

Genitorialità: dai fattori critici ai percorsi di transizione - II. una ricerca esplorativa

di Emanuela Saita, Sara Molgora, Valentina Fenaroli*

Abstract

Il lavoro fa seguito a “Genitorialità: dai fattori critici ai percorsi di transizione - I. Orientarsi nella ricerca”, pubblicato dalla *Rivista di Psicologia Clinica* (2010). Si focalizza sulla coppia e sulla fase che segna il passaggio dalla coniugalità alla genitorialità: l'attesa e la nascita di un figlio. Vengono identificati e proposti degli specifici percorsi di transizione, i fattori di rischio e le risorse assumendo una prospettiva relazionale. Vengono presentati e discussi i risultati di alcune analisi qualitative relative ad una intervista congiunta condotta in tre differenti tempi di rilevazione: prima del parto (7-8 mesi di gravidanza) e dopo il parto (rispettivamente 4-6 settimane e 4-6 mesi dopo il parto). Viene presentata e discussa l'intervista clinica utilizzata e costruita ad hoc per le differenti fasi della ricerca.

Parole chiave: genitorialità, fattori_critici, percorsi_prototipici, intervista_clinica.

Introduzione

Il presente contributo fa seguito ad un precedente lavoro pubblicato su questa Rivista in cui sono state trattate le principali questioni teoriche e le evidenze empiriche più significative circa il tema della transizione alla genitorialità, a partire da una rassegna della letteratura nazionale ed internazionale (Molgora, Saita & Fenaroli, 2010). All'interno della riflessione sulla natura dei legami e sull'interconnessione tra le molteplici variabili implicate in questa transizione trova origine la ricerca che qui presentiamo e che si focalizza sulla coppia nel suo divenire famiglia. È infatti ampiamente riconosciuto come il passaggio dalla coniugalità alla genitorialità rappresenti una fase cruciale non solo nella vita dei singoli individui, ma anche nella vita di una coppia: l'attesa di un figlio e il suo arrivo richiedono un complesso lavoro di riorganizzazione della relazione diadica, i cui esiti possono essere assai differenti. In altre parole, il processo che porta a diventare genitori non costituisce affatto un'esperienza univoca, quanto piuttosto un passaggio complesso ed articolato che può assumere differenti configurazioni.

In tale prospettiva, la nostra attenzione è rivolta alla comprensione delle modalità con cui la coppia affronta questo cambiamento, nel tentativo di identificare dei *percorsi di transizione*. Nello specifico, lo scopo è quello di individuare i fattori di rischio e le risorse, indagando non tanto il piano individuale, quanto quello interpersonale-relazionale. Tale scelta è stata motivata da un *vacuum* presente in letteratura. Infatti, sebbene molto sia stato detto sull'evento nascita, la ricerca ha spesso privilegiato una prospettiva monodirezionale, scegliendo, di volta in volta, il punto di vista del bambino, della madre, del padre. Tuttavia la natura stessa dell'evento è relazionale, il parto è impossibile senza una seppur minima attività di collaborazione ed il contributo di soggetti diversi: la madre che destina il suo corpo a contenere, è il luogo in cui il feto-bambino può svilupparsi e prepararsi per essere dato al mondo in un momento in cui ha luogo un primo

* Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano. Università Cattolica del Sacro Cuore, via Nirone 15, 20123 Milano. Tel: 02.72345932. E-mail: emanuela.saita@unicatt.it

“distacco”; il padre che, attraverso l'accoglienza ed il riconoscimento, offre al figlio diritto di appartenenza alla famiglia e alla comunità; il bambino che “è” rispetto ai suoi genitori e fin dal principio si pone attivamente entro la relazione, trasformando la coppia in famiglia.

Riconosciuta la natura dell'oggetto parto, diviene necessario dirigere metodologicamente l'attività conoscitiva ad esso relativa; attività che deve privilegiare dunque gli aspetti relazionali, focalizzando l'indagine sia sui momenti nodali che caratterizzano questo cambiamento (gravidanza, parto, primo periodo con il bambino), sia sugli elementi che diversificano i processi di sviluppo (accordi, divergenze, conflitti).

Metodologia

I risultati presentati in questo contributo sono stati ottenuti nell'ambito di un progetto di ricerca più ampio che stiamo conducendo presso l'Università Cattolica di Milano; tale progetto è caratterizzato da un impianto longitudinale e multi metodologico che prevede l'utilizzo di strumenti sia qualitativi che quantitativi secondo i principi, ormai consolidati, della “triangolazione metodologica”¹ al fine di incrementare e rafforzare la validità della ricerca.

In questo contributo presenteremo i risultati preliminari di alcune analisi qualitative relative ad un'intervista congiunta condotta in tre differenti tempi di rilevazione: uno prima del parto (7-8 mesi di gravidanza) e due dopo il parto (rispettivamente 4-6 settimane e 4-6 mesi dopo il parto).

I soggetti

I soggetti della ricerca sono 30 coppie genitoriali in attesa del primo figlio², contattate durante i corsi di accompagnamento alla nascita presso alcuni consultori e strutture ospedaliere della Lombardia³. In tutti i casi i partner sono coniugati o conviventi e in nessun caso la gravidanza e/o il parto hanno presentato particolari problemi e/o complicazioni.

L'età media delle donne è di 32.5 anni (D.S. = 4.9), mentre l'età media degli uomini è di 34.3 anni (D.S. = 4.5). Dal punto di vista socio-professionale, la maggior parte delle madri (73.1%) e dei padri (85.2%) ha un livello di istruzione medio-alto (diploma di scuola superiore o laurea); i soggetti svolgono per lo più una professione impiegatizia (50% delle madri e 37% dei padri).

Ciascuna coppia, come detto, è stata incontrata in tre diversi momenti; il primo incontro è avvenuto nel contesto del servizio pubblico nel quale le coppie sono state reperite e contattate, mentre gli incontri successivi si sono svolti presso l'abitazione privata di ciascuna coppia.

Gli strumenti

Ad ogni coppia e in ognuno dei tre tempi di rilevazione sono stati somministrati diversi strumenti. In questa sede ci focalizziamo esclusivamente sull'*intervista clinica*. Si tratta di un'intervista semi-strutturata costruita *ad hoc* in differenti versioni, per le diverse fasi della ricerca, e somministrata in

¹ Per triangolazione metodologica s'intende l'integrazione di metodi e tecniche differenti, all'interno dello studio di un medesimo oggetto/fenomeno. La metafora è mutuata dal linguaggio militare navale, dove con essa si rimanda all'utilizzo di punti di riferimento multipli per definire l'esatto posizionamento di un oggetto. Alla base del principio della triangolazione sta la convinzione che nessun metodo di misurazione e di analisi sia, di per sé, sufficiente a rilevare un costrutto nella sua complessità (Cardano, 2003).

