

## **Becoming a mother as a cultural event: A report of a psychoanalytic intervention with new mothers**

*Federica Melis\**

### *Abstract*

This work aims at contributing to the development of hypotheses regarding the intervention on motherhood, which can support the creation of psychoanalytically oriented services. In particular, an intervention addressed to new mothers that was carried out in the first semester of the pandemic will be reported. In this work, the experience of motherhood is intended as the product of a shared symbolization within the systems of social coexistence, rather than a given change that one has to adapt to in a conformist way. Through the intervention it was possible to find that considering motherhood as a cultural event opens up the possibility for new mothers to identify desires and resources that can be activated to pursue them within the relationships they are involved in.

*Keywords:* motherhood; new mothers; group; psychoanalysis; social network.

---

\* Clinical psychologist, psychoanalytic psychotherapist specialist. E-mail: [fdmelis@gmail.com](mailto:fdmelis@gmail.com)

Melis, F. (2021). Diventare madre come evento culturale: Resoconto di un intervento psicoanalitico con le neomadri [Becoming a mother as a cultural event: A report of a psychoanalytic intervention with new mothers]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 9(2), 26-41. Retrieved from: <https://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

## **Diventare madre come evento culturale: Resoconto di un intervento psicoanalitico con le neomadri**

*Federica Melis\**

### *Abstract*

Il presente lavoro vuole contribuire allo sviluppo di ipotesi di intervento sulla maternità che possano sostenere la creazione di servizi orientati psicoanaliticamente. Nello specifico, si resoconterà un intervento rivolto alle neomadri, portato avanti nel primo semestre pandemico. In questo lavoro l'esperienza di maternità è intesa quale prodotto di una simbolizzazione condivisa entro i sistemi di convivenza, piuttosto che un cambiamento dato a cui doversi adattare in modo conformista. Attraverso l'intervento è stato possibile riscontrare che considerare la maternità come evento culturale apre per le neomadri la possibilità di individuare desideri e risorse attivabili per perseguirli nelle relazioni in cui sono implicate.

*Parole chiave:* maternità; neomadri; gruppo; psicoanalisi; social network.

---

\* Psicologa clinica, specialista in psicoterapia psicoanalitica. E-mail: [fdmelis@gmail.com](mailto:fdmelis@gmail.com)

Melis, F. (2021). Diventare madre come evento culturale: Resoconto di un intervento psicoanalitico con le neomadri [Becoming a mother as a cultural event: A report of a psychoanalytic intervention with new mothers]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 9(2), 26-41. Retrieved from: <https://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

## **Premessa**

Con questo contributo vorrei resocontare l'avvio di un servizio rivolto alle neomadri, inteso quale intervento psicoanalitico che offre uno spazio di pensiero attorno alle emozioni con le quali si costruisce l'esperienza di maternità dentro i contesti di appartenenza a cui si partecipa. Tale interesse si è sviluppato a partire dalla mia esperienza di maternità, i cui primi mesi sono quasi completamente coincisi con il lockdown per Covid -19, momento in cui i servizi rivolti alle mamme hanno subito una drastica riduzione. Insieme a ciò, ha avuto un ruolo cruciale il desiderio di avviare la mia attività di studio privato come possibilità di imprendere la mia professione. Intento che si colloca al termine della mia formazione in psicoterapia psicoanalitica, entro la quale "fare impresa" acquisisce il significato di costruire servizi in rapporto ai problemi e alle evoluzioni del sistema di convivenza sociale (Possidoni et al., 2019). Così concepita, l'attività dello studio si propone come uno spazio in cui è possibile accogliere e tradurre le domande del contesto come crisi di simbolizzazioni emozionali condivise, in alternativa a una psicologia che dichiara di occuparsi dei bisogni, individuali e storici, dell'individuo (Bucci & Giuliano, 2018). Proporre un servizio a delle neomadri, come me, è stato possibile grazie alle riflessioni prodotte dallo Studio di Psicosociologia a proposito della pandemia<sup>1</sup>. La contingenza pandemica ha infatti evidenziato la possibilità di individuare come obiettivo dell'intervento clinico quello di occuparsi insieme al cliente delle problematiche emergenti nel comune sistema di convivenza. In tal senso, la pensabilità dei vissuti diventa possibile se si rinuncia alla fantasia dello psicologo quale professionista che ha già "risolto" le sue emozioni a riguardo, o che può giovare di un presunto distacco affettivo dai problemi portati dai clienti. Recuperare la maternità come evento culturale mi ha permesso, dunque, di considerare la mia identità di madre come un'appartenenza da interrogare in rapporto al contesto socio-culturale al quale partecipo. Da questo punto di vista, l'ipotesi alla base dell'intervento resocontato è che l'esperienza di maternità sia un evento sociale, una costruzione simbolica socialmente efficace e storicamente significativa (D'Amelia, 2005), condivisa collusivamente da chi partecipa a un contesto.

Proprio a partire da questo interesse, ho partecipato alla ricerca esplorativa condotta dallo Studio di Psicosociologia sulle culture della neomaternità, con la quale il presente contributo si propone di interloquire<sup>2</sup>. In ultima istanza, collocandosi entro un'ottica psicoanalitica dell'intervento<sup>3</sup>, il resoconto vuole contribuire alla costruzione di modelli utili a intervenire con i problemi di chi fa esperienza di maternità, mettendoli in rapporto alle culture entro le quali si presentano.

## **Il mandato sociale**

L'intervento resocontato si situa durante il primo semestre pandemico, momento in cui i servizi sanitari hanno ridotto notevolmente l'offerta di servizi per diminuire il rischio di contagio. A supporto della loro riorganizzazione, a maggio 2020 l'Istituto Superiore di Sanità ha redatto delle linee guida volte a garantire una continuità assistenziale alle donne in gravidanza, alle partorienti e alle puerpere. La maggior parte di queste indicazioni hanno l'intento di regolare le pratiche sanitarie e i comportamenti delle pazienti nei servizi territoriali e negli ospedali, soprattutto se Covid-positivo. Nei diversi paragrafi dedicati a gravidanza, parto e allattamento, compare una sezione chiamata "Supporto psicosociale", in cui si afferma l'importanza della rete territoriale sanitaria per dare supporto alle donne nel periodo perinatale durante la pandemia, a ragione della maggiore ansia della popolazione in generale e in quanto si trovano a vivere in un periodo di incertezza che può avere ricadute sul benessere e la salute mentale, in particolare rispetto a: isolamento della coppia genitoriale dalle reti sociali, potenziale incertezza economica e cambiamenti nella presa in carico da parte del sistema sanitario (Giusti et al., 2020). In rapporto a questa constatazione, nell'ottobre 2020 l'ISS avvia e coordina lo studio ancora in corso "Covid-19 e salute mentale perinatale: impatto del Covid-19 sul vissuto e lo stato emotivo in epoca perinatale delle donne in contatto con i Consulenti Familiari". Lo studio intende "raccolgere informazioni sull'impatto della pandemia sulla salute mentale delle donne in gravidanza o con un

---

<sup>1</sup> Il richiamo è alle due ricerche che SPS Studio di Psicosociologia ha portato avanti al fine di esplorare i vissuti evocati dalla contingenza pandemica (Carli et al., 2020; SPS Studio di Psicosociologia, 2021a).

<sup>2</sup> La ricerca menzionata, commissionata da SPS Studio di Psicosociologia, ha inteso esplorare come le neomadri vivono soggettivamente l'esperienza di maternità (SPS Studio di Psicosociologia, 2021b). A tal fine, sono state intervistate 36 madri con bambini da 0 a 18 mesi; i testi prodotti sono stati analizzati attraverso l'Analisi Emozionale del Testo (AET).

<sup>3</sup> Il vertice metodologico adottato dal presente contributo fa riferimento all'Analisi della Domanda, teoria della tecnica psicoanalitica basata sul concetto di collusione (Carli & Paniccia, 2003).

bimbo fino ai sei mesi di età, dar voce alla loro esperienza nei servizi del percorso alla nascita e ai loro bisogni di assistenza”<sup>4</sup>. L’avvento del Covid sembra aver attivato un interesse verso le esperienze di rapporto tra le donne e i servizi territoriali, ma gli obiettivi dichiarati dallo studio fanno ipotizzare che le problematiche che si possono vivere nell’esperienza di maternità nel periodo pandemico trovino nell’ISS un interlocutore solo a patto di venir ridotte a dimensioni individuali di bisogno o di patologia mentale. Questa non sembra essere una specificità del periodo Covid. Nel 2018 il Ministero della salute ha firmato un’intesa con le regioni italiane sulla “definizione delle procedure per la presentazione, da parte delle regioni, dei progetti afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum”<sup>5</sup>. La Regione Lazio, nello specifico, ha presentato un progetto triennale con 4 obiettivi, che mirano alla sensibilizzazione, diagnosi precoce e al trattamento del disagio psichico della donna<sup>6</sup> (Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio, 2018). Nell’obiettivo 3 si scorge la finalità ultima degli interventi, ovvero “assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico” Una finalità in linea con quanto il Ministero della Salute dichiara a supporto dell’interesse verso la depressione post partum<sup>7</sup>: “La depressione post partum se non riconosciuta e trattata, interferisce con le abilità della donna di instaurare un interscambio di comportamenti e di emozioni con il suo bambino e con l’attaccamento, capaci di prevenire le conseguenze negative a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino” (p. 3). Lo psicologo, non direttamente nominato dal documento, compare attraverso il riferimento ai colloqui e ai trattamenti psicologici che possono venire attivati in base al rischio di depressione post partum diagnosticato nella mamma.

