanno partorito in un Ospedale del Veneto. La ricerca mirerà ad evidenziare nel dettaglio i significati espressi e narrati dalle donne in relazione sia alla fase particolare del postpartum che alla sfera esperienziale estremamente significativa qual è la maternità. L'indagine si estenderà anche all'interno di altre aree strettamente connesse all'esperienza della maternità e del postpartum, quali le relazioni sociali significative (coniuge, parenti amici, colleghi di lavoro), l'esperienza con il personale sanitario, la relazione con il proprio corpo e con il proprio lavoro.

2.2 Partecipanti

Il campione selezionato consiste di due donne, originarie della provincia di Padova. Entrambe hanno vissuto la loro prima esperienza di gravidanza e parto ed hanno compiuto il parto nel reparto di ostetricia di un Ospedale veneto, venendo a contatto con il servizio di supporto psicologico specifico del reparto e cominciando, in tal modo, un percorso di psicoterapia legato a disagi sperimentati nel postpartum. La prima donna è stata Ornella (nome di fantasia), di 27 anni, di professione educatrice di asilo nido, ha partorito tramite cesareo, è stata intervistata dopo 36 mesi dal parto. La seconda donna è stata Federica (nome di fantasia), di 34 anni, di professione assistente sociale, anch'essa ha partorito tramite cesareo ed è stata intervistata dopo 18 mesi da parto. Entrambe le donne sono primipare ed hanno avuto una gravidanza fisiologica.

2.3 Il metodo: IPA (Interpretative Phenomenological Analysis)

2.3.1 Principi teorici

Per la presente ricerca è stato adoperato il metodo IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) messo a punto da Smith, Flowers e Larkin (2009). Il metodo IPA è da considerarsi ispirato a tre correnti fondamentali: la fenomenologia, l'ermeneutica e l'idiografia.

Per quanto concerne la fenomenologia, secondo la definizione degli autori "IPA è un approccio di ricerca qualitativo orientato all'esame di come le persone danno senso alle loro esperienze significative" (Smith et al., 2009, p.1), secondo il principio per cui quando la persona si trova di fronte ad una esperienza comincia a riflettere sul suo significato ed ad attribuirle un senso.

L'IPA si colloca nell'alveo della psicologia fenomenologica e, in quanto tale, aderisce al principio fondamentale dell'indagine fenomenologica secondo cui l'esperienza debba essere "esaminata nel modo in cui si manifesta e nei suoi stessi termini" (Smith et al., 2009, p.12), evidenziando come, in tutto il processo della ricerca, ed in particolare nell'analisi, il ricercatore debba mostrare sempre una stretta aderenza alla narrazione che viene portata dal partecipante, essendo quest'ultima testimone della sua personale esperienza di un determinato oggetto.

In questo senso si può evidenziare come l'esperienza che il ricercatore si appresta a studiare rappresenti, secondo il suggerimento di Husserl, filosofo fondatore della fenomenologia, un'attività o conoscenza di primo ordine, laddove l'attività del ricercatore che si appresta a conoscere e a comprendere l'esperienza del partecipante rappresenti un'attività o conoscenza di secondo ordine, ovvero una riflessione riferentesi all'esperienza di primo ordine, condotta in accordo a determinati principi teorici e metodologici.

È importante sottolineare che, coerentemente con i principi della fenomenologia, come suggerisce Husserl, la scienza, compresa di tutti gli apparati teorici/metodologici di cui si serve, rappresenta un sistema di conoscenza di secondo ordine, il quale si fonda essenzialmente sull'attività di primo ordine, ovvero l'esperienza, "ricordandoci che il mondo della vita (la vita quotidiana che conduciamo e che

diamo per scontata) fornisce il terreno esperienziale per ciò che noi potremmo chiamare il mondo scientifico e obiettivo” (Smith et al., 2009, p.15).

Per ciò che concerne la tipologia di esperienze di interesse del metodo IPA, esso rappresenta un metodo adeguato allo studio dettagliato di tutte quelle sfere esperienziali di grande importanza e significatività della vita quotidiana: in particolare ci si riferisce alle grandi transizioni di vita, quali l’inizio di un nuovo lavoro, la nascita di un figlio e similari, le quali si adattano ad essere analizzate con un tale metodo in quanto “sono di significato rilevante per la persona, la quale si impegnerà considerevolmente in riflessioni, pensieri e sentimenti mentre ne esamina il significato” (Smith et al., 2009, p.3). In occasione di tali esperienze significative, l’IPA si pone come un metodo adatto a raccogliere ed esaminare rigorosamente i significati emergenti.

In questo senso, l’IPA è orientata alla raccolta e analisi dettagliata dei significati che emergono dalla narrazione della persona in quanto “il significato che viene conferito all’esperienza dal partecipante, diventando esso stesso un’esperienza, si può dire che rappresenti l’esperienza stessa” (Smith et al., 2009, p.33), laddove la stessa “esperienza può essere compresa attraverso l’esame dei significati che le persone imprimono su di essa.” (Smith et al., 2009, p.34).

Quanto alle caratteristiche del soggetto che fa esperienza, la fenomenologia mette in risalto la natura sostanzialmente incarnata (o incorporata) dell’esperienza stessa, secondo il contributo di autori quali Heidegger, Merleau-Ponty e Sartre. Infatti, il Dasein (l’Esser-ci), secondo l’espressione utilizzata da Heidegger, è un’espressione che serve a rappresentare meglio la “qualità esclusivamente situata dell’essere umano” (Smith et al., 2009, p.16) laddove la coscienza rende possibile l’esistenza di un mondo significativo, ovvero un mondo costituito da oggetti, attività e relazioni nelle quali l’essere umano è immerso. In questo senso, Merleau-Ponty approfondisce la riflessione sulla natura situata dell’essere umano introducendo il concetto di *soggetti-corpo*, termine con il quale si intende mettere in risalto il ruolo del corpo non come oggetto del mondo, ma come mezzo tramite il quale il soggetto si mette in relazione con il mondo. In particolare, i sopra citati autori evidenziano, all’interno del mondo significativo in cui il soggetto si troverebbe calato, la pregnanza e significatività della relazione con l’altro, l’*intersoggettività*: è all’interno di quest’ultima, infatti, che l’uomo riuscirebbe a dare significato al mondo. Secondo

Heidegger, l'essere situato nel mondo “fornisce all'attore incarnato e intenzionale una gamma di opzioni fisicamente fondate (ciò che è possibile) e intersoggettivamente fondate (ciò che è significativo)”: il Sè richiede necessariamente l'esistenza dell'altro e l'Esser-ci è essenzialmente un Essere-con. Approfondendo la riflessione in merito, Sartre suggerisce l'importanza dello sguardo dell'altro come principio della coscienza di sé: infatti “la coscienza di sé diventa manifesta solo dall'essere consapevole di essere oggetto dello sguardo dell'altro” (Smith et al., 2009, p.20). Inoltre, Sartre apre ulteriormente la riflessione sul Dasein evidenziando l'intrinseca progettualità dell'essere umano: descrivendo il Sè non come “un'unità pre-esistente che deve essere scoperta, ma piuttosto un progetto in corso che deve essere dispiegato” (Smith et al., 2009, p.19), l'Autore mette in evidenza l'aspetto evolutivo e processuale dell'essere umano.

