

**FOCUS: NON ESISTONO PIÙ I FIGLI (MA SOPRATTUTTO I GENITORI) DI UNA VOLTA:
UNO SGUARDO PSICOANALITICO AL DIVENTARE GENITORI
E ALLA PSICOLOGIA PERINATALE | ARTICOLO**

La psicopatologia in epoca perinatale: oltre la depressione postpartum

*Greta Petrilli**

SOMMARIO. – Avere un figlio è sempre stato concepito come una cosa naturale, semplicemente scritta nel percorso di vita di una coppia. Naturale non è sinonimo di facile né ordinario e le diverse possibili complicazioni mediche e psicologiche danno evidenza di quanto dare alla luce un figlio sia invece un evento straordinario. Come tanti eventi della vita, anche la nascita di un figlio può essere un’esperienza accompagnata da sofferenze che non sempre trovano la giusta accoglienza e le risposte cliniche più adeguate. In epoca perinatale la psicopatologia anche grave esiste e si iscrive nella complessità propria dell’esperienza della genitorialità ed è in essa che trova utili chiavi di comprensione. Avere uno sguardo rispettoso della complessità significa cogliere segni e sintomi di disagi che possono essere di diverse sfumature di gravità, aprirsi ai significati più profondi della sofferenza ma anche saper rispondere a bisogni prioritari di ordine medico-psichiatrico. È dovere etico di chi si avvicina alla psicologia perinatale avere le conoscenze adeguate per farlo. L’attenzione dei clinici e dei ricercatori in epoca perinatale nel tempo si è focalizzata in modo quasi esclusivo sulla depressione postpartum materna, creando un algoritmo che è andato consolidandosi nel tempo: psicopatologia perinatale = depressione postpartum materna, che di fatto è riduttivo e fuorviante. Obiettivo di questo articolo è esplorare questo paradigma e mettere in luce l’ordinaria e la straordinaria complessità insita nel ‘divenire genitori’.

Parole chiave: Maternità; paternità; genitorialità; psicopatologia in epoca perinatale; esperienza emotiva complessa.

La psicopatologia in epoca perinatale: la gestazione tra vulnerabilità e opportunità

Per molti decenni clinica e ricerca nell’ambito della psicopatologia in epoca perinatale si sono concentrate su ciò che avviene dopo la nascita nono-

*PhD, Psicologa- Psicoterapeuta e Dottore di Ricerca. Membro di Area Perinatale-SIPRe Milano; Dirigente Psicologa presso U.O.C. Psichiatria-Ambulatorio Varenna per la salute mentale in epoca perinatale, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.
E-mail: gpetrilli@asst-pg23.it

stante l'incidenza della psicopatologia durante la gravidanza sia analoga a quella del post-parto. L'attesa di un figlio tende ad essere ancora vista come un'esperienza di felicità incondizionata in cui addirittura, si narra, 'gli ormoni ti proteggono' (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004). Questo immaginario culturale ha portato a sottostimare la vulnerabilità psicologica durante la gestazione, mentre è assai più accettato il fatto che una donna in gravidanza possa avere malesseri fisici che tuttavia spesso coprono un disagio. Sono molti i fattori di confondimento: vomito, fatica, sonnolenza, anedonia, anergia, tensione, irritabilità sono sintomi somatici generalmente attribuiti alla gestazione (Howard, Piot, & Stein, 2014), rendendo difficile l'individuazione di disturbi d'ansia o depressivi sottostanti (Lee *et al.*, 2007). Trascurando l'unitarietà somatopsichica della donna in quanto *individuum* (Adler, 1956) - indivisibile nelle sue 'componenti' solo per convenzione distinte in fisiche e psicologiche -, si corre il rischio di sovrastimare l'origine psicologica dei disturbi somatici (Yonkers, Smith, Gotman, & Belanger, 2009) oppure, di contro, di sottostimarla riconducendo i disturbi esclusivamente al normale decorso della gestazione (Klein & Essex, 1994).

Dando uno sguardo ai dati, l'incidenza della depressione materna si diversifica a seconda del periodo osservato: in gravidanza varia tra il 14% e il 23% delle gestanti, nell'immediato postpartum, entro 72 ore, è dell'11% mentre è stimata nel 17% circa delle puerpere nei primi tre mesi di vita del bambino. È invece del 30% l'incidenza di depressione nelle donne entro un anno dalla nascita del figlio (Cox, Sowa, Meltzer-Brody, & Gaynes, 2016).

I risultati di uno studio americano mostrano che il 33% delle depressioni postpartum iniziano durante la gravidanza e il 27% ancora prima della gravidanza. Inoltre, le evidenze suggeriscono che potrebbe esserci una prevalenza di sintomi depressivi maggiore durante la gestazione rispetto al periodo post-parto (Howard, Molyneaux, *et al.*, 2014).

Appare dunque importante allargare l'attenzione oltre il postpartum poiché la gravidanza risulta essere un periodo di estrema vulnerabilità. Sottovalutare la gestazione come epoca di vulnerabilità è una mancanza che ha implicazioni tanto per la madre e il padre quanto per il bambino-futuro adulto (Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016).

È ormai ampiamente riconosciuto che depressione, ansia e stress durante la gestazione hanno significative conseguenze a lungo termine per madre e bambino (Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Glover, 2015) e che lo stato emotivo della madre ha un'influenza sul feto in via di sviluppo (Lautarescu, Craig, & Glover, 2019).

