



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

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

**Corso di Laurea triennale in Scienze  
Psicologiche Sociali e del Lavoro**

**Tesi di Laurea triennale**

**Il disturbo della personalità depressiva  
nel post parto e in menopausa**

**Postpartum and Menopause depressive  
personality disorder**

***Relatrice:* Prof.ssa Cristina Marogna**

***Laureanda:* Valentina Fimognari  
*Matricola:* 1067928**

**Anno Accademico 2023/2024**

Dedicata ad Andrea

## **Indice**

### **INTRODUZIONE**

#### **PARTE PRIMA: LA DEPRESSIONE POST PARTO**

<b>1.1</b>	<b>Panoramica sulla depressione post parto: definizione ed incidenza</b>	<b>1</b>
<b>1.2</b>	<b>Quadri clinici nella depressione</b>	<b>2</b>
	<i>Maternity blues</i>	
	<i>Depressione post parto</i>	
	<i>Psicosi puerperale</i>	<b>3</b>
<b>1.3</b>	<b>Fattori di rischio e di protezione</b>	<b>4</b>
	<i>Fattori di rischio ostetrico-ginecologico</i>	
	<i>Fattori di rischio socioculturali e ambientali</i>	
	<i>Fattori di rischio psicosociale</i>	<b>5</b>
	<i>Fattori di rischio psicologico</i>	<b>6</b>
	<i>Fattori di protezione</i>	<b>7</b>
<b>1.4</b>	<b>Le dinamiche psicologiche nella depressione materna</b>	
	<i>Contributi psicodinamici</i>	
	<i>Dal cambiamento alla riorganizzazione</i>	<b>8</b>
	<i>Acquisizione del ruolo materno</i>	<b>9</b>
	<i>Gli effetti della depressione nelle interazioni madre-bambino</i>	<b>10</b>
<b>1.5</b>	<b>La valutazione della PND</b>	<b>11</b>
	<i>L'Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	
	<i>Le interviste cliniche</i>	

#### **PARTE SECONDA: LA DEPRESSIONE IN MENOPAUSA**

<b>2.1</b>	<b>Il pregiudizio culturale sul fenomeno della menopausa: dall'antica Grecia ad oggi</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>Il pensiero di Helene Deutsch e Simone De Beauvoir sul climaterio</b>	<b>13</b>
<b>2.3</b>	<b>La depressione in menopausa</b>	<b>15</b>
<b>2.4</b>	<b>Il tabù della morte</b>	<b>17</b>
<b>2.5</b>	<b>Le fasi della crisi in menopausa</b>	<b>18</b>
<b>2.6</b>	<b>L'arresto del flusso mestruale: lo scorrere del tempo</b>	<b>19</b>

<b>2.7</b>	<b>Gli strumenti</b>	20
	<i>Il counseling in menopausa presso i Consultori Familiari</i>	
	<i>Le campagne di educazione alla salute</i>	21
 <b>PARTE TERZA: RASSEGNA PSICOANALITICA</b>		
<b>3.1</b>	<b>Trattamenti psicologici nella depressione post parto</b>	22
	<i>Terapia cognitivo-comportamentale</i>	
	<i>Terapia psicotrasmissiva</i>	
	<i>Terapia interpersonale</i>	23
	<i>Terapia farmacologica</i>	
<b>3.2</b>	<b>Trattamento della depressione in menopausa</b>	
	<i>Gli interventi di gruppo</i>	
	<i>La struttura degli incontri di gruppo: un caso pratico</i>	24
	 <b>BIBLIOGRAFIA</b>	26

## INTRODUZIONE

L'oggetto della seguente ricerca è *il disturbo della personalità depressiva* nel post parto e nella menopausa.

Il disturbo depressivo è uno dei principali problemi di salute mentale, e viene definito come *un'alterazione del tono dell'umore* costellata da una sintomatologia specifica come: profonda tristezza, anedonia, mancanza di energia, pensieri di morte (solo per citarne alcuni). Ad esserne maggiormente colpite sono le donne in età fertile. Esso risulta estremamente invalidante per chi ne soffre.

Il motivo di questa scelta si fonda sull'interesse che queste tematiche hanno sempre suscitato in me. In particolare, mi sono sempre chiesta con stupore come sia possibile che certe madri, nei casi più estremi, arrivino persino ad uccidere i propri figli. Per quanto riguarda la menopausa, ho voluto approfondire un argomento che, al giorno d'oggi, è ancora poco discusso in ambito psicologico.

La tesi è di stampo bibliografico; ho basato le mie ricerche sulla consultazione di vari libri di testo e di quanto reso disponibile dalla letteratura scientifica a disposizione.

Il lavoro si sviluppa in tre parti: la prima è dedicata al post parto, e la seconda alla menopausa; nella terza ed ultima si descrivono invece i possibili trattamenti psicologici attuati nella cura dei quadri depressivi da me discussi.

È prassi comune, soprattutto all'interno della nostra società, concepire la maternità come un'esperienza felice; solitamente ci si aspetta che le madri gioiscano di questo evento, e che non esprimano quindi alcun tipo di turbamento. Ed invece, in alcuni casi l'esperienza della gravidanza-parto può essere vissuta con grande turbamento, tanto da sviluppare il disturbo depressivo con esordio nel post parto (PND, PPD).

Nella prima parte della ricerca viene definita la depressione, con la descrizione dei quadri clinici ad essa associati. Vengono inoltre esaminati i fattori di rischio e di protezione implicati nella genesi del disturbo, in quanto essi esercitano una notevole influenza sulle modalità di accudimento materno, sulle interazioni madre/bambino e sullo sviluppo di quest'ultimo.

Si prosegue con l'analisi delle dinamiche psicologiche coinvolte e degli strumenti utilizzati per la sua valutazione, soffermando l'attenzione in particolare sull'EPDS (Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale); si conclude con l'accesso alle interviste di stampo clinico, che sono estremamente importanti per identificare o meno la psicopatologia.

Passiamo alla questione della menopausa, e quindi alla seconda parte; la società odierna

impone determinati stereotipi riguardanti il corpo e le sue funzioni. Con la menopausa, il corpo della donna va incontro ad una graduale metamorfosi, alla vecchiaia, e al venire meno del potere riproduttivo. Questo fa sì che essa non si senta più accettata.

Si esamina il pregiudizio culturale che per secoli ha accompagnato il corpo femminile, fino a giungere ai contributi forniti dalla psicoanalista Helene Deutsch e dalla filosofa Simone De Beauvoir sul climaterio. Si giunge al cuore dell'argomento descrivendo la depressione in menopausa, per poi passare al tabù della morte e all'arresto del flusso mestruale. In ultima analisi, si descrivono gli strumenti come il counseling all'interno dei Consultori familiari e le campagne di educazione alla salute.

Nella terza ed ultima parte, con la rassegna psicoanalitica, propongo i vari tipi di intervento di stampo psicologico, i quali possono essere individuali o di gruppo, per il trattamento della PND, e i loro effetti.

Propongo poi la descrizione di un intervento di gruppo, eseguito presso un Consultorio familiare di Milano dalla psicologa Flavia Facco, finalizzato ad aiutare le donne a contenere le ansie e le paure relative alla menopausa e a condividere un'esperienza.

Auspico che in futuro si possa colmare la lacuna conoscitiva intorno al fenomeno della crisi di mezza età e della menopausa, sia in ambito clinico che nella ricerca. Inoltre, mi auguro che possano essere potenziate le collaborazioni tra psicologi e altre figure professionali all'interno dei servizi per la salute, in modo tale da identificare il più precocemente possibile le donne in difficoltà, aiutandole a vivere meglio sia l'esperienza della maternità che l'ingresso in menopausa.

## PARTE PRIMA: LA DEPRESSIONE POST PARTO

### 1.1 Panoramica sulla depressione post parto: definizione ed incidenza

Per una donna, la nascita di un figlio rappresenta un momento di grande felicità ma, al contempo, è un evento molto delicato e vulnerabile, in quanto si verifica una “perdita”, che coincide con il termine della gravidanza, e una “acquisizione” legata alla nascita del bambino; la vita della donna subisce un radicale mutamento, in quanto deve operare una ricostruzione e una riorganizzazione a livello psichico intorno a un nuovo individuo, il quale dipende interamente da lei. Poco dopo il parto si verificano cambiamenti di natura psicofisiologica e ambientale; ciò può produrre delle problematiche nel passaggio alla genitorialità, ed è proprio in questa fase di grande debolezza che c’è il rischio che possa insorgere il disturbo depressivo nel post parto. Attualmente, la depressione postnatale (PND, PPD) viene riconosciuta a livello scientifico, anche se non vi è accordo fra clinici e ricercatori riguardo la sua definizione psicopatologica, perciò essa viene assimilata al disturbo depressivo maggiore e/o bipolare. Secondo il *DSM-IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali)*, per disturbo depressivo s’intende: «[...] la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni somatiche e cognitive che incidono in modo significativo sulle capacità di funzionamento dell’individuo [...]. Il disturbo depressivo maggiore rappresenta la condizione classica in questo gruppo di disturbi. È caratterizzato da episodi distinti di almeno due settimane di durata (nonostante la maggior parte degli episodi abbia una durata considerevolmente maggiore) che comportano nette modificazioni affettive, cognitive e nelle funzioni neurovegetative, e nelle remissioni inter-episodiche» (DSM-IV, p. 179). Si stima che, nel mondo occidentale, tra il 10 e il 20% delle donne soffra di questo disturbo, anche se gli studi riportati nella letteratura scientifica dimostrano che risulta difficile avere una stima del tutto precisa di tale fenomeno. Le ragioni vanno ricercate nella metodologia utilizzata, e riguardano da un lato il campione, che può risultare troppo piccolo o scarsamente rappresentativo, dall’altro il momento e gli strumenti di rilevazione.

