

La depressione post-partum: un'esperienza clinica con un gruppo di donne

Silvia Cimino

Abstract

In questo contributo sarà messa in luce la complessità del quadro clinico della depressione post-partum, che si collega alle dinamiche psicologiche profonde vissute dalla donna nella fase della gestazione e della nascita del bambino. Partendo da alcune riflessioni nate all'interno di un percorso clinico con un gruppo di donne che soffrono per questa psicopatologia, si evidenzierà come la gravidanza sia una fase in cui riemergono conflitti infantili e, sulla base dell'elaborazione personale delle esperienze con la propria madre, la donna riorganizzerà il suo nuovo ruolo. Saranno proposte alcune considerazioni sull'utilità di un intervento di gruppo per affrontare questa patologia e i suoi effetti altamente disfunzionali, riconosciuti dalla letteratura internazionale, sullo sviluppo e sulla crescita del bambino.

Parole chiave: depressione post-partum, gruppo di donne, gravidanza

L'esperienza di un gruppo di donne con depressione post-partum: narrazione di un percorso clinico

E' ampiamente riconosciuto dalla letteratura scientifica che i disturbi dell'umore nel periodo del puerperio meritano attenzione clinica sia per la sofferenza che comportano, sia per i rischi che implicano per la madre e per il bambino, specie nelle forme severe. Inoltre, gli studi più recenti evidenziano la necessità di valutare attentamente anche le forme di lieve e di media gravità, in quanto possono creare una significativa compromissione della qualità dell'accudimento, che può costituire un fattore di rischio rilevante per lo sviluppo affettivo e cognitivo del bambino (Goodman, Gotlib, 1999).

Sulla base di queste considerazioni teorico-cliniche è nata l'idea di costituire un gruppo di donne con sintomi di depressione post-partum, per creare un "contenitore psichico" (Bion, 1962; Neri, 2003) che potesse raccogliere tale sofferenza e mitigare gli effetti di questo quadro clinico sulla relazione che queste donne instaurano con il proprio bambino (Rouchy, 2000).

Grazie alla somministrazione di strumenti *self-report* ed interviste cliniche a madri di figli primogeniti che si rivolgevano a diversi Consultori Familiari del territorio laziale per effettuare le vaccinazioni al bambino, sono state individuate N=16 donne con sintomi depressivi stabili dopo sei mesi dalla nascita del bambino. A queste donne sono stati proposti tre colloqui clinici nei quali sono emerse difficoltà nell'accudimento del bambino e una richiesta di aiuto psicologico. Inoltre, è stata proposta la possibilità di un lavoro in gruppo per poter affrontare le difficoltà che incontravano nel loro ruolo materno. Solo N=8 donne hanno accettato di partecipare al gruppo che ha avuto cadenza settimanale. Riporterò alcune osservazioni relative all'esperienza che il gruppo ha svolto nel primo anno di lavoro.

Ho pensato di suddividere il lavoro del gruppo in quattro fasi che definirei: 1) la costruzione di uno spazio gruppale; 2) la condivisione di emozioni rabbiose e violente; 3) la possibilità di avvicinarsi ai vissuti del proprio bambino; 4) la rievocazione dell'esperienza di figlie e i timori sulla propria capacità materna.

1) *La costruzione di uno spazio gruppale*: i primi tre mesi di lavoro hanno premesso la costruzione di uno spazio gruppale in cui è stato possibile depositare i propri vissuti (Rouchy, 2000). Riporto le parole di M. che mi sembra esemplifichino bene questa fase: “io sono sempre venuta, ma non ho mai detto niente. Mi sembrava inutile. Ora sento che qui, se voglio, posso dire le cose mie. Quando mio figlio piange e non smette mi sale il sangue alla testa e farei qualunque cosa per non sentirlo”. Dopo questa dichiarazione di M., lentamente tutte le donne hanno cominciato a condividere le proprie emozioni di rabbia nei confronti dei bambini.

2) *La condivisione di emozioni rabbiose e violente*: in questa fase le donne del gruppo hanno espresso intense emozioni, che le hanno portate a vivere il proprio figlio come “colpevole e cattivo”, per usare le parole di A. Riporto uno stralcio di una seduta che si è svolta in questo periodo. M. dice “io lo butterei dalla finestra quando non si calma”. Interviene R. e afferma “io una volta ho pensato di sbatterla per terra fino a quando non smetteva di strillare”. G. dice “lo fanno apposta per farci impazzire”.

