

IL SOSTEGNO PSICOLOGICO ALLA MATERNITÀ NEL POST-PARTUM





Gli eventi che influenzano il periodo prenatale e post-natale possono avere effetti rilevanti sulla salute e il benessere psicologico sia della madre che del bambino, a breve e a lungo termine.

In particolare **i primi mesi di vita, sono un periodo che può presentare difficoltà e problematiche**, specie se non c'è un sostegno sufficiente intorno alla diade madre-bambino. **La mamma può sentirsi molto stanca e sola, avere difficoltà nella gestione “pratica” del bambino, può sentirsi depressa e in ansia, incapace e nello stesso tempo in colpa perché, prima del parto, credeva che non avrebbe sperimentato sentimenti negativi ma solo positivi.**

Invece la depressione post-partum così come altre psicopatologie, colpiscono una grande percentuale di donne, soprattutto nei contesti sociali in cui non c'è un adeguato supporto pratico e psicologico alla neo madre.

Cambiamenti che la donna si trova ad affrontare

Perdita della gravidanza e acquisizione della nascita del figlio

Riassetamento della personalità: si costituisce un'integrazione tra il rapporto reale e fantasmatico con se stessa, con il bambino e con i legami importanti del passato.

Confusione: l'identità della donna oscilla tra l'immagine di sé prima della gravidanza, l'immagine della figura materna costruita sulla base dell'identificazione con sua madre, l'immagine del neonato con cui tende ad identificarsi per rivivere il rapporto infantile con la propria madre.

La madre attraversa un **processo regressivo** che la riporta in contatto con le emozioni della propria infanzia, cosa che le permette di riuscire a comprendere i bisogni del bambino (Soifer, 1971).

La **preoccupazione materna primaria** è lo stato psicologico caratterizzato dalla profonda partecipazione della madre alle fantasie e alle esperienze del figlio. Questo le permette di comprendere i bisogni del bambino e rispondergli adeguatamente (Winnicott, 1965).



Costellazione materna (Stern, 1995)

È il nuovo assetto mentale che permette alla donna di riorganizzare la propria vita mentale, determinando nuove capacità di **sintonizzazione** emotiva e di **rispecchiamento** con il figlio; le consente anche una **ridefinizione** dei propri valori, interessi e priorità.

Questo assetto accompagnerà la donna per tutta la vita ma non sempre avrà una posizione centrale come nei primi mesi di vita del bambino.

Nel periodo del post-partum la precedente organizzazione mentale resterà completamente sullo sfondo, ma successivamente si reintegrerà , per favorire la crescita di una **personalità più matura e coerente**.

Tuttavia in alcune situazioni tale processo subisce un rallentamento o rotture e l'assetto materno raggiunto si mantiene rigido. Sono i casi in cui la donna non riesce ad **integrare** una visione di sé come persona e come madre.

In questa fase di vita è fondamentale **l'identificazione con una buona immagine materna**, con cui la donna ha sperimentato una buona relazione infantile a cui riferirsi. Questo permette alla donna di identificarsi con un genitore capace di dare vita e, nello stesso tempo, rievocare se stessa da bambina: in questo modo si può realizzare una maturazione completa della personalità.

(Deutsch, 1945; Bibring et al., 1961; Pines 1988)



Donna facilitator: non si sente in grado di rispettare le sue aspettative di “madre perfetta” o la sua autostima è minacciata dalla mancata realizzazione del suo ideale.

Donna regulator: si aspetta che il neonato si adatti ai suoi ritmi e si sente depressa quando sente di perdere la sua identità precedente a quella materna. Il calo dell'autostima avviene quando, non riuscendo a regolare il bambino, si sente intrappolata nel nuovo ruolo e assorbita del tutto dalle richieste del bambino.

Queste donne sono maggiormente a rischio di sviluppare una depressione post-partum, soprattutto se in associazione si presentano altri fattori di rischio: isolamento sociale, carenza di supporto dal partner, relazione disfunzionale con la propria madre, basso livello economico e sintomi fisici (Raphael Leff, 1991).

