

# DEPRESSIONE POST PARTUM E NARRAZIONI MATERNE

Una ricerca esplorativa sui vissuti delle donne  
e sulla percezione di supporto ricevuto

Emanuela Saita \*, Valentina Fenaroli\*\*, Carmela Rusca\*\*\*



“Caldo soffocante, sudore, stanchezza,  
sensazione claustrofobica,  
senso d’oppressione, voglia di fuggire;  
il bambino, avvicinato al seno, inarca la  
schiena e piange disperato”

(dal racconto di una mamma)

## Introduzione

E’ opinione comune che la maternità costituisca un’esperienza sostanzialmente positiva per la donna, benché la gravidanza e le settimane immediatamente successive al parto siano riconosciute come un momento delicato, che può portare a sperimentare forme di disagio psicologico anche di elevata intensità. Sempre più studi evidenziano come l’origine di tali disturbi non possa essere attribuita esclusivamente a problemi *della madre*, ma debba essere letta anche alla luce di fattori di natura sociale e interpersonale; tuttavia, ancora oggi, forte è la tendenza a ricondurre la depressione post partum ad una vulnerabilità unicamente della donna.

Considerare la depressione postnatale (PPD) un’entità nosografia oggettiva rimanda, di per sé, ad una concezione riduzionistica del problema, tipica del *modello biomedico*, basato sulla dicotomia malattia/salute; Kearns e coll. (1997) sottolineano, invece, l’utilità di guardare ai sintomi depressivi in un’*ottica biopsicosociale* e, nello specifico, alla PPD come ad un **“Adjustment Disorder”** (così come definito da Whiffen nel 1991), cioè un disturbo che, pur facendo riferimento ad una particolare fase della vita della neo-madre, coinvolge anche l’intero sistema familiare.

Sono sempre più numerose le ricerche che sottolineano come nell’insorgenza di PPD concorrano *fattori* di natura *ostetrica, fisiologica, psicologica*, ma anche *relazionale e sociale* (Saisto et al., 2001; Ross et al., 2004; Rich-Edwards et al., 2006). La gran parte degli autori pone tra i **fattori di**

**vulnerabilità** allo sviluppo di una sintomatologia depressiva nel post partum “*elementi soggettivi*”, quali precedenti episodi di depressione postnatale o maternity blues, life events negativi, perdita di un genitore durante la gravidanza, caratteristiche di personalità e stile cognitivo della donna, ma anche “*elementi relazionali*”, come aver sperimentato durante l’infanzia difficoltà interpersonali nella famiglia d’origine, vivere un legame di coppia inadeguato o essere un genitore single (Beck, 2002; Skari et al., 2002). Se i **fattori scatenanti** rimandano più a difficoltà oggettive - perdita d’impiego da parte della donna durante la gravidanza, difficoltà finanziarie, parto cesareo inaspettato, caratteristiche temperamentali del neonato, malattie della puerpera (Righetti-Veltema, 2003; Rich-Edwards et al., 2006) -, non va tuttavia sottovalutato il ruolo giocato dai **fattori socioculturali** nell’incrementare il rischio di PPD. Credenze irrealistiche sul parto - come l’idea profondamente radicata nella nostra cultura che la maternità *debba* essere un’esperienza esclusivamente gioiosa - possono contribuire ad incrementare nella neo-madre la convinzione che qualcosa non funzioni in lei e che il proprio disagio vada tenuto nascosto (Beck et al., 2002).

Per quanto attiene, invece, ai **fattori protettivi**, che contrastano la possibile insorgenza di patologia psichica, i contributi più recenti attribuiscono particolare rilievo al ruolo svolto dal supporto sociale, quale fattore in grado di favorire il benessere psico-fisico delle neo-madri (Heh et al., 2004). Ricevere sostegno non solo da un punto di vista pratico, ma anche emotivo, si associa alla percezione, da parte della donna, d’essere oggetto di cure e di stima (House, 1981; Cutrona & Troutman, 1986) e ciò, a sua volta, contribuisce ad incrementare la sua *self efficacy*<sup>1</sup>. A tale riguardo, un importante fattore protettivo al momento del parto è rappresentato dal supporto offerto dal personale ospedaliero, in particolare dall’ostetrica; grazie a tale forma di sostegno, la partorientente si sente maggiormente in grado di esercitare una forma di controllo su quanto sta accadendo e maggiormente capace di gestire la situazione (Ryding et al., 2003). Kearns e coll. (1997) sottolineano l’importante funzione di **moderatore del distress** svolta dal supporto sociale al momento del parto: da un lato esso contribuisce ad attenuare nella puerpera il potenziale stressante di eventi contingenti, dall’altro a diminuire la severità delle sue reazioni negative.

Quanto al periodo del puerperio, è ormai ampiamente riconosciuto come una buona relazione di coppia costituisca una condizione indispensabile per gestire i profondi cambiamenti generati all’interno del sistema familiare dalla nascita di un figlio (Tammentie et al., 2004); numerosi studi, alcuni dei quali cross-culturali, hanno messo in luce l’*effetto buffer*<sup>2</sup> giocato dalle famiglie d’origine, in particolare dalla figura materna (Heh et al., 2004; Stuchbery et al., 2004; Wang et al., 2005), così come dagli amici (Smith, 1994) e dal confronto con altre neo-madri (Mauthner, 1995). Un’adeguata forma di supporto sociale sembra, inoltre, incrementare l’efficacia d’interventi psicoterapeutici e farmacologici, nella riduzione dei sintomi depressivi oramai conclamati (Leahy-Warren & McCarthy, 2007).

