

## **New mothers: A research on the experience of women who have recently had a baby about their role as mothers**

***Rosa Maria Paniccia, Anna Di Ninni, Francesca Dolcetti, Federica Melis, Federica Altobelli, Veronica Capozzi, Carola Casellato, Rossana Diciolla, Sara Di Giamberardino, Federica Di Ruzza, Marta Fusacchia, Benedetto Lazzaro, Sara Manieri, Vittoria Marotta, Chiara Monaldi, Maurizio Naruli, Melania Polli, Sara Ricci, Chiara Tagliaferri, Simone Valentini<sup>1</sup>***

### *Abstract*

This work explored the experience about the role as mothers of women who have had a child within a year and a half starting from the beginning of the research study. We were interested in the organization of the first ways of relating both within the mother/infant pair and between the latter and the broader context: family, friends, work, social context and health services. Thirty-six mothers were interviewed through the Emotional Text Analysis (ETA). The birth of a child changes family relationship and also affects the wider social sphere. The child is symbolized within a continuum that goes from the new human who will adapt to the existing to the entrance of a dangerous unexpected event. Complex cultures concerning birth result in contradictory events: while their relevance is emphasized, births decrease. In this research study that was carried out during the pandemic, one of the cultures that emerged (a cluster from a statistical point of view) expresses an overlap between the pandemic itself and a suspension regarding the new mother's usual ways of life: work, domestic life, couple life, friendships. The greatest anomic experience emerges in the cluster concerning pregnant mothers, filled with a deep disorientation. Becoming a mother is no longer a confirmation of identity, it is an anomic experience. When the child is born, there is a conflict between the cluster regarding the mother-infant pair, who elaborates their relationship in isolation from the rest of the world, and the cluster about the services dedicated to birth, characterized by a medicalized culture, aimed at normalizing birth and ignoring the mother's experience and emotions. Then there is the cluster about the hospital that is associated with childbirth, where the strictly medical technique appears. Here there is a form of help, if the dependence on a power that is both medical and paternal is accepted, similarly to becoming a daughter again. Mothers are unsatisfied users of services and experts who implement prescriptive and normalizing cultures, but there is no different demand for them. The disagreement emerges, which is fragmented and not organized in a demand for a different intervention. It is relevant to understand what the conditions are for proposing services attentive to the demand of mothers, especially those who turn to these services.

*Keywords:* perinatal depression; counseling center; breastfeeding; pregnancy; childbirth.

---

<sup>1</sup> The whole group participated in the various phases of the research with periodic comparisons: below are the functions performed by the authors in the research. SPS commissioning group: Rosa Maria Paniccia, Anna Di Ninni. Interviews, focus group, preparation of the corpus, choice of dense words and statistical data processing: Francesca Dolcetti, Federica Altobelli, Veronica Capozzi, Carola Casellato, Rossana Diciolla, Sara Di Giamberardino, Federica Di Ruzza, Marta Fusacchia, Benedetto Lazzaro, Sara Manieri, Vittoria Marotta, Federica Melis, Chiara Monaldi, Maurizio Naruli, Melania Polli, Sara Ricci, Chiara Tagliaferri, Simone Valentini. Drafting of the research report: Rosa Maria Paniccia. For Federica Altobelli, Carola Casellato e Benedetto Lazzaro the research was part of the activities of the path of excellence at the degree course in Clinical Psychology of the Sapienza University.

SPS Studio di Psicosociologia (2021). Neo madri: Una ricerca sul vissuto circa il loro ruolo di madri, di donne che hanno avuto un bambino da poco [New mothers: A research on the experience of women who have recently had a baby about their role as mothers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 62-85. doi:10.14645/RPC.2021.1.849

## **Neo madri: Una ricerca sul vissuto circa il loro ruolo di madri, di donne che hanno avuto un bambino da poco**

*Rosa Maria Paniccia, Anna Di Ninni, Francesca Dolcetti, Federica Melis, Federica Altobelli, Veronica Capozzi, Carola Casellato, Rossana Diciolla, Sara Di Giamberardino, Federica Di Ruzza, Marta Fusacchia, Benedetto Lazzaro, Sara Manieri, Vittoria Marotta, Chiara Monaldi, Maurizio Naruli, Melania Polli, Sara Ricci, Chiara Tagliaferri, Simone Valentini<sup>2</sup>*

### *Abstract*

In questo lavoro si esplora il vissuto sul loro ruolo di madri di donne che avevano avuto un bambino entro l'anno e mezzo, a partire dall'inizio della ricerca. Ci interessava l'organizzarsi delle prime modalità di relazione sia della coppia madre/figlio, che tra questa e il contesto più generale: familiare, amicale, lavorativo, dei servizi sociosanitari. Sono state intervistate 36 madri, tramite l'Analisi Emozionale del Testo (AET). La nascita di un bambino cambia le relazioni della famiglia, ma concerne anche il più ampio ambito sociale. Il bambino è simbolizzato entro un continuum che va dal nuovo umano che si adeguerà all'esistente, all'ingresso di un pericoloso imprevisto. Culture complesse concernenti la nascita si traducono in eventi contraddittori: mentre se ne enfatizza la rilevanza, le nascite diminuiscono. Nella ricerca, fatta durante la pandemia, quest'ultima in una delle culture emerse (un cluster sotto il profilo statistico) si sovrappone alla sospensione, per la neo-madre, delle modalità abituali di vita: lavoro, vita domestica, vita di coppia, amicizie. Ma il maggior vissuto anomico lo troviamo nel cluster della madre in gravidanza, in preda a un disorientamento profondo. Diventare madre non è più una conferma dell'identità, ma è un'esperienza anomica. Quando il bambino nasce, si presenta un contrasto tra il cluster della madre e del bambino, che elaborano la loro relazione in isolamento dal resto del mondo, e il cluster dei servizi dedicati alla nascita, caratterizzati da una cultura medicalizzata, volta a normalizzare la nascita, ignorando l'esperienza, i vissuti della madre. C'è poi il cluster dell'ospedale associato al parto, dove compare la tecnica propriamente medica. Qui c'è un aiuto, se si accetta la dipendenza da un potere al contempo medico e paterno, una sorta di tornare figlia. Le madri sono utenti poco soddisfatte dei servizi e degli esperti che mettono in atto culture prescrittive e normalizzanti, ma non si delinea una loro diversa domanda. Il disaccordo emerge, ma frammentato, non si organizza in una domanda di un differente intervento. Si tratterà di capire quali sono le condizioni per proporre servizi attenti alla domanda delle madri, con madri che si rivolgono a questi servizi.

*Parole chiave:* depressione perinatale; consultorio; allattamento; gravidanza; parto.

---

<sup>2</sup> Tutto il gruppo ha partecipato alle varie fasi della ricerca con periodici confronti; di seguito le funzioni svolte dagli autori nella ricerca. Committenza SPS: Rosa Maria Paniccia, Anna Di Ninni. Interviste, focus group, preparazione del corpus, scelta delle parole dense e trattamento statistico dei dati: Francesca Dolcetti, Federica Altobelli, Veronica Capozzi, Carola Casellato, Rossana Diciolla, Sara Di Giamberardino, Federica Di Ruzza, Marta Fusacchia, Benedetto Lazzaro, Sara Manieri, Vittoria Marotta, Federica Melis, Chiara Monaldi, Maurizio Naruli, Melania Polli, Sara Ricci, Chiara Tagliaferri, Simone Valentini. Stesura del rapporto di ricerca: Rosa Maria Paniccia. Per Federica Altobelli, Carola Casellato e Benedetto Lazzaro la ricerca ha fatto parte delle attività del percorso di eccellenza presso il corso di laurea di Psicologia Clinica dell'Università "Sapienza".

SPS Studio di Psicosociologia (2021). Neo madri: Una ricerca sul vissuto circa il loro ruolo di madri, di donne che hanno avuto un bambino da poco [New mothers: A research on the experience of women who have recently had a baby about their role as mothers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 62-85. doi:10.14645/RPC.2021.1.849

## **Premessa**

La letteratura sulla maternità è vasta. La relazione madre-bambino è molto studiata. Il contributo della psicologia è ricco. La psicoanalisi le dedica importanti teorizzazioni. La psichiatria studia i disturbi, nelle madri, che accompagnano la nascita. Ma c'è un ambito meno esplorato: come le madri vivono soggettivamente l'esperienza di maternità.

Sulla coppia madre-bambino, più che sui genitori o la famiglia, si concentrano specialismi, ricerche, senso comune, servizi, media; più in generale, le agenzie che ne creano la rappresentazione sociale. Volevamo esplorare come il vissuto delle madri interloquisca con tale rappresentazione, il più delle volte prescrittivo cosa sia una "buona madre".

Al contempo, nell'intervento psicoanalitico si evidenziano critici contrasti tra ciò che le donne vivono della loro maternità e ciò che suppongono di dover provare, fare, essere.

Nel 1960 Philippe Ariès rifonda la storiografia sull'infanzia. La sua tesi è che alle età della vita non corrispondono solo tappe biologiche, ma anche funzioni sociali. Rileva che a lungo i bambini non furono visti. Si iniziò a farlo quando li si considerò come attori sociali. I bambini di cui parla sono però quelli usciti dalle nursery. Ciò che accadeva prima, tra madri, nutrici, bambinaie e bambini "apparteneva al vasto dominio dei sentimenti inespressi" (Ariès, 1960/1968, p. 147).

Questa ricerca intende dare voce ai vissuti delle madri, ancora oggi silenti, a causa di una cultura cui le madri partecipano collusivamente. Come Scuola SPS, di formazione alla psicoterapia psicoanalitica, abbiamo molti resoconti di interventi con madri e bambini. La loro analisi evidenzia i silenzi delle madri sui loro vissuti e la disattenzione verso questi vissuti da parte dei servizi e degli esperti. I resoconti rilevano la facilità con cui chi interviene può colludere con tale cultura del silenzio. Vogliamo aiutarlo ad accorgersi di tale rischio collusivo. Quando si trasgredisce la cultura del silenzio, si apre lo spazio dell'intervento psicoanalitico. Questo silenzio non mantiene le stesse caratteristiche nel corso dei secoli. Ariès dice che nel Cinquecento e nel Seicento inizia un processo, che durerà fino all'Ottocento e oltre. Compaiono moralizzatori, che scoprono che ci sono dei bambini che hanno bisogno di educazione. Del corpo e dell'anima. Al contempo emerge la famiglia borghese, con il bambino al centro di una vita privata del tutto nuova. Moralizzatori, famiglia e scuola sottraggono il bambino al mondo degli adulti e lo avviano a un lunghissimo percorso educativo. Ricordiamo anche che la funzione riproduttiva e i ruoli sociali a essa connessi sono da sempre un campo di battaglia. Bourdieu (1980/2005, 1998/1998) propone una divisione del mondo basata sulle differenze biologiche; in particolare, la divisione del lavoro come produzione (maschile) e riproduzione (femminile). Ne deriva una logica della dominazione, il cui principio simbolico, la subordinazione della donna, è riconosciuto sia dai dominanti che dai dominati. In tale ordine, ciò che appare come eterno - la natura della donna e dell'uomo - è il prodotto di una eternizzazione attuata da istituzioni connesse tra loro, come la famiglia, la chiesa, lo stato, la scuola. Negli anni Settanta del Novecento il femminismo teorizzò che la donna si sarebbe liberata dalla "trappola riproduttiva" solo grazie a tecnologie che eliminassero il corpo femminile come agente di riproduzione della specie (Firestone, 1970/1971). Parlare di nascita di un bambino, e delle questioni che la riguardano, non può risolversi nel considerare la sola coppia madre-figlio, per di più come fenomeno naturale, fondato su istinti, biologia, caratteristiche idiosincratice e acontestuali della donna, del bambino. Tale tentazione c'è. Un fenomeno sociale, quanto più è attraversato da conflitti, tanto più lo si naturalizza, per disfarsi della sua complessità e gestirlo con un controllo semplificante, che soddisfi anche le istanze di potere che vogliono appropriarsene.

Confrontiamo il silenzio proposto da Ariès sul bambino piccolo, direttamente proporzionale alla mancanza di una sua funzione sociale, con la tesi della storica delle emozioni Burke (2005/2015)<sup>3</sup>. Anticipiamo le conclusioni dell'accostamento: il bambino molto piccolo, se non viene ridotto alla sua realtà biologica e se ne vedono le emozioni, rappresenta, dice Burke, un'asocialità primitiva e allarmante. L'altra faccia della mancanza di funzione sociale di cui parla Ariès è l'asocialità pericolosa evocata da Burke. Perciò il bambino fa paura.

Per Burke la paura è un'emozione "negativa" dai contorni confusi, il buco nero in cui precipitano tutte le emozioni negative. Ciò che più conta è che la paura è l'emozione sui cui è fondata la relazione sociale contemporanea. Poiché per Burke la relazione sociale è fondata sul controllo, la paura è lo strumento del potere,

---

<sup>3</sup> Burke non assume una teoria delle emozioni, attestandosi su un intento "descrittivo". Nel suo scritto però si può senz'altro reperire la traccia che indichiamo, anche se con una coerenza minore.

che suscita la paura e la controlla. La paura permette e giustifica il controllo sociale. Carli e Paniccchia, in un'analisi psicoanalitica della paura, la propongono come l'emozione che caratterizza

L'esperienza di perdita dello stato di sicurezza, entro le proprie relazioni contestuali. Si prova paura quando viene meno la fiducia nel vissuto che attribuisce una connotazione amica (non-nemica) al contesto, a meno che non si dimostri il contrario (Carli & Paniccchia, 2020, p. 136).

Tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX, con il retrocedere della religione e l'avanzare della retorica scientifica e umanistica, l'intento di tenere a freno le emozioni diventa dominante. La storia dell'Occidente è la storia di un crescente controllo delle emozioni. Oggi questo sforzo è al culmine. L'11 settembre ha accentuato un movimento, già predominante nella cultura statunitense dagli anni Novanta, verso un modello universalista, biologico e neuroscientifico delle emozioni (Plamper, 2012/2018), che fa della soggettività una variabile finalmente irrilevante.

Torniamo a Burke. La soggettività fuori controllo è percepita come rischio, non solo di violenza individuale, ma anche di anarchia sociale. Per questo tra le paure della modernità il bambino, prototipo dell'emozione incontrollata, ha un posto centrale. Noi pensiamo che l'emozione sia sempre relazione; ovvero che fondi, in quanto dinamica collusiva, la relazione sociale. Da questa premessa non derivano istanze di controllo, ma di istituzione di setting relazionali, che permettano di pensare l'emozione invece di agirli (Carli, 2019). Quanto dice Burke ci interessa come sintomo di una cultura collusiva contemporanea, concernente il modo di simbolizzare le emozioni. Se il bambino simbolizza l'emozione incontrollata e asociale, il modo con cui la nostra cultura tratta il suo ingresso - come lo si attende, lo si genera, lo si fa nascere, come si accompagna il suo successivo percorso - sarà sintomatico dei nostri modelli di elaborazione delle emozioni, o di reattività difensiva rispetto a esse.

