
ANSIA IN GRAVIDANZA: UNA CONDIZIONE DI NORMALITÀ?

D. Poggiolini, V. Valoriani, P. Benvenuti, A. Pazzagli

1. Introduzione

È osservazione comune che durante una normale gravidanza si manifestino nella donna stati di ansia, anche intensa e duratura, spesso in coincidenza con alcune fasi dell'evoluzione gestazionale, che trovano scarso accoglimento da parte delle figure sanitarie deputate ad assisterla ma che costituiscono un'esperienza significativa nella rappresentazione dell'identità personale. La presenza di ansie comuni a tutte le donne, non si deve comunque considerare né un indicatore di disturbi psichici nella madre, né un qualcosa che predice particolari difficoltà nelle relazioni con il bambino. Anzi, essa permette di ipotizzare un significato adattativo nella successiva relazione con il bambino (Renkert e Nutbeam, 2001).

Tuttavia l'emergenza dell'ansia durante la gravidanza sembra porsi lungo un *continuum* fra la normalità, l'esperienza soggettiva di disagio e l'eventuale comparsa di disturbi psichici come i disturbi d'ansia e la depressione, la cui insorgenza è correlata con numerosi fattori di rischio psicosociale (Bernazzani *et al.*, 1997).

In letteratura questo tema è oggetto di studio secondo varie prospettive: ad esempio Cahill (1997; 1998; 2001), Pope e collaboratori (2001) attribuiscono ad un non appropriato intervento sanitario una quota di responsabilità nell'incrementare le paure e le ansie delle donne, togliendo loro la percezione di poter "controllare" la propria gravidanza. Altri autori hanno evidenziato i disagi derivati dai disturbi fisici e dal confronto con gli ideali materni proposti dagli stereotipi sociali (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2000) oppure dalle aspettative e dalle pressioni del partner e del contesto sociale (Neuhauser *et al.*, 1994).

Altri studi (Melender e Lauri, 1999; Dagan e Coll., 2001) hanno recentemente rilevato come esista uno specifico disagio temporaneo fondato sulle fantasie di anticipazione di eventi traumatici relativamente alla gravidanza e all'esperienza della nascita. Altri ancora giustificano la sintomatologia ansiosa in una cornice evolutiva che vede la donna prepararsi da un punto di vista biologico e psicologico all'impegno che le viene richiesto: le ansie sono legittime e tendono fisiologicamente a decrescere dopo il parto (Lumley e Austin, 2001). In questo senso la maternità è assimilata ad una malattia che tende alla remissione spontanea se non concorre una costellazione di eventi avversi che possono costituire fattori di rischio per la comparsa di manifestazioni psicopatologiche ansiose e/o depressive (Bernazzani *et al.*, 1997, Gagnon, 2000; Goodwin *et al.*, 2000; Ip, 2000; MacKey *et al.*, 2000; Sjogren *et al.*, 2000; Ayers, 2001; Chung *et al.*, 2001; Saisto *et al.*, 2001).

Da un punto di vista psicodinamico, la gravidanza e la maternità costituiscono un periodo di radicali cambiamenti della realtà esterna e del mondo interno della donna, e l'adattamento psicologico alla condizione materna, sia inconsciamente che consapevolmente, è strettamente correlato con gli stadi fisici della gravidanza. Questo lavoro psicologico carico di valenze conflittuali ma irrinunciabile, caratterizzato essenzialmente dall'accentuazione della dipendenza in alcune relazioni, da ritiri emotivi e regressioni e dalla riacutizzazione di conflitti ambivalenti, può apparire spesso in superficie sotto forma di ansia di varia intensità e pervasività.

Il lavoro della gravidanza può essere distinto in tre diversi compiti, ognuno corrispondente a uno stadio dello sviluppo fetale: il primo corrisponde all'adattamento alla novità della gravidanza e dei cambiamenti del corpo della donna; il secondo coincide con il riconoscimento del feto attraverso i suoi movimenti; il terzo con l'individuazione del figlio come oggetto reale (Brazelton e Cramer, 1991). La gravidanza è suddivisibile in tre fasi che possono essere identificate con i tre trimestri (Soifer, 1985). Nel primo trimestre prevalgono nella donna angosce relative al conflitto ambivalente accettazione-rifiuto della gravidanza, alle modificazioni del corpo, al cambiamento della qualità della vita, nel secondo trimestre invece le angosce relative al bambino sono preponderanti (salute, malformazioni, sentimenti di

colpa, inadeguatezza) accompagnate da quelle relative al bisogno di supporto, mentre nel terzo emergono anche quelle che riguardano il parto e l'assunzione della funzione materna. La conoscenza di questo processo psicologico di adattamento e delle ansie che lo accompagnano, è utile agli operatori per attivare misure psicoprofilattiche volte a contenere queste turbolenze emotive, a rassicurare la donna e aiutarla ad evitare ulteriori aggravamenti dello stato ansioso.

Come riportato da Rutter (1985), la valenza dei fattori protettivi è strettamente connessa con la vulnerabilità personale e risente fortemente dell'esperienza individuale: ciò che sembra essere una protezione per un individuo può non esserlo affatto per un altro. In ogni caso sono emersi alcuni elementi trasversali che possono concorrere all'adattamento materno fra cui la sensazione di essere sincronizzata con i bisogni del nascituro, il significato positivo che viene attribuito all'evento, le strategie di *coping* e le gratificanti interazioni con gli altri (Crnic *et al.*, 1983). Daniel Stern (1995) riprende specificatamente questo tema individuando nella presenza di un compagno comprensivo e rassicurante, che aiuti la gestante a recuperare il "senso della realtà", la figura più importante su cui si centeranno le aspettative della donna. Attualmente il partner, da cui la donna si aspetta sostegno emotivo e condivisione dell'esperienza che sta vivendo, tende a essere visto sempre di più nella prospettiva di una sorta di trasformazione "materna" del padre (Badolato, 1993; Pazzagli, 1999).

Prendendo spunto da queste osservazioni il lavoro indaga i contenuti dell'ansia che le donne hanno vissuto durante la gravidanza e la valutazione che esse stesse hanno dato delle motivazioni e dell'intensità della loro esperienza, prendendo in considerazione alcuni indicatori forniti dalle madri stesse, quali: la descrizione dello stato ansioso, la suddivisione in aree attribuzionali dell'ansia, la sua frequenza e la sua intensità.

