

Storia di una maternità mancata

di *Caterina Ambrosi Zaiontz**

La cultura ha la stessa ubiquità e trasparenza dell’acqua tranne che laddove le culture si congiungono: qui il mondo è riflesso e rifratto.

Kirmayer e Minas (2000, p. 438)

I Presentazione del caso

M. si presenta spontaneamente nel mio studio nell’aprile del 2008. È una donna italiana, di 52 anni, originaria di Venezia.

L’aspetto è molto gradevole, curato e ricercato, attento ai dettagli; mostra un tratto di sobria eleganza che si trasmette anche nell’eloquio. È cortese e garbata in assenza di manierismi e affezioni. L’eloquio è fluido e ben strutturato, il flusso idetico appare adeguato così come le manifestazioni emotive che si dispiegheranno durante tutto l’arco del colloquio. M. appare aperta e collaborativa verso il terapeuta. La lingua usata durante il colloquio dalla paziente e dal terapeuta è l’italiano. Il tono e il timbro della voce appaiono sintoni rispetto all’enunciato che a tratti si colora di espressioni che fanno trasparire inflessioni gergali tipiche del territorio d’origine a volte “scelte” dalla paziente per sottolineare un ricordo o rimarcare un vissuto emotivamente pregnante.

La “pregnanza” dell’uso della lingua funge a tratti da filo conduttore simbolico per la dipanazione della storia di M. caratterizzata da “vuoti e pieni”, di allontanamenti e riavvicinamenti verso quell’immagine di Sé al centro del suo costrutto interno attorno al quale ruota incessantemente il suo progetto esistenziale: essere madre.

* Psicologa, psicoterapeuta, linguista. Docente in Psicopatologia e Psicologia Transculturale, IES, Centro studi internazionali, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano; insegna Psicoterapia Transculturale presso il Corso di specializzazione in Psicoterapia Transculturale, Istituto Transculturale per la Salute – Fondazione Cecchini Pace.

Il tessuto socioculturale linguistico in cui cresce M. è quello dell'area tra Treviso e Venezia a cui appartengono anche i nonni sia materni che paterni. I genitori sono ancora viventi. La madre si è sempre occupata dei figli mentre il padre (oggi in pensione) ha gestito in proprio un'impresa edile. M. ha una sorella minore di cinque anni sposata la quale, al momento della consultazione di M., è incinta del suo primo figlio.

M. ha sempre voluto essere madre. Dopo una breve esperienza matrimoniale a Venezia durata tre anni (20-23 anni) con un veneziano, vedovo con tre figli piccoli a cui lei «ha fatto da madre», M. decide di separarsi dal marito descritto come «geloso e soffocante». M. si trasferisce a Milano per iniziare un percorso di “autonomizzazione” al fine di completare gli studi e avviarsi verso una soddisfacente realizzazione professionale e sociale. Infermiera professionale, ferrista di sala operatoria, M. sembra aver raggiunto un buon completamento maturazionale e integrazione dei costrutti e modelli inerenti al proprio Sé nelle sue declinazioni di rappresentazione, esperienza soggettiva, essenza (Kirmayer, 2007), e al proprio Io culturale (Sow, 1977) sia lungo la traiettoria dell’asse esistenziale che lungo l’asse dei significati culturali. Il processo di adattamento le ha consentito di interiorizzare in maniera autentica la prospettiva di un’espansione identitaria pur conservando e integrando armoniosamente le varie parti della propria memoria culturale. L’esposizione a nuovi codici di comportamento e di valori, di assetto urbanistico (città sull’acqua, città sulla terraferma) con le sue differenze di colori, suoni (traffico lagunare *vs* traffico automobilistico) linguistici ecc., ha permesso a M. di completare un percorso di autonomizzazione e individuazione soggettiva profondo, creativo e soddisfacente.

Qualcosa, però, in questo processo di maturazione e integrazione all’interno del proprio Sé sembra non trovare mai una risposta al suo bisogno atavico di “immettere nel mondo” realizzando così un profondo desiderio di maternità e forse bisogno di sancire la propria identità e valenza esistenziale solo nel rispecchiamento con un Oggetto-Sé: un figlio.