Burke ci dice che, nel tempo, la paura che fa il bambino diventerà la paura per il bambino. Ne deriverà il controllo delle madri da parte degli esperti. Un controllo tutt'ora attuale. In una ricerca sulla possibilità di valutare la genitorialità delle famiglie, abbiamo visto come questo suscita timore e anomia presso i cittadini intervistati, piuttosto che il sentimento di essere assistiti (Paniccchia, Giovagnoli, Sesto, Bernardini, & Monaldi, 2017). Entro la dinamica di potere che regola la relazione sociale, tra le figure che inducono paura e lucrano sulla paura, Burke dà un posto di rilievo agli specialisti dei disastri - così li definisce - tra cui medici e psicologi. La psicologia si caratterizza come scienza che cataloga le persone in base alla loro fragilità emozionale, ovvero alla loro pericolosità sociale. Ad esempio, per la loro propensione al panico, quindi ad azioni distruttive di massa<sup>4</sup>. Sentendo parlare di attacchi di panico, ricordiamo questa genealogia. Per prevenire tale rischio, ci si deve occupare delle persone con maggiore fragilità emozionale.

Del bambino si è già detto, è il prototipo dell'emozionalità incontrollata; vediamo cosa si pensa delle madri. Nell'elenco delle persone a rischio troviamo gli onanisti, gli alcolizzati, chi ha turbe sessuali, chi ha avuto un'educazione mentale errata, gli italiani eccitabili, gli stranieri, la terza classe del Titanic, le donne<sup>5</sup>. Queste ultime, già fragili in sé, vivono pure momenti di rischio accentuato: mestruazioni, gravidanza, parto, allattamento<sup>6</sup>.

Riassumendo, ci si accorge del bambino molto piccolo con il prevalere della retorica della scienza e della fobia della soggettività fuori controllo. Si identifica nel bambino un'umanità in esordio, primitiva e bisognosa di civilizzazione. Nelle scienze sociali una lunga tradizione offriva la sponda a classificazioni evolucionistiche, che attribuivano diversi livelli di controllo emotivo a differenti gruppi di persone, in base alla loro primitività.

La lumaca ha più paura dell'ameba, la scimmia ne ha più del pollo, e l'uomo primitivo ha più paura di tutti; ma con l'uomo civilizzato, la curva della paura comincia ad abbassarsi rapidamente, o meglio una paura più fisica e animale lascia il posto a paure più spirituali e umane (Morse, 1907, citato in Burke, 2005/2015, p. 65).

Si celebra l'autocontrollo, la cui capacità, oltre che nella classe sociale, è inscritta nel corpo. La paura che fanno il bambino e la donna diventa la paura che fa la coppia madre-bambino. Questa paura

<sup>4</sup> Ricordiamo gli studi sull' "irrazionalità" della folla, tra cui Le Bon (1895).

<sup>5</sup> L'Autrice utilizza fonti interne alla cultura anglofona; qui cita Mathias Roth, dal suo Notes on Fear and Fright del 1872.

<sup>6</sup> Quando verrà in auge la lobotomia, che si diceva efficace soprattutto con gli ebrei afroamericani e con le donne, queste ultime ebbero il doppio della probabilità di subirla, e gli esiti erano ritenuti più compatibili con una casalinga che con una donna lavoratrice (Burke, 2005/2015).

legittime azioni di controllo verso una coppia che rappresenta l'emozionalità che mina l'ordine sociale. Una recente ricerca, intervistando insegnanti della scuola dell'obbligo, ha mostrato che quelli della scuola dell'infanzia hanno un'elevata paura dei bambini e per i bambini; il controllo della paura si traduce nella moltiplicazione delle diagnosi (Panaccia, Giovagnoli, Bucci, Donatiello, & Cappelli, 2019). Vediamo uno dei primi esperimenti di psicologia. La premessa è che ci sono uno stato emotivo indifferenziato proprio dei bambini, delle donne e dei primitivi, e uno differenziato proprio degli uomini colti. Watson e Rayner nel 1920 inducono uno stato emotivo indifferenziato verso ogni cosa coperta di pelliccia in un piccolo bambino, Albert. Fa il suo esordio l'efficacia del comportamentismo, con il condizionamento come pilastro, e il suo sadismo (Carli & Panaccia, 2020). L'esperimento illustra la posizione di potere che Burke attribuisce agli esperti della paura.

Si conferma la vulnerabilità dei bambini. Come tutelarli? Come minaccia non si pensa agli sperimentatori, ma alle madri. Come proteggerli dall'ansia di donne emozionalmente fragili, che lo diventano ancora di più con la gravidanza, il parto, l'allattamento? Quanto al padre, è bene che sia in perfetta forma nel concepimento, poi va sullo sfondo.

Il bambino è minacciato dall'emozionalità della madre prima e dopo la nascita, poiché la trasmissione è biologica: avviene tramite il sangue, i sensi connessi al cervello. Le "impressioni" della donna incinta, trasmesse al cervello del figlio, influiscono sul feto. Le conseguenze sono psico-fisiche: deformazioni del feto, tare ereditate, difficoltà di controllare le emozioni. Secondo Burke la psicoanalisi non è da meno: il panico provato durante i rapporti sessuali dei genitori poteva avere effetti terribili sull'inconscio del feto. Facciamo un breve inciso sulla psicoanalisi. L'attenzione nei confronti della coppia madre-bambino piccolo è stata molto viva, prodiga di riflessioni importanti. Non ci addentreremo in questo campo sterminato. Noteremo solo un aspetto della vicenda: l'attenzione verso quella coppia è stata anche motivata da una ricerca di attendibilità scientifica entro contesti sentiti come ostili. Si è perciò cercata la natura "contro" la cultura. Pensiamo ad esempio a Bowlby, alla ricerca della teoria empirica che a suo avviso mancava alla psicoanalisi. In contrasto con Melanie Klein, suo supervisore, che sottolineava il ruolo delle fantasie del bambino, Bowlby cercava quello dei fatti<sup>7</sup>. Per lui i bambini rispondono a eventi della vita reale; di qui la rilevanza delle prime interazioni per uno sviluppo sano (Dazzi, 1991). I suoi studi furono usati dopo la guerra, per scoraggiare il lavoro delle donne da parte dei governi preoccupati di massimizzare l'occupazione degli ex militari. La medicalizzazione dell'attenzione al bambino, nella psicoanalisi, esige il fallimento collusivo di un modello auspicato di relazione; ad esempio, l'attaccamento disorganizzato invece che sicuro. Si distrae l'attenzione dalla specificità del rapporto madre bambino piccolo. Pensiamo ad esempio al rapporto tra madre e bambino disperato per l'assenza della madre, dove la madre dica al bambino: «Che cattiva mamma che hai! Una mamma che ti fa piangere! Ma adesso vediamo di darti quello di cui hai bisogno!». Tale rapporto, descritto da Fornari, viene definito come ironico da Renzo Carli. C'è una madre competente nel guardare criticamente a sé stessa senza disperazione, nel prendersi un po' in giro di fronte al bambino angosciato. Carli aggiunge: "Pensiamo si tratti di una competenza culturale, piuttosto che di una caratteristica invariante della personalità" (Carli, 2011, p. 14). Si dà parola al "vasto dominio dei sentimenti inespressi" di cui parlava Ariès, trovandovi una competenza sociale raffinata.

Torniamo a Burke. La paura delle madri che potevano trasmettere tare durò tutto il XX secolo; tutt'oggi non è scomparsa. Come insegnare ai bambini il controllo delle emozioni? Al padre è affidato il mantenimento materiale. Le madri hanno la responsabilità della gestione emozionale dei figli. Quindi sono potenzialmente colpevoli delle loro "devianze" emozionali, che, con l'attenzione alle "funzioni nervose", sono confusamente psico-fisiche; ad esempio, si poteva causare l'epilessia.

Tra le due guerre avanza la rivoluzione comportamentista. Si insiste sul condizionamento, sull'apprendimento. Se ci sono paure "non motivate" - come la paura della morte in bambini piccoli - bisogna insegnargli ad assistervi senza emozione; associandovi una ricompensa, o tramite l'imitazione di compagni senza paura. Dal canto loro gli evolucionisti ritenevano che, poiché il bambino nel suo sviluppo ricapitolava la vita della razza, avrebbe superato le paure crescendo. C'era però un problema. La modernità, sviluppando negli umani la capacità di covare congetture, aveva alterato il funzionale rapporto "primitivo", causa-effetto, tra paura e pericolo. Le angosce moderne sovvertivano i meccanismi fisiologici preposti ad assicurare la sopravvivenza. Fin qui, Burke; aggiungiamoci una considerazione. Rileviamo quanto sia importante questo sovvertimento. L'emozione non risponde più linearmente allo stimolo come nel supposto uomo primitivo. Nell'uomo moderno

---

<sup>7</sup> Sulla rilevanza della differenza tra fatti e vissuti in psicoanalisi si veda Carli (2019).

tra stimolo e risposta c'è un'interferenza: le congetture, le supposizioni fondate su indizi. Noi diremmo che sono le emozioni, il vissuto, il pensiero, ciò su cui lavora la psicoanalisi. Nell'ottica di Burke, la perdita della linearità stimolo-risposta emozionale mette in pericolo la sopravvivenza. Di qui la pericolosità delle emozioni. Dopo la seconda guerra mondiale, le parole d'ordine sono più che mai "stabilità emotiva". L'attenzione torna sulla madre. Molto di più - una costante negli anni - sulla relazione madre/figlio, che su quella madre/figlia. Inizia l'altalena del troppo o del troppo poco. La madre non deve essere iperprotettiva, però deve essere sufficientemente materna, etc. Cresce la critica delle madri lavoratrici. Le "devianze" dei figli, specie verso l'obbligo scolastico, ricadono su madri troppo presenti o troppo assenti. Il colpo di genio della cultura della preoccupazione è che la madre più problematica di tutte è quella che si vive come un problema. C'è bisogno di terapia, per la madre e per i figli. Sia chiaro che "con il termine cura non si intende una consulenza" (Burke, 2005/2015, p. 107). Entro la fine del XX secolo la paura per il bambino è diventata più importante di quella che fa il bambino.

Abbiamo seguito, con Burke, una traccia: il bambino è l'emozione allo stato puro, nella sua pericolosità confusiva; la madre dovrebbe educarlo a controllarla, ma è a sua volta emozionalmente fragile ed è ancora più fragile perché ha un bambino. Bisogna perciò educare e controllare prima di tutto le madri, guidati dagli esperti. Facciamo qualche osservazione sulla storia della relazione madre-bambino nella cultura italiana. Pochi costrutti culturali sono oggetto di tensioni sociali, e di conseguenza destoricizzati e naturalizzati, come l'istinto materno. Mantegazza afferma che la maternità è sia il destino sia il maggiore piacere della donna, che perciò per perseguirla può essere disposta a grandi sacrifici. Cosa importa se "[...] deve rimanere un gradino più basso e deve sentirsi sul collo il piede insolente del padrone? Ella ha per sé le gioie sublimi del sacrificio, ella può essere madre" (Mantegazza citato in Willson, 2010/2011, p. 19). Mantegazza fu medico, antropologo, diffusore delle teorie darwiniane in Italia, oltre che prolifico, disinvolto e molto noto divulgatore scientifico. Da darwinista ci rivela che la donna è più primitiva, quindi meno intelligente dell'uomo; migliorerà con l'educazione, ma la distanza resterà, perché anche l'uomo progredirà (Mantegazza, 1893). Questo libro avrà successo fino agli anni del fascismo e poi nel dopoguerra (Govoni, 2013). Nell'Ottocento "scientifico" la differenza dei ruoli di genere diventa sempre più "naturale". Le donne vengono destinate con più determinazione alla sfera familiare. Nel mondo del lavoro una donna si qualificava così: "Tesso". Un uomo diceva: "Sono tessitore" (Pelaja, citata in Savelli, 2009, p. 11). In realtà le donne hanno sempre lavorato. Ma fino a tempi recenti il mestiere non procurava loro un'identità. La qualifica era lo stato civile: sposata, nubile, vedova; o la posizione nella famiglia: figlia, moglie, sorella. Nei censimenti, fino all'Ottocento il lavoro femminile difficilmente veniva registrato. Eppure molte donne, per i più diversi motivi, mantenevano la famiglia.

Pensiamo alle categorie - proprie di un sistema patriarcale e patrilineare - di produzione e riproduzione, e al loro essere culturalmente sessuate. La prima è maschile, la seconda femminile. Per riproduzione non si intende solo procreazione, ma "tutte quelle attività di cura che si ritenevano comunemente attribuibili alle donne, in sostanza la conservazione della vita in tutta la famiglia" (Savelli, 2009, p. 12). Ne discendono norme per conservare le differenze. Ad esempio, si afferma la fragilità fisica ed emozionale femminile. L'esperienza della maternità vissuta dalle madri, così come è ricostruita dagli storici, era lontana dalle linee guida ideali degli esperti. I bambini, ad esempio, erano molto meno seguiti di quanto non si auspicasse (Willson, 2010/2011). Oppure potremmo dire che erano seguiti nei modi propri di culture distanti da quelle degli esperti, come l'essere affidati ai fratelli di poco più grandi.

Alla fine dell'Ottocento la bellezza e l'importanza dell'istinto materno si rilanciano in nome della scienza. Anche in Italia proliferano esperti positivisti, che per migliorare il magnificato ruolo materno, essenziale per la salute della nazione, danno moltissimi consigli in un profluvio di pubblicazioni. Sono gli eredi dei moralizzatori di Ariès, che si accorsero che i bambini erano molto bisognosi di educazione, del corpo e dell'anima.

Agli inizi del Novecento, lo Stato italiano invita alla maternità, ma non la supporta. C'è un implicito da perpetuare: il padre mantiene la famiglia, la madre si occupa dei figli. In effetti gli esperti scoraggiano le madri dall'andare a lavorare, lo Stato aiuta poco le madri che lavorano. Questo "obbliga" le madri a incaricarsi in toto del bambino. Saraceno (1994) parla di "familismo ambivalente": si fanno affermazioni di principio sulla rilevanza della famiglia, mentre le si delegano compiti senza supporti sostanziali. All'esordio dell'era fascista la natalità declinava. Il fascismo ribadì la maternità come missione femminile, ma ne sottolineò il servizio da rendere alla patria. Nel 1933 si stabilì di festeggiare la Giornata della madre e dell'infanzia, con premi alle madri prolifiche (Ciammaruconi, 2007). Si rilanciò la stigmatizzazione del lavoro

femminile. La natalità continuò a declinare. Nel 1925 viene creata l'ONMI, Opera Nazionale Maternità e Infanzia, con l'intento di emanciparsi dalle opere di beneficenza e di promuovere finalità di interesse collettivo. Si combatté efficacemente la mortalità infantile. Ma l'aver assunto finalità di interesse collettivo si tradusse nel prevalere dei doveri più che dei diritti degli assistiti (Willson, 2011). Questo dava allo Stato la legittimazione a intervenire presso le madri, a tutela dei minori.

