

*La Depressione Perinatale: una possibile via  
verso l'individuazione. Clinical Evidence*  
**Bianca Straniero Sergio\***

*Ricevuto e accolto il 18 luglio 2022*

**Riassunto**

In questo articolo l'autrice considera il sintomo della depressione perinatale come una crisi che ha un significato e una direzione, e che può costituire, dunque, un'opportunità per avviare un processo di auto-riflessione e di consapevolezza rispetto alle aree complessuali che si sono costellate. Attraverso la presentazione dettagliata di un caso clinico, l'autrice dimostra inoltre la validità dell'esplorazione dei sogni e la centralità della relazione analista-paziente.

**Parole chiave:** *Depressione post-partum, complessi, individuazione, libido, genitorialità, gravidanza.*

**Abstract.** *Post-natal Depression: a possible way towards individuation.*  
Clinical Evidence

In this article the author considers the symptom of the post-natal depression as a crisis which bears a meaning and has a direction, and which can represent an opportunity to start up a process of awareness about the complexes that have emerged. Through a detailed description of a clinical case she shows, moreover, the usefulness of dream exploration and the crucial importance of the relation between the analyst and the patient.

\* Psicologa analista, psicoterapeuta familiare e sistemico relazionale, specialista in psicologia perinatale, membro AIPA-IAAP. Ha una lunga esperienza nel trattare la conflittualità nella coppia e nella famiglia, occupandosi di depressione post-partum e di sostegno alla genitorialità.  
Via Nomentana 251, 00161 Roma. E-mail: biancastraniero@tiscali.it

*Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN e 1971-8411), vol. 28, n. 2, 2022*  
DOI: 10.3280/jun56-2022oa14104

**Key words:** *Post-natal depression, complexes, individuation, libido, parenthood, pregnancy.*

## **Introduzione**

Questo lavoro è frutto dell'esperienza dell'autrice presso un servizio ambulatoriale che si occupa di disturbi del puerperio. Tale servizio si propone come obiettivi la prevenzione primaria e secondaria, al fine di individuare i soggetti a rischio e poter così precocemente effettuare una presa in carico delle pazienti affette da depressione perinatale, fornire un adeguato sostegno alla genitorialità e prevenire eventuali ricadute psicopatologiche sul bambino.

Le riflessioni emerse dal lavoro con le pazienti del servizio e il caso clinico seguito dall'autrice verranno descritti secondo una duplice prospettiva: quella della psicologia analitica e quella sistemico-relazionale.

## **Lo scenario**

Da alcuni anni, i disturbi del post-partum sono oggetto di studio e di profondo interesse da parte della comunità scientifica internazionale: in particolare, la Depressione Perinatale (DP) viene indicata da Wisner (2006) come un problema di Sanità Pubblica, a causa della sua alta incidenza (10-20%) e degli effetti drammatici che questa patologia può avere sulla salute e sul benessere psicofisico della donna e del neonato.

I fattori di rischio per la comparsa di depressione in gravidanza o nel puerperio sono numerosi e tra essi vanno annoverati: una precedente storia di episodi depressivi e/o di depressione post-partum, la familiarità per disturbi dell'umore, una conflittualità nella relazione col partner, variabili sociodemografiche quali la giovane età, un basso livello di istruzione, un basso stato socioeconomico, uno scarso supporto sociale e una storia di abuso sessuale (Giardinelli, 2008).

I sintomi più frequenti sono: ansia, confusione, labilità emotiva, disturbi del sonno, faticabilità e irritabilità, umore depresso fino a idee suicidarie, scarsa fiducia nelle proprie competenze genitoriali ed un profondo senso di colpa e vergogna per l'esperienza depressiva in sé (Beck e Indman, 2005).

I sintomi sopra descritti non sono transitori e possono persistere, variando d'intensità, anche per molti anni.

Nell'ambito di un evento di vita così complesso qual è la nascita di un

figlio, la DP costituisce quindi un elemento di estrema criticità, potendo compromettere la salute mentale del bambino, il benessere psicologico del partner e la qualità del rapporto di coppia (Nagata, 2003; Righetti-Veltima, 2002).

### **Osservazioni nella pratica clinica**

Nella pratica clinica è stato riscontrato che i casi differiscono tra loro per manifestazioni, sintomi, vissuti. Si sono osservate variabili comuni, come il senso di inadeguatezza e il senso di colpa, pur nella soggettività dell'espressione sintomatica.

Nelle storie personali di queste pazienti emerge, quasi sempre, una relazione disfunzionale madre-figlia – che si tramanda di generazione in generazione – caratterizzata da anaffettività, negligenza nelle cure, scarso interesse.

Attraverso l'identificazione con il figlio, le neomamme rivivono i propri bisogni infantili irrisolti, i quali ora premono per essere soddisfatti; si crea in questo modo una sorta di competitività con il neonato, di cui è necessario prendersi cura.

I sentimenti di forte inadeguatezza che abbiamo osservato possono dar luogo a comportamenti ipercontrollanti verso il figlio o, al contrario, a un evitamento massiccio che si declina in separazioni fisiche concrete, forse nel tentativo di difendere il neonato dai danni che la propria inadeguatezza potrebbe procurare.