Attraverso la consultazione di questi documenti e nel richiamo che fanno della professione psicologica come capace di intervento sulla salute (e quindi sulla patologia) mentale della donna, si possono fare delle ipotesi sul mandato sociale. Con riferimento al modello psicoanalitico dell’intervento che guida questo contributo, si definisce come *mandato sociale* quel processo di legittimazione di una professione in rapporto al raggiungimento di finalità desiderabili fondate su un sistema di valori condiviso (Carli & Paniccchia, 2003). Nel caso della maternità, si ipotizza che il mandato sia quello di assistere le mamme al fine di controllare le condotte aggressive o di incuria che possono danneggiare il figlio. Sappiamo che il *controllo*<sup>8</sup> è un agito spesso in relazione con la sicurezza delle persone nei contesti di convivenza. La relazione di controllo si rivolge a chi si simbolizza come amico dato, di cui si presuppone un’esistenza conformista ed è il rispetto delle regole del gioco a garantire la connotazione amica (Carli, 2018). Se si considera l’assistenza come una proposta relazionale, si può notare come la potenziale variabilità delle domande di cui le mamme sono portatrici venga immediatamente ricondotta a dei bisogni noti, istituendo un rapporto di potere tra l’istituzione che mette in gioco una tecnica scientificamente fondata (i colloqui psicologici) e le utenti portatrici di un deficit da correggere (la “carenza” di salute mentale). Così intesa, alla psicologia viene richiesto di presidiare il controllo sulle condotte materne, attraverso azioni di individuazione diagnostica delle emozioni che possano informare di un discostamento da uno stato di normalità predefinito, potenzialmente dannoso per la crescita del nuovo

---

<sup>4</sup> [www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-parto-allattamento-covid-19-salute-mentale-perinatale](http://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-parto-allattamento-covid-19-salute-mentale-perinatale)

<sup>5</sup> [www.salute.gov.it/portale/news/](http://www.salute.gov.it/portale/news/)

<sup>6</sup> I 4 obiettivi specifici sono: “1) Offrire attivamente alla donna e ai familiari, nell’ambito del percorso nascita, materiale informativo e di sensibilizzazione sull’importanza del disagio psichico e sull’opportunità di un intervento precoce; 2) Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati, anche prevedendo nei Punti nascita o attraverso i Servizi sanitari territoriali l’offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscano il superamento del disagio e l’attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione; 3) Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio al fine di ridurre l’incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico; 4) Postvalutazione mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening e di valutazione utilizzati nella fase iniziale al fine di valutare l’efficacia del trattamento-intervento messo in atto” (p. 2).

<sup>7</sup> Il Ministero della Salute ([www.salute.gov.it/portale/donna/](http://www.salute.gov.it/portale/donna/)) definisce la Depressione post partum (DPP) come un disturbo che colpisce, con diversi livelli di gravità, dal 7 al 12% delle neomamme ed esordisce generalmente tra la 6<sup>a</sup> e la 12<sup>a</sup> settimana dopo la nascita del figlio. La donna si sente triste senza motivo, irritabile, facile al pianto, non all’altezza nei confronti degli impegni che la attendono.

<sup>8</sup> “Il sistema che fonda il rapporto sociale sul controllo, in famiglia come in ogni altro contesto di relazione, è finalizzato al controllo del desiderio dell’altro’. Un altro che, nella percezione di chi diffida, diventa ‘altro’, imprevedibile e meritevole di diffidenza, in quanto portatore di desideri che non si accettano ma che si vogliono negare tramite il controllo stesso” (Carli, 2018, p. 169).

arrivato. È all'interno di questo processo, che potremmo definire di *medicalizzazione*, che gli psicologi sembrano trovare legittimazione del proprio operare.

Diventa interessante chiedersi dentro quali culture un evento sociale come la nascita di un bambino assuma le connotazioni di una questione individuale a carico della mamma, o, tutt'al più, del singolo nucleo familiare. Non appena si mette in relazione il ruolo di mamma con i cambiamenti storico-sociali del nostro sistema di convivenza, ci si accorge di quanto l'interesse per il tema della maternità subito si intersechi con gli studi di genere, con il rapporto Stato-Chiesa, con le evoluzioni del concetto di famiglia, o, ancora, con le trasformazioni del mondo del lavoro. Non è obiettivo di tale contributo presentare una rassegna in tal senso, ma si ritiene utile citare, seppur brevemente, il contributo di alcune discipline che aiutano a discostarsi dall'univocità del ruolo di mamma per rintracciare dentro quali questioni sociali abbia assunto determinati significati condivisi.

### ***Medicalizzazione della maternità***

In base all'ipotesi presentata a proposito del mandato sociale, la convocazione della psicologia sembra avvenire in rapporto a categorie diagnostiche mutuata dalla psichiatria. La storiografia aiuta a cogliere che queste stesse categorie psicopatologiche sono comparse in relazione a problemi sociali. Il contributo della storica Nadia Filippini è importante per capire quanto tale processo di medicalizzazione sia nato dentro una cultura che si poneva il problema di diminuire la mortalità neonatale, in un periodo, la seconda metà del Settecento, in cui tutelare i bambini significava sostenere un'idea di sviluppo nazionale coincidente con il potenziamento demografico. A metà del Settecento, infatti, emerge una nuova idea di Stato che si afferma con l'Illuminismo: quella di un corpo sociale la cui stabilità e prestigio internazionali sono correlati soprattutto al numero di abitanti. Il perseguimento della salute diventa obiettivo politico e la morte un nemico da combattere a favore dell'incremento demografico<sup>9</sup>. La morte dei neonati, per infanticidio o abbandono, da lutto privato diventa minaccia per l'interesse pubblico, un oggetto di controllo sociale che orienta norme e incentiva importanti sviluppi scientifici. È in questa cultura che viene professionalizzato il ruolo della levatrice e vengono istituiti gli ospedali di maternità sotto la direzione medica, tra i cui obiettivi prevale il fornire assistenza alle madri illegittime o povere, al fine di prevenire l'infanticidio e contrastare l'altissima mortalità degli esposti (Filippini, 2017). Insieme alla febbre puerperale, negli ospedali di maternità si osservò un altro fenomeno connesso al post partum, che provocava stati di alienazione così profondi da rendere le donne pericolose per sé e per l'infante. Furono i primi alienisti di fine Settecento a parlare di "follia puerperale", fornendo delle alternative alla teoria umorale ippocratica e mettendo a fuoco l'incidenza di fattori non organici, le cosiddette "cause morali". Tra queste, l'illegittimità della gravidanza, le gravidanze indesiderate e ripetute, la violenza o l'abbandono da parte dei propri mariti, l'indigenza economica che non consentiva il sostentamento dei figli. La pericolosità sociale motiva l'isolamento della madre dal resto della famiglia e della società; la guarigione si identifica nel ritorno dei buoni sentimenti verso il marito e i bambini. La follia delle donne sembra parlare di un fallimento collusivo entro una cultura che non solo esaltava la famiglia e i figli legittimi, ma che aveva difficoltà a farsi carico dei cambiamenti sociali derivanti dall'industrializzazione. Nella letteratura medica ottocentesca, la mania puerperale appare dunque come "malattia sociale", una "psicosi da contesto" che dipinge la madre illegittima o povera come temporaneamente furiosa. Questa definizione orienta anche la giurisprudenza del XIX secolo, che con l'assoluzione esprimeva clemenza verso l'atto omicida commesso nel post parto, per via del riconoscimento di un transitorio stato di demenza. Nel tardo Ottocento si osserva un cambio di rotta, con l'insistenza, da parte della medicina, sulla ricerca di cause organiche della follia puerperale, deprivandola di una copertura sociale che consentiva l'espressione di un disagio come follia. Secondo la storica G. Fiume, la vana ricerca della causa organica da parte della medicina parla della necessità di "offrire scappatoie ad un modello sociale di madre troppo normativo, di dare una spiegazione al rifiuto della maternità e all'aggressività femminile in termini non solo repressivi laddove affiorerebbe tra i medici la consapevolezza che la follia sia lo scotto che la donna paga alla modernità, che l'ha portata dal luogo idealizzato delle relazioni stabili – la campagna – alla confusione della città" (Fiume, 1995, p. 117). È interessante cogliere che il vertice organicista, separando il *male altro* da combattere dal *bene proprio* della persona che ne è portatrice (Fornari, 1976), sembra indirizzare all'astoricità e alla acontestualità un disagio

---

<sup>9</sup> La nascita, così come la morte, diventa oggetto di controllo sociale, ad esempio con l'imposizione della ruota degli esposti voluta dal governo napoleonico nel 1811, o l'obbligo del certificato medico per la sepoltura del neonato.

che si esprime dentro relazioni sociali. L'azione medica si propone, dunque, come capace di poter ripristinare l'assunzione del ruolo di madre come fatto naturale<sup>10</sup> (Fiume, 1995).

