

Iatrogenic risks' prevention and psychological interventions for new parents

*Elisabetta Atzori**

Abstract

The article analyses some cases of a psychological-clinical intervention that took place in a family clinic, focusing on a main topic: the relationship between emotional reorganization between mothers and fathers' figures involved in the process of parenthood-birth, and some health services prescriptions intended to prevent possible alterations in the expected linear evolution processes that apply to the fetus and the new born.

Keywords: birth; diagnosis in the age of development; perinatal disorders; emotionality of new parents; prevention in the age of development.

* Manager Psychologist Family Counseling Centre ASL Roma 1, Clinical Psychologist, Psychotherapist, Professor of the Specialisation Course in Psychoanalytic Psychotherapy Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: elisabetta.atzori@aslroma1.it

Rischi iatrogeni della prevenzione e interventi psicologici rivolti ai neo-genitori [Iatrogenic risks' prevention and psychological interventions for new parents]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(2), 104-114. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Rischi iatrogeni della prevenzione e interventi psicologici rivolti ai neo genitori

*Elisabetta Atzori**

Abstract

L'articolo presenta alcuni casi di intervento psicologico clinico presso un consultorio familiare, con particolare attenzione a un tema: il rapporto tra riorganizzazione emozionale di madri e padri implicati nel processo nascita e genitorialità e prescrizioni dei servizi sanitari finalizzate a prevenire possibili alterazioni, prima del feto e poi del neonato, rispetto ai processi evolutivi lineari previsti.

Parole chiave: nascita; diagnosi nell'età evolutiva; disturbi perinatali; emozionalità dei neo-genitori; prevenzione nell'età evolutiva.

* Dirigente Psicologa presso Consultorio Familiare ASL Roma 1, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: elisabetta.atzori@aslroma1.it

Rischi iatrogeni della prevenzione e interventi psicologici rivolti ai neo-genitori [Iatrogenic risks' prevention and psychological interventions for new parents]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(2), 104-114. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Premessa

In questo articolo approfondirò una cultura, quella della prevenzione, che ritengo strettamente in rapporto con la cultura diagnostica. In particolare, mi riferisco all'età evolutiva. Se un tempo i disturbi psicologici dei bambini venivano intercettati e quindi valutati prevalentemente con il loro ingresso nella scuola, oggi i tempi della diagnosi si sono notevolmente anticipati, in qualche modo si potrebbe dire che la diagnosi faccia la sua comparsa fin dall'apparizione del neonato nel mondo e, ancora prima, nella sua attesa durante la gravidanza. Cosa intendo quando dico che la diagnosi fa la sua comparsa? Sto pensando a una pratica sempre più diffusa nei servizi sanitari deputati alla nascita, quali i consultori familiari, le unità di ostetricia/ginecologia e le neonatologie: in questi servizi si propongono screening diagnostici verso i futuri genitori, in particolare verso le future madri, per individuare disturbi che si suppone possano incidere sulla salute dei figli. Gli stessi servizi si fanno promotori di comportamenti protettivi per la salute dei bambini, comportamenti che richiedono disponibilità da parte della madre a rinunciare alle proprie esigenze per il bene del bambino. Ma cosa succede se i vissuti delle madri si discostano da tali attese? Possiamo diagnosticare queste madri come problematiche per la salute dei figli?

La cultura della prevenzione è sempre più diffusa, è presente nel mondo sanitario ma si può dire che lo sia anche in un contesto più ampio. Quel contesto che, a partire dalla separazione tra sessualità e riproduzione, e quindi dal maggiore controllo della procreazione, ha portato a vedere i bambini sempre di più all'interno di un immaginario prevedibile e preventivabile, come compimento di una progettualità individuale e di coppia. Marcel Gauchet (2010/2011), storico e filosofo francese, sottolinea quanto i bambini siano diventati a tutti gli effetti "figli del desiderio", ovvero oggetto di un investimento genitoriale di tenore e intensità inediti. Gauchet afferma che se il XX secolo è stato quello della scoperta del bambino reale, supportata dalla nascita contemporanea della pediatria, della pedagogia e della psicoanalisi, il XXI sembra aprirsi come il secolo della sacralizzazione del bambino immaginario.

Il sovrainvestimento sul figlio, sottolineato da Gauchet, sembrerebbe andare di pari passo con un altro fenomeno, quello che Barbara Duden (2002/2006), una storica della medicina tedesca, evidenzia nei suoi studi sulla storia del corpo delle donne. Barbara Duden sottolinea come la gravidanza - prima sostanzialmente solo esperita dalla donna - è oggi diagnosticata e monitorata, delegata agli esperti, in primis ai sanitari. Questo, secondo la storica, è da attribuire al fatto che durante la gravidanza, la capacità di tollerare aspetti di incertezza ha lasciato il posto ad attese di sviluppo del feto e del bambino il più possibile note, sicure e prive di imprevisti. Anche in due recenti ricerche sui vissuti di neo madri e neo padri condotte dallo Studio di Psicopsicologia (SPS, 2021, 2022), è stato evidenziato quanto, soprattutto le prime, si sentano fortemente in rapporto ai contesti esperti, i servizi sanitari dedicati alla nascita, caratterizzati dal tempo lineare e acontestuale della crescita del bambino, previsto dalla pediatria e dalla psicologia dello sviluppo. Servizi che si caratterizzano per un sapere tecnico che non lascia spazio al tempo della storia e del cambiamento non lineare.