Sidoli (1989) applica il concetto di deintegrazione – che Fordham (1976) utilizza a proposito del Sé primario – al processo cui va incontro la madre alla nascita di un figlio. Avviene, infatti, una profonda regressione ai propri strati infantili della personalità, la quale se da un lato sconvolge l'assetto dell'Io materno, dall'altro consente di entrare in sintonia con il proprio bambino. In condizioni normali, tuttavia, a questa fase subentra un'integrazione dell'esperienza che, gradualmente, ripristina l'equilibrio dell'Io. Lo stesso processo viene vissuto anche dal padre e si viene, così, a creare uno stato regressivo nella coppia molto delicato, che spesso comporta delle difficoltà di adattamento. Nei casi di DP, la deintegrazione si rivela traumatica poiché costella esperienze di accudimento disfunzionali e si trasforma in una disintegrazione, in quanto l'instabilità del proprio vissuto viene percepita come intollerabile, così come risulta intollerabile contenere gli stati del neonato. Risulta evidente come una condizione di questo tipo, protratta nel tempo, possa avere conseguenze negative sullo sviluppo del neonato poiché «gli affetti materni finiscono per confondersi con quelli infantili: madre e figlio

provano gli stessi stati d'animo, come un'intensa vicinanza oppure una sconvolgente confusione. Inevitabilmente, la madre diviene parte del mondo affettivo del proprio figlio e viceversa» (Fordham, 1976, p. 63).

La condizione di difficoltà sperimentata in questi casi allarma sia il partner che entrambe le famiglie di origine: tornano alla ribalta madri e suocere, le quali spesso tendono a sostituire la neomamma nelle cure del neonato, ritenendola assolutamente incapace di farlo.

L'intervento, in tali circostanze, deve poter essere tempestivo e tener conto della complessità dello scenario che comprende vari livelli: l'intrapsichico, il livello coniugale, genitoriale e della famiglia allargata.

Dalle nostre osservazioni è risultato che la DP può avere una valenza sia regressiva che evolutiva.

Nei casi regressivi, le aree traumatiche di nodi irrisolti del proprio passato ingombrano il campo intrapsichico della madre e si frappongono nella relazione con il bambino; i vissuti traumatici di inadeguatezza e impotenza già esperiti nella prima infanzia si riattualizzano nel presente, nel senso che il vissuto ritorna tale e quale, poiché il trauma – come ci ricorda De Zelueta (2006) – è nel presente. Si viene così a creare quella situazione descritta da Green (1983) in cui la madre diventa “morta”, ovvero si trasforma in una figura lontana e inespressiva: «la madre morta è dunque, contrariamente a ciò che si potrebbe credere, una madre che resta in vita, ma che è, per così dire, morta psichicamente agli occhi del piccolo bambino di cui si prende cura» (p. 265).

La descrizione che Freud fa del concetto di melanconia sembra far luce sul quadro clinico di queste pazienti. Freud (1915), infatti, distingue la melanconia dal lutto dove c'è la perdita di un oggetto esterno o di una sua astrazione: «la melanconia è psichicamente caratterizzata da un profondo e doloroso scoramento, da un venir meno dell'interesse per il mondo esterno, dalla perdita della capacità di amare, dall'inibizione di fronte a qualsiasi attività e da un avvilito del sentimento di sé che si esprime in autorimproveri e autoingiurie e culmina nell'attesa delirante di una punizione» (p. 126).

Nelle ipotesi – quantitativamente più numerose – in cui l'esperienza critica possa avere una valenza evolutiva, il sintomo depressivo può costituirsi come una “scelta”, una “decisione” (dall'etimologia della parola greca “krisis”), come una spinta a fronteggiare le problematiche rimaste insolite e a cogliere l'opportunità presentata per avviare un'auto-riflessione, rivolta anche ad impedire la trasmissione transgenerazionale di un modello di cure materne disfunzionale.

Il caso clinico, che descriverò in seguito, fa parte di quest'ultima casistica.

## **La Depressione Perinatale (DP) come sintomo della disfunzionalità di coppia**

Oltre che come vissuto intrapsichico, connotato da vissuti di separazione e angosce di disintegrazione, la DP ha a che fare con la coppia e con la famiglia allargata. Non si verifica, infatti, solo una riedizione del rapporto delle neomamme con le proprie madri, poiché il sintomo può far riemergere, in entrambi i membri della neo-coppia coniugale, problematiche irrisolte nel rapporto con le proprie figure genitoriali, soprattutto per quanto concerne il processo di separazione-individuazione.

Dalle nostre osservazioni è emerso che l'arrivo del bambino disvela modalità relazionali disfunzionali all'interno della coppia coniugale, le quali erano state temporaneamente oscurate. Il legame di coppia si è rivelato spesso immaturo e non si è strutturata «un'identità di coppia» (Barcai, 1981) fondata su comportamenti di *caregiving* e *careseeking* (Santona e Zavattini, 2007).

In altri casi clinici, la decisione di avere un figlio è stata affrettata o, comunque, non condivisa appieno con il partner. La giovane coppia non ha, quindi, avuto la possibilità di vivere un rapporto a due e la situazione triangolare che si è venuta a creare dopo il parto, accanto a problematiche nuove, ha riproposto quelle preesistenti, rendendo difficile l'adattamento ai bisogni del nuovo nato.

