

PATRIZIA ROMITO

ejou b
9846

LA DEPRESSIONE
DOPO IL PARTO

Nascita di un figlio e disagio delle madri



IL MULINO

INDICE

Introduzione p. 9

PARTE PRIMA: RASSEGNA DELLA LETTERATURA

I. La depressione post-partum. Rassegna critica della letteratura 15

1. La depressione post-partum: una definizione problematica - 2. Il modello medico. - 3. Ricerche in ambito psicologico e sociologico. - 4. Commenti e conclusioni.

II. Un contesto teorico più ampio. Avere un figlio e diventare genitori 43

1. Le ricerche in sociologia della famiglia. - 2. Le ricerche qualitative. - 3. Le ricerche in psicologia dello sviluppo

III. Le donne e la depressione 55

1. La depressione: come definirla? - 2. Donne, matrimonio e depressione. - 3. Un modello psicosociale di depressione.

PARTE SECONDA: IPOTESI E METODOLOGIA DI LAVORO

IV. Obbiettivi, metodi e strumenti 71

1. Obbiettivi e ipotesi della ricerca. - 2. Disegno della ricerca, campione, strumenti. - 3. La metodologia luciana: problemi tecnici, teorici ed etici. - 4. Una metodologia femminista?

ISBN 88-15-05618-0

Copyright © 1992 by Società editrice il Mulino, Bologna. È vietata la riproduzione, anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata, compresa la fotocopia, anche ad uso interno o didattico, non autorizzata.

PARTE TERZA: RISULTATI

V. Gli indicatori delle condizioni psicologiche delle madri	p. 105
1. Condizioni psicologiche delle madri nelle prime cinque settimane dopo la nascita del bambino. - 2. Condizioni psicologiche delle madri quattro mesi dopo il parto. - 3. Condizioni psicologiche delle madri nove mesi dopo il parto. - 4. Conclusioni.	
VI. Il parto e la nascita	113
1. Il contesto generale. - 2. Il parto. Aspettative e realtà. - 3. L'incontro con il bambino. - 4. L'istruzione delle donne: un fattore chiave? - 5. Le conseguenze fisiche del parto. - 6. Le conseguenze del parto sul benessere psicologico delle madri.	
VII. L'allattamento	139
1. I progetti prima del parto. - 2. La realtà, il ruolo dell'istituzione. - 3. Gli effetti dell'allattamento sulla madre. - 4. I padri e la vita di coppia. - 5. La gioia di allattare. - 6. Conclusioni.	
VIII. La divisione dei compiti tra madre e padre	157
1. Le prime settimane. - 2. Il bambino. - 3. Il lavoro domestico: aspettative e realtà. - 4. Le responsabilità conflittuali delle madri. - 5. Le conseguenze della non collaborazione. - 6. Ma perché le donne si dicono soddisfatte? - 7. La depressione nel primo mese dopo il parto: conclusioni.	
IX. Tutto quello che fanno le madri	179
1. Introduzione. - 2. Quattro mesi dopo il parto. - 3. Il mito dell'organizzazione. - 4. Nove mesi dopo il parto. - 5. Il lavoro pagato delle madri: una pumacea o una beffa? - 6. Il lavoro di relazione.	

Conclusioni	p. 219
Appendice	227
Riferimenti bibliografici	251

INTRODUZIONE

La medicalizzazione dell'infelicità in termini di depressione è uno dei grandi disastri del ventesimo secolo.

[Oakley 1986]

Molte madri sono infelici, ansiose e depresse dopo la nascita di un figlio. Ma cos'è la depressione post-partum? Storicamente, l'infelicità delle donne in questo momento della loro vita è stata considerata come un soggetto medico [Day 1985]: viene definita come una malattia ed etichettata con un termine tecnico, depressione, o psicosi, post-partum; un medico (psichiatra, psicanalista o ginecologo) è investito della «soluzione» del problema. Come vedremo nel corso del volume, la forza del modello medico è tale da permeare anche interpretazioni prodotte nel contesto della psicologia e della sociologia, discipline solitamente antagoniste di quella medica. In particolare, nel primo capitolo, mostrerò alcuni dei limiti, delle contraddizioni e delle conseguenze di questa interpretazione della sofferenza delle madri.

La medicalizzazione della sofferenza delle donne è sempre più marcata. Dopo aver definito la depressione post-partum come una malattia mentale, si vuole mostrare che si tratta di un problema specifico, diverso da altre forme di sofferenza psichica non conseguenti alla nascita di un figlio. È in questa luce che si deve leggere la nascita, nel 1982, della *Marcé Society*, fondata a Londra su iniziativa di alcuni psichiatri anglosassoni; l'impegno principale negli ultimi vent'anni di uno di loro, l'americano Jim Hamilton, è stato proprio di far accettare la Ppd (*Post-partum depression*) come una malattia a sé; uno degli argomenti più dibattuti nelle riunioni recenti della società è «il problema di classificazione, nonché il bisogno disperato di categorizzare la condizione, il disordine, la sindrome» (citato da Dix [1988, 14])¹.