Ricordiamo che a livello europeo il disturbo depressivo maggiore rappresenta il 6% del carico totale di disabilità e di sofferenza collegato alle malattie. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization 2003), se tale disturbo non verrà adeguatamente contrastato, entro il 2030 potrebbe diventare uno dei principali problemi di salute mentale.

Le donne in età fertile sono maggiormente esposte al rischio di sviluppare una sindrome

depressiva rispetto agli uomini; il rapporto stimato è di 2:1. Inoltre, in quanto causa di invalidità totale, è seconda solo all'HIV/AIDS. Sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, è la prima causa di malattia nelle donne in età compresa tra i 15 e i 44 anni.

## **1.2 Quadri clinici nella depressione**

### *Maternity blues*

La maternity blues, conosciuta anche come sindrome transitoria o del terzo giorno, è un disturbo emozionale temporaneo di lieve entità. L'insorgenza dei sintomi avviene intorno al secondo-terzo giorno, mentre il picco si raggiunge entro la prima settimana. Nella quasi totalità dei casi si verifica nel corso delle settimane successive al parto una remissione spontanea dei sintomi; infatti, non è necessario nessun tipo di trattamento.

I sintomi caratteristici della maternity blues sono: tendenza al pianto, stanchezza, ipersensibilità, ansia, labilità dell'umore, tristezza, confusione mentale collegata alla difficoltà di concentrazione e del pensiero concettuale, fino a giungere a un leggero stato confusionale. Ne soffrono più della metà delle donne occidentali: si stima tra il 30 e l'85% delle primipare, e ciò rivela la sua diffusione e il suo carattere di normalità.

Essa non deve essere considerata un vero e proprio disturbo, poiché è una normale reazione fisiologica conseguente al parto. Comunque, non deve nemmeno essere sottovalutata. Può segnare una sorta di confine tra ciò che è considerato normale e ciò che è psicopatologico.

### *Depressione post parto*

La depressione post parto (PND) è un disturbo che presenta diversi livelli di gravità, e a cui sono associati una molteplicità di sintomi sperimentati dalle neomamme: inadeguatezza, vergogna, paure immotivate, rabbia, stati d'ansia, senso di incompetenza, trascuratezza di sé e del proprio bambino, fatica a riposare e a mangiare, calo del desiderio sessuale, pensieri suicidari. Vi è anche la possibilità che emergano pensieri ossessivi nei confronti del proprio bambino, come ad esempio la paura di fargli del male e, nei casi più estremi, fantasie infanticide. I cambiamenti ormonali che si verificano dopo il parto esercitano una possibile influenza sui meccanismi cerebrali della depressione e sulla sua sintomatologia.

Harris e Brown hanno identificato quattro fattori di vulnerabilità che possono portare le donne a manifestare la PND; essi sono: 1) la perdita della propria madre prima degli 11 anni; 2) l'assenza di una relazione coniugale stabile; 3) la mancanza di un lavoro retribuito; 4) la presenza di altri figli al di sotto dei 14 anni.

Alcuni autori di orientamento psicoanalitico (come Deutsch, Bilbring, Racamier, Pazzagli) sostengono che durante la gravidanza e dopo il parto si riattivano sentimenti infantili irrisolti di ambivalenza legati al rapporto con i propri genitori.

### *Psicosi puerperale*

Rispetto ai quadri clinici presentati in precedenza, la psicosi puerperale è la manifestazione clinica più grave che può presentarsi nel post parto, ma fortunatamente è poco frequente. L'incidenza è di circa 1-2 casi ogni 1000 nascite. L'insorgenza di tale psicopatologia avviene poche ore dopo il parto, o dopo qualche giorno, anche se più spesso si manifesta in modo conclamato entro i primi due mesi e richiede l'ospedalizzazione.

Vari studi hanno dimostrato l'esistenza di diverse forme di psicosi puerperale; Soifer (1971) ha descritto la psicosi puerperale nella sua forma più grave come uno stato nel quale la donna si ritira in se stessa, rifiuta totalmente il proprio bambino dichiarando di non volerlo vedere e di non sopportarlo, è di umore triste, apatica, si trascura, soffre di insonnia e inappetenza. In larga misura le neomamme riferiscono di avere allucinazioni di natura uditiva e visiva, di avere idee deliranti di natura paranoide e che qualcuno le voglia uccidere. Possono emergere sentimenti di auto svalutazione e auto riprovazione, melanconia, senso di inutilità e di incapacità nell'accudimento dei propri figli. Tale disturbo può perdurare qualche giorno, mese o anno.

Nei casi più estremi la donna tenta il suicidio o sferra degli attacchi diretti al neonato. Il desiderio di uccidere il proprio bambino diventa molto forte. La spinta cosciente che si pone alla base di questa fantasia poggia sull'idea che il bambino soffre, e solamente la morte può salvarlo. La dinamica inconscia che sta alla base dell'infanticidio riguarda la proiezione nel bambino di una parte dell'io materno che in qualche modo è stato attaccato o danneggiato da un oggetto interno implacabile, ragione per la quale la morte del bambino viene percepita inconsciamente come l'unica soluzione per far scomparire il dolore e l'oggetto interno terrifico (Soifer, 1971). Nella psicosi puerperale di tipo maniacale, le donne presentano un tono dell'umore elevato e tendono ad essere iperattive, ma non si prendono cura del proprio bambino, delegando ai propri familiari la funzione di caregiver; nella loro vita è come se non fosse mai cambiato nulla, anche se il vero pe-

ricolo riguarda una profonda dissociazione di personalità che si riscontra attraverso meccanismi di negazione e rimozione legati ai vissuti di natura persecutoria e depressiva; l'accettazione del ruolo materno risulta incompleta e parziale. Esse cercano di sopprimere lo stato di frustrazione provato mettendo in atto comportamenti pericolosi come: avere rapporti promiscui, darsi alle tossicodipendenze, al gioco d'azzardo, oppure buttarsi a capofitto sul lavoro (Soifer, 1971).

Al contrario, in altri casi la donna si occupa solo ed esclusivamente del proprio bambino, trascurando in questo modo la propria personalità e tutte le attività che svolgeva in precedenza; in tal modo, possono aumentare i conflitti con il proprio partner, e ciò può provocare uno stato depressivo grave con possibili ideazioni suicidarie.

Questa condizione può fare la sua comparsa anche in donne psicologicamente sane che in precedenza non ne hanno mai sofferto; ma, in genere, è più frequente quando vi sono episodi pregressi e storie familiari caratterizzate da malattie mentali.

### **1.3 Fattori di rischio e di protezione**

#### *Fattori di rischio ostetrico-ginecologico*

Vari studi hanno investigato sulle possibili relazioni tra la comparsa della PND e l'esperienza soggettiva negativa della gravidanza, del travaglio e del parto.

Durante queste fasi delicate, se si riceve ascolto adeguato, aiuto e supporto da parte del partner e dal personale medico, si hanno minori complicanze ostetriche, e di conseguenza minori probabilità di manifestare depressione e ansia da parte della donna.

Vi sono altri fattori che possono predisporre al rischio di PND, come ad esempio: aver avuto un aborto spontaneo, problemi durante la gravidanza, aver sperimentato sentimenti di ambivalenza verso una gravidanza non desiderata, presenza nel neonato di patologie e di temperamento difficile, possibili difficoltà nell'allattamento.

#### *Fattori di rischio socioculturali e ambientali*

Al giorno d'oggi, soprattutto all'interno della società occidentali, l'immagine socioculturale della donna è radicalmente mutata rispetto al passato. L'età in cui si decide di mettere al mondo un figlio è ampiamente posticipata, in quanto si punta alla carriera e al raggiungimento dell'indipendenza economica. L'ideale di donna casalinga non attrae più. Il desiderio di lavorare entra in collisione con l'idea stessa di maternità. Con la nascita di un bambino si vengono a creare sensi di colpa e difficoltà relative alla realizza-

zione dei propri desideri e ideali: se, da un lato, si avverte la necessità di prendersi cura del neonato, dall'altro c'è la volontà di realizzarsi professionalmente. Altri aspetti da non sottovalutare e che possono esercitare un'influenza sullo sviluppo della PND riguardano: stipendio basso, disoccupazione, isolamento sociale, basso livello d'istruzione, abbandono della professione dopo il parto, fattori sociali.

### *Fattori di rischio psicosociale*

Lo scarso sostegno sociale, parentale e familiare, i problemi di coppia e le esperienze di vita (life events) sono considerati tra i fattori più saldamente associati alla comparsa della PND.

La donna ha delle aspettative nei confronti delle persone che la circondano in termini di sostegno ricevuto; se percepisce una carenza in tal senso, ha difficoltà nell'affrontare i compiti derivanti dalla maternità; le risorse e le strategie di coping impiegate non sono sufficienti.