Facciamo un passo indietro: il codice dell'amore materno possessivo, sacrificale, prodigo di sentimenti era stato fissato nell'Italia post risorgimentale. Il dopoguerra vede un grande rilancio della maternità come vocazione; quella della madre "Inarrivabilmente amorosa, serva e proprietaria dei figli" (Bravo, citata in Willson, 2010/2011, p. 18). Si è parlato di un'"invenzione della tradizione", propria di un dopoguerra in cerca di miti che rifondino l'identità nazionale. Tommaseo contribuisce all'affermarsi del mito della madre supremamente sacrificale, il cui amore per la famiglia supera anche quello per la patria (l'ispirazione è cattolica, il conflitto Stato-Chiesa è vivo). È un amore espresso dall'annullamento di sé, dal silenzio: la madre tace. Tace per non essere importuna, per non essere fraintesa; dissimula i propri vissuti per il bene dei familiari; in compenso ha una gamma di silenzi virtuosi: timidi, pii, mesti, pudichi etc.; sono esclusi gli ingrugiati, i cupi (D'Amelia, 2005). La madre è un'agenzia di alfabetizzazione da utilizzare in senso conservatore. Si occupano di questa madre lo Stato, la Chiesa, gli scienziati sociali. Ne deriva un tratto in comune: "la madre è un argomento che resiste a essere trattato come profano" (D'Amelia, 2005, p. 11). L'influenza della Chiesa è notevole, ma anche per i comunisti le donne devono essere buone mogli e madri, oltre che lavoratrici iscritte al partito (Willson, 2010/2011).

Solo da un secolo gli sviluppi della medicina hanno azzerato - quasi, nei paesi più industrializzati - la mortalità della donna e/o del bambino al momento del parto. Prima il rischio era alto, anche perché la donna, identificata come madre, sempre incinta, correva il rischio di morire di parto durante tutta la sua vita fertile. Il rischio era moltiplicato da motivi religiosi, dovendo scegliere, attuando un rischiosissimo cesareo, tra una madre battezzata e un bambino da battezzare, tra una donna che moriva e un'anima che si perdeva. Nel tempo il pendolo oscilla ora verso la vita della prima, ora verso la salvezza della seconda. Nel Medioevo tra la morte certa della madre e l'incerta salvezza del bambino si propendeva per la vita della prima; ma nel Settecento si celebrano le madri pronte a morire perché il figlio salvasse l'anima. Alla possibilità del battesimo, per un bambino che visse abbastanza da riceverlo, si sommarono le pressioni derivanti da questioni giuridico-ereditarie. Mentre la realtà delle madri era di dolore e rischio elevato di morte, le rappresentazioni cristiane della Natività erano il prototipo del "lieto evento", senza dolore e senza morte. Maria Vergine partorisce senza dolore; Eva con dolore, per spiare il suo peccato (Foscati, Gislon Dopfel, & Parmeggiani, 2017). Nel Novecento si compie la medicalizzazione del parto: non si fa più in casa, ma in ospedale. Questo comporta dei costi. In particolare, la riduzione della donna a processi fisiologici da controllare in maniera via via più tecnologica, entro una relazione spersonalizzata (Filippini, 2017). La medicalizzazione toglie alla persona la scelta di medicalizzare le sue questioni, quando e se la persona stessa le vive come scarto dalla norma (Carli, 2019). Si realizza una nuova marginalizzazione della donna. Anche il bambino diventa un processo fisiologico da controllare, entro una pericultura normativa.

Si prescrivono tempi e modalità dell'allattamento in rapporto ad astratti parametri: ora rigidi, per educare ai limiti; ora morbidi, per assecondare la richiesta "spontanea" del bambino. Ignorando, in entrambi i casi, l'esperienza soggettiva e relazionale della coppia madre-figlio. L'allattamento è un evento ad elevata densità simbolica, con una storia. Le insistenze di medici e pedagoghi sull'importanza che venga erogato dalla madre naturale al figlio sono di lunga data. Ma l'attenzione si concentra sull'allattamento come lo intendiamo attualmente solo dal XVIII secolo. Rousseau ne fa un atto di dovere coniugale: il bambino con il latte assorbe l'affetto materno, che durerà una vita, contribuendo alla rinascita della vita domestica (Muzzarelli & Tarozzi, 2003). Preoccupazioni salutistiche, valoriali e conformistiche si sovrappongono. Il successo dell'allattamento come vincolo tra madre e figlio ci sarà solo dall'Ottocento in poi. Diviene ciò che è oggi quando si afferma il "modello della casalinga consacrata al lavoro di riproduzione e cura" (Filippini, 2017, p. 282). Con l'enfasi sull'allattamento materno si intende concludere la lunga cultura del baliatico, che con alterne vicende durava dal basso Medioevo. Concernendo, in modi diversi nel corso del tempo, tutte le classi sociali. Il baliatico inizia a ridursi tra XVII e XVIII secolo, insieme all'affermarsi degli esperti che prescrivono la necessità dell'allattamento da parte della madre, ritenuto più sano da un punto di vista medico e affettivo. Alla centralità dell'allattamento si accompagna l'affermarsi della vita familiare e domestica, e il fissarsi dei ruoli di genere che emerge nell'Ottocento (Muzzarelli & Tarozzi, 2003; Willson, 2010/2011). Il baliatico liberava la madre dal vincolo dell'allattamento. Si riaffermò tale vincolo, naturalizzandolo. Questo excursus dice invece come

non siano “naturali” né la casalinga dedita al bambino, né la madre che allatta. Va ricordata anche la marginalizzazione delle levatrici e la loro subordinazione al medico come ostetriche, mentre perdevano molte funzioni, tra cui quella di accompagnare la donna nella gravidanza, nel parto, nel puerperio (Filippini, 2017). Puerperio di cui non ci si occuperà più in modo sistematico. Nel frattempo si perdevano molte reti di sostegno, familiari, di vicinato (Terzulli, 2006).

Al contempo crescono le preoccupazioni della psichiatria per la depressione perinatale. Abbiamo visto come possa verificarsi, entro le relazioni in cui ha luogo la nascita, un fallimento collusivo prodotto dall'impossibilità di realizzare l'ideale comportamento materno. Con la depressione perinatale, quella mancata realizzazione può essere tradotta come disturbo della madre. La centratura è medica; le determinanti culturali rientrano dalla finestra: tra i fattori di rischio si individuano difficoltà economiche, appartenenza a minoranze etniche o religiose, scarso supporto familiare etc. Ritroviamo qui la donna pericolosa per la sua emozionalità fuori controllo. Con la depressione aumentano i comportamenti impulsivi e autolesivi; per il bambino ne deriva ogni danno, senza esclusione. Si insiste sulla prevenzione, sulla precocità della diagnosi. Si parla di finalità come incoraggiare la madre a non temere il periodo perinatale, o a incrementare gli atteggiamenti propositivi e attivi. Non è chiaro con quali metodi e tecniche, ma sembra scontato che vada corretta un'emozionalità “negativa”: si deve sapere che soffrire di depressione non vuol dire essere una cattiva mamma, non bisogna pensare che buone mamme si nasce, si deve sapere che lo si diventa. La maternità ideale rimane il modello, anche se si concede che non sia subito realizzato. Vari studi rilevano come la depressione perinatale possa concernere anche il padre, riportando in primo piano determinanti culturali, ma le somme non vengono tirate (Ministero della Salute; Sito della Regione Piemonte; Sito del Policlinico di Milano - Mangiagalli center, 2019; Sito dell'Ospedale di Niguarda; Rinaldi, L., n.d.). Anche nella letteratura scientifica i fattori di vulnerabilità della donna vanno da caratteristiche personali a eventi di vita. I fattori scatenanti sono di ogni tipo: dalle alterazioni ormonali, agli eventi stressanti, ai fattori socio-culturali come i falsi miti e le credenze irrealistiche sulla maternità. Al contempo si avanzano dubbi sull'esistenza stessa del disturbo: forse depressione e depressione perinatale non si differenziano adeguatamente; la variabilità nelle rilevazioni è grande; gli stessi limiti temporali di prossimità al parto, il più preciso fattore di identificazione della DPP, possono variare molto (Mirabella et al., 2014). Tuttavia lo si ripropone.

Quanto ai consultori, istituiti con la legge 405/75, con cui si voleva proporre una cultura aperta, vicina al territorio, a bassa tecnologia, multidisciplinare, si denuncia che hanno perso rilevanza. Molti problemi indicati sono anche di altri servizi: mancanza di obiettivi comparabili, disomogeneità sul territorio con penalizzazione del Sud, multidisciplinarietà che diventa frammentazione, esperienze innovative non valorizzate. Ma ci sono anche problemi specifici: la svalutazione del consultorio da parte del personale di area medica, che lo diserta; il riemergere del conflitto tra finalità sociali e mediche, con la “vittoria” delle seconde (Grandolfo, 1995, 2004). I consultori sono la periferia della spesa sanitaria (De Fazi, 2019). Calano gli investimenti su consultori e territorio, crescono quelli sull'ospedale (Del Fattore, 2004). Mentre le professioni sanitarie si ritraggono dai consultori, assistenti sociali e psicologi traducono il “sociale” in modalità assistenziali, rivolte alle fasce deboli della popolazione, e più all'individuo che alla famiglia (De Fazi, 2019). Le ostetriche denunciano la delegittimazione dei consultori, la competizione tra consultorio e ospedale, la loro subordinazione al medico (Oggerino, 2004). Aggiungiamoci che quale sia l'utenza da assistere e in quali modi, era ed è oggetto di conflitti accesi tra cattolici, laici, femministe, destra, sinistra. I “laici” denunciano un'obiezione di coscienza di circa il 70%, che lede i diritti stabiliti dalla 194 (Magistratura democratica, 2017). Ma la stessa Acli (Associazioni Cristiane dei Lavoratori Italiani), salvaguardando la “legittima opposizione”, non nega il problema (De Fazi, 2019). Gli obiettori di coscienza crescono, il ricorso alla 194 decresce (Muratori & Di Tommaso, 2020). Tali denunce si ripetono negli anni (Del Fattore, 2004; Piccinini, 2004) e sono ancora attuali. Viene alla mente un pionieristico lavoro sul concetto di genere, che aveva proposto che i regimi democratici e il *welfare state* del XX secolo avevano tradotto il proprio paternalismo protettivo in leggi dirette alle donne e ai bambini (Scott, 1986). È difficile attenuare la cultura del controllo, anche se ci sono riscontri del suo fallimento.

Alla fine degli anni Ottanta del Novecento si legalizza il divorzio; contrariamente alle previsioni, la famiglia tiene duro fino alla fine del nuovo secolo e oltre. All'inizio degli anni Novanta gli italiani continuano ad avere figli solo dopo essersi sposati<sup>8</sup>. Questo non vuole dire che la famiglia non cambi. Continua a declinare la natalità, si allunga la vita, il ruolo dei padri diventa incerto; le madri affrontano troppi compiti (lavorano, e

---

<sup>8</sup> Nel 1993 solo il 7% delle nascite avviene fuori dal matrimonio, contro il 21,7% della media UE.



continuano a lavare e stirare per tutti); i figli restano nella casa dei genitori più a lungo di prima. Gli uomini continuano a pensare alle attività casalinghe come femminili.

Mentre l'accento sulla centralità del ruolo materno resta costante, il tasso di natalità diventa tra i più bassi del mondo. Dopo decenni di censura (si temeva di rievocare il fascismo), si riparla della decrescita della natalità. Le spiegazioni del declino delle nascite sono molte; perciò nessuna convince. Evochiamone alcune. Le donne si assumono tutto il peso delle funzioni della famiglia: dalla cura degli anziani e più in generale di tutti i membri della famiglia in difficoltà (disabilità, malattie), a quella dei figli che non se ne vanno. Gli uomini continuano a fare poco. Nel 2020 l'Istat ribadisce la disparità del lavoro di cura e domestico tra donne e uomini (Istat, 2020)<sup>9</sup>. La cronica carenza dei servizi all'infanzia diventa assenza al Sud. Si ritiene che la pandemia provocherà una ulteriore "caduta" della natalità, sia per la crisi economica che per il clima di anomia (Save the children, 2020). Si dichiara di desiderare due figli, ma se ne fa uno solo. Anche per il divario di fertilità - lo scarto tra dichiarazione di intenti nel numero dei figli e figli effettivamente avuti - si cercano spiegazioni più strutturali che culturali. Vi si potrebbero vedere anche le conseguenze di una cultura che pone la famiglia "tradizionale" ideale, numerosa, come parametro a cui conformarsi. Mentre la realtà che si vive è un'altra sia come condizioni fattuali che come vissuti. Sul calo delle nascite, qualsiasi nesso causa-effetto venga ipotizzato, fallisce; ad esempio nelle regioni italiane con più servizi per la famiglia non cresce il numero delle nascite (Willson, 2010/2011). Ci sono pochi parti, e sono rimandati. L'Italia da anni ha il primato europeo delle neomamme più anziane: 32,1 anni in media al primo figlio (Istat, 2020).

La lunga tradizione che assegna alle donne l'assistenza dei membri della famiglia che ne abbiano bisogno risale all'età classica, all'origine della cultura patrilineare. Nella Grecia arcaica la cura del corpo - lavare, ungerne d'olio - è affidata alle donne. Vengono così accuditi gli uomini, ma anche i cadaveri; tutti omologati al bambino piccolo. Il difficile destino dei bambini accompagnava quello delle donne - che non diventavano mai adulte ma restavano sempre minorenni - con rischi più alti se si trattava di bambine (Pomeroy, 1975/1982)<sup>10</sup>. Questa cultura va in crisi, ma non tramonta, con la crisi della cultura patrilineare (Mitscherlich, 1963/1970). Alcuni scienziati sociali hanno proposto che è con la rivoluzione industriale che il ramo materno si afferma sul paterno, persa la rilevanza della trasmissione patrilineare delle società agricole e fondiarie. Calvi (1995) anticipa alla prima età moderna la bilinearità del ramo paterno e materno: emerge una rappresentazione della madre priva di interessi per sé, grazie al divenire tutrice dei figli, perché tuteli i beni da loro ereditati, senza poterli ereditare lei stessa. Ne deriva un ruolo controllore del ramo materno di tutti i passaggi critici: nascita, matrimonio, morte. Lo studio fa riflettere sulla debolezza del ruolo di moglie e la forza di quello di madre. Al tempo stesso le esperienze di intervento psicoanalitico e varie ricerche, anche effettuate da noi (Paniccchia, Dolcetti, Giovagnoli & Sesto, 2014<sup>11</sup>; Paniccchia, Giovagnoli, & Caputo, 2014<sup>12</sup>) dicono che i "tradizionali" ruoli femminili di totale dedizione all'assistenza del familiare bisognoso non sono più praticabili. L'insistenza sulla loro replica provoca pesanti crisi entro le famiglie. Si chiede invece che l'assistenza venga presa in carico da un sistema di relazioni che non si esaurisca nell'ambito familiare, fatto di servizi con competenze integrative e non solo sostitutive (Paniccchia, 2012)<sup>13</sup>.