Disturbo della relazione madre-bambino

È centrato sulla inadeguata risposta emotiva della madre verso il proprio figlio.

Circa l'1% delle madri sviluppa emozioni negative verso il bambino che possono raggiungere sentimenti di antipatia, odio e rifiuto.

Quando è presente un sentimento negativo persistente nei confronti del bambino è possibile parlare di un disturbo della relazione madre-bambino. Si può esprimere come emozione negativa di rifiuto o avversione, oppure con comportamenti di rabbia patologica quando le richieste del bambino suscitano impulsi aggressivi.

(Marchini et al., 2020)



Esempi

Laura frequentava un gruppo post-partum di mamme in consultorio. Vedendo le altre madri che guardavano con amore i loro bambini, si rendeva conto che lei non provava lo stesso per suo figlio. Lo vedeva come un estraneo, non provava affetto verso di lui, oppure i suoi sentimenti erano altalenanti. Si sentiva invasa dalla fatica delle cure, in particolare dell'allattamento, e faceva incubi in cui lei soffocava o faceva qualcosa al bambino. Nei momenti più difficili arrivava a stratonarlo e ad urlargli contro.

Martina ha vissuto i primi 5 mesi quasi completamente sola con sua figlia. La bambina aveva spesso attacchi di pianto e lei non ne comprendeva il motivo. Quando Martina si sentiva bene e in forze la metteva in fascia e andavano a fare una passeggiata, ma sentiva un costante senso di distacco. Nei momenti peggiori i vissuti di rabbia e aggressivi la portavano a lasciare sola la bambina in camera e a chiudersi in un'altra stanza per non sentirla piangere ed evitare di farle del male.

Disturbo ossessivo-compulsivo

Colpisce tra il 2% e il 5% delle madri.

Può essere molto debilitante se non trattato perché la madre concentra le sue attenzioni sui pensieri ossessivi e sui comportamenti compulsivi e arriva a disporre di poco tempo ed energie per la cura di se stessa e del bambino. Inoltre, se non trattato si può ripresentare nelle gravidanze successive.

(Marchini et al., 2020)

possono includere (Abramowitz et al. 2006), ad esempio:

- idee di soffocamento e sindrome della morte infantile improvvisa (81,4-90%);
- incidenti (83,7-92%);
- contaminazione (53,5-59%);
- danno intenzionale (32,6-46%).

Questi pensieri, di solito, raggiungono il picco di intensità durante le prime settimane dopo il parto (Brok et al. 2017).



Esempi

Simona aveva un neonato che piangeva molto frequentemente; frustrata e irritata spesso sopraggiungeva l'immagine mentale di se stessa che lo gettava giù per le scale o dal balcone. Questo pensiero arrivava in modo imprevisto e veniva da lei percepito come estremamente pericoloso, sconvolgendo in maniera significativa Simona, che pensava *“Potrei far del male a mio figlio?”* Oppure *“Cosa succederebbe se perdessi il controllo e facessi davvero quello che immagino?”* In risposta a questi pensieri ossessivi evitava di andare vicino alle scale o in balcone mentre teneva in braccio il suo bambino o iniziava a tenerlo molto stretto ogni qualvolta vi si avvicinava.

Nicoletta aveva la ricorrente e intrusiva preoccupazione che qualcosa di brutto potesse accadere al bambino. Aveva pensieri ricorrenti e immagini intrusive del piccolo che soffocava nella culla e, ossessionata dalla responsabilità, era portata a seguire l'impulso di controllare molto spesso per assicurarsi che il figlio stesse bene, respirasse e fosse vivo. Questa compulsione in lei si verificava decine di volte al giorno, ma nei casi più gravi può verificarsi anche centinaia di volte al giorno.

Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)

Si manifesta nel 2-3% delle donne sino al 25% delle donne nel postpartum.

Possono sperimentarlo le donne che subiscono un trauma in gravidanza, durante il travaglio, durante il parto o nel postpartum.

È spesso una complicazione del parto non riconosciuta e non gestita in modo appropriato, derivante dal dolore estremo, dalla perdita del controllo, la paura di morire e di morte del bambino.