Nel post parto è indispensabile che la diade madre-bambino sia inserita all'interno di un contesto che svolge la funzione di impalcatura, in modo tale da aiutare la madre a gestire le emozioni scaturite da eventi traumatici di vita reale o simbolici. Lo stato di solitudine può innescare difese patologiche nelle quali la "follia normale" della gravidanza-parto può trasformarsi in una patologia del sistema madre-bambino. Tra gli eventi scatenanti possiamo menzionare: le esperienze di vita stressanti, gli eventi negativi che riguardano una malattia o la perdita di una persona cara, un cambio di residenza con allontanamento dalla propria famiglia di origine, problemi di natura lavorativa ed economica, difficoltà nel rapporto di coppia.

Nel passaggio della vita familiare dalla coppia a una triade, sia l'uomo che la donna si trovano a doversi adattare a una nuova presenza rappresentata dal neonato. La nascita di un figlio comporta l'acquisizione di un nuovo ruolo e una conseguente riorganizzazione psichica. È proprio in questo momento molto delicato che il partner riveste un ruolo chiave in quanto offre protezione alla diade, promuove le competenze materne, dà sostegno, supporto emotivo e strumentale. In tal modo, la sua presenza e qualità fanno da ammortizzatore alle ansie generate dal ruolo materno. Esistono casi in cui non si instaura un clima di collaborazione nella coppia: questo può innescare dissapori, conflitti, mancata realizzazione delle aspettative. Il mancato supporto da parte del partner prolunga la durata della PND rischiando di cronicizzarla.

Un altro fattore da tenere a mente è che al giorno d'oggi, non viene fornita la possibilità

dopo il parto di essere seguite da un'ostetrica in modo tale da favorire l'incontro tra madre e bambino, oltre a contenere le difficoltà che possono crearsi soprattutto se il bambino mostra un temperamento difficile, e l'incontro con lui non rappresenta l'amore idealizzato dalla madre.

### *Fattori di rischio psicologico*

Se la donna ha già sofferto in passato di un disturbo depressivo, aumenta significativamente la possibilità che esso si ripresenti. L'impatto della storia familiare sui disturbi mentali risulta complesso e può variare negli effetti, in quanto è in parte ereditaria e in parte ambientale. Ad esempio, lo stretto contatto con un familiare malato può influire negativamente.

Un fattore predittivo tra i più importanti che sono stati fortemente associati alla PND fa riferimento agli stati d'ansia sperimentati durante la gravidanza. Una meta analisi condotta da Beck nel 1996 su 44 studi, e successivamente replicata nel 2001 su 84 studi, conferma il ruolo svolto dalla depressione prenatale e dall'ansia come forte predittore della sindrome.

Durante il puerperio può accadere che la madre non riesca a far fronte alle richieste del neonato e ad adattarsi al nuovo ruolo materno; questo può far sì che il disagio depressivo venga perpetrato, soprattutto se sussistono gravi problemi di salute della madre o del bambino, o se manca un supporto adeguato da parte dei familiari.

Altri fattori che possono influire sullo sviluppo della PND riguardano alcune caratteristiche di personalità come il nevroticismo, la sensibilità interpersonale, la scarsa autoefficacia, il locus of control esterno, la rabbia, la ruminazione, il pessimismo, lo stile cognitivo negativo legato a visioni di tipo catastrofico, le particolari credenze personali.

Da non sottovalutare è il temperamento del bambino, ossia le sue caratteristiche comportamentali; ad esempio, la facilità al pianto e l'irritabilità possono provocare nella madre uno stato di nervosismo e sconforto, e far affiorare un senso di frustrazione e impotenza, che a lungo andare genera vissuti depressivi. La tendenza è di percepire il bambino in modo negativo e a descriverlo come esigente, capriccioso e poco adattato. I comportamenti intrusivi e maniacali adottati dalla madre possono influire a loro volta sul neonato.

### *Fattori di protezione*

Poter ricevere sostegno strumentale ed emotivo da parte del partner, di familiari e amici nella cura del bambino, è un importante fattore di protezione. Avere un partner equilibrato e disponibile emotivamente, altamente supportivo, che non presenta problematiche di natura psicologica, è un fattore determinante per la donna. Inoltre può ammortizzare gli effetti della depressione materna sul bambino, e ridurre il rischio che nell'età scolare quest'ultimo possa sviluppare qualche psicopatologia. Purtroppo alcune indagini epidemiologiche hanno messo in luce che i figli di madri depresse hanno padri che presentano disturbi della sfera affettiva: circa un terzo dei padri presenta un disturbo psicologico tale da richiedere un aiuto professionale.

## **1.4 Le dinamiche psicologiche nella depressione materna**

### *Contributi psicodinamici*

Negli ultimi anni la letteratura psicoanalitica è riuscita a fornire un importante quadro di riferimento di stampo teorico-clinico inerente al periodo della gravidanza e del post parto. Già lo stesso Freud (1915), parlando del complesso edipico, sosteneva che la bambina, transitando in questa fase, è come se provasse il desiderio di avere un figlio dal proprio padre.

Successivamente (1922, 1938), egli evidenziò la presenza di una fase pre-edipica femminile, caratterizzata da un forte legame simbiotico con la propria madre; da qui prende origine il desiderio di procreare. È grazie al lavoro di Freud e all'incremento di donne che ricorrevano alla cura psicoanalitica che si sono accumulate le conoscenze sul significato inconscio relativo al desiderio di generare un figlio e di prendersene cura, in quanto ciò rientra in una delle tappe dello sviluppo evolutivo che portano la donna ad avere un'identità stabile e matura.

H. Deutsch sostiene che il desiderio di avere un figlio sia un'attitudine al limite tra lo psicologico e il fisiologico. La maternità viene concepita come la soddisfazione di un desiderio molto profondo; questa tendenza della donna nel creare dentro di sé uno spazio nel quale prendersi cura del proprio bambino è stata ulteriormente approfondita da Erikson: è proprio durante la fase adulta che si affronta una delle crisi evolutive più importanti, in quanto si prende consapevolezza del proprio potere procreativo individuale e si realizza l'eventuale assunzione di responsabilità legata alla nascita di un figlio.

Dagli studi di Bilbring è emerso che la nascita di un bambino viene vista come una fase in cui la donna giunge all'elaborazione e alla risoluzione dei propri conflitti infantili in modo da raggiungere un livello di integrazione psicologica maggiormente matura. Secondo l'autore è importante parlare di crisi evolutiva; la donna si trova a vivere un momento di grande vulnerabilità, poiché la nascita del primo figlio può destabilizzare l'equilibrio raggiunto in precedenza. Partendo dalle teorizzazioni di Bilbring, autori come Ferraro e Nunziante Cesaro affermano come la maternità rappresenti un lavoro psichico che termina con l'acquisizione di un nuovo equilibrio maturativo femminile, oppure, in caso contrario, può accadere che insorgano difficoltà tali da provocare un disturbo depressivo che può essere intenso nel post parto.

Un ulteriore aspetto collegato con la maternità è il processo di individuazione-separazione dalla propria madre; è proprio attraverso la maternità che viene raggiunta una maggiore individuazione, in quanto la neomamma è in grado di definire quello che è il proprio spazio mentale ed emotivo.

Vari autori, tra i quali Deutsch, Benedek, Bilbring e Pines, hanno dimostrato come l'identificazione con una buona immagine materna - cioè l'aver avuto una buona relazione con la propria madre - porti la neomamma a vivere nel modo più adeguato l'esperienza della propria gravidanza-maternità. Pines afferma come una identificazione positiva con la propria madre porti la donna a una temporanea regressione durante la gravidanza, a identificarsi con un genitore (che è in grado di dare vita) e contemporaneamente richiamare alla mente se stessa come bambina; in questo modo, si giunge a una maturazione totale della propria personalità. Nella situazione in cui la regressione legata alla gravidanza e alla maternità viene vissuta come un'esperienza dolorosa, si riattivano desideri infantili di fusione con la propria madre; in tal modo si verifica un parziale fallimento del processo di differenziazione e di acquisizione della propria identità individuale e dell'autonomia personale.

#### *Dal cambiamento alla riorganizzazione*

La maternità è costellata da profondi mutamenti esterni e interni alla donna; la nascita di un figlio può essere concepita come una fase di sviluppo o l'espressione di una crisi. I primi mesi di vita del bambino possono rendere la donna particolarmente sensibile.

Le esperienze vissute possono provocare un cambiamento di personalità e compromettere l'identità individuale. Come nel lutto, vi è dapprima un momento di separazione (la perdita della propria identità precedente), seguito da una elaborazione. Le modalità con

le quali il cambiamento viene elaborato sono fondamentali per mantenere coesa la propria identità. Se questo “lutto” non viene elaborato in modo costruttivo come una transizione verso nuovi obiettivi ed equilibri, si verifica una resistenza al cambiamento; la perdita di parti del sé viene percepita come una minaccia all’identità. In sintesi, possiamo dire che i cambiamenti a cui la donna va incontro dopo l’arrivo di un figlio sono:

1. Un riassetto globale della personalità, soprattutto in relazione alle fantasie scaturite durante la gravidanza, nel parto e nelle prime fasi della maternità; è indispensabile riuscire a far conciliare tutto ciò che concerne il rapporto fantasmatico e reale con se stessa, con il bambino e con le persone significative. Vi è un coinvolgimento delle varie parti della propria personalità e un conseguente riassetto delle strutture che formano il sentimento d’identità.