La DP può essere, dunque, considerata anche come un difetto di passaggio nel ciclo vitale della coppia, di cui si fa portavoce la donna.

La mancata accettazione del nuovo ruolo, per uno o per entrambi i partner, crea una fissazione ad uno stadio pregresso, che ostacolerà la funzione genitoriale, comprometterà la relazione di coppia e rischierà di rendere il neonato responsabile di aver deprivato la madre e/o il padre della sua libertà per sempre: il figlio sarà il simbolo di questa perdita.

## **La prospettiva junghiana: il complesso materno e l'energetica psichica**

È stato osservato come, nella maggior parte dei disturbi del puerperio, si costellano un complesso materno negativo. In tali casi, «tutti i processi e i bisogni istintivi incontrano inaspettate difficoltà: o la sessualità non funziona, o la nascita dei figli non è ben accolta, o i doveri materni sembrano insopportabili» (Jung, 1938, p. 91). Queste parole trovano un fondamento nell'evidenza clinica, poiché l'aspetto che emerge con maggior frequenza è proprio un profondo senso di inadeguatezza che rende l'accudimento del neonato estremamente faticoso.

La teoria dei complessi a tonalità affettiva (Jung, 1934) e la teoria dell'energetica psichica (Jung, 1928) offrono una chiave di lettura interessante per la comprensione di questo disturbo.

Jung descrive il complesso a tonalità affettiva come «l'immagine d'una determinata situazione psichica caratterizzata in senso vivacemente emotivo, che si dimostra inoltre incompatibile con l'abituale condizione o atteggiamento della coscienza» (1938, p. 113). Nella DP si riattivano aree della complessualità materna, aree depositarie di affetti traumatici e dolorosi che, poiché dotate di forte carica affettiva, operano nei termini della dissociazione ed impediscono alle neomamme di potersi adeguatamente sintonizzare sulla nuova situazione.

Murray Stein (2006), nel sottolineare gli aspetti archetipici del complesso, afferma che «il complesso materno è una mescolanza delle esperienze personali con la propria madre e della potenzialità innata di ricevere da una madre e di mettersi in rapporto con essa [...] Da un lato c'è la mamma, dall'altro c'è la Grande Madre» (p. 33). Neumann (1978) sostiene che il legame positivo con l'archetipo della Grande Madre è necessario per il femminile, poiché facilita il passaggio psicologico alla maternità: la scissione di questo legame comporterebbe una difficoltà ad incarnare tratti materni di accudimento, con il rischio di sviluppare sintomi isterici e un estraniamento dal proprio corpo.

L'esperienza di crisi generata dalle nuove richieste energetiche, che la coscienza e l'adattamento alla nuova condizione di neomamma richiedono, è come se fosse contrastata da una stessa spinta inconscia e regressiva ad una condizione infantile. A questo proposito, Jung parla della necessità di sacrificare la libido "attaccata" al rapporto endogamico inconscio con la madre, in modo che essa possa essere veicolata su oggetti esterni: «come tale, questo è uno stato cui va posto termine e che, essendo nel contempo oggetto di nostalgia regressiva, va sacrificato perché possano originarne entità distinte, cioè contenuti coscienti» (Jung, 1952, p. 405).

## **Dai complessi a tonalità affettiva al processo di individuazione**

«Un complesso è realmente superato soltanto quando lo si è consumato vivendolo fino in fondo. Ciò che, per ragioni legate ai nostri complessi, abbiamo tenuto lontano, dobbiamo, se vogliamo uscirne, esaurirlo completamente» (Jung, 1938, p. 98).

La DP può essere considerata come la manifestazione di un *corpus alienum animato*, cioè come affetti di un complesso che ha trovato «l'occasione opportuna per riemergere con tutta la sua forza originaria» (Jung, 1934,

p. 113). L'introversione, con i suoi correlati di affetti a coloritura melanconica e triste, può essere un'occasione per riconnettersi con un'esperienza interna di fragilità e bisogno fino ad allora negata e che, se non prendesse il sopravvento, potrebbe essere necessaria al potersi sintonizzare con l'esperienza psicofisica del nuovo nato.

Il disagio esperito nei disturbi del puerperio – e che spinge ad una richiesta di aiuto – si può configurare, dunque, come una possibilità che si dà a sé stesse per prendere coscienza dei nodi e delle criticità della propria storia, ma anche per connettersi alla radice archetipica e quindi naturale di questo evento: «ogni madre contiene in sé la propria figlia e ogni figlia contiene in sé la propria madre, e ogni donna si estende indietro nella madre, e in avanti nella figlia. Dall'esperienza cosciente di queste connessioni nasce il senso della continuità della vita lungo parecchie generazioni» (Jung, 1941, p. 183).

Il sintomo depressivo sembrerebbe, dunque, un'occasione per ristabilire un legame tra conscio e inconscio, affinché si attivi quella funzione di relazione tra le parti psichiche. Un processo volto a richiamare alla mente quella funzione psichica che sostiene la trasformazione del modo di relazionarsi dell'Io con le altre componenti psichiche, che Jung chiama la funzione trascendente.