In sintesi, possiamo sostenere che l'IPA nel suo impegno prettamente fenomenologico si impegna a focalizzarsi ed esaminare l'esperienza e la percezione di essa, considerando la “persona come incorporata e immersa in un mondo di oggetti e relazioni, linguaggio e cultura, progetti e interessi” (Smith et al., 2009, p.21).

Altro contributo fondamentale della fenomenologia è l'attenzione incessante che questa riserva alle categorie preesistenti (pre-concezioni, pre-strutture e pre-giudizi) che l'osservatore inevitabilmente porta nell'atto stesso di esaminare e studiare l'esperienza: il ricercatore infatti, anch'egli essere umano, vede il mondo attraverso le sue proprie categorie e costrutti e tale aspetto, secondo gli autori fenomenologi, va attentamente considerato e approfondito.

Concordemente, gli autori fenomenologi pongono alla base della questione la riflessività, ovvero quel processo per mezzo del quale si diventa consapevoli delle proprie categorizzazioni. Secondo Husserl, la questione delle pre-strutture di conoscenza rappresenta una limitazione allo studio dell'esperienza e, come soluzione, egli prospetta la possibilità, all'interno del metodo fenomenologico, di *mettere tra parentesi* le proprie pre-concezioni ai fini di sviluppare pienamente l'attitudine fenomenologica e cogliere le qualità essenziali/strutture centrali dell'esperienza umana.

Differente è invece l'approccio di Heidegger, il quale è incline a considerare le pre-concezioni e pre-strutture non come ostacoli che è possibile superare ma come

parte integrante del processo interpretativo, creando così un ponte tra fenomenologia ed ermeneutica, la scienza dell'interpretazione, che rappresenta il secondo grande filone su cui l'IPA trae fondamento.

Secondo Heidegger, "il lettore, ricercatore o ascoltatore porta le sue pre-concezioni (esperienze precedenti, assunti, pre-concezioni) nell'incontro, e non può fare a meno di guardare a qualsiasi nuovo stimolo alla luce delle sue esperienze precedenti" (Smith et al., 2009, p.25): analizzare il significato presuppone un processo interpretativo in cui operano costantemente ed inevitabilmente le pre-concezioni e pre-proiezioni dell'interpretante, le quali forniscono una pre-struttura per i successivi atti di conoscenza.

Come soluzione metodologica, Heidegger suggerisce una riconsiderazione del processo della "messa tra parentesi" delle proprie pre-concezioni: se questa non è più un obiettivo che può essere completamente e definitivamente raggiunto lasciando spazio ad un esame neutrale ed obiettivo dell'esperienza e del significato, tuttavia all'interno del processo di interpretazione è possibile dare priorità al dato esperienziale e lasciare che le proprie pre-concezioni e pre-strutture si modifichino in accordo con quest'ultimo. L'interpretazione dunque si presenta come un processo nel quale si "dà senso a queste pre-strutture nei termini delle cose stesse" (Smith et al., 2009, p.25).

Questo sopra descritto rappresenta un processo riflessivo di natura ciclica, ovvero una pratica nella quale il ricercatore ciclicamente e regolarmente, nel corso dell'indagine, riflette sulle proprie pre-concezioni e pre-strutture e le modifica e revisiona, adattandole al dato, aspetto che accomuna tutti i metodi di ricerca psicologica qualitativa. Tale prospettiva è comune anche a Gadamer, il quale sostiene che le pre-concezioni e pre-strutture operino per mezzo delle proiezioni che il lettore porrebbe sul testo e che la consapevolezza di queste si svilupperebbe nell'incontro con il testo, dando vita ad un dialogo che rappresenterebbe il nucleo del processo interpretativo.

Dunque, coerentemente con i principi ermeneutici sopra descritti, si può affermare che nel metodo IPA sia presente una "doppia ermeneutica" (Smith et al., 2009, p.35), in cui il ricercatore dà un senso all'incontro con il soggetto dello studio, il quale a sua volta dà un senso all'esperienza oggetto dell'analisi. Nella relazione che esiste tra l'interpretante e l'interpretato, ed in particolare nel processo di revisione che

l'interpretante compie sulle proprie pre-concezioni e pre-proiezioni, queste si modificano continuamente e dinamicamente durante l'intero processo interpretativo. Questo atteggiamento può essere considerato una via di mezzo tra quelle che Ricoeur denomina l'ermeneutica dell'empatia e l'ermeneutica del sospetto, intendendo con la prima l'atteggiamento per il quale l'interpretante si sforza unicamente di comprendere l'esperienza ed il significato dell'altro dalla sua prospettiva situata e con la seconda l'atteggiamento opposto per il quale, invece, l'interpretante impone le proprie pre-categorizzazioni, anche di carattere scientifico, nel processo interpretativo relativo all'esperienza e significati altrui.

Per ciò che concerne la modalità con cui debba essere condotta l'interpretazione, il metodo si ispira al principio del circolo ermeneutico: nonostante, come metodo qualitativo, l'IPA necessariamente presenti una successione ben definita di passaggi, il processo interpretativo diretto al significato del testo contempla la riflessione e l'analisi de "la relazione dinamica tra la parte e il tutto, su diversi livelli" (Smith et al., 2009, p.28) e rappresenta uno "stile di pensiero dinamico e non lineare" (Smith et al., 2009, p.28) in cui il ricercatore continuamente si sposta dall'analisi interpretativa delle parti a quella del tutto e viceversa.