Decremento delle nascite vuol dire anche decremento delle potenziali madri. Le spiegazioni causa -effetto, del tipo carenza nelle legislazioni a sostegno della genitorialità, nelle politiche concilianti vita privata e professionale, nei livelli di occupazione, ovvero basate su fatti assunti come causa, non bastano a giustificare il fenomeno. Si cercano cause nei fatti. La variabile culturale è meno esplorata. Eppure, ad esempio, l'influenza della cultura cattolica in Italia è sempre viva. Nel 2004, dopo discussioni travagliate entro la bioetica e

---

<sup>9</sup> Il 38% delle donne (46,2% se con figli da 0 a 6 anni) modifica orari di lavoro e carriera per i figli, contro il 12% degli uomini (Istat, 2020).

<sup>10</sup> Molte delle tematiche di Pomeroy verranno riprese da Cantarella (1981).

<sup>11</sup> In una ricerca del 2014 è stato chiesto a un gruppo di cittadini quali fossero le loro attese verso i servizi di salute mentale; è emerso che le donne non possono più sostenere le tradizionali forme di assistenza senza che si incorra in violente crisi del contesto familiare.

<sup>12</sup> In una ricerca del 2014 si è vista l'insostenibilità della cura degli anziani da parte delle donne della famiglia, e la risorsa che può dare un aiuto "esterno" - la badante - non solo perché fattivo, ma anche perché simbolizzato come utilmente estraneo alle dinamiche emozionali della famiglia.

<sup>13</sup> L'attuazione della funzione sostitutiva non richiede conoscenza della domanda del cliente e del contesto in cui si opera. È supportata da tecniche e si traduce nella relazione tecnico forte-utente debole. La funzione integrativa è fondata sul rapporto tra un tecnico debole e un utente forte, dove il primo si basa su una teoria dell'intervento che mette al centro la domanda del profano e la conoscenza del contesto in cui si interviene.

sperimentazioni mediche rese possibili dalla mancanza di regolamentazione, si arriva a una legge sulla procreazione medicalmente assistita tra le più restrittive d'Europa (Save the children, 2020)<sup>14</sup>. La legge viene criticata come imposizione paternalistica di scelte ideologicamente orientate, avverse verso procedimenti riproduttivi diversi da quelli "ortodossi" (Sanfilippo, 2014).

Vediamo altri dati, dove è chiaro che le culture generano fenomeni comuni a tutta l'EU, che in Italia vedono alcuni picchi. Mentre cresce l'insofferenza verso gli stereotipi di genere, numerose ricerche ne rilevano il consistente permanere, in entrambi i sessi. Gli stereotipi si traducono in fatti. Vediamo il divario di genere nel lavoro. In Italia è a sfavore delle donne, nonostante le loro migliori performance formative, ed è tra i più elevati d'Europa. Se c'è almeno un figlio, il divario cresce considerevolmente. La disoccupazione, in incremento, colpisce di più le donne. Dati rilevati durante la pandemia lo confermano. Il divario, per la cosiddetta "penalità salariale di maternità" aumenta se ci sono figli piccoli. Nella stessa situazione - figli piccoli - la retribuzione degli uomini raggiunge i livelli più alti. Il divario aumenta se aumentano i figli. Continua a influire sulla carriera della donna, anche dopo molti anni dalla maternità. Non stiamo considerando le differenze territoriali, rilevanti in Italia; accenniamo che nelle aree "depressse", dove il divario è maggiore, è minore l'offerta di servizi per l'infanzia. I nuclei monofamiliari sono in crescita; se c'è un figlio, è molto più probabile che il capofamiglia sia una donna. Al tempo stesso, non sono poche le donne che si dedicano solo alla cura dei figli e non lavorano. Immaginiamo i problemi che ne derivano<sup>15</sup>. Le donne, con maggiori difficoltà di conciliazione tra vita privata e professionale e con più bassi livelli di occupazione, hanno il maggior peso genitoriale, non sempre supportato da contributi dei padri. I servizi non coprono la domanda<sup>16</sup>. Sconcerta che nel documento da cui traiamo questi dati si dica, senza alcuna considerazione critica: "La maternità, per la maggior parte delle donne, è un momento magico" (Save the children, 2020, p. 45). La madre, come dice D'Amelia (2011) è un argomento che resiste a essere trattato come profano; in altri termini, non sembra pensabile.

### ***Obiettivo della ricerca***

Si intendeva esplorare il vissuto sul loro ruolo di madri, con donne che avevano avuto un bambino entro l'anno e mezzo, a partire dall'inizio della ricerca. L'anno e mezzo si è scelto perché ci interessava che il bambino fosse nella fase di sviluppo che precede l'esordio della parola e come fase in cui si organizzano le prime modalità di relazione sia della coppia madre-figlio che tra questa e il contesto più generale: familiare, amicale, lavorativo, dei servizi sociosanitari.

### ***Metodologia: Analisi Emozionale del Testo (AET)***

Da aprile a luglio 2020 sono state intervistate 30 madri ed è stato effettuato un focus group con altre 6 madri. Interviste individuali e focus group sono stati registrati, trascritti e riuniti in un unico corpus, sottoposto ad AET (Carli & Panicia, 2002; Carli, Panicia, Giovagnoli, Carbone, & Bucci, 2016). L'AET ipotizza che le emozioni, espresse nel linguaggio, siano il principale organizzatore della relazione. Non si analizzano sequenze discorsive, ma gli incontri - nei segmenti di testo - di parole dense, ovvero dotate di un massimo di densità

---

<sup>14</sup> Mentre il tasso di fecondità totale è di 1,29 figli per donna, il 46% degli italiani desidererebbe 2 figli e solo il 5,5% ne desidera uno. Il 21,9% ne desidera tre o più, il 25,4% ne desidera ma non ne indica il numero. L'età media al parto cresce, la fecondità delle 35-39enni ha superato quella delle 25-29enni. Nei primi anni Venti del Novecento al termine della loro vita riproduttiva le donne avevano una media di 2,5 figli; nell'immediato dopoguerra la media era calata a 2 figli. Per le nate tra il 1975 e il 1978, il livello scende a 1,44 figli per donna. Una ricerca condotta in 19 paesi europei dice che le donne hanno meno figli di quanti non dichiarino di volerne. Il maggior "divario di fertilità" si rileva nei paesi del Sud (Italia, Spagna, Grecia) (Save the children, 2020).

<sup>15</sup> Nel 2018-2019 i nuclei familiari formati da coppie con figli erano l'83,5% del totale; erano in forte incremento i nuclei monogenitoriali, 16,4%; tra questi, quelli con capofamiglia donna erano il 13,9% di quelli con almeno un minore, mentre con capofamiglia uomo erano il 2,5%1. Nel 2020 l'Istat rilevava che in Italia l'11% delle madri non ha mai lavorato per dedicarsi alla cura dei figli; la media europea è del 3,7% (Save the children, 2020).

<sup>16</sup> Nel 2018 i posti nei servizi all'infanzia pubblici e privati coprivano il 24,7% dei potenziali utenti, bambini con meno di 3 anni. Nel 2018, più di una famiglia su 3 con figli 0-14enni (il 34,4% del totale), ha fatto ricorso ai nonni per mansioni di cura (Save the children, 2020).

emozionale e di un minimo di ambiguità di senso. Il ricercatore, supportato da un programma informatico, nel nostro caso T-Lab (Lancia, 2004), ottenuto il vocabolario del corpus, sceglie le sole parole dense. Messi in ascissa i segmenti di testo e in ordinata le parole dense, attraverso l'analisi fattoriale delle corrispondenze multiple e l'analisi dei cluster si ottengono cluster di parole dense entro uno spazio fattoriale. L'interpretazione è retta dall'ipotesi che la co-occorrenza di parole dense entro i segmenti di testo evidenzia il processo collusivo espresso dal testo. L'interazione tra parole dense, a partire dalla più centrale nel cluster, riduce la loro polisemia, perseguendo una acquisizione del senso emozionale del cluster. Si considera, inoltre, la relazione dei cluster entro lo spazio fattoriale, giungendo alla lettura della dinamica collusiva che connota il tema in oggetto.

### ***Intervista aperta e domanda stimolo***

Nella situazione pandemica, che ha coinciso con il periodo delle interviste, la confidenza con la rete è cresciuta: abbiamo condotto interviste ed effettuato il focus group on line senza che siano emerse differenze problematiche con interviste o focus condotti in presenza fisica. Tale confidenza ci ha poi permesso di proporre alle partecipanti di discutere il rapporto di ricerca on line, in un seminario. La domanda stimolo era la stessa, sia nelle interviste che nel focus group. Anche la relazione era standardizzata. Dopo la domanda, l'intervistatore (o il conduttore) ha limitato l'interazione all'esprimere interesse per quanto dicevano le persone (durata prevista: mezz'ora per le interviste, un'ora per il focus group). Questa la domanda-stimolo (per le interviste; quella dei focus group è stata adattata alla situazione, ad esempio: avremo un'ora di tempo):

*Come le accennavo telefonicamente, mi chiamo XY, faccio parte di un gruppo di ricerca di una cattedra di psicologia de La Sapienza e di una scuola di psicoterapia<sup>17</sup>. Ci sono molti studi su madri e figli, ma spesso non interpellano le madri per sapere cosa ne pensano. Vorremmo sapere cosa pensano le madri. Che questioni incontrano, che vissuti hanno, cosa succede nelle loro vite. Stiamo intervistando perciò delle mamme di bambini di un'età che va da appena nati a un anno e mezzo. Pensiamo che lei potrebbe dare un importante contributo. L'intervista è anonima, prevediamo una mezz'ora di tempo. Le chiedo di poter registrare. A tutte le partecipanti comunicheremo i dati della ricerca. Per questo le chiedo un suo indirizzo e-mail. Possiamo cominciare. Può dirmi come sta vivendo l'esperienza di aver avuto un bambino da poco?*

### ***Le madri intervistate***

Sono state interpellate 36 madri. 30 sono state intervistate, 6 hanno fatto parte di un focus group. Le madri sono state individuate con il metodo a cascata. A partire da neo madri conosciute dagli intervistatori, ne sono state individuate altre chiedendo a quelle incontrate per l'intervista se ne conoscevano altre potenzialmente interessate alla ricerca. Per questa prima ricerca sul tema non abbiamo posto altre condizioni per parteciparvi se non essere una madre che aveva avuto un bambino nell'arco di un anno e mezzo a partire dal momento dell'intervista. Al termine dell'intervista abbiamo fatto alcune domande per caratterizzare il gruppo ex-post. Le domande concernevano l'età sopra o sotto i 30, se si aveva un solo figlio o più figli, se c'era una coppia o no, se vivevano da sole o con qualcuno, quale fosse il sesso del figlio, se c'era aiuto da parte di familiari e servizi privati, o da servizi pubblici.

Tabella 1. Domande

Età	
<i>fino a 30 anni</i>	<i>oltre i 30 anni</i>
15	21
N° figli	
<i>un solo figlio</i>	<i>Più figli</i>

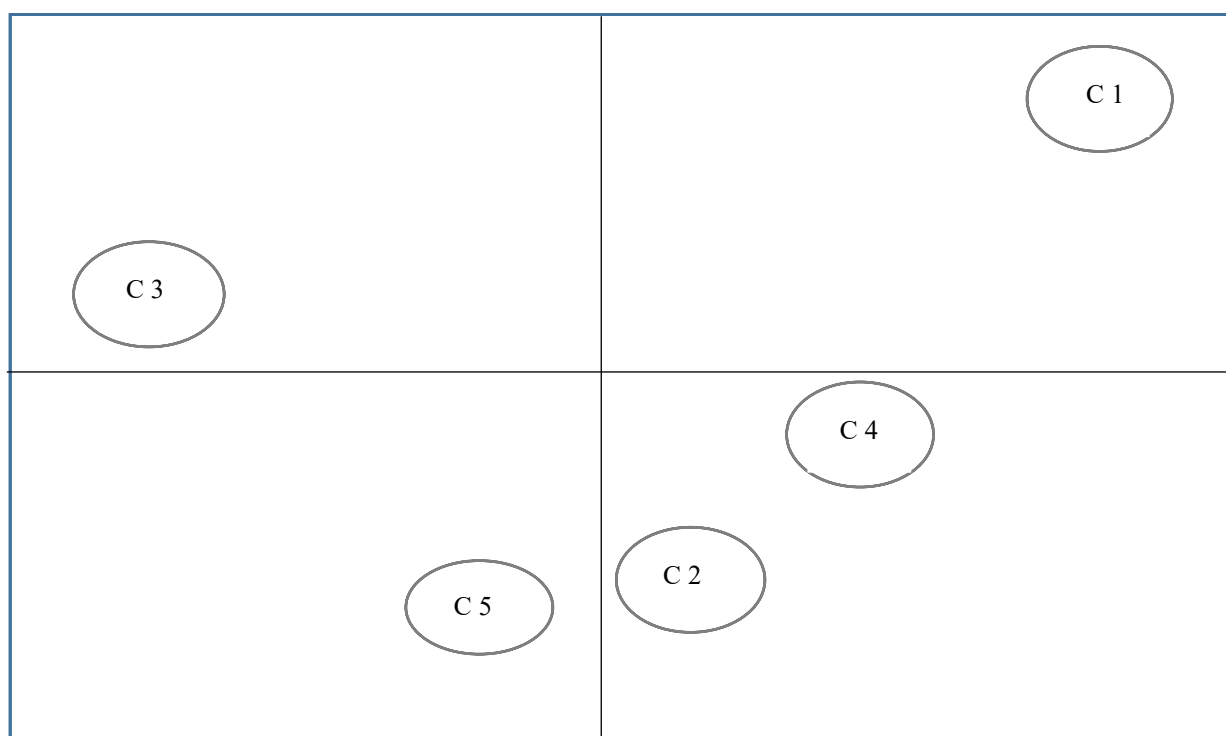
<sup>17</sup> All'epoca delle interviste una di noi insegnava psicologia clinica a Sapienza, Facoltà di Medicina e Psicologia; oggi è in pensione.