¹ Le traduzioni e i corsivi sono dell'autrice. I numeri delle pagine si riferiscono alla versione originale.

Come spiegare questa volontà di definire la depressione non solo come un problema medico, ma come una patologia specifica, e quali le possibili conseguenze, positive o negative, per le donne?

Distinguere le malattie, dare loro un nome, fare delle diagnosi appropriate rappresenta, da sempre, una preoccupazione importante nel pensiero medico, anche al di là di qualsiasi conseguenza pratica sulle decisioni terapeutiche. Già Kant aveva osservato che «i dottori pensano di far molto per i loro pazienti quando danno un nome alla loro malattia» (citato da Freda [1982]). La psichiatria è particolarmente votata a questo interesse diagnostico o, per essere più precisi, all'interesse di dare un nome ai fenomeni osservati, fors'anche perché cause e terapie di molte malattie mentali sono a lungo rimaste, e spesso tuttora restano, sconosciute e poco resta da fare se non classificare [Szasz 1966; Rose *et al.* 1983]. Esempi ne sono «diagnosi» come quella di una condizione che secondo alcuni autori predispone ai problemi psichiatrici del dopo-parto, la «personalità border-line» (e cioè, letteralmente, «di frontiera») [Pazzagli *et al.* 1981]; si tratta di «una nebulosa costellazione di sintomi...», viene diagnosticata a posteriori, quando «l'organizzazione border-line è conluita in un'area di franca patologia» [*Ibidem*, 39 e 40]; un criterio diagnostico molto usato è «la capacità di questi pazienti di suscitare sentimenti non-terapeutici nel terapeuta» [*Ibidem*, 45]. Altro esempio è la diagnosi di «depressione mascherata», applicabile a casi in cui il medico non riesce a trattare i sintomi somatici di un paziente, anche se costui non presenta alcuna manifestazione di depressione² [Kielholz 1984].

Non si tratta qui di ignorare le difficoltà del medico che deve farsi carico della sofferenza, e soprattutto della sofferenza mentale, di un paziente, né di ironizzare in proposito. Si vuole però attirare l'attenzione sul fatto che queste - ed altre - cosiddette diagnosi avrebbero un senso solo se corrispondessero a delle entità discrete sottostanti; dato che questa corrispondenza non esiste, tali diagnosi sottraggono infor-

² Da notare che questo approccio ignora totalmente la possibilità che il medico abbia sbagliato la diagnosi o la terapia dei problemi somatici del suo paziente.

mazioni rispetto ad una descrizione accurata del comportamento e dei problemi del paziente invece che aggiungerne, e sono fonti di possibili errori piuttosto che di maggiore chiarezza [Reale *et al.* 1982; Mirowsky e Ross 1989a].

Dietro la volontà di identificare i problemi psicologici del post-partum come sindrome a sé stante c'è naturalmente anche la convinzione, o la speranza, di poter offrire alle donne che ne solfrono un aiuto specialistico, in genere di tipo farmacologico: solo per questa ragione sarebbe importante operare una distinzione tra una depressione post-partum (che secondo molti autori è di origine endocrinologica e andrebbe trattata con gli ormoni) e una depressione «non del post-partum» (da trattare con psicofarmaci). Come vedremo poi, non ci sono però prove soddisfacenti né delle origini ormonali del problema, né dell'efficacia di terapie farmacologiche.

Un altro vantaggio dell'identificare la depressione come qualcosa di specifico, consisterebbe nel liberare le donne che stanno male dallo stigma di soffrire di una qualunque malattia psichiatrica, e dal senso di colpa di sentirsi inelici proprio quando tutti si aspettano che siano al settimo cielo. Come dice uno psichiatra americano a una mamma depressa: «Lei non è matta. Ha una Ppd (*Post-partum depression*)» [Dix 1988, 57]. Identificare il problema in questi termini, («ho una Ppd») dovrebbe permettere alle donne di cercare e trovare un aiuto appropriato, fornito da quei servizi o da quei tecnici sviluppati o formati per trattare quello specifico problema [*Ibidem*].

Per finire, altri vantaggi possono derivare dall'impotere l'idea che la depressione post-partum è una malattia a sé: può essere più facile trovare finanziamenti per ricerche o convegni o per creare nuovi servizi e posti di lavoro se si tratta di studiare un campo inesplorato, che si sta differenziando dagli altri; si apre inoltre un nuovo, specifico mercato di terapie farmacologiche o psicologiche. Tutti questi elementi entrano in gioco anche nella creazione di un'altra nuova sindrome, la tensione pre-mestruale [Laws *et al.* 1985].