Nel caso clinico di cui discuterò a breve, l'unilateralità della coscienza della paziente ha portato ad uno sbilanciamento che è stato compensato dal sintomo (rappresentato, soprattutto, dall'ansia). In questo modo, la separazione tra conscio e inconscio è risultata meno netta, permettendo alla paziente di prendere coscienza di quelle aree complessuali “cariche” di una tonalità affettiva appartenente ad esperienze traumatiche rimosse, che agivano sulla sua coscienza e che influivano sul suo comportamento.

## La Grande Maria

Maria – al momento della consultazione (gennaio 2018) – è una donna di 33 anni, convive da due anni con un compagno di 38 anni, conosciuto su una chat di incontri. Sono genitori di una bimba di due mesi e vivono a Fiano Romano. Maria ha lavorato nell'ambito della scuola per nove anni, a Roma, ma dopo il parto è stata licenziata. Ha un fratello di quattro anni meno di lei. Il padre è un operaio con una storia di violenza domestica, molto poco interessato alla vita di M.; la madre, casalinga, soffre di depressione, peggiorata in seguito a diversi lutti dai quali non sembra essersi mai ripresa. M. ricorda che, quando era adolescente, la madre trascorreva spesso giornate a letto trascurando le incombenze domestiche di cui si faceva carico lei. Ciononostante, ha sempre pensato di poter contare su di lei. La paziente riferisce di essere sempre stata una bambina assennata e una brava ragazza che non ha mai dato pro-

blemi alla famiglia. Ha una storia di ansia fin da quando era adolescente. È in sovrappeso di circa 20 kg, accumulati con la gravidanza. Presenta un forte stato ansioso-depressivo in seguito al parto; riferisce di non sentirsi adeguata nelle cure della bambina, ha risvegli notturni frequenti, apatia a cominciare la giornata, e preoccupazione per la salute della figlia. Il quadro sintomatologico è talmente invalidante da rendere necessaria una terapia farmacologica, la quale viene accolta da Maria con sollievo. Infatti, nonostante la rinuncia all'allattamento venga vissuta come una scelta difficile, essa appare alla paziente come il male minore.

## **Il periodo iniziale: l'ansia, l'amica fedele**

Maria arriva nel mio studio insieme al compagno. Di lei mi colpisce la grande disomogeneità della sua figura: un volto angelico, di bell'aspetto, contornato da delicati capelli biondi, un busto abbastanza snello e poi una deformità nel resto del corpo; il suo sovrappeso è tutto concentrato nella parte inferiore, nelle gambe e nel bacino. Mi ricorda la Venere di Willendorf, la statuetta di terracotta del paleolitico. Nonostante il suo sovrappeso, Maria non sembra impacciata ed entra nella porta stretta del mio studio con una certa disinvoltura.

La terapia si configura, sin dall'inizio, come uno strumento per creare un'alleanza con l'ansia. A questo proposito, Jung propone una prospettiva energetica che considera il sintomo in termini di significato e scopo: se l'ansia è, ed è stata, una compagna fedele nella vita di Maria, sarà portatrice di un significato che andrà decifrato, avrà dei benefici secondari. Inizialmente, c'è una scarsa compliance farmacologica e una difficoltà a trovare un trattamento farmacologico personalizzato.

Maria viene da fuori Roma e ora non guida più, per cui deve essere accompagnata in terapia dal compagno o dalla madre. Affrontare un tragitto lungo e non familiare è fonte di ulteriore ansia e disagio.

Nelle prime sedute, la paziente parla quasi esclusivamente dei suoi sintomi, di quanto il suo malessere sia grande e dei forti sensi di colpa che questa situazione le genera, per il fatto di essere dipendente dal compagno: ha paura del suo giudizio. In questa situazione, c'è un blocco della libido che rimane incistata nei suoi nodi complessuali: M. ha paura di fare la fine di sua madre, la quale spesso rimaneva a letto incapace di prendersi cura della casa e dei figli. Riferirà spesso che l'ansia la fa sentire irreali, quasi derealizzata, come se visse in un film, scollegata dalla realtà; dirà di sentirsi molto confusa e destabilizzata. Ci saranno anche episodi di attacchi di panico.

Ci verranno in aiuto i sogni e le immagini che M. produrrà numerosi e che ci daranno molti spunti per lavorare insieme. Primo fra tutti un sogno ricorrente: "Non riesco a comunicare con il mio compagno, alla fine lui non vuole avere a che fare con me. Io cerco di chiamarlo, ma ho difficoltà nel comporre il numero dalla rubrica, poi quando riesco a chiamare, la madre mi dice: Giuseppe non vuole parlare con te, è finita".

L'immagine che segue viene prodotta spontaneamente da M. per descrivere il suo stato d'animo: "Sono in mezzo a un fiume in piena, mi dirigo verso la riva ma non riesco a raggiungerla, ma non riesco neanche a tornare indietro".

Questo sogno e questa immagine ci accompagneranno per tutto il percorso e verranno spesso ricordati. Secondo Murray Stein (2006), il primo sogno in analisi contiene argomenti importanti che emergeranno nel corso della terapia. Di fronte a un sogno ricorrente «si ha l'impressione che in esso si presenti una realtà psichica essenziale per la personalità» (p. 36). Condividiamo il significato che proviene da entrambi: ecco la rappresentazione della stasi nella quale M. si trova: non si può andare avanti, ma non si può neanche tornare indietro... Il fiume per Jung rappresenta la libido... La lucidità della coscienza non può essere contattata, non può mettersi in contatto con l'Animus rappresentato da Giuseppe. Maria si sente abbandonata a sé stessa, schiacciata dal panico. La tentazione di mollare l'analisi fa capolino.