Nonostante il fenomeno della depressione post partum rappresenti un problema di elevata rilevanza sociale, gli studi sugli aspetti relazionali implicati in tale forma di disagio non sono, a tutt’oggi, esaustivi. È stato tuttavia sottolineato come la percezione delle neo-madri di aver ricevuto scarso aiuto - sia formale che informale - da parte di persone affettivamente significative correli con la presenza di sintomi depressivi (Tarkka et al., 1994; Stuchbery et al., 2004): donne con PPD tendono a lamentare scarso supporto, in particolare dal proprio partner, dal quale desidererebbero maggiore vicinanza emotiva ed intimità, oltre ad un più marcato contributo nella gestione del neonato (Chan et al., 2002; Stuchbery et al., 2004).

Ai fini di una migliore comprensione della PPD non si può, inoltre, prescindere dall’indagare il fenomeno partendo dalla diretta prospettiva delle madri che manifestano tale fragilità; tuttavia, allo stato attuale, non sono molti gli studi che hanno esplorato questa forma di disagio muovendo da vissuti, pensieri, credenze delle donne circa il proprio malessere. Beck (2002) riferisce come le donne depresse - portate a riflettere sulla propria esperienza di madre - esprimano solitudine, senso

---

<sup>1</sup> Il costrutto della *self efficacy*, simile a quello del *locus of control*, è concettualizzato da Bandura (1986) come la capacità da parte delle persone di esercitare un controllo sugli eventi che riguardano la loro vita.

<sup>2</sup> Per *effetto buffer* (letteralmente “cuscinetto”) si intende un effetto moderatore, in grado di ridurre l’impatto fisico e psicologico di fattori di natura stressante (House, 1981).

di colpa, paura di non tornare più alla vita precedente, perdita di emozioni positive, diminuita concentrazione, perdita d'interessi, timore di far del male al bambino o a sé. La PPD sembrerebbe, quindi, creare in queste madri una spirale d'emozioni negative e rappresentare una sorta di "living nightmare" (Beck, 2002). Chan e coll. (2002), che hanno raccolto l'esperienza vissuta da un gruppo di puerpere di Hong Kong, hanno individuato, quali caratteristiche centrali della PPD, sentimenti di *hopelessness* e *helplessness*<sup>3</sup>, stanchezza, ambivalenza nei confronti del bambino. Le madri depresse descrivono, spesso, il proprio figlio come difficile, irrequieto e poco disposto a lasciarsi consolare (Righetti-Veltema, 2002; Monti & Agostini, 2006). L'irritazione per queste caratteristiche temperamentali può essere letta come una manifestazione delle difficoltà d'interazione tra madri depresse e neonato (Stanley et al., 2004): le donne più fragili, immerse nel proprio malessere, faticano maggiormente ad interpretare in modo corretto i segnali inviati dal bambino e a stabilire una relazione adeguata con lui (Monti et al., 2003; 2004).

Ugarriza (2000) evidenzia, inoltre, la presenza di forti sentimenti di colpa, legati al pensiero di poter far male al neonato, uniti ad un'intensa paura di perdere il controllo. Proprio vissuti che rimandano al tema della *perdita* (Chan et al., 2002; Beck, 2002) sembrano essere ricorrenti nelle interviste di donne con depressione post-partum: madri depresse lamentano *perdita d'autonomia* (Nicholson, 1990), *perdita di controllo* su quanto sta accadendo (Beck, 2002), *perdita di relazioni* (con altri, con il partner), di *interesse* per attività precedentemente svolte con piacere (Grussu & Quatraro, 2006), o, addirittura, *perdita di sé* (senso d'irrealtà pensando a se stesse). Un *topos* ricorrente - per certi autori il vero nocciolo dei vissuti depressivi nelle neo-madri ed elemento distintivo rispetto alla depressione generale - è *l'incongruità tra aspettative e realtà*: le donne depresse vivono con angoscia la sensazione di non essere madri perfette, diversamente da quanto avevano immaginato e da quanto gli altri - il partner, le rispettive famiglie d'origine, la società - si aspettano (Tammentie et al., 2004; Harwood et al., 2007). L'idea che mettere al mondo un figlio sia, *per natura*, semplice e fonte di gioia si scontra, infatti, con le difficoltà legate alla gestione del neonato e alla complessa riorganizzazione del sistema familiare, che questo evento comporta.

Il tentativo di mascherare il proprio malessere - dettato anche dalla difficoltà ad accettare sentimenti ambivalenti nei confronti del figlio, unita alla vergogna a condividere con altri tali vissuti - rende particolarmente difficile rilevare la presenza di sintomi depressivi nelle neo-madri. Gli stessi strumenti utilizzati nella pratica clinica non sono sempre in grado di portare alla luce un disagio che le mamme arrivano a negare persino a se stesse. Date tali difficoltà, clinici e ricercatori stanno indirizzando sempre più la loro attenzione verso indicatori indiretti di questa sofferenza, che aiutino ad identificare precocemente forme "latenti" di depressione post partum.