In questa fase è possibile ipotizzare che “mettere in comune” le proprie storie abbia favorito nelle donne la creazione di uno “stato sovradeterminante” che possiamo definire “un campo-stato mentale” (Neri, 2003) in cui si è aperto uno spazio per condividere un sistema complesso di emozioni, idee e fantasie legate tra loro che forniscono un primo sostegno di base.

3) *La possibilità di avvicinarsi ai vissuti del proprio bambino*: grazie all'espressione della rabbia e della violenza, lentamente le donne del gruppo hanno avuto la possibilità di interrogarsi sui vissuti dei propri figli. Grazie all'intervento di M., che ha affermato, con un tono misto tra lo scherzoso e il preoccupato “io se fossi mio figlio vorrei avere un'altra madre”, le donne del gruppo hanno cominciato a mettersi dalla parte dei loro figli. G. dice “se fossi in lei (mia figlia) mi piacerebbe stare in braccio ed essere cullata”. Anche B. afferma “penso che lui (mio figlio) piange perché mi vuole, ma io sono stanca e lui non lo capisce”.

4) *La rievocazione dell'esperienza di figlie e i timori sulla propria capacità materna*: grazie ad un'importante apertura nella possibilità di comprendere i vissuti dei propri bambini, le donne del gruppo hanno cominciato ad interrogarsi sul loro ruolo materno, ricostruendo la propria esperienza come figlie e il legame con la propria madre. A. afferma “mia madre non mi ascoltava mai e non vorrei essere come lei”. Interviene C. dicendo “una volta mia madre mi ha lasciato senza mangiare per un giorno perché avevo rotto il suo specchietto. Io non voglio essere così cattiva, ma forse le somiglio”.

In questa fase, grazie alla possibilità di rievocare la propria esperienza di figlie, queste donne hanno iniziato a ripensare al loro ruolo materno e alle difficoltà che stanno incontrando.

Sembra avere inizio, in questo periodo del lavoro di gruppo, lo stadio definito da Neri (2003) della “comunità dei fratelli”, che permette l’apertura verso nuovi spazi di pensiero che favoriscono una maggiore differenziazione e individuazione personale, all’interno della protezione del gruppo che si configura come un insieme di cui tutte le donne fanno parte e che è dotato di particolari caratteri e funzioni.

L’esperienza clinica svolta mi sembra abbia messo chiaramente in luce il ruolo fondamentale della relazione delle donne con la propria madre, sia nei vissuti che si collegano all’infanzia, sia nella relazione attuale. Infatti, la donna che si è identificata con la propria madre in maniera positiva, presenterà minori conflitti nell’accettare il suo nuovo ruolo di madre rispetto alle altre donne che si sono identificate negativamente. Nelle situazioni in cui l’identificazione è stata carente come nelle donne del gruppo, ad esempio quando la donna ha avuto una madre assente, distante oppure quando è rimasta legata ad essa in un rapporto di dipendenza infantile, la gravidanza accentuerà il bisogno di sostegno da parte della madre e impedirà l’acquisizione di nuove responsabilità nei confronti del proprio bambino (Badolato, Sagone, 1984). Queste dinamiche psiche potranno essere elaborate all’interno del gruppo, “nuovo spazio pensante” (Neri, 2003) che permetterà un’elaborazione di tali vissuti che potranno diventare “mentalizzati” ed offrire a queste donne una possibilità di “pensiero” che trasformi la rabbia e la mancanza di contingenza nella relazione con il bambino in un’occasione di comprensione dei propri bisogni e di quelli del figlio.

Il periodo del post-partum: alcune considerazioni teoriche

Dopo essere entrati nel vivo di questa psicopatologia attraverso le parole delle donne che soffrono per una depressione nel periodo del post-partum, credo sia utile riprendere alcuni concetti che possono permetterci di inscrivere questa forma di sofferenza all’interno di uno spazio di pensiero e di riflessione teorica.