Può presentarsi a causa di un parto prematuro improvviso e di un periodo di ricovero del bambino in TIN.



Il trauma della violenza ostetrica

Tipologie di violenza:

- appropriazione dei processi riproduttivi della donna da parte del personale medico
- costringere la donna a subire un cesareo non necessario
- costringere la donna a subire una episiotomia non necessaria
- costringere la donna a partorire sdraiata con le gambe sulle staffe
- esporre la donna nuda di fronte ad una molteplicità di soggetti
- separare la madre dal bambino senza una ragione medica
- non coinvolgere la donna nei processi decisionali che riguardano il proprio corpo e il proprio parto
- umiliare verbalmente la donna prima, durante e dopo il parto.



Per la prima volta nel nostro paese è stata condotta una ricerca sulla violenza ostetrica, nata su iniziativa dell'Osservatorio sulla Violenza Ostetrica Italia, condotta dalla **Doxa** e finanziata dalle associazioni **La Goccia Magica** e **CiaoLapo Onlus**. L'iniziativa rappresenta il proseguimento e l'evoluzione della campagna d'informazione e sensibilizzazione “#BastaTacere: le madri hanno voce”.

La ricerca è stata effettuata su un **campione** rappresentativo di circa **5 milioni di donne** italiane, di età compresa tra i 18 e i 54 anni, con almeno un figlio di 0-14 anni.



INFOGRAFICA DOXA- OSSERVATORIO SULLA VIOLENZA OSTETRICA IN ITALIA

Il trauma della nascita pretermine

Un parto pretermine è spesso improvviso e inaspettato, può comportare il timore per l'incolumità e la vita della madre e del bambino e interrompe l'attività preparatoria dei futuri genitori, sia a livello "pratico" che psicologico.

I bambini nati prematuri vengono ricoverati nei reparti di **TIN** (Terapia Intensiva Neonatale).

Questo comporta una serie di conseguenze:

- Il timore per la sopravvivenza del bambino, specie se con un'e.g. e un peso alla nascita molto bassi;
- Il trauma per i genitori di **non poter tornare a casa insieme** quando viene dimessa la madre;
- **il neonato deve stare in incubatrice** finché è necessario, collegato ad apparecchiature mediche, talvolta intubato e alimentato artificialmente;

- i genitori prima di entrare in reparto devono indossare camici, mascherine e **disinfettarsi** accuratamente le mani;
- i **primi contatti** tra genitore e bambino avvengono **in una notevole riduzione di contatto fisico e intimità.**

Nelle madri di neonati prematuri si arriva a percentuali di incidenza di **Disturbo da stress post-traumatico** del 23-35% nel periodo immediatamente successivo al parto.



Psicosi puerperale

Ha esordio improvviso, si manifesta entro le prime due settimane fino a tre mesi dal parto e l'incidenza è di 2-3 casi ogni 1000 nascite.

I fattori eziopatogenetici sono: storia familiare di malattia psichiatrica, psicopatologie preesistenti, dipendenza da sostanze, stress psicosociale, essere primipara.

I sintomi sono particolarmente gravi: depressione, mania o stati misti; deliri, allucinazioni, comportamento disorganizzato, confusione mentale, disturbi del pensiero e della memoria, rifiuto del cibo.

Strumenti di valutazione

Colloquio clinico

Osservazione clinica

Test e questionari:

- **EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale:** è lo strumento considerato più affidabile a livello mondiale per effettuare lo screening della Depressione Post-Partum. È un breve questionario a cui la donna deve rispondere. Questo permette di identificare le mamme che hanno maggiori probabilità di soffrirne, con l'obiettivo di individuare chi ha bisogno di una diagnosi accurata che si svolge attraverso i colloqui psicologici; poi, se necessario, si stabilisce un trattamento psicoterapeutico. Questo sistema permette di adottare strategie terapeutiche precoci e per questo generalmente più efficaci o addirittura preventive.

- **AAI - Adult Attachment Interview:** questionario semi-strutturato in cui si registrano le interviste che saranno classificate secondo diversi parametri. Questo strumento ha permesso di definire quattro modelli rappresentativi interni del sé e delle figure di attaccamento in età adulta; conseguentemente consente una classificazione degli adulti in altrettante categorie: adulti sicuri, distanzianti, preoccupati, irrisolti. Questi modelli interni vanno anche a definire (assieme ad altri fattori) la relazione con i figli.