### ***Diventare madre nel Novecento: Tutela di un ruolo dato***

Durante il Novecento, ai caratteri repressivi del controllo sociale sui vissuti materni iniziano ad affiancarsi delle misure politiche di assistenza più simili a quelle odierne. Infatti, nel XX secolo la tutela della maternità acquisì dei caratteri prioritari nelle politiche italiane, sia grazie alle scoperte mediche, sia in rapporto alla volontà di mantenere produttiva la donna nel mondo del lavoro. Nel 1902 la Legge n. 242 regolamentò<sup>11</sup> il lavoro delle donne nel post parto e istituì il congedo di maternità, della durata di un mese, non retribuito, sino al 1910. Insieme alla tutela della donna lavoratrice, continuava la reclusione in manicomio e la stigmatizzazione sociale delle madri, entro una cultura che, attraverso il mito della mamma "eroica e sacrificale", silenziava i vissuti di coloro che più mostravano difficoltà a conformarsi ad un ruolo ben preciso conferito dalla società: costruire e difendere la patria italiana attraverso la crescita della prole. Dal risorgimento sino al Ventennio, infatti, sempre più alle madri veniva demandato il compito di trasmettere ai figli i valori del patriottismo nazionale e di applicare nel contesto familiare le moderne scoperte in campo igienico ed educativo (D'Amelia, 2005).

Durante il Ventennio fascista, si assiste a un cambiamento importante. Insieme al timore del declino demografico, si rinnovò la riduttiva declinazione della maternità a mera produzione corporea (Filippini, 2017). L'assoggettamento del ruolo di madre allo Stato organizzava un controllo espresso sia attraverso misure assistenzialiste (coordinate dall'OMNI, l'Ente nazionale maternità e infanzia) che proponevano un rapporto di dipendenza e riconoscenza delle famiglie verso lo Stato, sia con delle leggi repressive (contro l'aborto, la contraccezione, l'omosessualità, il celibato) che punivano chi si allontanava dal modello atteso (Amicosante et al., 2020). L'OMNI, in particolare, portava avanti una campagna di moralizzazione della maternità capillare nel territorio italiano, aiutata da alcune norme che abolirono definitivamente la ruota degli esposti e privavano le madri del diritto all'anonimato, costringendole a riconoscere il figlio in cambio di assistenza. Il periodo dagli anni Cinquanta ai Settanta vide la definitiva trasformazione del parto da evento familiare e comunitario ad atto medico, laddove tutti i parti, compresi quelli fisiologici, vennero trasferiti in ospedale. La nascita (come la morte) viene sempre più allontanata dallo spazio domestico, demandando alla medicina la sua gestione. La trasformazione della partoriente in paziente parla di un controllo della sofferenza e del dolore legati al parto, all'insegna di un modello medico tecnocratico<sup>12</sup> che li allontana così da una vita quotidiana all'insegna del benessere, imperante negli anni del boom economico, che le mamme sono chiamate a garantire (Filippini, 2017).

I movimenti femministi degli anni Settanta proposero un cambio di prospettiva, rivendicando la maternità come scelta e non come destino biologico o dovere morale, mettendo in crisi l'esistenza stessa dell'istinto materno (Badinter, 1981/1993). È in questi anni che si legalizza l'aborto e si istituiscono i Consultori familiari che, con la legge 405/75, oltre a provvedere all'informazione contraccettiva, si propongono di occuparsi di assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e alla paternità responsabile. La cultura femminista incrociò anche altri movimenti, come quello ecologista e della medicina democratica, i quali evidenziarono la violenza dei rituali ospedalieri ai quali veniva sottoposto il neonato durante il parto (Filippini, 2017). La comune critica alla medicalizzazione della maternità creò terreno fertile per l'affermarsi, negli anni successivi, di modelli volti a recuperare la naturalità dell'essere madre, tanto che negli anni Ottanta diverse agenzie si pronunciarono per limitare la medicalizzazione della nascita (OMS nel 1985; Parlamento europeo

---

<sup>10</sup> "Da dentro questo approccio non si può rifiutare la maternità, perché non si può andare contro natura. Chi lo fa è malata nel corpo prima ancora che nella mente" (Fiume, 1995, p. 116).

<sup>11</sup> La legge 242/1902 vietava alle donne di qualsiasi età i lavori sotterranei; limitava a dodici ore l'orario massimo giornaliero prevedendo un riposo di due ore; vietava, ma solo alle donne minorenni, il lavoro notturno. Inoltre, l'art. 10 disponeva che, nelle fabbriche dove erano impiegate delle donne, il datore di lavoro avrebbe dovuto permettere l'allattamento "sia in una camera speciale annessa allo stabilimento, sia permettendo alle operaie nutrici l'uscita dalla fabbrica nei modi e nelle ore che stabilirà il regolamento interno" (www.mami.org). La tutela della madre lavoratrice e della possibilità di allattare l'infante verrà ampliata successivamente con il regio Decreto Legge del 1934 e, ancora, con la Legge 860 del 1950 e con la Legge 1204 del 1971.

<sup>12</sup> Insieme al parto, viene codificata anche la relazione tra madre e bambino, attraverso la prescrizione di tempi rigorosi (ad esempio dell'allattamento) mutuati dalle norme della puericultura.

nel 1988). Giungendo ai giorni nostri, si può notare la convivenza di queste due culture: una medica tecnicizzata, in mano a ginecologi e anestesisti ospedalieri, soprattutto in rapporto a gravidanza e parto, e una cultura “naturalista”, promossa principalmente dalla professione ostetrica dei Consultori, che si propone di sostenere attivamente le competenze, di cui le madri sarebbero dotate per natura, nella gestione del parto e dell’allattamento. In entrambi i casi, non si notano grandi cambiamenti rispetto alla simbolizzazione della madre come ruolo dato, univoco, che perde i legami e che non lascia spazio al cambiamento.

### ***La maternità come evento culturale***

Nel dibattito attuale attorno alla maternità, grande rilievo assumono i cambiamenti del sistema sociale di convivenza. Da diversi anni l’Italia si trova confrontata con una forte denatalità<sup>13</sup> e con un rilevante calo dei primi figli, le cui cause vengono individuate nella “prolungata permanenza dei giovani nella famiglia di origine, a sua volta dovuta a molteplici fattori: il protrarsi dei tempi della formazione, le difficoltà che incontrano i giovani nell’ingresso nel mondo del lavoro e la diffusa instabilità del lavoro stesso, le difficoltà di accesso al mercato delle abitazioni, una tendenza di lungo periodo di bassa crescita economica, oltre ad altri possibili fattori di natura culturale” (ISTAT, 2021, p. 3). Inoltre, le donne spesso si trovano ad essere contemporaneamente mamme e supporto per i genitori anziani, oltre che lavoratrici. A questo è connesso il cosiddetto *gender gap*, a fronte di una carenza di strumenti di welfare in grado di armonizzare carriera e vita privata delle donne (Bassano & Tiralongo, 2018). A questo proposito, l’Ispettorato del lavoro ha certificato infatti che nel 2019 sono oltre 37 mila le neomadri lavoratrici che hanno presentato le dimissioni, ben il 73% del totale dei dimissionari (Ispettorato del Lavoro, 2020). Tra le motivazioni, l’assenza di parenti di supporto, l’elevata incidenza dei costi di assistenza del neonato, il mancato accoglimento all’asilo nido. Inoltre, durante il periodo pandemico la situazione si è ulteriormente aggravata. Ciononostante, se si volge lo sguardo alle politiche italiane e agli interventi derivanti, queste dimensioni sociali non sembrano intaccare la visione individualista che identifica la maternità sempre più questione relegata all’intimo, al femminile e al privato, costringendo così la donna dentro una solitudine storica (Di Cristofaro Longo, 1992).