² La letteratura e l'esperienza clinica ben sottolineano come la nascita del *primo* figlio segni un passaggio del tutto peculiare nella vita di una coppia, richiedendone una vera e propria ridefinizione, attraverso la costituzione di un'alleanza genitoriale, che sappia affiancarsi – e non sostituirsi – a quella coniugale. Focalizzare l'attenzione su tale fase del ciclo di vita della famiglia (piuttosto che sulla nascita del secondo figlio, ad esempio) pensiamo possa costituire una prospettiva privilegiata nello studio dei fattori maggiormente coinvolti nel processo della genitorialità.

³ In particolare, la collaborazione è avvenuta con le seguenti strutture: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia, Ospedale Civile di Legnano (MI), Ospedale di Carate Brianza (MI), Consultorio Familiare Integrato Asl di Cremona, Ospedale San Raffaele (MI).

forma congiunta ai partner da parte di una coppia di ricercatori. Ciascuna versione dell'intervista indaga diverse aree tematiche cruciali, individuate sia attraverso l'analisi della letteratura sul tema, sia sulla base dell'Intervista Clinica Generazionale (Cigoli & Tamanza, 2009). Vediamole brevemente.

La prima versione (fase 1) tratta le seguenti aree tematiche: la reazione alla notizia dell'attesa di un figlio; l'andamento della gravidanza; la rappresentazione del momento del parto; le aspettative circa i primi mesi con il bambino; la qualità della relazione di coppia⁴.

La seconda versione (fase 2) approfondisce i seguenti temi: il rapporto con il neonato e lo stile di vita quotidiano adottato dopo il suo arrivo; la presenza di supporto durante il parto e nel periodo successivo; la relazione di coppia, sia in termini generali di soddisfazione, sia in termini specifici di impegno, ridefinizione dei ruoli, responsabilità, coesione.

La terza versione dell'intervista (fase 3), infine, indaga le seguenti dimensioni: l'adattamento alla nuova situazione familiare e la capacità di riconoscimento dei cambiamenti avvenuti; il rapporto con il bambino; la presenza di sostegno nella gestione del bambino; la qualità della relazione di coppia con riferimento soprattutto alla capacità di integrare la dimensione coniugale con quella genitoriale.

Analisi dei dati

Le interviste sono state audio registrate e in seguito integralmente trascritte. Il verbatim è stato codificato ed analizzato mediante il software di analisi testuale ATLAS.ti⁵.

Nello specifico, per ciascuna delle aree indagate sono stati messi a punto dei codici sia a partire dalla cornice teorica di riferimento, sia attraverso la lettura di alcune interviste nell'ottica, propria di questa metodologia di ricerca, di "lasciar parlare i dati". In particolare, è stato elaborato un sistema di categorizzazione gerarchico in cui differenti codici sono ricondotti a categorie più ampie e con un maggior livello di astrazione, definite, per utilizzare il linguaggio proprio del software, *super codes*. Si è scelto di operare una codifica per *temi narrativi* (Chiarolanza & De Gregorio, 2007), ovvero di applicare i codici a porzioni di testo che – a prescindere dalla dimensione dell'estratto – esprimano un nucleo concettuale in sé e per sé concluso⁶.

Successivamente tre giudici indipendenti hanno codificato dieci interviste pilota e ciò ha portato alla ridefinizione e sistematizzazione del sistema di codifica iniziale. Vediamo allora la griglia di codifica nella sua versione definitiva, partendo dall'intervista della fase 1.

Il sistema di codifica

Le categorie ("super codes") identificate per l'intervista svolta durante la gravidanza sono otto; sei categorie riguardano il contenuto delle risposte e rimandano alle aree tematiche indagate; due categorie qualificano aspetti inerenti la modalità con cui le risposte sono date, cioè forme implicite del discorso, probabilmente meno soggette al controllo della ragione e, dunque, meno consapevoli.

Le categorie di questa fase e i rispettivi codici sono:

- la *disposizione verso la gravidanza*, codificata sia in termini di aspettative (attesa o inattesa) sia in termini di accettazione (accettata o non accettata);

⁴ Come si può osservare, si tratta di aree tematiche piuttosto ampie e ciò al fine di favorire il libero racconto, nonché il dialogo e lo scambio sia con i ricercatori, sia tra i partner. Tale scelta metodologica si applica anche alle interviste condotte nelle altre fasi della ricerca.

⁵ Si tratta di un software per l'analisi qualitativa di grandi porzioni di dati testuali, audio, visivi e grafici, basato sulla "Grounded Theory" (Glaser & Strauss, 1967), che consente il processo di codifica e di recupero dei dati e facilita l'elaborazione di modelli teorici sottostanti ai dati stessi, attraverso l'individuazione di nessi logici tra i codici emersi (Muhr, 2004).

⁶ Secondo questa logica, ogni porzione di testo codificata (chiamata *quotation* nel linguaggio di ATLAS.ti) può essere costituita da diversi paragrafi, oppure essere rappresentata da una sola parola, qualora essa appaia densa di significato per gli obiettivi della ricerca (Chiarolanza & De Gregorio, 2007).

