



I LUOGHI DELLA NASCITA: UNA RICERCA-INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO NELLE MADRI MIGRANTI

Angela Maria Di Vita*, Maria Vinciguerra, Alessandra Ciulla*****

*Professore ordinario di Psicologia Dinamica, Dipartimento di Psicologia.
Università degli Studi di Palermo. Viale delle Scienze, ed. 15, C.P. 90100. Tel: 091.23897713,
e-mail: divita@unipa.it

**Dottore di ricerca in Pedagogia e Didattica in prospettiva interculturale,
Università degli Studi di Palermo, e-mail: mvinciguerra@unipa.it

***Dottoranda di ricerca in Pedagogia e Scienze dell'educazione in prospettiva interculturale,
Università degli Studi di Palermo, e-mail: alessandra.ciulla@unipa.it

ABSTRACT

Pregnancy involves physical changes but also relational and affective ones. During the nine month-s' period and in the months following the birth, women develop a series of expectations and fantasies about themselves and their child. The way women live their motherhood expresses, in addition, the cultural values, the myths, the rules society has transmitted to them. Then, birth can be considered as a cultural event with distinctive features. Moving from these considerations, we wondered how immigrant women live their experience of motherhood in a foreign country. We examined the way women reconstruct the history of their pregnancy in relation to their own maternal identity, the identity of their child and their culture of origin, to evaluate the risk of post-partum depression. In this study, we met 11 immigrant women, who belong to different cultures and live in Palermo. The participants were administered a semi-structured interview about maternal representations (IRMAG and IRMAN respectively), a symbolic drawing of family life space (DSSVF) and then the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy and puerperium.

Key Words: pregnancy, maternal representations, birth, immigrant women, culture of origin.

INTRODUZIONE

«Ci sono taluni luoghi lontani, luoghi d'origine dei migranti, dove la gravidanza non deve essere annunciata; in tali altri, non bisogna mangiare certi pesci o certi tuberi che diventano molli cuocendo; altrove ancora, non bisogna che il marito mangi certi tipi di carne durante il periodo di gravidanza della moglie ... Più lontano ancora, bisogna tenere a mente i sogni, farli interpretare e rispettare le richieste

**I LUOGHI DELLA NASCITA: UNA RICERCA-INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO NELLE MADRI MIGRANTI**

pronunciate nel sogno perché è il bambino a parlare ... Sono elementi della sfera privata che, in esilio (in una società che non li condivide) a volte si oppongono alle logiche mediche, psicologiche, sociali e culturali del paese d'accoglienza» (Moro, 2005, p. 95).

In una prospettiva evolutivo-familiare, la gravidanza costituisce un periodo critico nella vita della donna, in quanto implica processi di rielaborazione identitaria e di riequilibrio psico-biologico e relazionale che coinvolgono l'intero sistema familiare. La maternità conduce la donna a confrontarsi con i propri modelli femminili di riferimento, a sperimentare un nuovo ruolo sociale, a ristrutturare la propria relazione con il partner per far spazio al nascituro e a ri-organizzare i rapporti e la distanza intergenerazionale con la propria famiglia d'origine (Scabini, 1995; Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera, 2002).

Le responsabilità della cura e dell'accudimento di un figlio vengono generalmente percepite dai genitori come il più grande cambiamento vissuto nell'arco di vita familiare (Nyström e Öhring, 2004), ma non sempre la nascita di un bambino comporta per la donna emozioni positive. La gravidanza, il parto e il puerperio, infatti, possono portare alla luce preoccupazioni circa i cambiamenti corporei, la sofferenza fisica, la salute del bambino e anche sentimenti di perdita della propria indipendenza, per via delle diverse priorità e attenzioni che la nascita di un figlio comporta (Rutter e Rutter, 1992). Durante la gravidanza, dunque, la donna è impegnata in una profonda riorganizzazione sia della realtà esterna che di quella interiore, essendo la maternità innanzitutto uno stato psichico. Recenti ricerche hanno rilevato che durante la gravidanza e nel periodo successivo al parto, le donne possono manifestare diversi disturbi di tipo affettivo (Born, Zinga e Steiner, 2004). La vulnerabilità della donna durante questo periodo critico è stata spiegata attraverso il concetto di trasparenza psichica (Bydlowsky, 1997), nel senso che il funzionamento psichico della madre in questo lasso di tempo diventa più esplicito, le rappresentazioni inconscie acquiscono maggiore leggibilità e l'espressione delle emozioni e dei conflitti risulta più diretta.

La depressione postpartum è una delle condizioni cliniche che alcune donne possono sviluppare nei mesi che seguono la nascita del bambino. Essa è caratterizzata da sintomi che persistono in modo continuativo per almeno una settimana (pianto, abbattimento, labilità emotiva, senso di colpa, mancanza di appetito, idee suicidarie, disturbi del sonno, senso di inadeguatezza, scarsa capacità di concentrazione e di memoria, stanchezza e irritabilità). È opportuno distinguere la depressione postpartum sia dalla *maternity blues*, che dalla *psicosi puerperale*. In particolare, la *maternity blues*, rilevabile nei giorni immediatamente successivi al parto, si distingue per la presenza di sintomi transitori e di lieve entità (umore depresso, labilità emotiva, episodi di pianto, irritabilità, confusione e ansietà, disturbi del sonno e dell'appetito); la *psicosi puerperale*, invece, è un disturbo affettivo di più grave entità (depressione, perdita di contatto con la realtà, impoverimento cognitivo, deliri, allucinazioni, comportamento bizzarro, compromissione del funzionamento), il cui esordio può estendersi fino a 90 giorni dopo il parto (O'Hara, 1999). I fattori di rischio della depressione postpartum possono essere diversi (e talvolta non univoci) ascrivibili a diverse aree: il funzionamento biologico (ad esempio, il cambiamento ormonale), le caratteristiche ambientali (ad es. status sociodemografico, isolamento sociale, aspettative e rappresentazioni sociali della maternità), le condizioni ostetrico-ginecologiche (complicanze ostetriche e mancanza di sostegno durante il travaglio e il parto), le variabili psicosociali (esposizione ad eventi stressanti, insoddisfazione coniugale, scarso supporto sociale, stigmatizzazione sociale della depressione postpartum) e, infine, i fattori psicologici (pregresse storie di depressione, relazioni problematiche con la propria madre, temperamento del bambino, credenze negative circa se stesse e il proprio figlio, ansia prenatale) (Caretti e Grisafi, 2009).