Propongo alla paziente di provare a non avversare l'ansia ma a dialogarci, a chiedere cosa vuole, ad argomentare con lei.

Sul momento questa proposta le genera qualche perplessità, ma con il tempo tale modalità le consentirà di avere meno paura del sintomo e di costruire un'alleanza. Si apre la possibilità di volgere l'attenzione a qualcos'altro, sebbene per Maria questa discesa dentro sé stessa le generi vissuti penosi di sofferenza, idee ossessive, paura di perdersi, di rimanere senza punti di riferimento, di scoprire qualcosa di terribile dentro di sé; ha paura di essere travolta dal fiume, di affogare. Si chiede: *Chi sono senza ansia? Cosa voglio dalla vita? Dove voglio andare?* Questi interrogativi inevitabilmente comportano "dolore", perché impongono una ricerca a livello più profondo che ora non può più essere rimandata. «Fare i conti con il dolore comporta l'occupazione di quello spazio psichico che si situa tra l'Io e il Sé, per rimanere di fronte ai movimenti dell'inconscio in condizioni di ascolto e di apertura» (Pavone, 2001, p. 195).

## La fase di consapevolezza

Per Maria si apre la ricerca del suo modo personale di stare a questo mondo.

Il lavoro analitico si costituisce come uno strumento di re-visione delle relazioni con i suoi genitori, soprattutto con la madre. La paziente afferma: "con Giulia<sup>1</sup> mi sono vista come figlia e come madre e ho visto i miei genitori come figli e come genitori. È la figura di mamma che sta cambiando nella mia testa, essere mamma non è facile, ora vedo la sua fragilità, c'è meno rabbia. Quando diventi genitore capisci meglio le difficoltà, però mi manca quell'idea precedente, mi rassicurava, è una contraddizione".

Arriverà un sogno molto importante che sarà determinante per il nostro lavoro:

1. È la figlia (n.d.r.).

“Ero allo zoo di Roma con una ragazza che non conosco. Ci avviciniamo alla gabbia dei leoni che però scappano, ci rifugiamo in un edificio, io chiudevo tutte le porte e il guardiano dei leoni le riapriva, quindi non rimaneva che aspettare: “oddio muoio”, sono sola in una stanza che non si chiude... e invece i leoni mi sfioravano e andavano via. Penso che il guardiano sia un pazzo, io chiudo le porte e lui le apre”.

Rimango molto turbata da questo sogno, poiché mi rivedo un po' in quel guardiano che dovrebbe proteggerla e che invece apre la gabbia dei leoni. L'espressione “essere nella fossa dei leoni” rimanda alle vicende bibliche di San Daniele, condannato a essere divorato dalle fiere ma salvatosi per miracolo. Anche io ho agito così, l'ho esposta a un martirio?

Ho la sensazione che Maria mi voglia compiacere, che vorrebbe eliminare l'ansia per farmi contenta, ma forse anche per assicurarmi, così come, forse, faceva la Maria bambina con sua madre, anche per difendersi dai sentimenti di odio e rabbia. Mi fermo un momento e mi rendo conto che tendo ad incoraggiarla a produrre pensieri positivi, intelligenti, come segno del buon andamento del nostro lavoro. Forse anche io desidero assicurarla per difendermi dalla preoccupazione: il sintomo è sempre molto invalidante, i farmaci sembrano inefficaci; in fondo sono passati ben sei mesi. Io sono, dunque, un po' come quel guardiano che la espone al rischio e che ha trascurato la sua parte bambina, fragile e bisognosa, esaltando invece in lei la parte eroica, che poi in fondo è solo la mia.

Questo passaggio, nel corso dell'analisi, è stato molto importante, poiché mi ha aperto gli occhi rispetto al rischio che correvo, e cioè quello di compiacere una parte di me (la brava analista) piuttosto che sintonizzarmi sui bisogni della paziente. Maria ha apprezzato il mio mettermi in gioco, si è sentita compresa e accolta. Siamo a novembre e l'ansia comincia a mollare un po' la presa: “vivo l'ansia in modo più consapevole, non è più così travolgente, il fiume è un po' più calmo”.

Tutto ciò le permetterà di paragonare questo momento ad una crisi di identità, a un periodo adolescenziale dove ci si sente allo sbando, senza certezze. Ora i sogni propongono uno scenario diverso, come per esempio quello in cui lei non fa più la brava bambina ma cerca di salvare sé stessa in un paese in guerra “e ora indietro per vedere se i miei genitori si sono salvati non ci posso tornare”.

Nel lasso di tempo in cui il sintomo arretra un po', Maria riesce ad essere più autonoma e riconosce di essere orgogliosa di sé stessa: per la prima volta arriva a studio da sola, dopo quasi un anno dall'inizio dell'analisi. Diventa anche più consapevole del forte legame che ha con figlia, dalla quale sembra impossibile separarsi. Riferirà: “sono io ad avere bisogno di lei e non lei di me, quando non c'è mi sento vuota”. Le difficoltà di separazione dalla figlia

sono le stesse che aveva sua madre con lei: Giulia rappresenta un pezzo della sua identità, dà un senso alla sua vita e la rassicura sul suo ruolo di madre.