- il *processo della gravidanza*, codificato come favorevole e senza problemi o come sfavorevole e con problemi;
 - i *cambiamenti in gravidanza*, descritti come normali e accettabili, come traumatici, oppure come assenti o non riconosciuti;
 - la *rappresentazione del parto*, evento immaginato in modo realistico, idealizzato (ad esempio un parto senza dolore), pessimistico (ad esempio si pensa che tutto andrà male) e infine “evitato” (ossia, i soggetti dichiarano la propria incapacità a immaginare l’evento parto);
 - le *aspettative circa il post-partum*, dominate da incertezza (espressa ad esempio dall’idea di compiere un vero e proprio “salto nel vuoto”), da timori intimi (paure personali, ad esempio di non riuscire a comprendere il bambino), da timori esterni (paure riferite a difficoltà del contesto sociale attuale), da curiosità (espressione del desiderio di scoprire come sarà il neonato ed il rapporto con lui);
 - il *supporto*, codificato in prima istanza come presente/riconosciuto oppure assente/non riconosciuto; se riconosciuto se ne considera anche la tipologia (emotivo o pratico) e la fonte prevalente dalla quale lo si riceve (il partner, la famiglia di origine, la rete amicale, i servizi);
 - la *dimensione della coniugalità*, cioè la presenza o meno del cosiddetto “sentimento del noi” (declinato come uso della prima persona plurale nei discorsi degli intervistati);
 - l’*apertura al terzo*, ovvero la presenza o meno di riferimenti spontanei ed espliciti al nascituro quale indice dell’esistenza di uno spazio mentale per il bambino ancor prima della sua nascita.
- Le categorie *disposizione verso la gravidanza*, *processo della gravidanza*, *cambiamenti in gravidanza* e *rappresentazione del parto* si compongono di codici mutuamente esclusivi; le categorie *aspettative circa il post partum* e *supporto* prevedono invece la possibilità di attribuzione di più codici. Inoltre, le ultime due categorie (*dimensione della coniugalità* e *apertura al terzo*) riguardano lo stile narrativo dei partner più che alcuni specifici contenuti rispetto ai quali risultano trasversali⁷.
- Le categorie individuate per l’intervista svolta nella seconda fase della ricerca sono sette; cinque riguardano il contenuto delle risposte e rimandano alle aree tematiche indagate, le ultime due qualificano aspetti inerenti la modalità con cui le risposte sono fornite. Esse sono:
- il *confronto tra parto reale e parto atteso*: il parto può essere descritto come un evento che si è svolto nel modo previsto, in modo migliore oppure peggiore di quanto atteso;
 - il *rapporto con il neonato*, che può essere descritto prevalentemente nei termini di soddisfazione (legata alla possibilità di conoscersi progressivamente e reciprocamente), fatica fisica (ad esempio connessa alla mancanza di sonno), fatica emotiva (legata, ad esempio, alla consapevolezza di provare emozioni ambivalenti verso il figlio, che a volte è fonte di rabbia, di frustrazione, ecc.), paura e angoscia rispetto alla mancanza di conoscenze e competenze (il non sapere cosa fare quando il bambino piange, la paura di non saper cogliere in modo adeguato i suoi bisogni, ecc.);
 - i *cambiamenti conseguenti la nascita del bambino*, sempre riconosciuti in questa fase, sono descritti come normali e naturali, come particolarmente destabilizzanti ma transitori, oppure come traumatici;
 - il *supporto*, codificato in modo analogo all’intervista condotta in fase 1;

⁷ Nel caso di codici mutuamente esclusivi l’utilizzo di uno dei codici esclude la possibilità che siano attribuiti al testo anche altri codici appartenenti alla stessa categoria; il codice “*gravidanza attesa*”, ad esempio, esclude l’attribuzione del codice “*gravidanza inattesa*”. Diversamente per le categorie *aspettative circa il post partum* e *supporto* è contemplata la possibilità di attribuire più codici contemporaneamente; quanto alle aspettative circa il post-partum, ad esempio, la coppia può riferire sia “*curiosità*”, che “*timori interni*” o “*timori esterni*” e così via. In ogni caso, per tutti i codici relativi al contenuto delle risposte il nostro interesse è rivolto alla presenza-assenza di un codice e non a quante volte uno stesso tema sia trattato all’interno del testo (cioè alla frequenza dei codici). Infine, rispetto alle ultime due categorie relative allo stile narrativo, si è invece scelto di prestar attenzione alla frequenza con cui tali categorie ricorrono nel testo. Nello specifico per quanto riguarda la *dimensione della coniugalità*, abbiamo individuato la presenza del cosiddetto “sentimento del noi” se l’uso della prima persona plurale nei discorsi degli intervistati è superiore o uguale all’uso della prima e della seconda persona singolare; per quanto riguarda l’*apertura al terzo* abbiamo considerato significativa la presenza di almeno tre riferimenti spontanei ed espliciti al nascituro, inoltre tale riferimenti non debbono essere inferiori al 10% del totale delle proposizioni discorsive.

- la *relazione di coppia*, descritta come stabile, come realtà che si è consolidata grazie alla nascita del figlio, come un'intesa in declino a causa delle difficoltà nella gestione del figlio;
- la *dimensione della coniugalità*, codificata in modo analogo all'intervista condotta in fase 1;
- la *responsabilità di coppia*, che implica la presenza di riferimenti spontanei alla consapevolezza dell'impegno e del nuovo ruolo assunto.

Le categorie *confronto tra parto reale e parto atteso*, *cambiamenti conseguenti la nascita del bambino*, *relazione di coppia*, *responsabilità di coppia* sono mutuamente esclusive; le categorie *rapporto con il neonato* e *supporto* prevedono la possibilità di attribuire più codici.

Infine, le categorie individuate per l'intervista svolta dopo qualche mese dalla nascita del bambino sono otto; sei categorie rinviano al contenuto delle risposte, le ultime due ad aspetti inerenti la modalità con cui le risposte sono date. Le categorie di questa fase e i rispettivi codici sono:

- il *rapporto con il bambino*, i *cambiamenti* e la *relazione di coppia*, codificati in modo analogo all'intervista condotta in fase 2;
- il *supporto* e la *dimensione della coniugalità*, codificate in modo analogo alle interviste condotte in fase 1 e 2;
- lo *stile di adattamento* alla nuova situazione familiare, ovvero se e quanto la coppia riconosce e mette in luce elementi di positività e/o di criticità all'interno del proprio legame, dopo la nascita del bambino;
- la *divisione dei ruoli genitoriali*, cioè se e quanto i partner fanno riferimento a una suddivisione netta (o rigida) dei ruoli, con l'eventuale prevalenza di un'unica figura genitoriale, oppure percepiscono la cura del figlio come un compito condiviso;
- l'*alleanza cogenitoriale*, relativa alla capacità dei partner di valorizzare ed esprimere solidarietà verso il ruolo materno/paterno del partner, manifestando consenso, coesione e riconoscimento anziché antagonismo, conflittualità, incoerenze e squalifiche.

Le categorie *cambiamenti*, *relazione di coppia*, *stile di adattamento*, *divisione dei ruoli genitoriali*, *alleanza cogenitoriale* sono mutuamente esclusive; le categorie *rapporto con il bambino* e *supporto*, analogamente alla fase 2, prevedono la possibilità di attribuzione di più codici.

Il sistema di codifica definitivo è sinteticamente riportato nella Tabella 1; come si può osservare alcune categorie sono specifiche per ciascuna fase della ricerca, mentre altre sono trasversali e compaiono nelle analisi delle diverse versioni dell'intervista.