Da più parti, infatti, si osserva il ritorno del mito della “madre per natura”, ovvero di una serie di raccomandazioni e vincoli che indicano la strada per conquistare tale status, facendo aderire identità della donna e sua morfologia. Innanzitutto, la natura della buona madre sarebbe quella di “dare priorità ai bisogni del bambino e non quella di negoziare fra due ordini diversi di necessità relativi a due diversi individui” (Bassano & Tiralongo, 2018, p. 112). Per la cultura della madre naturale, l’invito è quello di considerare il bambino come portatore di “bisogni oggettivi”, radicati nella natura umana, che vanno soddisfatti per la sua sopravvivenza, senza necessità di interpretare quanto richiede, in quanto unito con la genitrice da una simbiosi biologica (Bortolotti, 2010). Privando di un potere comunicativo sia la madre sia il bambino, si osserva un processo di normalizzazione capace di eliminare possibili differenze e, quindi, la soggettività materna.

Un esempio attualmente evidente riguarda l’allattamento<sup>14</sup>, tema attorno al quale si organizza l’offerta di alcuni servizi dei Consultori Familiari<sup>15</sup> chiaramente rivolti alle mamme: i corsi di promozione e sostegno all’allattamento. Infatti, sin dalla degenza ospedaliera, le neomadri vengono esortate a rivolgersi ai gruppi di promozione e sostegno dell’allattamento materno, al fine di scongiurare la possibilità che le donne rinuncino

---

<sup>13</sup> “Nel 2020 i nuovi nati sono 420.892, quasi 15 mila in meno rispetto all’anno precedente (- 3,6%) e oltre 156 mila in meno nel confronto con il 2008. Dal 2008 le nascite sono diminuite di 171.767 unità (-29,8%). La denatalità prosegue nel 2021; secondo i dati provvisori riferiti al periodo gennaio-settembre, le nascite sono già 12 mila e 500 in meno rispetto allo stesso periodo del 2020, quasi il doppio di quanto osservato nello stesso periodo l’anno precedente. Tale forte diminuzione è da mettere in relazione al dispiegarsi degli effetti negativi innescati dall’epidemia da Covid-19, che nel solo mese di gennaio 2021 ha fatto registrare il maggiore calo di sempre (quasi 5.000 nati in meno, -13,6%)” (ISTAT, 2021, p. 2).

<sup>14</sup> Nel 1996, l’Italia recepisce una direttiva europea aderendo al Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno. L’adesione diventa operativa nel 2011, prevedendo il divieto di pubblicizzare qualsiasi sostituto del latte materno e allestendo precise limitazioni per la pubblicità del latte di proseguimento o di altri alimenti per lattanti (UNICEF, 2007).

<sup>15</sup> A tal proposito, Monaldi (2020) evidenzia quanto i servizi dei Consultori rivolti alle donne si collochino entro percorsi estremamente medicalizzati, laddove il supporto dato alle mamme spesso consiste nel dare informazioni o nel trasferire tecniche che aiutino ad affrontare il parto inteso quale evento biologico.

al cosiddetto “allattamento esclusivo”<sup>16</sup>. L’attenzione verso l’allattamento sembra svilupparsi dentro un modello prescrittivo, sorretto da una necessità quale dato di natura, espresso a livello sociale da una considerevole campagna pubblicitaria che attesta le pratiche positive da adottare e indica i comportamenti devianti da correggere o evitare, come l’allattamento artificiale (Bassano & Tiralongo, 2018). È rilevante evidenziare che gli interventi a sostegno dell’allattamento non prevedano la possibilità di non allattare, o comunque di esprimere un desiderio diverso da quello atteso e, nel far questo, impongono un preciso modello di rapporto che si esaurisce nella naturalità della coppia mamma-bambino (il padre, tutt’al più, è chiamato a proteggere la coppia da intrusioni esterne).

La parola *mito*, recuperando il contributo di R. Barthes (1957/1974), aiuta proprio a cogliere la trasformazione di un aspetto socialmente e storicamente situato della realtà, come l’accudimento e la crescita dei figli, in un evento naturale, connotato da caratteristiche stabili. In altre parole, il mito trasforma la contingenza storica nell’invarianza iscritta nella natura, organizzando socialmente la simbolizzazione affettiva degli eventi e, dunque, appartenenze, sistemi di comunicazione e individuazione di interlocutori (Carli & Paniccchia, 2017). L’antropologia facilita la messa in crisi di alcuni fondamenti alla base dell’attuale concezione individualista di madre, tra cui probabilmente quello più radicato nel mondo occidentale, riassunto dal detto popolare “Di mamma ce n’è una sola”. Remotti (2013), a tal proposito, cita gli studi di Suzanne Lallemand presso i Mossi del Burkina Faso. La particolarità di questa popolazione, oggetto di attenzione negli anni Settanta, è quella di scindere l’atto di mettere al mondo e quella di accudire i figli, prevedendo la presenza di due figure riconosciute dalla comunità e dai figli stessi come mamme: la giovane donna che porta avanti la gestazione e il parto (*ma roaka*) e la donna che in età non più fertile si occuperà della sua educazione e crescita (*ma wubuduga*)<sup>17</sup>. L’autore, dunque, invita a recuperare la natura culturale dell’attuale affidamento del fare figli alla sola coppia coniugale, in aperta critica alla naturalizzazione del ruolo materno.

In termini di intervento psicologico, considerare la maternità come evento culturale, ovvero costruito entro simbolizzazioni collusive condivise da chi partecipa ad un dato contesto in un preciso momento storico, ha delle implicazioni di non poco conto. Diventa interessante, a questo proposito, sottolineare una differenza tra la psicologia che si propone di correggere comportamenti e una che propone sviluppo nei sistemi di convivenza. La psicologia che tratta come unità di osservazione il comportamento trova riferimento nel modello medico di intervento, ovvero nel ripristino o nel raggiungimento di uno stato definito come normale, in assenza, però, di una coerenza tra ipotesi eziopatogenetiche e terapia della disfunzione (Carli & Paniccchia, 2003). È la normalità conformista a diventare metro di misura per qualificare le emozioni, intese quali risposte, più o meno adeguate, dell’individuo a stimoli del contesto. La maternità diventa un problema nella misura in cui l’individuo-madre non riesce a conformarsi alle aspettative del contesto socio-culturale e compito della psicologia diventa quello di sancire le emozioni negative da dissuadere e quelle positive da rinforzare. Lo psicologo, in altri termini, agendo il potere di chi può decretare la congruità tra stimoli ambientali e risposte dell’individuo, è a rischio di commettere ciò che Carli propone di chiamare “errore di esperienza” (Carli, 2019). Per quest’ottica, c’è sempre un colpevole: l’individuo inadeguato a conformarsi, o gli stimoli ambientali problematici. Dentro un modello semeiotico della mente, alla base del presente contributo, è la simbolizzazione affettiva degli aspetti di realtà da parte di chi vi partecipa a costruire la realtà stessa, necessariamente dentro relazioni sociali. Se per la psicologia comportamentale le mamme si devono adattare conformisticamente ad un cambiamento “dato”, per la psicoanalisi sono i vissuti collusivamente condivisi all’interno del proprio sistema di appartenenza a costruire quel cambiamento. Da questo punto di vista, il problema che la mamma porta allo psicologo non concerne la singola donna in quanto individuo, ma parla sempre di una relazione tra relazioni alle quali la madre partecipa (Carli, 2020).

### ***L’intervento con le neomadri: Obiettivo e metodo***

L’intervento resocontato nei prossimi paragrafi si fonda sull’ipotesi che, se si rinuncia ad un modello normativo di madre, limitante le potenzialità trasformative, si possono intercettare nuove domande di interesse

---

<sup>16</sup> L’OMS raccomanda l’allattamento in maniera esclusiva, ovvero senza fare ricorso al latte formulato, fino al compimento del sesto mese di vita ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)).

<sup>17</sup> Il principio condiviso da questa comunità sembra comunque essere quello dell’impossibilità per una madre di educare i figli che ha messo al mondo: di essere allo stesso tempo genitrice e educatrice, di riunire in sé le funzioni – tanto diverse e assorbenti – di un’antropo-poiesi biologica e di un’antropo-poiesi sociale (Remotti, 2013).

per la psicoanalisi. Domande che motivano la donna a rivolgersi allo psicologo non per un bisogno individuale, ma, ad esempio, motivata da un fallimento collusivo nel sistema di convivenza.