Il terzo filone epistemologico da cui l'IPA trae fondamento è l'idiografia. L'IPA mutua da questa l'orientamento all'analisi accurata e sistematica del particolare e del dettaglio, contrariamente all'approccio nomotetico il quale è orientato all'analisi di ampie popolazioni per individuare le leggi generali del comportamento umano. In particolare, l'IPA "si occupa di comprendere come un particolare fenomeno esperienziale (un evento, processo o relazione) sia stato vissuto dalla prospettiva di particolari persone, in un particolare contesto" poiché, come argomentato nella sezione sopra dedicata alla fenomenologia ed all'ermeneutica, l'esperienza viene concepita come "incarnata, situata e prospettica" (Smith et al., 2009, p.28) e la persona come immersa in un mondo di cose e relazioni. In questo senso, l'IPA si presta particolarmente allo studio dei casi singoli, in cui l'esperienza in questione viene analizzata accuratamente ed in profondità, dando così ragione della complessità del mondo e della psicologia umana stessa.

Per quanto concerne la relazione tra l'approccio idrografico e nomotetico, è fondamentale riflettere sul ruolo che il particolare ed il generale hanno nella produzione della conoscenza. Secondo F. Galton ["la conoscenza del particolare è

l'inizio di tutta la conoscenza - scientifica o di altro tipo" ...] e mette in guardia dalla tendenza troppo precoce alla generalizzazione, in quanto questa metterebbe a rischio una corretta rappresentazione delle ["organizzazioni salienti e delle naturali integrazioni nella vita personale" (F. Galton citato in Smith et al., 2009, p.31). In ogni caso, il particolare ed in generale non sono da considerarsi come aspetti distinti ma come mutualmente sottintesi: "il particolare eternamente giace sotto il generale; il generale eternamente deve adempiere al particolare" (Hermans, 1988 cit. in Smith et al., 2009, p.31). Infatti, ogni caso particolare, proprio per la sua natura strettamente situata in un contesto storico, sociale e culturale, si fa portatore di istanze connesse a questo stesso contesto, motivo per cui "addentrarsi più in profondità nel particolare ci porta anche più vicino all'universale" (Smith et al., 2009, p.31). In questo senso, il forte impegno idiografico portato avanti dall'IPA porta a configurare la questione della generalizzazione non più nei termini di generalizzabilità empirica, ma nei termini di *trasferibilità teoretica*, ovvero la possibilità di estendere le affermazioni emerse dall'indagine a soggetti che condividono un contesto più o meno simile. In questo senso, IPA è aperta alla possibilità di giungere ad affermazioni di ordine più generale mediante dei metodi di procedura analitica, tra cui ricordiamo il metodo di *induzione analitica* e l'approccio *quasi-giudiziale*. Il metodo di induzione analitica si propone il tentativo di offrire una spiegazione teorica a partire una serie di casi per mezzo della proposta di un'ipotesi iniziale che viene verificata per ogni caso e a sua volta revisionata ed aggiustata caso per caso, coerentemente con i principi riflessivi adoperati nell'ermeneutica, come sopra descritto; generalmente, viene considerato soddisfacente ai fini della ricerca il caso in cui l'ipotesi venga provata valida su di una maggioranza di casi, rendendosi quasi impossibile che lo sia per la totalità. L'approccio quasi-giudiziale invece, rappresentando un'applicazione particolare della legge del caso, analizza i singoli casi, considerandoli in relazione gli uni agli altri e, in tal modo, riuscendo a trarre delle affermazioni circoscritte ad una specifica area di interesse scientifico e professionale, producendo, quindi, delle generalizzazioni di basso livello.

Per quanto riguarda la scelta del campione dei partecipanti, secondo il metodo IPA questo deve essere scelto intenzionalmente (e non in base a criteri statistici come avviene nelle ricerche di stampo quantitativo) e deve presentare una omogeneità e specificità rispetto al fenomeno oggetto della ricerca. Normalmente esso è composto

di poche persone, le quali tuttavia condividono la possibilità di offrire una determinata prospettiva sul fenomeno in questione.

2.3.2 Le domande di ricerca primarie e secondarie

In prima istanza, è necessario evidenziare che il ricercatore che pianifica un progetto di ricerca con l'IPA deve essere disposto ad adoperare, nella sua opera di scrittura, la prima persona, a prendere posizioni ed a sviluppare le proprie argomentazioni (Smith et al., 2009, p.41) poiché il ricercatore, se da un lato si propone di condurre un'indagine basata su solidi principi scientifici ed epistemologici, dall'altro lato, condividendo la natura di soggetto orientato a dare un senso al mondo, non può fare a meno di generare una conoscenza prospettica e situata. Per questa ragione, in questo lavoro verrà adoperata la prima persona all'interno della sezione riguardante l'analisi.

Procedendo, si è proceduto a formulare le domande di ricerca che, nel metodo IPA, sono di due tipologie: le domande di ricerca primarie e quelle secondarie. Le domande di ricerca primarie sono domande aperte ed esplorative, dirette ad esaminare l'esperienza e prospettiva soggettiva e, poiché sono domande mirate ad esaminare dettagliatamente il vissuto personale, non sono ispirate a nessuna particolare teoria. Le domande di ricerca secondarie, invece, sono domande ispirate a particolari teorie e sono dirette a verificare in che misura i costrutti di queste ultime trovano rispondenza nei dati offerti dai partecipanti.

Le domande di ricerca primarie, formulate secondo una prospettiva prettamente fenomenologica, sono le seguenti:

- 1) Indagare come le donne hanno vissuto nel particolare e quali sono le caratteristiche dettagliate dell'esperienza del postpartum e della specifica problematica ad esso associata.
- 2) Indagare se e come si è modificata l'idea della maternità alla luce della problematica del postpartum.
- 3) Indagare come vivevano il rapporto con il bambino appena nato e come questo rapporto si è evoluto nel corso della problematica del postpartum.

- 4) Indagare se e come si è modificato il rapporto con il proprio corpo alla luce della problematica del postpartum e di questa specifica maternità.
- 5) Indagare se e come si è modificato il rapporto con il marito/compagno alla luce della problematica del postpartum e di questa specifica maternità.
- 6) Indagare se e come si è modificato il rapporto con i propri familiari (marito, madre, padre, suoceri, etc.) alla luce della problematica del postpartum e di questa specifica maternità.
- 7) Indagare se e come si sono modificate le reazioni sociali in senso lato (amici, conoscenti, colleghi di lavoro etc.)
- 8) Indagare come hanno vissuto l'esperienza del parto in ospedale ed il ricovero postpartum e che tipo di relazione hanno sperimentato con il personale ospedaliero (medici, infermieri, ostetriche) e con le altre donne della camerata.
- 9) Indagare come hanno vissuto la relazione tra le diverse dimensioni del postpartum e la dimensione lavorativa.