2. Metodologia

È stato condotto uno studio qualitativo attraverso l'analisi del *corpus* testuale di 5 Focus Group (FG) costituiti da un totale di 24 donne senza storia di depressione o altro disturbo psichiatrico, con bambini di età compresa fra i 4 e gli 8 mesi, senza problemi né alla nascita né nelle prime fasi di sviluppo, prese a caso fra le residenti nella provin-

cia di Firenze (contattate subito dopo il parto presso il Dipartimento di Ginecologia, Perinatologia e Riproduzione Umana dell'Università degli Studi di Firenze ed Azienda Ospedaliera Careggi) (tabella 1).

È stato chiesto alle donne se avessero avuto manifestazioni ansiose in gravidanza, con quale frequenza e con quale intensità, quali fossero stati i temi ricorrenti delle loro preoccupazioni, cosa pensassero relativamente alle origini dei loro problemi e alla "normalità" dei loro vissuti. Ogni FG è stato interamente videoregistrato, i testi sono stati trascritti *verbatim* e predisposti per l'analisi qualitativa: suddivisi in unità di significato in modo che ogni proposizione fosse interamente rappresentativa di uno specifico stato emotivo.

Tabella 1 – Caratteristiche del campione

M. età	Attività lavorativa	Scolarizzazione	Stato matrimoniale	Altri figli?
30,91	37,50%	12,00% media	62,5%	8,33%
	casalinghe;	inferiore;	sposata;	si;
	50,01%	54,16% media	37,5%	91,67%
	occupate;	superiore;	convivente;	no;
	12,49%	33,33%		
	studentesse;	laurea;		

L'interpretazione dei dati è stata basata sull'analisi di contenuto computer assistita utilizzando un software (il QRS•NUSDIST IV) specifico per il trattamento di dati qualitativi non strutturati e non numerici (Richards e Richards 1991, 1994; Richards, 1995).

2.1. Criteri analisi di contenuto

Seguendo la metodologia della *Grounded Theory* (Glaser e Strauss, 1967; Glaser, 1978, Strauss e Corbin, 1990, 1997) sono state fatte una prima codifica aperta, una successiva codifica ristretta ed organizzata in una gerarchizzazione delle unità di significato, e, infine, una codifica selettiva; attraverso queste codifiche sono stati individuati i contenuti dei nodi che lo studio si era proposto di esplorare, e precisamente: le ansie e le emozioni negative delle madri durante la gravidanza, i loro processi attribuzionali di causalità, e la percezione

della gravità ed anormalità dei loro vissuti rispetto alla rappresentazione sociale delle difficoltà emotive della maternità. L'analisi di contenuto del *corpus* testuale ha consentito di strutturare una serie di categorie (nodi) integrate da una serie di sottocategorie (sottonodi) attraverso cui sono state definite le ansie, la loro frequenza e la loro intensità. Per la definizione di ogni singolo nodo è stata applicata la seguente metodologia:

- esaustività: ogni unità di significato è stata codificata almeno in un nodo;
- codifica multipla: ogni unità di significato poteva essere codificata in più nodi e sottonodi purché non appartenenti allo stesso ramo e/o mutuamente escludenti;
- pertinenza: le categorie sono state codificate utilizzando le espressioni delle madri e la letteratura relativa all'argomento;
- omogeneità: gli elementi classificati all'interno di ciascun nodo condividono lo stesso significato emotivo;
- un gruppo di ricercatori si è assunto il compito di considerare la congruità ed il significato delle emozioni espresse, e di validare la codifica dei testi. Spesso le madri si sono infatti servite di esempi per esprimere le loro emozioni ed essere sicure di essere state comprese.

2.2. Schema di codifica dei FGs

Il software QRS•NUSDIST IV offre la possibilità al ricercatore di produrre una ricostruzione gerarchica ad albero dei temi emersi nei racconti delle donne. Questa *utility* ha consentito di effettuare in parallelo più di una codifica per la stessa unità di significato. Dopo una prima disamina del *corpus* testuale abbiamo individuato 5 rami principali nei quali trovare una prima collocazione per le unità di significato.

Nel primo ramo [1. MADRI] sono stati inseriti gli eventi proposti e i dati socio-anagrafici di ciascuna di ciascuna madre.

Nel secondo ramo [2. ESPRESSIONI DI ANSIA] sono stati collocati tutti i nodi riferiti alle espressioni ansiose emerse. Abbiamo individuato 22 temi che sono stati inseriti in altrettanti sottonodi (vedi *tabella 2*).

Il terzo ramo [3. AREE] è stato a sua volta suddiviso in quattro sottonodi [3.1. AREA 1], [3.2. AREA 2], [3.3. AREA 3] e [3.4. AREA 4]: in

ciascuno dei quali sono stati inserite le unità di significato individuate dalle madri.

Il quarto ramo [4. FREQUENZA] è stato suddiviso nei nodi [4.1. MOLTO FREQUENTI], [4.2. FREQUENTI], [4.3. SPORADICHE], ed un quinto ramo [5. INTENSITÀ] è stato suddiviso nei sottonodi [5.1. DISTURBANTI], [5.2. POCO DISTURBANTI] e [5.3. LIEVI].

Al termine del processo di codifica ciascuna unità di significato è risultata inserita nei cinque nodi che la potessero definire in relazione a: 1) il soggetto che l'aveva proposta, 2) l'etichetta che aveva ricevuto in relazione al tema proposto, 3) l'area attribuzionale, 4) la frequenza di presentazione e 5) l'intensità percepita. Questo tipo di codifica, in parallelo e seriale, ha consentito di sottoporre i contenuti dei nodi ad una "analisi delle contingenze", in aggiunta a quella delle "frequenze" più comunemente utilizzata e tipica dell'analisi di contenuto classica. Prendere in considerazione la frequenza ha significato attribuire un peso ad emozioni e ricordi considerati dalle donne come maggiormente rappresentativi delle loro difficoltà. Con l'analisi delle contingenze abbiamo potuto mettere in relazione nodi appartenenti a categoria diverse (De Lillo, 1971; Krippendorff, 1980; Fielding e Lee, 1998).

3. Risultati

La capacità delle madri di esprimere i propri vissuti e il *consensus* del gruppo di ricercatori hanno permesso di identificare 22 temi dell'ansia, e di suddividerli secondo la percezione della loro origine, nelle quattro aree che riporta la prima colonna della *tabella 2*.

Nella *tabella 2* (a fronte) è possibile osservare come le conflittualità personali, la presenza di dissapori nella relazione con il partner, i disagi nella interazione con la famiglia di origine e le disfunzioni assistenziali rappresentino, in ordine di intensità decrescente, le origini dei motivi della presenza di ansia.