Covid: come ha cambiato il post-partum

- Vissuti maggiori di **solitudine** e alla **stanchezza**: i giorni di paternità sono aumentati a 10 ma restano sproporzionati rispetto alle reali necessità; si è ridotta la possibilità di essere aiutati in casa, non è stato più possibile l'appuntamento settimanale al consultorio che permetteva alle donne di sentirsi parte di una comunità e di potersi confrontare con altre madri che stanno vivendo le stesse gioie e difficoltà.
- Vissuti più intensi di **paura** e le **ansia** per il presente e il futuro, che per alcune donne sono diventate pervasive. Si può provare il timore di ammalarsi e far ammalare il bambino, l'angoscia di non riuscire a proteggerlo, la paura di non essere emotivamente stabili, accoglienti e amorevoli come si vorrebbe essere.

- Percezione di una maggiore **instabilità materiale ed economica** dato dal periodo di grande incertezza in cui molte persone si trovano in cassa integrazione, impossibilitate a lavorare o con minori entrate: questo ha portato alcune famiglie a vivere con maggiore angoscia ed incertezza la responsabilità che avere un figlio comporta.
- Un **aumento del carico del lavoro domestico sulle donne**: da un'indagine (Save the Children, 2020) è emerso che per il 44% delle donne è aumentato molto e per il 30% è aumentato poco; solo per il 16% non è aumentato.

Un aiuto psicologico in questo periodo può permettere di ricevere **ascolto, accoglienza e poter condividere le emozioni della gravidanza e del post-partum**, in modo da essere **facilitati nel processo di transizione alla genitorialità**. Se non si possono eliminare le oggettive situazioni di rischio e difficoltà del Coronavirus, si può certamente imparare a **gestire incertezze, pensieri negativi e paure**, per poter vivere nel migliore modo possibile questo momento di vita così speciale.

Interventi

In seguito alla valutazione psicologica si decide l'intervento più adeguato.

Sostegno psicologico: indicato nei casi di lievi difficoltà, è un ascolto empatico e non giudicante che permette alla donna di aprirsi rispetto a ciò che prova e sta affrontando. È un processo di accompagnamento non direttivo e incoraggiante.

Interventi psicoeducativi: si comunica alla donna la diagnosi, in modo che possa procedere all'automonitoraggio dei sintomi. Vengono dati consigli e indicazioni per affrontare in modo funzionale le situazioni in cui ci si trova in difficoltà. È indicata la partecipazione del partner in modo da rafforzare il sostegno emotivo di coppia e da ridurre la conflittualità di coppia (se presente).

Psicoterapia

Indicata nei casi in cui si sia sviluppata una psicopatologia oppure nei casi in cui la donna (o la coppia) voglia rielaborare alcuni aspetti irrisolti che vanno ad influenzare il presente. Si indirizza la donna all'approccio psicoterapeutico migliore per la sua situazione:

Psicodinamico: si incentra su aspetti del sé non completamente conosciuti che influenzano il comportamento attuale, le relazioni e i sintomi. L'obiettivo è aumentare la consapevolezza e comprendere l'influenza del passato sul comportamento presente.

Cognitivo-comportamentale: si incentra sulla identificazione dei pensieri disfunzionali e sulle emozioni conseguenti. L'obiettivo è insegnare un modo differente di pensare e agire.

Sistemico-relazionale: prende in considerazione l'intero contesto relazionale in cui è inserita la donna; l'obiettivo è comprendere il disagio in tutte le sue articolazioni coinvolgendo tutti gli attori in gioco, poiché ognuno porta il suo contributo al mantenimento della situazione o al suo cambiamento.

Sostegno domiciliare

Nella letteratura scientifica internazionale esistono consistenti evidenze sugli effetti positivi delle visite e del sostegno post-partum, in particolare sullo sviluppo relazionale tra madre e figlio e sul benessere di tutto il nucleo familiare (Ammaniti et al., 2007).