Per ciò che concerne le domande di ricerca secondarie, queste sono state formulate successivamente alla ricerca bibliografica preliminare illustrata nel Capitolo 1.

- 1) Verificare se i soggetti fanno esperienza di una distanza/rottura tra le aspettative immaginative ed anticipatorie rispetto alla maternità e l'esperienza della maternità reale.
- 2) Verificare la presenza dinamiche relative all'adattamento al ruolo nel processo di transizione alla maternità.
- 3) Verificare la presenza di dinamiche di stigmatizzazione (percepita) nell'esperienza delle donne.

2.3.3 Strumenti: l'intervista semi-strutturata

Per ciò che riguarda gli strumenti di raccolta dei dati, l'IPA si serve di interviste approfondite (in-depth interviews) sia di tipo semi-strutturato che non-strutturato. L'intervista semi-strutturata, strumento che verrà adoperato nella presente ricerca, dovrebbe contenere 6-10 delle domande aperte ed esplorative (domande di intervista,

distinte dalle domande di ricerca), dirette a favorire l'emergere dei significati da parte del partecipante e necessita inoltre di essere registrata in formato audio per permettere l'analisi dei dati mediante la trascrizione in forma scritta. Infatti nell'IPA il metodo di raccolta dei dati ha come scopo quello di generare "eventi che suscitino storie dettagliate, pensieri e sentimenti da parte dei partecipanti" (Smith et al., 2009, p.57) ed il ricercatore nel momento dell'intervista si impegna in un dialogo aperto con il partecipante nel quale ha la possibilità di esplorare ed approfondire anche tutti quei temi che emergono inaspettatamente i quali, pur non contemplati dal ricercatore, rappresentano aree significative dell'esperienza del soggetto. In questo senso, gli Autori separano le domande ricerca dalle domande di intervista: per ciò che riguarda le seconde "l'intenzione delle interviste IPA è quello di tentare di arrivare alle domande di ricerca "di traverso" (Smith et al., 2009, p.), ovvero stimolando la produzione narrativa del partecipante senza necessariamente fare menzione specifica ed esauriente dell'oggetto della domanda di ricerca. Infatti spesso le domande di ricerca vengono poste ad un livello astratto e non è abitualmente di aiuto o efficace porle direttamente al partecipante. Invece, mediante delle specifiche domande di intervista costruite ad hoc, il ricercatore mira a predisporre l'intervista come un evento che faciliti la discussione su temi rilevanti e che permetterà di rispondere alle domande di ricerca successivamente, tramite analisi" (Smith et al., 2009, p.58). In questo senso, l'IPA contempla sia i partecipanti che il ricercatore come soggetti attivi nel processo di ricerca, laddove costruiscono insieme il significato attribuito all'esperienza: in particolare è fondamentale che il ricercatore sia un ascoltatore empatico e partecipativo all'interno dell'interazione, in modo tale da incoraggiare nel partecipante la narrazione dell'esperienza.

Le domande di intervista che sono state sottoposte alle partecipanti sono:

- 1) Se ripensa alla sua esperienza del postpartum e della problematica che ha vissuto che cosa le viene in mente?
- 2) Che significati ha avuto per lei in quel periodo avere un figlio? E che rapporto aveva con suo/a figlio/a?
- 3) È cambiata in qualcosa la relazione con il suo corpo dopo il parto?
- 4) È cambiato in qualcosa il rapporto con i suoi familiari, con suo marito, madre, padre, suoceri dopo il parto?
- 5) Ed invece con i suoi amici, conoscenti, colleghi, etc.?

- 6) Come ricorda la sua esperienza in ospedale? La presenza del medico e del personale come la faceva sentire?
- 7) Come si è trovata con le altre donne della camera durante il ricovero?
- 8) In che modo ha vissuto avere un figlio in rapporto al suo lavoro?

Capitolo 3

Analisi dei dati

L'analisi dei dati secondo il metodo IPA ha portato all'identificazione, nelle narrazioni delle donne, di cinque temi sovraordinati strettamente connessi tra loro ed accomunati dalla dimensione della *minaccia all'identità*. L'unica dimensione indagata dalle domande di ricerca primarie che risulta secondaria nel processo di adattamento al ruolo materno ed nella dinamica del disagio psicologico è quella del corpo: i cambiamenti del corpo legati alla nuova maternità vengono considerati significativi in un primo momento dalle donne ma non costituiscono un tema fondante della loro esperienza.

3.1 Tema 1. Nel vissuto della maternità esistono elementi di continuità biografica tra l'identità precedente all'esperienza di maternità e l'identità costruita nell'esperienza effettiva di maternità.

In entrambe le partecipanti sono presenti degli elementi di continuità biografica e identitaria con il passato, ovvero delle dimensioni dell'esperienza che le donne percepiscono come sostanzialmente costanti ed invariate rispetto al tempo precedente il parto e la maternità.

Nel caso di Ornella questi elementi di significato sono rappresentati dall' "ansia" e dai "pensieri", dimensioni che hanno inoltre costituito la principale fonte di disagio nel postpartum, a tal punto da indurre la donna a cercare supporto psicologico ed a iniziare un percorso di psicoterapia, integrato poi con una terapia farmacologica. Ciò che la donna descrive come "ansia" viene inteso come modo di vivere e sentire che è stato presente trasversalmente in tutte le fasi della sua vita, compresa la maternità in tutte le sue fasi dalla gravidanza al postpartum:

“In realtà è una cosa che mi sono trascinata dietro anche nel dopo-parto; e un po' di pensieri che ho iniziato a fare a fine gravidanza così improvvisamente perché poi,

allora la dottoressa lo sa, io sono una persona superansiosa, ho un po' di difficoltà nella gestione della mia emotività; quindi io in realtà ho avuto ansia durante tutta la mia gravidanza, però ansie diverse...".

In questa narrazione emergono i significati dei "pensieri", dell'"ansia" e della "gestione dell'emotività", esperienze che vengono denominate come tali sullo sfondo della relazione terapeutica, nella quale ha ruolo fondamentale la figura della "dottoressa", la sua psicoterapeuta, con la quale si trova all'interno di un percorso terapeutico. Secondo la donna, i diversi momenti della sua vita, quale la gravidanza avrebbero determinato un cambiamento nel contenuto dell'ansia ("ansie diverse") ma la presenza dell'ansia stessa sarebbe fissa e continuativa all'interno della sua dimensione esperienziale.