È emersa anche un'altra area relativa al disagio economico espressa da una sola codifica. Data la sua irrilevante rappresentatività, l'aspetto socio-economico non è stato preso in considerazione come fattore ansiogeno, ma, indirettamente, fornisce un'indicazione sulle caratteristiche del campione che sembra appartenere a una fascia sociale media-alta.

Tabella 2 – Le ansie e la loro frequenza

AREA di ATTRIBUZIONE	TEMA	FREQ.	TOT	%
1: attribuibili a una conflittualità personale	Salute del bambino	42	184	46,94
	Incapacità a partorire	33		
	Senso di inadeguatezza	32		
	Ambivalenza di sentimenti	23		
	Perdita di controllo	22		
	Tristezza	16		
	Noia	10		
	Sensi di Colpa	6		
2: attribuibili a conflitti con il partner	Incomprensione	33	109	27,81
	Rifiuto	25		
	Solitudine	21		
	Rammarico	20		
	Delusione	5		
	Gelosia	5		
3: attribuibili a disagi collegati con la rete familiare e sociale	Intrusioni	28	51	13,01
	Falsità	9		
	Inadeguatezza	8		
	Conflitti familiari	6		
4: attribuibili a disfunzioni assistenziali e disinformazione	Deresponsabilizzazione	26	48	12,24
	Disagi organizzativi	10		
	Difficoltà relazionali	7		
	Situazioni stressanti	5		
TOTALE UNITÀ DI TESTO		392		

Nella *tabella 2* sono stati ordinati i temi affiorati secondo il criterio della maggiore frequenza all'interno di ciascuna area, in modo che per ogni area fosse rappresentato almeno un tema. Gli argomenti con il maggior numero di codifiche sono stati:

- SALUTE DEL BAMBINO [AREA 1, 42 codifiche]: espressione legata all'integrità fisica del bambino;
- INCAPACITÀ DI PARTORIRE [AREA 1, 33 codifiche]: espressione legata alla paura della sofferenza e del risultato finale;
- INCOMPRESIONE [AREA 2, 33 codifiche]: espressione legata al rapporto con il partner;
- SENSO DI INADEGUATEZZA [AREA 1, 32 codifiche]: ritroviamo tutte le ansie dell'attesa nelle quali prendono corpo i fantasmi di non essere all'altezza dei compiti materni di portare a termine la gravidanza, riuscire a partorire e poi, di essere delle buone madri nutrici e accudenti;
- INTRUSIONI [AREA 3, 28 codifiche]: le ansie collegate alle interazioni con le famiglie d'origine;
- DERESPONSABILIZZAZIONE [AREA 4, 26 codifiche]: le ansie legate alle modalità dell'assistenza sanitaria.

3.1. Timori per la deformità e per la salute del figlio

/ espressioni/ area 1/salute bimbo

++ Text units 268-268:

Il pensiero che la bambina avesse dei problemi.

++ Text units 480-480:

Io ho avuto un problema al terzo mese perché non si sapeva se il bambino cresceva con la giusta forma.

++ Text units 96-97:

Io avevo paura per la salute della bambina; non lo so, forse perché a casa di mio marito c'era un handicappato.

++ Text units 161-165:

Soprattutto il pensiero di non sentirlo. E poi all'ultima ecografia andai da sola e a quella mi dissero che era piccino e a quel punto ero nei pazzi. Cioè era l'idea di non vederlo e di non sapere se stava bene o no. E poi io sono sempre stata bene e pensavo che anche la gravidanza fosse così, e il primo problema che c'è stato è stato un dramma.

La preoccupazione per la salute del bambino e in particolare quella per la nascita di un bambino deforme sono le fonti d'ansia più frequenti durante la gravidanza. Questi timori sono considerati dalle donne come normali quando possono essere superati utilizzando le verifiche programmate durante la gravidanza. L'ecografia si è dimostrata molto efficace nel contenere e ridimensionare la preoccupazione per le malformazioni e le condizioni di salute del bambino e la presenza del partner rinforza il livello d'intimità della coppia e conferma alla donna la partecipazione del compagno alla gravidanza. Tenendo conto però della relativamente bassa incidenza delle malformazioni fetali, appaiono talvolta sproporzionate l'intensità di queste ansie e la loro frequenza, ma l'indagine psicologica ci permette di comprendere che, al di là della possibilità reale, questo fantasma è connesso al timore di non essere capace di generare e allevare bene il figlio che, crescendo, potrebbe diventare una fonte di disgrazie per la madre (Soifer, 1985).

3.2. Timore del parto

/ espressioni/ area 1/paure partorire

++ Text units 147-147:

La paura se andava male, se succedeva qualcosa di cattivo durante il parto.

++ Text units 28-30:

Sognavo che non riuscivo a partorire e mi dovevano fare il cesareo.

++ Text units 32-32:

Una mia amica si è sbranata tutta, durante il parto, e ha cominciato ad urlare e a dire che non voleva più il bambino.

++ Text units 171-172:

Io ho avuto una bella gravidanza; forse anche incoscienza. Ma negli ultimi tempi avevo paura di non riuscire a sopportare i dolori del travaglio.

Per quanto riguarda questo diffuso timore (n. 33 codifiche) è stata evidenziata una relazione con il livello di autostima e con la percezione della propria efficacia e competenza. È importante notare come

affiorino spesso, durante la gestazione, delle paure che prescindono completamente dai progressi della scienza e dalla tecnologia, come se ogni donna conservasse tracce della paura della morte che ha sempre accompagnato il momento del parto. Le madri collegano questa paura alle modalità assistenziali che tendono a deresponsabilizzare la donna rispetto alla sua capacità di gestire la gravidanza e il parto favorendone una conduzione prevalentemente "medica. La percezione di essere sollecitate a non esercitare comunque un controllo sul proprio corpo e sull'evoluzione della gravidanza viene collegata con la paura di non potere o di non sapere partorire.

3.3. Il ruolo del partner

/ espressioni/ area 2/incomprensione padre

++ Text units 67-67:

La cosa che mi è piaciuta meno è che avrei voluto piangere, ma il mio compagno tutto misurato mi ha detto "cosa fai! trattieniti".

++ Text units 135-141:

Io ce l'ho con il mio marito, perché gli unici che mi hanno capito sono stati i miei genitori. Il mio marito mi diceva non si può mica dire di no, ...lì per lì non capivo ora ce l'ho con lui e comincio a criticare.