Circa dieci anni orsono, infatti, M. inizia una relazione con un collega separato con figli e dopo circa due anni rimane “inconsapevolmente” incinta. Il compagno, non pronto ad una nuova pa-

ternità, induce la paziente ad un'interruzione di gravidanza. Pur essendo un'esperienza devastante in quanto ha prevalso in lei il timore di un abbandono, M. continua a nutrire la convinzione, peraltro condivisa dal compagno, che nel futuro sarà loro possibile avere dei figli. Ciò non accade. A distanza di due anni, M., al ritorno da un breve viaggio di lavoro in Africa, scopre che il compagno ha intrapreso una relazione con un'altra donna che ora è in attesa di un figlio.

L'interruzione di gravidanza si segnalerà, sul piano professionale, come evento critico nella “dimenticanza” di pinze chirurgiche nell'addome di una paziente in sala operatoria. Dopo avere chiesto il trasferimento presso un'altra importante struttura ospedaliera, M., pur continuando con successo la propria carriera professionale, formativa (completerà dei corsi di specializzazione universitaria), sociale (ampliamento della rete di supporto e conoscenza) e affettiva (inizio di una nuova relazione a Venezia), si sente «svuotata di senso e di significato».

Presenta una seria sintomatologia depressiva, caratterizzata da calo ponderale, crisi céfalalgiche, difficoltà di concentrazione, umore deflesso e polarizzazioni idetiche, a tratti ideazioni suicidarie. M. verbalizza di «non farcela più a vivere in questo profondo stato di sofferenza». Non trova alcun senso nella propria vita quando realizza che le altre donne si “impregnano” di significato e di significante che a lei è stato e sarà sempre negato. Percepirsi vuoti significa per lei non poter costruire un Oggetto-Sé figlio (Mollon, 1988) e non sembra esservi in lei un Oggetto-Sé internalizzato premuroso ed esperito positivamente che, attraverso un processo di *holding* (Winnicott, 1974), si prenda cura di lei.

2

Discussione

L'Identikit culturale (Terranova-Cecchini, Tognetti Bordogna, 1992) si articola in aree esperienziali che ci consentono di delineare un profilo dei costrutti intersoggettivi e del vissuto del paziente in relazione all'attraversamento culturale lungo un'asse di continuità spazio-temporale. M. è modernizzata, ma il relativo numero di T ha suggerito una costruzione della terapia che forgiasse maggiori

significati nella modernità che non nella tradizione che “una donna deve avere figli” per sancire la propria identità e validazione sociale.

Il gesto di M. di praticare un aborto è stato il gesto più drammatico rispetto alla sua tradizione interiorizzata.

Il processo transculturale ci illumina sulle relazioni sia lineari che complesse tra identità, cambiamento, adattamento, integrazione e appartenenza, che si declinano nell'universo intrapsichico del soggetto, rimandandoci frammenti quantitativi e qualitativi sull'esperienza della sofferenza, del disagio ma anche dell'incontro con il nuovo, le spinte edoniche ed eudaimoniche (Ryan, Deci, 2001), la non staticità e fissità dell'esperienza e realizzazione del progetto esistenziale dell'individuo calato in un villaggio globale in perenne mutazione. Cultura, come processo, ma anche come “entità” dinamica e creativa (Greenfield, 1997).

La storia della maternità mancata di M. sembra indicare una frattura nel processo di strutturazione del nucleo identitario del Sé in termini di modelli caratterizzanti gli oggetti interni positivi e negativi. Il Sé di M., pur mostrando indubbiamente un soddisfacente grado di coesione, flessibilità, plasticità, resilienza, si “sfalda” nel confronto con un modello interiorizzato in cui il valore della procreazione diventa la legge, il verbo, il principio vitale. Altrimenti il significato intrinseco dell'essere si svuota di senso e resta la nullificazione dell'esistenza stessa.