Per approfondire le diverse modalità con le quali la cultura della prevenzione si pone in rapporto a quella diagnostica, propongo di considerare alcuni casi di intervento psicologico clinico in uno dei contesti sanitari deputati alla nascita, precisamente il consultorio familiare, contesto in cui lavoro.

Il contesto organizzativo

Prima di introdurre i casi di intervento, qualche nota sul contesto organizzativo sarà utile a cogliere uno dei mandati istituzionali di questo servizio.

I consultori familiari¹ fanno parte dei servizi sanitari dedicati alla nascita. Nella Regione Lazio il percorso nascita rappresenta uno degli otto percorsi assistenziali previsti dal Decreto del Commissario Zingaretti fin dal 2014 (Decreto del commissario ad acta, 2014). Tale percorso è stato stabilito per rispondere al mandato regionale di presa in carico della donna in gravidanza che superi le frammentazioni tra i servizi, in particolare tra ospedale e territorio. Sono soprattutto due i punti di riferimento per le attività consultoriali inerenti il percorso nascita: 1) il programma di Promozione della Salute nei primi 1000 giorni di vita del bambino²

¹ I consultori familiari sono stati istituiti nel 1975, con la Legge 29 luglio 1975, n. 405.

² I primi 1000 giorni di vita del bambino corrispondono ai 2 anni di vita, nel conteggio infatti sono compresi anche i nove mesi di gravidanza.

inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (Regione Lazio, 2021); 2) i determinanti di salute, ovvero quei comportamenti protettivi o a rischio per la salute dei bambini, monitorati ogni tre anni dall'Istituto Superiore di Sanità (Istituto Superiore di Sanità, 2022).

Il programma di Promozione della Salute nei primi 1000 giorni comprende, tra le aree di intervento privilegiate: la promozione dell'allattamento naturale al seno, in alternativa a quello artificiale; la promozione della genitorialità responsiva; la promozione della partecipazione attiva dei padri al ruolo di cura; la prevenzione del disagio psichico perinatale, in particolare della depressione post-partum.

I determinanti di salute stimati dall'Istituto Superiore di Sanità consentono di definire gli interventi di promozione della salute psicofisica, da effettuare secondo diverse priorità. Nello specifico i comportamenti protettivi da assumere sono: assumere acido folico prima della gravidanza, non consumare tabacco e bevande alcoliche in gravidanza e allattamento, allattare naturalmente, evitare l'esposizione a schermi (cellulare, TV, ecc.) e favorire il rapporto diretto con il bambino, ad esempio attraverso la lettura precoce dei libri, posizionare correttamente il bambino in culla, effettuare le vaccinazioni, seguire le indicazioni di sicurezza in casa e in auto.

Sia nel programma dei primi 1000 giorni che nei determinanti è possibile individuare diversi comportamenti che i genitori dovrebbero assumere per il bene del neonato. Si tratta di comportamenti sui quali molto probabilmente siamo tutti d'accordo. Come psicologi tuttavia sappiamo anche che i comportamenti sono accompagnati dalle emozioni. Queste ultime, le emozioni dei neo genitori, in che modo sono prese in considerazione dalle organizzazioni sanitarie? Possiamo dire con certezza che la sanità è interessata alla compliance dei pazienti. Ma le emozioni, i vissuti dei pazienti, che posto occupano nel contesto sanitario?

Renzo Carli (2012) approfondisce questo tema evidenziando la rilevanza, per il mondo sanitario, della separazione tra comportamenti ed emozioni, tra fatti e vissuti. Il mondo sanitario si occupa dei comportamenti, dei fatti; resta aperto il problema del destino dei vissuti che caratterizzano l'esperienza dei neo genitori, dal momento che la soggettività dei pazienti e le loro emozioni non sono di pertinenza della scienza sanitaria.

Che fine fanno i vissuti? Spesso le neo madri se li tengono per sé, obbedendo con sacrificio alle prescrizioni sanitarie. Altre volte, quando i vissuti diventano inconciliabili con le proposte sanitarie, le pazienti più riluttanti interrompono il rapporto con i servizi.

È in questo ambito che si inserisce la funzione psicologica entro le strutture sanitarie e l'intervento sul percorso nascita. L'intervento psicologico è volto ad affiancare alla competenza sanitaria del trattare i fatti, la competenza psicologica del trattare i vissuti, condividendo sia con i neo genitori che con il personale sanitario (in particolare il personale ostetrico) strumenti di lettura per ridare senso alla relazione pazienti-proposte sanitarie.

L'intervento psicologico clinico

Tenendo a mente la nascita quale mandato istituzionale forte dei servizi consultoriali, di seguito resoconterò alcuni casi clinici trattati entro questo mandato.