#### **LA RICERCA 4 : obiettivi, metodologia, strumenti, soggetti**

Muovendo dai presupposti sopra descritti, il presente studio intende verificare se madri che manifestano sintomi depressivi a 3/6 mesi dal parto differiscano - rispetto alle altre neo-madri - nella percezione del *supporto sociale ricevuto* e del *supporto* che avrebbero *desiderato* ricevere. Obiettivo della ricerca è, inoltre, quello di esplorare i *vissuti* che caratterizzano l'esperienza della maternità in donne che riportano una sintomatologia depressiva, attraverso l'analisi di *racconti* prodotti dalle madri stesse e relativi alla propria esperienza con il neonato<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> I concetti di *hopelessness* e *helplessness* sono stati sviluppati da Engel e Shmale (1967) all'interno di un modello teorico psicosomatico, da essi definito "Giving-up given-up complex". Secondo gli autori, in seguito ad eventi stressanti o a gravi perdite, alcuni soggetti possono reagire oscillando tra sentimenti d'abbandono - caratterizzati dalla convinzione di non poter ricevere aiuto dal mondo (*helplessness*) - e sentimento di disperazione, per cui tutto è visto come inutile (*hopelessness*) e senza senso.

<sup>4</sup> Il presente lavoro rientra all'interno di un più ampio progetto di ricerca relativo a dinamiche relazionali e disturbi del post-partum, diretto dal Prof. Vittorio Cigoli, Ordinario di Psicologia Clinica presso l'Università Cattolica S.C. di Milano

<sup>5</sup> Va sottolineato che si tratta di uno studio esplorativo, che presenta tutte le difficoltà insite nella rilevazione di informazioni introspettive, inerenti il vissuto personale dei soggetti. Tale difficoltà ha riguardato sia le persone intervistate, chiamate a parlare di sé, sia i ricercatori, all'interno di un processo interpretativo, in cui non ci si è limitati

Partendo dall'ipotesi che le donne più fragili lascino emergere segnali del proprio malessere anche attraverso narrazioni brevi e poco articolate, si è voluto verificare se tali madri rivelino - nel riferire episodi, immagini, sentimenti circa i primi mesi vissuti con il neonato - delle *specificità* che le distinguono dalle madri meno vulnerabili.

Le donne che costituiscono il campione hanno partorito presso un importante ospedale milanese e sono state contattate telefonicamente in un periodo compreso tra il terzo e il sesto mese dopo il parto, per accertare la loro disponibilità a partecipare allo studio; coloro che hanno accettato hanno, dunque, compilato presso la propria abitazione:

- *Scheda personale e anamnestica*<sup>5</sup> - finalizzata alla raccolta di informazioni circa età, titolo di studio e professione della donna e del proprio partner, nonché dati relativi alla gravidanza da poco conclusa, altre eventuali gravidanze, malattie, interventi precedenti.
- *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1961);
- *Scala per la misura dell'aiuto reale e desiderato* (Cigoli et al., in press)<sup>6</sup>.

Alle madri è stato, infine, chiesto di descrivere tre o quattro *momenti, immagini, gesti, episodi* - per loro particolarmente significativi - relativi ai primi mesi vissuti con il neonato.

Hanno partecipato alla ricerca 178 donne di nazionalità italiana, maggiorenni, che hanno partorito un bambino sano e che non presentano, in anamnesi, una diagnosi di patologia psichiatrica. L'età media è di 33.9 anni (d.s.=3.83; range 24-42); il livello d'istruzione risulta medio-alto: il 57.5% di esse possiede, infatti, un diploma di scuola superiore, il 39% un diploma di laurea e solo il 3.4% ha conseguito un diploma di scuola media inferiore. Anche lo status socio-economico appare medio-alto: su 143 donne con un'occupazione, il 55.2% svolge attività come impiegata o commerciante e il 29.4% come libera professionista; solo il 2.1% lavora come operaia, mentre il 13.3% dichiara di svolgere un lavoro in altri settori. Livello d'istruzione e status socio-economico dei partner presentano caratteristiche simili: il 33.2% dei mariti/compagni ha conseguito un diploma di scuola superiore e il 23.1% un diploma di laurea. Quanto alla professione svolta, il 31.7% di essi lavora come impiegato o commerciante, il 20.6% si dichiara libero professionista e solo il 5% ha un'occupazione come operaio.

Il 60.7% delle donne è primipara; per il 90% del campione la gravidanza si è svolta senza particolari problemi o complicazioni.

Sulla base dei punteggi ottenuti al BDI<sup>7</sup>, i 178 soggetti sono stati così suddivisi:

- gruppo *a rischio PPD* (GR): 37 donne;
- gruppo *non a rischio PPD* (GNR): 141 donne.

---

alla raccolta dei dati, ma in cui le informazioni ottenute sono state analizzate attraverso una griglia di codifica. Si è, dunque, tentato di indagare le dinamiche che caratterizzano le neo-madri - in particolare quelle più fragili - muovendo dalle descrizioni e dalle rappresentazioni da esse fornite.

<sup>6</sup> Alcuni soggetti, pur avendo compilato i questionari, non hanno fornito dati socioanagrafici ed altre informazioni personali, nonostante fosse stato garantito loro l'anonimato e il rispetto delle normative sulla Privacy. Per questo motivo, nella descrizione del campione, le frequenze ottenute non raggiungono, spesso, il numero totale delle donne globalmente considerate nello studio.

<sup>7</sup> Questionario self-report, volto a valutare - attraverso l'attribuzione di un punteggio su una scala Lickert a 5 passi - da 1 (per nulla) a 5 (moltissimo) - il livello di supporto che le madri ritengono di aver ricevuto, e avrebbero desiderato ricevere, da parte di persone affettivamente significative.