Per la madre la presenza di un disturbo d'ansia o dell'umore durante la gestazione è infatti annoverata tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo di depressione postpartum (Biaggi *et al.*, 2016). Inoltre, la presenza di psicopatologia in gravidanza è correlabile ad un aumentato rischio di abuso di alcol e sostanze, fumo, assunzione di comportamenti a rischio, malnutrizione (Marcus, 2009; Biaggi *et al.*, 2016). Diversi studi riportano quanto madri affette da disturbi ansiosi o depressivi abbiano comportamenti trascu-

ranti rispetto alla gestazione, come l'accesso tardivo alle cure e ai controlli ginecologici ed ecografici (Biaggi *et al.*, 2016). Elevati livelli di stress e forme di psicopatologia sono correlate ad aumentato rischio di pre-eclampsia e ipertensione materna (Biaggi *et al.*, 2016; Stein *et al.*, 2014).

Non ultimo, la presenza di psicopatologia può influenzare negativamente la percezione di sé come madre, le aspettative sulla propria esperienza di maternità nonché la delicata costruzione del legame mamma-figlio (Hipwell, Goossens, Melhuish, & Kumar, 2000).

Per il nascituro-futuro bambino lo stato emotivo della madre e, più in generale, elevati livelli di stress possono avere conseguenze a breve, medio e lungo termine (Glover & Capron, 2017; Lautarescu *et al.*, 2019), come evidenziano studi prospettici, retrospettivi, longitudinali, sia su modelli animali che attraverso indicatori biologici e genetici di campioni umani (Molenaar *et al.*, 2019; Hannigan *et al.*, 2018).

L'interazione madre (ambiente)-feto è complessa e dinamica e a tutt'oggi in continuo studio ma sono già noti possibili meccanismi attraverso i quali psicopatologia e stress materno impattano sullo sviluppo del feto.

È importante sottolineare che nessuna condizione, neanche la più sfavorevole, è da concepire come un destino ineluttabile; quanto osserviamo è il risultato di una complessa e straordinaria interazione tra geni, ambiente, fattori di rischio, di protezione, di mediazione e la capacità di recupero, di riparazione e plasticità cerebrale proprie del soggetto.

L'esposizione allo stress e alla psicopatologia in epoca prenatale è associata ad alterazioni neurocomportamentali che possono persistere dalla nascita fino alla tarda adolescenza (Stein *et al.*, 2014), con conseguenze che spaziano dall'ambito cardiovascolare (Stirrat *et al.*, 2018) a quello psichiatrico (Krontira, Cruceanu, & Binder, 2020). Più nello specifico, tra le principali possibili conseguenze nel breve termine si riconoscono: parto prematuro, basso peso alla nascita, ridotta circonferenza cranica (Biaggi *et al.*, 2016; Stein *et al.*, 2014); nel medio-lungo termine, ansia, depressione e stress in epoca prenatale sono associati ad un aumentato rischio di problemi emotivi (ansia e depressione in particolare), disturbi nello sviluppo cognitivo e sintomi riconducibili a ADHD (Biaggi *et al.*, 2016; Glover, 2014; Stein *et al.*, 2014).

Questi rischi tuttavia non sono inevitabili (Stein *et al.*, 2014). Rispetto alle potenziali conseguenze di stress e psicopatologia in epoca perinatale, sono stati ampiamente dimostrati gli effetti di alcuni fattori cosiddetti di mediazione e di moderazione quali la presenza di supporto sociale, lo stato socio-economico, la gravità e la durata dello stress o del disturbo psicopatologico, la presenza di un partner, l'assenza di conflittualità nella coppia, il clima familiare, e la qualità del *parenting* (Stein *et al.*, 2014).

Il tempo della gravidanza è una reale finestra temporale di opportunità dove è possibile agire in senso preventivo con effetti positivi immediati oltre che futuri. Valorizzare la gestazione significa aumentare la possibilità di occuparci della vulnerabilità e delle possibili sue conseguenze, periodo in cui vanno colte le numerose occasioni di incontro con la donna e con la

coppia - molte di più rispetto al postpartum - e ciascuna di loro può essere una concreta opportunità di prevenzione e di intervento precoce.

La psicopatologia in epoca perinatale: depressione post-parto e non solo

La sofferenza psicologica in epoca perinatale può presentarsi in diverse sfumature, dal disagio alla franca psicopatologia fino alle condizioni di emergenza medica. A tutte le manifestazioni si dovrebbe dare l'accoglienza più adeguata in ambito clinico.

L'attesa e la nascita di un figlio, per la loro dirompenza come esperienza esistenziale, portano con sé un potenziale di cambiamento e vulnerabilità che per alcune madri e padri costituisce di per sé un rischio di sviluppare o riesacerbare, ove già presenti, forme franche di psicopatologia.

Per decenni ci si è focalizzati sulla depressione post-parto come unica manifestazione psicopatologica legata all'epoca perinatale, ma nella realtà tutto il range dei disturbi nosograficamente distinti tra loro possono riacutizzarsi quando già presenti nella storia personale, o possono manifestarsi per la prima volta, *new onset* (Smith *et al.*, 2011). L'acronimo PMAD, *Perinatal Mood and Anxiety Disorder*, sancisce un riconoscimento importante in ambito scientifico e clinico, comprendendo nella 'categoria' PMADs lo spettro dei disturbi depressivi, dei disturbi d'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo post-traumatico da stress e la psicosi puerperale (Byrness, 2018).

Esula da questa trattazione un approfondimento descrittivo delle forme di psicopatologia, ci si limita a sottolineare quanto sia necessario però declinarli nella peculiarità di questa specifica epoca di vita per una comprensione adeguata della loro manifestazione.