In Ornella, connesso con la dimensione dell'ansia nella continuità biografica, c'è l'esperienza del confronto con l'altro:

"Io, nel confronto con gli altri, mi sono sentita sempre in difetto. Io ero sempre quella superansiosa: "perché ti stai rovinando questo momento della vita, perché fai questi pensieri, dovresti vivere le cose diversamente, dovresti prenderle con più leggerezza, ecc., ecc."")

Nella narrazione appena esposta emerge il dialogo interno con la voce appartenente all'altro nella quale la partecipante configura la propria esperienza come un "sentirsi in difetto" e la propria identità come mancante.

Nel caso di Federica, invece, l'elemento di continuità biografica ed identitaria ha avuto modo di emergere per mezzo della conversazione narrata con una sua amica "senza figli", nella quale la partecipante mette in luce la percezione della propria continuità biografica/identitaria rispetto alle dimensioni esperienziale dell'"essere" e del "pensare", evidenziando il rifiuto della costruzione di significato dell'"annullarsi" in relazione alla maternità.

"Sento una amica, senza figli, che non ne vuole avere che poi è dell'idea che le mamme si annullano quando hanno dei figli... Io non mi sento annullata,

semplicemente le priorità sono diverse, sono cambiate ma non per questo io non sono quella che sono, o non penso come ho pensato anche un anno e mezzo fa”.

In questa narrazione emerge il tema dell'identità e del suo “annullamento” possibile nella maternità. La donna narra che, nella sua esperienza, la maternità viene considerata come un cambiamento nelle sue “priorità” ma non nella sua “identità”: quest'ultima non viene considerata come “annullata” in relazione alla nascita di un figlio. L'elemento di continuità biografica e temporale viene delineato per mezzo dell'affermazione che sia il proprio “essere” (“*non per questo io non sono quella che sono...*”) che il proprio “pensare” (...*o non penso come ho pensato anche un anno e mezzo fa*) sono sostanzialmente rimaste invariate rispetto al passato.

3.2 Tema 2. La polarità tra l'ideale di maternità e l'esperienza reale di maternità ha un ruolo fondante nell'esperienza della sofferenza psicologica e del sentimento di inadeguatezza al ruolo materno

In contrasto con gli elementi di significato che rappresentano la continuità temporale ed identitaria con il passato, l'esperienza delle donne si focalizza principalmente sulla rottura biografica rappresentata dalla transizione alla maternità nel postpartum. In questo senso, la transizione alla maternità nel postpartum è dominata dal contrasto tra le aspettative sulla maternità e l'esperienza della maternità effettivamente vissuta: in entrambe le narrazioni è possibile identificare la presenza di un ideale di maternità con il quale le donne operano un continuo confronto in relazione alla propria esperienza.

Ornella è la partecipante che meglio mette in evidenza la polarità relativa all'ideale di maternità. Questa è costituita dall'anticipazione della maternità per come è stata costruita, secondo la partecipante, dalla sua infanzia e vissuta nell'immaginazione della stessa:

“Già da piccolissima, già immaginavo, mi vedevo madre, io proprio da bambina, piena di bambolotti, con questo istinto materno poi ho sempre avuta una predisposizione nello stare con bambini piccoli, nel prendermi cura cioè i primi

bimbi me li hanno affidati, tra virgolette, e me li lasciavano che non avevo ancora 10 anni ed io ho sempre avuta questa predisposizione, no, i figli degli altri, più piccolini e quindi proprio figlio mio era proprio il sogno della vita.”

La maternità veniva immaginata come “sogno della vita” e “momento idilliaco”, significati successivamente ristrutturata nei termini di “film mentale” in relazione al confronto con l’esperienza reale della maternità:

“Mi ero proprio fatta tutta un film mentale per cui ero convinta di vivere proprio in una maniera completamente diversa.”

Questa anticipazione di maternità verrà poi vissuta come inconciliabile rispetto all’esperienza della maternità reale, nella quale hanno avuto spazio anche l’esperienza di sofferenza, disagio psicologico e minaccia dell’identità. La polarità relativa all’esperienza reale ed effettiva di maternità coinvolge tutti quegli aspetti che la partecipante denomina “pensieri”, “ansie” e “paure”:

“Io la gravidanza me la sono sempre immaginata in un certo modo e poi a viverla è stata un’altra cosa. E se anche la mia esperienza da madre dovesse andare diversamente rispetto a come me la sono immaginata e se anche il rapporto con mia figlia non dovesse andare come me lo sono sempre immaginato...?”

Tema 3. *Il divario tra la maternità ideale anticipata e la maternità reale vissuta genera sentimenti di inadeguatezza e colpa che compromettono l’adattamento al ruolo materno.*

Dai resoconti delle donne emerge come la rottura tra l’ideale di maternità e l’esperienza concreta coinvolga fortemente il sentimento di inadeguatezza al ruolo materno, che risulta comune a entrambi i resoconti delle donne. Tale esperienza coinvolge principalmente la relazione nascente con il neonato, denunciando una forte criticità nell’adattamento al ruolo materno e nella negoziazione dei significati al esso connesso.

Nel resoconto di Ornella, emerge una dimensione di giudizio e autocritica, narrata come “sentirsi profondamente sbagliata”, e della colpa in relazione alle “ansie” e “pensieri” avuti già a partire dalla gravidanza ed anche nel puerperio:

“Tanti pensieri che si sono sommati tutti insieme, ed io mi sentivo profondamente sbagliata nel fare questi pensieri...”

“Il senso di colpa, che è perenne io questo senso di colpa lo infilo da tutte le parti, cioè me lo porto dietro dalla gravidanza ed ogni tanto rispunta fuori...”

Tra i contenuti di tali “ansie” e “paure” troviamo quelle specifiche legate alla condizione di gravidanza e del puerperio ed all’incolumità del bambino quali la preoccupazione dei movimenti fetali in gravidanza e la paura della morte in culla nel puerperio. Nel rapporto con la figlia, di particolare significato è la paura di “non amare la figlia abbastanza” e di “non accettarla”:

“E se mia figlia nasce... nasce brutta - io ho questo pensiero qua - io ho un rifiuto, magari non l'accetto, magari non la amo, magari... poi sa... La madre violenta, le madri che diventano matte...questa paura ricorrente di improvvisamente non amare abbastanza la bambina, questo me lo ricordo, di non darle abbastanza amore ma le sto dando abbastanza amore e questo era un pensiero fisso...”