<sup>8</sup> Si è ritenuto opportuno adottare una soglia pari a 10, nell'individuazione di sintomi depressivi (Beck, 1996); questa scelta consente di ridurre la probabilità di incorrere in falsi negativi e trova un fondamento teorico anche in quanto riferito in letteratura (Lee et al., 2000), secondo cui madri depresse tendono a minimizzare - a volte addirittura a negare - l'entità dei propri sintomi, perché frenate da sensi di colpa o influenzate da fattori di natura socioculturale (Guedeney, 1993). Va comunque ribadito come lo strumento utilizzato svolga una semplice funzione di screening e non permetta di effettuare una diagnosi, per la quale si rendono necessari specifici colloqui di tipo clinico. Siamo, d'altro canto, consapevoli di come un cut off pari a 10 incrementi il rischio di incorrere in falsi positivi e di come sia fondamentale un *atteggiamento prudente* da parte dei ricercatori, nell'analizzare i dati e nell'interpretare i risultati ottenuti.

Tra le 37 donne appartenenti al gruppo definito *a rischio* (GR), 22 hanno riportato al BDI un punteggio compreso tra 10 e 16; 5 soggetti hanno, invece, ottenuto un punteggio maggiore di 16<sup>8</sup>.

Le narrazioni prodotte dalle neo-madri, relative alla propria esperienza con il neonato, sono state sottoposte ad analisi del contenuto, condotta attraverso l'utilizzo di *categorie* stabilite sia sulla base di un'attenta analisi della letteratura, sia di una lettura approfondita dei racconti stessi. Indizi d'affidabilità sono stati ottenuti tramite uno specifico addestramento di tre ricercatori e una categorizzazione "collegiale" (per unanimità) dei dati raccolti (Losito, 1993).

Attraverso il test del Chi Quadrato è stata indagata l'eventuale esistenza di differenze significative tra il gruppo a rischio di depressione (GR) e il gruppo non a rischio (GNR), relativamente alle variabili emerse dal processo di categorizzazione delle narrazioni.

L'applicazione del Test t per campioni indipendenti ha, infine, consentito un confronto tra i due gruppi (GR/GNR), circa la percezione del supporto sociale ricevuto e del supporto desiderato. Si è ritenuto interessante, a questo proposito, calcolare un indice, da noi definito "*insoddisfazione*", ottenuto dal calcolo dello scarto tra aiuto desiderato e aiuto ricevuto da ciascuna figura affettivamente significativa.

### Analisi dei dati: i racconti

Le narrazioni fornite dalle donne sono state considerate *temi*, ovvero unità d'analisi complesse, consistenti in un'affermazione su un determinato fenomeno/avvenimento (Losito, 1993). Tali temi sono stati codificati attraverso 18 diverse categorie, raggruppate all'interno di 4 macro-aree:

- **Focus dell'attenzione:** comprende 5 categorie relative alle persone attorno alle quali si concentra principalmente l'attenzione della madre: *sé* (cioè la madre stessa), *bambino*, *partner*, *altri figli*, *famiglia*.
- **Affettività/emotività:** comprende 3 categorie relative alla connotazione emotiva dei racconti e alla verbalizzazione di emozioni provate dalla madre stessa, o riconosciute in altre persone: *connotazione emotiva del racconto*; *verbalizzazione delle emozioni*; *sentimenti di paura/smarrimento*.
- **Transizione alla genitorialità:** comprende 4 categorie relative alla verbalizzazione di pensieri, considerazioni, emozioni concernenti l'assunzione del nuovo ruolo genitoriale (nuove responsabilità, nuovo assetto familiare, momentaneo senso di disorganizzazione, etc.): *esperienza di madre*; *ricordi della gravidanza*; *stanchezza fisica*; *gestione del nuovo assetto familiare*.
- **Bambino e rapporto madre-neonato:** comprende 6 categorie relative alla descrizione di forme di interazione mamma-neonato e alla modalità attraverso cui la madre nomina il proprio bambino: *attribuzione di intenzionalità al bambino*; *preoccupazione per la salute del neonato*; *esclusività del rapporto madre-neonato*; *pianto*; *momenti di interazione*; *modalità di denominazione del bambino*.

Dall'analisi dei dati relativi ai racconti (Chi Quadrato,  $p < .05$ ), si evince come, per quanto attiene al **focus dell'attenzione**, le donne del gruppo a rischio di depressione (GR) siano tendenzialmente più focalizzate su se stesse, rispetto a quelle del gruppo non a rischio (GNR) ( $\chi^2=12.54$ ;  $df=1$ ;  $p=.001$ ). Esse non sembrano possedere una visione globale della dimensione familiare: raccontano meno del bambino ( $\chi^2=6.182$ ;  $df=1$ ;  $p=.020$ ) e spesso non includono nelle loro narrazioni il partner ( $\chi^2=4.67$ ;  $df=1$ ;  $p=.038$ ) o eventuali altri figli ( $\chi^2=5.015$ ;  $df=1$ ;  $p=.040$ ). Sembra, in altri termini, che vissuti di fragilità e malessere si colleghino ad una maggiore fatica a distogliere lo sguardo da sé e ad una più marcata tendenza a "non presentificare" altre figure nel proprio racconto.

---

<sup>8</sup> Il valore 16 rappresenta il cut-off più spesso utilizzato per distinguere soggetti con *depressione lieve* (punteggio tra 10 e 16) da soggetti con *depressione moderata* (punteggio superiore a 16).