Ora che la paziente dichiara di aver raggiunto l'altra sponda del fiume, si interroga sul da farsi.

Saranno nuovamente i contenuti onirici ad orientarci, i quali, in questo periodo, propongono modalità relazionali con i genitori che non le sono abituali: in un sogno, Maria riesce ad esprimere finalmente la sua disapprovazione verso il padre e, in un altro, l'inaffidabilità della madre la mette in pericolo. In altri sogni, invece, vengono proposte soluzioni nuove, cambiamenti di prospettiva.

Sebbene l'ansia abbia lasciato ora più lucidità in Maria, c'è il timore che queste parti di sé che stanno emergendo vengano rifiutate da Giuseppe, che lui non la accetterebbe più indipendente, meno ansiosa... Le sue paure abbandoniche sono relative al fatto che "mi penso sempre relativamente a qualcuno o a qualcosa, non penso mai a me stessa, mi sembra di non conoscermi, di essere un'estranea, pensare a me stessa a prescindere da Giulia, da Giuseppe e dai miei genitori è difficile".

"Ero con mamma qui a Roma e lei mi accompagnava dal parrucchiere che era a Trastevere. Noi arriviamo in macchina, il parrucchiere è dall'altra parte del fiume; io dico: *dobbiamo trovare la strada per attraversare il ponte*. Varie volte sbagliamo strada, più volte ci infiliamo in vicoli ciechi, io dico a mamma: *poi la troviamo la strada*. Alla fine, la troviamo. Lei era venuta per farmi compagnia. Io volevo cambiare look, volevo fare uno stravolgimento e mamma mi diceva *perché dobbiamo andare? Non troviamo la strada*".

Maria riferisce subito che il negozio del parrucchiere potrebbe essere il mio studio e il tragitto in macchina il percorso che stiamo facendo insieme. "Neanche qui ho mollato, a volte pensavo che stavo così male che non volevo più venire; vado dalla psicologa e poi sto male". Sostiene che andare dal parrucchiere è un modo per prendersi cura di sé. Le piace farsi toccare i capelli. Commentiamo insieme che sua madre è presente nella maggior parte dei suoi sogni, dove tende sempre a proteggerla: è la tendenza a voler mantenere una certa rappresentazione del materno. Ora, però, nell'inconscio di Maria si è costellato anche il polo opposto: negli ultimi sogni l'immagine materna appare inaffidabile, fragile, rinunciataria. Ora Maria si stupisce di quando si affidava a lei quando era più giovane.

Ci interroghiamo del perché proprio Trastevere.

"È un posto dove io e Giuseppe appena fidanzati andavamo, lì ci sono dei locali che lui conosce e poi lì c'è il fiume, ma non è il fiume tempestoso di prima, ora ci sono dei ponti. Ho preso consapevolezza che bisogna aspettare, anche se incontro

dei vicoli ciechi non importa, ho una tenacia che non ho mai avuto e mi sorprendo, pensavo di essere rinunciataria”.

Condividiamo il fatto che ora lei ha scoperto un modo diverso di vedere le cose, che non sostituisce quello di prima ma che si aggiunge ad esso. È possibile tenere insieme l'essere rinunciataria con l'aver tenacia? Sono due aspetti della stessa medaglia, l'uno non annulla l'altro. Allo stesso modo, la rappresentazione della madre è più completa e gli aspetti oscuri, quelli dell'archetipo della Madre Terribile, ora non sono più dissociati ma integrati nella coscienza.

Il lavoro con Maria è tutt'ora in corso.

### **Considerazioni conclusive**

La nuova situazione di genitorialità ha costellato nella paziente un complesso relativo alle figure genitoriali, soprattutto quella materna. La rabbia che M. sente verso di loro sembra relativa al fatto che essi non si sono costituiti come modelli con cui identificarsi e dai quali successivamente differenziarsi. In loro sostituzione, M. comincia a prendere peso, che è un modo intorno al quale costruirsi una propria identità, almeno corporea, un modo per esserci, per occupare spazio.

La paziente, quindi, si era trovata precocemente esposta al problema di dover dare un senso alla propria esperienza, che forse appariva incomprensibile. In questo senso si era allontanata sempre di più da una dimensione archetipica di una madre accudente e di un padre che sostiene, di un mondo a cui appartenere e dove ora cerca disperatamente un posto tutto suo.

L'analisi ha avuto lo scopo di ridistribuire l'energia affettiva in un più ampio sistema di relazioni che ha toccato e riattivato i nuclei complessuali, reintegrandoli nell'insieme psichico. L'interpretazione condivisa dei simboli contenuti nelle immagini e nei sogni della paziente ha attivato la funzione trascendente, permettendole di gettare quei ponti tra conscio e inconscio, di tendere verso una sintesi degli opposti e verso, dunque, una maggior armonia interiore. In questa cornice, le difficoltà legate all'esperienza della genitorialità vengono significate in modo più profondo.