La depressione post-parto resta l'unico disturbo dell'epoca perinatale riconosciuto dal DSM a partire dalla IV edizione; rispetto ai criteri diagnostici per un disturbo depressivo l'unica peculiarità legata al post-partum è considerarlo come possibile periodo di esordio. È solo nell'ultima edizione che è stato allargato il termine di valutazione temporale alla gestazione e a 6 mesi nel post-parto (prima a 4 mesi) e introducendo il concetto di *peripartum onset* (American Psychiatric Association [APA], 2016; www.postpartum.net). Il picco di incidenza della depressione post-partum è stato stimato tra il quinto e il nono mese dopo la nascita del bambino, ma sono numerose le indicazioni che, a fronte delle evidenze cliniche, esortano a considerare tutto il primo anno di vita del bambino (APA, 2016; www.postpartum.net).

Benché venga poco esplicitato, la DPP si manifesta spesso in comorbidità con altri disturbi come i disturbi d'ansia generalizzata, fobie specifiche e DOC, PTSD e disturbi di personalità (Howard, Molyneaux, *et al.*, 2014).

Inoltre, frequentemente la depressione è secondaria alla presenza di un disturbo d'ansia, ma lo scarso riconoscimento di quest'ultimo in ambito clinico e di ricerca avalla la sottostima dei disturbi diversi dalla depressione (Ali, 2020).

Nel tempo si è consolidata la distinzione tra *maternity blues*, depressione postpartum e psicosi postpartum: questa classificazione rende indubbiamente l'idea delle sfumature di gravità ma può risultare forviante poiché dimentica l'evento gravidanza e riduce tutto allo spettro dei disturbi dell'umore.

La *maternity blues* è molto frequente, stimata intorno al 50% (Ali, 2020), 40%-80% delle puerpere (www.nichd.nih.gov/health/publication/postpartum-depression-facts/index.shtml) e sembra essere principalmente legata al brusco calo estro-progestinico successivo al parto. Si manifesta con labilità emotiva, facilità al pianto, tensione, irrequietezza, vissuti di inadeguatezza. Si presenta nei primi giorni dopo il parto e tende a risolversi spontaneamente in pochi giorni (Ali, 2020). La *maternity blues* può essere considerato un campanello d'allarme: per il 20% delle donne anticipa lo sviluppo di una depressione postparto (Kennerley & Gath, 1989).

La psicosi puerperale è ritenuta la condizione più grave in assoluto, rappresenta 1-2 casi su 1000 nascite ed è da ritenersi una vera emergenza che necessita un intervento medico immediato (Jones, Chandra, Dazzan, & Howard, 2014).

Come psicologi perinatali dobbiamo mettere la donna nelle condizioni di stare meglio, consapevoli che il lavoro psicoterapeutico necessita di tempo e che alcune condizioni non possono e non devono attendere. Il lavoro psicoterapeutico non è mutuamente esclusivo rispetto alla necessità di interventi psichiatrici: il confronto e la collaborazione multidisciplinare si rendono fondamentali.

Prendere atto dell'esistenza della psicopatologia anche grave durante l'epoca perinatale non equivale a patologizzare l'esperienza di maternità bensì a tutelarla. Di contro, la sofferenza non deve essere semplificata o normalizzata. Il disorientamento fisiologico, il disadattamento, le differenti manifestazioni di disagio psicologico o le forme franche di psicopatologia, di padre e madre, possono trovare nella complessità insita nel divenire genitori chiavi di lettura, di comprensione e di cura, come si cercherà di illustrare nel paragrafo conclusivo.

Le manifestazioni psicopatologiche in epoca perinatale hanno un'origine multifattoriale e nascono da una complessa interazione di fattori di rischio di diversa natura, genetici, biologici, ambientali, che assumono un significato sempre legato al soggetto, all'utilizzo che ne fa quel soggetto, al momento specifico di interazione e al perdurare della sua presenza (Petrilli, Anniverno, Ferrari, & Mencacci, 2010; Stein *et al.*, 2014; Biaggi *et al.*, 2016).

La letteratura scientifica annovera tra i principali fattori di rischio *versus* protezione per lo sviluppo di psicopatologia in epoca perinatale i seguenti:

anamnesi positiva per psicopatologia pregressa, familiarità psichiatrica, precedente depressione post-parto, familiarità per depressione post-parto, ansia in gravidanza, stato socio-economico basso, vulnerabilità ormonale, gravidanza non desiderata o inattesa, assenza di supporti sociali, assenza del partner o partner non supportivo, complicazioni della gestazione, del parto o del nascituro, parto prematuro, eventi di vita stressanti durante la gestazione, violenza interpersonale, tratti disfunzionali di personalità (Biaggi *et al.*, 2016; Byrnes L., 2018).

Un'accurata analisi dei fattori di rischio è utile per la comprensione delle condizioni di sofferenza ma anche per le scelte di cura. Non solo, ogni fattore di rischio costituisce anche un possibile focus di prevenzione.

Per fare alcuni esempi, sapere come clinici che la presenza di ansia in gravidanza è un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi nel postpartum porta ad informare la coppia e ad esortarla nell'approfondire durante la gestazione la sintomatologia ansiosa; o ancora, sapere che il 20% delle *maternity blues* evolve in depressione postpartum è un dato utile per i clinici che possono rilevare questo aspetto durante i giorni di degenza e decidere di monitorarlo nel tempo; o ancora, per la coppia di neogenitori, esserne a conoscenza aiuta ad avere un occhio di riguardo ed attivarsi qualora lo si ritenesse opportuno. Tutto questo è possibile solo se si dà loro una corretta informazione e, prima ancora, se i clinici che ruotano attorno al 'mondo nascita' vengono opportunamente formati.