Relativamente alla macro-area *dell'affettività/emotività*, dall'analisi statistica emerge come le donne a rischio di PPD esprimano in misura significativamente maggiore ( $\chi^2=16.23$ ;  $df=1$ ;  $p=.001$ ) vissuti di smarrimento e paura legati all'esperienza della maternità. Non è invece emersa - diversamente da quanto ci si poteva aspettare - una relazione significativa tra connotazione emotiva globale dei racconti e disturbo depressivo nel post partum; detto in altri termini, le madri del gruppo a rischio non esprimono emozioni negative in misura significativamente maggiore, rispetto a quelle del gruppo non a rischio.

Quanto alla macro-area relativa alla *transizione alla genitorialità*, è stato riscontrato come le mamme del gruppo a rischio evitino maggiormente - e in misura statisticamente significativa ( $\chi^2=9.12$ ;  $df=1$ ;  $p=.001$ ) - considerazioni, vissuti, emozioni relativi all'assunzione del nuovo ruolo materno. Esse sembrano riflettere meno sulla propria esperienza, privilegiando scene di vita quotidiana, nelle quali sono spesso sottolineate la stanchezza fisica e la concreta difficoltà nel gestire il nuovo assetto familiare.

Per quanto riguarda l'ultima macro-area individuata, ovvero quella relativa al *bambino e al rapporto madre-neonato*, si nota come le donne del GR tendano a nominare il proprio bambino utilizzando meno l'espressione "*mio figlio*" ( $\chi^2=6.805$ ;  $df=1$ ;  $p=.01$ ) e ricorrendo, invece, con maggior frequenza a forme più neutre ("*Il bambino*"), che non ne sottolineano la vicinanza in termini affettivi. Madri depresse sembrano, inoltre, meno portate a descrivere momenti di interazione con il proprio bimbo; nello specifico emerge una tendenza significativa dal punto di vista statistico a citare meno, rispetto alle altre madri, situazioni che implicano un contatto fisico con il neonato, come quello del *bagnetto* ( $\chi^2=5.76$ ;  $df=1$ ;  $p=.018$ ).

Infine, i racconti di madri depresse sembrano presentare in misura significativamente maggiore ( $\chi^2=16.51$ ;  $df=1$ ;  $p=.000$ ) quelli che abbiamo definito "*elementi bizzarri*" e che costituiscono una categoria a sé, che esula, proprio per la sua peculiarità, dalle macro-aree individuate: nelle narrazioni prodotte da madri depresse sono stati riscontrati con una maggiore frequenza elementi *incoerenti* (ad esempio, la verbalizzazione di vissuti di sofferenza, seguita, nel momento immediatamente successivo, dall'espressione di emozioni positive), "*anomali*" (la descrizione di abilità e competenze del neonato, oggettivamente piuttosto irrealistiche), o *mistici* (descrizione di situazioni, in cui la mamma avverte una presenza quasi divina accanto a sé e al bambino).

## **Analisi dei dati: il supporto**

Quanto alle analisi condotte sulla percezione di supporto sociale ricevuto e desiderato, è possibile innanzitutto sottolineare - a livello descrittivo - come le madri del GR siano tendenzialmente meno soddisfatte, rispetto a quelle del GNR, del sostegno ricevuto da altre persone significative; dalle loro risposte emerge un maggiore desiderio di aiuto, rispetto a quanto dichiarato dalle altre donne.

Dall'applicazione del Test t emerge come le donne del GR dichiarino - in misura statisticamente significativa - di aver ricevuto meno supporto da parte del *partner* ( $t=2.053$ ;  $df=175$ ;  $p<.05$ ) e del *suocero* ( $t=1.848$ ;  $df=175$ ;  $p<.05$ ) (grafico 1) e riferiscano di aver desiderato più sostegno, rispetto al GNR, da parte del *ginecologo* ( $t=-2.019$ ,  $df=175$ ,  $p<.05$ ), *dell'ostetrica* ( $t=-2.064$ ,  $df=63.446$ ,  $p<.05$ ) e di altre *neo-madri* ( $t=-2.075$ ,  $df=175$ ,  $p<.05$ ) (grafico 2).

Grafico 1

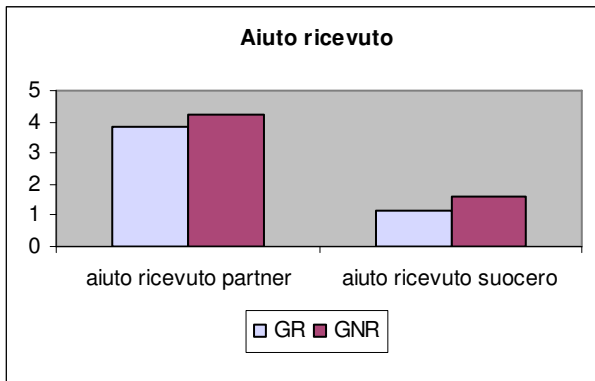
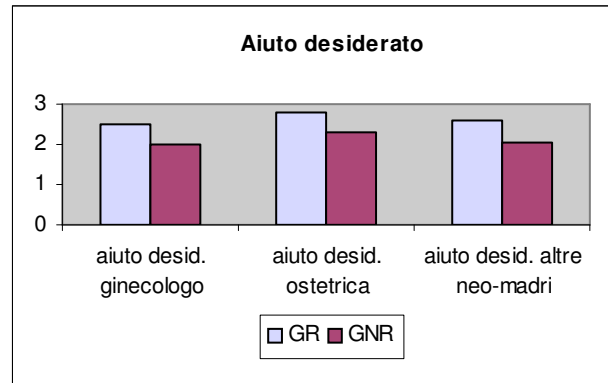
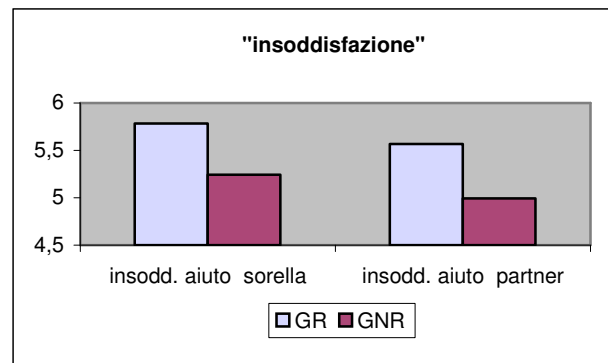