L'arrivo della bambina ha fatto emergere una crisi identitaria, che è stata l'opportunità per dare una svolta alla sua vita costringendola a fronteggiare il suo mostro, l'ansia, con la quale decide di non ingaggiare una lotta ma di provare finalmente ad accoglierla e capirla.

La condizione di maternità le ha dato una speranza riparativa e la possibilità di capire cosa significhi sentirsi inadeguati, sopraffatti, in difficoltà.

Questa consapevolezza le ha permesso di rileggere i vari episodi che sono accaduti nella sua vita con maggiore lucidità, e forse anche con accettazione. Le ingiustizie e le negligenze rimangono, ma ora la rabbia può essere espressa in modo più costruttivo. Attraverso l'identificazione con la bambina, ha potuto dare ascolto ai propri bisogni infantili disattesi; anche lei ora può "fare i capricci" (non guida, si sente incapace di fronteggiare una serie di situazioni). Ora questi "capricci" non vengono giudicati, ma ascoltati e capiti: è la bambina dentro di lei che parla.

Il nostro lavoro si è costituito proprio come un'opera contro natura, rivolto a contrastare la naturale regressione della libido verso gli oggetti dell'infanzia.

Ora l'ansia viene riletta non più come un modo per attirare l'attenzione, ma come funzione compensatrice rispetto alla coscienza, funzione che condivide con i sogni. I contenuti inconsci, liberati dalla dissociazione, hanno allagato la sua coscienza procurandole molto dolore e instabilità, ma sono stati il suo primo atto di coraggio rispetto a sé stessa.

Il processo di individuazione, che si è attivato nella paziente, la spinge a differenziarsi dai genitori e dal collettivo in una tensione verso quello che Jung chiama lo sviluppo delle differenze, la separazione delle parti dal tutto; e questo significa il rendere cosciente ciò che ci differenzia da ogni altra persona.

Nei confronti di questa paziente ho nutrito da subito una forte simpatia. Il disvelamento delle dinamiche di transfert e di controtransfert – incentrate principalmente sull'archetipo della paziente/eroina – hanno reso possibile l'avviarsi di un processo di "cura" caratterizzato inizialmente da quell'«intreccio paradossale di positivo e negativo, di fiducia e timore, di speranza e sfiducia, di propensione e resistenza» (Jung, 1946, p. 193) generato dalla traslazione.

I contenuti inconsci attivati in Maria dalla relazione terapeutica hanno costellato in me, «per effetto di induzione che nasce più o meno sempre dalle proiezioni, il materiale inconscio corrispondente» (Jung, 1946, p. 187), permettendo quella connessione tra i nostri due inconsci definita da Jung come comune incoscienza.

## **Bibliografia**

- Aceti F., Aveni F., Giacchetti N., Motta P. e Straniero Sergio B. (2010). La depressione post partum in un'ottica transgenerazionale. *Rivista di Terapia Familiare*, 94. DOI: 10.3280/TF2010-094013.
- Aceti F., Baglioni V., Ciolli P., De Bei F., Di Lorenzo F., Ferracuti S., Giacchetti N., Marini

- I., Meuti V., Motta P., Roma P., Zaccagni M. and Williams R. (2012). Maternal attachment patterns and personality in post partum depression. *Rivista di Psichiatria*, 47, 3: 214-20. DOI: 10.1708/1128.12443.
- Aceti F., Giacchetti N., Meuti V., Carluccio G.M., Zaccagni M., Marini I., Di Lorenzo F., Grillo A., Mancini G., Serio V., Rocchi G., Giancola O. and Biondi M. (2015). Perinatal depression and affective bonds: experience in close relationship during pregnancy. *Rivista di Psichiatria*, 50, 3: 134-42.
- Aceti F., Straniero Sergio B., Zaccagni M., Rocchi G. e Biondi M. (2016). Depressione perinatale: un approccio multidisciplinare. In: Aceti F., a cura di, *Attaccamento, legame di coppia e legame genitoriale*. Milano: Alpes.
- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. DSM-5. Milano: Raffaello Cortina.
- Barcai A. (1981). Un modello di sviluppo della famiglia. *Terapia Familiare*, 9: 33-42.
- Beck CT, Indman P. (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34, 5: 569-76. DOI: 10.1177/0884217505279995.
- Bowlby J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. London: Routledge.
- Brockington I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363, 9405: 303-10. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)15390-1.
- Cigoli V., Galbusera Colombo T. (1980). Coppie in attesa del primo figlio: come si “programma” la vita? *Terapia Familiare*, 8: 37-52.
- Cohn J.F., Tronick E. (1989). Specificity of infant’s response to mothers’ affective behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 2: 242-248. DOI: 10.1097/00004583-198903000-00016.
- Cox A.D. (1988). Maternal depression and impact on children’s development. *Archives of Disease in Childhood*, 63: 90-95. DOI: 10.1136/adc.63.1.90.
- Cox J.L., Holden J.M. and Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150: 782-786. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782.
- De Zulueta F. (2009). *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell’aggressività*. Milano: Raffaello Cortina.
- Della Vedova A.M., Duceschi B., Cesana B. e Imbasciati A. (2011). Rischio depressivo in gravidanza e qualità del legame materno precoce. *Infanzia e adolescenza* 10, 3: 154-168.
- Di Vita A.M., Brustia P. (2008). *Psicologia della genitorialità: modelli, ricerche, interventi*. Torino: Antigone.
- Fordham M. (1976). *The Self and Autism*. The Library of Analytical Psychology, vol. 3. London: H. Karnak Book (trad. it.: *Il Sé e l’autismo*. Roma: Edizioni Magi, 2003).
- Freud S. (1915). *Metapsychologie* (trad. it.: *Metapsicologia*, Torino: Bollati Boringhieri, 1978).
- Giardinelli L., Cecchelli C., Innocenti A. (2008). Disturbi psichiatrici in gravidanza. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 14: 211-219.
- Green A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Editions de Minuit (trad. it.: *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Roma: Borla, 1987).
- Jung C.G. (1916). The Psychology of Dreams (trad. it.: Considerazioni generali sulla psicologia del sogno. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri, 1994).
- Jung C.G. (1917). Über die Psychologie des Unbewussten (trad. it.: Psicologia dell’inconscio. In: *Opere*, vol. 7. Torino: Bollati Boringhieri, 1983).
- Jung C.G. (1928). Über die Energetik (trad. it.: Considerazioni generali sulla concezione energetica in psicologia. In: *Opere*, vol 8. Torino: Bollati Boringhieri, 1994).
- Jung C.G. (1934). Allgemeines zur Komplex Theorie (trad. it.: Considerazioni generali sulla teoria dei complessi. In: *Opere*, vol 8. Torino: Bollati Boringhieri, 1994).