La nascita di un bambino rappresenta per la donna una fase estremamente delicata, caratterizzata sia da una perdita legata al termine della gravidanza, sia da un’acquisizione che si riferisce alla nascita del figlio. Ed è proprio in questo periodo così complesso che la donna opera una profonda distinzione tra fantasie, fantasmi inconsci e realtà che si collegano al parto, al nuovo nato e ai rapporti con il mondo esterno (Ferraro, Nunziante Cesaro, 1985). Per effettuare questa distinzione è necessario un importante processo elaborativo, nel quale si alternano vissuti depressivi causati da fantasmi di perdita e dalla delusione per fantasie non realizzate, vissuti persecutori alimentati dalle difficoltà reali e stati d’animo maniacali o di negazione.

Inoltre, per riuscire a comprendere i bisogni del bambino, la madre sperimenta internamente un processo regressivo che la riporta in contatto con le emozioni della propria infanzia (Soifer, 1971). Questa lenta e graduale elaborazione psichica richiede molti mesi e non termina mai definitivamente perché costituisce quello che Deutsch (1945) ha definito “cordone ombelicale” psichico tra la madre e il figlio. Quindi, i primi mesi dopo il parto definiscono in larga misura la futura situazione

psicologica della donna ed incidono notevolmente sui suoi rapporti con il neonato, il partner e gli altri componenti del gruppo familiare (Soifer, 1971).

Come ha messo in luce Winnicott (1965), nelle prime fasi della maternità, ogni donna attraversa un periodo di malattia fisiologica che questo Autore ha definito "preoccupazione materna primaria", riferendosi a quello stato psicologico caratterizzato dalla profonda e assorbente partecipazione della madre alle fantasie e alle esperienze del figlio. Si tratta di una funzione biologicamente radicata e adattiva, che tende ad attivarsi dagli ultimi mesi di gravidanza fino ai primi tre mesi di vita del bambino e consente alla madre di comprendere i bisogni del proprio figlio e di rispondervi in modo sensibile e contingente. Quando però tale stato emotivo persiste e favorisce nella madre un intenso ritiro narcisistico da se stessa e dalla realtà, può condurre alla comparsa di quadri clinici depressivi nel periodo del post-partum (Hung, 2004), che, da un esame degli studi epidemiologici, sembrano presentarsi tra il 6% e il 28% delle donne dopo sei mesi dalla nascita di un figlio (American Psychiatric Association, 2000; Halbreich, 2006).

Pazzagli e collaboratori (1981) hanno individuato tre aree che caratterizzano lo stato psicologico della madre dopo la nascita del figlio: 1) *la perdita*, per cui la donna vive il parto sia come perdita di una parte del proprio corpo con cui si era pienamente identificata, sia come una brusca intrusione del reale all'interno dell'unità biologica creatasi nel corso dei nove mesi di attesa; 2) *la disillusione*, derivante dalla percezione di uno scarto inevitabile tra il bambino immaginato ed il neonato reale; 3) *la regressione in simbiosi*, che consiste nel lasciarsi avvolgere dal neonato all'interno di un sistema simbiotico in cui sia possibile stabilire una fusione. L'integrazione e l'elaborazione di questi tre aspetti permettono di superare positivamente la crisi d'identità connessa alla maternità (Pazzagli et al., 1981).

In questa direzione, gli elementi che caratterizzano i cambiamenti che la donna deve affrontare dopo la nascita di un figlio possono essere così schematizzati: a) *un processo di riassetto globale della personalità*, in cui la maternità permette di trovare un'integrazione tra il rapporto fantasmatico e reale con se stessa, con il proprio bambino e con i legami significativi del passato; b) *un'elevata quota di confusione*, poiché l'identità della donna oscilla tra l'immagine di sé che aveva acquisito nelle fasi evolutive antecedenti alla gravidanza, l'immagine della figura materna costruita sulla base dei processi di identificazione con la propria madre, l'immagine del neonato con la quale la futura madre tende ad identificarsi per rivivere il rapporto infantile che aveva con la propria madre; c) *l'emergenza e la riattivazione di dinamiche e fantasie appartenenti a posizioni antecedenti lo sviluppo*, cioè la nascita di un figlio riattiva il conflitto edipico e pre-edipico della donna, riproponendo sentimenti di colpa irrisolti legati alle proprie esperienze infantili (Ferraro, Nunziante Cesaro, 1985).

Contributi psicoanalitici

La letteratura psicoanalitica ha fornito un'importante cornice di riferimento teorico-clinica allo studio del periodo della gravidanza e del post-partum.