Tabella 1. Super codes delle interviste

Fase 1 – gravidanza	Fase 2 – 4/6 settimane dal parto	Fase 3 – 4/6 mesi dal parto
Disposizione gravidanza	Parto reale versus atteso	
Processo gravidanza	Rapporto con neonato	Rapporto con il bambino
Cambiamenti	Cambiamenti	Cambiamenti
Rappresentazione parto	Relazione di coppia	Relazione di coppia
Supporto	Supporto	Supporto
Coniugalità (“noi”)	Coniugalità (“noi”)	Coniugalità (“noi”)
Aspettative post-partum	Responsabilità di coppia	Divisione dei ruoli
Genitorialità (“terzo”)		Alleanza cogenitoriale Stile di adattamento

Esplorare la transizione alla genitorialità: quali possibili passaggi?

I temi salienti

A seguito della messa a punto del sistema di codifica, così come presentato nel paragrafo precedente, il primo passo è stato quello di individuare, per ciascun momento della transizione, i *super codes* più caratteristici; la rilevanza è data non tanto dalla percentuale di presenza nelle trenta interviste considerate, quanto dal loro costituire punti di snodo o questioni critiche, in altre

parole tali *super codes* si palesano come elementi di differenziazione entro le traiettorie di transizione.

È stato così possibile porre il focus delle analisi su un numero limitato di categorie, individuando per ciascuna fase solo quelle particolarmente utili a cogliere le specificità dei percorsi, e dunque delle storie familiari.

In particolare, sono risultate rilevanti le categorie riportate in Tabella 2.

Tabella 2. *Super codes rilevanti per la “differenziazione” delle traiettorie nelle interviste*

Fase 1 – gravidanza	Fase 2 – 4/6 settimane dal parto	Fase 3 – 4/6 mesi dal parto
Disposizione gravidanza	Rapporto con neonato	Rapporto con il bambino
Aspettative post-partum	Cambiamenti	Cambiamenti
Supporto	Relazione di coppia	Relazione di coppia
Genitorialità (“terzo”)		

Come si può osservare, nel periodo che precede il parto sono quattro i *super codes* risultati rilevanti: innanzitutto la *disposizione verso la gravidanza*, non tanto per ciò che attiene le aspettative (il fatto che la gravidanza sia stata attesa e programmata, oppure costituisca un evento inaspettato, “capitato” dentro la storia della coppia), quanto per ciò che attiene la sua accettazione. Possiamo, infatti, osservare come la quasi totalità delle coppie riferisca gravidanze attese, nel senso di “pianificate” (“Avevamo deciso di avere un bambino e abbiamo detto: siamo pronti? Sì!”, “Era una cosa desiderata, siamo sposati da un anno, era in cantiere...”). Tuttavia, anche laddove la notizia dell’attesa di un figlio costituisce una sorpresa per la coppia, ci troviamo di fronte a una sostanziale accettazione⁸ (“In fondo non era stata proprio cercata, però comunque l’abbiamo voluta...”; “Non è stata una cosa programmata, all’inizio è stato il panico... ora però siamo contenti”), mentre limitati risultano i casi di gravidanze inattese e non accettate, anche da uno solo dei partner (“Prima di mandarla giù ce n’è voluta... insomma, se aspettavamo anche un attimino...”). Ed è proprio questa *non accettazione*, come vedremo, a giocare un ruolo cruciale.

Una seconda variabile rilevante durante la gravidanza è costituita dalle *aspettative circa i primi tempi con il bambino*; peculiare non è la positività delle aspettative, quanto la capacità da parte dei futuri genitori di integrare aspetti di incertezza e/o paura, intrinseche caratteristiche della gravidanza, con aspetti di desiderio, ad esempio la curiosità e la voglia di scoprire quello che accadrà. In altre parole è la presenza di una spinta propositiva, espressione dell’autentica curiosità di conoscere il proprio bambino, che consente ai genitori di contenere paure e dubbi e di trasformarli in elementi di realtà, ponendo nel contempo un limite al pessimismo (“[...] effettivamente uno ci pensa... se pensi che metti al mondo una creatura ti fa un certo effetto... però ho voglia di vivere questa esperienza”; “Allora... ci capita di parlare spesso di quando lo vedremo per la prima volta e di quando arriverà a casa [...]).

La terza categoria da evidenziare riguarda la dimensione del *supporto*, nello specifico del supporto emotivo che il partner offre alla sua compagna; come già ricordato a proposito della categoria precedente, in questa fase del processo generativo l’incertezza e il dubbio giocano ruoli rilevanti: la principale funzione di supporto nei confronti della donna è, per questo, prevalentemente di tipo emozionale. La letteratura sottolinea, del resto, come il partner svolga in questi mesi la funzione di “*contenitore esterno*” all’ansia della gestante, aiutandola a bonificare quei vissuti negativi che inevitabilmente si accompagnano ad un’esperienza nuova ed intensa quale quella della gravidanza (Ammaniti, 1992; Macaluso *et al.*, 2002).

⁸ Possiamo infatti dedurre dalle interviste che raccontano di gravidanze a sorpresa che almeno un membro della coppia abbia sostanzialmente accolto l’idea di avere un bambino e che l’altro abbia acconsentito a cambiare la propria prospettiva di vita. È invece presumibile che nei casi in cui nessuno dei due membri della coppia raccolga la sfida costituita dalla gravidanza, il concepimento porti a una interruzione volontaria della gravidanza stessa. Tali casi esulano tuttavia dall’oggetto del presente studio.

Infine, entro la relazione di coppia, è cruciale la capacità di *fare gradualmente spazio*, da un punto di vista mentale prima ancora che fisico, al terzo che ha da venire (*“Il rapporto dovrà essere modificato accettando la terza persona, la bimba, e quindi... soprattutto magari all’inizio sarà... si dovrà ricreare un equilibrio come lo abbiamo creato noi nella coppia”*).

Passiamo ad analizzare le tre categorie maggiormente discriminanti nel periodo post partum.