Dei limiti - interni ed esterni - di questo approccio parleremo in dettaglio in seguito; è bene precisare subito,

RASSEGNA DELLA LETTERATURA

però, che la contropartita della rassicurante (o pretesa tale) convinzione di soffrire di una malattia mentale specifica delle mamme è di vedere tradotti i propri sentimenti in termini di patologia: al «sintomo» viene poi negata ogni validità al di fuori della sindrome di cui sarebbe un segno. Di una donna depressa, per esempio, Carol Dix, autrice di un libro divulgativo in proposito, dice che «prima di diventare madre Kate era stata molto attiva ed occupata; (dopo il parto) aveva sofferto del fatto di sentirsi in trappola, di risentimento nei confronti del marito e di altri tipici sintomi della depressione post-partum» (Dix 1988, 210).

Un libro è sempre prodotto con il concorso di numerose persone. Tra tutte quelle che, in diversa maniera, hanno collaborato a questo volume desidero innanzitutto ringraziare le madri che ho intervistato, per la loro gentilezza e per l'entusiasmo con cui hanno partecipato, nonché il direttore e il personale dell'ospedale dove queste madri hanno partorito, per la disponibilità e l'interesse manifestati per la mia ricerca. Un ringraziamento particolare va a Françoise Flovelaque e Gisela Chatelanat, psicologhe, Geneviève Cresson, sociologa e Livio Lanceri, fisico: secondo i momenti e le necessità hanno fornito un contributo intellettuale, morale o economico, senza mai disdegnare l'aiuto pratico; se il libro ha qualche valore è anche merito loro. Vorrei poi ringraziare almeno alcune delle colleghe e amiche italiane: Luigia Camaioni, che ha seguito questo lavoro fin dall'inizio; Augusta De Piero Barbina e Federica Scrimin, che nei momenti difficili mi hanno incoraggiata a portarlo a termine e Caterina Grego e Marina Cuttini, che non mi hanno fatto mai mancare il loro affetto, la loro amicizia e il loro senso dell'umorismo.

LA DEPRESSIONE POST-PARTUM.
RASSEGNA CRITICA DELLA LETTERATURA

Se l'obiettivo di questo libro è di fornire degli strumenti per capire meglio perché tante madri sono profondamente infelici dopo la nascita di un figlio, obiettivo del primo capitolo è invece di presentare e discutere quanto su questo argomento è stato prodotto all'interno di alcune discipline, soprattutto la biomedicina ma anche la psicologia e la sociologia. Comincerò con l'esaminare la pertinenza dei criteri di definizione, nonché la frequenza, la durata e i fattori associati del fenomeno; discuterò poi le basi concettuali e i risultati empirici di ricerche prodotte in questi diversi ambiti disciplinari. Il taglio di questo capitolo è fortemente critico nei confronti dei lavori presentati: è quindi importante sottolineare che quel che si metterà in discussione non è l'esistenza della sofferenza delle madri, ma la maniera in cui questa sofferenza è stata letta e interpretata dai tecnici legittimati a trattarla.

1. *La depressione post-partum: una definizione problematica*

Nel periodo successivo alla nascita di un figlio, molte donne mostrano segni di sofferenza e di disagio psichico, spesso di tipo depressivo [Hopkins *et al.* 1984]. Su delle basi empiriche, si possono individuare tre diversi fenomeni: il baby-blues (o maternity-blues), la depressione post-partum e la psicosi post-partum.

Baby-blues è il nome dato a quell'esperienza fatta di instabilità emotiva (con termine tecnico, disforia), crisi di pianto, ansia ed irritabilità che molte donne (fino all'80%) conoscono nei giorni successivi al parto [Yalom *et al.* 1968;

Oakley 1980; Prezza e Violani 1984; McIntosh 1986]. Si tratta di un fenomeno ben noto al personale sanitario, sia perché molto frequente, sia perché avviene, per così dire, sotto i loro occhi.

Tutt'altre caratteristiche ha la psicosi post-partum: è un evento raro (riguarderebbe una o due madri su mille [Kendell 1985]), ma molto più grave, caratterizzato da disordini del pensiero e/o da grave depressione; in alcuni casi, queste madri tentano di uccidere sé stesse ed il loro bambino. È la gravità stessa del fenomeno che lo rende riconoscibile: è impossibile ignorare i disturbi del comportamento, la sofferenza ed il bisogno di aiuto di queste donne, che finiscono quasi sempre per essere prese in carico da un servizio psichiatrico.

La depressione post-partum, l'oggetto del nostro studio, è invece più difficile da identificare e da definire. Secondo uno psichiatra americano, è quel che «si trova tra l'estremo della depressione grave, che implica il rischio di suicidio e fors'anche di infanticidio, e la tendenza comune a piangere che si può osservare nel baby-blues: è qualcosa che capita spesso, meno evidente della prima ma certamente più debilitante del secondo» [Pitt 1968, 1325].

