
INTRODUZIONE

La depressione materna all'attenzione dell'opinione pubblica

Negli ultimi anni l'opinione pubblica ha scoperto con grande sconcerto che le madri possono uccidere i figli. L'allarme è senz'altro giustificato, perché sono le donne che mettono al mondo i figli, li curano e li proteggono dai pericoli per aiutarli a crescere e ad entrare nella società adulta.

Nel patrimonio della specie umana è profondamente radicata la capacità di prendersi cura dei figli. Tale predisposizione innata è stata descritta da George e Solomon (1996) nel costrutto di *caregiving system*, in base al quale, al termine dell'adolescenza, dapprima in termini potenziali, si comincia a sviluppare un'attitudine genitoriale che potrà pienamente realizzarsi nell'ambito di una relazione di coppia (ma non solo) in corrispondenza dell'attesa e della nascita di un bambino.

Che una madre possa avvertire in alcune fasi dell'allevamento del figlio pulsioni aggressive e risentimenti non è una novità, ne ha parlato anche lo psicoanalista inglese Donald Winnicott (1956). Esistono, infatti, delle situazioni in grado di provocare reazioni di aggressività e di insofferenza nei genitori, facendoli sentire disfatti e impotenti: pensiamo al caso di un bambino che si rifiuti di mangiare nonostante le sollecitazioni della madre, oppure che resista al sonno, o che si svegli ripetutamente durante

la notte. Queste reazioni emotive sono generalmente momentanee e vengono represses dalla madre con facilità, mediante l'uso, ad esempio, di commenti autoironici rivolti al figlio: "Guarda che cattiva mamma che hai, avrebbe voluto addirittura darti uno schiaffo perché non la fai mai dormire".

Va sottolineato che queste pulsioni, malgrado si esauriscano velocemente, sono riconosciute e accettate con molta difficoltà sia dalle madri sia dal loro ambiente di vita. È, infatti, fortemente radicato lo stereotipo secondo il quale le donne, subito dopo il parto, devono necessariamente gioire della propria maternità senza, dunque, esprimere alcun turbamento.

A partire da tali presupposti, è forse opportuno fare le opportune distinzioni: mentre, infatti, la gravidanza è, nella maggior parte dei casi, un periodo particolarmente tranquillo, caratterizzato da una profonda soddisfazione della donna nei confronti della sua inestricabile unione col figlio, subito dopo il parto lo scenario cambia.

Le madri devono, in primo luogo, affrontare i dolori del travaglio e poi vivere il grande incontro con il bambino. Spesso in questo delicato momento, si crea un divario, difficile da colmare, tra l'immagine del "bambino idealizzato", frutto delle fantasie materne strutturate durante il corso della gravidanza, e l'immagine del "bambino reale" che si conosce solo dopo il parto. Nei primi giorni di vita del piccolo, il mondo emotivo della madre ha un improvviso viraggio: la donna si sente prostrata da un insieme di responsabilità riguardanti l'accudimento del figlio – come ad esempio il bagnetto, il cambio del pannolino e l'allattamento – che l'investiranno al momento del ritorno a casa.

La neomamma tenta di dissimulare queste preoccupazioni al fine di adeguarsi alle aspettative del proprio compagno e delle famiglie di origine che festeggiano la nascita del bambino, ma sente crescere dentro di sé un'inspiegabile sfiducia per il futuro.

Questa reazione depressiva, ben nota ai ginecologi e agli psicologi come *maternity blues*, è associata generalmente alle modificazioni ormonali indotte dal post-partum e tende a esaurirsi nelle prime due settimane di vita del bambino, con un progressivo miglioramento del tono dell'umore materno.

Malgrado ciò, le ansie della madre non scompaiono definitivamente durante i primi mesi, essendo, infatti, associate a preoccupazioni insistenti sulla salute del bambino e sulle proprie capacità di fronteggiare le difficoltà insite nel ruolo genitoriale. Questa particolare condizione delle madri, che è molto accentuata nei primi tre mesi di vita del bambino e che si riduce progressivamente con la sua crescita, è stata definita da Winnicott "preoccupazione materna primaria": si tratta di uno stato mentale e affettivo caratterizzato da pensieri e timori insopprimibili, che ricordano le caratteristiche distintive del disturbo ossessivo-compulsivo (Leckman et al. 1999).

Malgrado questi presupposti, non vorremmo, tuttavia, dare un'immagine troppo negativa dell'esperienza della maternità, dal momento che la madre è comunque in grado di compiacersi del proprio figlio, di giocare con lui e di sentirsi pienamente soddisfatta nell'assecondare e nel favorire i suoi ritmi di crescita.