Caso 1: Una madre non vive la gravidanza come una dolce attesa

Siamo in un corso di accompagnamento alla nascita. Nell'incontro rivolto a un gruppo di madri in gravidanza, presento il servizio psicologico consultoriale e lo faccio proponendo un setting che mi consenta di trattare i vissuti delle partecipanti, a partire dalle esperienze e le questioni da loro portate. So che la mia proposta crea una discontinuità rispetto al resto del corso che, invece, informa e consiglia. Spesso i primi interventi delle madri sono tesi a confermare l'emozione della "dolce attesa", un'emozione prescritta (Carli, 2020; SPS, 2024): vissuto nel quale ci si può sentire comode perché conformista rispetto a un'attesa sociale, ma anche vissuto che può generare conflitti nelle madri che non si ritrovano a provare quell'emozione tale e quale. Dopo questi primi contributi delle madri, intervengo per dare senso a quello che sta accadendo nel nostro rapporto proponendo, come criterio di lettura delle modalità relazionali portate dalle partecipanti, la differenza tra emozioni prescritte e vissute. Questo fa sì che subito dopo parli Giovanna: un vissuto che prima aveva taciuto ora può essere espresso. Ci dice che la sua non è proprio una dolce attesa, suo padre è deceduto da poco, in seguito a una malattia durata qualche mese. È triste e si sente in colpa per il bambino, sa che dovrebbe cercare

di tirarsi su, per il bene del figlio. Giovanna esprime un pensiero comune a molte, per cui l'ansia e i pensieri tristi possono portare a conseguenze negative che si riverberano sul feto: si tratta di un modo di pensare diffusosi a partire dagli anni '90, quando l'interesse per lo stato del feto crebbe grazie anche alle inedite possibilità offerte dal progresso tecnologico di avere immagini fetali tridimensionali (Piontelli, 2020). Giovanna non ha paura solo per il feto ma anche per lei: teme che il suo umore la possa portare a una depressione post-partum. La condivisione di questo vissuto sembra toglierla dall'isolamento nel quale si era cacciata. Anche le altre madri si sentono sollecitate a parlare. Maria confessa che all'inizio della gravidanza spesso ha pensato "chi me lo ha fatto fare". E' una donna molto giovane, l'unica nel cerchio delle sue amicizie ad aspettare un bambino; loro vanno ancora in discoteca, lei di certo non ci potrà più andare. Interviene Angela, precisando che nonostante i suoi 42 anni, anche lei ha pensato quel "chi me lo ha fatto fare". Ha speso una vita a formarsi, fare tirocini e lavoretti e ora che ha trovato il lavoro con la L maiuscola, anziché godersi un po' la vita si è fatta prendere dalla crisi dell'età che avanza. Con il compagno provano a cercare un figlio pensando che ci vorrà un po' di tempo, invece ci riescono al primo tentativo. In ciò che raccontano Maria e Angela è presente un'altra questione: diventare madre oggi non è più scontatamente una conferma della propria identità, è possibile vivere questo status con ambivalenza, talvolta può diventare un'esperienza anomica, ci si può anche pentire (Donath, 2016/2017). A quelli di Maria e Angela seguono altri interventi delle partecipanti che qui non riporto, accomunati dalla condivisione di vissuti non più silenziabili. Da parte mia intervengo per condividere il senso di ciò che accade, denaturalizzando la funzione materna e storicizzando i temi con i quali si stanno confrontando: il parto, la nascita e la maternità (Filippini, 2017; Foscati, 2023; Foscati, Gislou Dopfel, & Parmeggiani, 2017), così come demitizzando le rappresentazioni relative alla gravidanza e alla maternità, alle simbolizzazioni dei ruoli femminili e maschili. Tutto questo porta a cogliere i significati emozionali e relazionali della nascita, quale evento che può essere contestualizzato in una storia che non è uguale per tutte. Da parte loro le mamme si sentono sollevate nello scoprire che non sono prese da fisime indicibili, ma accomunate da vissuti iscrivibili in culture. Ad esempio quel "chi me lo ha fatto fare" trova senso in un contesto che vuole la madre onnipotente, sicura, senza dubbi e incertezze. Si tratta di quella figura ideale che nel sacrificio trova potere e controlla le relazioni sollecitando sensi di colpa. L'alternativa è riconoscere e perseguire desideri, a partire dal desiderio di pensare le emozioni che emerge nell'incontro.

Questo primo caso clinico richiama anche l'attenzione sulla depressione post-partum. Nella premessa dell'articolo ho detto che nei servizi sanitari deputati alla nascita si propongono screening diagnostici per individuare disturbi che si suppone possano incidere sulla salute dei figli. Tra gli strumenti più usati, somministrati alle madri, abbiamo le due domande di Whooley e l'EPDS, ovvero la scala per la depressione perinatale di Edinburgo, la Edinburgo Perinatal Depression Scale (Carpiniello, Pariante, Serri, Costa, & Carta, 1997).

Le due domande di Whooley vanno a verificare i sintomi fondamentali della depressione, l'umore depresso e l'anedonia e fanno parte di uno screening di primo livello. Nello specifico alle madri viene chiesto: 1) durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze? 2) durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?

Secondo le linee guida del NICE³, le domande di Whooley devono essere effettuate almeno una volta nell'arco della gravidanza e, successivamente, almeno una seconda volta, nel primo periodo post-partum.