Federica, invece, riferisce l’esperienza di inadeguatezza e la colpa soprattutto in relazione ai pensieri “spiacevoli” nei confronti del neonato ed al fallimento dell’allattamento:

“C’erano anche dei pensieri non proprio piacevoli nei suoi confronti che poi mi hanno spinto a venire qui a chiedere aiuto, perché appunto non mi riconoscevo in quella che ero in quel momento lì... la sentivo come l'elemento disturbatore di un equilibrio che in casa si era raggiunto e che necessariamente con il suo arrivo non esisteva più ecco; seppur voluta, cercata e così via... Era un estraneo che era arrivato e che adesso me lo dovevo tenere... era proprio la paura che potessi farle del male...”

“Adesso magari me ne faccio un po' più una ragione però c'è sempre l'interrogativo: ma se avessi tentato o se qualcosa fosse andato diversamente magari sarei riuscita ad allattare, insomma a sentirmi meno in colpa perché non sono stata capace”.

Tema 4. Le donne fanno esperienza di un processo di stigmatizzazione qualora falliscano nel conformarsi all'ideale sociale di maternità rispetto a uno o più punti

Dimensione fondamentale delle narrazioni delle partecipanti è stata l'esperienza dello stigma.

Ornella riferisce una problematica dovuta allo stigma che i familiari stessi hanno configurato rispetto alla sua situazione di disagio psicologico ed alla conseguente mancanza di risposta alla ricerca di supporto della donna:

“E inizialmente appunto, cercavo il conforto e non lo trovavo, mi hanno opposto un po' di resistenza, sia mio marito che mia madre; ... Mi dicevano: “sì, ma caspita smettila di pensarla in questo modo – perché devi pensarla così.”

Nel caso di Federica, lo stigma sociale ha coinvolto il fallimento dell'allattamento e dalla narrazione della donna emerge l'esperienza del “sentirsi giudicata” e “poco seguita” dal personale ospedaliero in quanto madre che non “vuole allattare”. In questo senso è significativa l'espressione, riportata dalla donna, utilizzata da un'operatore sanitario:

“Ricordati che non si allatta di seno, si allatta di testa”.

Descrivendo più in dettaglio le narrazioni riportate dagli operatori sanitari, la donna adopera la distinzione tra “mamme di serie A e mamme di serie B” per descrivere quello che per la sua esperienza è stato il comportamento degli operatori sanitari:

“Dinamiche per cui fanno proprio i confronti della serie mamma di sere A, la mamma che riesce ad allattare subito che non ha problemi che magari ha un seno perfetto e quindi anche nel giro visite mediche l’infermiera dice alla pediatra questa la mamma brava che allatta - io non mi sono sentita accolta e questa è stata la mia esperienza...”

In riferimento alle richieste di supporto dirette al personale sanitario, poiché la neonata piangeva in maniera continuativa, la donna descrive la tendenza degli operatori sanitari ad attribuire il pianto della bambina al “bisogno d’affetto” e trascurando il problema legato all’allattamento e al possibile senso di fame della neonata.

“per tre volte ricordo bene mi hanno detto: “vai, probabilmente ha bisogno di affetto, stai lì stringitela, coccola...”

In tal senso, l’esperienza della donna sul piano dell’identità materna è quella di essere stata costruita come “madre che non allatta” e “madre che non dà affetto” e, in quel frangente, ha sperimentato come la propria identità sia stata costruita unicamente ed esclusivamente sulla base dell’allattamento e della sua riuscita, secondo le dinamiche proprie dello stigma:

“L’unica domanda che mi faceva è perché non allatti. Non si andava mai oltre”.

Degno di nota, inoltre, è la descrizione della donna delle pratiche medicalizzate ospedaliere di gestione dell’alimentazione del neonato. Le è stato consegnato un foglio in cui venivano spiegate le modalità di somministrazione del latte artificiale al neonato, senza che, secondo la donna, sia stata attenzionata la complessa dinamica dell’allattamento:

“Non ho mai ben capito perché a me no e ad altre mamme si. Allora io appunto dopo il secondo giorno non ho più allattato per cui davo da bere latte artificiale secondo lo schemino che mi hanno gentilmente dato senza spiegarmi nulla dalla serie mi hanno dato un foglio.”

La critica della donna riguarda il non aver ricevuto aiuto per la buona riuscita dell'allattamento, descrivendo gli operatori sanitari in quel frangente come "ostacolatori" dotati di "poca professionalità", contrariamente al ruolo di "facilitatori" che la donna si sarebbe aspettata da loro:

“una frase di questo tipo sicuramente non aiuta e tu dovresti essere un facilitatore non un ostacolatore per cui si poca professionalità secondo me in questo caso.”

Tema 5. Le relazioni significative svolgono un ruolo fondamentale nella ristrutturazione e rinegoziazione dei significati attribuiti alla maternità, talvolta promuovendo il cambiamento e la risoluzione del disagio e talvolta ostacolandolo.

Parallelamente ai processi di giudizio sociale, dall'esperienza delle donne emerge anche degli spazi e dei contesti di supporto sociale in cui, a fronte di una situazione di disagio e sofferenza, viene incoraggiato e favorito il processo di rinegoziazione dei significati e dell'identità materna, che nell'esperienza delle due donne sono il contesto familiare e professionale.

Le narrazioni delle partecipanti mettono in luce che il supporto sociale è una dimensione estremamente significativa nel puerperio. In primis, esso è fondamentale sul piano dell'impegno fisico che l'accudimento del neonato richiede, poiché figure significative, di norma marito e familiari, possono sostenere considerevolmente la puerpera che soffre di affaticamento e deprivazione di sonno, ma lo è anche in quanto il supporto di figure significative sostiene ed incoraggia i processi di rinegoziazione del significato in caso di sofferenza e disagio psicologico.

Nel caso di Ornella, il supporto del contesto familiare è stato ristabilito dopo un momento iniziale di rifiuto e di stigmatizzazione:

“C'è stata una inversione di rotta, ovviamente mi sono venuti molto più incontro”

“Il fatto di saperlo che lui (il marito) era nell'altra stanza a lavorare mi dava serenità, mi dava tranquillità.”