Entro questa cornice, ho ritenuto utile partire dal mio desiderio, in quanto neomadre, di partecipare ad uno spazio in cui capire e socializzare le emozioni legate alla maternità. La difficoltà a trovare un servizio attento a questi aspetti, soprattutto nel contesto sanitario al quale mi sono rivolta, mi ha portato ad ipotizzare che questa assenza parlasse di una cultura medicalizzata che si propone alle neomadri solo in rapporto a carenze da colmare con interventi ortopedici, sovente di carattere educativo. Il riferimento è ai gruppi di promozione e sostegno all'allattamento presentati nel precedente paragrafo, i quali, entro le limitazioni del lockdown, hanno sospeso gli incontri gruppalì, lasciando aperta la possibilità di incontrare individualmente un'ostetrica per ricevere supporto sulle giuste prassi da adottare con il neonato.

È interessante notare la rinuncia all'aspetto gruppalè del servizio, che, ad esempio, si sarebbe potuto riorganizzare online. Le restrizioni del lockdown sembrano aver svelato quanto, in tali contesti, il ricorso al gruppo non sia sorretto da specifiche ipotesi metodologiche, ma da una necessità economica, ormai diventata routine, ovvero quella di mettere insieme più persone nel limitato spazio a disposizione per l'intervento. La socializzazione tra partecipanti assume le sembianze di un aspetto collaterale "altro", probabilmente auspicato, ma che non riguarda i problemi per cui il servizio si propone.

Rispetto alla possibilità di pensare servizi in rapporto alle culture rese evidenti dalle limitazioni Covid, ho ipotizzato l'utilità di avviare il mio studio privato proprio in rapporto a queste criticità, anche in considerazione della forte domanda di confronto che le neomadri continuavano comunque ad esprimere nei social network, come si vedrà nel paragrafo successivo.

Ho deciso dunque di offrire uno spazio di confronto tra mamme interessate a pensare le proprie emozioni entro l'esperienza di maternità, intesa come occasione per costruire una conoscenza di sé e della propria implicazione nei contesti di appartenenza a cui si partecipa, ed ho chiamato questo spazio "L'Ora delle mamme". Con "pensare emozioni" si intende il riconoscimento delle fantasie agite collusivamente nelle relazioni, al fine di individuare la possibilità di costruire obiettivi di sviluppo condivisibili nei propri sistemi di convivenza. Ho pensato la mia funzione di psicologa come facilitante lo sviluppo di una competenza a dare senso a quanto il modo d'essere inconscio della mente produce nella relazione entro i propri contesti di appartenenza (Carli, 2020) attraverso l'ancoraggio ai rapporti che si condividono nel gruppo stesso. A livello metodologico, ho deciso di avvalermi di due strumenti della psicologia clinica: il gruppo e il resoconto. Il gruppo, infatti, l'ho ipotizzato come dispositivo volto a sostenere una sospensione degli agiti collusivi in favore di un pensiero condiviso sulle dinamiche collusive (Carli, 2013). Ho proposto incontri a cadenza settimanale, di un'ora ciascuno, in videochiamata. La videochiamata intende agevolare la partecipazione di mamme con neonati, ma soprattutto creare uno spazio alternativo ai servizi che prescrivono la presenza del figlio (come i gruppi che educano all'allattamento), o la sua assenza, come le offerte di psicoterapia in cui le mamme vengono esortate a prendersi finalmente "uno spazio tutto per sé". Il secondo strumento utilizzato è il resoconto clinico, utile a costruire categorie relazionali che colgano problemi e limiti del contesto di intervento e, quindi, a integrare metodo e obiettivi.

### ***Costruire committenza in periodo pandemico: Mamme e web***

Come prima accennato, durante il lockdown i social network sono diventati il luogo di interazione sociale per eccellenza e internet ha avuto un picco di utilizzo mai riscontrato in precedenza (Paniccìa, 2020). Inoltre, le madri, sin dalla gravidanza, sono notoriamente delle assidue frequentatrici del web. Nel periodo Covid, il venir meno del presidio sanitario nel periodo immediatamente successivo alla nascita ha fatto emergere una domanda di confronto delle neomadri, riversatasi massivamente sui social. Ho dunque ritenuto utile esplorare le culture materne espresse nei social network, con l'intento di intercettare domande e mettere a verifica le ipotesi alla base de "L'Ora delle mamme".

Secondo i sociologi Cossetta e Caliandro, nel web sembra possibile non rinunciare a quel bisogno di socialità e alla ricerca di rassicurazione circa la "normalità" della propria esperienza. La netnografia condotta da questi autori arriva alla conclusione che "le diverse modalità discorsive che emergono dalle narrazioni delle mamme digitali appaiono accomunate dalla necessità di trovare un codice di sentimento che tenti di coniugare i diversi elementi che concorrono alla costruzione sociale della maternità" (Cossetta & Caliandro, 2013, p. 95). Ciò sembra essere particolarmente significativo se si pensa, in accordo con gli autori, che la madre è più un oggetto su cui si parla che un soggetto che si lascia parlare.

Rivolgendosi ai social, soprattutto a Facebook, subito ci si accorge che le “pagine” dedicate al tema maternità sono tante e di diverso tipo<sup>18</sup>. La maggior parte è di natura commerciale, legata a siti web e riviste che propongono prodotti per mamme e bambini. Si intuisce come, sin dalla gravidanza, le donne partecipino di una cultura che le chiama a fare delle scelte a cui corrispondono precise appartenenze identitarie; identità che mettono illusoriamente a riparo dalla variabilità emozionale dei rapporti organizzati attorno alla nascita di un bambino: parto naturale o medicalizzato, allattamento a richiesta o ad ore, svezzamento tradizionale o auto-svezzamento, mamme ad alto contatto o a basso contatto, co-sleeping o culla, e così via dicendo. Nei “gruppi” Facebook, invece, si nota una variabilità interessante. Un esempio è la vicinanza territoriale, alla base di gruppi di mamme, e talvolta papà, che si scambiano riferimenti e pareri su pediatri, servizi, asili nido. La prescrittività del ruolo si proietta totalmente sull’adeguatezza o meno dei servizi, dentro l’ottica delle recensioni, per cui è il maggior o minore consenso attorno a uno specifico professionista o servizio a essere oggetto di confronto. Un’altra serie di pagine, invece, è organizzata da una forte aderenza al ruolo materno<sup>19</sup>, tanto da bandire la presenza degli uomini. Infine, è possibile trovare dei gruppi che si ribellano alla normatività della buona madre, mettendo a premessa la volontà di svelare un dietro innominabile, dichiarando più o meno ironicamente le esperienze di trasgressione alla norma, ovvero tutto l’indicibile che non avrebbe spazio di emergere nei rapporti sociali<sup>20</sup>.

I gruppi più interessanti, perché legati ad una situazione contingente, sono quelli costituitisi nel periodo di pandemia. In particolare, ho iniziato a interloquire con una delle amministratrici di un gruppo Facebook nato durante il lockdown il cui scopo era quello di creare un link tra mamme e mamme professioniste<sup>21</sup> per sopperire alla sospensione dei servizi pubblici dedicati alla maternità. Nel gruppo, fondato da una psicologa e da una maestra yoga, confluisce un folto gruppo di ostetriche e psicologhe, disponibili a dare gratuitamente consigli e consulenze alle future mamme e neomamme, specialmente su gravidanza e allattamento. Mi sono presentata come una psicologa clinica che, grazie alle riflessioni e allo studio sviluppati a partire dalla propria esperienza, si è accorta di quanto la soggettività delle neomadri non trovi spazio di espressione e comprensione, perché sovrastata da una forte prescrizione emozionale che decreta l’adeguatezza o meno dei vissuti materni. Ho proposto il servizio come spazio di condivisione tra neomadri interessate a capire meglio la propria esperienza attraverso una riflessione sulle emozioni, condotto da una psicologa. L’amministratrice della pagina, rilevando l’assenza di una proposta di questo genere e interessata alle considerazioni che la sostanziano, si è mostrata favorevole a dare visibilità all’iniziativa, a patto che la partecipazione fosse gratuita, in linea con le regole del gruppo. Ipotizzando che per me fosse una buona occasione per mettere a verifica le ipotesi di lavoro costruite negli ultimi mesi, decido di accettare, limitando il servizio gratuito a sei incontri. Tramite una locandina e una “diretta Facebook”<sup>22</sup> ho illustrato il servizio come rivolto a coloro che hanno interesse a capire le emozioni, spesso contrastanti, che si vivono nella maternità, grazie al confronto con altre madri e alla conduzione di una psicologa. I post con la locandina e la diretta, così pensati, hanno avuto la funzione di esplicitare due aspetti centrali de “L’Ora delle mamme”: il focus sulla dimensione emozionale e la possibilità di guardare criticamente ai miti sulla maternità. Nel prossimo paragrafo resoconterò brevemente questo primo intervento, con l’obiettivo di mettere in luce quanto le esperienze delle neomadri, se trattate non come fatti da dichiarare ma come agiti collusivi di cui potersi occupare, mettano in luce una domanda di elaborazione delle relazioni con i propri contesti di appartenenza, spesso saturate dall’aderenza a modelli sociali idealizzanti la maternità.