Si tratta di una definizione non certo soddisfacente; quasi vent'anni dopo, altri due studiosi confermano che «la "depressione post-partum" emerge come una diagnosi "piglia tutto", definita in modo diverso dai diversi autori» [Allonso e Domino 1984, 232].

Cerchiamo allora di capire meglio quali criteri ci permettono di discriminare tra i tre fenomeni. Raramente sono utilizzati dei criteri descrittivi: nei lavori di ricerca pubblicati su giornali scientifici, la tappa descrittiva è spesso saltata, ed il fenomeno da studiare è generalmente considerato come un'entità naturale, già «data». Il pianto e l'irritabilità sono comunque considerati tipici sia del baby blues che della depressione.

Di fatto, i criteri più utilizzati (anche se non sempre esplicitamente) per definire e distinguere i tre fenomeni sono relativi alla loro dimensione spazio-temporale: il baby-blues è quel che capita alla donna in ospedale, durante i tre, cinque

o sette giorni del suo ricovero. La psicosi post-partum è una manifestazione così grave che la donna consulti uno psichiatra o sarà ricoverata in un servizio di psichiatria. La depressione post-partum si definisce per esser quello che si trova, in qualche modo, a metà strada tra le due.

Non che la definizione dell'estensione del «post-partum» sia molto più soddisfacente. In una rassegna della letteratura che riguarda la psicosi, due psichiatri ammettono che «due resoconti comprendono solo le psicosi osservate nei primi diciotto giorni dopo il parto. Altri stabiliscono il limite (del post-partum) a quattro mesi. Altri ancora hanno scelto sei settimane o due mesi come limite» [Thomas e Gordon 1959, 367], e, con palese sollievo, stabiliscono il loro criterio: «Le psicosi che iniziano prima che l'utero si sia svuotato saranno decisamente escluse» [*Ibidem*].

Per ritornare alla depressione post-partum, molte ricerche mediche e psicologiche la definiscono come un fenomeno simile ad una depressione qualsiasi (cioè, non del post-partum), salvo per il fatto che i sintomi sono «atipici»: a differenza di quanto succede nella depressione «non post-partum», le madri sarebbero più depresse alla fine della giornata piuttosto che all'inizio, e l'insonnia sarebbe piuttosto precoce che tardiva; le idee di suicidio sarebbero relativamente poco frequenti [Pitt 1968; Dalton 1980; Hopkins *et al.* 1984].

Frequenza

La frequenza della depressione varia in funzione di diversi fattori: i criteri di definizione del fenomeno, gli strumenti di misura utilizzati, il periodo nel dopo-parto in cui si raccolgono le informazioni nonché le caratteristiche delle donne considerate (vedi [Watson *et al.* 1984; Arizmendi e Allonso 1984]). Può andare dal 7% (quando il criterio per la diagnosi è che la donna si sia rivolta ad uno psichiatra [Dalton 1971]) al 20% (quando la depressione è definita come l'aver sette o più punti su una scala psichiatrica come quella di Raskin, [Raskin *et al.* 1970; Paykel *et al.* 1980]), e può arrivare fino al 30% quando è l'ostetrico che valuta la presenza di «disturbi

emotivi» nelle mamme [Gordon *et al.* 1965]. Da notare che tutti i lavori citati sono inglesi o nord-americani, e che non esistono studi italiani in proposito. Una ricerca svolta a Trieste [Romito e Saurel-Cubizolles, di prossima pubblicazione] fornisce in proposito dei risultati solo indicativi, dato che la domanda era formulata in maniera tale da coprire tutte le difficoltà psicologiche vissute dalla madre dal momento della nascita a quello dell'intervista, avvenuta in media quindici mesi dopo il parto: più del 60% delle centottantasei donne intervistate ha riportato di avere avuto dei problemi psicologici in quest'arco di tempo.

Durata

Sappiamo molto poco sulla durata della depressione post-partum. Quasi tutte le ricerche in proposito sono trasversali, e non longitudinali: valutano insomma la presenza della depressione nel momento in cui il ricercatore decide di intervistare la donna, e non la durata del fenomeno nel tempo. Le affermazioni di alcuni autori in proposito possono a volte essere poco chiare e indurre in errore. Hopkins *et al.* [1984, 502], per esempio, citano la comunicazione personale di un altro psicologo americano, O'Hara, secondo cui la durata media della depressione post-partum andrebbe dalle sei alle otto settimane, e ne concludono che «la conferma di questo risultato potrebbe indicare che la depressione post-partum è in media di più corta durata della depressione non post-partum».