La frattura, in realtà, tocca sia l'asse esistenziale che l'asse dei significati culturali di M. Il vuoto della maternità inespressa è un vuoto nella trasmissione culturale e transgenerazionale che attacca la forza vitale, alla quale M. sembra aver rinunciato congelandosi nella dimensione depressiva.

Fondamentale per la comprensione del caso è la disamina della percezione e della lettura della propria sofferenza da parte di M. La paziente “legge” la propria sofferenza depressiva in una prospettiva lineare e deterministica. Per M., il suo vissuto depressivo è come un costrutto solo e sterilmente autogenerantesi, rispetto al quale è lei l'unica responsabile e colpevole: i profondi e granitici meccanismi di resistenza che mette in atto rendono impossibile l'uscita dal tunnel depressivo.

M. non può leggere la propria sofferenza in termini di multifattorialità e solo attraverso l’esperienza dell’incontro terapeutico si declinerà la possibilità di contemplare un modello esplicativo bio-psico-socio-culturale (Mezzich, Salloum, 2007) con una componente rilevante di tipo traumatico e un successivo sviluppo di una reazione post-traumatica da stress di tipo cronico, caratterizzata da serie e invalidanti polarizzazioni e intrusioni ideative che riempiono e impregnano il suo intero spazio psichico.

Per molto tempo per M. la sofferenza psichica, così come tutto il comportamento umano, hanno obbedito a leggi di causa-effetto in nome di un verbo assoluto e intransigente.

L’utilizzo della formulazione culturale (DSM IV TR, 2000) ha consentito di approfondire le sottili coloriture dei costrutti cognitivi, emotivi, socioculturali che sottendevano la percezione del disagio da parte di M. La possibilità di incontro di diverse “lingue del disagio” (Kleinman, 1988), di diversi modelli di comprensione della sofferenza e degli strumenti di cura hanno permesso all’interno di un setting transculturale di “ricostruire” in M. un nuovo oggetto interno positivo e premuroso che la legittimasse a prendersi cura di Sé e, insieme al curante, a strutturare un progetto terapeutico integrato (psicofarmacologico) completato nell’arco temporale di un anno che ha mantenuto costanti gli indici di guarigione sintomatologica, miglioramento di qualità della vita professionale, sociale, relazionale a due anni di *follow up*.

La possibilità di un percorso ricostruttivo da un punto di vista transculturale, in particolare sulle assi dei significati esistenziali e culturali, ha permesso a M. di pensarsi in termini di un Sé ricco di “oggetti”, creativo, proteso a riavviare un percorso vitale oltre l’antinomia irreconciliabile del vuoto e del pieno.

Riferimenti bibliografici

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision*, Washington DC.
- BÄÄRNHIELM S., SCARPINATI ROSSO M., PATTYI L. (2007), *Culture, Context and Psychiatric Diagnosis, Interview Manual for the Outline for a Cultural Formulation in DSM IV*, Transcultural Centre, Stockholm.

- GREENFIELD P. M. (1997), *Culture as Process: Empirical Methods for Culture Psychology*, in J. W. Berry, Y. H. Potinga, J. Pandey (eds.), *Handbook of Cross Cultural Psychology. Theory and Method*, Allyn and Bacon, Needham Heights (MA), pp. 301-46.
- KIRMAYER L. J. (2007), *Psychotherapy and the Cultural Concept of the Person*, in "Transcultural Psychiatry", 44, 2, pp. 232-57.
- KIRMAYER L. J., MINAS H. (2000), *The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective*, in "Canadian Journal of Psychiatry", 45, pp. 438-46.
- KLEINMAN A. (1988), *Illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.
- ID. (1996), *How is Culture Important for DSM IV?*, in J. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, D. Parron (eds.), *Culture & Psychiatric Diagnosis. A DSM IV Perspective*, American Psychiatric Press, Washington, pp. 15-25.
- MEZZICH J. E., SALLOUM I. M. (2007), *Towards Innovative International Classification and Diagnostic Systems: ICD-II and Person-centred Integrative Diagnosis*, in "Acta Psychiatrica Scandinavica", 116, 1, pp. 1-5.
- MOLLON P. (1988), *Narcissism and Disturbance in the Experience of Self*, Brunel University, London.
- RYAN R. M., DECI E. L. (2001), *On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-being*, in "Annual Review of Psychology", 52, pp. 144-66.
- SOW I. (1977), *Psychiatrie dynamique africaine*, Payot, Paris.
- TERRANOVA-CECCHINI R., TOGNETTI BORDOGNA M. (1992), *Migrare. Guida per gli operatori dei servizi sociali, sanitari e d'accoglienza*, Franco Angeli, Milano (poi in R. Terranova-Cecchini, *Psicoterapia Transculturale. Glossario dei termini in uso*, Vento, Milano 2009).
- WINNICOTT D. (1971), *Playing and Reality*, Tavistock Publ., London, trad. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.