### ***L’intervento “L’Ora delle mamme”***

Al gruppo si iscrivono 3 donne, due mamme e una donna all’ultimo mese di gravidanza, con le quali concordiamo un primo appuntamento gruppale. Come si approfondirà in seguito, l’esiguo numero di

---

<sup>18</sup> Le “pagine” sono luoghi su Facebook dove artisti, personaggi pubblici, aziende, brand, organizzazioni e associazioni no profit possono connettersi con i propri fan o clienti, sponsorizzando la propria attività. I “gruppi”, invece, forniscono uno spazio dove discutere di interessi condivisi con determinate persone ([www.facebook.com](http://www.facebook.com)).

<sup>19</sup> Esempi sono i gruppi “Solo le mamme sanno”, “Donne, mamme e future mamme”, “Noi mamme, da donna a mamma”.

<sup>20</sup> Esempi più significativi sono i gruppi “Mamme di merda”, oppure “Io e i miei cazzo di figli”. Anche nella letteratura ultimamente ci sono diverse proposte che promettono di svelare l’indicibile dell’esperienza di maternità, come “Cattiva” (Milone, 2018), “Cattiva madre” (Ballista, 2017), oppure “Madri cattivissime” (Badinter, 2010/2011).

<sup>21</sup> La condizione per poter accedere al gruppo è quella di essere mamma.

<sup>22</sup> La “diretta Facebook” è un evento video attraverso il quale gli utenti possono interagire in tempo reale con i propri contatti.

partecipanti, se messo in rapporto alla specifica offerta del servizio, diventa un dato interessante sulla difficoltà che le attuali culture della neomaternità incontrano, ovvero quella di pensare il proprio ruolo anziché agirlo. Durante il primo incontro, al quale prendono parte 2 delle 3 donne, mi presento come psicologa clinica interessata a lavorare sui vissuti che organizzano l'implicazione delle madri nei diversi contesti ai quali partecipano. Aggiungo che sono una neomadre che ha sviluppato questa idea di servizio dopo essersi resa conto di quanto la maggior parte delle offerte rivolte alle mamme contempra la possibilità di esperire solo estrema gioia o profonda tristezza, senza dare spazio alla comprensione di emozioni non previste. Ho ritenuto utile nominare inizialmente il mio essere madre sia con l'intento di entrare più facilmente in contatto con culture poco disposte a confrontarsi con chi non è mamma, sia perché avevo in mente che le riflessioni sviluppate criticamente sulla mia esperienza avrebbero potuto essere dei possibili strumenti utili a recuperare gradi di libertà sui vissuti attorno alla maternità. Esplicito poi che la mia competenza psicologica è volta a facilitare un'esplorazione e una comprensione delle loro emozioni e dei problemi che stanno vivendo in quanto madri e chiedo con quali attese abbiano deciso di partecipare all'incontro.

M., madre di due figli, arriva al gruppo perché non si aspettava che questa seconda maternità fosse più problematica della prima, soprattutto per l'allattamento. Il fallimento della fantasia di essere una buona mamma, che ha già tutte le risposte in ragione della sua precedente esperienza, ipotizzo sia la domanda che l'ha portata a partecipare. G., madre da appena un mese, dice che ha paura, perché tutto è cambiato, ma solo per lei e non per il resto del mondo. Tra coliche e pianti del bambino, G. parla di un'impotenza che le rende difficile riconoscere sé stessa. Lontana dal compagno per motivi lavorativi, sente una solitudine profonda: il patto secondo il quale lei avrebbe dovuto occuparsi diligentemente del bambino, in attesa di un riavvicinamento della coppia, è entrato in crisi.

Entrambe raccontano di cambiamenti inaspettati, dai quali non si può sfuggire. Nella ricerca sulle neomadri, (SPS Studio di Psicosociologia, 2021b) tale vissuto viene intercettato dal cluster in cui ansia e paura sembrano parlare di una catastrofe annunciata. Tale vissuto è definito come "perdita di inconsapevolezza", quel rendersi conto drammatico e irreparabile rispetto al quale non si individuano interlocutori. Recuperando la contingenza pandemica, nel primo incontro riconosciamo quanto il lockdown abbia ridotto sensibilmente la possibilità di poter socializzare la nascita dei bambini. Al contempo sottolineo quanto abbia fatto emergere la problematicità dell'assunzione acritica del ruolo di madre, identificata come colei che per istinto sa farsi carico dell'accudimento del bambino, rendendo molto complicato individuare rapporti con cui condividere quanto si sta vivendo. A mente ho l'ipotesi di differenziare fatti e vissuti, ovvero di decostruire l'implicito secondo il quale siano i primi a causare i secondi, che si tratti di allattamento, di distanza dal compagno o di isolamento da lockdown. M. dice a riguardo: "Ora non posso essere me stessa e non posso dire a nessuno cosa sto provando". Propongo come obiettivo dei nostri incontri quello di capire insieme le emozioni che nominano, provando a contestualizzarle entro le relazioni che vivono, piuttosto che simbolizzarle come linearmente connesse alla nascita di un figlio.

Inizialmente sento la fatica di sostenere una funzione pensante, nel secondo incontro in particolare, l'unico a cui parteciperà S., che subito agisce la fantasia di chiedere consigli alle altre mamme, fantasticate come più esperte. Avverto il rischio di non riuscire a sospendere una simbolizzazione oggettivizzante dei problemi materni, soprattutto quando mi sento investita del potere di decretare la normalità dei vissuti, laddove proporre una loro variabilità sembra trasgressivo e pericoloso. Metto in relazione la richiesta di consigli con l'essermi presentata non solo come psicologa, ma anche come madre, agendo un'appartenenza entro la quale può diventare arduo dare spazio ai vissuti. Al contempo, sento che proprio la mia esperienza di pensiero sugli agiti materni sia stata una risorsa nella misura in cui mi ha aiutato a tenere a mente quanto tali richieste non fossero domande a cui fornire una risposta, ma parlassero di simbolizzazioni affettive agite nella relazione con me. Ad esempio, sembravano richiamare le culture dei servizi pubblici che offrono consulenza educativa sulle giuste pratiche da adottare con i neonati, laddove il mito della "madre per natura" organizza relazioni di potere tra madri prive di consapevolezza sulle proprie competenze istintuali ed esperti che possono aiutarle a riscoprirle. Non colludere mi ha aiutato a riconoscere quanto sentirmi costretta a fornire risposte avesse a che fare con i vissuti che stavano organizzando il gruppo e, probabilmente, con la stessa domanda delle partecipanti. Ho a mente il gruppo quale artefatto metodologico in cui si evidenziano le dimensioni collusive agite nei propri contesti di appartenenza e attraverso il quale si rende possibile una loro interpretazione (Carli, 2013). Ho verificato questa ipotesi con loro, nel tentativo di sospendere quella dinamica per cui attorno alla maternità è possibile solo scambiare esperienze intese quali fatti nei quali rispecchiarsi o meno, dando per implicita la similarità dei vissuti in gioco, magari alla ricerca di soluzioni da sperimentare successivamente nella solitudine della propria casa. Parlare di come si convocasse il gruppo sullo scambio di comportamenti conformi ad un'idea prevista di sviluppo, ovvero recuperandone i caratteri di agito emozionale, ha reso possibile accorgerci

dei vissuti di obbligo organizzanti la nostra relazione e quella con l'esterno. Infatti, nei primi incontri G. si rivolgeva a M. in quanto mamma più esperta, non solo di comportamenti, ma anche di accettazione acritica delle rinunce scontatamente legate all'essere madre. Propongo loro un'ipotesi: le trasformazioni connesse alla nascita di un bambino vengono simbolizzate dalle partecipanti come fatti naturali e indiscutibili, un cambiamento obbligato al quale adattarsi adempitivamente, senza poter convenire con nessuno il senso di ciò che si fa. La ripetitività delle pratiche di accudimento da un lato protegge dall'impotenza evocata dal rapporto con un essere incomprensibile, dall'altro, però, satura le relazioni e spoglia di ogni valenza comunicativa quelle stesse pratiche, allattamento compreso.