Un esame diretto del lavoro di O'Hara [O'Hara *et al.* 1982] ci fa scoprire che aveva intervistato le madri per telefono, in un periodo che andava dalla quinta alla ventesima settimana dopo il parto. La conclusione secondo cui la depressione post-partum durerebbe dalle sei alle otto settimane risulta probabilmente dal calcolo della media del periodo nel dopoparto scelto per intervistare le donne, e non ha niente a che fare con la durata media dell'esperienza. Insomma, partendo da una leggerezza nella descrizione della metodologia, si arriva a concludere che la depressione post partum è diversa

dalla depressione non post-partum; si induce inoltre il lettore a credere che se la depressione è stata valutata sei, otto o sedici settimane dopo il parto, e non, per esempio, tre, dodici, o ventiquattro settimane dopo, ci devono essere dei motivi scientifici, per esempio che ad un certo momento la depressione è più intensa, o più frequente che in un altro. In realtà, nella maggior parte dei casi, si tratta piuttosto di motivi pratici: in molte ricerche, le donne vengono intervistate quando si recano in ospedale per la prima visita ginecologica dopo la dimissione, o per il primo controllo pediatrico. Le ricerche trasversali, poi, sono più numerose di quelle longitudinali perché le prime sono più rapide e meno costose delle seconde, e non perché rappresentino la metodologia più appropriata all'argomento studiato.

Di fatto, la depressione sembra piuttosto un processo in cui molte donne possono essere coinvolte a lungo, più che un oggetto che il ricercatore trova o meno in un dato momento del post-partum e l'analisi delle poche ricerche longitudinali disponibili mostra che, se il ricercatore continua la ricerca, continua pure a trovare delle donne depresse.

Nel lavoro di Pitt [1968], 11% delle madri erano depresse sei settimane dopo il parto; la metà di queste donne lo era ancora un anno dopo. In un'altra ricerca inglese, 16% delle madri erano depresse tre mesi dopo il parto [Kumar e Mordecai Robson 1984]; considerando tutte le donne che erano state depresse a un momento o l'altro nel primo anno di vita del loro bambino, questa proporzione arrivava al 22%. Quattro anni dopo, 8% erano ancora depresse [Cogill *et al.* 1986]. Nel lavoro di Wolkind e Zajicek [1981], le donne erano state studiate sia durante la gravidanza che dopo il parto: in tutto, 10% di loro aveva fatto l'esperienza di una depressione grave nei tre anni e mezzo successivi alla nascita del bambino, momento in cui la ricerca si era interrotta. Anche in una ricerca americana, le donne erano state intervistate sia durante la gravidanza che nel dopo parto [Cutrona 1983]: una minoranza era gravemente depressa in ognuno dei tre momenti, ma si trattava quasi sempre di donne diverse. In tutto, l'8% delle donne aveva ricevuto una diagnosi di depressione grave nei due mesi successivi alla

nascita del bambino: depressioni più leggere erano molto più frequenti.

Insomma, nonostante numerose ricerche in proposito si limitino ad intervistare le puerpere nel primo mese dopo il parto (vedi la rassegna di Watson *et al.* [1984]), è chiaro che il malessere e la sofferenza delle donne continuano più a lungo. Ciò è ulteriormente confermato dai risultati dei lavori che studiano la depressione delle madri, ed in particolare di quelle che hanno dei bambini in età prescolare, evidentemente una disciplina di ricerca del tutto diversa da quella della depressione post-partum, dato che i ricercatori dei due campi non si citano quasi mai l'un l'altro.

Richman [1974] studiò un campione di donne londinesi che avevano due bambini piccoli: il 41% presentava dei sintomi di depressione, media o grave, ed il 17% era stato diagnosticato come sofferente di gravi problemi psichiatrici. In uno studio successivo (citato da Moss e Plewis [1977]), altre 200 madri furono studiate: il 39% di quelle il cui bambino aveva dei problemi di comportamento, ed il 26% delle altre presentavano i sintomi di una «malattia psichiatrica di tipo depressivo».

Moss e Plewis [1977] valutarono retrospettivamente la «sofferenza psicologica» di 180 madri di bambini in età prescolare: il 52% aveva avuto dei problemi, medi o gravi, nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Brown e Harris [1978] studiarono i problemi psichiatrici di 220 donne di Londra: tra quelle che avevano un bambino piccolo, il 27% aveva sofferto di depressione nei tre mesi precedenti l'intervista; tra le madri di classe popolare, questa proporzione era del 42%.

I risultati di queste ricerche mostrano che una proporzione importante di madri soffrono e sono intelici. A volte, la loro sofferenza si avvicina a quel che gli psichiatri definiscono come malattia mentale. Che senso ha cercare di identificare diverse categorie di sofferenza, e dare l'etichetta di depressione post partum a quel che succede nei primi sei mesi dopo la nascita di un figlio, definendo invece altrimenti l'intelicità delle madri di bambini appena un po' più grandi? I risultati delle ricerche appena presentate mostrano che il

concetto di depressione post-partum, in qualsiasi modo esso sia definito, non ha alcun senso.