È pur vero, comunque, che non tutte le situazioni riescono poi a trovare un avvio positivo e, in una percentuale limitata, l'esperienza della maternità si trasforma in uno stato di sofferenza e di ansia talmente invasivo da rendere estremamente complicato lo scambio tra la madre e il proprio bambino.

In alcune situazioni estremamente drammatiche può accadere che la madre si trovi a essere completamente travolta da violente e incontrollate pulsioni aggressive, che possono indurla a mettere in atto dei comportamenti altamente maltrattanti con conseguenze gravissime e, a volte, addirittura mortali sul figlio. Va, comunque, sottolineato che i casi di infanticidio sono in numero molto più ridotto rispetto a quanto si potrebbe desumere a partire dai reportage sulla depressione materna forniti dalla stampa e dalla televisione. Consultando le statistiche relative alle azioni penali intraprese dall'autorità giudiziaria per infanticidio dal 1991 al 2000, si rileva che il numero di processi va dai sei casi del 1991 ai tre casi del 1995 fino agli otto casi del 2000, con delle lievi oscillazioni che non evidenziano una tendenza all'aumento, a differenza delle situazioni di maltrattamento, in cui si può, al contrario, evidenziare un incremento abbastanza consistente: dai 1765 casi del 1991, ai 2814 casi del 2000.

Questi temi hanno trovato una rilevante cassa di risonanza nei mezzi di comunicazione, i quali hanno dato spesso un eccessivo rilievo alla figura della madre che infierisce sul proprio figlio, provocandone addirittura la morte. L'enfasi esagerata e deformante che i media spesso rivolgono verso questi episodi induce, purtroppo, l'opinione pubblica a ritenere che si tratti di avvenimenti molto più frequenti di quanto lo siano nella realtà.

A tal proposito, risulta emblematica la vicenda di Cogne, riguardante la giovane madre Anna Maria Franzoni, la cui vicenda ha diviso l'opinione pubblica in colpevolisti e innocentisti.

Secondo l'ordinanza di custodia cautelare nei confronti della donna, riportata dal giornale "La Repubblica" del 14 marzo 2002, il giudice delle indagini preliminari ha ritenuto che Anna Maria Franzoni avesse ucciso da sola il figlio, ma che fosse stata aiutata a nascondere l'arma del delitto. Subito dopo la scoperta della morte del bambino, la donna avrebbe fatto una richiesta al marito, definita "agghiacciante" dal giudice, quella di fare un altro figlio: "Mi aiuti a farne un altro?".

Secondo la ricostruzione, il piccolo Samuele, al momento dell'aggressione, era sveglio e si è addirittura difeso con le manine.

La stampa ha dedicato numerose pagine a questa morte, mentre in programmi televisivi è stata ricostruita la villetta in cui è avvenuto il delitto per facilitare la partecipazione degli spettatori. Non solo i giornalisti si sono precipitati su questa vicenda, ma anche gli esperti hanno cercato di far valere il proprio parere professionale, anche senza aver incontrato direttamente Anna Maria Franzoni nell'ambito di un contesto clinico.

Come riporta il "Corriere della Sera" del 22 marzo 2002, lo psichiatra Massimo Picozzi "studiando tutte le circostanze dell'omicidio" è giunto a questa conclusione: "Compatibilità del profilo dell'*offender* con la figura di Anna Maria Franzoni nell'omicidio di Cogne: alta".

Picozzi, consulente della Procura di Aosta, ha indicato Anna Maria Franzoni come possibile colpevole dopo aver confrontato la dinamica e il luogo del delitto (a partire dagli indizi raccolti) con la personalità della donna: "Sono queste tutte suggestioni – scrive Picozzi – che orientano al riconoscimento di una patologia depressiva, probabilmente inserita su una personalità fragile e dipendente".

Ma oltre al primo e più drammatico interrogativo sull'identità dell'assassino, rimangono dei dubbi inquietanti sui motivi che avrebbero spinto la madre a uccidere il figlio infierendo così violentemente sul suo corpo. A questo proposito, lo stesso professionista Picozzi – sempre secondo l'articolo del Corriere della Sera – ritiene che le preoccupazioni della madre per le dimensioni del capo del bambino possano avere avuto un ruolo significativo in questa vicenda, come anche “la probabile sofferenza di una scelta di isolamento ambientale inizialmente condivisa”.

Fra le annotazioni dello stesso esperto vi sarebbe la stessa immagine della casa della Franzoni, apparentemente in ordine, pulita e ben disposta, ma che celava in una credenza stoviglie ancora sporche.