Conseguentemente al consolidarsi di una tendenza migratoria di tipo familiare, la letteratura scientifica e la pratica clinica rivolgono oggi un crescente interesse per l'esperienza e il vissuto materno nella migrazione (Scabini e Rossi, 2008; Moro, 2002, 2005; Cattaneo e Dal Verme, 2005; Chinosi, 2002). Divenire madre in terra straniera è un evento che può esporre la donna migrante a una maggiore vulnerabilità psicologica e sociale, non già per lo status di madre immigrata, quanto per le difficoltà incontrate nel percorso migratorio e per le condizioni di vita vissute prima e dopo la migrazione. Migrare vuol dire allontanarsi dagli affetti e dai propri luoghi d'attaccamento in cerca di migliori condizioni di vita ma, spesso, soprattutto per quante vivono nella condizione di rifugiate, la migrazione costituisce un gesto di sopravvivenza, un esilio imposto, piuttosto che un vero e proprio progetto di vita, dunque una rottura tal-



PSICOLOGÍA POSITIVA Y CICLO VITAL

volta brutale nella storia personale e familiare di una donna (Moro, 2008). Al di là, comunque, dei motivi che sottendono la migrazione (politici, economici, di salute, di studio, per ricongiungimento familiare, etc.) l'adattamento al nuovo contesto fisico e sociale può suscitare un profondo senso di perdita sia dei legami sociali che dei ritmi conosciuti. Tali perdite portano all'indebolimento e, molto spesso, alla dispersione delle reti primarie, inaugurando un difficile percorso di transizione e cambiamento per la donna, considerato che la percezione del supporto familiare e sociale e le rappresentazioni materne assumono un ruolo importante, durante la gravidanza e il puerperio (O'Hara, 1986; Romito, 1992). Vivere il passaggio psichico dalla condizione di figlia a quella di madre, in un contesto fortemente slegato dalle tradizioni e in assenza di una intelaiatura familiare fatta di "co-madri" in grado di supportare l'assunzione del ruolo materno, priva la donna di tutti quegli elementi socialmente prescrittivi e rassicuranti che in molte culture accompagnano la neo-mamma a comprendere il proprio bambino e a organizzare, attraverso rituali e feste, le pratiche di accudimento (Balsamo, 1997; Balsamo, 2003; Di Vita, Errante, Salerno e Vinciguerra, 2004; Di Vita, Errante e Vinciguerra, 2005; Taliani e Vacchiano, 2006). Il senso di spaesamento vissuto nel periodo prenatale e la perdita della corrispondenza tra il riferimento culturale esterno e quello interiorizzato può generare nelle donne migranti stati di incertezza circa le proprie competenze genitoriali. Sulla base di quanto è stato rilevato in diversi studi sul parenting, percepirsi come genitori competenti rappresenta un importante fattore di mediazione rispetto alla depressione materna e facilita nel bambino risposte che rinsaldano la fiducia del genitore rispetto alla capacità di fornire cure adeguate al figlio (Teti e Gelfand, 1991; MacPhee *et al.*, 1996; Gondoli e Silverberg, 1997). Inoltre, le ricerche cross-culturali evidenziano come, in relazione ad un uso meno regolare dei servizi sanitari e ad una più ristretta rete relazionale di supporto, il vissuto delle donne migranti durante la prima gravidanza presenta livelli più alti di stress rispetto all'esperienza delle donne italiane (Campagnola, Gugliotti, Boaretto e Cremonese, 2007). Sia in gravidanza che nel puerperio, al vuoto lasciato dalla perdita del gruppo familiare si aggiunge, scrive Moro (2005, p. 105), «l'impossibilità di dare un senso culturalmente accettabile a problemi quali la tristezza della madre, il sentimento di incapacità, le disarmonie nelle interazioni tra madre e neonato». In tal senso, sia vissuti di forte isolamento sociale, sia la fruizione problematica dei servizi socio-assistenziali, spesso legata alla difficoltà di comunicare e far comprendere il proprio disagio, possono rappresentare fattori che rendono particolarmente a rischio le madri migranti rispetto all'insorgere di una depressione post-partum. Altre volte però, soprattutto per le donne che provengono da regioni rurali, comportamenti apparentemente disfunzionali possono essere l'espressione culturale di un disagio diverso, che deriva da un approccio problematico con i dispositivi di cura occidentali. In queste situazioni, il controllo ginecologico, l'ecografia, l'amniocentesi, l'epidurale, il parto cesareo e così via, se non mediate da parole di spiegazione all'interno di una relazione medico-paziente fondata sul riconoscimento e sull'accoglienza delle differenze culturali, vengono vissute dalle donne migranti come atti tecnici incomprensibili, intrusivi, violenti (Moro, 2009).

Da queste considerazioni, si evidenzia per noi l'importanza di indagare e le rappresentazioni e i vissuti materni delle donne migranti, al fine di prevenire e curare, ma soprattutto comprendere, le forme di disagio psichico sia nel periodo che precede il parto che in quello successivo alla nascita.