Già Freud (1915) parlava di gravidanza in relazione allo sviluppo infantile, sostenendo che l'ingresso della bambina nella fase edipica fosse contrassegnato dal desiderio di avere un figlio dal proprio padre. Successivamente Freud (1922; 1938) mise in luce la presenza di una fase pre-edipica femminile, caratterizzata da un legame particolarmente intenso e simbiotico con la madre, da cui origina il desiderio di ricevere o di dare un bambino.

A partire dall'opera di Freud e considerato il numero crescente di donne che si sottoponevano alla cura psicoanalitica, cominciarono ad aumentare le conoscenze sul significato inconscio che poteva rivestire il desiderio di avere un figlio e di accudirlo; tale desiderio iniziò ad essere considerato come momento evolutivo fondamentale per lo sviluppo di un'identità femminile stabile e matura.

Helene Deutsch (1945) sottolinea come il desiderio di maternità sia collegato alla "naturale tendenza femminile a tenere dentro di sé e a prendersi cura"; si tratta, secondo l'Autrice, di un'attitudine al confine tra il biologico e lo psicologico che costituisce la base della femminilità e del sentire materno. La maternità viene quindi considerata come la soddisfazione di un desiderio particolarmente profondo. E' interessante ricordare che Freud (1910), nel testo "un ricordo d'infanzia di Leonardo Da Vinci", quando parla del quadro di Sant'Anna con la Vergine e il Bambino, definisce misterioso e beato il sorriso della madre, proprio perché attinge al suo stato psichico interno che la assorbe completamente e appare ineffabile ad uno sguardo esterno.

Questa naturale tendenza femminile a "creare uno spazio interno dove poter accogliere un figlio ed accudirlo" è stata approfondita da Erikson (1963): la nascita di un figlio costituisce una delle crisi evolutive più importanti che si verificano nell'età adulta. Infatti, la presa di coscienza della capacità procreativa consente la piena assunzione delle proprie responsabilità, accompagnata dalla sperimentazione di un potere creativo individuale, legato all'aver generato un figlio.

Anche Levinson (1978) mette in luce che "diventare madre" rappresenta, all'interno del ciclo di vita, una tappa estremamente significativa, un *marker event*, cioè un evento che contraddistingue lo sviluppo della personalità adulta ed è parte di un lungo processo di crescita e maturazione.

La letteratura psicodinamica sottolinea, dunque, come la nascita di un bambino possa essere considerata una fase fondamentale nel ciclo vitale femminile, in quanto consente alla futura madre di riorganizzare il proprio mondo interiore, creando nella sua mente uno spazio adatto a contenere l'idea di un bambino e di se stessa come genitore (Minuchin, 1976). In particolare nella donna la gravidanza e l'accudimento di un bambino comportano una trasformazione dell'identità dovuta all'acquisizione e all'integrazione delle funzioni materne, come la capacità di prendersi cura, di proteggere e di entrare in sintonia con il proprio figlio.

E' interessante sottolineare come l'assetto materno non coincide puntualmente con la nascita di un bambino, ma emerge gradualmente dal "rimaneggiamento mentale" che è iniziato nei molti mesi precedenti la nascita del figlio. Il nuovo assetto mentale,

definito da Stern (1995) “costellazione materna”, che inizia a configurarsi già durante la gravidanza, permette alla donna di riorganizzare la propria vita mentale, determinando nuove capacità di sintonizzazione emotiva e di rispecchiamento emotivo con il figlio, inoltre le consente una profonda ridefinizione dei propri valori, interessi e priorità. Non si tratta, quindi, semplicemente di una riorganizzazione della vita mentale, ma della nascita di un’organizzazione del tutto nuova che coesisterà accanto alla precedente e la influenzerà. Stern ritiene, inoltre, che la “costellazione materna”, accompagnerà la donna per tutta la vita, anche se non sempre avrà una posizione centrale, come avviene nei mesi successivi alla nascita del bambino. Infatti, nel periodo del post-partum, la precedente organizzazione mentale rimane completamente lasciata sullo sfondo, dove resterà per un periodo di tempo variabile. Successivamente, il nuovo assetto tenderà a perdere la sua posizione di privilegio per reintegrarsi con il funzionamento mentale precedente e favorire la crescita di una personalità più matura, integrata e coerente. Ma, se tale processo subisce dei rallentamenti o delle rotture (come nella situazioni in cui la donna non ha un’immagine identificatoria femminile cui fare riferimento ed inoltre presenta una condizione economica molto svantaggiata e assenza di rete socio-relazionale), l’assetto materno raggiunto tenderà a mantenersi eccessivamente rigido e non consentirà alla donna una visione più integrata di se stessa come persona e come madre; tale situazione può portare verso l’esordio di rappresentazioni mentali individuali e del proprio figlio negative ed incoerenti, spesso presenti nei quadri depressivi ad esordio nel post-partum (Kendall-Tackett, 2005).