Una possibile attività di prevenzione e di sensibilizzazione è quella di informare la coppia circa i possibili fattori di rischio e di protezione. Significa ridare loro parte attiva nella propria esperienza di genitorialità, mettere nelle loro mani - in modo adeguato da parte di chi ne ha le competenze - le conoscenze utili ad essere protagonisti del proprio benessere e della qualità della propria esperienza di genitorialità. Resta ancora molto da fare in questa direzione e sembra ancora lontana la piena acquisizione di questo approccio, ma forse il crescente interesse per la psicologia perinatale accorcerà questa distanza.

Psicopatologia in epoca perinatale: il partner, il padre

La trattazione di questo argomento non ha la pretesa di essere esaustiva e meriterebbe un approfondimento a sé, tuttavia è doveroso, nell'intento di questo articolo, esplorare seppur sinteticamente questo tema.

La prospettiva esclusiva mamma-bambino, che ha sostanzialmente da sempre dominato il campo, deve essere messa in discussione. È sempre maggiore il riconoscimento dell'importanza della figura paterna e della sua salute mentale in epoca perinatale (Stein *et al.*, 2014) ma di fatto per lungo tempo è stata trascurata e messa in secondo piano.

Già nel 1975 Michael E. Lamb in *'Fathers: forgotten contributor to child development'* (Lamb, 1975), con un titolo di per sé esplicativo, asseriva quanto il padre, benché dimenticato, abbia un'influenza diretta e indipendente dalla madre sullo sviluppo del bambino sia nel postpartum che durante la gravidanza. I figli il cui padre era stato coinvolto anche durante la gestazione e che ha poi presenziato al parto (in tempi in cui non era ancora prassi), avevano riscontri più positivi durante lo sviluppo (Lamb, 1975). A seguire molti altri studi longitudinali hanno confermato gli stessi risultati.

Il padre e la sua salute mentale possono influenzare il figlio direttamente tramite la qualità della sua interazione, tramite il suo patrimonio genetico, oppure anche in modo indiretto attraverso il supporto alla madre e il contributo all'ambiente familiare (Stein *et al.*, 2014). Inoltre, anche se attraverso meccanismi diversi, la mancanza di disponibilità emotiva del padre, la lontananza o la morte, possono avere effetti negativi sullo sviluppo emotivo, cognitivo e comportamentale dei figli (Glover & Capron, 2017). La salute mentale del padre ha un'influenza sullo sviluppo del bambino anche durante la gestazione (Sweeney & McBeth, 2016). La relazione tra il comportamento del padre, la qualità della presenza, la sua salute mentale e le conseguenze a breve, medio e lungo termine non sarebbe diretta ma mediata dalla relazione con la madre (Sweeney & McBeth, 2016). Il padre insieme alla sua capacità di essere supportivo emotivamente e praticamente è tra i fattori di protezione e di mediazione più incisivi in presenza di psicopatologia materna, riducendone l'entità e l'impatto (Stein *et al.*, 2014).

A fronte delle evidenze che mostrano quanto il padre sia influente anche durante la gestazione, la madre non può più essere pensata il 100% dell'ambiente del bambino che porta in grembo, perché l'ambiente relazionale, ovvero, il partner in relazione alla madre e al nascituro, sembra prevalere: madre e padre costituiscono, nella coppia, il 100% dell'ambiente in cui cresce il loro bambino che a sua volta interagisce, fin da subito, attivamente: da coppia a triade, un 'noi in divenire'.

Al netto dello stravolgimento ormonale, anche il padre è soggetto al medesimo stravolgimento della madre, e anche per lui il riadattamento ad un nuovo equilibrio può avvenire con difficoltà che possono manifestarsi con forme di disadattamento fino a manifestazioni di franca psicopatologia.

La percentuale di depressione nei padri in epoca perinatale è solo lievemente più bassa rispetto alle madri, stimata in una percentuale pari a 11-12% in gravidanza e dall'8% al 26% nel postpartum, con una percentuale complessiva in epoca perinatale del 9% (Cameron, Sedov, & Tomfohr-Madsen, 2016).

I disturbi affettivi paterni, però, tendono a manifestarsi in modo differente rispetto alla donna e, per quanto siano frequenti, sono spesso sottovalutati o non diagnosticati, oltre che trascurati dalla ricerca (Baldoni, 2016; Baldoni & Giannotti, 2017). Esistono bias culturali, come 'i maschi non

piangono', e significativi fattori di confondimento: le difficoltà emotive e le depressioni nell'uomo hanno manifestazioni 'tipicamente maschili', ovvero, aggressività, abuso di alcol, ritiro. Esistono anche gli stereotipi sociali attraverso la tendenza a coinvolgere poco i futuri padri ed alimentare una cultura 'mamma-centrica' del divenire genitori (Baldoni, 2016; Baldoni & Giannotti, 2017) alimentando vissuti di esclusione nell'uomo.

È difficile scorporare il padre e il suo 'esserci', perché è parte di un tutto dove dinamiche complesse si attivano. Avere un figlio è spesso (non sempre, considerando la scelta della mono-genitorialità) una questione di coppia, di due soggetti, con le motivazioni, le aspettative e gli investimenti, individuali e di coppia, in quel momento storico e della loro vita. Avere un figlio è una scelta - con l'accessibilità all'interruzione volontaria di gravidanza e con le innovazioni mediche nell'ambito procreativo in caso di sterilità - che chiede ai co-protagonisti apertura a se stessi e all'altro. Nella triade c'è il bambino, proprio quel bambino, con determinate caratteristiche, fisiche, temperamentali - con il suo modo di interagire con mamma e papà in una reciproca influenza che avviene fin da prima della nascita. Il bambino fantasticato e atteso esiste ed interagisce con mamma e papà ben prima di essere concepito.