IPOTESI E OBIETTIVI

Numerosi studi hanno messo in evidenza il ruolo del vissuto materno sulla salute psicologica del neonato riconoscendo, tra le condizioni di rischio, gli effetti specifici dello stato depressivo della madre sullo sviluppo affettivo, cognitivo e relazionale del proprio figlio (Ammaniti, Sergi, Speranza, Tambelli e Vismara, 2002). L'attenzione alla qualità delle cure parentali nel primo anno di vita del bambino costituisce, per tali ragioni, la premessa di numerosi interventi sociosanitari volti a individuare, sin dal periodo pre-natale gli indicatori di rischio per la salute materno-infantile, soprattutto laddove condizioni di vita avverse rendono più vulnerabili le relazioni familiari e possono maggiormente esporre il bambino a

**I LUOGHI DELLA NASCITA: UNA RICERCA-INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO NELLE MADRI MIGRANTI**

traumi, trascuratezza, ritardi nello sviluppo e a gravi forme di maltrattamento infantile (Grussu, Quartaro, 2007). Sulla base di tali premesse, stiamo conducendo una ricerca-intervento (più ampia rispetto al contributo qui presentato) in due città siciliane, Palermo e Messina. In sintesi, sul piano della ricerca, gli obiettivi del progetto hanno riguardato a) l'esplorazione delle rappresentazioni materne in gravidanza, b) le diverse modalità di parenting e c) la rilevazione degli eventuali stati di malessere psichico della madre, sia durante la gravidanza che nel post-partum; mentre, sul piano dell'azione l'intento è stato quello di tracciare adeguati percorsi di sostegno alla genitorialità migrante al fine di rispondere in modo adeguato alle diverse richieste di tutela e cura della salute materno-infantile. Dai risultati ottenuti nella prima fase dello studio, in cui sono state esplorate le rappresentazioni materne di 52 donne alla prima gravidanza (di cui: 30 donne italiane sono state assegnate al gruppo di controllo e 22 donne migranti hanno costituito il gruppo di indagine), si è riscontrato che, mentre una percentuale elevata di donne italiane (90%) riporta al momento della somministrazione (sesto-settimo mese di gestazione) rappresentazioni materne di tipo *integrate/equilibrare*, le donne migranti, al contrario, presentano un'elevata percentuale (90,9%) di rappresentazioni che rientrano nella categoria *ristretta/disinvestita*, ovvero si posizionano su un versante potenzialmente più problematico riguardo all'idea di sé come madre e a quella del proprio bambino (Di Vita, Errante, Vinciguerra, 2005). Analoghi risultati sono emersi in un successivo studio cross-culturale¹, a cui hanno partecipato 87 donne in gravidanza, tutte migranti e anch'esse primipare.

L'ipotesi di fondo che ha guidato il lavoro che vogliamo presentare in questa sede è che, sulla base degli esiti mostrati nelle due ricerche sopra riportate, l'alta percentuale di rappresentazioni ristrette/disinvestite riscontrate sin dal periodo pre-natale potesse indicare l'insorgenza di un rischio depressivo, sia in gravidanza che nel puerperio. In tal senso, entro una cornice di prevenzione del rischio, abbiamo proseguito lo studio in una prospettiva longitudinale con un numero più ristretto di donne che (11 rispetto alle 87 iniziali), su adesione volontaria, si sono rese disponibili ad essere intervistate da noi anche dopo il parto.

METODO**Partecipanti**

Hanno partecipato allo studio 11 donne immigrate di età compresa tra i 18 ed i 28 anni ($M = 24.6$, $DS = 3.3$), di diversa provenienza geografica (cfr. tabella 1). Le partecipanti sono state contattate presso l'ambulatorio ginecologico dedicato ai migranti del Policlinico Universitario di Messina, ed estratte

¹ (Cfr. Di Vita A.M., Errante M. e Vinciguerra M., 2006). Lo studio è stato condotto al fine di indagare le rappresentazioni materne su un gruppo di 85 donne immigrate. I risultati, in sintesi, indicano che: il 58% del totale delle donne presenta rappresentazioni materne che rientrano nella categoria *ristrette/disinvestite*, con prevalenza della sottocategoria *accentuata*; il 26% ha delle rappresentazioni materne *integrate/equilibrare limitate*; il restante 16% mostra delle rappresentazioni materne *non integrate/ambivalenti* e la sottocategoria prevalente è quella *confusa*. Le donne che durante l'intervista (IRMAG, Ammaniti, Candelori, Pola e Tambelli, 1995) esprimono rappresentazioni *ristrette/disinvestite*, presentano nella valutazione globale dei disegni (DSSVF, Gilli, Greco, Regalia e Banzatti, 1990) una modalità di rappresentazione grafico-simbolica di tipo *diffuso*; la maggior parte di esse non si rappresenta come centro grafico-geometrico del proprio spazio di vita familiare, descrivendo un decentramento sia psicologico che fisico rispetto alle dinamiche familiari. La maggior parte delle donne che nel corso dell'intervista presentano rappresentazioni *non integrate/ambivalenti*, alla prova grafico-simbolica, collocano se stesse all'interno del cerchio che rappresenta lo spazio di vita familiare, ma in una posizione periferica e, nonostante esse rappresentino diverse figure significative della propria famiglia, queste sono quasi tutte raffigurate lontano da sé, anche quando le relazioni sono buone, come ad indicare sia la lontananza fisica delle persone importanti, che l'impossibilità di ricevere un sostegno concreto da parte loro. Diversamente, le future madri con rappresentazioni *integrate/equilibrare* si raffigurano in posizione centrale all'interno dello spazio di vita familiare, con tutte le figure della propria famiglia d'origine attorno, ad indicare come, a prescindere dalla distanza fisica, queste donne sentano ugualmente vicine le proprie figure di riferimento.