++ Text units 187-195:

Poi altra cosa è il rapporto col marito, che è difficile, perché siamo stanchi... e chi fa da mangiare?... sì, ma io ho lavorato! e tu pensi... Questi litigi continui che mi tolgono l'altro cinquanta per cento di forze.

++ Text units 155-158:

Magari pensavo che non sarebbe stato facile crescerla perché sono troppo giovane, ma poi mi andava subito via il pensiero, perché secondo me era una cosa naturale. Il mio ragazzo non la voleva ed è stato un brutto colpo perché non me lo aspettavo che dicesse di no.

++ Text units 107-107:

Il mio compagno quando la mattina parte con la borsa e va a lavoro dice: beata te che rimani!

È noto che le donne si attendono soprattutto dai loro compagni il

supporto emotivo che le aiuti ad affrontare le loro preoccupazioni durante la gravidanza e anche, successivamente, dopo il parto.

Dallo studio sono emerse n. 33 codifiche relative alla delusione delle aspettative che le donne riponevano nella partecipazione emotiva del partner: nelle esperienze raccontate emergono figure maschili che non sembrano in grado di farsi carico dei bisogni della madre o almeno nella misura in cui essa lo desidererebbe. Comunque, nonostante le delusioni, il partner resta la principale figura di riferimento per la donna nell'affrontare la gravidanza e il percorso materno nel suo complesso, come se avessero investito questa figura di valenze affettive molto ampie.

3.4. Senso di inadeguatezza

/ espressioni/ area 1/senso di inadeguatezza

++ Text units 92-94:

Siamo stati fino al terzo mese incerti se abortire o no, e lì sono stata malissimo; ed è stato motivo di sollievo quando ho annullato l'appuntamento. Io non accettavo per niente l'aborto, anche se per il mio compagno era una cosa da valutare.

++ Text units 116-121:

Io tra l'altro i primi mesi sono ingrassata subito, io ho iniziato a mangiare di più ed a ingrassare durante le ferie, ingrassare durante le ferie, in maniera patologica per come mangio io di solito. Avevo preso quattro o cinque chili subito. Sentivo che avevo difficoltà ad adeguarmi alla situazione e non credevo di essere capace a sacrificarmi tanto.

++ Text units 263-263:

Solo la prima volta ci sono stati dei problemi perché io l'ho saputo dopo un mese e mezzo/due di essere in cinta. Avevo paura che non sarei stata capace di farcela a portare a termine la gravidanza e credevo che non sarei stata brava come mia madre.

È apparso chiaramente che di fronte alla gestazione, anche la donna motivata e che ha desiderato la gravidanza, può manifestare delle incertezze sul suo proseguimento, mostrando un atteggiamento fortemente ambivalente. Quando, invece, la scelta di avere un figlio non è stata programmata e concordata con il padre (il 37,5% del nostro

campione), è emersa una immediata accettazione della gravidanza (88,88%) da parte della donna, mentre la maggiore difficoltà è risultata quella di far accettare l'evento imprevisto al partner. Le donne hanno riferito la loro preoccupazione relativa al timore che il partner rifiutasse il bambino e non si sentisse pronto a supportarla durante la gravidanza e nell'accudimento del figlio.

Si è evidenziato inoltre (n. 32 codifiche) che la maggior parte delle ansie relative alla evoluzione della gravidanza sono collegate alle aspettative di eventuali difficoltà da affrontare: i disagi alimentari e terapeutici, le limitazioni nella vita quotidiana, i timori di malattia e di danno involontario al bambino, l'impazienza di verificare nella realtà il proprio figlio costituiscono i temi più comuni.

3.5. Intrusioni

/ espressioni/ area 3/intrusioni

++ Text units 559-564:

Dipende anche dalla causa che ha scatenato la depressione, perché io ho un'amica che ha avuto... però lei erano episodi... era stanca, un po' depressa perché aveva sempre tutti i parenti... la suocera... lei è straniera ed aveva i suoi lontani mentre la suocera molto invadente che andava anche a toccarle il seno per vedere se ci aveva il latte, e lei ... infatti il medico si era raccomandato, le diceva: rimani da sola,

++ Text units 39-39:

in realtà sto combattendo con tutta la mia famiglia che vorrebbe che smettessi di allattare.

La gravidanza incide complessivamente sulla relazione di coppia e sulle altre relazioni con le famiglie e con gli amici. Nel campione indagato è emerso (n. 28 codifiche) come in questa particolare fase della vita la donna manifesti difficoltà a relazionarsi con la sua famiglia di origine e con quella del partner, nei confronti delle quali appare più chiusa che in altri momenti. Sono emersi numerosi temi che evidenziano una sorta di frattura generazionale che si esprime come desiderio di affrancarsi dall'esperienza delle figure materne di riferimento, che vengono vissute con esplicita rivalità. Gli eventuali consi-

gli che i genitori possono suggerire vengono spesso vissuti come ingerenze non gradite ed intrusive e la loro presenza viene accettata prevalentemente in funzioni di supporto pratico. Le donne sostengono che la condivisione con il partner è più importante per loro rispetto al rapporto con le figure genitoriali. Una sola delle nostre madri (di 21 anni) fa costantemente riferimento all'esperienza di sua madre e di sua nonna, mentre tutte le altre non accettano questo tipo di condivisione.

3.6. La deresponsabilizzazione assistenziale

/ espressioni/ area 4/deresponsabilizzazione

++ Text units 70-72:

Io ho avuto terrore. Dal primo dolore che ho avuto sono entrata nel panico. Le acque mi si sono rotte, tantissimo; ho vomitato e in macchina sono stata da cani, perché quaranta minuti in macchina, senza sapere come muoversi per i dolori.

++ Text units 71-71:

Ho fatto velocemente in due ore e non ho avuto la forza di arrabbiarmi perché ero legata.

++ Text units 128-131:

...e non vedevo l'ora di tornare a casa, e quando torno a casa mi rendo conto che non hai una bambola; io, fino allora, il bambino non ce lo avevo avuto; me lo avevano gestito in pediatria.