I fattori associati

Secondo le diverse ricerche, numerosi fattori sono stati associati alla depressione post-partum (tabella 1). Alcuni di loro saranno discussi in dettaglio più avanti: qui, si vuole soprattutto sottolineare la grande discordanza tra questi risultati, che non dovrebbe stupire tenendo conto che i diversi autori hanno studiato donne con caratteristiche socio-culturali diverse, con metodi diversi e utilizzando criteri diversi di depressione. Inoltre, solo pochi degli studi in questione presentano un modello esplicativo della depressione, e ciò riduce ulteriormente l'interesse di molti di questi risultati.

Val la pena sottolineare, però, che uno di questi «fattori» è stato messo in evidenza in almeno dieci studi, e cioè in tutti quelli in cui la questione è stata considerata: sono più spesso depresse le donne che hanno dei problemi di coppia, o una relazione «poco intima» o «poco soddisfacente» con il loro compagno (vedi tabella 1). Certo, anche in questo caso, ci troviamo di fronte a contesti teorici e a metodologie diverse tra loro: in alcuni casi, i problemi di coppia sono valutati solo dopo il parto, in altri anche in gravidanza; alcune ricerche considerano solo la dimensione «allettiva» del rapporto, mentre altre valutano anche l'aiuto concreto dato, o meno, dall'uomo. Comunque, nonostante queste differenze, i risultati mostrano tutti la stessa tendenza, e cioè un'associazione tra una relazione di coppia insoddisfacente e la depressione della madre. Da notare, come la causalità dell'associazione è presentata in un dizionario di psichiatria: «Le nevrosi puerperali possono *causare* dei disaccordi in famiglia e nella coppia» [Leigh *et al.* 1977].

In breve, anche quando i risultati di queste ricerche mettono in luce delle associazioni tra alcuni «fattori di rischio» e la depressione, non ci aiutano a capire cosa succede davvero alle donne depresse. I pochi lavori che descrivono l'esperienza delle neo-madri, depresse o meno [Oakley 1980;

Leifer 1980; Welburn 1980; Entwisle e Doering 1981], in termini non psichiatrici non sono citati quasi mai negli studi sulla depressione post-partum, come se la descrizione di un fenomeno e la ricerca dei «fattori associati» fossero due aspetti completamente distinti della questione.

2. Il modello medico

Il concetto di depressione post-partum è insomma abbastanza confuso e contraddittorio: nonostante ciò, gli psichiatri non esitano a definire l'infelicità delle madri una malattia: «i problemi mentali del post-partum sono, all'inizio, una malattia acuta» [Hamilton 1962, 77]; «non è sempre riconosciuto che le madri depresse soffrono di una malattia» [Cox 1986, 1]. Ma su quali basi lo affermano?

Il modello biochimico

«Altre ricerche cliniche della malattia del post-partum hanno rivelato inequivocabili indizi delle sue origini ormonali» [Hamilton, nella prefazione al libro di Dix 1988, XV].

Gli importanti cambiamenti biologici che si verificano in questo periodo (caduta di estrogeni e progesterone e innalzamento della prolattina) giustificano delle ipotesi e delle ricerche in tal senso; nonostante il tono categorico che caratterizza l'affermazione dello psichiatra Jim Hamilton, però, non ci sono prove di una relazione tra fattori biochimici e depressione dopo il parto, anche se numerosi autori le danno per scontate [Hamilton 1962 e 1982; Coppen 1969; Treadway *et al.* 1969; Dalton 1971 e 1980; Handley *et al.* 1977]. La maggior parte delle ricerche empiriche in proposito riguardano la disforia ed i salti di umore nei primi giorni dopo il parto, ma dato che spesso i loro risultati sono abusivamente estesi a sentimenti di depressione che le madri provano anche alcuni mesi dopo, ci pare utile presentarle rapidamente.

Alcuni autori hanno cercato delle prove indirette di una relazione tra un disordine ormonale (indicate dal fatto di

aver avuto problemi mestruali) e difficoltà emotive nel dopo parto: i loro risultati sono contraddittori [Pitt 1968 e 1973; Yalom *et al.* 1968; Dalton 1971; Davidson 1972; Stein 1980; O'Hara *et al.* 1982].

In altre ricerche si è cercato di mettere in relazione la disforia post-partum direttamente con la presenza o l'assenza di determinati ormoni (progesterone ed estrogeni) nel sangue, ma anche in questo caso senza risultati [Nou *et al.* 1976].