PSICOLOGÍA POSITIVA Y CICLO VITAL

da un numero più ampio di partecipanti, costituito da 87 donne primipare di diversa provenienza², tutte contattate presso presidi sanitari della Regione Sicilia (Palermo e Messina). Complessivamente, nessuna donna presenta al momento della somministrazione indicazioni sanitarie legate a fattori di rischio gravidico. Rispetto al campione iniziale ($N = 85$), le 11 donne con cui è stata effettuata la presente indagine longitudinale, hanno accettato volontariamente di partecipare ad un secondo incontro a tre mesi dal parto.

Tabella 1*Strumenti e procedura.*

Lo studio è stato condotto con lo stesso gruppo di soggetti in due differenti periodi che distinguono due fasi della ricerca: una fase prenatale e una post-partum. In particolare, sono state indagate le rappresentazioni materne, le rappresentazioni dello spazio di vita familiare e la presenza di tendenze depressive sia durante la gravidanza che nel puerperio.

Secondo quanto indicato da Ammaniti *et al.* (1995) per la somministrazione prima e dopo il parto, si è scelto di incontrare le donne tra il quinto e il settimo mese di gravidanza, quando ancora le paure e le angosce relative al parto sono ancora lontane, ma i cambiamenti corporei e le percezioni del feto sono già abbastanza evidenti, mentre l'incontro per la seconda somministrazione è avvenuto a tre mesi dal parto.

I contenuti e la struttura narrativa del vissuto della donna in relazione a se stessa, al bambino, al partner e alla propria madre sono stati indagati sia nel periodo prenatale che in quello postpartum rispettivamente attraverso due versioni riadattate dell'IRMAG (Intervista per le Rappresentazioni Materne in Gravidanza, Ammaniti, Candelori, Pola e Tambelli, 1995) e dell'IRMAN (Intervista per le Rappresentazioni Materne alla Nascita, Di Vita, Giannone, 2002); l'analisi delle rappresentazioni rispetto ai mutamenti dell'organizzazione familiare in gravidanza e nel puerperio sono state effettuate attraverso il DSSVF (Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare, Gilli, Greco, Regalia e Banzatti, 1990); e, infine, il rischio depressivo è stato valutato attraverso l'Edinburgh Postnatal Depression Scale³ (Cox, Holden e Sagovsky, 1987; versione italiana di Benvenuti, Ferrara, Niccolai, Valoriani e Cox, 1999), un questionario autosomministrato, composto da dieci item (scala Likert a quattro punti, da 0 a 3, in cui lo zero indica assenza di tendenze depressive), somministrato sia nel periodo prenatale che a tre mesi dalla nascita del bambino, a distanza di cinque mesi rispetto la prima somministrazione.

RISULTATI

Quasi tutte le narrazioni raccolte attraverso le interviste sia nel periodo della gravidanza (IRMAG) che a tre mesi dal parto (IRMAN) rientrano nella categoria delle rappresentazioni materne *ristrette/disinvestite*. Sono state escluse dall'analisi due partecipanti che hanno espresso il loro rifiuto a procedere con una seconda somministrazione degli strumenti nel post partum.

² Il 21% proviene dal Bangladesh e dallo Sri Lanka, il 20% dall'Europa dell'Est (Romania e Polonia), il 15% dalle Mauritius, il 14% dalla Guinea (Costa d'Avorio, Ghana, Nigeria), il 12% dalla Cina, il 5% dall'area del Maghreb, un altro 5% dall'area balcanica, il 4% dall'America Latina (Ecuador, Santo Domingo e Perù) e il restante 4% da altri Paesi.

³ Numerosi studi hanno dimostrato la validità e l'attendibilità di questo test su campioni diversi di popolazione, appartenenti a culture e nazionalità differenti. Un primo studio fu condotto da Cox, Holden e Sagovsky (1987) su di un campione di 84 madri depresse secondo i criteri del disturbo depressivo ottenuti dall'Intervista Psichiatrica Standardizzata di Goldberg. I risultati dello studio hanno dimostrato come l'EPDS soddisfi i criteri di sensibilità e specificità nel rilevare i cambiamenti nel grado di severità della patologia. Uno studio condotto da Murray e Carothers nel 1990 aveva dimostrato la validità del test su un campione di 702 donne diagnosticate depresse a sei settimane dal parto attraverso i criteri diagnostici del DSM-IV. Anche in Italia, la ricerca condotta da Agostini, Monti e Martini (2004) ha dimostrato la validità dell'EPDS nel discriminare la presenza di stati depressivi in neo-madri a 3, 9, 18 mesi dal parto.

**I LUOGHI DELLA NASCITA: UNA RICERCA-INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO NELLE MADRI MIGRANTI**

Tra due donne che durante la gravidanza mostrano rappresentazioni materne *integrate/equilibrare*, soltanto una di esse mantiene questo tipo di rappresentazione anche nel postpartum, mentre un'altra neo-mamma che all'intervista prima del parto rientrava in una categoria *ristretta/disinvestita*, alla seconda intervista si inserisce pienamente nella categoria di rappresentazioni materne *integrate/equilibrare*. In questi due casi, i punteggi all'EPDS diminuiscono dopo il parto e non assumono mai valori elevati tali da far sospettare l'insorgere di una depressione.

Diversamente, i valori all'EPDS delle altre donne indicano in tutti i casi (tranne uno) la presenza di un rischio depressivo. In particolare, il confronto tra i punteggi al test nei due differenti periodi, indica che sei tra le donne del nostro campione, mostrano un incremento del rischio depressivo nel postpartum, rispetto ai livelli già elevati riscontrati in gravidanza (tabella 2).