29		7	
C'è una coppia			
<i>sì</i>		<i>No</i>	
36		0	
Abita con qualcuno			
<i>sì</i>		<i>No</i>	
36		0	
Sesso del figlio			
<i>maschio</i>		<i>femmina</i>	
23		13	
Ha un aiuto da familiari o servizi privati?			
<i>per niente</i>	<i>poco</i>	<i>abbastanza</i>	<i>molto</i>
2	3	10	21
Ha un aiuto da servizi pubblici?			
<i>per niente</i>	<i>poco</i>	<i>abbastanza</i>	<i>molto</i>
16	11	7	2

### **Risultati**

L'analisi ha consentito di individuare il seguente spazio fattoriale, caratterizzato da cinque cluster di parole dense.

Figura 1. Spazio fattoriale



L'analisi ha prodotto uno spazio fattoriale con 5 Cluster. Sul primo fattore si contrappongono il C 3 e il C 1. Sul secondo fattore il C 1 si contrappone al C 2 e al C 5. Sul terzo fattore si contrappongono il C 4 e il C 5. Sul quarto fattore si contrappongono il C 2 e il C 5.

Tabella 2. Rapporto tra cluster e fattori

	F1	F2	F3	F4
Cluster 1	<b>0.7205</b>	<b>0.6530</b>	-0.5124	-0.0970
Cluster 2	0.0540	<b>-0.7023</b>	-0.0067	<b>-1.1398</b>
Cluster 3	<b>-0.8349</b>	0.4039	0.1265	-0.0243
Cluster 4	0.4650	-0.1718	<b>0.6572</b>	0.2952
Cluster 5	-0.2332	<b>-0.7819</b>	<b>-0.7001</b>	<b>0.5824</b>

Nella seguente tabella riportiamo i cluster di parole in ordine decrescente di Chi2

Tabella 3. Cluster di parole dense in ordine di Chi-quadro

Cluster 1 Chi2/parola	Cluster 2 Chi2/parola	Cluster 3 Chi2/parola	Cluster 4 Chi2/parola	Cluster 5 Chi2/parola
323,789 corso_pre_parto	625,587 lavorare	325,809 dormire	258,202 aiutare	394,414 ansia
283,011 donna	125,300 lockdown	192,843 piangere	146,861 parto	234,594 paura
130,667 pediatra	73,142 cucinare	107,267 svegliare	120,459 nonni	140,413 preoccupare
106,954 gruppo	63,384 mancare	105,784 mangiare	92,186 famiglia	122,345 perdere
94,775 consultorio	60,776 coppia	101,413 Notte	80,569 importante	90,995 consapevolezza
84,594 consigliare	57,650 ritrovare	67,895 in_braccio	46,082 partorire	71,873 gravidanza
68,200 piacere	44,582 contratto_lavoro	60,411 giocare	43,663 scegliere	60,231 nuovo
52,362 allattare	29,716 lieto	58,781 sonno	43,408 dolore	54,282 sola
47,416 crescere	29,553 amicizia	41,371 riposare	38,298 cesareo	40,166 pesante
42,134 utile	27,474 dispiacere	39,425 addormentare	34,727 ospedale	31,970 calmare
38,639 informare	25,119 fortuna	38,147 sorridere	32,437 covid	27,961 passeggiata
38,284 uomo	23,757 sposare	34,709 ridere	27,292 padre	26,300 stress
35,501 pubblico_serv	22,277 rientrare	33,668 amare	26,019 indurre	23,399 affrontare
35,217 buttare	22,201 casalinga	32,970 riuscire	25,869 zii	23,314 interiore
33,899 ostetrica	21,576 incinta	32,837 stanchezza	23,171 travaglio	22,651 rigurgito
30,678 visita_medica	19,623 inaspettatamente	32,378 fatica	20,432 naturale	21,741 serenità
28,490 giudicare	19,175 pandemia	29,192 Gioia	20,233 professionale	19,198 attenzione
26,827 privato_serv	18,142 sperare	23,123 lavare	18,395 difficile	17,086 terribile
25,921 ragazze	16,966 mentale	22,148 Letto	16,501 suocera	16,465 inutile
25,074 pagare	16,437 sorpresa	22,121 cullare	15,997 convivere	14,661 parenti
23,625 rispondere	16,396 cambiamento	21,611 bisogno	15,997 epidurale	14,128 tranquilla
21,559 vaccino	15,426 compagno	20,659 riconoscere	15,997 rompere_acque	14,043 contatto
19,523 asilo	14,210 marito	17,525 pesare	15,274 reagire	14,018 cadere
18,502 ritornare	13,915 autonomia	17,497 telefono	14,449 abitudine	12,992 consolare
16,446 seno	13,772 sola	17,456 impegnativo	14,065 aiuto	12,992 pace
16,275 casino	12,895 staccarsi	15,802 attaccamento	13,947 amiche	12,992 scappare
16,275 online	12,871 improvvisamente	15,571 minuti	13,803 presenza	12,055 febbre
	11,130 spontaneo	15,288 routine	13,017 raccontare	

### Analisi dei dati

Una considerazione sulle domande a fine intervista. La sola condizione per partecipare era che le mamme avessero avuto un nuovo nato entro l'anno e mezzo dall'inizio della ricerca. Le risposte alle domande sono unicamente descrittive, post hoc, del gruppo che si è così formato. Tutte le intervistate dicono di essere in coppia e di abitare con qualcuno. Dicono anche che l'aiuto viene soprattutto da familiari e servizi privati. Molto meno dai servizi pubblici. Per quanto concerne interviste e focus group, non si è rilevata nessuna differenza tra i dati acquisiti con le prime e con il secondo.

## **Primo fattore**

Sul primo fattore si contrappongono il C 3 e il C 1. Nel C 3 c'è il rapporto tra la madre e il bambino. Nel C 1 il rapporto tra la madre e i servizi dedicati alla nascita.

## *Cluster 3*

Il rapporto madre-bambino del C 3 è esclusivo, è una coppia isolata nella notte. Il sentimento del cluster è tra la tortura e la gioia. Emerge il contrasto tra ciò che fa il bambino e ciò che vorrebbe fare la madre. Tra i tempi del bambino e quelli della madre. C'è una confliggente differenza tra i ritmi di vita dell'uno e dell'altra; c'è la fatica di trovare un ritmo nuovo e condiviso. Le prime parole dense sono *dormire, piangere, svegliare, mangiare, notte*. È notte, i "grandi" dormono. Hanno appreso - faticosamente, imperfettamente - a convivere tra loro distinguendo la notte dal giorno. A differenziare le distinte attività, i diversi rituali dell'una e dell'altro. Il piccolo bambino questo non lo sa. Ignora i ritmi del mondo, ma anche quelli particolari, notturni e diurni, della sua famiglia. Diciamo famiglia, ma pare debba essere la madre, sola, a trovare e condividere un ritmo con il bambino. Eppure è il ritmo familiare quello che il bambino scombina. Tutte le intervistate hanno detto di abitare con qualcuno. La questione non è che si trovi un accordo tra madre e figlio. Non è nemmeno che il bambino si adatti alla famiglia. Tutta la famiglia si deve riorganizzare. Lo dimentichiamo, se pensiamo che si tratti solo degli idiosincratici ritmi psico-fisici del bambino, che devono diventare di una normalità acontestuale. Ad esempio, mangiare e dormire, le funzioni essenziali per la vita, possono essere riferite a tale normalità fisiologica. Nel C 1, contrapposto al C 3, c'è proprio questo bambino acontestuale. Ma mangiare e dormire sono attività connotate emozionalmente, culturalmente. Si apprendono entro un ambito relazionale; è lì che acquisiscono una funzione di comunicazione, di condivisione, di organizzatrici della relazione. Il C 3 lo ricorda<sup>18</sup>.

Dormire: riposarsi col sonno, ma anche essere privo di pensieri, di preoccupazioni, essere inattivo. Svegliare: scuotere dal sonno, far cessare di dormire; ma anche scuotere dal torpore, dall'inerzia. La sveglia che dà il bambino è complessa: scuote dal sonno, ma anche dall'essere privi di pensieri, inattivi. Non è questo l'unico cluster dove avere un bambino vuol dire acquisire una nuova consapevolezza. Lo vedremo anche, ma lì sarà una consapevolezza drammatica, in un altro contesto emozionale, nel C 5. Qui nel C 3 il nuovo nato turba un precedente stato, che ora che ci si desta appare come un torpore tra realtà e fantasia. Risveglia il pianto, che non è solo versar lacrime, ma anche far rumore lamentandosi; dal latino *Plangere*: percuotere, battersi il petto, piangere lamentandosi. Il pianto di un bambino è un'arma letale, direttamente proporzionale alla sua impotenza sotto altri profili. Viene alla mente il terribile racconto di Cechov, dove una piccola serva tredicenne, stremata dalla fatica, soffoca il bambino cui deve badare, che piange e piange, per poter infine dormire (Cechov, 1888/1966). Nel racconto è evidente come il pianto disperato del bambino sia l'altra faccia della disperazione della ragazzina. Le emozioni sono relazioni.

Nel cluster seguono parole che dicono delle richieste del bambino di sentirsi insieme e di come gli si venga incontro: *prendere in braccio, giocare*. Al contempo per la madre c'è la tentazione del *sonno*, dell'*addormentarsi*, del *riposare*, del tornare nel torpore, del sottrarsi alla richiesta. La nuova consapevolezza del C 3 è vedere, sentire la presenza dell'altro, uscire dall'isolamento delle proprie fantasie. Seguono verbi di intenso piacere condiviso: *sorridere, ridere, amare*. Poi di nuovo *stanchezza, fatica*. Poi *gioia*. È un lavoro relazionale molto intenso; faticoso al limite della tortura. Ma non è affatto sacrificale, come vuole la minacciosa retorica della madre ideale, dove non c'è reciprocità, ma dedizione totale della madre al figlio. Qui la reciprocità è essenziale. Si fa una gran fatica, c'è una molestia tormentosa di cui ci si vorrebbe disfare, ma anche si ride e si sorride. Sembra esserci la madre ironica di Carli (2011), capace di rielaborare con il bambino la criticità del rapporto, risolvendola in una riflessione divertita.

Questa coppia è isolata nell'ordine della notte; non c'è relazione con altri, se non per *telefono*. A questa età mangiare è l'allattamento; ma qui in primo luogo c'è un bambino che deve imparare ad aver fame entro il tempo dell'incontro e a chiedere di mangiare, e una madre che deve aiutarlo in questo. Si apprende a stare in

---

<sup>18</sup> Ricordiamo, ad esempio, le opposte categorie di crudo e cotto, fresco e putrido, bagnato e bruciato, fatte equivalere da Lévi-Strauss (1964/1966) a sistemi simbolici in grado di dare senso alle culture umane.

una relazione. La parola allattamento la vedremo invece nel C1, contrapposto al C 3. Nel C 1 l'allattamento è una procedura, scissa dall'esperienza della relazione madre-bambino.

### Cluster 1

Il C 3 è l'ordine della notte, il C 1 l'ordine del giorno. Nel C 3 c'è la coppia madre-bambino isolata dal resto del mondo, nel C 1 c'è un contesto. Il C 3 è l'apprendimento della socialità, una socialità in costruzione; il C 1 è una socialità data, è quella delle norme e delle regole, della conformità. Il C 1 non è la famiglia, non sono i parenti, non sono gli amici, non è il lavoro; non è nessuno dei contesti abituali della madre. Sono i servizi che realizzano il mandato sociale sulla nascita, dedicati alla neo-madre; in primo luogo quelli pubblici. Nel C 1 non c'è la socialità dei contesti di vita della donna, ma ci sono le istanze sociali che presidiano l'ingresso del nuovo nato nella collettività. Tra le domande fatte alle intervistate, ce n'è una sulla provenienza dell'aiuto che ricevono. Hanno detto che viene soprattutto da famiglia e servizi privati<sup>19</sup>, poco dai servizi pubblici (Tabella 1) che troviamo nel C 1. I servizi pubblici in Italia sono cronicamente inferiori alla domanda, entro la contraddizione per cui si afferma che la natalità è essenziale, ma non la si supporta. Nel C 1 non appare problematica la scarsità, quanto la contraddizione, la distanza dall'esperienza. Vi appaiono servizi preposti più a controllare l'ingresso del nuovo nato, che a supportarlo.

Nella contrapposizione tra C 3 e C 1 i servizi ignorano il faticoso processo di socializzazione che avviene tra madre-bambino. Nel C 1 una pedagogia medicalizzata dice alla donna cosa fare, perché lo sviluppo del bambino proceda come previsto. Sono servizi che consigliano e indirizzano, ma non interloquiscono con l'esperienza della madre.

*Corso pre-parto, donna, pediatra, gruppo, consultorio, consigliare* sono le prime parole dense. Poi dopo due parole su cui torneremo in seguito, *piacere* e *allattare*, vengono *crescere, utile, informare*. La parola donna rimanda alla centralità, nella cultura del C 1, del ruolo di genere (più in basso nel cluster c'è *uomo*). Come abbiamo visto, gli stereotipi continuano a connotare i ruoli di genere, a organizzare la vita delle persone, e gli esperti spesso partecipano a tali stereotipie. Vediamo altre parole dense. Il consultorio rimanda al fallimento dell'intento di occuparsi della nascita in un modo non medicalizzato. Anche il corso pre-parto rimanda al conflitto tra medicalizzazione e alternativa alla medicalizzazione; i corsi pre-parto sono un luogo del contendere tra ospedale e consultori: c'è concorrenza.

Quanto al consigliare, il consiglio è il suggerimento che si dà a una persona per risolvere i suoi dubbi, o per esortarla a fare o non fare una cosa, generalmente con intento di procurare il suo bene. Informare è dotare di forma, conferire a un essere la sua propria forma o natura; anche: conformare, dare un indirizzo, un'impronta duratura. Utile: che può usarsi al bisogno, che può servire; che reca o può recare vantaggio. Vengono alla mente gli esperti pieni di consigli su ciò che le donne dovrebbero fare o non fare per il bene del bambino, con un esordio con i moralizzatori del Cinquecento, e poi un consolidamento crescente, che ha una svolta con l'Ottocento "scientifico", per proseguire fino a oggi. Con loro si afferma la necessità, da parte del contesto sociale, non solo di supportare, ma anche di controllare la "pericolosa" coppia madre-bambino. Vanno educati il piccolo "selvaggio" e la fragile madre.

Un'altra parola densa è *crescere*: diventare più grande, per naturale e progressivo sviluppo, detto dell'uomo, degli animali, delle piante. Il C 1 è quello dello sviluppo previsto, fondato da un lato sulla progressione iscritta nella specie, segnata da tappe che si susseguono con ordine, dall'altro sulla persistenza degli stereotipi sulla donna e sul bambino come attori sociali da educare al controllo emozionale e al mantenere la loro posizione nella gerarchia sociale. L'orientamento medico e pedagogico possono fondersi. Viene alla mente anche la mai messa da parte teoria evoluzionista, per cui nel piccolo umano si ripetono le tappe psico-fisiche dell'evoluzione.