2. Un’elevata quota di confusione; la madre si trova a dover fare i conti con una nuova immagine di sé, legata all’identificazione con la propria madre; essa tende a proiettare nel proprio bambino il rapporto che lei stessa da bambina aveva con sua madre.

3. Riattivazione del conflitto pre-edipico ed edipico, che porta in superficie esperienze legate alla propria infanzia e a sentimenti di colpa non risolti.

La donna nelle prime fasi della maternità attraversa una sorta di crisi fisiologica che Winnicott chiama *preoccupazione materna primaria*; si tratta di una funzione biologicamente innata e adattiva, che si attiva nell’ultimo trimestre della gravidanza e si protrae nei tre mesi successivi alla nascita del bambino; essa risulta completamente coinvolta in quelle che sono le fantasie e le esperienze del figlio. In questo modo potrà comprendere le reali esigenze e bisogni del neonato in modo tale da fornire risposte sensibili e adeguate. Ci sono casi in cui tale stato emotivo rischia di persistere, e ciò può condurre la donna a un ritiro narcisistico da se stessa e dalla realtà, e provocare nel post parto un quadro clinico depressivo.

#### *Acquisizione del ruolo materno*

Secondo Stern, la nascita fisica del bambino coincide con la nascita psicologica della madre, in quanto quest’ultima crea all’interno della propria mente uno spazio alla nuova identità individuale. In questo modo si viene a definire un nuovo assetto mentale, chiamato da Stern “costellazione materna”; esso ha inizio nel periodo della gravidanza e permette alla futura madre di riorganizzare la propria vita mentale in modo tale da sintonizzare emotivamente e di rispecchiarsi con il bambino e di ridefinire le proprie priorità, valori e interessi.

La costellazione materna accompagnerà la donna per tutta la vita. Il nuovo assetto mentale dovrà in qualche modo reintegrarsi con quello precedente; ciò permette lo sviluppo di una personalità matura e coerente. Se, in caso contrario, questo assetto subisce delle rotture, cioè se la donna non riesce a integrare la propria nuova immagine, le rappresentazioni mentali del bambino e di se stessa risulteranno negative e incoerenti.

### *Gli effetti della depressione nelle interazioni madre-bambino*

In presenza della PND, nel corso dei 12 mesi successivi al parto vi è la possibilità di ricadute, specialmente nel caso in cui sussistano altre patologie in comorbilità come disturbi d'ansia e di personalità. Dal punto di vista psicodinamico, ad essere compromesso è il funzionamento materno: la donna non riesce a sintonizzarsi sui bisogni del bambino, fatica ad accudirlo, non riesce a calarsi nel proprio ruolo; questo genera sensi di colpa e sofferenza. In tal modo si viene a creare una sorta di “emorragia interna” nella quale il sistema narcisistico collegato con la propria identità tende a collassare e a lasciare spazio all'esperienza dolorosa. Se la madre non riesce a superare questa fase, il suo stato psichico si tramuta in un silenzio degli affetti, e ciò ostacola la sua mente e quella del bambino nel creare oggetti, formando dei pattern d'interazione a rischio per lo sviluppo infantile.

Le interazioni nella diade presentano maggiori ostacoli: la madre mostra una ridotta sensibilità ai segnali inviati dal bambino. In funzione dei loro comportamenti, le madri vanno distinte in: 1) *Intrusive*: lo schema comportamentale prevede condotte eccessivamente stimolanti e ostili; esse tendono a stuzzicare e a stratonare il proprio bambino; la loro mimica facciale è eccessivamente forzata; 2) *Ritirate*: non provano affetto, mostrano poche espressioni facciali; il contatto fisico, visivo e verbale è quasi del tutto assente, teso all'evitamento.

Il bambino a stretto contatto con una madre depressa sperimenta stati emotivi negativi, poiché vengono a mancare i momenti di coordinazione, e i tentativi di riparazione materna falliscono. Questi modi di interazione compromettono lo sviluppo infantile, soprattutto nel corso del primo anno di vita. Beebe e Lachmann hanno osservato che il bambino mette in atto un modello interattivo definito di “*rottura attesa e di non corrispondenza in attesa di riparazione*”; ciò che egli apprende e successivamente interiorizza è che gli errori interattivi della madre non vengono riparati o vengono riparati solo in parte.

Davanti ai continui fallimenti, il bambino tenderà ad identificarsi con la madre depressa, e presenterà difficoltà nella regolazione degli affetti, irritabilità, disregolazione e pianto,

ed assumerà una condotta distaccata, passiva e triste. Il suo primo anno di vita si trasformerà in una prova dolorosa, sviluppando un attaccamento di tipo insicuro.

### **1.5 La valutazione della PND.**

#### *L'Edinburgh Postnatal Depression Scale*

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS (Cox, Holden, Sagovsky, 1987; Benvenuti *et al.*, 1999) è uno strumento di screening che permette di individuare i sintomi e l'intensità della depressione materna. La scala contiene 10 item che valutano: tristezza, pianto, pensieri autolesivi, ansia e preoccupazioni, panico o spavento, anedonia, incapacità di ridere, sensi di colpa, difficoltà nel sonno. Ogni item presenta quattro categorie di risposta che vanno da 0 (= assenza del sintomo) a 3 (= massima frequenza del sintomo). Il punteggio complessivo va da 0 a 30. Gli autori individuano come cut off un valore di 12/13, che indica un quadro depressivo maggiore da moderato a grave, mentre valori che si aggirano tra i 9/10 indicano un possibile rischio di depressione da vigilare clinicamente. Va ricordato inoltre che la sensibilità dello strumento permette di valutare la performance. L'EPDS è molto accurato nell'individuare i *veri positivi*, ossia i reali di depressione. Attualmente esso è utilizzato in molti paesi ed è stato tradotto in ben 20 lingue. E l'unico test di screening riconosciuto a livello internazionale.

#### *Le interviste cliniche*

Le interviste semi-strutturate vengono utilizzate in ambito clinico diagnostico, e ci permettono di valutare e di individuare la sintomatologia depressiva nel post parto. Tra queste menzioniamo: 1) la SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-VI Axis I Disorders (First et al., 1996-1997); e 2) la SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-VI Axis II Disorders (First et al, 1997); si tratta di interviste della durata di circa un'ora, nelle quali vengono poste una serie di domande che permettono di individuare la presenza di sintomi clinici (Asse I), tra cui i disturbi dell'umore ed eventuali disturbi della personalità (Asse II). Questo tipo di valutazione ci permette di reperire informazioni sul funzionamento mentale e sociale del soggetto che presenta un determinato quadro psicopatologico. Ricordiamo però che la PND molte volte si presenta con sintomi aspecifici; infatti, è indispensabile durante i colloqui clinici utilizzare dei questionari self report compilati dalle donne in modo tale da riuscire a rilevare i sintomi depressivi e giungere così ad una diagnosi in modo più preciso.

## PARTE SECONDA: LA DEPRESSIONE IN MENOPAUSA

### 2.1 Il pregiudizio culturale sul fenomeno della menopausa: dall'antica Grecia ad oggi

Fin dai tempi dell'antica Grecia il corpo femminile, ed in particolare l'utero, è stato associato alla fertilità. La donna veniva vista sotto due aspetti. Da un lato vi era la donna matrice, colei che genera, della quale la natura si serve per portare avanti la specie e per conservarla (però se tale funzione veniva meno perché la donna era sterile, oppure se dava vita a una prole malata, essa era considerata socialmente inutile); dalla parte opposta vi era la donna isterica.

Il concetto di isteria fa la sua comparsa all'interno della medicina di Ippocrate (460-377 a.C.), il quale aveva sviluppato il sistema teorico dei quattro umori del corpo, e considerava l'utero un organo a sé stante, dotato di caratteristiche tali da dominare la donna, della quale era considerato l'anima irrazionale. Come riportato nel *De locis homine*, che fa parte del *Corpus Hippocraticum*, l'utero è la causa di tutte le patologie della donna. Nel *Timeo*, Platone scrive:

*[...] nelle donne, quegli organi che sono chiamati utero e vulva, sono come un essere vivente dominato dal desiderio di generare figli il quale, se rimane sterile per molto tempo durante la stagione della fertilità, si irrita mal sopportando tale condizione, e vagando dappertutto per il corpo, ostruendo le uscite all'aria e non lasciando respirare, getta il corpo nei più gravi disagi e procura altre malattie di ogni genere (Platone; Timeo, 91b-c).*

Con Sorano d'Efeso (II secolo d.C.) si affermano concezioni un po' più moderne: viene abbandonata l'idea che l'utero è un animale desideroso di figli, e terapie usate in precedenza come le fumigazioni vengono abbandonate e considerate grezze. Ma la strada da fare è ancora molta. Sorano considera il corpo femminile strutturalmente sano e con una fisiologia comune a quella maschile, ma non del tutto uguale; infatti, nel suo trattato *De morbis mulierum* ritiene l'uomo capace di disperdere i propri fluidi e il calore tramite lo svolgimento di alcune attività come quella agricola e bellica, mentre la donna è caratterizzata da un eccesso di fluidi, di sangue e calore, quindi la mestruazione è vista come un male necessario.