Scheda. Identikit dell'Io culturale

Scheda. Identikit dell'Io culturale	Dato oggettivo	Connotazione culturale da parte del contesto ¹	Descrizione			T	M	A
Nome proprio	M.	³ Nome tradizionale rispetto all'area geografica, al bacino culturale di appartenenza e all'anno di nascita della paziente				X		
Luogo di nascita	Venezia	⁵ Discendenza trigerazionale della famiglia				X		
Anno di nascita	Circa 1960	⁷ La paziente cresce in un contesto dove si evincono delle spinte innovative, in particolare in ambito socioeconomico				X		
Età	50+	⁹ Il profilo professionale, le relazioni interpersonali e lo stile di vita riflettono pienamente gli assunti caratterizzanti la sua età anagrafica nel contesto attuale, urbano, milanese				X		
Madre e padre	T. casalinga S. impresa a conduzione familiare	¹¹ La famiglia rispecchia caratteristiche del contesto di appartenenza in quel periodo				X		
Fratelli	Una sorella	¹³ Sorella minore abitante a Venezia				X		
Altri parenti significativi	Nonna materna e zio paterno residenti in Veneto	¹⁵ Figure di riferimento per la famiglia d'origine				X		
Relazioni di coppia	Legame a distanza	¹⁷ Attualmente legata ad un uomo veneziano				X		
	Figli	¹⁹ L'assenza di figli non è connotata negativamente da parte del contesto culturale attuale (ambito lavorativo, relazioni interpersonali)				X		
Lingua/dialetto	Italiano veneziano	²¹ Nella famiglia di origine si parla sia l'italiano che il veneziano				X		

Mobilità del soggetto	Trasferimento a Milano circa trent'anni fa	²¹ La decisione di trasferirsi è connessa a progettualità lavorative e a spinte emancipative	X
Mobilità della famiglia	No	²⁵ Frequenti visite reciproche e periodi di vacanza	X
Residenza del soggetto	Milano	²⁷ Hinterland, vicino al luogo di lavoro	X
Persone e/o gruppi significativi	Colleghi e amici italiani e stranieri	²⁹ Positivamente inserita nel contesto lavorativo, locale. Frequentava gruppi di attività espressive in ambito corporeo e nelle arti figurative	X
Scolarità	Diploma universitario	³¹ Diploma in scienze infermieristiche, conseguito a Milano	X
Lavoro	IP/sala operatoria	³³ Figura professionale riconosciuta positivamente dal contesto di riferimento	X
Salute/malattia	Salute generale buona. Episodi di ipertensione arteriosa. Algie diffuse alla colonna vertebrale. Sintomi depressivi e post-traumatici evidenti	³⁵ La famiglia d'origine non è a conoscenza del suo stato di disagio psicologico, mentre è condiviso con il partner e gli amici più stretti	X
Religione	Cattolica	³⁷ Religione di appartenenza della famiglia di origine	X
Osservazione	³⁹ Forse cura dell'abbigliamento e accessori e della propria persona	⁴⁰ Stile sobrio, elegante, curato, privo di affettazioni e manierismi. Consono al profilo professionale, socioculturale e all'età anagrafica. Estremamente gradevole	X
Totali			7 12 0