- Jung C.G. (1938). Die psychologischen Aspekte des Mutterarchetypus (trad. it.: Gli aspetti psicologici dell'archetipo della Madre. In: *Opere*, vol. 9,1. Torino: Bollati Boringhieri, 1997).
- Jung C.G. (1939). Bewusstsein, Unbewusstes und Individuation (trad. it.: Coscienza, inconscio e individuazione. In: *Opere*, vol. 9. Torino: Bollati Boringhieri, 1997).
- Jung C.G. (1941). Zur psychologischen Aspekte der Korefigur (trad. it.: Aspetto psicologico della figura di Core. In: *Opere*, vol. 9. Torino: Bollati Boringhieri, 1997).
- Jung C.G. (1946). Die Psychologie der Übertragung erläutert anhand einer alchemistischen Bilderserie (trad. it.: Psicologia della traslazione. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Bollati Boringhieri, 1993).
- Jung C.G. (1952). Symbole der Wandlung. Analyse des Vorspiel zu einer Schizophrenie (trad. it.: Simboli della trasformazione. In: *Opere*, vol. 5. Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Jung C.G. (1957/58). Die transzendente Funktion (trad. it.: La funzione trascendente. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri, 1976).
- Knox J. (2003). *Archetype, Attachment, Analysis*. East Sussex: Brunner Routledge (trad. it.: *Archetipo, attaccamento, analisi*. Roma: Edizioni Magi, 2007).
- Monti F., Agostini F. e Martini A. (2004). Il silenzio degli affetti: la depressione post partum e il bambino. *Clinica e ricerca. Contrappunto*, 34: 61-87.
- Monti F., Agostini F. (2006). *La depressione postnatale*. Roma: Carocci Editore.
- Murray L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 3: 543-61. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x
- Nagata M., Nagai Y., Sobajima H., Ando T., Honjo S. (2003). Depression in the mother and maternal attachment--results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology*, 36, 3: 142-51. DOI: 10.1159/000071259
- Neumann E. (1978). *Gli stadi psicologici dello sviluppo femminile*. Venezia: Marsilio Editori.
- Nicolò A.M., Naccari Carlizzi M. (1986). Coppia-Gravidanza-Sterilità. Un'analisi dinamica dei meccanismi sottostanti l'attesa di un figlio. *Attraverso lo specchio*, 14: 10-17.
- Norsa D., Zavattini G.C. (1997). *Intimità e Collusione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pavone L. (2001). Attualità della funzione del Sé come tendenza alla riunificazione degli opposti. *Studi Jungiani*, 13: 192-198. DOI: 10.3280/JUN2001-013024
- Racamier P.C. (1993). *Il genio delle origini*. Milano: Raffaello Cortina.
- Raphael-Leff J. (2014). *La gravidanza vista dall'interno*. Roma: Astrolabio.
- Righetti-Veltema M., Conne-Perréard E., Bousquet A., Manzano J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, 70, 3: 291-306. DOI: 10.1016/s0165-0327(01)00367-6
- Santona A., Zavattini G.C. (2007). *La relazione di coppia*. Roma: Borla.
- Schwartz Salant N., Stein M., a cura di (2005). *I sogni in analisi*. Roma: Edizioni Scientifiche Magi.
- Sidoli M. (1989). *The Unfolding Self, Separation and Individuation*. Boston: Sigo Press (trad. it.: Separazione e individuazione: la nascita del sé. Roma: Borla, 1992).
- Stein M. (2006). *The Principle of Individuation*. Wilmette, Illinois: Chiron Publications.
- Winnicott D. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.
- Wisner K.L., Chambers C., Sit D.K.Y. (2006). Postpartum depression: a major public health problem. *JAMA*, 296, 21: 2616-2618. DOI: 10.1001/jama.296.21.2616