La scala Edinburgo invece fa parte dello screening di secondo livello; è un questionario composto da 10 item, che individua lo stato psichico della madre nell'ultima settimana. Il cut off è individuato a 12, tuttavia spesso si preferisce utilizzare un cut off più basso, 9, nonostante possa includere falsi positivi, per essere certi di non trascurare donne a rischio di evoluzione psicopatologica.

Senza entrare troppo nello specifico degli strumenti, della diagnosi di depressione, della diagnosi differenziale (il baby blues, la psicosi puerperale) e dell'epidemiologia della depressione⁴, con questo breve cenno mi interessa evidenziare quanto la procedura dello screening, apparentemente chiara, si complessifica quando la mettiamo in rapporto al contesto nel quale si inserisce. Ancora una volta è utile ricordare che la diagnosi si inserisce sempre dentro una relazione. Quindi l'attenzione alle emozioni e a ciò che accade nel rapporto con le madri è fondamentale.

³ Il National Institute for Health and Care Excellence – Istituto Nazionale per la Salute e l'Eccellenza nella Cura, è un organismo che fa capo al Ministero della Salute nel Regno Unito (<https://www.nice.org.uk/>).

⁴ Un approfondimento del tema è presente nel Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità del 2016 dal titolo "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post-partum" (Istituto Superiore di Sanità, 2016).

Un secondo caso clinico illustrerà meglio ciò che intendo dire.

Caso 2: Una madre è a rischio di depressione post-partum o ha problemi da trattare?

Michela sta seguendo il corso di accompagnamento alla nascita, è quasi all'ottavo mese di gravidanza; in occasione di uno dei primi incontri del corso l'ostetrica le ha somministrato un questionario che, oltre alle due domande Whooley, contiene una serie di quesiti necessari ad approfondire il livello culturale e sociale, la presenza di una rete di supporto, precedenti richieste a servizi di salute mentale, le abitudini alimentari e in particolare l'uso di alcool (prevenzione sindrome feto-alcolica). A una delle due domande di Whooley, la signora ha risposto positivamente: precisamente ha detto che nell'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose. L'ostetrica, quindi, le ha proposto di fare un colloquio psicologico e lei si è dichiarata disponibile. La contatto telefonicamente e fissiamo un primo appuntamento. Ci incontriamo, mi presento e presento l'iniziativa del consultorio sulla prevenzione della depressione post-partum. Michela inizialmente è sulla difensiva, minimizza il problema riscontrato in fase di screening. Propongo un pensiero critico sul mandato che vuole donne in attesa, felici per natura e su quanto possa confliggere con le emozioni vissute veramente, quando non corrispondono all'aspettativa sociale. Michela parla della sua stanchezza, nei primi mesi ha avuto le nausee, poi ha preso tanto peso, ora la notte dorme poco, non vuole guidare la macchina e quindi sta quasi sempre a casa. Ha trascorso la gravidanza sottoponendosi a continui controlli ed esami medici. Michela porta una visione della gravidanza e del parto come esperienze a rischio per la salute sua e del bambino. Pensiamo insieme alla differenza tra rischio e pericolo: il rischio è il modo con il quale viviamo un pericolo. La sicurezza della gravidanza e del parto non sono un dato, ma costruzioni culturalmente specifiche (Biscaldi, Danna, & Quagliariello, 2023). Sui vissuti si può lavorare, intanto a partire dal legittimarsi a riconoscerli. A Michela viene in mente sua madre, più fatalista di lei, che la invita a prendere con filosofia i diversi fastidi dell'attesa. Una madre idealizzata, irraggiungibile. Concludiamo il colloquio ironizzando su alcuni luoghi comuni della gravidanza. In particolare sulla pelle, che tutti dicano diventi più bella e luminosa. Lei sente che la sua pelle è tirata, è diventata "gonfia come una zampogna". Prendiamo accordi per continuare a incontrarci settimanalmente fino al parto.

Come Michela, ho incontrato tante donne in gravidanza giunte da me su invito dell'ostetrica. Era il mio primo periodo di lavoro in consultorio. In questi colloqui sentivo la fatica di trattare la reticenza delle donne che, scoperte nella loro fragilità, si dovevano difendere. Successivamente ho riorganizzato la tempistica del servizio psicologico, per lavorare più utilmente. Ho anticipato l'incontro che propongo al gruppo di madri nell'ambito del corso di accompagnamento alla nascita, in modo tale da sviluppare una committenza a lavorare su questioni e vissuti. Attualmente il corso è composto da 11 incontri tenuti da diversi esperti. I primi tre, condotti dall'ostetrica, affrontano i temi del travaglio, del parto, del puerperio e dell'allattamento; parallelamente al trattare questi temi, l'ostetrica propone un lavoro di training autogeno sul corpo. In occasione di uno di questi incontri, l'ostetrica somministra il Woohley test, lo fa quando ha già creato un rapporto con le partecipanti al corso. Il quarto incontro è quello tenuto da me, e come già anticipato, propongo alle donne l'obiettivo di trattare le emozioni vissute nell'attesa di un figlio, confrontandosi a partire dalle proprie esperienze. In questo incontro non mi propongo come l'"esperto autorevole" che sa qual è il bene del paziente, ma creo un setting che consenta di intervenire sulla domanda delle madri, a partire dalla loro committenza. Contatto le madri intercettate dall'ostetrica per i Woohley positivi solo dopo aver effettuato questo incontro. Questa procedura nel tempo si è rivelata molto più funzionale. L'incontro nel corso consente di attribuire un significato contestualizzato e storicizzato al tono dell'umore depresso e alla mancanza di interesse rilevati con il Woohley, che andando al di là del puro elemento predittivo di una depressione post-partum, consente di lavorare sulle domande, di promuovere conoscenza sui problemi che le madri incontrano e di sviluppare competenze relazionali utili a trattare i problemi stessi. Questa modalità di gestire tale incontro, inoltre, ha fatto sì che altre madri mi stiano contattando a prescindere dagli esiti del Whooley, proprio perché hanno sviluppato una committenza rispetto al mio intervento: mi contattano per decisione propria, la richiesta di un colloquio psicologico può arrivare nel periodo che precede il parto oppure successivamente. Nel tempo le richieste dirette delle madri sono diventate più numerose di quelle motivate dal Woohley positivo.