Innanzitutto il rapporto con il neonato, caratterizzato - in queste prime settimane - dalla presenza di una certa quota di fatica, che in alcuni casi appare totalizzante e assoluta, fino a ostacolare l'emergere di una genuina sintonizzazione con il bambino (*“Già arrivi a casa distrutta dopo un'esperienza come quella, e quando sei a casa non è che sei in formissima, c'è voluto un po' di tempo per riprendersi e alla stesso tempo devi badare a lei, non è che torni dall'ospedale e fai convalescenza... è un continuo... non è facile”*); tale fatica fa da contraltare a quell'apertura, presente già prima della nascita, che permette di affrontare in modo efficace le difficoltà legate al primo periodo post-partum e di dare avvio ad un processo di reciproca conoscenza, fonte di gratificazione sia per i genitori che per il neonato (*“Le prime volte piange e non sai cos'ha! Invece adesso riesci a capire se ha fame, se ha sonno, se sono capricci. È bello...”*).

La seconda categoria rilevante riguarda la percezione dei cambiamenti, la capacità di riconoscerli come inevitabili in questa particolare fase del ciclo vitale e di sottolinearne, in sostanza, la normalità, in quanto fisiologici e transitori (*“Poi col tempo molte cose diventano naturali; all'inizio dici: Oddio come farò? Poi quando ci sei dentro le fai...”*); se questo non accade, i cambiamenti vengono percepiti come incontrollabili e possono legarsi ad un vissuto di passività ed impotenza rispetto agli eventi, con la conseguente sensazione di essere inerme di fronte alle difficoltà, viste come insormontabili e continuative, che vanno ben oltre le forze di cui si pensa di disporre (*“Da quello che ho capito questa cosa qua porta degli scompensi...”*; *“Ti sconvolge la vita... la vedi un po' come una scocciatura... anche se è brutto dirlo”*).

Infine, la categoria inerente la relazione di coppia; le descrizioni fornite rimandano sovente alla mancanza di tempo (*“Il tempo che adesso dedichi al bambino magari una volta lo dedicavi, che ne so, a uscire, a fare qualcosa che adesso non hai fisicamente il tempo di fare”*; *“[...] arrivi ad un certo punto che io e lui non esistiamo più, c'è solo lui...”*; *“[...] a volte non si riesce neanche a parlare”*), ad un cambiamento di vita intenso e repentino, che lascia poco spazio alla coppia, persino alla possibilità di pensare alla relazione di coppia, perché il tempo è totalmente assorbito dalle esigenze del bambino. Tuttavia, è possibile identificare descrizioni caratterizzate da una consapevolezza circa le difficoltà della nuova situazione in cui è valorizzata l'assunzione di un impegno attivo da parte dei membri della coppia affinché siano ricreati spazi e tempi per la relazione (*“[...] bisogna essere bravi da entrambi le parti, non escludere l'altra persona dal rapporto [...]”*; *“Cerchiamo di non farci condizionare troppo, basta organizzarsi”*; *“I nostri ritagli ce li prendiamo [...]”*).

Questi dati ci portano a riscrivere la tabella dei *super codes* sopra riportata, evidenziando non tanto le categorie di codifica, ma i singoli codici; questi ultimi sembrano essere gli elementi basilari in grado di discriminare i differenti percorsi di transizione, identificando molteplici tipologie di passaggio (Tabella 3).

Tabella 3. Codici rilevanti per la “differenziazione” delle traiettorie nelle interviste

Fase 1 gravidanza	Fase 2 4/6 settimane dal parto	Fase 3 4/6 mesi dal parto
Accettazione gravidanza	Ruolo attivo nel cambiamento	Cambiamento come fisiologico e transitorio
Supporto emotivo partner	Rapporto con il neonato di conoscenza reciproca	Rapporto con il bambino di sintonizzazione e comprensione
Curiosità nell'attesa post-partum	Valorizzazione delle risorse nella relazione di coppia	Impegno nella relazione di coppia e consolidamento del legame
Apertura al terzo		

I passaggi prototipici

Dopo aver identificato le categorie e i codici più significativi per ciascuna fase, si è proceduto ad evidenziare i *legami* tra i diversi livelli di codifica. Nello specifico, con il supporto del software ATLAS.ti è stata creata una network view, che consente di leggere il collegamento esistente tra i diversi codici e le diverse categorie, e mettere così a punto un modello possibile di comprensione della transizione e dei principali fattori in essa implicati (cfr. Figura 1 e Figura 2).

Figura1. Network view. Traiettorie prototipica positiva

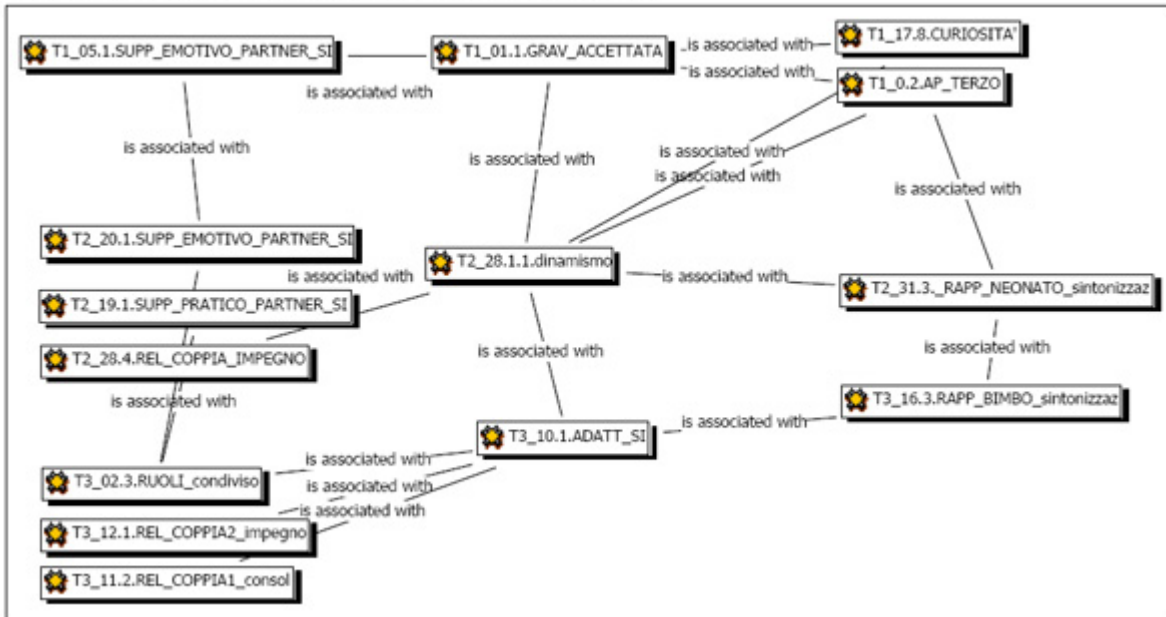
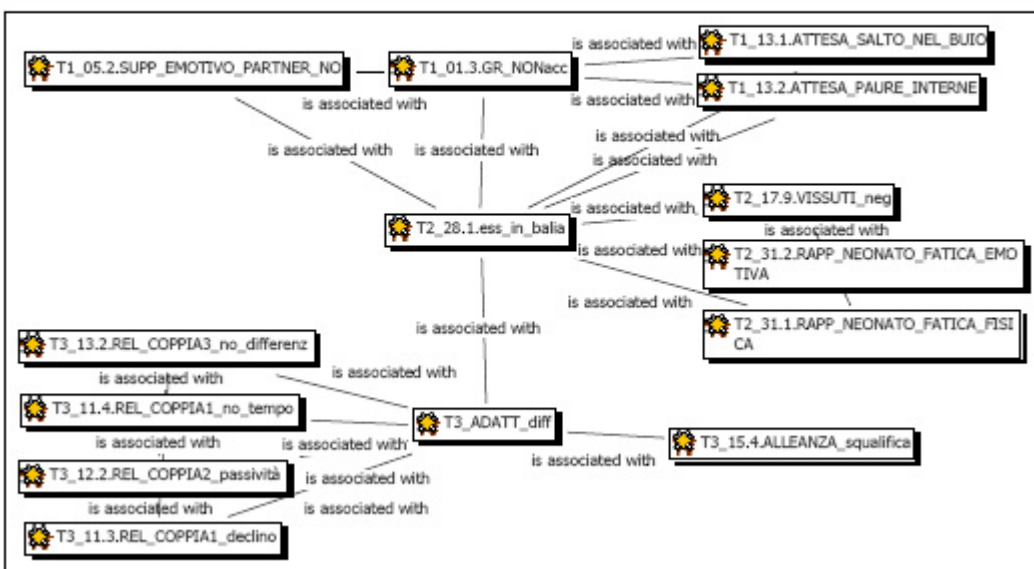