Per ciò che concerne il supporto professionale, quest'ultimo è risultato per la donna maggiormente significativo rispetto ai processi di rinegoziazione dell'identità materna:

“... ho smesso di parlarne con chiunque, mi sono molto chiusa a riccio e sono pochissimi gli eletti – diciamo - con cui ho lasciato aperto un canale di comunicazione e poi dal cielo mi è piovuta l'ambulatorio. Ringraziamo Dio che mi è capitata questa cosa e loro mi hanno salvata”.

In riferimento al percorso di psicoterapia cominciato a partire dal contatto con l'ambulatorio psicologico dell'Ospedale, Ornella descrive il processo di rinegoziazione del significato e dell'identità:

“abbiamo costruito, stiamo costruendo, nulla è finito, tutto sempre in work in progress, una nuova identità”

Nel caso di Federica, il supporto del contesto familiare è stato particolarmente significativo soprattutto in relazione alla presenza e vicinanza fisica dei familiari:

“In quel periodo li mi sono stati tanto d'aiuto, tanto in appoggio, mio marito e i miei genitori sapevano tutto, anche i pensieri che avevo”

“Dal secondo mese già meglio avevo un po' preso confidenza e dimestichezza con lei avevo cominciato a venire qui, comunque il sostegno da parte dei miei familiari c'era”

Al contrario, le relazioni con il personale ospedaliero hanno coinvolto processi di stigmatizzazione e sono risultate deleterie ai fini della rinegoziazione dell'identità e della risoluzione del disagio psicologico:

“L'allattamento, non è partito, mi sono sentita poco seguita e molto giudicata all'interno del reparto”

Tema 6. *La transizione alla maternità innesca un complesso processo di confronto e negoziazione tra l'identità di madre e l'identità di lavoratrice*

Il rapporto tra l'identità materna e l'identità lavorativa ha dimostrato di essere complesso nella transizione alla maternità.

Nel caso di Ornella, la dimensione ed identità di educatrice viene percepita inconciliabile con quella di madre:

“Ho fatto una scelta ho preferito mandarla (la figlia) in una scuola diversa, secondo me migliore, e soprattutto non l'avrei voluta a scuola con me che voglio tenere separati i due ruoli”

Nel caso di Federica, invece, la maternità è stata percepita come occasione per “staccare la spina da lavoro” e di fare esperienza di un'identità diversa da quella lavorativa:

“Io sono stata a casa da lavoro per un anno e mezzo tra gravidanza e postpartum e devo dire che è stato tanto utile, questo anno e mezzo, per staccare completamente la spina dal lavoro, non essere assorbita da qualsiasi problematica di lavoro”

Capitolo 4

Discussione

Il presente studio si è focalizzato sull'analisi delle dimensioni dell'esperienza di donne che hanno sperimentato disagio psicologico nel postpartum. Dall'analisi emerge la dimensione tematica del conflitto/rottura tra l'ideale di maternità e l'esperienza di maternità reale che risulta coerente con i contributi della letteratura (Gius e Cavanna, 1988; S. Kitzinger, 1980).

Dalle narrazioni delle madri nella presente ricerca è possibile ravvisare l'esistenza di costruzioni di senso normative della maternità con cui le donne continuamente si confrontano per una valutazione del proprio essere madre: le donne fanno esperienza del sentimento di inadeguatezza al ruolo materno in relazione alla presenza di prescrizioni e imperativi culturali molto stringenti sulla maternità, come testimoniato dalla letteratura (Bennett et al., 2007; Brown e Small, 1997). Lo studio mette in luce, inoltre, la presenza di un complesso processo di rinegoziazione del significato della maternità ai fini della risoluzione del disagio psicologico e dell'adattamento al nuovo ruolo ed identità materni, coerentemente con la letteratura in merito (Allegra e D'Amelia, 1997).

I risultati della presente ricerca mettono in luce la presenza di una minaccia all'identità che interviene nella transizione alla maternità nel postpartum, coerentemente con le considerazioni Allegra e D'Amelia (1997): la maternità costituisce una sfera problematica dell'esistenza della donna poiché se da un lato la donna, a differenza del passato, ha la possibilità di scegliere se abbracciare l'identità di madre, dall'altro lato, una volta presa la decisione di diventare madre, questa viene considerata come impegno totalizzante la cui riuscita o fallimento minaccia grandemente l'identità della donna.

Inoltre, nelle narrazioni delle due donne emergono chiaramente delle dinamiche dovute ai processi di stigmatizzazione, come teorizzati da Goffman (2003).

Nella presente ricerca, la stigmatizzazione (descritta anche nella ricerca di Whitley e Kirmayer, 2008), conferma la minaccia all'identità della donna e coinvolge processi di esclusione sociale privando la donna del supporto sociale che rappresenta

uno dei fondamentali fattori per la risoluzione del disagio, l'accesso ai trattamenti e buona riuscita degli stessi.

Inoltre, la presente ricerca evidenzia come il supporto sociale risulti fondamentale nella transizione alla maternità, coerentemente con la letteratura (Quartato e Grusso, 2018), in particolare ai fini della risoluzione del disagio e della rinegoziazione dei significati.

Per ciò che concerne i limiti della presente ricerca, questi sono costituiti principalmente dalla scarsità numerica del campione e dalla sua specificità rispetto al contesto socioculturale di appartenenza e dal contesto esperienziale di partenza (entrambe le donne sono primipare e hanno avuto gravidanze fisiologiche). Ulteriori ricerche potrebbero indagare tali dimensioni a partire da un campione più ampio o differenziare il campione a seconda del contesto socioculturale o esperienziale.

Tra i possibili suggerimenti riportati dal presente studio si può rinvenire la stretta connessione emersa tra i temi sovraordinati (la rottura tra ideale materno e maternità vissuta, il senso di inadeguatezza e la colpa, i processi di rinegoziazione dei significati e i processi di stigmatizzazione) e ciò può contribuire ad offrire una prospettiva più generale sul fenomeno del disagio psicologico nel postpartum. Tali temi rappresentano le diverse dimensioni della più generale minaccia all'identità a cui le donne vanno incontro nella transizione alla maternità nel postpartum.

Conclusioni

Oggi la maternità rappresenta una sfera problematica e potenzialmente un territorio di vulnerabilità della donna, famiglia e società che deve essere attenzionato particolarmente. Parimenti, sia per la situazione neurobiologica ed ormonale che per la complessità dei significati che coinvolge, la fase del postpartum è estremamente a rischio sia per l'esordio che per il peggioramento di diverse forme di disagio psicologico, i quali se trascurati possono generare effetti a lungo termine sulla salute psicologica della donna e sugli equilibri familiari, nonché sullo sviluppo del bambino.