Fino alla fine dell'Età Moderna, l'arresto del flusso mestruale veniva visto come una malattia associata all'invecchiamento e causa di sterilità. Le mestruazioni venivano associate alla ciclicità delle fasi lunari. Questa credenza rimarrà viva nello scenario collettivo per molti secoli.

Teniamo presente, come ha fatto notare Greer, che nel passato la donna è stata esclusa dal sapere scientifico, e che nei trattati dell'epoca non si trovava una descrizione dell'apparato genitale femminile, in quanto trattare tale tematica era considerato vergognoso; per questo motivo molti mali che affliggevano le donne non venivano descritti e ben conosciuti.

La donna mestrata era soggetta a numerosi tabù e divieti: non poteva cucinare per gli altri, non poteva toccare il vino altrimenti inacidiva, non poteva toccare la terra né le piante, motivo per il quale era costretta alla solitudine. Il sociologo Lederer afferma come la donna sia stata considerata per via della sua natura come sporca, infetta e putrida. Al giorno d'oggi questa visione è stata ampiamente superata, infatti nella nostra società tale fenomeno ha acquisito un carattere di normalità, grazie anche all'accumulo di conoscenze in campo medico. La problematicità si è quindi spostata dal campo culturale e sociale a quello psicologico.

Le mestruazioni accompagnano la donna per un periodo abbastanza lungo della sua vita, fino al momento in cui tale ritmo, caratterizzato da una certa regolarità, inizia ad essere meno cadenzato e introduce la donna in modo graduale verso la fase del climaterio, per poi giungere in modo definitivo in menopausa. Con l'entrata in menopausa inizia il declino; il messaggio veicolato dalla società moderna è legato all'immagine corporea e al suo potere seduttivo. Questo può rappresentare un problema, perché in questo modo si possono creare complessi di inferiorità e vergogna. La donna odia il proprio corpo perché non rispecchia i canoni imposti dalla società; tutto ciò la allontana da una serena esplorazione del proprio mondo interiore.

## **2.2 Il pensiero di Helene Deutsch e Simone De Beauvoir sul climaterio**

Nel 1945 la psicoanalista H. Deutsch definisce il periodo del climaterio come età critica per la donna. Ciò che avviene in questa fase è una sorta di "morte parziale", in quanto la capacità riproduttiva giunge al termine. Per spiegare la sua teoria, la Deutsch parte dai fattori biologici, per poi concentrare la sua attenzione sull'interiorità, sugli aspetti psicologici. Essa sostiene che il climaterio è una sorta di trauma biologico e, nel contempo, una umiliazione narcisistica.

È proprio nell'età di mezzo che incombe la minaccia della decadenza, e che inizia quindi la lotta per salvare la propria femminilità; vi è una spinta nel ricercare nuovi interessi, o nel far riemergere talenti che in passato sono stati inibiti. Ciò che la donna vuole di-

mostrare è che essa non è solo una macchina biologica a disposizione della specie, destinata a fare figli, ma è in grado di avere degli interessi e una creatività che in qualche modo le permettono di arginare o annientare il senso di morte e l'umiliazione narcisistica.

È questa la fase in cui si regredisce, nella quale ritornano in superficie antichi conflitti risalenti all'infanzia rimasti irrisolti; se tali conflitti non trovano una risoluzione, vengono messi in libertà, e ciò può portare la donna a vivere una nevrosi. Durante il climaterio si ha la tendenza a ripetere le sindromi psicotiche e nevrotiche tipiche del periodo puberale, utilizzando meccanismi di difesa analoghi; quindi, il tratto nevrotico del carattere tende come nell'età puberale ad accentuarsi. Per la Deutsch le donne in menopausa sono destinate alla rassegnazione, rinunciano a tutto ciò che hanno avuto in giovinezza, e il compito che d'ora in avanti si trovano ad affrontare è quello di esplorare un nuovo mondo.

Grazie alla psicologia junghiana - che ha fornito i concetti di anima e animus - si valuta l'equilibrio e l'adattamento della personalità e la capacità di dare espressione sia agli aspetti maschili che a quelli femminili. Per concludere la Deutsch sostiene che nel climaterio i sintomi organici che accompagnano la donna in questo momento della vita sono investiti di un significato psicologico. Ma non tutto si limita alla psicologia, in quanto molte difficoltà legate al climaterio possono essere superate solo se si agisce anche a livello del sistema endocrino.

Un ulteriore contributo sulla tematica del climaterio ci viene fornito da Simone de Beauvoir, scrittrice e filosofa che sicuramente conosceva il pensiero della Deutsch. Nel suo saggio *Il secondo sesso* (1949), essa ricostruisce la condizione femminile dalla preistoria ad oggi, i miti del passato e quelli contemporanei, analizza le varie tappe dello sviluppo evolutivo, ma soprattutto si focalizza sull'esperienza che caratterizza le varie fasi della vita di ogni donna. I toni assunti dalla scrittrice all'interno del saggio appaiono drammatici; ciò che viene messo in risalto è la differenza fra le modalità di invecchiamento tra uomo e donna. L'uomo invecchia gradatamente, mentre per la donna tale processo è traumatico e repentino in quanto essa è fortemente imprigionata nel suo destino biologico; non essere più una donna fertile si traduce in una perdita della sua esistenza e della possibilità di essere felice. Secondo la de Beauvoir, la crisi di mezza età può essere superata con più facilità se le donne non fondano la loro sicurezza sull'aspetto della seduzione. La de Beauvoir sostiene, come ha fatto la Deutsch, che la donna climaterica riporta in superficie gli atteggiamenti tipici della pubertà; in più, aggiunge una riflessione:

la donna ha subito in modo passivo il proprio destino, è scivolata dalla giovinezza alla maturità senza averne coscienza. Inoltre, si verifica in lei una perdita del senso di sé e di ogni riferimento oggettivo; vi è una vera e propria spersonalizzazione. Questo è uno dei sintomi più accusati dalla donna che invecchia. Qualsiasi attività venga intrapresa in questo momento della vita è una febbrile esaltazione, alla quale subentra facilmente la depressione, nell'illusione di sconfiggere l'avanzare dell'età. La menopausa divide idealmente a metà la vita della donna, un passato da un nuovo inizio. Per accettare questa nuova fase della vita essa deve accogliere la vecchiaia, e solo così può superare la crisi del climaterio.

### **2.3 La depressione in menopausa**

Per molto tempo, all'interno della cultura medica è prevalsa l'idea che la menopausa fosse associata ai disturbi mentali, e che la psicosi caratterizzasse il periodo del climaterio.

Germaine Greer sostiene che la menopausa non è l'artefice dell'insorgenza di disturbi mentali o di sintomi e/o comportamenti psicologici, ma può avere una funzione stressante in quelle personalità che hanno una predisposizione all'ansia e alla depressione.

Per avere un'idea più chiara sull'approccio e le convinzioni che sono prevalse all'interno della nostra cultura e in campo medico, la ginecologa Alvisi, nel suo saggio *Menopausa che sollievo* (1978), afferma che durante la menopausa possano manifestarsi disturbi psicologici più o meno gravi come la depressione, e in rari casi forme deliranti. L'emotività gioca un ruolo chiave nella menopausa; la donna osserva maggiormente ogni sintomo che compare, come ad esempio vampate, palpitazioni, tremori, ecc., e si preoccupa talmente tanto che tende ad essere angosciata; ha un cambiamento a livello caratteriale; l'umore diventa instabile, prova un senso di solitudine e abbandono; se si presenta una nuova situazione davanti a lei si paralizza, sente di non essere compresa, si sente delusa e pessimista, ha repentini sbalzi d'umore. La Alvisi è in accordo con la teoria del trauma biologico della Deutsch nell'affermare che la donna vivrà delle difficoltà a livello emotivo, soprattutto se in passato ha fondato la sua personalità esclusivamente sulla funzione riproduttiva. Per poter porre rimedio alla crisi di mezza età, essa ripone la massima fiducia nella terapia ormonale con la somministrazione di estrogeni, in quanto si ritiene che migliori il tono dell'umore. Negli anni '80 vi era infatti la credenza che gli estrogeni avessero un "effetto tonico" su alcuni meccanismi del sistema nervoso.

Nel manuale sulla depressione di Kwane Mc Kenzie (2001) si può leggere che tra i medici dell'epoca era diffusa la convinzione che le donne si sentivano più depresse in menopausa, e la causa era da imputare ai cambiamenti ormonali. Tuttavia, non è statisticamente dimostrato che la depressione fosse maggiormente diffusa in menopausa. Le cause del disturbo depressivo sono molteplici, e la scelta della terapia rimane controversa: si procedeva quindi con la somministrazione di antidepressivi o estrogeni a seconda della causa.