Figura2



Come è possibile osservare emergono due traiettorie prototipiche, una positiva (Figura 1) e una caratterizzata da elementi di criticità (Figura 2).

Nel primo caso, *l'accettazione della gravidanza* da parte della coppia si lega ad una più evidente *apertura al terzo*, ovvero alla capacità di rendere "pensabile" il bambino creandogli un posto nelle rappresentazioni condivise dai partner; inoltre si lega alla *curiosità* verso il neonato, in grado di compensare i naturali timori e le preoccupazioni della gravidanza. L'atteggiamento favorevole rispetto all'attesa si associa anche ad una più marcata valorizzazione del *supporto* (pratico, ma soprattutto emotivo), cioè al "contenimento" che il futuro padre è in grado di offrire alla gestante.

Tali elementi sembrano costituire dei precursori di un miglior *adattamento* alla nuova situazione familiare sia nell'immediato post partum (fase 2) che a qualche mese di distanza (fase 3): la fatica procurata dalla gestione del bambino, seppur intensa, non sembra, infatti, essere percepita come totalizzante nelle transizioni positive; anzi, in esse si evidenzia un certo *dinamismo* oltre alla capacità di godere di una progressiva *sintonizzazione* con il bambino. I partner, che riconoscono la profonda trasformazione del proprio legame (in particolare l'assoluta mancanza di tempo da dedicare alla coppia), sembrano però consapevoli della necessità di ritrovare spazi e tempi propri, differenziati da quelli dedicati alla gestione del bambino. *L'impegno* nel legame e la capacità di offrirsi reciprocamente *supporto* aiutano a loro volta la costruzione di *un'alleanza genitoriale* in cui i ruoli non sono rigidamente suddivisi, ma appaiono, invece, condivisi.

Nel secondo caso, la difficoltà di accettazione della gravidanza sembra legarsi da un lato alla difficoltà dei partner ad offrirsi *supporto* reciprocamente, dall'altro ad un ripiegamento su *paure* e *preoccupazioni* che bloccano quasi la capacità di rappresentarsi il bambino e la nuova vita familiare. Tali elementi pongono la coppia in una situazione di maggiore vulnerabilità: *l'adattamento* dopo il parto (fase 2 e fase 3) appare particolarmente *difficile* e la sensazione di essere "*in balia degli eventi*" si unisce ad una fatica emotiva, oltre che fisica, quasi insostenibile. I partner, poco capaci di offrire e ricevere supporto reciprocamente, reagiscono con maggiore *passività* ai cambiamenti che interessano il legame, percependo spesso un *declino* cui non è possibile porre rimedio. La difficoltà a differenziare il piano coniugale da quello genitoriale si unisce ad una gestione spesso complessa dei ruoli, in cui si osserva una frequente tendenza a squalificare l'altro.

In sintesi, attraverso tale network view è possibile costituire una cornice entro cui hanno luogo i passaggi da coppia a famiglia e, nello specifico, quelle tipologie di passaggio che possono essere definite "di confine", cioè estreme, in positivo o in negativo. Ne deriva che il fattore discriminante è costituito dalla *condizione mentale* nei confronti della gravidanza e del bambino; essa può contraddistinguersi per l'apertura oppure per il dissenso.

Il primo caso si presenta se, indipendentemente dalla pianificazione fatta dalla coppia per il futuro, viene accolta la sfida trasformativa costituita dalla possibile nascita di un bambino; al contrario la condizione mentale di dissenso è contraddistinta sia dall'atteggiamento di resistenza da parte di uno dei partner, sia – di conseguenza – da un contrasto interno alla coppia stessa, in cui solo uno tra i partner è disponibile ad accogliere il bambino, mentre l'altro risulta contrario a questa possibilità. L'accettazione della gravidanza, infatti, non può che riguardare la coppia, ovvero entrambi i partner: è sufficiente che un solo partner fatichi ad accettare il futuro neonato perché già a questo livello si gettino le basi per percorsi che potremmo definire "parzialmente generativi". Solamente un'accettazione condivisa sembra condurre a una partecipazione emotiva più intima, che costituisce il presupposto del necessario supporto alla donna nel periodo della gravidanza, elemento di preziosa risorsa. Di contro, la fatica o la resistenza ad accettare l'idea di avere un figlio, anche da parte di uno solo dei due partner, costituisce un importante fattore di crisi per la coppia; fattore del quale si sente l'eco anche nelle fasi successive.

Accettare il nascituro insieme, in quanto coppia, rappresenta una condizione cruciale che facilita il passaggio alla genitorialità.