Psicopatologia in epoca perinatale: considerazioni conclusive

È evidente la necessità di allargare lo sguardo alla coppia e ridare la giusta identità al generare un figlio. Aprirsi alla triade in divenire implica dare il giusto peso alla donna che non può che beneficiarne, soprattutto quando soffre: focalizzare la ricerca di senso della sofferenza solo sulla madre è forviante e riduttivo (Merisio, 2017). Di fronte ad una donna che soffre sembra esserci apparentemente solo lei, e se questo aspetto viene poco considerato il lavoro individuale con le madri rischia di diventare un setting in cui si collude con l'esclusività della mamma, che non fa altro che alimentare la sofferenza della mamma stessa, creare distanza nella coppia e allontanare mamma e papà, e bambino.

Anche le forme di psicopatologia rappresentano la 'migliore' risposta che il soggetto mette in atto a fronte dello stravolgimento insito nel divenire genitore, risposta che non è 'esclusivamente riconducibile al mondo intrapsichico della donna' (Merisio, 2017, p. 46) né direttamente riconducibile al suo patrimonio genetico, né al suo assetto ormonale, tantomeno all'ambiente che la circonda, ma ha un'origine multifattoriale e soggettiva 'è il sistema nel suo insieme che porta avanti la vita e lo fa sempre in funzione di quanto riesce a reggere e gestire' (Minolli, 2009, p. 103).

Divenire genitori porta con sé la richiesta di numerose sfide, da qui ne deriva la fisiologica complessità.

Alla coppia chiede il 'passaggio da un livello di coerenza precedentemente raggiunto, alla costruzione - non magica né onnipotente - di un nuovo livello di coerenza' (Minolli, 2009, p. 102) e questa transizione è per sua natura complessa, può essere dolorosa, causare disorientamento, forme di disadattamento o giungere a forme franche di psicopatologia.

Ma cosa fa sì che una madre o un padre si trovino in una condizione di disagio o psicopatologia? L'interazione soggettiva, unica di ciascun individuo, con la propria esperienza di maternità e paternità, con i fattori di rischio e di protezione che loro stessi portano con sé e che trovano nell'ambiente, interazione da cui deriva l'impatto con il cambiamento, che genera crisi fisiologica o patologica.

Ma il cambiamento non è l'unico aspetto implicato, di seguito si esplorano i principali.

Anche il corpo della donna va incontro ad un'esperienza forte: prima di tutto si modifica e per alcune donne si deforma secondo il loro vissuto. Successivamente con il parto esso viene trascurato in virtù di altre priorità e questo può lasciare ferite fisiche e psicologiche. L'immagine corporea e la sua valenza identitaria sono chiamate in causa e vengono messe a dura prova. Il corpo diviene anche un contenitore buono che fiorisce e per alcune donne è difficile separarsi da questa fonte di pienezza e di benessere. Il tutto accade non solamente a livello corporeo.

Dare alla luce un figlio è di per sé un'esperienza emotiva complessa: dal concepimento dell'idea di generare un bambino fino alla sua nascita e oltre, mamma e papà possono trovarsi in difficoltà per la compresenza di stati emotivi apparentemente contrastanti tra di loro che generano ansia. L'ambivalenza emotiva viene spesso negata, taciuta, perché fa paura, perché 'non si può dire' o perché se ne teme il giudizio, perché non ci si sente bravi genitori o abbastanza genitori. Ma ciò che non si può riconoscere a se stessi o che non si può esprimere talvolta finisce nel silenzio della sofferenza, della depressione o nello sconforto peggiore, dove alimenta vissuti di colpa che non si possono raccontare e prendono talvolta dimensioni spropositate (Galimberti, 2009). Si può dare voce ai tabù e ci si può aprire alla possibilità di non provare solo gioia, che non significa non essere felici o non poter trovare la felicità. Provare anche paura, rabbia, tristezza, non rende meno genitori né meno bravi ma questo mamma e papà non riescono a dirselo: l'ambivalenza fa parte dell'esperienza di maternità e paternità. Aprirsi a questa possibilità senza rigettarla o giudicarla è la strada.

Divenire genitori è un'esperienza che chiede apertura e flessibilità. È frequente che le persone inclinino alla rigidità, alla chiusura, che spesso vanno di pari passo con il perfezionismo e la severità verso sé e gli altri, si trovino in forte difficoltà durante la gravidanza o nel postparto e questo è riconducibile al fatto che nessuna esperienza più di questa mette in contatto con l'imprevedibilità e con l'assenza di controllo. Questo è vero a partire da

quando si rimane incinta, solitamente o in un momento inaspettato seppur cercato, oppure troppo tardi, quando ormai non ci si sperava più. O ancora, l'incertezza è legata a quando si partorisce, o meglio, a quando il bambino decide di nascere. E poi ancora, come sarà il bambino, come andrà l'allattamento, come e se sarò capace, molte domande che devono tollerare l'attesa di una risposta.

Il cambiamento, quando si realizza, disorienta i soggetti che lo hanno messo in atto nonostante sia stato desiderato. Questo non si dice e per questo motivo chi si trova smarrito di fronte a quanto ha tanto desiderato si trova a sperimentare stati d'ansia e di malessere.