Caso 3 – La bambina tiranna che rischia di sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio

Il terzo caso clinico riguarda una domanda che propone la questione della prevenzione del disagio psicologico del bambino e della competenza genitoriale.

Giulia è una neo madre che ha utilizzato ampiamente i servizi consultoriali: il corso di accompagnamento alla nascita, lo spazio allattamento e un gruppo psicologico che propongo con l'obiettivo di trattare le emozioni vissute dalle madri nel post-partum, dove ci si confronta a partire dalle proprie esperienze (i bambini hanno circa 2/3 mesi). Negli incontri con le altre neo mamme, Giulia porta le difficoltà vissute da lei e dal marito con la nascita della figlia. Fin dai primi giorni quest'ultima piangeva tanto e aveva le coliche. La pediatra pensando a un ipertono (tono muscolare eccessivo, rigido, duro) la invia al TSMREE (Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva) affinché si rivolga a una fisioterapista per effettuare una riabilitazione. Nel TSMREE viene visitata dalla neuropsichiatra infantile e viene avviato un intervento riabilitativo. Consigliati dalla fisioterapista, i genitori fanno fare alla bambina degli esercizi a casa. Seppure con fatica vanno avanti, sentendosi rassicurati dal fatto che la figlia non abbia problemi clinici di cui preoccuparsi. Il lavoro con il gruppo di neo mamme si conclude e negli ultimi due incontri lavoriamo sul senso di colpa che molte di loro vivono all'idea di lasciare i bambini alla baby sitter o al nido per l'imminente rientro al lavoro. Dopo circa un mese dalla fine del lavoro di gruppo, Giulia mi chiede un appuntamento individuale. È entrata in crisi in seguito a un'altra visita alla quale hanno sottoposto la figlia. Parallelamente al TSMREE, hanno chiesto un secondo parere a un servizio di neuropsichiatria infantile di un'azienda ospedaliera. Suo marito avrebbe lasciato perdere, ma lei ha insistito, quindi la bambina viene nuovamente valutata. Il neuropsichiatra infantile conferma la diagnosi e il trattamento riabilitativo, ma dice anche ai genitori che stanno sbagliando nell'educazione della figlia: sono troppo attaccati alla bambina e devono cercare di essere meno teneri con lei, farla piangere di più e prenderla meno in braccio. Li mette in guardia sulle possibili conseguenze di un atteggiamento così morbido; questa figlia, da lui oggi definita "bambina tiranna", potrebbe in futuro sviluppare un disturbo oppositivo provocatorio. Giulia si è informata su questo disturbo ed è molto preoccupata, non vuole parlarne con il TSMREE perché penserebbero che non si è fidata di loro. Inizierò a lavorare con Giulia a partire dalla motivazione che l'ha portata a chiedere un secondo parere. Sembra che sia la paura che questa bambina evoca in lei a farla sentire fragile e bisognosa di pareri. Dico "lei" perché pare che, invece, il marito, più fiducioso visti i piccoli progressi della figlia, non sia stato turbato dalle parole del neuropsichiatra. Giulia sta mettendo in discussione il suo rientro al lavoro, lo desidera tantissimo, visto che si tratta di un lavoro interessante sul quale ha molto investito, ma al tempo stesso si sente in colpa al lasciare una figlia così fragile nelle mani di qualcuno. Non pensava che l'esperienza della maternità l'avrebbe stravolta a tal punto. Lei che fa un mestiere di grande potere, eccola ora in balia del parere degli esperti. Giulia ha visto fallire il controllo sulla figlia, desiderava riprenderselo cercando conferme negli esperti, ma sembra che il progetto le si ritorca contro, non le rimane che sacrificarsi privandosi del lavoro per riprendersi questo potere. La psicoterapia con Giulia, iniziata sei mesi fa, è tutt'ora in corso, abbiamo esplorato cosa ha significato per lei diventare madre, come questa identità sia entrata in rapporto con quella di compagna e di donna che lavora e al potere che esercita nel lavoro stesso. Nel frattempo è tornata al lavoro e attualmente i problemi si sono riversati lì, non riesce a separarsene, se lo porta a casa e chiama i colleghi per verificare possibili rischi di scelte sulle quali in passato non avrebbe avuto alcun dubbio. Dopo una prima fase molto critica, sta iniziando a cogliere l'utilità di sviluppare rapporti di colleganza piuttosto che continuare ad agire in solitudine. Sembra che l'esperienza della maternità l'abbia portata a vedere utilmente i suoi limiti anche nel contesto lavorativo.