Scheda. Identikit dell'Io culturale

Connotazione culturale da parte del soggetto ²	Descrizione	T M A		
		T	M	A
⁴ La paziente inserisce il proprio nome all'interno della culturale locale di riferimento; attribuisce al proprio nome un valore positivo: l'utilizzo linguistico del proprio nome avviene senza l'uso di vezeggiativi, diminutivi ecc.			X	
⁶ La paziente descrive con orgoglio la sua appartenenza al territorio, alla città lagunare e mostra attaccamento agli usi e costumi caratterizzanti la popolazione autoctona, alla cucina, alle abitudini alimentari: «Noi veneziani...»		X		
⁸ Rispetto ai modelli femminili della famiglia di origine, la paziente cresce coltivando un progetto esistenziale improntato anche sulla realizzazione professionale e sull'enanciappazione socioeconomica				
¹⁰ M. è soddisfatta della propria realizzazione professionale, socioeconomica e relazionale all'interno del proprio contesto socioculturale, fatta eccezione per la realizzazione del progetto di maternità rispetto al quale l'età anagrafica costituisce un impedimento		X		
¹² Pur mostrando rispetto e attaccamento verso i valori tradizionali della famiglia di origine, M. compie scelte esistenziali che la porteranno verso un processo di modernizzazione e autonomizzazione		X		
¹⁴ La paziente riferisce un forte legame affettivo con la sorella		X		
¹⁶ M. riporta un buon legame relazionale con la nonna materna. I rapporti con lo zio e i cugini sono più diradati in ragione della distanza logistica		X		
¹⁸ Soddisfatta di questa relazione, pur lamentando la distanza forzata per motivi di lavoro di entrambi. Assenza di progettualità generativa		X		
²⁰ La "maternità mancata" è per M. una fonte di profondo disagio in quanto sostenuta dalla convinzione che la maternità sarebbe stata un evento naturale, e la mancanza di una progettualità familiare con l'attuale compagno rendono questo bisogno profondo irrealizzabile		X		
²² M. mostra una leggera inflessione dialettale quando si esprime in italiano. Utilizza espressioni dialettali e gergali con disinvolta e appropriatezza quando deve esprimere particolari stati emotivi (ironia, commenti critici)		X		
²⁴ Il trasferimento rappresenta la realizzazione di un progetto professionale e l'autonomizzazione da un rapporto coniugale difficolto conclusosi con un divorzio		X		

³⁶ La paziente mantiene legami affettivamente molto stretti con la famiglia di origine, anche se questi ultimi vivono in un'altra città X

³⁷ La scelta abitativa è legata al luogo di lavoro. La paziente ha un buon supporto sociale intorno al luogo dell'abitazione dove risiedono altri colleghi X

³⁸ La paziente riporta un vissuto positivo, gratificante e intellettualmente stimolante, arricchente dal punto di vista professionale X

³⁹ Il percorso scolastico della paziente si è realizzato nella città di Milano, collocandosi all'interno del personale processo di realizzazione ed autonomizzazione X

⁴⁰ La paziente riporta un vissuto molto positivo anche per le opportunità di crescita e maturazione personale alla luce di diverse esperienze maturate in Italia e all'estero X

⁴¹ La paziente riporta forti sentimenti di colpa e di rabbia rispetto al proprio stato di salute. I suoi modelli esplicativi sono scarni e rigidi, legati ad una visione arcaica del disagio psichico e delle sue diverse concause e multisfaccettature X

⁴² M. vive serenamente il proprio credo religioso ma non è un'assidua praticante X

⁴³ La paziente riferisce di commenti molto positivi su questo aspetto da parte dei colleghi, familiari e amici. La cura della propria persona e della propria immagine sono fonte di orgoglio senza sfociare in atteggiamenti esibizionistici X

8 11 0