Tabella 2: PUNTEGGI ALL'EDINBURGH POST NATAL DEPRESSION SCALE

Rispetto alle undici donne intervistate, sei mostrano punteggi non patologici alla prima somministrazione, mentre il resto totalizza un punteggio uguale o superiore a 10, soglia al di sopra del quale è possibile ipotizzare la presenza di una patologia depressiva. Rispetto alla prima somministrazione, dopo la nascita del bambino, i punteggi si innalzano ulteriormente nella maggior parte dei protocolli, indicando così un maggiore stato di disagio legato al puerperio: soltanto quattro donne mantengono punteggi nella norma. È interessante notare come in un unico caso l'elevato punteggio ottenuto alla prima somministrazione (prot. 3), subisce un netto calo alla seconda, riportandosi ad un livello decisamente non patologico. Probabilmente, per la neo-madre in questione, la nascita del bambino ha agito da fattore protettivo, rappresentando un evento che le ha permesso di rafforzare ed integrare il proprio senso del Sé.

Durante i colloqui effettuati nel periodo della gravidanza, sono le donne stesse che raccontano i loro stati di ansia e di depressione. Ad esempio, in alcune interviste le future mamme si esprimono così:

"Prima lavoravo ora ho smesso...adesso non posso uscire...non posso mangiare tanto e un sacco di altre cose...sono stata a letto, non mi alzavo più la mattina per fare le pulizie ad esempio. So solo che ho paura e basta... mia mamma mi ha detto di non preoccuparmi, ma lei è mia madre, cosa mi può dire se non questo? Non si muove molto (si riferisce al bambino), circa due volte al giorno e soprattutto quando non mangio o sono arrabbiata o quando mi alzo dal letto. Ho sognato un bambino che piangeva, ma sentivo solo piangere e non lo vedevo" (18 anni, Romania).

"Ero molto spaventata...quando sono stata giù mia madre si è presa cura di me, ha pensato a molte cose...mi sono sentita come se anche io ero una bambina e non ce la potevo fare" (18 anni, Romania).

"Sono stata male dentro...Non ce la facevo ad alzarmi di mattina, ero triste e sola e desideravo avere la mia famiglia vicino" (23 anni, Sri Lanka).

"Ho un po' paura...però non ne parlo con nessuno...ho paura...non so che fare...anche se lo nascondevo...all'inizio mi sentivo ansiosa...vorrei essere meno ansiosa" (28 anni, Sri Lanka).

La domanda *"Di che cosa pensa avrà bisogno il suo bambino, nei primi mesi di vita?"*, ha fatto emergere in un'altra donna tutta la confusione e la problematicità degli aspetti organizzativi della cura di un figlio, tanto da pensare che sicuramente avrebbe avuto bisogno di un aiuto medico.

Anche dopo la nascita del bambino, i racconti, nella quasi totalità dei casi, esprimono un vissuto crescente di preoccupazioni e ansie. Le donne lasciano emergere vissuti di colpa, sconforto, paura e impotenza per la mole di lavoro ed energia che l'accudimento del figlio comporta:

"Mi sento sempre molto stanca, non ho tempo e devo fare un sacco di cose, la bambina la devo guardare sempre" (27 anni, Sri Lanka).

Talvolta, compaiono fantasie di malattie o morte del figlio ed espressioni sgomento di fronte alla consapevolezza della completa dipendenza di quest'ultimo dalla madre:

"Lei dipende da me...non può vivere senza me" (23 anni, Sri Lanka).



PSICOLOGÍA POSITIVA Y CICLO VITAL

Molte donne, durante l'intervista a tre mesi dal parto, hanno raccontato delle paure determinate da stati di ansia e di depressione, che hanno influenzato sin dalla nascita la loro relazione con il bambino:

"È faticoso, di notte non hai la forza...ci sono momenti in cui piange e non sai quello che ha, allora ti disperai e non sai come fare...quando piange in continuazione. Mio marito mi ha sollevata nei momenti tristi. A volte penso ai miei bambini che non ce l'hanno fatta a venire al mondo (si riferisce ad aborti precedenti). Ho paura che possa succedergli qualcosa" (28 anni, Romania).

"Ero spaventata perché ero sola...mi scoraggiavo, piangevo. Non pensavo che era così faticoso. Mi spavento, ho paura...lo ho perso mia madre quando ero piccola e mi ricordo i pianti e quanto mi sentivo sola, non voglio che lui si senta mai solo...noi abbiamo sofferto da bambini (si riferisce anche al marito), ci mancavano tante cose...mi viene la malinconia perché io sono sola...mi sento sola...non sapevo come fare sola con il bambino...mi veniva da piangere...A chi mi devo rivolgere qui, almeno ero al mio Paese...è brutto quando sono sola col bambino e lui piange o devo fare qualcosa e non lo posso lasciare solo" (27 anni, Romania).

"Avevo paura da morire e dopo paura che al bambino poteva succedere di morire...In Romania una mia compagna aveva avuto un bambino che è morto nella culla perché lei non lo controllava. Ho paura che si possa fare male, che succede qualcosa di brutto alla sua salute che si poteva evitare se io mi comportavo con maggiore attenzione. Quando piange non capisco che cosa ha e mi spavento..." (23 anni, Romania).

"Mi spavento per la mia bambina e vorrei che qualcuno si prende cura di me o di lei per un attimo, così io mi prendo cura di me. Certe volte io mi sento così stanca che mi vorrei addormentare e non sapere più niente e svegliarmi tra un paio di anni" (23 anni, Marocco).