Utilizzo la categoria dell'obbligo in senso psicoanalitico, inteso cioè come una simbolizzazione delle relazioni fondata sul controllo di sé stessi per controllare gli altri (Carli & Paniccia, 2003). Tenendo a mente la ricerca prima menzionata, ipotizzo che l'obbligo sia un modo attraverso il quale si esprime la scissione tra i vissuti delle mamme e i contesti di convivenza. Con la rinuncia si controllano le relazioni in cui si è implicate, mettendosi al riparo dalla fatica di riconoscere e perseguire desideri. Con desiderio mi riferisco all'evento mentale che consente di abbandonare le fantasie onnipotenti per confrontarsi con il limite di realtà (Carli, 2020). Desiderare diventa, dunque, una competenza che si acquisisce attraverso un pensiero emozionato sulle relazioni in cui si è implicati per rendere possibile il convenire interesse per lo sviluppo di una *cosa terza*, alternativa al perseguimento di aspetti idealizzati dell'identità di madre. Desiderare implica il darsi da fare nella realtà, facendo i conti con la propria identità e con le relazioni a cui si partecipa (Carli, 2011).

Sento che questa ipotesi mi aiuta nel lavoro e la condivido con le partecipanti. Emergono nuove questioni legate al lavoro. M. racconta di volersi licenziare dal suo attuale impiego, ma non crede che ci riuscirà per via dei bambini, di cui riesce a prendersi cura grazie al suo orario part-time. G. vive il suo lavoro come fondante la sua identità e sente che la presenza del bambino non le consentirà più di poter partecipare a quel contesto in modo gratificante. Propongo che quelli che nominano sono dei limiti con i quali è possibile confrontarsi, ma che la loro simbolizzazione di vincoli intrattabili rende complicato vedere risorse da attivare. Da questo punto di vista, è stato utile recuperare una pensabilità di alcuni rapporti di cui sembrava possibile parlare solo in modo lamentoso e conformista. Un esempio è il supporto dei nonni, potenziale risorsa ridotta a rapporto obbligato che silenzia le emozioni: se lo si accetta, si può solo essere riconoscenti. Appare negato anche il desiderio dei nonni di partecipare all'accudimento del neonato, in quanto concepito come scontato e naturale. Allo stesso modo, i padri vengono richiamati dalle partecipanti dentro la doverosità dell'occuparsi del bambino, evocando vissuti di colpa. M. parla del marito che le consiglia di rinunciare all'allattamento, facendola arrabbiare molto. Insieme abbiamo ipotizzato che forse, piuttosto che tirarsi fuori dalla questione, il marito stesse esprimendo il desiderio di dare da mangiare al figlio. Entrambe dicono di provare vergogna nel chiedere aiuto, come se fosse un'auto denuncia di incapacità. Ritengo importante valorizzare insieme a loro questa emozione, la quale ci informa dello svelamento di un falso dentro quelle relazioni: l'idealizzazione del ruolo di madre (Carli & Paniccia, 1999). La stessa esiguità numerica delle partecipanti ha rivelato quanto possa risultare trasgressivo pensare criticamente l'aderenza a un ruolo socialmente prescritto. In altri termini, il senso di vergogna non emerge in rapporto ai servizi che propongono di colmare carenze già note attraverso consigli o buone prassi da seguire, in quanto gli attori in gioco agiscono collusivamente l'importanza di tendere ad un modello predefinito di maternità. Piuttosto, tale vissuto affiora rispetto alla proposta di mettere in discussione il proprio essere madre, ovvero alla possibilità che tale ruolo non abbia un senso di per sé, ma che si possa costruire se si prendono sul serio le emozioni esperite entro le relazioni a cui si partecipa.

Sento che la mia proposta di mettere in rapporto vissuti di obbligo e difficoltà a perseguire desideri ha permesso di avviare un interessante confronto tra le due mamme riguardo al sentirsi insostituibili e ai costi che derivano dall'agire questo vissuto, ad esempio nella relazione con i compagni. In tal senso, nel corso degli incontri la mia funzione interpretativa ha consentito al gruppo di trattare il tema del cambiamento non solo come un dato di fatto, subito individualmente da ognuna in base alle proprie idiosincrasie, ma anche come una riorganizzazione delle simbolizzazioni nei contesti in cui sono implicate, di cui ci si può incuriosire insieme. Nell'ultimo incontro, dedicato alla verifica, mi dicono di sentirsi "diverse": il confronto in gruppo è stato per loro prezioso. M. mi dice di voler lasciare il lavoro per iscriversi ad un corso professionalizzante, condividendo con il marito l'incertezza che questa scelta comporta. G. si dice contenta di essere meno impaurita di ciò che prova: i cambiamenti da cui si sentiva passivamente travolta sono aspetti su cui ora vorrebbe capire di più, anche in rapporto al vicino rientro a lavoro. Entrambe le mamme vorrebbero partecipare a nuovi incontri, non più gratuiti. S., la donna incinta, invece mi scriverà qualche tempo dopo, per chiedermi consigli sul colore delle feci del figlio. Non mi soffermo ora su questa richiesta, ma colgo la difficoltà a farsi carico di un desiderio di condivisione, esprimibile solo a partire da una potenziale disfunzionalità organica del bambino.

Dopo i mesi estivi, ho provato a riorganizzare un gruppo, al quale parteciperanno G. e O., una neomamma arrivata grazie al passaparola di alcuni colleghi. Immagino questo nuovo gruppo con un limite di 10 incontri, volto a facilitare l'individuazione di obiettivi e la loro verifica. Decido anche di tenere il gruppo aperto ad eventuali nuovi ingressi in itinere. Condivido questi aspetti di setting nel primo incontro, che però dura pochissimo. O., a causa di un imprevisto, potrebbe "seguire" il gruppo dal cellulare durante il viaggio in macchina con il compagno. G. si spaventa, dicendo che per lei "L'Ora delle mamme" è un momento in cui fermarsi a pensare a sé stesse. Propongo di rivederci la settimana successiva, nell'ipotesi che sarebbe utile capire in che modo si sta immaginando questo spazio e la propria implicazione. O. arriva molto in ritardo al secondo incontro, dicendo che si aspettava molta più flessibilità, visto che "le mamme non possono mai essere in orario". Per me è difficile stare in rapporto a O., come se agisse con molta violenza le sue fantasie di controllo. Le propongo che le criticità sull'orario potrebbero avere a che fare con la difficoltà a sostenere il desiderio di pensare alla propria esperienza. Mi risponde di no: lei ha già degli spazi di questo tipo, in quanto i familiari la esortano spesso ad uscire per l'aperitivo. O. non parteciperà al terzo incontro, ma con un messaggio mi dirà che si sente troppo inaffidabile per mantenere un impegno. Ipotizzo che l'impegno al quale si riferisce abbia a che fare con la proposta di guardare criticamente al modo in cui agisce il ruolo di madre e, dunque, di spendere fiducia sulla possibilità di metterlo in discussione. Mi dispiace e rinnovo la mia disponibilità a parlarne insieme, a cui non seguirà risposta. Questo gruppo si ferma così, mentre il rapporto con G. si riorganizza in un nuovo assetto di incontri individuali.

### ***Conclusioni: Work in progress***

Attualmente, con una collega stiamo ripensando insieme questo servizio, sempre con l'idea di costruire committenza attraverso i social network, i quali possono diventare una risorsa, se proposti come spazio in cui costruire dei nuovi miti attorno alla maternità, alternativi all'aderenza o alla ribellione verso quelli oggi in auge. Questo è un punto fondamentale. Infatti, se l'analisi del mandato sociale ha messo in luce quanto la cultura attuale produca dei servizi assistenzialisti volti a controllare i vissuti materni, la resocontazione dell'intervento aiuta a cogliere quanto tale simbolizzazione venga collusivamente assunta dalle stesse madri, quasi a evidenziare la difficoltà di interrogare le proprie emozioni ponendosi fuori da una dimensione prescrittiva. Ritengo che un prodotto di questo breve intervento sia stato la possibilità, per le partecipanti, di iniziare ad emanciparsi dall'ottica conformista che non riusciva più a sostenere dei rapporti soddisfacenti entro i sistemi di convivenza ai quali partecipavano. Rapporti organizzati dall'obbligo di dover assumere ruoli idealizzati, la cui irraggiungibilità, oltre alla frustrazione, generava cecità verso le risorse attivabili nel contesto. La mia funzione, a questo proposito, è stata quella di facilitare una messa in crisi della causalità lineare tra nascita di un figlio ed emozioni, grazie al recupero di ancoraggi contestuali volti a dare un senso ai vissuti nominati, trattandoli quali modelli di rapporto in crisi. Le stesse partecipanti sono riuscite a riconoscere l'interazione gruppale nel momento in cui hanno iniziato a cogliere la loro implicazione nel gruppo e nei problemi di cui parlavano. Insieme alla volontà di proseguire il lavoro, ipotizzo che questo riconoscimento dei rapporti da parte delle madri possa essere considerato una verifica di quanto costruito insieme. Da tale punto di vista, ritengo interessante sia la volontà, da parte di una delle due madri, di mettere dentro il rapporto con il compagno il desiderio di cambiare lavoro, sia l'interesse, da parte dell'altra partecipante, di voler approfondire la comprensione dei suoi vissuti in vista del suo rientro lavorativo.