Non c'è interesse per i vissuti della madre, ma per i suoi comportamenti, che debbono essere adeguati all'accompagnare il previsto sviluppo del piccolo. Ad esempio, ci si preoccuperà che la madre sia disponibile, ma non intrusiva; amorosa, ma non soffocante, etc. Analogamente, il bambino dovrà essere attivo, ma non

---

<sup>19</sup> Nella domanda a fine intervista abbiamo assimilato famiglia e servizi privati. I dati ci dicono che servizi privati, anche se molto più in basso nel cluster, vanno insieme ai servizi pubblici nel C 1, differenziandosi dall'aiuto familiare che va nel C 4. Pensiamo che queste differenze potrebbero essere meglio indagate in una prossima ricerca, per il loro interesse per i servizi fondati su una competenza psicoanalitica.

agitato etc. Stiamo parlando, lo sottolineiamo, di comportamenti. Intesi come tali, sembra chiaro di cosa si parli. Ma su quale emozione si fonda la disponibilità? Sulla fantasia di dover rinunciare alle proprie esigenze per il bene del bambino? Sull'attenzione alle proprie emozioni e a ciò che accade nel rapporto? Sono posizioni emozionali contrapposte. Se vogliamo capire cosa provano la madre e il bambino, che rapporto c'è tra loro, l'apparente chiarezza si perde. Partecipiamo, tutti, di un diffuso analfabetismo sulle emozioni, confuse con i fatti - disponibilità, per esempio - o appiattite sulla risposta a stimoli: gioia, tristezza, rabbia, disgusto, paura. Abbiamo trovato la gioia, tra le emozioni del C 3 della relazione madre-bambino. Ma per capire la complessità e la verità di questa particolare gioia, abbiamo dovuto vederla nell'insieme delle parole dense. Nel C 3 la gioia è una conquista relazionale, non la risposta a uno stimolo.

Anche la relazione nel C 1 è un comportamento: è la *compliance* verso i consigli dell'esperto. Che ci fa qui la parola densa gruppo? Il gruppo è un dispositivo psicologico introdotto in Italia negli anni Sessanta, la cui rilevanza nell'intervento crebbe con l'attenzione verso la relazione organizzativa e il cambiamento sociale, per decrescere man mano che la psicologia diventava disattenta ai contesti e andava riducendosi all'individuo e alle sue caratteristiche "naturali" e universali (Carli, 2013; Carli, Paniccia, & Lancia, 1988). Nel C 1 troviamo il gruppo ridotto a convocazione dove trasmettere buoni consigli, avendo perso la caratteristica di metodo psicologico per elaborare, tra partecipanti, emozioni condivise ma mai dette. Il gruppo dei buoni consigli del C 1 è infatti contrapposto al C 3 delle inesprese emozioni della madre

Nel C 3 un bimbo impara ad aver fame e a essere nutrito, dentro una relazione, in costruzione, con la madre. Nel C 1 c'è invece l'allattamento, la prassi altamente consigliata dagli esperti perché la madre sia dedita come si deve al bambino, di cui abbiamo visto la storia. Si tratta di una buona pratica da apprendere. C'è contrapposizione tra la madre che vive l'esperienza di nutrire il bambino (C 3) e la madre che si sente dire come fare (C 1). Dopo allattamento c'è la parola piacere. Nel C 3, della coppia madre-bambino, c'è la gioia, l'intensa e piacevole emozione che si prova quando si è felici; nel C 3 si è felici dopo aver superato il reciproco rifiuto ed essere approdati al rapporto. Nel C 1 c'è il piacere, il senso di viva soddisfazione che deriva dall'appagamento individuale di desideri, fisici o spirituali. Viene alla mente il piacere provocato dalla stimolazione del seno. Ma anche il piacere conformisticamente prescritto alla madre in rapporto all'allattare. Troviamo poi tre verbi: *buttare*, *giudicare*, *pagare*. Con questi verbi nel cluster c'è una svolta emozionale. Buttare: lanciare con la mano un oggetto o lasciarlo andare dopo avergli impresso una certa forza, in modo da mandarlo a terra o lontano da sé, per lo più senza mirare a un punto determinato. Giudicare: discernere, pronunciarsi, vagliare, valutare con presunzione, sentenziare con presunzione, sputare sentenze. Pagare: versare il denaro dovuto per un acquisto, un servizio, un debito; in senso figurato, scontare la pena, spiare; subire le conseguenze dannose di qualche cosa. Come dicevamo, c'è una svolta. Dopo gli insegnamenti e i consigli, emergono emozioni reattive e conflittuali. Si valuta, ci si sente valutati, giudicati; si stanno subendo conseguenze costose, dannose; tutto ciò va allontanato da sé, buttato. L'altra faccia dei buoni consigli è sentirsi giudicati e non visti; questi buoni consigli sono rifiutati.

## **Secondo fattore**

Il C1 si contrappone sul secondo fattore al C 5 e al C 2. Il C 1 è quello di una socialità medicalizzata, fatta di servizi dedicati alla nascita che non prevedono la domanda delle madri e delle famiglie, ma indirizzano e consigliano secondo linee predefinite di sviluppo, provocando anche una "ribellione" dell'utenza inascoltata nei suoi specifici problemi. Al C 1 si contrappone il C 5, dove c'è una donna isolata, in attesa ansiosa, impaurita; una donna le cui fantasie, senza il riscontro di realtà che dà la relazione, divengono incubi. Al C 1 si contrappone anche il C 2, dove troviamo la vita quotidiana della madre in stato di sospensione, in attesa di ripresa. Il contesto dei servizi dedicati alla nascita del C 1 non accoglie la donna isolata del C 5, ma non è nemmeno in rapporto con i contesti di vita delle intervistate del C 2. Si presenta come un mondo auto-riferito. Vediamo più in dettaglio il C 5 e il C 2.

### *Cluster 5*

Le prime parole dense del C 5 sono: *ansia*, *paura*, *preoccupare*, *perdere*, *consapevolezza*, *gravidanza*, *nuovo*, *sola*. Vediamo i verbi. Preoccupare ribadisce l'ansia e la paura; vuol dire mettere, tenere in uno stato di ansia,



incertezza, timore. Perdere, secondo il significato fondamentale del verbo latino, vale procurare il danno, la sconfitta, la rovina, o anche la morte di qualcuno: sono perduto, sono finito! Nell'uso comune, perdere vuol dire cessare di possedere qualche cosa, restarne privo per averla smarrita, per colpa d'altri, o per qualsiasi altro motivo. Quanto alla consapevolezza, è avere cognizione di qualcosa. Pare in corso un rendersi conto drammatico, uno svegliarsi angosciato da una inconsapevolezza, un confronto con un inedito che suscita sentimenti di perdita. Sembra la perdita di una inconsapevolezza. Qualcosa era lì, ma non ci si rendeva conto che ci fosse; ora diventa bruscamente ineludibile, suscitando paura e ansia. Il bambino da fantasia sta diventando realtà, si è nella gravidanza. Con queste emozioni, la donna si sente sola. Non si accenna a relazioni, se non con la parola *parenti*, più in basso nel cluster. Si evoca la famiglia con un termine in genere non associato a vissuti affettuosi. Viene alla mente il linguaggio burocratico. Ma anche "parenti serpenti". L'evento associato a questi sentimenti è la gravidanza, le 40 settimane di gestazione che portano dal concepimento alla nascita del bambino. La gravidanza è anche detta l'attesa. Nell'attesa, non sai cosa succederà. È il tempo dell'impotenza di fronte all'ignoto. Delle fantasie dilaganti, se non confrontate con una realtà fuori di te.

Cosa possiamo intuire di tali fantasie? Tornano alle mente secoli di paure associate alla gravidanza e le responsabilità attribuite alla madre negli eventuali esiti problematici: sarà un bambino? Sarà un mostro? Al tempo stesso, per secoli - o millenni - lo scoprirsi gravide è stata una fondamentale conferma dell'identità femminile, del senso compiuto della propria esistenza di donna. Quante volte scoprirsi sterili è stata una condanna, tradotta in una perdita di status sociale, in un ripudio (Filippini, 2017). In questo cluster ci sono i parenti. La parentela è il sistema di legami di sangue e di affinità che attende conferma e continuazione dai nuovi nati. La donna, per la parentela, è il terreno che ospiterà il seme maschile per perpetuarla. Fu Aristotele a dare autorevolezza a tale rappresentazione (Filippini, 2017). Un senatore molto leghista e molto cattolico scrive su Facebook: "La madre dona il corpo, il padre consegna l'appartenenza a una storia, ad una comunità, ad una famiglia" (Pillon, 2021).

Nel C 5 non c'è traccia di tale conferma di identità. Sembra esserci una disorientante rivoluzione in corso. Scoprirsi gravide non è più una conferma di identità. All'opposto, sembra emergere un profondo disorientamento, tanto più critico in quanto indicibile, vissuto in solitudine. Sono emozioni che non pare possibile condividere.

Oggi la gravidanza sarebbe meno un destino che una scelta. Se la scelta elude l'attenzione verso le proprie fantasie e una loro elaborazione e diventa una fantasia agita - la medicalizzazione della fecondazione spinge verso le decisioni - ci si può trovare di fronte al "fatto compiuto" di essere incinte. Nel C 5 non c'è il sentimento di scegliere con consapevolezza; la consapevolezza appare come un post hoc doloroso.

Il C 5 è il cluster del fallimento collusivo. C'è un vissuto anomico dove la confusione categoriale polisemica non trova un contesto di rapporti entro il quale riorganizzarsi in senso, significato, interpretazione. Il C 5 è contrapposto a tutti contesti presenti nella cultura in esame: al C 1 dei servizi (sul primo fattore), al C 2 degli abituali ambiti di vita delle intervistate (sul quarto fattore), al C 4 dell'ospedale (sul terzo fattore). È il vissuto del più completo isolamento acontestuale. Non c'è un solo ambito delle relazioni sociali vissute dalle intervistate, dove dare un senso condiviso al proprio diventare madre.

## Cluster 2

Restando sul secondo fattore, vediamo il C 2. Le prime parole dense sono *lavorare, lockdown, cucinare, mancare, coppia, ritrovare*. Qui ci sono la vita della donna, i suoi abituali contesti di vita, la sua "normalità" quotidiana; tutto è sospeso. Abbiamo effettuato le interviste poco dopo la fine del lockdown di marzo 2020. Ci chiedevamo come sarebbe apparsa la pandemia. È apparsa qui. Coincidendo, nella simbolizzazione emozionale, con la sospensione della vita abituale delle madri che si occupano del piccolo nato da poco. Avere un bambino ed entrare in lockdown si sovrappongono.

La prima parola del cluster è il verbo *lavorare*. È in corso un cambiamento culturale. Oggi le donne - che hanno sempre lavorato senza poterlo dire - si identificano con il loro lavoro (poco più in basso c'è *contratto di lavoro*). È la prima componente della loro identità che vedono sospesa, che manca. Come abbiamo visto, la compatibilità culturale tra essere madre e lavorare è ancora molto in discussione. Subito dopo, con il verbo *cucinare*, c'è la donna per eccellenza, che dall'allattamento in poi dà vita alla famiglia tramite il cibo (Muzzarelli & Tarozzi, 2003). Il cibo (preparare ed elargire, ma anche essere cibo) è un elemento simbolico

proprio del genere femminile, del mondo familiare e sociale delle donne, che ha permesso e ancora permette di mettere in atto una sacrificialità oblativa, con cui acquisire un potere sociale contrapposto all'imprendere maschile (Bell, 1985/2010; Walker Bynum, 2001).

Nel cluster si presentano affiancate le due funzioni, di produzione e riproduzione, che per secoli hanno distinto il maschile dal femminile (Bourdieu, 1980/2005, 1998/1998; Savelli, 2009). Qui non solo le troviamo entrambe, ma la produzione (lavorare) precede la riproduzione (cucinare, mantenere in vita la famiglia). Viene "interrotta" anche la coppia (più in basso nel cluster ci sono anche le parole *compagno, marito*). Ricordiamo che la grande maggioranza delle intervistate dice di avere un compagno e di vivere con qualcuno (Tabella 1). Ma le modalità di relazione della coppia sono rivoluzionate, sospese dal nuovo nato. Vengono a mancare le modalità collusive abituali su cui si fonda l'identità sociale delle donne intervistate, il loro contesti di relazione: lavorare, cucinare, essere in coppia. Proseguendo c'è la parola *amicizia*. Anche le relazioni di amicizia sono sospese. Con lavorare, cucinare, coppia, amicizia, c'è il verbo mancare: essere meno di quanto sarebbe necessario o conveniente o desiderabile; non esserci affatto, di cosa che invece dovrebbe esserci. Segue ritrovare: trovare di nuovo, ponendo fine a uno stato di carenza dovuto all'occultamento, o alla perdita di un bene. Si tratta di contesti di relazione sospesi, ma che saranno ripresi, o si spera di riprendere. Anche se non sarà semplice. Nel cluster, anche se molto più in basso, ci sono anche le parole *impazzire, scombuscolare*. La pandemia-nascita li ha rivoluzionati, interrotti.

Concludendo, sul secondo fattore il C 1 dei servizi che consigliano e controllano la coppia madre-bambino, si contrappone sia al C 5 della donna sola e smarrita che al C 2 della sospensione di ogni contesto abituale di vita della madre.

### **Terzo fattore**

Sul terzo fattore, contrapposto al C 5 di ansia, paura, gravidanza, c'è il C 4.

### **Cluster 4**

Le prime parole dense del C 4 sono *aiutare, parto, nonni, famiglia, importante, partorire, scegliere*. La donna nel C 5 è sola, preoccupata, piena di emozioni angosciose. Qui non è sola, c'è un aiuto. Vediamo a quali condizioni. L'aiuto è l'opera, materiale o morale, con cui s'interviene a levare altri da una difficoltà, da una situazione penosa o pericolosa. Chi porta aiuto qui? C'è una famiglia; la famiglia d'origine, dove la donna è figlia. Più in basso c'è la parola *padre*. Il padre del bambino, ma anche quello della donna. Pare che l'aiuto comporti l'accettazione di un rapporto di dipendenza da un potere paterno, una sorta di tornare figlia. C'è anche una precisa evenienza, il parto (poco più in basso c'è anche il verbo *partorire*). E un luogo, l'*ospedale*. L'ospedale è il luogo del potere della tecnica medica e della sua onnipotenza, della capacità di intervenire e risolvere. Arriviamo così al verbo scegliere: distinguere e determinare, tra più cose o persone, quella che sia o ci sembri più adatta allo scopo o più conveniente alle circostanze. Sembrerebbe che nell'emozionalità del C 4 si possa decidere cosa sia più conveniente e attuarlo. C'è la potenza del risolvere, del fare la miglior cosa. C'è il parto che cessa di essere occasione di morte, c'è il successo della medicina. Nel C 4 c'è un aiuto basato sulla tecnica, le decisioni, le risoluzioni, sul potere paterno. Ma è un aiuto di breve durata. La risoluzione è un evento puntuale, concerne una crisi; altra cosa è il processo che si svolge nel tempo: l'attendere un bambino, vederlo nascere, occuparsene. Colpisce che i sistemi di relazione della madre - non il compagno, che appare molto in basso nel cluster, ma soprattutto la famiglia d'origine - si attivino al momento del parto, ma prima e poi la lascino sola. Fanno pensare a una ritualizzazione della vicinanza familiare, che si attiva, celebra la nascita, si perde.