In questo caso si coglie quanto sia difficile oggi per i neo genitori avere fiducia nelle proprie competenze di cura dei figli. Su questo non è d'aiuto una parte della letteratura psicologica, quella che insiste nel guardare alla competenza genitoriale come a una caratteristica invariante della personalità, il genitore "base sicura" della teoria dell'attaccamento. Teoria che, perseguendo un'identità scientifica, nel passaggio dai primi studi inglesi di Bowlby a quelli successivi americani di Ainsworth e Main si è sempre più sottratta a una lettura del contesto e della relazione, facendo diventare l'attaccamento un fatto naturale e l'attaccamento sicuro la norma alla quale i genitori devono aspirare (Langher & Velotti, 2004). In questo lavoro mi riferisco alla competenza genitoriale pensandola invece come competenza culturale, quella che secondo Carli (2011) può venir meno in alcuni momenti della vita, come pure può essere facilitata dalle relazioni sia con il contesto familiare che con quello più allargato e dagli stimoli culturali prevalenti in uno specifico momento storico, soprattutto dalla cultura riferibile al ruolo di madre. Mi riferisco quindi a quella competenza che contempla limiti e relazioni, lontana

dalla funzione genitoriale vissuta persecutoriamente che si misura con neonati competenti, ai quali non sfugge nulla e con i quali non si può sbagliare.

Nel caso appena delineato si coglie anche una differenza tra i genitori nel rapportarsi alle difficoltà della figlia: la madre sembra più preoccupata e dipendente dal parere dell'esperto, il padre appare più fiducioso sugli sviluppi della neonata.

Una parte della letteratura, quella che fa riferimento al modello di intervento psicologico individualista e centrato sui comportamenti, vorrebbe madri sicure del proprio ruolo e padri in crisi. Padri da informare e consigliare, affinché siano capaci di supportare le madri⁵. Padri che potrebbero, come le madri, sviluppare una depressione post-partum (Gatti, 2020).

Un'altra parte della letteratura, quella che si riferisce al modello a cui in questo articolo si fa riferimento, di intervento psicologico relazionale centrato sui vissuti, scopre che i padri sono più fiduciosi delle madri sulla possibilità che la nascita, seppure portatrice di profondi cambiamenti, permetterà loro di riorganizzarsi; al contrario, a essere più in crisi sembrerebbero le madri, perché chiamate all'assunzione di un ruolo totalizzante che rende incerto il ripristino di una quotidianità dove, oltre al rapporto col nuovo nato, sarebbe auspicabile che continuino a essere presenti il rapporto di coppia, il lavoro e gli amici. Questi studi evidenziano quanto per i padri la sanitizzazione della nascita sia molto meno incidente. I padri hanno una socialità variegata, fatta di parenti, amici, rapporti sociali; ci sono anche le indicazioni sanitarie con il loro carico prescrittivo, ma hanno meno rilevanza rispetto a quella che danno loro le madri (SPS, 2021, 2022).

Caso 4: Dare voce al silenzio dei padri

I servizi sanitari che si occupano del percorso nascita hanno per anni ignorato i padri⁶ e quando li hanno iniziati a contemplare, lo hanno fatto limitandosi a pensarli come supporto per le madri. È difficile per questi padri assumere una funzione diversa da quella satellitare. Eppure una letteratura, minoritaria, che ha esplorato i loro vissuti, individua anche la presenza di una cultura dei "nuovi padri", quelli che stanno assumendo funzioni di cura un tempo esclusive della madre.

Nel corso di accompagnamento alla nascita all'inizio incontravo i padri insieme alle madri, una presenza esigua, spesso silente o comunque espressiva della posizione di chi deve regolare le emozioni della partner, normalizzandole.

Per facilitare l'espressione dei vissuti dei padri ho poi ipotizzato una differente organizzazione: da un unico incontro rivolto a madri-padri, sono passata a tre incontri rivolti rispettivamente alle madri, ai padri e alle coppie. In tutti e tre gli incontri propongo un setting che mi consenta di trattare i vissuti dei partecipanti a partire dalle esperienze e questioni da loro portate.

Questa proposta mette in discussione l'assunto che il ruolo del padre sia quello di supporto alle stravaganze della partner, durante la gravidanza e nei primi mesi di vita del neonato. Il padre che può dire come sta, sembra essere, per ora, solo quello a rischio di depressione. Ricordo ancora che la letteratura sui neo padri ci dice che anche loro possono avere la depressione post-partum. Sembrerebbe che l'unico modo per legittimare una domanda dei neo padri sia trattarli come le neo madri.

Tornando al corso di accompagnamento alla nascita, durante gli incontri quasi sempre i padri si presentano associando al loro nome quello della loro compagna/moglie; le madri non lo fanno mai, semmai lo associano a quello del figlio/a. Spesso faticano a portare i propri vissuti e liquidano la proposta dicendo che "va tutto bene", quasi a voler confermare lo stereotipo dell'"uomo tutto d'un pezzo". Non appena inizio a fargli notare cosa sta accadendo nel qui e ora della nostra relazione e quanto quel qui e ora parli di una cultura che vuole

⁵ Nel programma di Promozione della Salute nei primi 1000 giorni una delle aree di intervento privilegiate è la promozione della partecipazione attiva dei padri al ruolo di cura. Nel Progetto Europeo 4E-PARENT (2023-2024), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, tale promozione è vista come strumento utile a prevenire la violenza maschile (Istituto Superiore di Sanità, 2024).