In questo senso, esiste una continuità fenomenologica nei vissuti delle donne investigati nei contributi della ricerca e della letteratura. Le dimensioni fondamentali dell'esperienza delle donne contemporanee riguardanti la maternità riguardano essenzialmente una problematica di adattamento al ruolo materno dovuto alle severe prescrizioni culturali su cosa significhi essere una "madre buona e adeguata" laddove l'esperienza reale di maternità non viene rispecchiata da quella immaginata ed anticipata.

Si segnala, in ultimo, la relativa scarsità di ricerche qualitative (fenomenologiche e di altro orientamento) rispetto alla letteratura quantitativa. L'incremento in futuro di studi di natura qualitativa diretti a tutte le problematiche psicologiche post-natali è auspicabile per la comprensione più profonda dei vissuti nel postpartum, anche in relazione alle forme di psicopatologia comuni non specifiche del periodo post-natale.

Bibliografia

* Opere non direttamente consultate

- Allegra, L., D'Amelia, M. (1997). *Storia della maternità*. Roma: Editore Laterza.
- Armezzani, M. (2002). *Esperienza e significato nelle scienze psicologiche: naturalismo, fenomenologia, costruttivismo*. Roma: Editori Laterza.
- Beck, C. T., Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders. A clinician's guide*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Deutsch, H. (1977). *Psicologia della donna. Vol.2: La donna adulta e madre*. Torino: Boringhieri.
- Fornari, F. (1981). *Il codice vivente: femminilità e maternità nei sogni delle madri in gravidanza*. Torino: Boringhieri.
- *Fornari, F. (1982). *Codici affettivi e rapporto corpo/mente. (Opera non consultata direttamente)*
- Forni, S., Pennacini, C. e Pussetti, C. (a cura di) (2006). *Antropologia, genere, riproduzione: la costruzione culturale della femminilità*. Roma: Carocci.
- Freud, S. (1989). *Opere 1924-1929. Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1979). *Opere 1930-1938. L'uomo Mosè e la religione monoteistica e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gius, E., Cavanna, D. (1988). *Maternità negata: ricerca su vissuti e atteggiamenti nell'interruzione di gravidanza*. Milano: Giuffrè.
- Goffman, E. (2003). *Stigma*. Verona: Ombre corte.
- Grussu, P., Bramante, A, (a cura di) (2016). *Manuale di psicopatologia perinatale: profili psicopatologici e modalità di intervento*. Trento: Erickson.
- Hendrick, V. (2006). *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum: Principles and Treatment*. Totowa, New Jersey: Humana Press Inc.
- Horney, K. (1973). *Psicologia femminile*. Roma: Armando Armando Editore.
- Jones, E. (1972). *Teoria del simbolismo sessuale. Scritti sulla sessualità femminile e altri saggi*. Roma: Astrolabio Editore

- Kitzinger, S. (1980). *Donne come madri: gravidanza, parto, cure materne in un confronto di culture diverse*. Milano: Bompiani.
- Klein, M. (1978). *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri
- Klein, M. (1988). *La psicoanalisi dei bambini*. Firenze: Psicho
- Langer, M. (1981). *Maternità e sesso*. Torino: Loescher.
- Macfarlane, A. (1980). *Psicologia della nascita*. Torino: Boringhieri.
- Melchiorre V. (a cura di) (1992). *Maschio-femmina: nuovi padri e nuove madri*. Cinisello Balsamo: Edizioni paoline.
- Quartato, R. M., Grussu, P. (a cura di) (2018). *Psicologia clinica perinatale. Dalla teoria alla pratica*. Trento: Erickson.
- Selin, H., Stone, P. K. (2009). *Childbirth across cultures. Ideas and practices of pregnancy, childbirth and the postpartum*. New York: Springer.
- *Sichel, D. A., & Driscoll, J. W. (1999). *Women's Moods: What every woman must know about the hormones, the brain, and emotional health*. New York: William Morrow Publishers.
- Smith, J.A., Flowers, P., Larkin, M. (2009) *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Soifer, R. (1985). *Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio*. Roma: Borla.
- Spano, I., Facco, F. (2001). *Nascita e società: la medicalizzazione del parto: un aspetto della iatrogenesi sociale*. Padova: Sapere.
- Stern, D. N. (1995). *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern, D. N. (2000). *Nascita di una madre : come l'esperienza della maternità cambia una donna*. Milano: Editore Mondadori.
- Westall, C., Liamputtong, P. (2011). *Motherhood and Postnatal Depression. Narratives of women and their partners*. New York: Springer.
- Winnicott, D. W. (1968). *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Roma: Armando Editore.

Articoli

- Ayers S., Eagle A., Waring H. (2006). *The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study*. Psychology, Health & Medicine, November 2006; 11(4): 389 – 398.
- Bennett H. A., Boon H. S., Romansand S. E., Grootendorst P. (2007). *Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy - a qualitative study*. BMC Women's Health 2007, 7:13.
- Brown S., Small R. (1997). *Being a "good mother"*. Journal of Reproductive & Infant Psychology, 02646838, May97, Vol. 15, Issue 2.
- Coates R., Ayers S., de Visser R. (2014). *Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study*. BMC Pregnancy and Childbirth 2014 14:359.
- Haga S.M., Lynne A., Slinning K. and Kraft P. (2012). *A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers*. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2012; 26; 458–466.
- *Hermans, H. J. (1988). *On the integration of nomothetic and idiographic research methods in the study of personal meaning*. Journal of Personality, 56, 785-812.
- Kuo C., Chatav Schonbrun Y., Zlotnick C., Bates N., Todorova R., Chien-Wen Kao J., Johnson J. (2013). *A Qualitative Study of Treatment Needs Among Pregnant and Postpartum Women with Substance Use and Depression*. Substance Use & Misuse, 48:1498–1508, 2013.
- Riecher-Rössler A., Hofecker Fallahpour M. (2003). *Postpartum depression: do we still need this diagnostic term?* Acta Psychiatrica Scandinavica 2003: 108 (Suppl. 418): 51–5.
- Whitley R., Kirmayer L. J. (2008). *Perceived stigmatisation of young mothers: an exploratory study of psychological and social experience*. Social Science & Medicine 2008 January; 66(2): 339–348.