Un interessante contributo arriva dalla psicologa Mira Hunter, la quale ha fornito informazioni più chiare sulla questione della depressione. Dopo aver compiuto tutta una serie di ricerche e interviste, essa è arrivata alla conclusione che non tutte le donne, quando entrano in menopausa, cadono in stato depressivo; se ciò avviene, la causa va ricercata nel basso livello di autostima e nelle convinzioni negative sulla menopausa. Con il tempo, l'idea che la menopausa possa essere un fattore scatenante della sindrome depressiva ha ricevuto delle conferme; Greer osservava che, già a partire dagli anni '50 del secolo scorso, gli psicoanalisti avevano notato che le donne affette da psicosi e nevrosi in menopausa avevano una personalità premorbosa. La depressione clinica non è più comune in menopausa che in altri momenti della vita. Inoltre, non presenta caratteristiche particolari che la differenziano da altri tipi di depressione. Lo stesso responso è riportato da Zichella, grazie al quale sono stati condotti degli studi epidemiologici che hanno contribuito a chiarire se la menopausa possa essere causa dei disturbi psichiatrici gravi; gli studi escludono qualsiasi tipo di relazione causale. È stato inoltre dimostrato che i disturbi psicologici lievi come l'ansia, la depressione minore e le alterazioni cicliche dell'umore tendono ad accentuarsi con la menopausa.

Per poter diagnosticare un disturbo della personalità depressiva è fondamentale partire dall'anamnesi, in quanto la sola alterazione dell'umore non può essere considerata un sintomo sufficiente. In più bisogna valutare l'intensità, la durata e il grado di compromissione del comportamento del soggetto nel lavoro e nella vita sociale, in modo tale da poter giungere ad una diagnosi corretta.

È essenziale poter affrontare la tematica del climaterio coinvolgendo le donne e i professionisti. Quando viene superata la vergogna e si instaura un clima facilitante, vengono poste molte domande sul tema della depressione in menopausa, le quali fanno crescere il desiderio per la conoscenza del problema e mettere ordine ai sentimenti del passato e del futuro.

Tra gli anni '80 e '90, gli atteggiamenti assunti dai mass media e dagli operatori sanitari

durante le campagne di prevenzione e nei convegni non erano del tutto bilanciate: ciò che all'epoca si sosteneva è che nel climaterio sarebbero comparsi una molteplicità di sintomi fastidiosi, e che al sopraggiungere della menopausa con una buona campagna di prevenzione e una terapia ormonale si sarebbero ottenuti degli ottimi risultati a livello del benessere psicofisico della donna. In ultima analisi va specificato che la preparazione degli psicologi su tale tematica è stata per molto tempo lacunosa, in quanto non vi erano sufficienti studi incentrati sul climaterio e sulla menopausa. A quanto pare, le tematiche più difficili da affrontare riguardano la fase del declino e il tabù della morte.

## **2.4 Il tabù della morte**

A partire dalla seconda metà del '900, grazie all'influenza esercitata dal femminismo e ad un miglioramento delle prospettive di vita, si è cominciato a prendere maggiormente in considerazione la questione femminile. Nel momento in cui, all'interno di un contesto clinico, viene data alla donna in menopausa l'opportunità di esprimersi liberamente riguardo le proprie angosce e paure, si constata che quest'ultime sono legate al decadimento fisico e alla morte.

La paura della morte, che è universale, con il tempo va incontro a diverse elaborazioni. Essa è modellata dal modo in cui viene percepito il mondo nel contesto delle relazioni primarie. Quando il bambino viene al mondo, non ha controllo né sul mondo interno né tanto meno su quello esterno. Le frustrazioni a cui è soggetto (provenienti dalla sua relazione con la realtà esterna, dai genitori, dall'interiorizzazione degli oggetti come buoni o cattivi, o le tendenze distruttive e il senso di colpa) delineano l'intensità delle angosce e del timore di morte.

La società contemporanea ha represso la questione intorno alla morte, tanto che questa è diventata un tabù. Umberto Galimberti, nel suo saggio *Il corpo* (1983), ha messo in evidenza come la scienza e la tecnica biomedica hanno trasformato un evento come la morte in qualcosa di razionale (“*la morte è sottratta al simbolico per essere affidata allo sguardo clinico...*”). Con il progresso della scienza e delle tecniche mediche, la vita avanza sulla morte. Oggi la morte per malattia è quasi un tabù. Nelle società primitive, e fino al Medioevo, essa era invece una cosa naturale perché, grazie alle loro credenze e pratiche magiche, esse erano in grado di contenere le angosce dell'uomo e di dare un significato simbolico a questo aspetto della vita.

Dal canto nostro la razionalità e il sapere scientifico ci hanno portato ad essere più

pragmatici. Nella nostra cultura l'angoscia di morte non riesce a trovare uno spazio d'ascolto. Se non è possibile poter parlare di tale tematica con lucidità, questa rischia di implodere dentro la persona. Il tema della morte è difficile da affrontare, fa paura, genera ansia; si tende ad inibire le nostre inquietanti domande, si rimanda sempre a dopo, quando sarebbe indispensabile riuscire a dare una forma a tale questione attraverso le parole. È indispensabile dare ascolto alle angosce e alle emozioni che arrivano dal profondo. In passato le campagne pubblicitarie dedicate alla menopausa facevano passare il messaggio che avere 50 anni è bello, che la sindrome del nido vuoto non esiste, e in tal modo si portava la donna a un processo di negazione della morte, e il carico di angoscia ad esso associata veniva rimosso anziché affrontato.

## **2.5 Le fasi della crisi in menopausa**

La psicoanalisi del passato sosteneva che il problema del climaterio fosse da ricercare nei conflitti infantili rimasti irrisolti, i quali in questo periodo di transizione tendono a ritornare in superficie, provocando stati nevrotici o psicotici. In queste tematiche ha un suo ruolo anche il narcisismo, ovvero le istanze dell'io che si incontra-scontra con la realtà. Inoltre, uno dei più grandi problemi che caratterizzano la società odierna è legato al fatto che non si accetta l'idea della vecchiaia e del conseguente decadimento fisico; infatti, per mantenere il corpo giovane si è diffusa la tendenza a fare ricorso ad interventi di chirurgia estetica.

Tra i quarantacinque e i cinquant'anni si comincia ad avere una maggiore consapevolezza del fatto che non viviamo in eterno. Inoltre, le scelte compiute fino ad ora, il proprio modo di percepire il mondo, le proprie abitudini e credenze si sono cristallizzate, e si è quindi più inerti al cambiamento. Tutto ciò può riportare a galla l'ansia legata al concetto della morte.

Becker pone l'accento su un aspetto importante della menopausa: il corpo ricorda alla donna la sua natura animale; con il sopraggiungere della menopausa ha inizio seppur in modo graduale la degenerazione fisica. Egli ci ricorda inoltre che fu Adler a scoprire che una scarsa stima di sé è uno dei fattori di criticità della salute psichica dell'uomo. In merito alla depressione, Adler sostiene che essa è una questione di coraggio: il depresso rinuncia a uno sviluppo autonomo, si appoggia ad altri, è timoroso della vita, incapace di fuggire e lottare.

Come aveva già messo in luce Simone de Beauvoir, la donna più dell'uomo è soggetta

al suo destino biologico. Becker, non molto distante dal pensiero della scrittrice francese, afferma che il peso della depressione in menopausa è accentuato da forze culturali. Se ciò accade è perché la società non è in grado di offrire all'individuo una visione del tutto sincera sulle fasi del ciclo di vita, facendo credere nel mito dell'eterna giovinezza.

Per aiutare la donna a superare la depressione è indispensabile che quest'ultima abbia compassione di sé, e che la cultura la aiuti a giungere alla rassegnazione creando dei simboli tali da portarla a trascendere la sua identificazione con il corpo.

Secondo gli psicoanalisti junghiani Connie Zweig e Steve Wolf: *“la depressione tipica della mezza età rappresenta la fase intermedia tra la decadenza di un archetipo e l'ascesa di un altro: un vero cambio tra dei. La malattia si rivela come l'Ombra che prende corpo e appare sotto forma di sintomo”* (Zweig & Wolf; *Il volto nascosto dell'anima*, 1997, p. 294).

La crisi di mezza età porta il proprio Sé ad andare alla ricerca di ciò che non è stato ancora vissuto, ciò che si cela in fondo all'anima, e questo richiede del tempo. Essa non va immediatamente soffocata tramite interventi pragmatici, perché è proprio nella crisi che possiamo vedere la vita umana in modo più chiaro.

## **2.6 L'arresto del flusso mestruale: lo scorrere del tempo**

Dal punto di vista medico, una donna è in menopausa se è trascorso un anno dall'ultima mestruazione. Il periodo che precede l'arresto del flusso mestruale è chiamato climaterio.

Ma che cosa indicano, con esattezza, questi termini? Partiamo dall'etimologia: il termine climaterio deriva dal greco *climacterion*, ovvero scalino critico, interruzione, epoca pericolosa; menopausa significa cessazione, e deriva dal greco *men* (mese) e *pausis* (pausa).

Con l'ingresso in menopausa si apre un nuovo periodo di vita, che è anche quello che conduce verso la senescenza. Con questo passaggio, la donna comincia a percepire maggiormente i cambiamenti nel proprio corpo, come: la comparsa dei capelli bianchi, le rughe, l'insonnia, la stanchezza fisica, le vampate, ecc., i quali rappresentano una nuova immagine di sé difficile da accettare, suscita nostalgia per il passato e traumi.