Infine, anche i DSSVF delle donne incontrate risultano molto poveri: la maggior parte delle madri si rappresenta in una posizione marginale rispetto allo spazio di vita familiare, disegnando il marito al centro; spesso, le donne durante la gravidanza non hanno rappresentato il nascituro, né la presenza nella loro vita di organizzazioni (private o pubbliche, formali o informali) ed eventi di particolare importanza. Un caso tra tutti merita particolare attenzione, sia nella fase prenatale che nel puerperio. Una tra le donne intervistate (23 anni, Marocco, prot. 12) colloca tutti i personaggi del suo disegno al di fuori del cerchio che racchiude l'ambiente familiare, rappresentando se stessa e il marito in basso al cerchio, chiusi in un rettangolo ed isolati rispetto alle famiglie d'origine; queste ultime sono collocate in analoghe cellette più distanti e in posizione marginale. Unico elemento di collegamento tra gli elementi del disegno è rappresentato da una freccia che indica una buona comunicazione tra le famiglie. Non viene raffigurato il bambino, né vengono indicate altre figure o eventi particolarmente significativi. Anche nella seconda somministrazione dello strumento grafico-proiettivo, la rappresentazione della donna non cambia: la donna disegna se stessa, il marito e la figlia all'esterno del cerchio e racchiusi in un cerchio più piccolo; il solo membro rappresentato all'interno dello spazio di vita familiare è la propria madre, unico legame ritenuto realmente intimo ed importante.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il nostro interesse per le madri immigrate nasce dagli studi che hanno confermato come in tutti i contesti socio-culturali può insorgere la depressione post-partum, quello che cambia è il significato che la donna e il suo ambiente familiare attribuiscono ai sintomi della depressione. In particolare, nella migrazione si possono determinare condizioni di privazione, esclusione, disperazione che diventano con-cause rispetto all'esordio della patologia. Ciò dimostra che gli aspetti culturali hanno una forte valenza rispetto all'interpretazione e alla gestione familiare di un possibile stato depressivo della neo-mamma. In tal senso, non è possibile considerare la depressione post-partum come un problema unicamente della madre, come dimostrano alcuni studi sulla relazione tra depressione, contesto familiare e contesto sociale allargato (Downey e Coyne, 1990).



I LUOGHI DELLA NASCITA: UNA RICERCA-INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO NELLE MADRI MIGRANTI

Le donne che hanno partecipato alla presente indagine esplorativa provengono da aree geografiche diverse, con culture e tradizioni varie, ma risultano accomunate dallo status di immigrate e dalla gravidanza e dall'esperienza di maternità. La prima gravidanza e la nascita rappresentano per ogni donna un momento di particolare vulnerabilità, durante il quale è necessaria una costante ridefinizione del proprio senso di identità. Inoltre, diventare madre implica un imprescindibile confronto intergenerazionale, oltre che la necessità di riallacciarsi alle proprie origini e al rapporto con la propria madre. L'integrazione nel nuovo paese avviene secondo tempi e modalità differenti e la gravidanza rappresenta un evento che spesso amplifica incertezze e insicurezze.

I risultati presentati hanno evidenziato quanto la lontananza dalla terra natia possa incrementare la vulnerabilità della neo-madre in questo periodo del ciclo di vita. Infatti, un aspetto che ricorre sovente nella maggior parte delle interviste, è il senso di sgomento e solitudine dovuto alla mancanza di figure di riferimento.

La quasi totalità delle intervistate presenta delle rappresentazioni materne di tipo *ristrette/disinvestite*: le narrazioni risultano poco coerenti e flessibili, incentrate sulla razionalità, povere di contenuti emotivi e di riferimenti al registro dell'immaginario; sono, inoltre, assenti adeguate percezioni relative alla maternità e al bambino. Il bambino non viene rappresentato nel DSSVF e nel corso dell'intervista non viene descritto o immaginato in modo ben preciso, a testimonianza che non si possiede ancora una rappresentazione chiara e ben definita del figlio. Nei disegni, inoltre, molte intervistate non si collocano all'interno del proprio spazio di vita familiare.

L'ansia, la paura, l'incertezza e il senso di solitudine, seppur manifestate durante la gravidanza, "esplodono" nelle narrazioni a tre mesi dal parto, mostrando così il disagio psicologico delle neo-madri. La mancanza di riferimenti simbolici, di tradizioni e pratiche della propria cultura, acuisce la solitudine e lo spaesamento di queste donne: la nascita e l'accudimento del bambino sono regolate da valori, miti e credenze trasmesse dalla cultura di provenienza ed il confronto/scontro con le procedure e le pratiche occidentali dilatano il senso di estraneità ed inadeguatezza materna.

Si generano, in tal modo, vissuti di angoscia e colpa che ledono il senso di autoefficacia: le difficoltà legate all'accudimento del figlio, le preoccupazioni e le insicurezze per la sua salute, la spossatezza e l'impegno che la gestione di un neonato comporta, unite alla mancanza di aiuto e sostegno, danno vita a percezioni inadeguate di sé (madre incapace, moglie indegna e donna incompleta), favorendo, in tal modo, l'esordio di stati depressivi. Infine, i resoconti sopraccitati fanno riferimento soprattutto ai primi due mesi successivi alla nascita del bambino. Con il risolversi di questi stati d'animo particolarmente ansiosi, le mamme sono riuscite a interagire con i loro bambini in modo più sicuro. Ma, a tal proposito, le ricerche di Murray *et al.* (1996) ipotizzano che anche se questi stati ansiosi e depressivi nelle madri sono relativi ai primi due mesi di vita del bambino, le esperienze e lo sviluppo del figlio rimangono limitati anche quando la madre si sente meglio e comincia a rispondere in modo più adeguato ai bisogni del bambino. Ancora, in un'altra ricerca di Edhborg *et al.* (2001) si è ipotizzato che i figli di madri con punteggi elevati all'EPDS possono sviluppare e mantenere, anche oltre il periodo di depressione della madre, delle rappresentazioni delle loro madri meno gioiose in relazione a figli di madri non depresse.