Per molti genitori inoltre, questo cambiamento deve avere caratteristiche prestabilite, aspettative elevate, talvolta pressoché impossibili a realizzarsi. Mamma e papà spesso si difendono, anche costruendosi aspettative, contro la paura di non avere il controllo, e la ricerca incessante di certezze all'interno di un'esperienza per sua natura incerta, porta a diverse possibili manifestazioni di disagio e di sintomi che rappresentano l'inevitabile incontro con la realtà. Prepararsi alla necessità di apertura e flessibilità è auspicabile e il periodo della gestazione è un buon momento per farlo. Anche in questo senso, dare alla luce un figlio è un'esperienza luttuosa.

Si fa esperienza del lutto dell'ideale, l'ideale di controllo, l'ideale del sé, del postpartum, del partner, del bambino immaginato. Solo facendo esperienza si elabora il gap tra ideale e reale. Si concretizza la dolorosa perdita della convinzione che 'tutto tornerà come prima', finzione/illusione utile che viene spesso eretta e mantenuta durante la gestazione perché aiuta a vivere il cambiamento 'meno cambiamento', meno spaventoso. Si vive il lutto del 'mito dell'amore materno' (Galimberti, 2009), quando si provano emozioni indesiderate e inaspettate nei confronti del proprio figlio e del proprio progetto di divenire genitore. Infine, è il lutto dell'onnipotenza, del 'tutto è possibile': quando le cose sono in embrione, prima nel pensiero e poi nel grembo, tutto può apparire veramente possibile. Poi si prende consapevolezza dell'impotenza, il vissuto più autentico insito nell'esperienza di maternità e paternità e non è infrequente che la difficoltà di accettazione dell'impotenza stia alla base della sofferenza che mamma e papà possono trovarsi a provare.

Nella complessità dell'esperienza di maternità e paternità vi è l'incontro con l'altro diverso da sé. L'altro è il partner, l'altro è il bambino, entrambi con caratteristiche che possono non rispondere alle proprie aspettative, dunque è un amore che ci impegna nel compito, per alcuni molto difficile e doloroso, dello sviluppo del sentimento sociale, dell'accettazione dell'altro per quello che è. 'L'altro' è anche quella parte di sé che si scopre solo nel momento in cui si fa quella determinata esperienza e che si impara a conoscere, se si è disponibili, nel tempo. Molti uomini e donne, nei viversi padri e madri, scoprono con stupore capacità e risorse che non sapevano di avere in questo senso, avere un figlio è un'esperienza rivelatrice.

Diventare genitori è un'esperienza evolutiva che porta con sé dolori che si potrebbero definire di crescita, propri della difficoltà ad effettuare un passaggio di stato da figlio a genitore, non più solo figlio/a.

Dare alla luce un figlio è anche toccare con mano che desiderare un figlio è diverso dall'averne un figlio (Florita, 2021) e che essere genitori non equivale in automatico a riconoscersi tali.

L'esperienza di genitorialità è un'esperienza esistenziale perché tocca temi esistenziali come quello della scelta, dell'irreversibilità della scelta e della definizione di sé nella scelta, il tema della libertà, della responsabilità, della ricerca di senso (Yalom, 1980) e, a tal proposito, quanto è difficile trovare senso nella scelta di avere un figlio che ci provoca inaspettatamente sofferenza? Quanto è difficile assumersene la responsabilità e quanto è più facile delegare fuori da sé la responsabilità della propria scelta e del proprio malessere? Quanto è più facile definirsi in un ideale, salvo poi trovarsi completamente smarriti quando ideale e reale non corrispondono? Nella fatica e nella sofferenza si perde di vista che si è scelto, attivamente, e questo aspetto è da recuperare, diversamente la sofferenza non può che autoalimentarsi ed essere vissuta come qualcosa che 'arriva da fuori' sulla quale non possiamo mettere le mani e che possiamo solo subire, quanto di più forviante e involutivo.

Nella scelta di avere un figlio più che in altre si intrecciano le istanze fondamentali dell'uomo, l'autorealizzazione, la *volontà di potenza*, e il *sentimento sociale*, l'amore verso il prossimo, la cooperazione e la partecipazione emotiva (Adler, 1956). Uno squilibrio tra di loro può tradire investimenti narcisistici o essere indice di disadattamento e psicopatologia, mentre il loro equilibrio è barometro di salute mentale (Adler, 1956).

Dare alla luce un figlio tocca anche il tema della morte, nel viscerale rapporto vita-morte, avvicina a vissuti di morte e tocca il proprio senso di mortalità e, nel generare, si prolunga la propria esistenza e si realizza parzialmente il desiderio di immortalità (Yalom, 1980; Minolli & Coin, 2007).

Non ultimo, mettere al mondo un bambino è un'esperienza sociale.

Si fatica ad avere in mente che dare alla luce un figlio è fare un dono alla società, ma non possiamo omettere che la coppia è immersa nella società in cui vive e genera, in quel tempo, in quello spazio, non in altri. Quanto la società agevola questo definirsi? Quanto aiuta nella realizzazione di questo desiderio? Quanto contribuisce all'isolamento della coppia che genera esso stesso malessere? Quanto la stessa sofferenza trova poca accoglienza? Solo negli ultimi anni le realtà ospedaliere e territoriali hanno implementato interventi di screening e prevenzione strutturati, ma c'è ancora molto da fare per costruire una cultura del benessere psicologico in gravidanza e nel postpartum, per sradicare alcuni stereotipi culturali, ad esempio, ben più limitanti dell'assenza di servizi e politiche di welfare dedicati.