Anche negli studi di Bibring (1959) la nascita di un bambino è considerata uno dei momenti cruciali dello sviluppo della donna, che favorisce l’acquisizione di un livello d’integrazione psicologica più maturo, caratterizzato dall’elaborazione e dalla risoluzione dei precedenti conflitti infantili. Con l’introduzione del concetto di “crisi maturativa”, che espone la donna ad una fase di estrema vulnerabilità legata alla riorganizzazione del senso di identità personale, Bibring mette il luce come la nascita del primo figlio possa destabilizzare l’equilibrio precedentemente raggiunto (Bibring et al., 1961).

Riprendendo le teorizzazioni di Bibring, autori come Ferraro e Nunziante Cesaro (1985) considerano l’esperienza della maternità (gravidanza, nascita e accudimento del bambino) un “lavoro psichico” che si conclude, generalmente, con l’acquisizione di un nuovo equilibrio maturativo per l’identità femminile, oppure può presentare difficoltà ed evolvere nell’esordio di un disturbo depressivo, particolarmente intenso nel periodo del post-partum che si mantiene nel tempo.

Anche Pines (1972; 1982) sottolinea come la gravidanza e il prendersi cura di un neonato rappresentino una tappa fondamentale per la definizione dell’identità femminile e per la rielaborazione del processo di separazione-individuazione (Mahler et al., 1975) nei confronti della propria madre. La donna, quindi, attraverso la maternità, raggiunge una maggiore individuazione poiché è in grado di portare a termine il processo di definizione completa del proprio spazio mentale ed emotivo. Con la gravidanza, infatti, la donna si trova in una posizione particolare: è allo stesso

tempo figlia di sua madre e madre del suo bambino; ed è grazie a questa duplice identificazione che può rielaborare e confrontare i propri vissuti passati e presenti. Diversi sono gli autori (Deutsch, 1945; Benedek, 1959; Bibring et al., 1961; Pines, 1988) che hanno dimostrato l'importanza dell'identificazione della donna con una "buona immagine materna"; tale situazione, in cui la donna ha sperimentato una buona relazione infantile a cui riferirsi nelle fasi importanti della sua vita, le consente di vivere adeguatamente l'esperienza della maternità. In tal senso, Pines (1982) mette in luce come un'identificazione positiva con la propria madre permette alla donna, attraverso una temporanea regressione legata alla gravidanza, di identificarsi con un genitore capace di dare vita, e contemporaneamente, di richiamare alla memoria se stessa da bambina: è così possibile realizzare una maturazione completa della personalità. Ma quando la regressione dovuta alla gravidanza e alla maternità è vissuta come un'esperienza dolorosa e difficile, come nelle situazioni in cui emerge e si mantiene nel tempo un quadro clinico depressivo, accade spesso che si riattivino desideri infantili di fusione con la propria madre, determinando un parziale fallimento del processo di differenziazione. Inoltre, si presenta a rischio l'acquisizione completa dell'identità e di un senso di autonomia personale, come è apparso evidente nelle donne del gruppo.

Il setting clinico gruppale: apertura verso nuovi spazi di elaborazione

Sulla base delle considerazioni teoriche esposte e delle brevi riflessioni su un'esperienza clinica molto ricca e che prosegue nel tempo, mi sembra che emerga molto chiaramente l'utilità di un percorso di gruppo per donne che soffrono di depressione post-partum. Questo *setting* clinico permette alle donne un'esperienza di rispecchiamento e di acquisizione di una nuova identità femminile e materna, che non si basa esclusivamente sul rapporto avuto con la propria madre, ma sulla possibilità di elaborare vissuti affettivi complessi che riemergono con grande potenza alla nascita del primo figlio.