Grafico 2



Esse, infine, tendono a manifestare un livello d'insoddisfazione maggiore, da un punto di vista statistico, circa l'aiuto fornito dal proprio *partner* ( $t=-2.132$ ,  $df=175$ ,  $p<.05$ ) e dalla propria *sorella* ( $t=-2.228$ ,  $df=53.020$ ,  $p<.05$ ) (grafico 3). Alcuni dati si posizionano al limite della significatività e, pur non consentendo di effettuare inferenze di tipo statistico, forniscono indicazioni interessanti, in linea con quanto già in parte riscontrato: le donne del GR tendono a lamentare un maggior livello di insoddisfazione relativamente al supporto ricevuto dal personale medico-sanitario, in particolare dall'ostetrica e dalle infermiere, durante la loro degenza in ospedale.

Grafico 3



### Considerazioni conclusive

Il parto costituisce un evento di peculiare rilevanza sia nell'esperienza individuale della donna, sia nella "storia" di un sistema di relazioni, quale la famiglia. Associazione di vita e di morte, rottura della simbiosi biologica e delle sue connotazioni psicologiche, svuotamento e senso di riacquistata leggerezza sono le connotazioni emotive che più frequentemente accompagnano il parto e possono produrre nella donna profonde ambivalenze, nonché atteggiamenti e sentimenti contraddittori, sovente accompagnati da disturbi umorali *post partum*, tra i quali la depressione. Il fenomeno ha una tale rilevanza che negli ultimi anni numerosi studi hanno focalizzato la loro attenzione sull'influenza che la PPD esercita sullo sviluppo del bambino, mentre minore attenzione è stata dedicata al suo impatto sul sistema relazionale.

L'analisi dei brevi racconti relativi alle prime settimane con il bambino ha evidenziato come le madri con sintomatologia depressiva tendano ad una sorta di chiusura in se stesse, ad un ripiegamento che non consente loro di distogliere lo sguardo dai propri vissuti e, probabilmente, dal proprio malessere. Questa *focalizzazione su di sé*, che può diventare incapacità a guardare *al di là*, fino a coinvolgere nelle proprie narrazioni il neonato e il partner, può essere ricondotta a quell'assorbimento in preoccupazioni personali, tipico delle madri depresse e ampiamente riferito in letteratura (Vella & Siracusano, 1994; Ammaniti et al., 2007); tale elemento sembra concordare anche con quanto sostenuto da Monti e coll. (2004), secondo cui *"una madre depressa è sommersa dall'ascolto inquieto e pervasivo dei propri bisogni e dei propri sentimenti, non avendo, così, spazio sufficiente per quelli del bambino"* (p.82).

L'inclusione del figlio all'interno della propria organizzazione psichica rappresenta, d'altra parte, un processo impegnativo e complesso per ogni donna, che si trova a dover gestire, al contempo, vissuti di *perdita*, legati ad una brusca irruzione del reale nella vita fantasmatica, un senso di

*disillusione*, provocato dallo scarto tra aspettative e realtà, e infine una *regressione*, che consentirà la creazione di un legame simbiotico con il neonato (Pazzagli et al., 1981). La tendenza "*all'auto-centratura*" riscontrata nelle narrazioni di donne a rischio di PPD, sembrerebbe, inoltre, trovare un aggancio in quanto riferito da Murray e coll. (1993), secondo cui madri depresse, nel comunicare con il bambino, si focalizzano poco sull'esperienza del figlio e molto di più sui propri vissuti, impegni, pensieri.

La fatica ad accogliere il figlio all'interno del proprio spazio psichico può essere colta anche nella difficoltà manifestata dalle donne depresse ad utilizzare espressioni che rimandano ad un rapporto intimo con il neonato; questo dato trova conferma in quanto già riscontrato da altri autori, tra cui Guedeney (1993), secondo cui madri con sintomi depressivi - impoverite delle proprie risorse interne ed esterne - faticano a *sintonizzarsi* con il bambino, percepito come lontano dai propri pensieri, e manifestano una certa difficoltà ad accoglierlo nel proprio *grembo materno* (Fornari, 1981). Una spiegazione analoga potrebbe essere data al fatto che esse menzionino con minor frequenza momenti legati alla cura del piccolo, che implicano il contatto diretto con il suo corpicino minuto e vulnerabile. Tali scambi interattivi, come quello del bagnetto, caratterizzati da forti connotazioni emotive, sembrerebbero essere contrassegnati in queste mamme più da intensi timori, che da sensazioni gradevoli (Monti et al., 2003; Tammentie et al., 2004). I racconti di madri con sintomi depressivi sono, del resto, contrassegnati con una certa frequenza da vissuti di *smarrimento* e *paura*, legati ai cambiamenti che la nascita di un figlio ha comportato all'interno del sistema familiare<sup>9</sup>, uniti a sentimenti di inadeguatezza rispetto al ruolo di madre<sup>10</sup>, alla sensazione di "non farcela"<sup>11</sup>, di non godere del supporto del proprio partner, quale "elemento terzo" nella relazione con il neonato<sup>12</sup>. La delusione per relazioni interpersonali vissute come non sufficientemente supportive non riguarda, tuttavia, solo la figura del partner, ma coinvolge anche altri familiari, altre donne con figli piccoli e il personale sanitario, tra cui infermiere, ostetriche, ginecologi (Stuchbery et al., 2004). E' possibile supporre che donne particolarmente fragili chiedano a chi è loro accanto - al momento del parto, come nei mesi successivi - una condivisione emotiva, in particolare una conferma della propria competenza generativa, che si esprima attraverso un *supporto fiducioso* (Cigoli et al., 2006).