⁶ La nascita, la crescita e l'evoluzione dei consultori familiari è strettamente intrecciata da un lato con la storia delle donne, dei loro movimenti, del loro ruolo nella famiglia e nella società e dall'altro con i mutamenti, anche profondi, intervenuti nella gestione dei servizi sanitari e sociali dalla metà degli anni Settanta in poi. A quasi 50 anni dalla nascita dei consultori, nonostante il mandato sociale degli stessi (ovvero la cultura di riferimento individuabile tramite storia, leggi, letteratura, finalità perseguibili) sia profondamente cambiato e l'uomo non sia più percepito come qualcuno da cui difendersi, questi servizi rimangono prevalentemente rivolti alle donne (Grandolfo, 2002).

padri forti, capaci di supportare madri deboli, iniziano ad aprirsi degli spazi in cui è possibile portare qualche domanda. Nominano vissuti di timore circa l'imprevedibilità, tanto del rapporto di coppia e della propria partner, quanto del bambino. Sembra che la paura del bambino si manifesti anche in un dubbio spesso espresso come "continuerò a esistere per la mia partner?" Alcuni padri condividono la paura per l'imprevedibilità che il bambino porta con sé, in rapporto alla quale sentono di non poter intervenire essendo impegnati nel lavoro. Il congedo lavorativo è vissuto dai padri come un'opportunità a loro negata. L'organizzazione sociale vede attribuita ai padri la funzione produttiva e alle madri la funzione riproduttiva, con vissuti di indispensabilità in entrambe le figure: la madre nei confronti del bambino e il padre nei confronti del lavoro.

Insieme alle paure portano anche fantasie sul futuro di padri: alcuni condividono vissuti di curiosità e gioia nel pensare il rapporto col figlio, immaginano il modello educativo che proporranno dal loro ruolo di padri e lo mettono anche in rapporto al proprio padre (modello da cui alcuni desiderano discostarsi). A differenza delle madri - più concentrate sulla gravidanza, il parto e il post parto – che portano un vissuto di sacrificio legato alla maternità, i padri, al contrario, sono proiettati sul futuro e continuano a tenere a mente il desiderio di genitorialità.

Conclusioni

In questo lavoro mi sono posta un duplice intento. Da una parte esplorare i rischi che l'atto diagnostico può produrre se non è messo in rapporto al contesto di riferimento, soprattutto in una fase di vita dove si assiste a una riorganizzazione emozionale delle persone implicate nel processo nascita-genitorialità. Dall'altra evidenziare l'utilità di una funzione psicologica che renda possibile stare in rapporto ai neo genitori, dare voce alla soggettività, pensare le emozioni in una prospettiva di sviluppo del rapporto madre-padre e figlio/a, integrandosi con gli interventi degli altri esperti. Così inteso l'intervento psicologico non si pone l'obiettivo di presidiare il controllo sulle condotte materne e paterne, attraverso azioni di individuazione diagnostica delle emozioni negative, quelle che possono informare di un discostamento da uno stato di normalità predefinito, potenzialmente dannoso per la crescita del nuovo arrivato. Così inteso l'intervento psicologico si pone invece l'obiettivo di pensare e socializzare le emozioni legate alla genitorialità, di recuperare desideri per sviluppare un rapporto con l'esterno soddisfacente, alternativo alla costrizione passivizzante vissuta soprattutto dalle madri entro dinamiche obbliganti e controllanti.

L'intervento psicologico rivolto ai neo padri è una linea di attività complessa, in costruzione, da esplorare e sviluppare ulteriormente. Nella nostra cultura, così come nei servizi deputati alla nascita, le madri ricevono molte più attenzioni dei padri. Questo favorisce l'idea che debba essere la donna ad occuparsi di tutto, alimentando una cultura "dell'indispensabilità", che dà potere e, al contempo, crea solitudine. Quel potere sul figlio di cui ci si appropria per compensare la perdita che si sente di subire negli altri campi (lavoro, amicalità, coppia). I padri ricevono meno attenzioni e sono più liberi da quella normatività prescritta alle madri dell'essere "capaci per natura". Sono anche più lontani dalla cultura sacrificale che fatica a vedere limiti, in un'epoca dove le soglie della normalità si abbassano sempre di più per inseguire una prevenzione che non ha confini. Sono quindi più a contatto con i limiti di realtà e, conseguentemente, con il desiderio. I consultori familiari, proponendo servizi psicologici rivolti ai padri, investirebbero sullo sviluppo di rapporti familiari e sociali soddisfacenti, a patto che diventino capaci di fare proposte alternative a quelle di intervento sui potenziali deficit dei padri (depressione post-partum, violenza) o di correzione dei loro comportamenti (assenza e mancanza di collaborazione).