L'apertura alla gravidanza oppure la fatica ad accettarla costituiscono elementi in grado di condizionare l'evento che sancisce il "passaggio" alla genitorialità, ovvero il parto, nelle modalità con cui esso si esplica e nei vissuti che l'accompagnano⁹.

⁹ A questo proposito, la ricerca nell'ambito della psicologia clinica perinatale evidenzia come lo stato emotivo e i vissuti con cui una donna giunge al travaglio possano avere effetti su componenti di natura medico-ostetrica, quali la durata del travaglio stesso, la tipologia di parto e la presenza di eventuali complicazioni per la donna o per il bambino, oltre che sull'esperienza soggettiva della donna (Ayers & Pickering, 2005; Ryding, Wijma & Wijma, 1998; Saisto *et al.*, 2001).

Certamente vincolano il post-partum, soprattutto per ciò che attiene gli aspetti trasformativi. È facile comprendere come non sia plausibile delineare una regola universale in grado di descrivere la transizione alla genitorialità, troppo numerosi sono gli aspetti non prevedibili e ingovernabili; sono comunque individuabili alcune transizioni “prototipo” che delimitano il campo delle molteplici opzioni possibili. Ne deriva certamente una semplificazione, sempre in qualche misura arbitraria, ma espressione di una irrinunciabile *opzione del ricercatore* e chiarificatrice della complessità che caratterizza l’oggetto dell’indagine.

Fin qui ci siamo focalizzati soprattutto sulle variabili predittive in gravidanza: analizzando la relazione che esiste tra le variabili specifiche della gestazione e le variabili che qualificano il post partum è possibile individuare gli elementi discriminanti per il benessere/malessere della famiglia dopo l’evento nascita.

Riassumendo, per quanto attiene le variabili della gravidanza, risultano validi predittori per il benessere della relazione di coppia e della famiglia: l’accettazione della gravidanza, la partnership, il supporto emotivo e la curiosità nei confronti del nascituro; all’opposto la mancanza di questi elementi apre a prospettive meno favorevoli. Queste variabili sembrano predisporre più o meno adeguatamente l’ambiente che dovrà accogliere il bambino, in particolare costituiscono i precursori della capacità di accettare la trasformazione a livello individuale e a livello relazionale quale fattore discriminante del post partum.

Infatti, la nascita del bambino comporta cambiamenti inevitabili, ma diversa è l’*attitudine* nei confronti di queste modificazioni: in alcuni casi esse sono riconosciute come normali e in parte transitorie, nonché gestibili; in altre situazioni sono connesse a vissuti di totale impotenza, ovvero l’idea che i cambiamenti non possano che essere passivamente subiti porta a sovrastimare l’intensità e la durata delle difficoltà sperimentate.

La condizione mentale di apertura si associa all’attitudine favorevole al cambiamento, determinando una condizione di benessere contraddistinta dall’accettazione del proprio ruolo genitoriale e da una soddisfacente qualità della vita di coppia. La condizione mentale di dissenso, all’opposto, si associa all’attitudine resistente al cambiamento, determinando una condizione di disagio qualificata da difficoltà individuali (ad esempio rispetto al proprio ruolo) e relazionali (ad esempio tensioni nella vita di coppia).

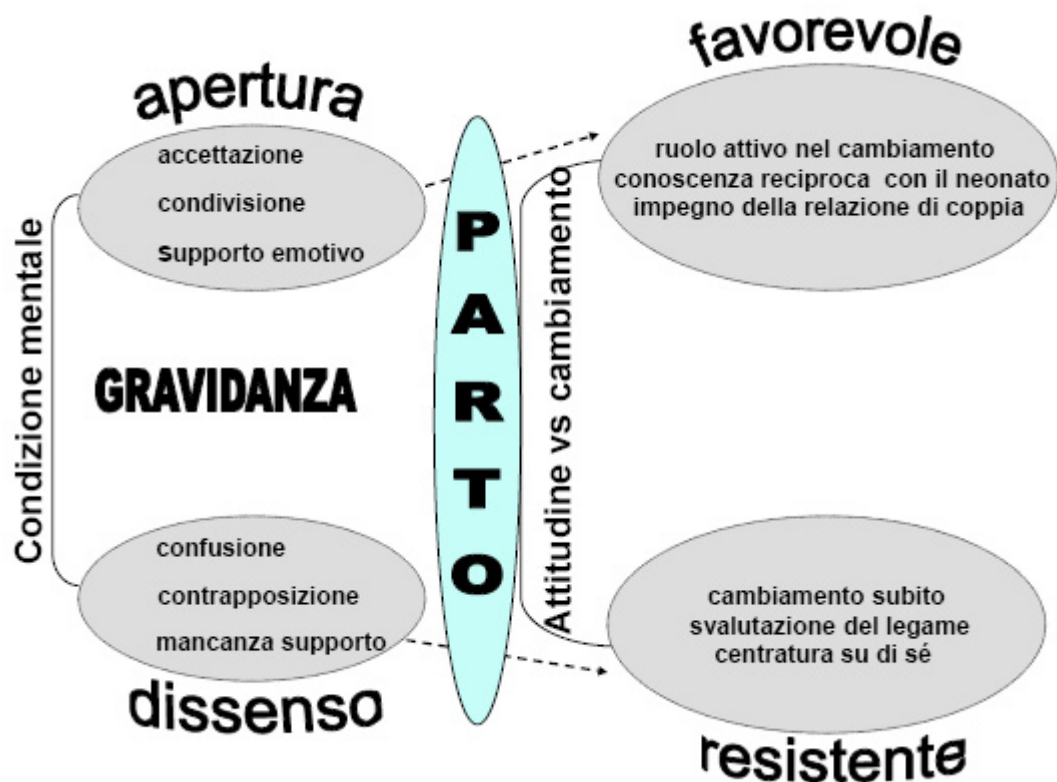
Certamente altre variabili risultano importanti, ma non sufficienti nel determinare le modalità di passaggio. Il sostegno pratico dato alla neo madre ne costituisce un esempio: esso, anche se presente, può essere accompagnato da una fatica emotiva che comporta intensi sentimenti di solitudine e vissuti di abbandono ed isolamento, di fronte a cui poco può fare anche un valido aiuto materiale. Ci troviamo in questi casi in presenza di una condotta positiva, l’aiuto concreto, affiancata tuttavia da una distanza emotiva ed è quest’ultima a contrassegnare la tonalità del passaggio.