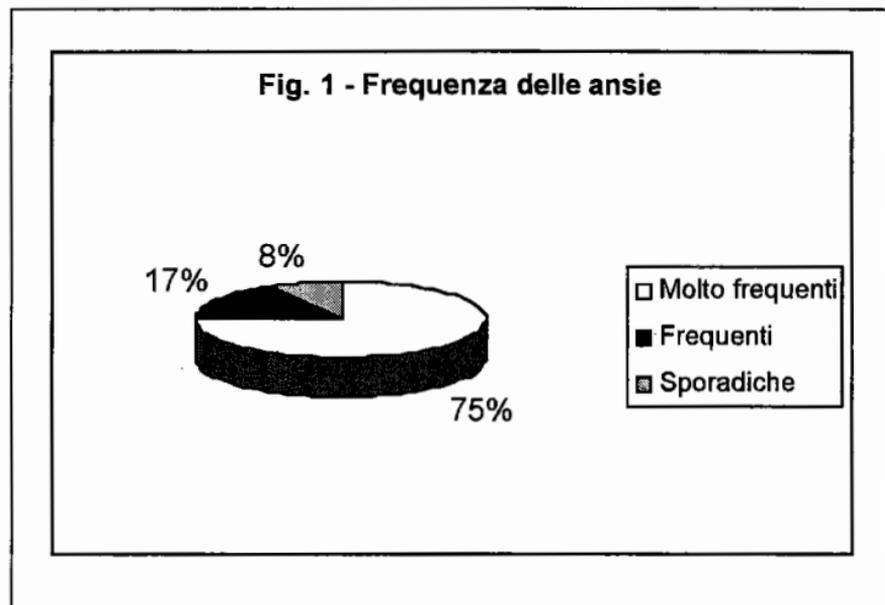
++ Text units 47-47:

L'unica cosa è stata in sala parto, che volevo fare di testa mia e invece a un certo punto mi hanno detto: basta, questo bambino deve nascere assolutamente; così mi hanno trattato male.

La percezione delle madri è che alla donna sia chiesto di delegare la gestione della gravidanza e la nascita del bambino al personale sanitario che decide al suo posto. La preoccupazione vissuta è relativa al mancato sviluppo della capacità di ascoltare i ritmi e le sensazioni profonde che provengono dall'interno del suo corpo. L'intervento più gradito del protocollo sanitario è l'ecografia, che costituisce per la donna una forma di rassicurazione sulla normalità dello sviluppo del feto e sull'assetto interno del proprio corpo ed anche un momen-

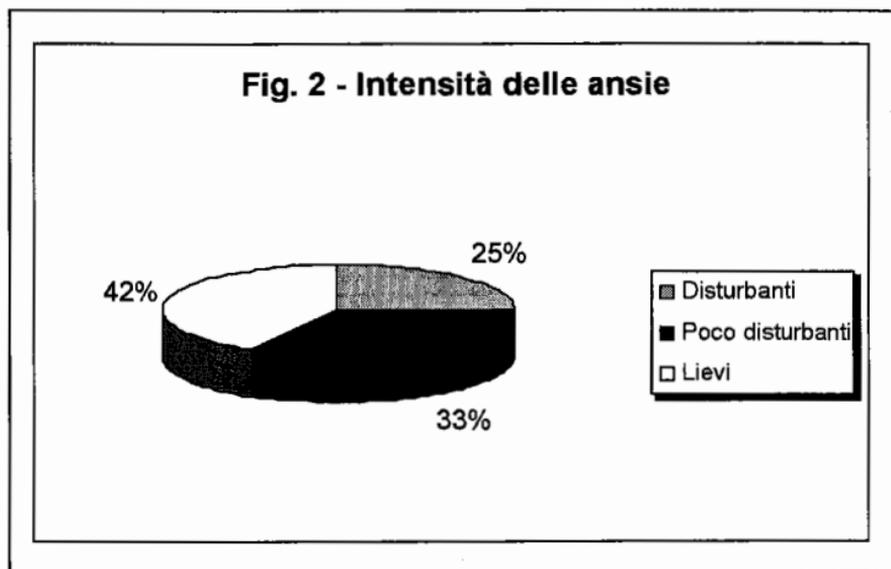
to di condivisione dell'esperienza con il partner. Le donne si sono rammaricate per essere state sottoposte ad un numero eccessivo di interventi sanitari durante la gravidanza e hanno riferito di aver trovato difficoltà ad adattarsi alla rigidità del protocollo diagnostico previsto per il monitoraggio della gestazione. Hanno ipotizzato che le risorse sanitarie siano concentrate eccessivamente nella fase precedente al parto e che, una volta partorito, il SSN sembra disinteressarsi della madre: infatti mentre il bambino è seguito dal pediatra fino dalla nascita, le donne riferiscono di avere poche strutture a cui rivolgersi per le problematiche relative al *post-partum*.

3.7. Frequenza e invasività delle ansie in gravidanza



Come illustrato nella *figura 1*, che mostra la cadenza con cui le ansie si sono presentate durante la gravidanza, tutte le madri hanno dichiarato che una quota "ansietà" ha accompagnato la gravidanza, sebbene con diversi livelli di frequenza: il 75% delle ansie sono state considerate frequenti e giustificabili con la consapevolezza dei possibili pericoli a cui le donne ed il loro bambino potevano andare incontro.

Solo l'8% delle ansie espresse sono risultate estremamente frequenti. Nella *figura 2* viene illustrata la percezione che le donne hanno dell'intensità dello stato ansioso: è stato attribuito dalle donne un peso al disagio provato. Nel complesso le ansie sono risultate come poco disturbanti o lievi, anche se il 25% ritornano nella memoria come momenti di intenso disagio.



Nella *figura 3* (a pag. seguente) abbiamo messo in relazione la frequenza con l'intensità. È possibile notare come le ansie molto frequenti siano considerate poco disturbanti e come invece quelle sporadiche siano considerate come disturbanti: sembrerebbe che la frequenza non sia collegabile con la "gravità" percepita, anzi che più sono frequenti, minore sia l'intensità del disturbo.

Nella *figura 4* e nella *figura 5* (alle pagg. seguenti) si evidenzia come i fattori ansiogeni siano stati distribuiti dalle madri in modo non uniforme nei quattro contenitori attribuzionali. È l'*area 1* che è stata individuata come la maggior fonte ansiogena durante la gravidanza e come (in percentuale) le ansie più frequenti e più intense siano state fatte risalire per lo più a conflittualità interne, insicurezze e fragilità personali.