Il tema della depressione materna riemerge in modo piuttosto evidente in tutta questa vicenda, anche se le conclusioni della perizia psichiatrica non confermano tale diagnosi.

In un articolo di Mino Fuccillo del 15 marzo 2002, riguardante gli eventuali indizi di colpevolezza o innocenza della donna e pubblicato nel giornale “Alto Adige”, si afferma: “A favore del no c'è non solo il dubbio doveroso ma ci sono anche le due ‘lacune’ ammesse dagli inquirenti. Mancano per ora l'arma del delitto e il movente razionale. Non basta: a favore del no alla colpevolezza di Anna Maria, c'è il fatto che lei è la mamma di Samuele, il fatto che i familiari le credano e credano alla sua innocenza, l'assenza di tracce note nella sua biografia di malattie o comportamenti anomali”.

La ponderatezza e il forte buonsenso delle considerazioni di Mino Fuccillo non hanno caratterizzato, purtroppo, le posizioni di tutti coloro che sono intervenuti a spiegare questa vicenda.

Secondo la tesi certamente condivisibile di Fuccillo, in assenza di una storia psichiatrica, è necessario che ci siano delle motivazioni razionali. Tuttavia, il problema è spesso più complesso: non è detto che la patologia psichiatrica sia chiaramente identificabile, dal momento che spesso è più subdola e sotterranea, così come succede in molte forme di depressione materna. Le madri, dopo la nascita di un figlio, perdono la motivazione a vivere, si sentono poco attraenti, non riescono a proiettarsi nel futuro e una nube opaca oscura la loro vita facendole sentire inutili e vuote.

Naturalmente, tutto questo contrasta con le pressioni sociali e familiari che non lasciano spazio a questi stati depressivi e danno per scontato che sia impossibile che una donna che ha avuto un bambino da poco (e soprattutto un bel bambino) non riesca ad essere contenta. Queste pressioni non fanno altro che indurre la donna a rinchiudersi in un ruolo sociale di madre solo all'apparenza contenta della sua nuova condizione ed esteriormente soddisfatta del figlio che ha avuto.

Indubbiamente, la psichiatria non è in grado di cogliere la complessità dei turbamenti psicologici di una madre, sia perché non presta attenzione alle dinamiche del mondo soggettivo sia perché non considera in nessun modo l'identità genitoriale come una delle dimensioni strutturanti della personalità. A questo proposito, solo la psicoanalisi si è posta seriamente l'obiettivo di comprendere nel profondo l'esperienza del diventare genitori, attraverso lo studio retrospettivo delle lontane radici infantili e adolescenziali e l'analisi della fase della gravidanza e del periodo post-partum.

A questo proposito, Winnicott ha fornito delle osservazioni estremamente significative nel suo scritto *La preoccupazione materna primaria* del 1956. Come scrive Winnicott, la madre presenta “uno stato molto particolare, una condizione psicologica che merita il nome di *preoccupazione materna primaria*”, traduzione letterale del termine inglese *preoccupation*, che indica piuttosto il carattere assillante che l'assorbe. “Tale stato – scrive Winnicott – si sviluppa a poco a poco per raggiungere un grado di elevata sensibilità durante la gravidanza, e specialmente verso la fine. Dura ancora poche settimane dopo la nascita del bambino”.

“Questo stato organizzato (che sarebbe una malattia se non vi fosse l'evento causale della gravidanza) potrebbe essere paragonato ad uno stato di ritiro, ad uno stato di dissociazione, ad una fuga o perfino ad un disturbo più profondo, quale un episodio schizoide, in cui uno degli aspetti della personalità prende temporaneamente il sopravvento”. Winnicott definisce, di fatti, questo stato “quasi una malattia”, ossia una condizione mentale alterata, giustificata dalla preparazione psicologica e fisica alla maternità. È interessante che questo concetto non abbia ricevuto una particolare attenzione, se non in ambito psicoanalitico.

Tali osservazioni sono state riprese, e ulteriormente sviluppate, da Leckman e collaboratori (1999) ipotizzando che pensieri ed emozioni tipici possano essere associati a specifiche modalità di comportamento genitoriale precoce.

Il periodo perinatale implica uno stato mentale alterato caratterizzato da un generale eccitamento, oltre che da un'accentuata sensibilità agli stimoli ambientali ed emotivi. L'aspetto fisico del bambino e il suo temperamento sono stimoli estremamente significativi, che incidono profondamente sulle preoccupazioni e sulle modalità di accudimento delle madri. Inoltre, minacce potenziali provenienti dall'ambiente esterno rappresentano un ulteriore motivo di preoccupazione.