L'oggetto della nostalgia è il passato, l'irreversibilità del tempo. Ogni momento della nostra vita è unico e irripetibile; ogni momento diventa un simbolo della beatitudine perduta.

Grazie agli interventi psicologici che riattivano la memoria autobiografica e riportano alla coscienza i ricordi mediante la narrazione, le persone sono stimolate a trovare un

maggior senso nella propria vita, superare i momenti di transizione e volgersi verso il futuro. Tramite il contesto gruppale, le donne diventano compagne di viaggio, condividono un'esperienza comune, hanno l'opportunità di analizzare e riconoscere le proprie emozioni e i sentimenti tipici della crisi del climaterio

## **2.7 Gli strumenti**

### *Il counseling in menopausa presso i Consulitori Familiari*

Quando la donna entra in climaterio, la prima cosa che fa è quella di richiedere una visita ginecologica. In ambito sanitario le visite possono essere effettuate in centri specifici per la menopausa, tramite gli ambulatori ospedalieri o i Consulitori Familiari. Dobbiamo tenere a mente che il climaterio e la menopausa sono due fenomeni universali; in tale circostanza l'incontro tra la donna e il professionista dev'essere caratterizzato dall'empatia. Nei Consulitori familiari, la donna può ricorrere al counseling sulla menopausa. Esso è gestito da una équipe formata da diverse figure professionali, quali il ginecologo, l'ostetrica e lo psicologo.

Per definire che cosa è il counseling dobbiamo partire da Carl Rogers, il quale ha avuto il merito di analizzare questo strumento, e ha delineato una tecnica per la conduzione del colloquio, affinché il suo impiego potesse dare i risultati migliori. Il counseling porta il soggetto ad una maggiore comprensione di se stesso, gli permette di fare ricorso alle proprie risorse così da modificare il disagio e adottare nuovi comportamenti più adattivi. L'obiettivo è quello di portare l'individuo a raggiungere una maggiore indipendenza, e poter rimuovere gli ostacoli in modo da sviluppare una crescita personale, e risolvere i propri problemi in maniera responsabile ed autonoma. Egli deve essere libero di esprimere i propri atteggiamenti emotivi.

Le donne che al giorno d'oggi si presentano nei Consulitori Familiari appartengono a diverse etnie e culture, quindi gli specialisti si trovano a confrontarsi con rappresentazioni mentali estremamente differenziate sul fenomeno menopausa. Non è sufficiente avere una formazione sul funzionamento del corpo, della sua fisiologia e sulle patologie; bisogna allargare il campo della conoscenza ricordando che il fenomeno della menopausa è un qualcosa che accade in una persona-soggetto e non a un organismo, e che i vari sintomi e disturbi che costellano la menopausa sono un'interazione tra il mondo biologico e quello sociale e culturale.

Nel 1989 Diekstra e Jansen hanno messo in rilievo la centralità del ruolo dello psicolo-

go grazie alle osservazioni riportate nel *Programma salute per tutti*. Ciò che si prefigge tale programma è promuovere la salute, prevenire l'insorgenza di malattie, migliorare i processi di nascita, agevolare l'invecchiamento, garantire una morte dignitosa... Tutto ciò può avvenire grazie a una forte cooperazione tra la popolazione e il personale sanitario. Questo dimostra quanto sia importante la presenza di uno psicologo, perché permette di organizzare interventi individuali e di gruppo, e in più può contribuire alla formazione del personale sanitario coinvolto nei vari processi. Il sapere psicologico può aiutare a comprendere gli stili di vita mediante l'analisi della motivazione, e inoltre può fornire degli strumenti per comprendere quali siano i fattori ostacolanti in modo tale da intervenire per rimuoverli.

Nei Consultori Familiari le donne in menopausa possono ricevere consulenze ed essere sottoposte ad un counseling individuale, su richiesta del medico o di altre figure professionali.

Se durante un colloquio la donna riesce a mettere a nudo le proprie emozioni (ad esempio piangendo senza un motivo apparente) e riceve il giusto spazio d'ascolto, si crea il giusto clima per iniziare la narrazione di sé. Questo le permette di attuare una sana introspezione. Nei colloqui è fondamentale comprendere se la donna è realmente depressa o se sta solo attraversando un periodo di crisi esistenziale. La paziente che ha risolto positivamente la propria crisi di transizione accetta aiuto, non abbandona le proprie occupazioni o i propri investimenti affettivi, non è soggetta ad un eccessivo senso di colpa, desidera un futuro migliore.

#### *Le campagne di educazione alla salute*

Oramai è da molti anni che nei Consultori Familiari vengono organizzate campagne di educazione alla salute, con lo scopo di sensibilizzare la donna in un'età compresa tra 45 e 55 anni. Le tematiche affrontate in queste campagne riguardano la terapia ormonale sostitutiva, la prevenzione oncologica, la dieta, la funzionalità e la riabilitazione del pavimento pelvico, il funzionamento fisiologico della menopausa, l'osteoporosi, gli aspetti della crisi psicologica.

Durante tali campagne, se viene data l'opportunità di interazione, le donne sono maggiormente coinvolte e stimolate sul tema della menopausa, e questo le avvicina al sapere degli esperti, rendendole più partecipi e responsabili. È stato dimostrato che una metodologia di intervento efficace nel trattare queste tematiche si fonda sugli interventi di gruppo.

## PARTE TERZA: RASSEGNA PSICOANALITICA

### 3.1 Trattamenti psicologici nella depressione post parto

#### *Terapia cognitivo-comportamentale*

La terapia cognitivo comportamentale si concentra su quelli che sono i problemi materni legati alla gestione e alla cura del bambino, e sulla qualità dello stile interattivo.

È stato dimostrato come gli interventi brevi siano in grado di ridurre in maniera notevole i sintomi della depressione materna. Le donne sottoposte a questa terapia della durata di 5-8 settimane sono andate incontro a una remissione spontanea dei sintomi in percentuale maggiore rispetto al gruppo di controllo.

#### *Terapia psicodinamica*

Nei vari incontri tra le pazienti con PND e il terapeuta psicodinamico, si esaminano quelle che sono le rappresentazioni materne e le percezioni che si hanno sul bambino. Si analizza in maniera approfondita la relazione che la paziente ha avuto in passato con le proprie figure genitoriali. Se i conflitti pregressi non sono stati in alcun modo elaborati e superati, il bambino diventa oggetto delle proiezioni materne; in questo modo la madre può avere maggiori difficoltà nel prendersi cura del proprio bambino.

Tramite le varie sedute, viene dato modo alla donna, alla triade o al gruppo di poter esprimere, mediante la narrazione, quella che è la propria realtà psichica e la propria esperienza soggettiva. Secondo il modello psicodinamico, è proprio grazie all'ascolto che si può rinarrare, ricontestualizzare e trasformare l'esperienza psichica della maternità, soprattutto quando quest'ultima è costellata da affetti dolorosi. È fondamentale già a partire dallo stato gestazionale, e poi nel puerperio, che si crei un'alleanza terapeutica tale da smorzare i sentimenti depressivi, affinché essi perdano il loro pesante carico emozionale.

Nella maggior parte dei casi, la sofferenza materna è muta, dissimulata o inascoltata, ed è proprio grazie al lavoro psicoterapeutico che diventa possibile simbolizzare e ridare un significato alle vicissitudini intra e intersichiche che si sono attivate con la gravidanza e poi con il puerperio. Lo psichiatra e psicoanalista francese S. Lebovici sostiene che l'analista si identifica empaticamente con la triade (madre, padre e bambino), cercando di comprenderne i bisogni e la situazione, in modo tale da metaforizzarla.

### *Terapia interpersonale*

Questo tipo di trattamento ha una molteplicità di effetti benefici sulla PND; è stato osservato che un ciclo di terapia distribuito nell'arco di 12 settimane aumenta in modo significativo la remissione spontanea dei sintomi depressivi. Inoltre, vi è un significativo miglioramento nell'“aggiustamento” del post parto.

La coppia riesce a trovare una risoluzione ai conflitti che si è trovata a fronteggiare, e la transizione alla genitorialità risulta facilitata. Lo stesso tipo di trattamento fatto in gruppo porta già dopo 6 mesi a un notevole miglioramento dei sintomi depressivi.

### *Terapia farmacologica*

Dopo aver effettuato un'accurata valutazione, il medico specialista può decidere se affiancare alla terapia psicologica un trattamento farmacologico, tenendo presente però che l'efficacia dei farmaci non è stata dimostrata, e che potrebbe avere effetti collaterali sia in gravidanza che durante l'allattamento; infatti, seppur in piccole dosi, i farmaci vengono secreti mediante il latte materno, e potrebbero nuocere allo sviluppo del sistema nervoso centrale del bambino. I farmaci più efficaci sembrerebbero essere i triciclici, come la nortriptilina, e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), come la fluoxetina e la sertralina.