Fig. 3 - Ansie: frequenza ed intensità

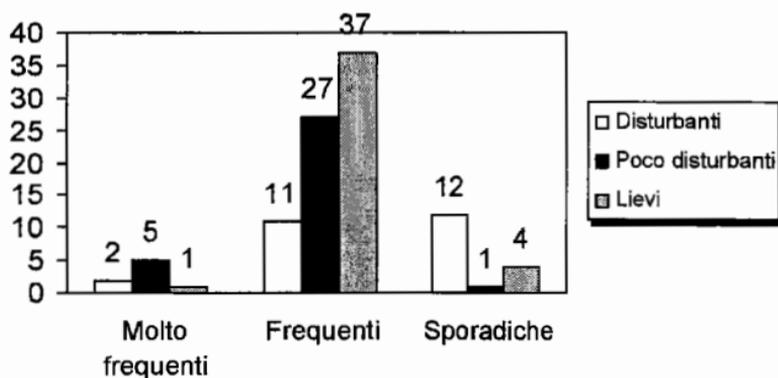
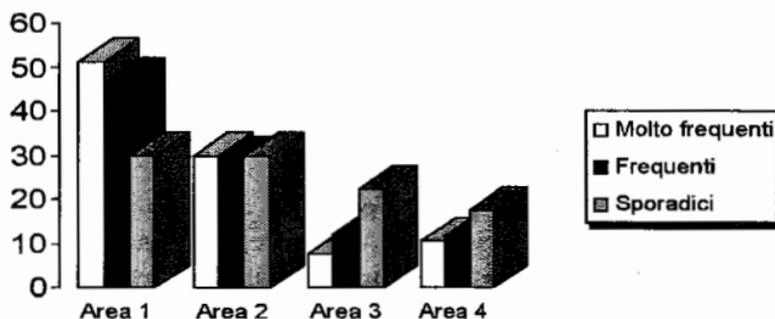


Fig. 4 - Aree e frequenze (%)



Anche l'area 2 esprime molte presenze, staccandosi nettamente dalle aree 3 e 4 rappresentate in maniera molto minore. L'area 2 propone il tema delle ansie legate al rapporto col partner che rimane un punto di riferimento fondamentale per la donna, non solo come sostegno emotivo, ma anche come elemento di conflitto.

Fig. 5 - Aree e intensità (%)

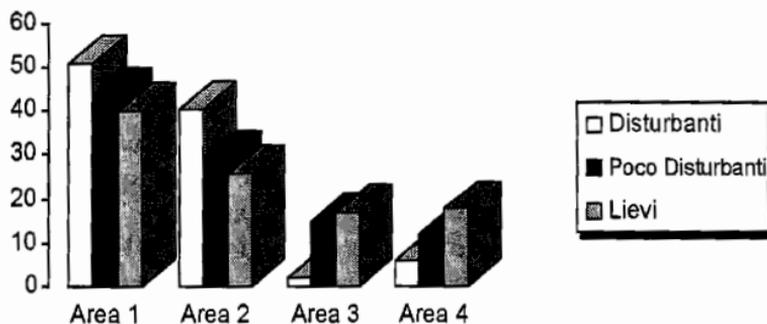
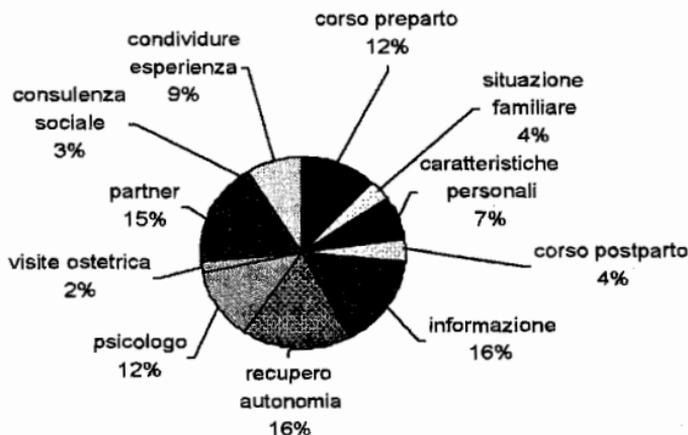


Fig. 6 - Fattori di protezione



3.8. Fattori protettivi

È stato chiesto alle donne del nostro campione di esprimere la loro opinione su quali fattori ritenessero utili per contenere le ansie che hanno comportato maggiori disagi (figura 6). Le madri ritengono che la possibilità di gestire la gravidanza e la successiva maternità in

autonomia (16,73%) sia il fattore più importante per il loro benessere: questo implica la possibilità di conservare un livello di efficienza fisica e mentale che consenta il mantenimento, più a lungo possibile, del proprio standard di vita e di indipendenza dalle pressioni familiari e sociali. Inoltre emerge il ruolo dell'informazione (16,33%) come uno dei fattori determinanti nel ridurre e ridimensionare gli stimoli ansiogeni: sembrerebbe da questi dati che un obiettivo fondamentale delle istituzioni che si occupano di maternità debba consistere nel trovare spazi e modi per diffondere la conoscenza di quella realtà che una donna deve affrontare durante la gravidanza.

Questa necessità è ribadita dalle indicazioni che le donne danno relativamente all'importanza dei corsi di preparazione al parto (11,95%) e al sapere che, in casi di necessità, dopo il parto, si potrebbero rivolgere a corsi *post-partum* (3,59%). Una percentuale considerevole di donne si orienta verso la ricerca di sostegno nel partner (12,35) anche se, più in generale, viene espressa la necessità di poter parlare con psicologi (14,74%) per stabilire una relazione supportiva e rassicurativa.

4. *Discussione*

Il concetto di costellazione materna (Stern, 1995), centrato sul mondo rappresentazionale della donna nelle diverse fasi della gravidanza e del *post-partum*, rappresenta un importante tentativo di congiunzione fra la teoria psicoanalitica della genitorialità e l'osservazione dell'esperienza relazionale. Esso costituisce un modello teorico che sembra utile nella lettura dei risultati di questa ricerca. Infatti si riferisce a quella particolare organizzazione psichica, temporanea e di durata molto variabile che inizia durante la gravidanza, capace di determinare nella donna una nuova serie di azioni, sensibilità, fantasie e paure che la rendono adeguata alla situazione reale di avere un bambino di cui prendersi cura. Si tratta di una nuova organizzazione che per un certo periodo sostituisce o respinge sullo sfondo quella precedente e che fornisce l'asse di riferimento più convincente per il versante materno di molti problemi genitore-bambino. Essa si struttura attraverso temi diversi che definiscono la linea organizzativa del mondo interno della madre e implicano ciascuno un sistema di idee, desideri, paure, ricordi e motivazioni che influenzano i sentimenti, le

azioni, le relazioni interpersonali e i comportamenti della donna.