E ancora, la coppia nel cambiamento non si riconosce in 'un prima' della

coppia genitoriale ma neanche in 'un prima' storico. Oggi più di un tempo non abbiamo grandi modelli di riferimento e spesso quelli che abbiamo li criticiamo, non ci aiutano, come se fossimo senza navigatore e senza mappe. La madre un tempo era concepita come figura esclusivamente dedicata e devota all'accudimento ed era molto impegnata 'a non fare prendere il vizio' al bambino, ricalcando stereotipi culturali spesso a discapito di bisogni di tenerezza insiti nella natura umana e anche di istintualità materne e paterne (Bortolotti, 2010); la madre un tempo aveva verosimilmente bisogno di difendersi dal proprio bambino tiranno del suo tempo e questo atteggiamento, di cui tutt'oggi si sentono gli echi, aveva il suo senso per la donna che aveva bisogno di essere protetta da qualcosa che l'avrebbe soffocata o inglobata. Oggi forse va rivisitata la dimensione del sacrificio, che è stata per lungo tempo uno dei pochi modi di porsi in relazione alla propria scelta di maternità: nell'attualità vi è una forte spinta verso nuove modalità di relazionarsi alla propria maternità e paternità e di vivere la propria genitorialità. Il padre non è una funzione né un ruolo ma è il protagonista come la madre, di una esperienza che può declinarsi in scelte 'innovative' che ribaltano le caratteristiche storiche del padre. Tuttavia fa altrettanto riflettere un dato ANSA del 24 giugno 2020: nell'anno 2019 32mila neo-mamme hanno lasciato il lavoro, il 73% dei dimissionari. Quanto la società permette di allineare anche nella pratica madre e padre nel loro essere genitori?

Il terapeuta che desidera lavorare in questo ambito si apre ad un lavoro molto impegnativo, gratificante e coinvolgente, e grande attenzione deve essere data ai propri vissuti e significati di genitore e figlio.

È affascinante accompagnare una coppia nella realizzazione del proprio progetto e vedere la vita nascere anche attraversando momenti di paura e dolore. Aiutare la coppia nello smarrimento del cambiamento e dei mutamenti generazionali senza dare mappe, ma coltivando insieme alla coppia la fiducia nella propria creatività e capacità di crearsi ciascuno la propria è tra i compiti dello psicologo perinatale.

Risintonizzare la coppia sul proprio protagonismo nel desiderio di cambiamento, riportare alla naturalezza (termine erroneamente usato alla stregua di facile o automatico) dell'evento nascita, prima di qualsiasi cosa - al netto di condizioni limite che meritano trattazioni a sé come le gravidanze non desiderate o esiti di forme di violenza - come dono, frutto di amore, di passione, di vitalità, di progettualità.

L'opportunità che offre la gravidanza va oltre l'essere una finestra temporale in cui intervenire preventivamente o precocemente, perché divenire genitore è una spinta verso sé stessi che impone una nuova conoscenza di sé che necessita un nuovo equilibrio vitale (Merisio, 2017; Minolli & Coin, 2007). Se questa opportunità viene colta, anche nelle sue espressioni più dolorose, ha un grande potere trasformativo ed evolutivo. Anche nelle manifestazioni psicopatologiche vi sono spinte progettuali, desideri vitali

che si ‘travestono’ di sofferenza celando, agli occhi dei più, significati profondi che possono essere esplorati e spesso vogliono essere scovati.

Compito del terapeuta è creare lo spazio per accogliere e guardare queste valenze più profonde, raggiungere insieme una visuale più chiara, rispettosa di tutta la complessità e fare spazio ad una nuova possibile prospettiva.

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento alla dott.ssa Emi Bondi, direttore DSM e primario U.O.C. Psichiatria ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo, la cui sensibilità ha dato alla luce un ambulatorio interamente dedicato alla cura della salute mentale in epoca perinatale. Grazie di cuore a tutti i genitori e ai loro bambini incontrati in questi anni presso l’Ambulatorio Varenna U.O.C. Psichiatria-ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

Un ringraziamento agli stimati colleghi dell’Area Perinatale SIPRe-Milano. Grazie in particolare a Claudia Maspero e a Valeria Pirro, preziose. Grazie a Marcello Florita e a SIPRe-Milano per la loro accoglienza. Un ringraziamento a Romina Coin, con infinita riconoscenza per il suo contributo alla mia crescita personale e professionale. Grazie a Carmine, a Giulia e a Ginevra, la mia famiglia.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, A. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books, Inc. [Transl. Ansbacher H.L., & Ansbacher R.R. (1997). *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Psycho. Firenze. G. Martinelli and C.].
- Ali, E. (2020). Women’s experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *International Journal of Women’s Health*, 10, 237-249. doi:10.2147/IJWH.S158621.
- American Psychiatric Association (APA). (2016). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - 5th ed. (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Baldoni, F. (2016). I disturbi affettivi perinatali nei padri. In P. Grossu & A. Bramante (Eds.), *Manuale di psicopatologia perinatale* (pp. 443-485). Milano: Erickson.
- Baldoni, F., & Giannotti, M. (2017). I disturbi affettivi perinatali paterni: valutazione, prevenzione e trattamento. In A. Imbasciati & L. Cena (Eds.), *Psicologia clinica perinatale. Neuroscienze e psicoanalisi* (pp. 218-239). Milano: Franco Angeli.
- Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetric Gynecology*, 103(4), 698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C.M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorder*, 191, 62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
- Byrness, L. (2018). Perinatal mood and anxiety disorder. *The Journal of Nurse Practitioners*, 14(7), 507-513. doi:10.1016/j.nurpra.2018.03.010
- Bortolotti, A. (2010). *E se poi prende il vizio. Pregiudizi culturali e bisogni irrinunciabile dei nostri bambini*. Torino: Il Leone Verde.