Alla luce di quanto presentato, si ritiene importante sottolineare come il tentativo di indagare la *diretta prospettiva* delle madri, così come emerge dalle loro narrazioni, si configuri come prezioso strumento per avvicinarsi al fenomeno della depressione post partum, per sua natura sfuggente. Farsi sempre più attenti ad indicatori indiretti e poco appariscenti di disagio risulta, infatti, fondamentale, per individuare il più precocemente possibile situazioni di vulnerabilità, in cui la sofferenza avvertita dalla donna non è apertamente manifestata, sfuggendo persino a validi strumenti di screening. I racconti - anche molto brevi - prodotti da madri emotivamente fragili mostrano una frequente centratura su di sé da parte di queste donne, una difficoltà a riflettere in termini astratti sulla propria esperienza di madre, una tendenza ad evitare descrizioni relative a momenti di interazione e contatto fisico con il neonato e a lamentare scarso aiuto da parte di persone vicine. Cogliere questi aspetti, quali segnali di un possibile malessere sottostante, potrebbe aiutare, in un'ottica di prevenzione e di sostegno alla genitorialità, a mettere a punto adeguate forme di supporto, prima che il disagio avvertito dalla donna raggiunga livelli di elevata intensità.

---

<sup>10</sup> Scrivono, ad esempio, alcune madri: "*I primi giorni credevo di impazzire*"; "[...] *dubbi e paure di incapacità nell'accudire il bambino*".

<sup>11</sup> "*Esther che dorme...sarò capace di badare a lei?*"

"*Piango sempre e ho paura di non farcela a superare questo momento...*"; "*Sono spesso preoccupata...probabilmente dovrò cambiare città e questo mi fa avere sensi colpa verso il bambino. Ho paura che la mia felicità lo possa ferire...*"

<sup>13</sup> "*Sono delusa del mio compagno, che non mi sostiene come avevo immaginato...*"; "*Non vivo un momento di stabilità né con il mio compagno, né col lavoro.*"