Il tema vita-crescita si riferisce ai timori connessi alla capacità della madre di garantire la vita e la crescita del proprio bambino: essi si concretizzano in tutte quelle paure tipiche e "normali" che riguardano la salute del bambino, l'eventualità delle malformazioni e la capacità della madre di essere protettiva e adeguata, che sono emerse chiaramente dall'analisi dei *focus group*.

Il tema della relazionalità primaria si riferisce all'impegno affettivo della madre verso il bambino, alla trasmissione a livello preverbale delle regole fondamentali delle relazioni umane, alla capacità di entrare in quello stato di "preoccupazione materna primaria" (Winnicott, 1957) in cui si sviluppa una sensibilità più intensa per rispondere meglio alle esigenze del bambino: le ansie relative si concretizzano nella paura di non essere in grado di amare il bambino, di non essere spontanea e oblativa con lui o in grave difetto sul piano umano, di non saper entrare in contatto affettivo con lui.

Il tema della matrice di supporto si riferisce al bisogno della donna di creare, accettare e regolare una rete di supporto esterna, protettiva e benevola, che le consenta di realizzare la sua funzione genitoriale. La relativa scomparsa della famiglia estesa non è stata adeguatamente compensata da altre unità sociali, né tanto meno da strutture mediche o sanitarie; di conseguenza aumenta la pressione sul marito perché fornisca il supporto necessario. Il partner sta infatti assumendo un'importanza sempre maggiore come figura protettiva nel tentativo di colmare il vuoto della tradizionale rete femminile, prodotto dai cambiamenti sociali, e sta subendo una sorta di progressiva "maternalizzazione" del suo ruolo. In effetti il padre non può fungere da modello materno legittimo, dal momento che non è abilitato a farlo né dalla sua storia personale né dalla sua esperienza e il suo apprezzamento, per quanto importante, può soddisfare soltanto una parte del bisogno di sostegno psicologico della madre. Tale situazione si correla col timore della donna che il marito possa entrare in competizione con lei come genitore, oppure che la abbandoni, oppure che non sia in grado di sostenerla "maternamente" come essa avrebbe bisogno.

Il tema della riorganizzazione dell'identità riguarda il bisogno della donna di realizzare una trasformazione della sua identità, i cui modelli sono rappresentati dalle identificazioni, sia positive che nega-

tive, con la madre e con le altre figure materne della storia personale della donna, correlato con profonde ansie di inadeguatezza e inefficacia.

La costellazione materna costituisce uno strumento clinico utile per la conoscenza delle problematiche della maternità e per il lavoro terapeutico sia che la si intenda come un'organizzazione psichica fondamentale, oppure come una organizzazione tipica di una fase dell'arco di vita o ancora come un complesso, cioè un raggruppamento organizzato di fenomeni psichici.

Dai dati ottenuti risulta che l'ansia costituisce un'esperienza diffusa nel corso del lavoro di diventare madri e che i contenuti delle ansie coincidono con quanto riportato in letteratura. I temi principali sono stati raggruppati nelle quattro aree che indicano l'attribuzione cosciente che le donne stesse hanno dato dell'origine delle loro ansie.

Nella prima, riferita prevalentemente ad una conflittualità interna, sono contenute ansie legate in parte al tema vita-crescita come ad esempio le preoccupazioni per la salute del bambino e la paura del parto ed in parte al tema della riorganizzazione dell'identità come i sentimenti di ambivalenza, i sensi di colpa, i timori di perdita di controllo. Il tema della relazionalità primaria sembra corrispondere a quanto descritto dalle donne come sentimento di inadeguatezza che comprende le angosce legate al timore di essere inefficaci nei confronti del bambino ed alla paura di non essere all'altezza sia di partorire, sia di accudire il bambino reale.

Nella seconda e nella terza area sono raggruppate ansie legate al tema della matrice di supporto e in particolare alle aspettative delle donne nei confronti del marito ed al rapporto con le figure genitoriali. Nell'esperienza descritta nei *focus group* emerge la particolare situazione della coppia attuale: la donna riversa le sue aspettative di sostegno e di protezione sul marito, che viene investito di una funzione "materna" a cui spesso egli non è in grado di corrispondere completamente; la donna rimane delusa nelle sue aspettative ed esprime sentimenti di solitudine, rammarico, incomprensione, rifiuto, inadeguatezza. L'esperienza della delusione sembra possa contribuire ad accentuare il "normale" stato ansioso della gravidanza e, concordando con Neuhaus e Coll. (1994), si è evidenziato che lo stato ansioso viene esaltato da una situazione di conflittualità interna.

Inoltre, poiché le figure genitoriali vengono vissute dalle donne come fonte di conflitto e considerate come eccessivamente intrusive e potenzialmente dannose per l'equilibrio della coppia, le aspettative di aiuto e di sostegno verso il marito rischiano di essere così ampie da renderle un compito quasi impossibile da soddisfare.

Anche nella quarta area le ansie sono soprattutto relative al tema della matrice di supporto, intesa come la presenza di una organizzazione sociale e sanitaria di riferimento, che però risulta carente nel garantire informazione e sostegno alla donna durante la gravidanza: vissuti di deresponsabilizzazione, di disagio rispetto alle strutture sanitarie e difficoltà di comunicazione costituiscono i temi emersi con maggiore frequenza.

Anche se le ansie vengono descritte soprattutto come lievi e moderate e sono talmente diffuse da essere ritenute "normali" dalle madri, è possibile individuarne diverse gradazioni collegate a contesti e relazioni conflittuali. È stato evidenziato come esista una diminuzione di frequenza e di intensità delle ansie spostandosi dall'area attribuzionale della conflittualità personale verso quella sociale ed assistenziale: nell'area 1 infatti si evidenziano le ansie più numerose e intense, anche se è possibile individuare una correlazione negativa fra frequenza ed intensità in quanto le ansie più disturbanti sono quelle meno frequenti e quelle più frequenti sono in realtà anche quelle meno disturbanti.

In conclusione, nella memoria delle madri rimane il ricordo di un'esperienza di angoscia valutata a posteriori come transitoria e fisiologica al buon andamento del parto e del successivo accudimento del piccolo. Questi dati inducono a ritenere che la donna consideri queste ansie come peculiari della gravidanza, nel complesso contenibili mediante la presenza di relazioni gratificanti e modificate dalla nascita del bambino. Dall'analisi dei fattori di protezione descritti dalle madri emerge chiaramente la necessità della condivisione di questa esperienza, che diventa il filo conduttore di quanto esse hanno espresso.