### **Quarto fattore**

Nel quarto fattore il C 2 della sospensione di ogni contesto abituale di vita della madre si contrappone al C 5 della paura, della solitudine, dello smarrimento. Ricapitoliamo i cluster che si contrappongono al C 5. Sul

primo fattore, il C1 dei servizi dedicati alla nascita; sul terzo il C 4 del parto e dell'ospedale; sul quarto il C 2. Il C 5 è connotato da un vissuto di isolamento angoscioso.

### *Sintesi del piano fattoriale*

La nascita di un bambino è un processo di socializzazione, in cui le preesistenti relazioni si riorganizzano. Entrano in crisi le identità e le modalità di relazione abituali della famiglia. Ma la nascita concerne anche il più ampio ambito sociale, rappresentandone uno degli eventi più presidiati; basti vedere i conflitti che ne attraversano il mandato. Il bambino è simbolizzato entro un continuum che va dal nuovo umano che si adeguerà ai sistemi di convivenza esistenti, all'ingresso di un pericoloso imprevisto. La nascita non è uno scontato lieto evento, dove prevalgono un desiderato rinnovarsi, un auspicato cambiamento. Sono presenti vissuti conflittuali e complessi, organizzanti culture che si traducono in eventi spesso contraddittori. Ad esempio, mentre si enfatizza la rilevanza delle nascite, le nascite diminuiscono. In altri termini, la complessità del mandato sociale sulle nascite è molto agita e poco pensata; "la madre" resta un argomento che resiste a essere trattato come profano, come dice D'Amelia (2005). Con questo lavoro vorremmo contribuire a renderlo pensabile. La Fondazione Roma Sapienza ha recentemente promosso un incontro: "La sfida della denatalità al tempo della Next generation". Si dice: "Il trend della denatalità chiama istituzioni, accademia e società a una riflessione profonda e urgente orientata a una sensibilizzazione al problema e a una presa di coscienza della necessità di fronteggiare il fenomeno con politiche appropriate" (Fondazione Roma Sapienza, n.d). Si ripetono, negli anni, le medesime preoccupazioni e urgenza. Il "familismo ambivalente", che fa affermazioni di principio sulla rilevanza della famiglia mentre le delega compiti senza supporti sostanziali è sempre attuale (Saraceno, 1994). Sono pure attuali le scoraggianti previsioni di demografi ed economisti che parlano di ritardo o divario generazionale, prevedendo per i giovani un fallimento nel perseguimento delle mete "adulte" tradizionali, come lo sposarsi e avere una casa propria; divario in crescita drammatica prima della pandemia, oggi aggravato. Le generazioni dei "genitori" sono state avide e incapaci di investire sul futuro, quindi sui figli (Paniccia et al., 2019). Già prima della pandemia si presentava un quadro anomico; con la pandemia in corso, l'anomia dilaga. La pandemia ha interrotto i contesti di vita di tutti. Abbiamo esplorato con due ricerche come si stesse vivendo il Covid-19 in Italia: con uno vissuto di interruzione la prima fase, di profonda anomia la successiva (Carli et al., 2020). La ricerca con le neo-madri, fatta durante la pandemia, certo ne risente; ma le questioni critiche da cui è attraversata hanno radici precedenti. La pandemia appare nel C 2, sovrapponendosi alla sospensione, per la neo-madre, delle modalità abituali di vita: lavoro, vita domestica, vita di coppia, amicizie. Tutti ambiti interrotti e rivoluzionati. La confusione con la pandemia accentua l'incertezza dei modi e dei tempi di ripresa. Ma questa incertezza non è un inedito. Le intervistate si interrogano prima di tutto sul loro lavoro. Sanno che risentirà della nascita a prescindere dalla pandemia, anche se questa aggraverà la situazione. Il lavoro ha una nuova centralità nelle loro vite. Nel cluster le prime parole dense sono lockdown, lavoro, cucinare. C'è un inedito: le intervistate si identificano sia con il produrre/maschile che con il riprodurre/femminile, e prima con l'uno che con l'altro. Questo incide nel ridefinirsi dell'identità propria, dell'essere coppia - tra i contesti di vita sospesi - dell'essere "madre" e "padre". Se la pandemia e il suo portato anomico sono nel C 2, il maggior vissuto anomico è nel C 5, che non è in rapporto con la pandemia, ma con la gravidanza. Qui c'è una madre isolata. È priva di ogni contesto di relazione, è persa dentro vissuti di paura, è in preda a un disorientamento profondo. Diventare madre è, da tempo memorabile, fonte di identità per una donna. Per le intervistate, invece, attendere un bambino si rivela - imprevedibilmente - un'esperienza destabilizzante, anomica. Ed è entro un vissuto di imprevedibilità, di contrasto tra ciò che si attendeva di provare e ciò che si prova, che la confusione emozionale viene agita come paura e angoscia. Alle affermazioni sul valore della nascita e al mancato supporto alla sua realizzazione, presenti nel mandato e nelle istituzioni che lo mettono in atto, corrisponde nella donna in attesa un sentimento di isolamento, un vuoto di pensiero e di rappresentazioni. Ne deriva una difficoltà di appropriazione dell'esperienza per le donne e un ostacolo alla condivisione, non solo con i servizi e gli esperti, ma anche entro la stessa coppia, nella famiglia, nei diversi ambiti della loro socialità. Questo vuoto dilaga come vissuto di smarrimento quando la donna che attende un bambino si chiede che senso dare al ritrovarsi madre. È un vuoto che può essere in rapporto con il contrasto tra nascite auspiccate e denatalità in incremento, come pure con il conflitto tra l'immagine della madre capace di ogni istintiva dedizione al bambino e ciò che le madri vivono di discordante con tale "ideale".

Tornando al primo fattore: vi si presenta il contrasto tra il C 3 della madre e del bambino che elaborano la loro relazione in isolamento dal resto del mondo e il C 1 dove troviamo - contrapposti a quella coppia - i servizi dedicati alla nascita, che riassumono sul primo fattore il resto del mondo. Si contrappone al C 1 anche il C 5, la cui anomia è in rapporto con l'assenza di contesti di riferimento che aiutino la donna a dare nome a ciò che vive, a riconoscerlo, legittimarlo, condividerlo. Nel C 5, dell'anomia dilagante, c'è il fallimento collusivo del mandato sociale sulla nascita.

Anche nella contrapposizione tra il C 3 della coppia madre-figlio da un lato, e il C 1 dei servizi attivati dal mandato sociale dall'altro, c'è un isolamento: la coppia del C 3 è isolata sia entro il più ampio contesto sociale che all'interno della coppia e della famiglia. Però c'è una relazione. Non è la madre sola con le sue fantasie del C 5, è una madre che esperisce intensamente la relazione con il figlio. La relazione permette a madre e figlio di elaborare le emozioni provate e di approdare, con travaglio e fatica, a un sentimento di condivisione. Vediamo di capire meglio la contrapposizione tra la coppia madre – figlio (C 3) e madre in attesa (C 5) da un lato, servizi che riassumono il più ampio contesto sociale (C 1) dall'altro. I servizi del C 1 non sono pensati per rispondere ai problemi e alla domanda della donna in attesa o della coppia madre-figlio. La loro funzione è guidare la madre secondo parametri assunti come riferimenti cui conformarsi. Questi servizi sono volti a normalizzare la nascita in base a presupposti che ignorano l'esperienza, i vissuti della coppia madre-figlio. L'isolamento della coppia e il misconoscere le esperienze permette ai servizi di ignorare i cambiamenti in atto entro l'evento nascita, nelle madri, nelle famiglie, di fare come se non fossero.

L'isolamento, la decontestualizzazione della coppia madre-bambino, l'evitamento delle contingenze, della storicizzazione dell'esperienza, tutto questo è necessario alla naturalizzazione della nascita; per gli stessi motivi deve prevalere una cultura medicalizzata, individualistica, normalizzante. I servizi dedicati vengono rappresentati come volti più alla normalizzazione delle famiglie e al controllo sociale, che alla consulenza sui problemi vissuti dalle persone implicate nell'evento nascita. Si può comprendere come tali servizi non siano ritenuti di grande aiuto dalle intervistate e che suscitino anche risposte reattive, di rifiuto.

Riassumendo, ci sono conflitti e contrapposizioni tra mandato sociale e servizi dedicati alla nascita da un lato, esperienze delle madri dall'altro. Vediamo come viene vissuto dalle intervistate il rapporto con le prassi esperte. Le prassi esperte del C 1 presidiano l'adattamento del nuovo nato a un contesto dato, a cui pare che madre e bambino si possano e debbano conformare; senza problemi, contraddizioni o conflitti. Il bambino è un individuo da educare, aiutandolo a percorrere le previste tappe dello sviluppo; la madre è colei che deve accompagnarlo - soprattutto, non deve danneggiarlo - supportata da servizi ed esperti.

Entro il mandato sociale e un'evoluzione sempre più pressante verso la medicalizzazione e la naturalizzazione della nascita, ci sono peraltro vitali conflitti e diversità di posizioni. Qualcosa si intravede nei dati. Il conflitto tra generi, o tra modelli di intervento medicalizzati e individualisti da un lato, più attenti alla relazione e alla convivenza dall'altro, sono evocati da parole del C 1 come donna/uomo, consultorio, allattamento. Tali conflitti però sono solo evocati, non emergono come questioni da dibattere entro la politica dei servizi o entro le discipline, le professioni dedicate alla nascita. Emerge invece un conflitto marginalizzato, "individualista", non in grado di influire sul mandato, sul rapporto tra servizi e utenza, tra servizi e madri. Il conflitto si manifesta nella forma prevista nella relazione tra tecnico forte e profano debole: il profano si ribella al tecnico, alla dipendenza acritica richiesta.

Torniamo alla nascita come riorganizzazione della relazione sociale. Sul primo fattore l'esperienza della nascita, nella sua novità destrutturante il contesto precedente, è "esorcizzata" nel circoscriverla alla relazione madre-bambino (C 3). Diventa una faccenda da risolvere entro la coppia madre-figlio, dove non è coinvolta neppure la coppia genitoriale, o una famiglia più allargata.

Ma il piano fattoriale nel suo insieme recupera la complessità del processo di profonda riorganizzazione richiesta dall'evento nascita. Nell'attesa del bambino (C 5) emerge una nuova consapevolezza, profondamente disorganizzante, fino all'angoscia anomica. Con il nuovo nato (C 3) ci si desta da uno stato di torpore, come entro un processo di disillusione, di approdo alla realtà dopo il sogno. Emerge un lavoro di riorganizzazione emozionale e relazionale molto intenso. Fatto in solitudine, come fosse una faccenda della madre, al più della coppia madre-figlio. Tutti i possibili contesti di vita sociale della madre - la coppia genitoriale, la famiglia più allargata o di origine, gli amici, la sanità, i servizi - sono lontani, o contrapposti all'esperienza della nascita. Vediamo due di questi contesti, quelli esperti. Del primo abbiamo parlato: è quello dei servizi dedicati alla nascita (C 1), caratterizzato dal tempo lineare e acontestuale della crescita del bambino, previsto dalla pediatria, dalla psicologia dello sviluppo. Dove c'è il sapere tecnico non c'è il tempo della storia e del cambiamento non

lineare; c'è il tempo sotto controllo della tecnica, funzionale a essa, e il cambiamento fatto di tappe previste e progressive.

L'altro contesto esperto è quello dell'ospedale associato al parto (C 4), caratterizzato dal tempo breve dell'intervento risolutivo dove, diagnosticato il problema, si interviene entro la traiettoria che, presa la decisione, va verso l'esito previsto. Qui compare la tecnica propriamente medica, nell'accentuazione tecnologica propria dell'ospedale. Assieme all'ospedale troviamo il contesto familiare della madre; più quello della famiglia d'origine, connotata dalla presenza di un padre, che è quello della coppia. Colpisce che la famiglia sia associata a un aiuto puntuale e non continuativo, di manutenzione di un processo dai tempi lunghi - attesa, parto, puerperio, crescita del bambino - ma puntuale, risolutivo di una crisi, circoscritto al momento del parto. In tale contesto, il parto in ospedale è un aiuto destinato ad andare sullo sfondo, rispetto al potere risolutivo attribuito alla tecnica medica, entro quel contesto autocentrato che è l'ospedale, dove le famiglie attendono nei corridoi, dipendono dal sapere medico, stanno ai tempi e ai modi dell'ospedale. Nel C 4 c'è un aiuto, ma se si accetta un rapporto di dipendenza da un potere al contempo medico e paterno, una sorta di tornare figlia. È un aiuto di breve durata, dove la famiglia d'origine, tradizionale supporto delle madri, assimilata all'ospedale, confusa con quello, tende a sparire. Notiamo che anche il C 4 dell'ospedale è un contesto contrapposto, sul terzo fattore, al C 5 della madre sola che ha paura.

### ***Conclusioni e prospettive***

Dalla ricerca si vede come la medicalizzazione della nascita, il porre l'attenzione su uno sviluppo evolutivo naturalizzato, non storicizzato, indipendente da specificità culturali, risponda al versante conservatore del mandato sociale e non favorisca il crearsi di una committenza delle madri e lo svilupparsi di servizi per la nascita con capacità di consulenza su problemi. Le madri sono utenti poco soddisfatte dei servizi e degli esperti che mettono in atto tale cultura prescrittiva e normalizzante, ma non si delinea una loro posizione cliente. Non compare la forza e la legittimità di una richiesta diversa, che non vuole interventi prescrittivi, ma in grado di rispondere con una competente consulenza alla specificità dei problemi vissuti. Il disaccordo con i servizi e gli esperti normalizzanti emerge, ma periferico, frammentato, come un rifiuto reattivo e individualista delle madri, che non riesce a organizzarsi in un utile conflitto e in una domanda di differenti interventi e consulenze. L'ignoramento dei vissuti delle madri si traduce in intensi di vissuti di anomia, ma ciò non vuol dire che ci sia una domanda, da parte delle intervistate, di elaborare la loro esperienza di maternità. Ad esempio, entro un servizio psicoanaliticamente attento a quell'esperienza. Sappiamo per altro che domanda in psicoanalisi è il prodotto della relazione psicoanalitica. Non emerge, dai nostri dati, che sia percepita un'offerta psicoanalitica - e nemmeno psicologica - di consulenza non normalizzante, distinta dalle altre consulenze esperte. Si tratterà di capire, riflettendo sui dati della nostra ricerca, quali sono le condizioni per costruire una relazione di questo tipo: servizi attenti alla domanda delle madri, madri che si rivolgono a questi servizi. Ci sono approfondimenti da fare. In primo luogo, sarebbe importante intervistare i padri. Inoltre, vista la crescita delle famiglie con madri non in coppia, sarebbe importante ascoltare anche loro. Pensiamo che questi saranno i nostri prossimi passi.