## **3.2 Trattamento della depressione in menopausa**

### *Gli interventi di gruppo*

Gli incontri di gruppo offrono un'importante opportunità alle donne, perché viene dato loro il modo di incontrarsi in un setting nel quale vengono condivise ansie e paure riconosciute come universali. Grazie al gruppo è possibile contenere i timori e le convinzioni erranee sulla menopausa, in quanto non coinvolgono solo il singolo, ma tutte le donne. Negli interventi di gruppo è basilare il ruolo del conduttore, che deve avere un atteggiamento libero da critiche e consigli, altrimenti il rischio è che il processo si blocchi. L'atteggiamento più idoneo è quello di assistere la donna, comprenderla senza giudicarla; solo così essa riuscirà a far cadere i meccanismi di difesa, comprendere meglio i suoi problemi, e dunque cambiare prospettiva riconoscendo le proprie responsabilità.

L'obiettivo del gruppo è di fornire ascolto e dialogo. L'attenzione si sposta dallo psicologo-psicoterapeuta (che è colui che detiene il sapere) alle partecipanti del gruppo.

La cura si fonda sulle emozioni e sulla conoscenza intuitiva. Ciò che crea apertura al dialogo è l'affettività, perché essa è in grado di creare contatto e comprensione. Il modo di lavorare e di procedere è quello del focusing: ad ogni incontro vengono discussi e ben focalizzati dei temi ben precisi inerenti alle criticità della mezza età. Le donne hanno la possibilità di distinguere ciò che appartiene al proprio Sé da quello che è altro da Sé; questo permette di acquisire sia i simboli che le immagini delle altre donne, grazie al processo di verbalizzazione. È possibile per ognuna iniziare un confronto con la *psiche collettiva* così com'era chiamata da Jung. La verbalizzazione è un aspetto cruciale, ed è sempre inclusa in ogni incontro.

#### *La struttura degli incontri di gruppo: un caso pratico*

Descriviamo una metodologia di intervento proposta dalla psicologa e psicoterapeuta Flavia Facco nel suo libro *L'invisibile in menopausa*. Innanzitutto, la modalità di reclutamento dei pazienti avviene grazie a un lavoro di sensibilizzazione svolto dai medici di base, dai ginecologi ospedalieri e dai Consultori familiari tramite materiale informativo. Il colloquio preliminare è essenziale, in quanto porta a conoscenza le partecipanti delle finalità e degli obiettivi del gruppo. Inoltre, permette di individuare le persone idonee per questo tipo di percorso e i soggetti che, invece, presentano una sintomatologia depressiva grave o eventuali alterazioni del comportamento, per le quali è richiesto un percorso diverso. Gli incontri di gruppo si svolgono con cadenza bisettimanale per un massimo di sei sedute, con 8-10 partecipanti. Il luogo in cui avvengono deve essere accogliente e isolato.

Nel primo incontro viene consegnata una scheda-questionario per la raccolta dei dati anagrafici, dopo di che le partecipanti vengono invitate a turno a presentarsi, a raccontarsi e a spiegare la motivazione della loro partecipazione. Da parte del conduttore non devono esserci forzature, perché è probabile che inizialmente le donne vogliano mantenere un basso coinvolgimento emotivo. È importante fin dall'inizio che si venga a creare un clima di fiducia e di coesione. L'obiettivo di questi incontri è riconoscere la menopausa come fenomeno universale e non esclusivamente individuale.

Nel secondo incontro viene trattato ciò che è emerso in fase iniziale; lo psicologo deve utilizzare un metodo che permetta il riaffiorare dei contenuti rimossi. Ciò viene fatto tramite la costruzione di un collage per immagini, il quale dà la possibilità alle partecipanti di parlare delle proprie convinzioni, idee, aspettative e paure riguardanti il climate-rio. Ciò che più frequentemente emerge dai collage sono paure legate alla propria im-

immagine corporea, come quella di ingrassare, di perdere l'attrattiva sessuale, e della morte. Una volta completato il collage, ogni donna lo commenta ad alta voce, spiegando che cosa per lei rappresentano e che significato simbolico rivestono le immagini usate, e quali sono le convinzioni che orbitano intorno alla menopausa. Questo permette un eventuale scambio e condivisione di idee.

Nel terzo incontro il tema affrontato riguarda il cibo, che è collegata alla paura di ingrassare. Cruciale è lo stretto legame tra il cibo e l'intera gamma degli affetti, come il piacere, il dispiacere, la tristezza, le tendenze ostili e distruttive. Il cibo assolve funzioni compensatrici alla carenza di affetto, oppure può diventare il sostituto di un piacere sessuale irraggiungibile. A volte esso cela tendenze aggressive rivolte a se stessi, come l'assunzione di alcol e fumo.

Anche in questo caso si richiede alla donna di costruire un collage di immagini indicando quali sono i cibi che preferisce, quelli che rifiuta e se ha immagini legate ad essi.

Il quarto incontro è ricco di patos; le partecipanti si svelano nella propria autenticità raccontando la loro vita; ciò che emerge sono i ricordi legati al passato, all'infanzia, le scelte subite ed imposte, le proprie speranze, i dolori, le volontà, e i traguardi raggiunti. In questo modo si possono operare delle riflessioni che inevitabilmente sono accompagnate dal giudizio su tutto ciò che è avvenuto in passato, su ciò che sta avvenendo nel presente e sulle esperienze e possibilità non realizzate. Le reazioni a tali ricordi possono esprimere severità, rabbia, rimpianti, oppure in altri casi il bilancio della propria vita può essere positivo e soddisfacente.

Il quinto incontro punta a far emergere i sogni rimasti nel cassetto, che si sono dovuti mettere da parte per occuparsi dei bisogni familiari. In questa occasione è stata utilizzata la tecnica del role playing, che consiste in quanto segue: una donna si offre come volontaria per descrivere un progetto; il resto delle partecipanti viene diviso in due gruppi, uno dei quali tenta di osteggiare, e l'altro di favorire il progetto. Attraverso il confronto, la protagonista porta in superficie le resistenze psicologiche associate alla realizzazione del proprio progetto, come la mancanza di approvazione da parte del partner, oppure il senso di vergogna nell'espone parti di sé ritenute fragili o non socialmente accettate.

Nell'ultimo incontro viene chiesto alla donna di realizzare un fantoccio che in qualche modo rappresenti se stessa nel futuro. In questo modo essa entra in contatto con pensieri relativi a persone a lei care, si identifica e può essere un esempio positivo da seguire e a cui somigliare. Alla fine si fa un bilancio dell'esperienza di gruppo, ci si saluta e ci si congeda.

## BIBLIOGRAFIA

\* Alvisi, L. (1978). *Menopausa che sollievo*. Milano: Vangelista.

Ammaniti, M., e Cimino, S., e Trentini, C. (2012). *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

\* Benvenuti, P., e Ferrara, M., e Niccolai, C., Valoriani, V., e Cox, J.L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for an Italian sample. *J Affect Disord*, 53, 137-41.

Biondi, M. [a cura di] (2014). *DSM-4. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Raffaello Cortina.

\* Cox, J.L., e Holden, J.M., e Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-Items Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-6.

\* De Beauvoir, S. (1961). *Il secondo sesso*. Milano: Il Saggiatore.

\* Deutsch, H. (1977). *Psicologia della donna*. Torino: Universale Scientifica Boringhieri.

\* Diekstra, R.F.W., e Jansen, M.A. (1989). *Importanza degli interventi psicologici nell'assistenza sanitaria Primaria in L'intervento psicologico nella salute* (a cura di Tibaldi, G. Milano: Masson.

Facco, F. (2012). *L'invisibile in menopausa. Psicologia del benessere nella crisi di transizione della mezza età*. Milano: Franco Angeli.

\* First, M.B., e Gibbon, M., e Spitzer, J.B.W., e Williams, J.B.M., e Benjamin, L.S. (1997). *Intervista clinica strutturata per il DSM-IV. Asse II, versione italiana*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

\* First, M.B., e Spitzer, R.L., e Gibbon, M., e Williams, J.B.M. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders - Patient Edition (SCID-I/P Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department.

Freud, S. (1915). *Lutto e melanconia*. Tr.it. *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*.

A cura di Alberto Lucchetti. Milano: BUR, 2013.

Freud, S. (1922). *L'io e l'Es*. Tr.it. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.

\* Freud, S. (1938). *Compendio di psicoanalisi*. In: Freud, S., *Opere*, vol. 11. Torino: Boringhieri, 1967-1980.

Galimberti, U. (2013). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.

Istituto Superiore di Sanità (2013). *Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum*. Rapporti ISTISAN 16/31. Autori: Palumbo, G., e Mirabella, F., e Casavilla, I., e Del Re, D., e Romano, G., e Gigantesco, A.  
Retrieved from [https://www.iss.it/salute-donna-bambino/-/asset\\_publisher/5BnSYGxEyfmW/content/prevenzione-e-intervento-precoce-per-il-rischio-di-depressione-post-partum-2](https://www.iss.it/salute-donna-bambino/-/asset_publisher/5BnSYGxEyfmW/content/prevenzione-e-intervento-precoce-per-il-rischio-di-depressione-post-partum-2)

Monti, F., e Agostini, F. (2013). *La depressione postnatale*. Roma: Carocci.

Platone (2013). *Tutte le opere*. Roma: Newton Compton.

\* Soifer, R. (1971). *Psicologia del embarazo, parto y puerperio*. Ediciones Kargleman. Tr.it. *Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio*. Roma: Borla.

\* Zweig, C., e Wolf, S. (1997). *Il volto nascosto dell'anima*. Milano: Rizzoli.

\* = Opere non direttamente consultate