- Cameron, E.E., Sedov, I.D., & Tomfohr-Madsen, L.M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorder*, 206, 189-203. doi:10.1016/j.jad.2016.07.044.
- Cox, E.Q., Sowa, N.A., Meltzer-Brody, S.E., & Gaynes, B.N. (2016). The perinatal depression treatment cascade: baby steps toward improving outcomes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(9), 1189-1200. doi:10.4088/JCP.15r10174.
- Florita, M. (2021). Non si può toccare, senza essere toccati: perché la psicoanalisi deve attingere dal perinatale e viceversa. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 25-39.
- Galimberti, U. (2009). *I miti del nostro tempo*. Milano: Feltrinelli.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 25-35. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017.
- Glover, V. (2015) Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. In M. Antonelli (Ed.), *Perinatal programming of neurodevelopment. advances in neurobiology, vol. 10* (pp. 269-283). New York, NY: Springer.
- Glover, V., & Capron, L. (2017). Prenatal parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 66-70. doi:10.1016/j.copsyc.2017.02.007.
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012) Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680.
- Hannigan, L.J., Eilertsen, E.M., Gjerde, L.C, Reichborn-Kjennerud, T., Eley, T.C., Rijdsdijk, F.V., Ystrom, E., & McAdams, T.A. (2018). Maternal prenatal depressive symptoms and risk for early-life psychopathology in offspring: genetic analyses in the Norwegian Mother and Child Birth Cohort Study. *Lancet Psychiatry*, 5(10), 808-15, doi:10.1016/S22150366(18)30225-6.
- Hipwell, A., Goossens, F., Melhuish, E., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12(2), 157-175. doi:10.1017/S0954579400002030,
- Howard, L.M., Piot, P., & Stein, A. (2014). No health without perinatal mental health. *The Lancet*, 384(9956), 1723-1724. doi:10.1016/S0140-6736(14)62040-7.
- Howard, L.M, Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T. Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-88. doi:10.1016/S0140-6736(14)61276-9.
- Jones, I., Chandra, P.S., Dazzan, P., & Howard, L.M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet*, 384(9956), 1789-9910. doi:1016/S0140-6736(14)61278-2.
- Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire, *British Journal of Psychiatry*, 155, 356-62. doi:10.1192/bjp.155.3.356.
- Klein, M.H., & Essex, M.J. (1994). Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression*, 2(6), 308-314. doi:10.1002/depr.3050020606.
- Krontira, A.C., Cruceanu, C., & Binder, E.B. (2020). Glucocorticoids as mediators of adverse outcome of prenatal stress. *Trends in Neurosciences*, 43(6), 394-405. doi:10.1016/j.tins.2020.03.008.
- Lamb, M. (1975). Fathers: forgotten contributors to child development. *Human Development*, 18(4), 245-66. doi:10.1159/000271493.
- Lautarescu, A, Craig, M.C., & Glover, V. (2019). Prenatal stress: effects on fetal and child brain development. *International Review of Neurobiology*, 150, 17-40. doi:10.1016/bs.irm.2019.11.002.
- Lee, A.M., Lam, S.K., Sze Mun Lau, S.M., Chong, C.S., Chui, H.W., & Fong, D.Y. (2007) Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetric*

- Gynecology* 110, 1102-1112. doi:1097/01.AOG.0000287065.59491.70.
- Merisio, A. (2017). *Depressione postpartum. Una questione di famiglia*. Roma: Alpes Italia Editore.
- Minolli, M., & Coin R. (2007). *Amarsi amando*. Roma: Borla.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Molenaar, N.M., Tiemeierb, H., van Rossumd, E.F.C., Hillegersb, M.H.J, Bocktinge, C.L.H., Hoogendijka, W.J.G., van den Akkerf, E.L., Lambregtse-van den Berga, M.P., & El Marrounb, H. (2019). Prenatal maternal psychopathology and stress and offspring HPA axis function at 6 years. *Psychoneuroendocrinology*, 99, 120-127. doi:10.1016/j.psyneuen.2018.09.003.
- Petrilli, G., Anniverno, R., Ferrari, V., & Mencacci, C. (2010). Stress e ansia in gravidanza: conseguenze e implicazioni. *Facts, News & Views*, 10(1), Feb. 2010.
- Stein, A., Pearson, R.M., Goodman, S.H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L.M., & Pariante, C.M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0.
- Stirrat, L.I., Sengers, B.G., Norman, J.E., Homer, N.Z.M., Andrew, R., Rohan, M. Lewis, R.M., & Reynolds, R.M. (2018). Transfer and metabolism of cortisol by the isolated perfused human placenta. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(2), 640-648. doi:10.1210/jc.2017-02140.
- Sweeney, S., & McBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: a systematic review. *Journal of Affective Disorder*, 205, 44-59. doi:10.1016/j.jad.2016.05.073.
- Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy - First Edition*. New York, NY: Basic Books. [Transl. S. Prina. (2019). *Psicoterapia esistenziale*. Vicenza: Neri Pozza Editore].
- Yonkers, K., Smith, M.V., Gotman, N., & Belanger, K. (2009). Typical somatic symptoms of pregnancy and their impact on a diagnosis of major depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 31, 327-333. doi:10.1016/j.genhosppsy.2009.03.005.
- www.nichd.nih.gov/health/publication/postpartum-depression-facts/index.shtml

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica: non necessaria.

Autorizzazione a partecipare: accordata.

Ricevuto per la pubblicazione: 23 settembre 2020.

Accettato per la pubblicazione: 13 dicembre 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:352

doi:10.4081/rp.2021.352

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