### ***Bibliografia***

- Ariès, P. (1968). *Padri e figli nell'Europa medievale e moderna* [Fathers and sons in medieval and modern Europe] (M. Garin, Trans). Bari: Laterza (Original work published 1960).
- Bell, R. M. (2010). *La santa anoressia: Digiuno e misticismo dal Medioevo ad oggi* [The holy anorexia: Fasting and mysticism from the Middle Ages to today] (A. Casini Paszkowski, Trans). Bari: Laterza (Original work published 1985).
- Bourdieu, P. (1998). *Il dominio maschile* [Male domination] (A. Serra, Trans). Milano: Feltrinelli (Original work published 1998).
- Bourdieu, P. (2005). *Il senso pratico* [The practical sense] (M. Piras, Trans). Roma: Armando (Original work published 1980).
- Burke, J. (2015). *Paura: Una storia culturale* [Fear: A Cultural History] (B. Bagliano, Trans). Milano: Laterza (Original work published 2005).

- Calvi, G. (1995). Senza speranza di succedere: Madri, figli e Stato nella Toscana moderna (XVI-XVIII secc.) [Without hope of happening: Mothers, Children and the State in Modern Tuscany (XVI-XVIII centuries)]. In G. Fiume (Ed.), *Madri: Storia di un ruolo sociale* (pp. 157-173). Venezia: Marsilio.
- Cantarella, E. (1981). *L'ambiguo malanno: Condizione e immagine della donna nell'antichità greca e romana* [The ambiguous disease: Condition and image of women in Greek and Roman antiquity]. Roma: Editori Riuniti.
- Carli, R. (2011). Divagazioni sull'identità [Digressions on identity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2013). Per una psicologia clinica del gruppo [For a group clinical psychology]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-24. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2019). Vissuti e fatti: Scientificità e scientismo in psicologia clinica [Experiences and facts: Scientificity and scientism in clinical psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 28-60. doi:10.14645/RPC.2019.1.756
- Carli, R., Di Ninni, A., Paniccia, R.M., Alecci, E., Aloï, C.V., Ambrosino, S., ... Zanocco, M. (2020). La rappresentazione dell'esordio della pandemia Covid-19 e del conseguente lockdown in Italia: Una ricerca psicosociale a cura di SPS, Studio di Psicopsicologia di Roma [The representation of the onset of the Covid-19 pandemic and the consequent lockdown in Italy: A psychosocial research by SPS, Studio di Psicopsicologia of Rome]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 28-63. doi:10.14645/RPC.2020.2.835
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica* [The group in clinical psychology]. Venezia: Nuova Italia Scientifica.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The Emotional Text Analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2020). Paura [Fear]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 128-147. doi:10.14645/RPC.2020.1.792
- Carli, R., Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Carbone, A., & Bucci, F. (2016). Emotional Textual Analysis. In L. A. Jason & D. S. Glenwick (Eds.), *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods*. New York, NY: Oxford University Press.
- Čechov, A. (1966). La voglia di dormire [The desire to sleep]. In E. Bazzarelli (Ed.), *I capolavori di Antò P. Čechov* (pp.127-131). Milano: U. Mursia & C (Original work published 1888).
- Ciammaruconi, C. (2007). La Federazione di Littoria dell'Opera nazionale maternità e infanzia [The Federation of Littoria of the National Motherhood and Childhood work]. *Studi Storici*, 48(3), 841-875. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/20568037>
- D'Amelia, M. (2005). *La mamma* [Mom]. Bologna: Il Mulino.
- Dazzi, N. (1991). *Bowlby, John*. Retrieved from [https://www.treccani.it/enciclopedia/john-bowlby\\_%28EnciclopediaItaliana%29/?fbclid=IwAR3u8sAYUJifjiUjVX1PEUtTVvAy1e0ky2Uq4kUvVW6q3NBOYx6nPxel8to](https://www.treccani.it/enciclopedia/john-bowlby_%28EnciclopediaItaliana%29/?fbclid=IwAR3u8sAYUJifjiUjVX1PEUtTVvAy1e0ky2Uq4kUvVW6q3NBOYx6nPxel8to)
- De Fazi, S. (2019). *Dossier il consultorio familiare: Nascita ed evoluzione di un modello sociale di salute in Italia* [Dossier the family clinic: Birth and evolution of a social model of health in Italy]. Retrieved from [https://www.acli.it/wpcontent/uploads/PDF/DOSSIER/DOSSIER\\_cosultorio\\_familiare.pdf.pagespeed.ce.JNh34Nixfs.pdf](https://www.acli.it/wpcontent/uploads/PDF/DOSSIER/DOSSIER_cosultorio_familiare.pdf.pagespeed.ce.JNh34Nixfs.pdf)
- Del Fattore, S. (2004). Le politiche del governo contro i consultori, la prevenzione, i servizi sul territorio [Government policies against counseling, prevention, local services]. *Quaderni del socio sanitario*, 7, 66-68. Retrieved from [http://www.cgil.it/cgil\\_attachments/74427\\_0\\_040913121941001.pdf](http://www.cgil.it/cgil_attachments/74427_0_040913121941001.pdf)
- Filippini, N.M. (2017). *Generare, partorire, nascere: Una storia dall'antichità alla provetta* [Generating, giving birth, being born: A story from antiquity to the test tube]. Roma: Viella.
- Firestone, S. (1971). *La dialettica dei sessi: autoritarismo maschile e società tardo-capitalistica* [The Dialectic of Sex: The Case for Feminist Revolution] (L. Personemi, Trans). Firenze: Guaraldi (Original work published 1970).
- Fondazione Roma Sapienza (n.d). *La sfida della denatalità al tempo della Next generation* [Low birth rate at the time of the Next Generation]. Retrieved from <https://www.uniroma1.it/it/notizia/la-sfida-della-denatalita-al-tempo-della-next-generation>.

- Foscati, A., Gislon Dopfel, C., & Parmeggiani, A. (2017). *Nascere: Il parto dalla tarda antichità all'età moderna* [Birth: Childbirth from late antiquity to the modern age]. Bologna: Il Mulino.
- Govoni, P. (2013). *Paolo Mantegazza: Il Contributo italiano alla storia del Pensiero* [Paolo Mantegazza: The Italian contribution to the history of thought]. Retrieved from [https://www.treccani.it/enciclopedia/paolo-mantegazza\\_%28Il-Contributo-italiano-alla-storia-del-Pensiero:-Scienze%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/paolo-mantegazza_%28Il-Contributo-italiano-alla-storia-del-Pensiero:-Scienze%29/)
- Grandolfo, M. (1995). *I Consulteri Familiari: Evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione* [Family Consultants: Historical evolution and prospects for their requalification]. Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it/consultori/pdf/consultori2.pdf>
- Grandolfo, M. (2004). Ruolo dei consultori familiari nella tutela della salute nel contesto delle raccomandazioni nazionali [Role of family counseling centers in health protection in the context of national recommendations]. *Quaderni del socio sanitario*, 7, 20-29. Retrieved from [https://www.acli.it/wpcontent/uploads/PDF/DOSSIER/DOSSIER\\_cosultorio\\_familiare.pdf.pagespeed.ce.JNh34Nixfs.pdf](https://www.acli.it/wpcontent/uploads/PDF/DOSSIER/DOSSIER_cosultorio_familiare.pdf.pagespeed.ce.JNh34Nixfs.pdf)
- Istat (2020). *Rapporto annuale 2020: La situazione del Paese* [Annual report 2020: The state of the Nation]. Retrieved from <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2020/Rapportoannuale2020.pdf>
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi: Introduzione all'uso di T-LAB* [Text analysis tools: Introduction to the use of T-LAB]. Milano: Franco Angeli.
- Le Bon, G. (1895). *La psychologie des foules* [The psychology of crowds]. Paris: Alcan.
- Lévi-Strauss, C. (1966). *Mitologica I: Il crudo e il cotto* [Mythological I: Raw and cooked]. Milano: Il Saggiatore (Original work published 1964).
- Magistratura Democratica (2017). *8 marzo: Diritto d'aborto, diritto negato* [March 8: Right to abortion, right denied]. Retrieved from [https://www.questionegiustizia.it/articolo/8-marzo\\_diritto-d-aborto\\_diritto-negato\\_08-03-2017.php](https://www.questionegiustizia.it/articolo/8-marzo_diritto-d-aborto_diritto-negato_08-03-2017.php)
- Mangiagalli Center (2019). *Depressione post parto* [Postpartum depression]. Retrieved from <https://www.policlinico.mi.it/mangiagalli-center/diventare-mamma/depressione-post-partum>
- Mantegazza, P. (1893). *Fisiologia della donna* [Physiology of the woman]. Milano: F.lli Treves.
- Ministero della Salute (n.d.). *Depressione post partum* [Postpartum depression]. Retrieved from <http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioFaqDonna.jsp?lingua=italiano&id=170>
- Mirabella, F., Michielin, P., Piacentini, D., Veltro, F., Barbano, G., Cattaneo, M., ... Gigantesco, G. (2014). Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto [Positive screening and risk factors of postpartum depression in women who attended antenatal courses]. *Rivista di Psichiatria*, 49 (6), 253-264. doi:10.1708/1766.19126
- Mitscherlich, A. (1970). *Verso una società senza padre: idee per una psicologia sociale* [Towards a fatherless society: Ideas for social psychology] (S. Bueno, Trans). Milano: Feltrinelli (Original work published 1963).
- Morse, J. (1907). *The Psychology and Neurology of Fear*. Mass: Clark University Press.
- Muratori, C. & Di Tommaso, M. L. (2020). *I segni della crisi sui corpi delle donne* [The signs of the crisis on women's bodies] Retrieved from <http://www.ingenere.it/articoli/i-segni-della-crisi-sui-corpi-delle-donne>
- Muzzarelli, M.G., & Tarozzi, F. (2003). *Donne e cibo: Una relazione nella storia* [Women and food: A relationship in history]. Milano: Bruno Mondadori.
- Oggerino, M. (2004). Territorio e ospedale, continuità e integrazione: L'anima e la proposta delle ostetriche [Territory and hospital, continuity and integration: The soul and proposal of midwives]. *Quaderni del socio sanitario*, 7, 82-93.
- Ospedale di Niguarda (n.d). *Depressione post partum* [Postpartum depression]. Retrieved from <https://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/depressione-post-partum>
- Paniccia, R.M. (2012). Psicologia clinica e disabilità: La competenza a integrare differenze [Clinical Psychology and Disability: The competence to integrate differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Sesto, C. (2014). La rappresentazione dell'Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute

- Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento [The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental Health Services in a group of roman citizens: A research-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 186-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Bucci, F., Donatiello, G., & Cappelli, T. (2019). La crescita delle diagnosi nella scuola: Una ricerca presso un gruppo di insegnanti italiani [The increase in diagnosis in the schools: A study amongst a group of Italian teachers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 61-94. doi:10.14645/RPC.2019.1.764
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., & Caputo, A. (2014). L'assistenza domiciliare per anziani: Il caso dell'Italia: La badante [In-home elder care: The case of Italy: The badante]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 60-83. doi: 10.14645/RPC.2014.2.506
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Sesto, C., Bernardini, G., & Monaldi, C. (2017). La valutazione della genitorialità: Una ricerca esplorativa per capire come venga vissuta da un gruppo di cittadini romani [The assessment of parenting: An exploratory research to analyse what a group of Roman citizens think about that]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 45-58. doi: 10.14645/RPC.2017.1.688
- Piccinini, M. (2004). Una battaglia per la libertà [A battle for freedom]. *Quaderni del socio sanitario*, 7, 135-142. Retrieved from [http://www.cgil.it/cgil\\_attachments/74427\\_0\\_040913121941001.pdf](http://www.cgil.it/cgil_attachments/74427_0_040913121941001.pdf)
- Pillon, S. (2021). *Pagina facebook*, Retrieved from <https://www.facebook.com/SenatorePillon/photos/a.1733953453546911/2834747780134134/?type=3>
- Plamper, J. (2018). *Storia delle emozioni* [History of emotions] (S. Leonardi, Trans). Milano: Einaudi (Original work published 2012).
- Pomeroy, S. B. (1982). *Donne in Atene e Roma* [Women in Classical Antiquity] (L. Comoglio, Trans). Milano: Einaudi (Original work published 1975).
- Regione Piemonte (n.d). *Prevenzione, diagnosi e cura della Depressione Post Partum* [Prevention, diagnosis and treatment of post partum depression]. Retrieved from <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/salute-materno-infantile/prevenzione-diagnosi-cura-della-depressione-post-partum-dpp>
- Rinaldi, L. (n.d). *Depressione post partum* [Postpartum depression]. Retrieved from [http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/comm12/documenti\\_acquisiti/Dott.%20Rinaldi.pdf](http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/comm12/documenti_acquisiti/Dott.%20Rinaldi.pdf)
- Sanfilippo, P. (2014). Dal 2004 al 2014: Lo sgretolamento necessario della legge sulla procreazione medicalmente assistita [From 2004 to 2014: The necessary crumbling of the law on medically assisted procreation]. *Diritto penale contemporaneo*, 3-4, 376-395.
- Saraceno, C. (1994). *Un familismo ambivalente: Le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi* [Ambivalent familism: family policies in Italy from postwar period to the current one]. Bologna: Il Mulino.
- Save the children (2020). *Le equilibriste: Maternità in Italia 2020* [The Equilibrists: Maternity in Italy]. Retrieved from <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/le-equilibriste-la-maternita-in-italia-2020>
- Savelli, L. (2009). *Il lavoro femminile: Lo sviluppo economico in Italia* [Women's work: Economic development in Italy]. Firenze: Edifir-Edizioni.
- Scott, J.W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *American Historical Review*, 91 (5), 1053-1075.
- Terzulli, M.C. (2006). *Aiutare i neo-genitori in difficoltà* [Helping new parents in need]. Milano: FrancoAngeli.
- Walker Bynum, C. (2001). *Sacro convivio, sacro digiuno: Il significato religioso del cibo per le donne del Medioevo* [Holy Feast and Holy Fast: The Religious Significance of Food to Medieval Women] (S. Lombardini, Trans). Milano: Feltrinelli (Original work published 1987).
- Willson, P. (2011). *Italiane: Biografia del Novecento* [Women in Twentieth-Century Italy] (P. Marangon, Trans). Bari: Laterza (Original work published 2010).