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.edu

In questa direzione, Autori d'orientamento psicoanalitico (Deutsch, 1945; Bibring et al., 1961; Racamier et al., 1961, 1978; Pazzagli et al., 1981) hanno posto l'accento su come la riattivazione, durante la gravidanza e nel periodo post-natale, di sentimenti ambivalenti irrisolti della donna riguardanti il proprio rapporto con i genitori durante l'infanzia, l'eccessiva idealizzazione della gravidanza e i conflitti sulla propria identità femminile, possano evolvere nella depressione post-partum che, come è ampiamente documentato dalla letteratura scientifica internazionale, influisce negativamente sullo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino (Sameroff et al., 1982; Field, 1992, 1994; Zuckerman et al., 1990; Weinberg, Tronick, 1997). Nonostante la sua presenza fisica, la madre depressa non è emozionalmente disponibile per il suo bambino, infatti, tende ad essere inaccessibile all'interazione

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.edu

con lui, non “rispecchia” il comportamento del neonato e il gioco reciproco è solitamente sporadico, interrotto e caratterizzato da un basso tono emotivo.

Raphael-Leff (1991) ha affermato che una donna è maggiormente a rischio di sviluppare una depressione nel periodo postnatale quando si trova ad essere ostacolata nell’attualizzazione delle sue specifiche aspettative circa la maternità che si collegano a vissuti che riguardano la sua storia passata. Una donna “*Facilitator*”, come la definisce l’autrice stessa, infatti, può presentare una depressione post-partum quando non è in grado di soddisfare le sue stesse aspettative di “madre perfetta”; oppure quando la sua autostima, legata ad una matrice reciproca bambino-madre-sé, è minacciata dalla mancata realizzazione del suo ideale. Una donna “*Regulator*”, al contrario, si aspetta che il neonato si adatti ai suoi ritmi e si sente depressa quando, non riuscendo a mantenere una chiara definizione di se stessa come “persona”, sente di perdere la sua identità precedente a quella materna; il calo della sua autostima si avrà quando non riesce a “regolare” il suo bambino e si sentirà intrappolata nel suo nuovo ruolo, esclusa dalla compagnia adulta, sommersa ed assorbita completamente dalle richieste del neonato. Queste esperienze depressive, nelle madri “*Facilitators*” e “*Regulators*”, tendono ad essere esacerbate da privazione economica, da disturbi del sonno ed esaurimento fisico, da isolamento sociale, da carenza di supporto emotivo da parte del partner e da una relazione negativa e disfunzionale con la propria madre (Raphael-Leff, 1991).

Può essere interessante, per concludere questo contributo necessariamente parziale ed incompleto, che ha tentato di offrire solamente alcuni spunti di riflessione che necessiterebbero di una maggiore sistematizzazione, riprendere il costrutto teorico che Winnicott (1965) ha definito “preoccupazione materna primaria”. Winnicott (1956, 1965) paragona questo “stato psichiatrico molto particolare della madre” “ad uno stato di ritiro, ad uno stato di dissociazione, ad una fuga o perfino ad un disturbo più profondo, quale un episodio schizoide in cui uno degli aspetti della personalità prende temporaneamente il sopravvento”.

La capacità di ammalarsi e di guarire da questa “malattia normale” conferisce alla donna le qualità di quella che Winnicott ha chiamato una “madre devota”, in altre parole capace di essere temporaneamente in grado di preoccuparsi in maniera totale del proprio bambino, distogliendo, per il tempo che è necessario, la propria attenzione dal mondo circostante (Winnicott, 1965). Possiamo pensare che, nei casi in cui i sintomi depressivi si mantengono nel tempo, questo stato psichico non riesca a retrocedere proprio perché i conflitti passati della donna riemergono con una forza tale da impedirle di riacquistare il suo precedente assetto psichico. In queste situazioni un lavoro di gruppo, che permette nuove identificazioni femminili quando la relazione con la propria madre si è presentata difficile, appare come un contesto terapeutico molto utile, che, oltre ad offrire alla donna nuovi spazi di pensiero ed elaborazione, permette di proteggere e di alleggerire la relazione madre-figlio dal peso di un passato che si presenta fortemente ostacolante se resta in-elaborato ed in-espresso.