Questi pensieri intrusivi, associati a comportamenti materni potenzialmente violenti, si avvicinano al disturbo ossessivo-compulsivo, dal momento che possono essere legati ai comportamenti di verifica compulsiva messi in atto dai genitori.

A conferma delle osservazioni di Winnicott, Leckman e collaboratori (1999) hanno messo in luce che nelle prime due settimane successive al parto, i genitori hanno dei pensieri insistenti sul figlio (intorno alle 14 ore al giorno per le madri e approssimativamente sette ore per i padri). Circa il 95% delle madri e l'80% dei padri presenta preoccupazioni riferite allo stato di salute del bambino nei primissimi mesi di vita, alla sua crescita o al suo aspetto fisico; nel caso dei genitori alle prese col primo figlio, le preoccupazioni riguardano anche le modalità di accudimento del piccolo.

Va anche sottolineato che durante la gravidanza il 37% dei genitori riporta pensieri insistenti, seppure fugaci, di far del male fisico al proprio figlio, come ad esempio scuoterlo, colpirlo oppure buttarlo giù da un edificio.

Dopo la nascita queste preoccupazioni riguardano quasi tutti i genitori e circa un 30% presenta pensieri ricorrenti di colpire il bambino, che causano inevitabilmente un certo grado di distress emotivo. Per tenere sotto controllo questi pensieri, i genitori tendono a mettere in atto diversi comportamenti, come controllare il piccolo, parlare ad altre persone oppure cercare di distrarsi.

Da questi dati di ricerca si può concludere che la nascita di un figlio è quasi sempre associata a uno stato mentale alterato,

senz'altro diverso dalle fluttuazioni dell'umore e dall'ansia. Indubbiamente, questo evento è fonte di ansie e preoccupazioni per entrambi i genitori, che si sentono indubbiamente responsabili per quello che succede al bambino. La madre tende a manifestare questi stati di apprensione in modo più evidente rispetto al padre, anche a causa della vicinanza fisica col figlio e del maggiore coinvolgimento personale nelle pratiche quotidiane di allevamento. Questi pensieri disturbanti tendono generalmente ad attenuarsi fino poi a scomparire nel corso dei primi mesi di vita del bambino, anche se possono facilitare l'insorgere di disturbi depressivi e di psicosi.

Come è già stato sottolineato, questi pensieri insistenti e intrusivi, uniti a un accentuato senso di responsabilità genitoriale verso il figlio nelle prime fasi di allevamento, ricordano molti dei sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo. A questo proposito, si è rilevato che la comparsa del disturbo ossessivo-compulsivo avviene dall'11% al 47% dei casi nel periodo perinatale (Leckman et al. 1999).

Quali conclusioni si possono trarre da questi studi?

Nonostante i luoghi comuni che hanno dipinto la maternità come una condizione ideale in cui la donna è pienamente soddisfatta dal figlio, la ricerca ha messo in luce che il quadro è più complesso. Molte madri, malgrado appaiano contente e compiaciute della propria maternità, possono, tuttavia, essere tormentate da pensieri ossessivi insistenti, in cui immaginano, a volte, di poter colpire e addirittura uccidere il proprio figlio.

A questo proposito, in un articolo di Lucia Bellaspiga comparso sul giornale "Avvenire" il 16 marzo 2002, si parla del carcere giudiziario di Castiglione delle Stiviere. La giornalista scrive: "Dodici donne, un unico dramma: tutte hanno ucciso il proprio bambino. Invano le guardiamo in faccia, alla ricerca di qualcosa che non troviamo: sono donne normali quelle che ci vengono incontro e ci stringono la mano. Se anziché nel carcere psichiatrico di Castiglione delle Stiviere le incontrassimo nell'ascensore, sarebbero anonime vicine di casa".

A differenza di altre forme di patologia psichiatrica, in cui le alterazioni del comportamento presentano forme più evidenti, in questo disturbo non sembra emergere nulla: queste donne sono tormentate da pensieri ossessivi, dal carattere talmente coerciti-

vo da travolgere ogni tentativo di contenimento. Chi è vicino non si rende conto dell'oscuro malessere che tormenta queste donne, che, nella maggior parte dei casi, viene tenuto sotto controllo, ma che, in alcune situazioni (fortunatamente non così frequenti) può improvvisamente emergere, come a seguito di un corto circuito mentale imprevedibile.

Massimo Ammaniti