Naturalmente, le osservazioni riportate sono solo indicative, non soltanto per l'esiguo numero di donne che hanno partecipato a questa seconda fase esplorativa del progetto di ricerca-intervento, ma anche perché il rischio depressivo evidenziato dall'EPDS andrebbe ulteriormente approfondito. Ricordiamo infatti che l'EPDS risulta validato per misurare solamente una probabile depressione, non una diagnosi di depressione post-partum, che deve essere valutata attraverso un approfondimento clinico, in relazione sia all'entità che alla transitorietà dei sintomi. Inoltre, va ricordato che il ritiro sociale in cui spesso vivono le donne immigrate e l'assenza delle famiglie d'origine può compromettere le richieste relative all'accudimento e aumentare lo stato di ansia o di depressione tipico del post-partum.

Per concludere, ci sembra opportuno fare un cenno agli aspetti applicativi dello studio. Le ricerche sul parenting e sulla qualità della relazione materno-infantile si sono rivelate particolarmente utili in diversi settori applicativi. Per esempio, in ambito clinico hanno contribuito a definire programmi di pre-



PSICOLOGÍA POSITIVA Y CICLO VITAL

venzione, strumenti diagnostici e strategie di trattamento (parent training), ma la loro validità normativa viene messa in discussione allorché si considera il diverso modo di percepire il ruolo parentale e la cura dei bambini tra le culture (Sponchiado, 2004).

Come osserva Moro (2002), riportando i dati della sua esperienza clinica transculturale dell'ospedale di Avicenne, la relazione di cura materno-infantile e pediatrica con i pazienti migranti impone agli operatori socio-sanitari di affrontare, con una nuova responsabilità, alcune fondamentali questioni sia di tipo teorico che tecnico, tra le quali, ad esempio, imparare a conoscere la funzione delle rappresentazioni culturali nello stabilirsi delle relazioni precoci tra il bambino e i suoi caregiver e saperle utilizzare per obiettivi di prevenzione o al fine di ristabilire la funzionalità in quelle relazioni che si rivelano poco armoniose.

Ciò che emerge dalla nostra indagine è, dunque, l'estrema complessità nel trattare il tema della depressione post-partum in culture diverse, proprio perché molteplici sono le variabili che entrano in gioco a definire il fenomeno depressione prima e dopo la nascita del bambino.

Come suggerisce Moro, «gli elementi culturali hanno una funzione preventiva e permettono di anticipare il modo di diventare genitore e, se necessario, di dare un senso ai mutamenti quotidiani della relazione genitore-figlio, di prevenire l'insorgere di una sofferenza» (2008, p. 110). In tal senso, l'esperienza clinica condotta attraverso la prospettiva transculturale mostra quanto la possibilità di condividere le rappresentazioni e le parole intorno all'evento nascita, definisca uno spazio di reciproco riconoscimento in cui l'operatore può cogliere i significati e le difficoltà del divenire genitore in terra straniera e simbolicamente rappresentare per la puerpera una co-madre supportava.

D'altra parte, anche la madre all'interno di una siffatta relazione di cura, potrà comprendere appieno le procedure e le pratiche mediche e affidare con fiducia all'operatore sanitario quei riferimenti originari che, altrimenti muti e problematici, potranno essere armoniosamente presentati al proprio bambino.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agostini, F., Monti, F. e Martini, A. (2004). L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) a 3, 9, 18 mesi dopo il parto. *Psycofenia*, 8, 12, 63-67.
- Ammaniti, M., Sergi, G., Speranza, A.M., Tambelli, R. e Vismara, L. (2002). Maternità a rischio, interazioni precoci ed attaccamento infantile. *Età Evolutiva*, 72, 61-67.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M. e Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Cortina.
- Balsamo, F. (1997) (a cura di). *Da una sponda all'altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità*. Torino: L'Harmattan.
- Balsamo, F. (2003). *Famiglie di migranti. Trasformazioni dei ruoli e mediazione culturale*. Roma: Carocci.
- Benvenuti, P., Ferrara, F., Niccolai, C., Valoriani, V. e Cox, J.L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders*, 53, 137-141.
- Born, L., Zinga, D. e Steiner, M. (2004). Challenges in Identifying and Diagnosing Postpartum Disorders. *Primary Psychiatry*, 11, 29-36.
- Bornstein, M. H. (1995). *Handbook of Parenting*. Lawrence Erlbaum Associates. Inc., Hove.
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F., McAdoo, H. P., & Coll, C. G. (2001). The home environments of children in the United States: Part 1. Variations by age, ethnicity, and poverty status. *Child Development*, 72(6), 1844-1867.
- Bronfenbrenner, U. (2000). Ecological systems theory. In A. E. Kazdin (a cura di), *Encyclopedia of psychology* (vol.3, pp.129-133). New York: Oxford University Press.
- Bydlowski, M. (1997). *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Tr. it. Urbino (2000): Edizioni Quattro Venti.
- Camilleri C. e Cohen Emerique M. (1989) (a cura di). *Chocs de cultures*. Paris: L'Harmattan.