Nella condizione mentale di dissenso è come se le aspettative circa le competenze e gli atteggiamenti del ruolo genitoriale venissero parzialmente o totalmente disattese. Ostilità e ritiro, chiusura e rigidità, sentimenti e atteggiamenti che non consentono uno spazio altro rispetto a Sé e ai problemi che con fatica devono essere affrontati contraddistinguono questa tipologia di passaggio. Il focus esclusivo su di sé come “soggetto affaticato” priva la genitorialità della dimensione relazionale, si è in balia di eventi che non sembrano di pertinenza della coppia genitoriale, quanto dell’individuo; il genitore, deve affrontare da solo i problemi che gli si presentano, proprio perché la genitorialità risulta non condivisa.

Al contrario l’apertura costituisce una condizione mentale che si dischiude alla relazione e consente la valorizzazione dei diversi membri della famiglia (il partner, ma anche il bambino, percepito e descritto come soggetto attivo), tutti diversamente coinvolti nella soluzione dei problemi; oltre a ciò la “complicità” che caratterizza queste tipologie di transizione rimanda alla qualità del legame di coppia e all’estensione dell’interazione (limitata ad una condivisione del fare, oppure aperta alla compartecipazione delle risonanze emotive).

In sintesi, sembra che l’esito di tali passaggi possa essere delineato, in ultima istanza, in termini di riconoscimento del valore, di risorsa, che il legame stesso può rappresentare, oppure al contrario, di mancato riconoscimento di questo valore.

La diversità di questi percorsi è sintetizzata e delineata nella Figura 3.



Conclusioni

I risultati della presente ricerca, seppur preliminari, ci sembrano importanti per due ordini di ragioni, teoriche e metodologiche. Essi, infatti, consentono di compiere alcune riflessioni sia rispetto ai contenuti emersi, sia relativamente alla metodologia adottata.

Partendo da quest'ultimo aspetto, possiamo concludere con una riflessione circa il valore che, a nostro avviso, presenta uno strumento come l'intervista. Si tratta, infatti, di uno strumento che offre al clinico-ricercatore l'opportunità di approfondire alcune dimensioni cruciali di un fenomeno complesso quale quello della genitorialità; fenomeno particolarmente esposto al rischio di condizionamento e desiderabilità sociale che ne sanciscono la bellezza e la positività, senza la possibilità che, nel pensiero, siano inclusi aspetti di dubbio e ambivalenza. La tecnica dell'intervista, specie se di tipo clinico, più facilmente di altre tecniche permette di affrontare e trattare gli aspetti negativi, spesso inconsapevoli, connessi ad un'esperienza. Inoltre l'intervista, così come pensata nella presente ricerca, consente di connettere il presente con il passato e il futuro della vicenda familiare, creando quella cornice storico-temporale di comprensione e valorizzazione dei legami che, a nostro parere, costituisce un aspetto imprescindibile e irrinunciabile delle ricerche che a vario titolo si occupano di famiglia e di relazioni familiari.

Veniamo ad alcune riflessioni inerenti i risultati emersi. Possiamo parlare di due posizioni estreme che potremmo chiamare rispettivamente, riprendendo i termini proposti da Cigoli e Tamanza (2009), fecondo/fertile e fallimentare/misero. Nel passaggio fecondo sembra esserci un vero investimento sul presente-futuro (sia il legame di coppia, sia il figlio che rappresenta il futuro) da parte dei partner, che mostrano un sentimento di efficacia genitoriale, nonostante i dubbi e le difficoltà incontrate. E' possibile supporre che questi sentimenti siano connessi al passato familiare, punto di origine di una storia in cui si sono gettate le basi della generatività, ovvero della capacità di condividere e trasmettere il valore profondo del legame con l'altro e del legame in sé.

Viceversa, nel passaggio fallimentare sembra predominare il sentimento di solitudine, ossia l'idea di essere i soli artefici del proprio destino e quindi di dovercela cavare da sé. Non può che seguirne il disvalore riconosciuto al legame e il conseguente rifiuto (che spesso assume le forme del diniego) di ogni e qualsiasi responsabilità verso l'altro (il partner e il figlio), così che per l'altro non c'è posto e viene meno il sentimento di fiducia nel legame medesimo.

In altre parole, potremmo dire che solo la prima tipologia di passaggio è quella realmente generativa, nel senso che apre davvero le porte all'altro e alla specificità di cui egli è portatore; mentre la seconda tipologia di passaggio rappresenta quelle situazioni di generatività biologica, ovvero di mera riproduttività, non accompagnate però da un progetto mentale realmente generativo.

In conclusione, con questa ricerca abbiamo individuato le possibili traiettorie estreme, ma poiché il processo che porta a diventare genitori, per la sua intrinseca complessità, richiede di cogliere non solo situazioni palesemente problematiche o sane, ma anche i profili tipici delle coppie "a rischio" generativo, questa è la sfida per il proseguo della presente ricerca. Si tratta di una sfida di particolare interesse non solo per i ricercatori, ma anche (e soprattutto) per i clinici che, proprio in queste situazioni, possono mettere in atto interventi di prevenzione e di promozione per la salute e il benessere sia del bambino che dell'intera famiglia.

Bibliografia

Ammaniti, M. (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Ayers, S., & Pickering, A.D. (2005). Women's expectations and experiences of childbirth. *Psychology and Health, 20*, 79-92.

Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*. Roma: Carocci.

Chiarolanza, C., & De Gregorio, E. (2007). *Lavorare con ATLAS.ti. Come analizzare i processi psico-sociali*. Roma: Carocci.

Cigoli, V., & Tamanza, G. (2009). *L'intervista clinica generazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

Glaser, B.G., & Strauss, A.I. (1967). *The discovery of Grounded Theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Macaluso, A., Ingrassi, R.R., & Giannone, F. (2002). Il mondo interiore proiettato sullo spazio grafico. In Di Vita, M. & Giannone, F. (Eds). *La famiglia che nasce*. Milano: FrancoAngeli.

Molgora, S., Saita, E., & Fenaroli, V. (2010). Genitorialità: dai fattori critici ai percorsi di transizione - I. Orientarsi nella ricerca. *Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 197-208.

Muhr, T. (2004). *User`s Manual for ATLAS.ti 5.0*. Berlin: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH.

Ryding, E.L., Wijma, K., & Wijma B. (1998). Postpartum counselling after an emergency cesarean. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 5*, 231-237.

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi J.E., Könönen, T., & Halmesmäki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics & Gynecology, 98*, 820-826.