In altre ricerche ancora si è partiti dall'ipotesi che la depressione post-partum fosse connessa con un'attività insufficiente delle catecolamine. Secondo questa ipotesi, l'attività delle monoaminossidasi (Mao), gli enzimi che contribuiscono a regolare il sistema catecolaminergico, sarebbe influenzata da estrogeni e progesterone [Treadway *et al.* 1969], e per questo motivo soggetta a disordini nel momento del post-partum: anche in questo caso i risultati empirici non confermano l'ipotesi di partenza¹.

Nello stesso contesto, un'altra ipotesi riguarda il ruolo del triptofano, un precursore della serotonina, associato, in alcune ricerche, alla presenza del baby-blues [Stein *et al.* 1976; Handley *et al.* 1977]: questi lavori riguardano comunque solo i sentimenti espressi durante i primi giorni dopo il parto.

Insomma, per concludere, i risultati empirici sono quanto meno contraddittori per quanto riguarda l'associazione tra fattori biochimici e baby-blues (vedi anche la rassegna di Prezza e Violani [1984]). In questo periodo i cambiamenti ormonali sono massicci, ed è ragionevole pensare che essi partecipino alla genesi della disforia in concomitanza con altri fattori, psicologici e sociali, piuttosto che esserne la causa diretta. Oakley per esempio, trova una relazione tra

¹ Non ci sono prove dirette dell'associazione tra Mao e depressione in genere. Le prove indirette consistono nell'associazione tra l'assunzione di farmaci come gli antidepressivi triciclici inibitori delle Mao ed il miglioramento di alcuni «sintomi» [Sandler 1978]: quest'associazione potrebbe però essere dovuta ad altri fattori (miglioramento spontaneo, modificazioni dell'ambiente ecc.). La diagnosi o l'eziologia non dovrebbero venire dedotte a posteriori dagli effetti di un certo trattamento, anche se questo processo è di fatto molto frequente in psichiatria [Bignami 1982].

l'aver avuto un parto strumentale, un'anestesia peridurale, il non essere state soddisfatte dell'esperienza ed il baby-blues [Oakley 1980]; e nella ricerca di McIntosh [1986] avevano più spesso il «blues» quelle donne che non avevano nessuna esperienza precedente di bambini piccoli.

Sono poi del tutto inconsistenti i risultati empirici riguardanti l'associazione tra fattori biochimici e manifestazioni depressive che appaiono o si prolungano nei mesi successivi al parto (vedi le rassegne di Weissman e Klerman [1977]; Gelder [1978]; Brockington e Kumar [1982]; Hopkins *et al.* [1984]; Kendell [1985]).

I contributi dell'antropologia

Le osservazioni degli antropologi, secondo cui niente di simile alla depressione post-partum esiste nelle società non-industrializzate, contribuiscono ulteriormente a mettere in questione l'importanza delle variabili biochimiche nella genesi della depressione. Se le basi biologiche della riproduzione sono le stesse dappertutto, le differenze nel modo in cui il post-partum è strutturato socialmente sono invece enormi. Stern e Kruckman [1983] descrivono la pratica, comune a molte società non-industrializzate, di «segregare» madre e bambino, per un periodo di pochi giorni (come nel Punjab) fino ad alcuni mesi (come in Nigeria). In questo periodo, un'altra donna si fa carico del lavoro svolto abitualmente dalla neo-madre, permettendole così di riprendere le forze e di concentrarsi sull'allattamento. Gli autori rilevano che «c'è una relazione tra le strategie che le diverse culture mettono in atto nel post-partum, che hanno per obiettivo di creare un sostegno sociale per la madre, e la loro salute mentale in questo periodo... negli Stati Uniti, risultati negativi come la depressione ed il baby-blues possono derivare dalla mancanza relativa di: 1) una strutturazione sociale del post-partum; 2) il riconoscimento sociale del cambiamento di ruolo della neo-madre; 3) un aiuto concreto alla donna. Viceversa, dei modelli di attività chiari e culturalmente determinati, un riconoscimento esplicito della nuova condizione ed un aiuto

per riempire gli obblighi precedenti legati al ruolo (femminile) e per occuparsi del neonato, possono... prevenire l'esperienza di difficoltà psicologiche» (*Ibidem*, 1036).

I ricercatori occidentali hanno semplicemente ignorato l'ipotesi che un periodo di riposo «obbligatorio» nel dopo parto possa essere un fattore chiave per promuovere il benessere delle madri [Stern e Kruckman 1983]. Non solo: una delle tendenze emergenti in ostetricia, e cioè quella di dimettere le puerpere dall'ospedale ventiquattro o quarantotto ore dopo il parto, sostenuta dall'OMS [World Health Organization 1985] potrebbe addirittura aggravare i sentimenti di fatica già molto comuni: in effetti, alcune ricerche mostrano che parte delle madri preferirebbero passare in ospedale alcuni giorni più del previsto, proprio per potersi riposare e per imparare ad accudire al bambino [Ball 1987; Romito e Zalateo 1991].