Concludo con le parole di G., che mi sembrano in linea con le considerazioni appena esposte: “mia madre dice che non so calmare mia figlia e mi dice sempre che lei farebbe meglio. Io però penso che con me non ha fatto un granchè. Quando mia figlia piange cerca me, non lei. Sono io la mamma”. Posso quindi ipotizzare che il lavoro del gruppo e del campo gruppale sembri aver consentito lo sviluppo di un senso di appartenenza e di forza nello svolgimento delle funzioni di accudimento femminili. In questa direzione il gruppo sembra essersi costituito come un “oggetto-Sé” (Kohut, 1966) che partecipa alle conquiste di ogni donna e l’introietto del lavoro di gruppo potrebbe aver favorito un senso di appartenenza e di rinforzo alla specifica condizione femminile e materna. Quindi, nelle situazioni di depressione post-partum, il dispositivo gruppale, oltre ad avere qualità sociali, può permettere un rispecchiamento delle conquiste compiute dalle donne, rimandando ad ognuna un’immagine positiva che incoraggia ad intraprendere nuove imprese (Neri, 2003) come quella di prendersi cura di un figlio che cresce.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington DC. Tr. it. *DSM-IV-TR Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 2001.
- Badolato, G., Sagone, A. (1984). *Psicologia dell’attesa: vissuti e ruoli dei futuri genitori*. Roma: Edizioni Kappa.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase: a contribution to the libido theory. *Journal of the Psychoanalytic Association*, 7, 3.
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G.L., Dwyer, T.F., Huntington, D.S., Valenstein, A.F. (1961). A study of the psychological process in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-23.
- Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall’esperienza*. Roma: Armando Editore, 1996.
- Cox, J.L., Murray, D., Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Deutsch, H. (1945). *Psychology of women. A psychoanalytic interpretation. 2: Motherhood*. New York: Grune and Stratton. Tr. it. *Psicologia della donna adulta e madre, Studio Psicoanalitico*. Vol. 2. Torino: Boringhieri, 1957.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and Society*. New York: Norton & CO. Tr. it. *Infanzia e società*. Roma: Armando, 1966.
- Ferraro, F., Nunziante Cesaro, A. (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come “agire” tra fusione e separazione*. Milano: Franco Angeli.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66.
- Field, T. (1994). The effects of mother’s physical and emotional unavailability on emotional regulation. In *The development of emotion regulation biological and*

- behavioral consideration*. Fox A. ed., Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 208-227.
- Freud, S. (1915). *Lutto e melanconia*. Tr. it. Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1922). *L'Io e l'Es*. Tr. it. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1938). *Compendio di psicoanalisi*. In *Opere*, vol. 11, Torino: Boringhieri, 1967-1980.
- Goodman, S.H., Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Halbreich, U. (2006). Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 88, 1, 1-7.
- Harrington, R. (1995). Affective disorders. In *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Rutter M., Taylor E., Hersow L. eds. Blackwell Science
- Hung, C. (2004). Predictors of postpartum women's health status. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 4, 345-352.
- Kohut, H. (1966), *La ricerca del Sé*. Torino : Boringhieri, 1982.
- Levinson, D. (1978). *The season's of a man's life*. New York: Knopf.
- Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of Human Infant Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapie della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Neri, C. (2003). *Gruppo*. Roma: Borla.
- Pazzagli, A., Benvenuti, P., Rossi Monti, M. (1981). *Maternità come crisi*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 311-319.
- Pines, D. (1988). Adolescent pregnancy and motherhood: a psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Inquire*, 8, 234-251.
- Racamier, P.C., Sens, C., Carretier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum. *L'Evolution Psychiatric*, 4, 525-570.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological Processes of Childbearing*. London: Chapman and Hall.
- Rouchy, J.C. (2003). *Il gruppo spazio analitico*. Roma: Borla.
- Sameroff, A.J., Seifer, R., Zax, M. (1982). Early development of children at risk of emotional disorders, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47, 7, 199.
- Soifer, R. (1971). *Psicologia del embarazo, parto y puerperio*. Ediciones Kargleman. Tr. it Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio. Roma: Borla, 1975.
- Weinberg, K., Tronick, E.Z. (1997). *Maternal Depression and Infant Maladjustment: A Failure of Mutual Regulation*. In *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 1 Infants and Preschoolers. Development and Syndromes*. New York: Noshpitz J.D, ed. J Wiley & Sons.

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

Winnicott, D.W. (1956). *La preoccupazione materna primaria*. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.

Silvia Cimino è psicologa, ricercatore in Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Facoltà di Medicina e Psicologia, “Sapienza” Università di Roma.

E-Mail: silvia.cimino@uniroma1.it