In conclusione, l'esperienza resocontata la ritengo preziosa per lo sviluppo di un servizio rivolto alle mamme che intende intercettare domande al di fuori della normatività prescritta dall'attuale mandato ad occuparsene. Gli stessi agiti che hanno portato alla frettolosa conclusione del secondo gruppo contribuiscono al mio desiderio di continuare ad esplorare le culture attorno alla maternità, con l'obiettivo di costruire setting di intervento coerenti con le ipotesi metodologiche presentate nel contributo. In questo senso, il presente resoconto viene proposto dentro una prospettiva di confronto professionale. Infatti, sento che considerare la maternità come evento culturale solleciti idee interessanti sulla funzione che la professione psicologica può proporre alle mamme, ad esempio in rapporto all'obiettivo di recuperare desideri attorno ai quali poter sviluppare un rapporto con l'esterno soddisfacente, alternativo alla costrizione passivizzante vissuta entro dinamiche di obbligo e controllo.

### ***Bibliografia***

- Amicosante, E., Barbizzi, L., Colaci, C., Colaianni, M., Diciolla, R., Fusacchia, M., ... Zanfino, S. (2020). La famiglia fascista: Una proposta di analisi psicologico clinica [The fascist family: A proposal of a psychological clinical analysis]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 8(2), 76-85. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Badinter, E. (1993). *L'amore in più: Storia dell'amore materno* [Mother love: myth and reality. Motherhood in Modern History] (R. Loy, Trans.). Milano: Longanesi (Original work published 1981).
- Badinter, E. (2011). *Mamme cattivissime* [The conflict: woman & mother] (S. Lari, Trans.). Milano: Corbaccio (Original work published 2010).
- Ballista, S. (2017). *Cattiva madre* [Bad mother]. Bologna: Giraldi.
- Bassano, G., & Tiralongo, A. (2018). *Mistica della maternità: Nuove repressioni "secondo natura"* [Mysticism of motherhood: New repressions "according to nature"]. Retrieved from: [gender/sexuality/italy](http://gender/sexuality/italy), 5, august 2018
- Barthes, R. (1974). *Miti d'oggi* [Mythologies] (L. Lonzi, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1957).
- Bortolotti, A. (2010). *E se poi prende il vizio? Pregiudizi culturali e bisogni irrinunciabili dei nostri bambini* [And if he then takes the habit? Cultural prejudices and inalienable needs of our children]. Il leone verde: Torino.
- Bucci, F., & Giuliano, S. (2018). Dal mito individualista del progresso a nuove forme di integrazione tra appartenenza e creatività: Come sta cambiando il significato culturale del lavoro [Changes in the cultural meaning of work: From the individualist myth of progress to new forms of integration between belonging and creativity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 34-51. doi:10.14645/RPC.2018.2.732
- Carli, R. (2011). Divagazioni sull'identità [A digression on identity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-17.
- Carli, R. (2013). Per una psicologia clinica del gruppo [For a group clinical psychology]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-24. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2018). Controllo e diffidenza [Control and mistrust]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 163-174. doi:10.14645/RPC.2018.2.740
- Carli, R. (2019). Vissuti e fatti: Scientificità e scientismo in psicologia clinica [Experiences and facts: Scientificity and scientism in clinical psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 28-60. doi:10.14645/RPC.2019.1.756
- Carli, R. (2020). *Vedere, leggere pensare emozioni: Pagine di psicoanalisi* [Seeing, reading, thinking emotions: Pages of Psychoanalysis]. Milano: Franco Angeli.
- Carli, R. (2020). Il setting e l'interpretazione nella psicoanalisi come pratica clinica [The setting and the interpretation in psychoanalysis as a clinical practice]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 5-27. doi:10.14645/RPC.2020.2.817
- Carli, R., Di Ninni, A., Paniccchia, R.M., Alecci, E., Aloï, C.V., Ambrosino, S., ... Zanocco, M. (2020). La rappresentazione dell'esordio della pandemia Covid-19 e del conseguente lockdown in Italia: Una ricerca psicosociale a cura di SPS, Studio di Psicosociologia di Roma [The representation of the onset of the Covid-19 pandemic and the consequent lockdown in Italy: A psychosocial research by

SPS, Studio di Psicosociologia of Rome]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 28-63. doi:10.14645/RPC.2020.2.835

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1999). *Psicologia della formazione* [Training psychology]. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of psychological clinical intervention]. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2017). L'intervento psicologico clinico come mitopoiesi [Clinical psychological intervention as mitopoiesis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 33-49. doi: 10.14645/RPC.2017.2.693

Cossetta, A., & Caliandro, A. (2013). La maternità nelle narrazioni online [Motherhood in online narrations]. *Sociologia italiana*, 1, 79-111.

D'Amelia, M. (2005). *La mamma* [Mother]. Bologna: Il Mulino.

Di Cristofaro Longo G., (1992). *La donna dei media. Denunce, analisi, ricerche: Modelli culturali emergenti* [The media woman. Complaints, analyzes, research: Emerging cultural models]. Volume pubblicato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione Nazionale per la Realizzazione della Parità tra uomo e donna. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio (2018). *Progetto esecutivo: Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum* [Executive project: Measures related to the prevention, diagnosis, treatment and assistance of postpartum depressive syndrome]. Retrieved from: <http://www.salute.gov.it>

Filippini, N.M. (2017). *Generare, partorire, nascere: Una storia dall'antichità alla provetta* [Pregnancy, delivery, childbirth: A gender and cultural history from antiquity to the test tube in Europe]. Roma: Viella.

Fiume, G. (Ed.). (1995). *Madri: Storia di un ruolo sociale* [Mothers: History of a social role]. Venezia: Marsilio.

Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice: Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and code: From the psychoanalytic process to the institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.

Giusti A., Zambri F., Marchetti F., Sampaolo L., Taruscio D., Salerno P., Donati, S. (2020). *Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19: Versione 31 maggio 2020* [Interim indications for pregnancy, childbirth, breastfeeding and the care of very young children 0-2 years in response to the COVID-19 emergency.]. Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità.

Ispettorato del Lavoro (2020). *Relazione annuale sulle convalide delle dimissioni e risoluzioni consensuali delle lavoratrici madri e dei lavoratori padri ai sensi del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151* [Annual report on the validation of resignations and consensual resolutions of working mothers and working fathers, pursuant to Legislative Decree 26 March 2001, n. 151]. Retrieved from [www.ispettorato.gov.it](http://www.ispettorato.gov.it)

ISTAT (2021). *Natalità e fecondità nella popolazione residente. Anno 2020* [Birth rate and fertility in the resident population. Year 2020]. Retrieved from [www.istat.it](http://www.istat.it)

Milone, R. (2018). *Cattiva* [Bad girl]. Torino: Einaudi.

- Monaldi, C. (2020). Pensare il rapporto con il tempo: Origini e sviluppi del presentismo [Thinking the relationship with time: Origins and developments of presentism]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 8(2), 14-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Paniccia, R.M. (2020). *Come cambia internet nel tempo della pandemia Covid19* [How the internet changes in the time of the Covid19 pandemic]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(1), 28-46. doi:10.14645/RPC.2020.1.794
- Possidoni, E., Ceccacci, S., Faro, D., Pirrotta, S., Russo, E., & Zorzi, M. (2019). Fare impresa in psicologia e psicoterapia: Questioni e casi a confronto [Psychological and psychotherapeutic entrepreneurship: Comparative case studies]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 68-75. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Remotti, F. (2013). Fare figli, con chi? Tra famiglie e antropo-poiesi [Having children, with whom? Between families and anthropo-poiesi]. *Anuac, Volume II, Numero 2*. doi:10.7340/ISSN 2239-625X
- SPS Studio di Psicosociologia (2021a). Convivere con il virus: Una ricerca psicosociale sui vissuti caratterizzanti la seconda ondata di Covid-19 [Living with the virus: Psychosocial research on the experiences characterizing the second wave of Covid-19]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 16(1), 38-61. doi:10.14645/RPC.2021.1.843
- SPS Studio di Psicosociologia (2021b). Neo madri: Una ricerca sul vissuto circa il loro ruolo di madri, di donne che hanno avuto un bambino da poco [New mothers: A research on the experience of women who have recently had a baby about their role as mothers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 16(1), 62-85. doi:10.14645/RPC.2021.1.849
- UNICEF (2007). *Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: Raccomandazioni standard per l'Unione Europea* [Infant and young child feeding: Standard recommendations for the European Union]. Retrieved from <https://www.unicef.it>