Bibliografia

Biscaldi, A., Danna, D., & Quagliariello, C. (2023). *Nella pancia delle donne. Prospettive socio-antropologiche sulla gravidanza nella società globale* [In womens' womb. Socio-anthropological pregnancy prospects in global society]. Milano: Ledizioni.

Carli, R. (2011). Divagazioni sull'identità [A digression on identity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale [Hospital Traineeship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2020). *Vedere, leggere, pensare emozioni: Pagine di psicoanalisi* [Seeing, reading, thinking about emotions: Pages of psychoanalysis]. Milano: Franco Angeli.
- Carpiniello, B., Pariante, C.M., Serri, F., Costa, G., & Carta, M.G. (1997). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Italy. J Psychosom Obstet Gynecol*, 18, 280-5
- Decreto del commissario ad acta, 12 Maggio 2014, n. U00152. “Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: Ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consultori Familiari regionali” [Decree of the Commissioner ad acta, 12 May 2014, n. U00152. Network for Women’s, Couples and Children’s Health: Redefinition and reorganization of the functions and activities of the regional family counseling centers]. Retrieved from https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/DCA-U00152_12-05-2014.pdf
- Donath, O. (2017). *Pentirsi di essere madri. Storie di donne che tornerebbero indietro. Sociologia di un tabù* [Regret being mothers. Stories of women who would come back. Sociology of a taboo] (S. Placidi, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 2016).
- Duden, B. (2006). *I geni in testa e il feto in grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne*. [Genes in head and fetus in womb. Historical view of women’s bodies] (D. Gorreta & C. Spinoglio, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 2002).
- Filippini, N.M. (2017). *Generare, partorire, nascere. Una storia dall’antichità alla provetta* [Pregnancy, Delivery, Childbirth. A Gender and Cultural History from Antiquity to Test Tube]. Roma: Viella.
- Foscati, A. (2023). *Le meraviglie del parto: Donare la vita tra Medioevo ed Età moderna* [Wonders of childbirth: Giving life between Middle and Modern Ages]. Torino: Einaudi.
- Foscati, A., Gislou Dopfel, C., & Parmeggiani A. (2017). *Nascere: Il parto dalla tarda antichità all’età moderna* [Birth: childbirth from late Antiquity to Modern Age]. Bologna: Il Mulino.
- Gatti, A. (2020). *Depressione post-partum paterna: Riconoscerla e trattarla* [Paternal post-partum depression: Recognizing and treating it]. Retrieved from <https://www.ipsico.it/news/depressione-post-partum-paterna-riconoscerla-e-trattarla/>
- Gauchet, M., (2011). *Il figlio del desiderio. Una rivoluzione antropologica* [The son of desire. An anthropological revolution] (D. Frontini, Trans.). Milano: Vita e Pensiero (Original work published 2010).
- Grandolfo, M. (2002). *I Consultori Familiari tra innovazione e tradizione* [Family Clinic between innovation and tradition]. Istituto Superiore di Sanità. Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it/consultori/pdf/consultori.pdf>
- Istituto Superiore di Sanità (2016). *Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum* [Prevention and early intervention for risk of post partum depression]. Retrieved from https://www.iss.it/documents/20126/1773424/DEF_Rapporto_Istisan_DPP.pdf/243364ab-8dad-f20a-06b5-0ddd026e55e4?t=1576435190387
- Istituto Superiore di Sanità (2022). *Sorveglianza bambini 0-2 anni: Indagine 2022* [Surveillance of children aged 0-2: Survey 2022]. Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022>

- Istituto Superiore di Sanità (2024). *Salute Materno Infantile: 4E-PARENT, il progetto europeo sul coinvolgimento dei padri* [Maternal and Child Health: 4E-PARENT, the European project on fathers' involvement]. Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it/materno/4E-parent>
- Legge 27 agosto 1975, n. 227. “Istituzione dei consultori famigliari” [Law of 27 August, n. 227. Setting up of the family counseling centres]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1975/08/27/227/sg/pdf>
- Langher, V., & Velotti, P. (2004). *La teoria dell'attaccamento. È possibile discuterne?* [Attachment theory. Is it possible to discuss?]. Roma: Kappa.
- Piontelli, A. (2020). *Il culto del feto: Come è cambiata l'immagine della maternità* [Cult of the fetus: How the image of motherhood has changed]. Milano: Raffaello Cortina.
- Regione Lazio (2021). Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021 – 2025 [Approval of the Regional Prevention Plan (PRP) 2021-2025]. Retrieved from https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/Lazio/DGR_970_del_2021_e_PRP_2021-2025.pdf
- SPS Studio di Psicosociologia (2021). 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.
- SPS Studio di Psicosociologia (2022). Neo padri: Una ricerca sul vissuto, circa il loro ruolo di padri, di uomini che hanno avuto un bambino da poco [New fathers: A research study on the emotional experiences, about their role as fathers, of men whom a child was born to recently]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 10 (2), 19-43. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>
- SPS Studio di Psicosociologia (2024). La costruzione dell'identità a partire da culture della femminilità, della mascolinità, della famiglia, della nascita: Alcune considerazioni e 34 vignette cliniche [The construction of identity starting from the cultures of femininity, masculinity, family and birth: Some considerations and 34 clinical vignettes]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11 (2), 97-121. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>