**I LUOGHI DELLA NASCITA: UNA RICERCA-INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO NELLE MADRI MIGRANTI**

- Campagnola N., Gugliotti M.E., Boaretto M. e Cremonese, C. (2007). Immigrant pregnant women: preliminary data on attitudes towards Public Health Services. *Il European Community Psychology Association Seminary*, Siviglia 19-20-21 settembre.
- Caretti, V. e Grisafi, C. (2009). Fattori di rischio della depressione postpartum. *Psichiatria e Psicoterapia*, 28, 1, 1-16
- Cattaneo, M.L. e Dal Verme, S. (2005). *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere*. Milano: Unicopli.
- Chinosi, L. (2002). *Sguardi di mamme. Modalità di crescita dell'infanzia straniera*. Milano: FrancoAngeli.
- Cox, J.L., Holden, J.M. e Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression – Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, J.L., Holden, J.M. (2003). *Maternità e psicopatologia. Guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Tr. it. Trento (2008): Erickson.
- Dusi P. (2007). *Riconoscere l'altro per averne cura*. Brescia: La scuola.
- Di Vita, A. M., Errante, M., Salerno, A. e Vinciguerra, M. (2004). Simboli e significati della gravidanza e della nascita nelle famiglie immigrate (pp. 170-209). In Salerno, A. e Di Vita, A. M. (a cura di). *Genitorialità a rischio. Ruoli, contesti e relazioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Vita, A. M., Errante, M. e Vinciguerra, M. (2005). L'attesa e la nascita nelle donne migranti. Un'indagine esplorativa. *Biblion*, 1, 49-63.
- Di Vita, A. M., Errante, M. e Vinciguerra, M. (2006). Scenarios of pregnancy and birth in immigrant families (pp. 311-330). In La Sala, G.B., Fagandini, P., Iorio, V., Monti, F. e Blickstein, I. (Eds.). *Coming into the World: A Dialogue between Medical and Human Sciences*. Berlin: de Gruyter.
- Di Vita, A.M. e Giannone, F. (2002) (a cura di). *La famiglia che nasce. Rappresentazioni e affetti dei genitori all'arrivo del primo bambino*. Milano: FrancoAngeli.
- Downey, G. e Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Edhborg, M., Lundh, W. e Seimyr, L. (2001). The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, 61-71.
- Elder, G. H. (1995) Life trajectories in changing societies. In: *Self-Efficacy in Changing Societies* (ed. A. Bandura), pp. 46-68. New York, USA: Cambridge University Press.
- Gilli, O., Greco, O., Regalia, C. e Banzatti, G. (1990). *Il Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare*. Milano: Vita e Pensiero.
- Gondoli, D. M. & Silverberg, S. B. (1997) Maternal emotional distress and diminished responsiveness: the mediating role of parenting efficacy and parental perspective taking. *Developmental Psychology*, 33, 861-868.
- Gozzoli, C. (2008). *Servizi sociali, famiglie e sfida migratoria: quale spazio di incontro tra risorse e vincoli reciproci?*. In E. Scabini e G. Rossi (a cura di). *La migrazione come evento familiare* (pp. 235-253). Milano: Vita e Pensiero.
- Gozzoli, C. e Regalia, C. (2005). *Migrazioni e famiglie*. Bologna: Il Mulino.
- Grussu, P. e Quartaro, R.M. (2007). Depressione postnatale e tutela del bambino: elementi clinici e alcune indicazioni operative. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 9, 87-105.
- Grussu, P. e Quartaro, R.M. (2006). Depressione materna del dopo parto e salute psicologica del bambino: contributi sperimentali e analisi critica della letteratura. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 10, 187-208.
- MacPhee, D., Fritz, J. & Miller-Heyl, J. (1996) Ethnic variations in personal social networks and parenting. *Child Development*, 67, 3278-3295.
- Malagoli Togliatti, M. e Lubrano Lavadera, A. (2002). *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*. Bologna: Il Mulino.
- Moro, M. R. (2002). *Genitori in esilio*. Milano: Cortina.
- Moro, M. R. (2005). *Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura*. Milano: FrancoAngeli.



PSICOLOGÍA POSITIVA Y CICLO VITAL

- Moro, M. R. (2008). Far nascere in esilio. Clinica del diverso e della finitudine. In E. Scabini e G. Rossi (a cura di), *La migrazione come evento familiare* (pp. 107-122). Milano: Vita e Pensiero.
- Moro, M.R. (2009). Relazione presentata al Convegno Internazionale *Families in migration*. Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, 13 febbraio.
- Murray, L. e Carothers, A.D. (1990). The validation of the Edinburgh Post-Natal Depression Scale on a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427.
- Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F. e Fiori-Cowley, A. (1996). Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 34, 1083-1101.
- Nyström, K. e Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 319-330.
- O'Hara, M.W. (1999). Postpartum mental disorders. In J.J. Sciarra (a cura di). *Gynecology and Obstetrics* (pp. 1-19). Philadelphia, Lippincott: Williams & Wilkins
- O'Hara, M.W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43, 569-573.
- Quartaro, R.M., Grussu, P., Nasta, M.T., Fede, T. e Cerutti, R. (2000). Atteggiamenti corporei in gravidanza e a un anno dal parto. *Medicina Psicosomatica*, 45, 69-77.
- Romito, P. (1992). *La depressione dopo il parto*. Bologna: Il Mulino
- Rutter, M. e Rutter, M. (1992). *Developing minds*. Harmondsworth: Penguin Group (trad. it. L'arco della vita, Firenze: Giunti, 1995)
- Scabini, E. (1995). *Psicologia sociale della famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri
- Scabini, E. e Rossi, G. (2008) (a cura di). *La migrazione come evento familiare*. Milano: Vita e Pensiero.
- Sponchiado, E. (2004). Strumenti per la valutazione della famiglia e del parenting. In G. Axia e S. Bonichini (a cura di), *La valutazione del bambino* (pp. 301-325). Roma: Carocci.
- Taliani, S. e Vacchiano, F. (2006). *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*. Milano: Unicopli.
- Teti, D. M. e Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.

TABELLE

Tabella 1

PROVENIENZA	N
Marocco	3
Sri-Lanka	3
Romania	5
TOTALE	11



I LUOGHI DELLA NASCITA: UNA RICERCA-INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO NELLE MADRI MIGRANTI

Tabella 2: PUNTEGGI ALL'EDINBURGH POST NATAL DEPRESSION SCALE

PROTOCOLLI	PRIMA SOMMINISTRAZIONE 5°-7° MESE DI GRAVIDANZA	SECONDA SOMMINISTRAZIONE A 3 MESI DAL PARTO
N°2	14	17
N°3	11	5
N°4	14	16
N°5	7	6
N°7	8	7
N°8	10	12
N°9	9	11
N°10	9	11
N°11	14	10
N°12	8	13
N°13	8	3

Fecha de recepción: 8 febrero 2010

Fecha de admisión: 19 marzo 2010