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ammaniti, M., Cimino, S., Trentini, C. (2007) – *Quando le madri non sono felici. La depressione post partum*, Il Pensiero scientifico Editore, Roma.
- Bandura, A. (1986) – *Social Foundations of Thought and Action: A social Cognitive Theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.
- Beck, A.T., Steer, R.A. (1961) – *Beck Depression Inventory, Manual*, The Psychological Corporation, Hartcourt Brace & Co., Sant'Antonio.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996) – *BDI-II Manual*, The Psychological Corporation, Hartcourt Brace & Co., Sant'Antonio.
- Beck; C.T. (2002) – Post Partum Depression: A Metasyntesis, *Qualitative Health Research*, 12(4), pp. 453-472.
- Chan, S.W., Levy, V., Chung, T.K., Lee, D. (2002) – A Qualitative Study of the Experience of a Group of Hong Kong Chinese Women Diagnosed with Postnatal Depression, *Journal of Advanced Nursing*, 39:6, pp. 571-579.
- Cigoli, V., Gilli, G., Molinari, E., Saita, E. – *Scala per la misura dell'aiuto reale e desiderato*, in press.
- Cigoli, V., Gilli, G., Saita, E. (2006) – Relational Factors in Psychological Responses to Childbirth, *Psychosomatic Obstetrics & Psychology*, 27:2, pp. 91-97.
- Cutrona, C.E., Troutman, B.R. (1986) – Social Support, Infant Temperament and Parenting Self-Efficacy: A Mediation Model of Postpartum Depression, *Child Development*, 57, pp. 1507-1518.
- Engel, G.L., Schmale, A.H. (1967) – Psychoanalytic Theory of Somatic Disorder, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, pp. 344-365.
- Fornari, F. (1981) – *Il codice vivente. Femminilità e maternità nei sogni delle madri in gravidanza*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Grussu, P., Quatraro, R.M. (2006) – Depressione materna del dopo parto e salute psicologica del bambino: contributi sperimentali e analisi critica della letteratura, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, pp. 187-209.
- Guedeney, N. (1993) – A propos des mères déprimées : l'impact de la dépression sur les interactions précoces, in « Analyse des travaux Anglo-saxons », *Annales de Pédiatrie*, 40:8, pp. 496-502.
- Harwood K., McLean N., Durkin K. (2007) – First-time Mother's Expectations of Parenthood: What happens when Optimistic Expectations Are not Matched by Later Experiences?, *Developmental Psychology*, 43(1), pp.1-12.
- Heh, S., Coombes, L., Bartlett, H. (2004) – The Association between Depressive Symptoms and Social Support in Taiwanese Women during the Month, *International Journal of Nursing Studies*, 41:5, pp. 573-579.
- House, J.S. (1981) – *Work Stress and Social support*, Addison-Wesley, Reading.
- Kearns, R., Neuwelt, P., Hitchman, B., Lennan, M. (1997) – Social Support and Psychological Distress Before and After Childbirth, *Health and Social Care in the Community*, 5(5), pp. 296-308.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. (2007) – Postnatal Depression: Prevalence, Mother's Perspectives, and Treatments, *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, pp. 91-100.
- Lee, D., Yip, A., Chiu, H, Hung, T. (2000) – Screening for Postnatal Depression Using th Double-Test Strategy, *Psychosomatic Medicine*, 62, pp. 258-263.
- Losito, B. (1993) – *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Mauthner, N. (1995) – Postnatal Depression: The Significance of Social Contacts between Mothers, *Women's Studies International Forum*, 18:3, pp. 311-323.
- Monti, F., Agostini, F (2006) – *La depressione post natale*, Carocci, Roma.
- Monti, F., Agostini, F., Martini, A. (2003) – Distorsioni relazionali precoci, a 3 mesi, e depressione materna, *Riassunti delle comunicazioni V Congresso Nazionale di Psicologia Clinica*, AIP, Bari, pp. 111-114.
- Monti, F., Agostini, F., Martini, A. (2004) – Il silenzio degli affetti: la depressione post partum e il bambino. Clinica e ricerca, *Contrappunto*, 34, pp. 61-87.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M., Hooper, R. (1993) – *Depressed Mother's Speech to Their Infants and its Relation to Infant Gender and Cognitive Development*, Guilford Press, New York, pp. 111-135.
- Nicholson, P. (1990) – Understanding Postnatal Depression: a Mother-centred Approach, *Journal of Advanced Nursing Research*, 15, pp. 689-695.
- Pazzagli, A., Benvenuti, P., Rossi Monti, M. (1981) – *Maternità come crisi*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Rich-Edwards, J., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. et al. (2006) – Sociodemographic Predictors of Antenatal and Postpartum Depressive Symptoms Among Women in a Medical Group Practice, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, pp. 221-227.
- Righetti-Veltema, M., Bousquet, A., Manzano, J. (2003) – Impact of Postpartum Depressive Symptoms on Mother and her 18-month-old Infant, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, pp. 75-83.
- Ross, L.E., Sellers, E.M., Gilbert Evans, S.E., Romach, M.K. (2004) – Mood Changes during Pregnancy and the Post-partum Period: Development of a Psychosocial Model, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109:6, pp.457-466.

- Ryding, E., Persson, A., Onell, C., Kvist, L. (2003) – An Evaluation of Midwives' Counselling of Pregnant Women in Fear of Childbirth, *Acta Obstetrica Gynaecologica Scandinavica*, 82:1, pp. 10-17.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E., Halmesmaki, E. (2001) – Psychosocial Predictors of Disappointment with Delivery and Puerperal Depression. A Longitudinal Study, *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*, 80:1, pp. 39-45.
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U.F., et al. (2002) – Comparative Levels of Psychological Distress, Stress Symptoms, Depression and Anxiety after Childbirth – A Prospective Population-based Study of Mother and Fathers, *British Journal of Obstetric and Gynecology*, 109, pp. 1154-1163.
- Smith, C.A., Smith, C.J., Kearns, R.A., Abbott, M.W. (1994) – Housing Stressors and Social Support among the Seriously Mentally Ill, *Housing Studies*, 9:2, pp. 245-261.
- Stanley, C., Murray, L., Stein, A. (2004) – The Effect of Postnatal Depression on Mother-Infant Interaction, Infant Response to the Still-face Perturbation, and Performance on a Instrumental Learning Task, *Development and Psychopathology*, 16, pp. 1-18.
- Stuchbery, M., Matthey, S. Barnett, B (2004) – Postnatal Depression and Social Supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic Mothers, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33:10, pp. 483-490.
- Tammentie, T., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., Tarkka, M.T. (2004) – Family Dynamics of Postnatally Depressed Mother – Discrepancy between Expectations and Reality, *Journal of Clinical Nursing*, 13, pp. 65-74.
- Tarkka, M.T., Paunonen, M., Laippala, P. (1999) – Social Support Provided by Public Health Nurses and the Coping of First-time Mothers with Childcare, *Public Health Nursing*, 16, pp. 114-119.
- Vella, G., Siracusano, A. (1994) – *La depressione: dimensioni e categorie*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Ugarriza, U. (2000) – Screening for Postpartum Depression, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38(12), pp. 44-51.
- Wang, S.Y., Chen, CH, Chin, CC, Lee SL (2005) – Impact of Postpartum Depression on the Mother-Infant Couple, *Birth*, 32:1, pp. 39-44.
- Whiffen, W.E. (1991) – The Comparison of Postpartum with Non Postpartum Depression: A Rose by Any Other Name, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 16:3, pp. 160-165.

(\*) **Psicologa, Ricercatrice di Psicologia Dinamica, Docente di Psicologia della Salute, Università Cattolica S.C. di Milano –**

(\*\*) **Dottoranda di Ricerca in Psicologia, Università Cattolica S.C. di Milano –**

(\*\*\*) **Laureata in Psicologia, Università Cattolica S.C. di Milano -**