I risultati suggeriscono che la presenza di ansie frequenti, ma di intensità moderata, durante la gravidanza è da considerarsi fisiologica e che può avere un valore adattativo in quanto contribuisce al processo di sviluppo della funzione genitoriale intesa come capacità

di contenimento mentale del bambino precedente alla stessa nascita. Le ansie individuate sono il contributo cosciente che le madri hanno riferito durante i FG e che, comunque, mantengono anche la caratteristica di segnale di sofferenza che, deve essere accolta e compresa.

BIBLIOGRAFIA

AYERS, S., *Assessing psychopathology in pregnancy and postpartum*, in «J. Psychosom. Obstet Gynaecol.», 2001 Jun., 22(2), pp. 91-102.

BADOLATO, G., *Identità paterna e relazione di coppia, Trasformazione dei ruoli generazionali*, Giuffrè, Milano 1993.

BERNAZZANI, O., SAUCIER, J-F., DAVID, H., BORGEAT F., *Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy*, in «Journal of Psychosomatic Research», 1997 April, vol. 42, Issue 4, pp. 391-402.

BRAZELTON, B., CRAMER, B., *Il primo legame*, trad. it. Frassinelli, Milano 1991.

CAHILL, H.A., *A qualitative analysis of student nurses' experiences of mentorship*, in «Adv. Nurs», 1996 Oct., 24(4), pp. 791-799.

CAHILL, H.A., *Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis*, in «J. Adv. Nurs.», 2001 Feb., 33(3), pp. 334-342.

CAHILL, H.A., *What should nurse teachers be doing? A preliminary study*, in «J. Adv. Nurs.», 1997 Jul., 26(1), pp. 146-153.

CHUNG, TK, LAU, TK, YIP, A.S, CHIU, H.F, LEE, D.T., *Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes*, in «Psychosom. Med.», 2001 Sep.-Oct., 63(5), pp. 830-834.

CRNIC, K.A., GREENBERG, M.T., RAGOZIN, A.S., ROBINSON, N.M., BASHAM, R.B., *Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infant*, in «Child development», 1983, 54 (1), pp. 209-217.

DAGAN, Y., LAPIDOT, A, EISENSTEIN, M., *Women's dreams reported during first pregnancy*, in «Psychiatry Clin. Neurosci.», 2001 Feb., 55(1), pp. 13-20.

DE LILLO, A., *L'analisi del contenuto*, Il Mulino, Bologna 1971.

FIELDING, N.G., LEE, R.M., *Computer Analysis and Qualitative Research*, Sage Publications, Newbury Park 1998.

GAGNON, A.J., *Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood*, in «Cochrane Database Syst. Rev.», 2000, (4), CD002869, Review.

GOODWIN, A., ASTBURY, J., MCMEEKEN, J., *Body image and psychological well-being in pregnancy. A comparison of exercisers and non-exercisers*, Aust N Z J «Obstet Gynaecol.», 2000 Nov., 40(4), pp. 442-447.

IP, W.Y., *Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes*, in «J. Clin. Nurs.», 2000 Mar., 9(2), pp. 265-272.

KRIPPENDORFF, K., *Analisi del contenuto. Introduzione metodologica*, E.R.I., Torino 1983.

LUMLEY, J., AUSTIN, M.P., *What interventions may reduce postpartum depression*, in «Curr. Opin Obstet Gynecol.», 2001 Dec., 13(6), pp. 605-611.

MACKEY, M.C., WILLIAMS, C.A, TILLER, C.M., *Stress, pre-term labour and birth outcomes*, in «J. Adv. Nurs.», 2000 Sep., 32(3), pp. 666-674.

MELENDER, H.L., LAURI, S., *Fears associated with pregnancy and childbirth-experiences of women who have recently given birth*, in «Midwifery», 1999 Sep., 15(3), pp. 177-182.

NEUHAUS, W., SCHARKUS, S., HAMM, W., BOLTE, A., *Prenatal expectations and fears in pregnant women*, in «J. Perinat. Med.», 1994, 22(5), pp. 409-414.

PAZZAGLI, A., *Il travaglio della paternità*, in ARGENTIERI, S., *Il padre materno*, Meltemi Roma, 1999, pp. 14-34.

POPE, ROSEMARY, GRAHAM, LESLEY, SWATTEE, PATEL, *Woman-centred care*, in «International Journal of Nursing Studies», 2001 April, vol. 38, Issue 2, pp. 227-238.

RENKERT, S., NUTBEAM, D., *Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study*, in «Health Promot. Internation.», 2001 Dec., 16(4), pp. 381-388.

RICHARDS, L., *Transition work! Reflection on a three-year NUD_IST project*, in BURGESS, R.G. (ed.), *Studies in Qualitative Methology*, JAI Press Inc., London 1995, 5, pp. 105-140.

RICHARDS, T., RICHARDS, L., *Using computer in Qualitative Research*, in DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. (eds.), *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, Newbury Park 1994.

RICHARDS, T., RICHARDS, L., *The QRS • NUSDIST Qualitative Data Analysis System*, in «Qualitative Sociology», 1991, 14, pp. 307-324.

SAISTO, T, SALMELA-ARO, K, NURMI, J.E., HALMESMAKI, E., *Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study*, in

«Acta Obstet Gynecol. Scand.», 2001 Jan., 80(1), pp. 39-45.

SAISTO, T., SALMELA-ARO, K., NURMI, J.E., KONONEN, T., HALMESMAK, E., *A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth*, in «Obstet Gynecol.», 2001 Nov., 98(5 Pt 1), pp. 820-826.

SAUREL-CUBIZOLLES, M.J., ROMITO, P., LELONG, N., ANCEL, P.Y., *Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy*, INSERM, Villejuif (France) in «B.J.O.G.», 2000 Oct., 107(10), pp. 1202-1209.

SJOGREN, B., WIDSTROM, A.M., EDMAN, G., UVNAS-MOBERG, K., *Changes in personality pattern during the first pregnancy and lactation*, in «J. Psychosom. Obstet Gynaecol.», 2000 Mar., 21(1), pp. 31-38.

SOIFER, R., *Psicodinamica della gravidanza parto e puerperio*, trad. it. Borla, Roma 1985.

STERN, D.N., *La costellazione materna*, trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1995.

STRAUSS, L.A., CORBIN, J., *Basic of qualitative research*, Sage Publications, Newbury Park 1990.

STRAUSS, L.A., CORBIN, J., *Grounded Theory Methodology: An Overview*, in DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. (eds.), *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, Newbury Park 1994.

WINNICOTT, D., *La preoccupazione materna primaria* (1958), in ID., *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, trad. it. Martinelli, Firenze 1975.