L'intervento psicologico domiciliare che effettuo nel post-partum si basa sui modelli della "Teoria dell'attaccamento" di Bowlby e su quella della "Sintonizzazione affettiva" di Stern ed è un intervento elettivo anche per la promozione del benessere della diade.

Obiettivi perseguiti:

- **un ascolto empatico** alla madre sulle difficoltà che sta incontrando e le emozioni che sta provando;



- la **promozione della competenza e della fiducia materne nell'accudimento** del neonato rafforzando l'autostima;
- miglioramento delle competenze genitoriali, promuovendo e favorendo **la costruzione e lo sviluppo di relazioni positive tra madre e bambino**;
- miglioramento della capacità di osservazione, comunicazione e di ascolto del bambino, imparando a **cogliere meglio i segnali emotivi e i comportamenti che mette in atto e comunica** (sorrisi, differenti tipologie di pianto, vocalizzazioni, postura);
- informazione e sostegno sugli aspetti psicologici del sonno e dell'alimentazione del bambino;
- promozione dello sviluppo emotivo e cognitivo del bambino.

Psicoterapia psicodinamica di gruppo

Si rivolge alle madri in depressione post-partum. Il percorso segue 4 fasi:

- 1) La costruzione dello spazio gruppale in cui le madri possono “depositare” i loro vissuti;
- 2) Condivisione delle emozioni violente e rabbiose;
- 3) Possibilità di avvicinarsi ai vissuti del bambino: in seguito e grazie all’espressione delle emozioni di rabbia nei confronti dei figli, le donne acquisiscono competenze sulla comprensione dei loro vissuti, riuscendo gradualmente a mettersi dalla parte dei bambini;

4) La rievocazione dell'esperienza di figlie e i timori sulla propria capacità materna: grazie alla progressiva identificazione con i loro figli, le madri possono avvicinarsi ai loro vissuti infantili e alla relazione con le loro madri.

In seguito all'elaborazione di questi vissuti che possono diventare “mentalizzati” le donne possono trasformare la loro rabbia in occasione per la comprensione dei loro bisogni e di quelli dei figli.

(Cimino S., 2012)

Bibliografia

Abramowitz J., Meltzer-Brody S. (2010), Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms, *Archives of Women's Mental Health* 13(6):523-30.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. e Wall. S. (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Earlbaum.

Ammanniti M., Speranza A.M., Tambelli R., Odorisio F., Vismara L. (2007), Sostegno alla genitorialità delle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia, *Infanzia e Adolescenza*, 6, 2.

Bibring, G.L., Dwyer, T.F., Huntington, D.S., Valenstein, A.F. (1961). A study of the psychological process in pregnancy and the earliest mother-child relationship, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-23.

Brok E.C., Lok P., Oosterbaan D.B. (2017). Infant-related intrusive thoughts of harm in the postpartum period: a critical review. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(8), 913-23.



Deutsch H. (1945), *Psychology of women. A psychoanalytic interpretation. 2: Motherhood*. New York: Grune and Stratton. Tr. it. *Psicologia della donna adulta e madre, Studio Psicoanalitico*, Vol. 2, Boringhieri, Torino, 1957.

Ferraro, F., Nunziante Cesaro, A. (1985), *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione*, Franco Angeli, Milano.

Marchini F., Marinelli G., Moreschini A. (2020), *Dirigente Psicologo. Manuale completo per la preparazione al concorso*, NLD Concorsi, Molfetta.

Pines D. (1988). Adolescent pregnancy and motherhood: a psychoanalytic perspective, *Psychoanalytic Inquire*, 8, 234-251.

Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological Processes of Childbearing*, Chapman and Hall, London.

Save the Children (2021), *Le equilibriste. La maternità in Italia 2020*.

Stern D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri.

Winnicott, D.W. (1965). *Maturational Processes and the Facilitating Environment*, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, London.



Dott.ssa Maria Grazia Flore
Psicologa Psicoterapeuta

www.mariagraziaflore.com

FB: “Genitorialità e Psicologia”

flore.mga@gmail.com