Forse all'oscuro del lavoro degli antropologi, uno psichiatra inglese, John Cox, sostiene di aver trovato la stessa proporzione di depressioni post-partum tra le madri scozzesi e quelle africane [Cox 1986]. Dato che si tratta di un esperto molto influente in questo campo, val la pena di riportare in dettaglio il procedimento della sua ricerca. Per valutare la depressione delle madri africane, venne usata la «Luganda modification of the standardized psychiatric interview», e cioè la versione modificata di una scala psichiatrica utilizzata in una ricerca precedente svolta in Scozia [Cox *et al.* 1983]. Benché l'obiettivo di Cox fosse proprio quello di paragonare le madri scozzesi con quelle africane, i due gruppi erano così diversi da rendere qualsiasi paragone inappropriato. Le madri studiate in Africa vivevano in una società poligamica e rurale; abitavano in capanne sparpagliate nelle piantagioni di banane; trascorrevano la maggior parte della loro giornata lavorando nei campi e trasportando l'acqua; tra i loro bambini il tasso di mortalità perinatale era altissimo. Cox stesso ammette che molte delle domande del questionario che in Scozia erano associate alla depressione (riguardanti la contraccezione, la pianificazione della gravidanza, il rapporto di coppia, il lavoro pagato) erano del tutto inappropriate in Africa. Nonostante ciò, sostiene che «di

possibile fare un colloquio psichiatrico» [Cox 1986, 10]. Benché anche i sintomi delle donne africane fossero in parte diversi da quelli delle scozzesi, Cox conclude che la frequenza della depressione era simile nei due campioni e che questo risultato «poteva perfino suggerire che i fattori socio-culturali erano meno importanti delle variabili biologiche nell'etiologia della malattia» [Ibidem, 92].

Di tutt'altro tono sono le annotazioni di un altro studio inglese [Watson e Evans 1986], il cui obiettivo era valutare i problemi psicologici nel post-partum in tre gruppi di donne di diverse culture che vivevano nello stesso quartiere londinese: donne britanniche, immigrate che parlavano inglese ed immigrate che parlavano solo il Bengali. Lo strumento di misura (il Goldberg General Health Questionnaire [Goldberg et al. 1970]) era stato tradotto in Bengali. La stessa proporzione di madri aveva delle difficoltà psicologiche otto settimane dopo il parto; tra le donne inglesi, ma non nei due gruppi di immigrate, questa proporzione diminuiva drasticamente otto e quattordici mesi dopo il parto. Gli autori ne concludono che era stato possibile paragonare i sintomi di difficoltà psicologiche in donne di diverse culture; aggiungono però che le intervistatrici avevano fatto notare che «il termine depressione è utilizzato con troppa facilità... ed in particolar modo per quanto riguarda le madri del Bangla Desh, che hanno difficoltà a far capire al personale sanitario i loro bisogni e le loro preoccupazioni, e che per questo motivo sono spesso considerate depresse» [Watson e Evans 1986, 870].

Il modello biochimico: perché resta una spiegazione «forte»?

Insomma, benché non ci siano prove empiriche della fondatezza del modello «biochimico», questa resta tuttavia la spiegazione preferita da parte dei medici. Per esempio, il 45% dei lavori presentati alla conferenza su *Motherhood and Mental Illness*, tenutasi a Londra nel 1982 in associazione con la fondazione della Marcé Society, dava come acquisite le basi biologiche della depressione.

A parte il fatto non trascurabile che non si basa su riscontri oggettivi, il limite maggiore del modello ormonale risiede nel suo riduzionismo. Benché medici, molti autori limitano il loro campo di ricerca ad alcuni - a volte impercettibili - cambiamenti ormonali, ignorando le massicce modificazioni, spesso dolorose, in cui il corpo delle madri incorre naturalmente nel corso della gravidanza, del parto, della lattazione e un po' meno naturalmente a causa degli interventi ostetrici (vedi Robert [1971]), per non parlare, naturalmente, delle modificazioni psicologiche e sociali. I risultati di una ricerca svolta a Trieste mostrano che, nel primo mese dopo il parto, 42% delle madri avevano sofferto delle conseguenze dell'episiotomia, il 36% di mal di schiena, il 26% a causa delle emorroidi, il 12% per le ragadi, il 9% per ascessi ed ingorghi al seno; 14% avevano «altri» problemi, tra cui incontinenza urinaria, infezioni della cicatrice del cesareo ecc. [Romito e Zalateo 1992].

Malgrado il loro campo di analisi sia così limitato, alcuni autori pretendono di spiegare dei fenomeni ben più complessi dell'irritabilità nei primi giorni dopo il parto. «Nella seconda metà del primo mese dopo il parto... molte donne si sentono facilmente affaticate, hanno bisogno di dormire molto più del solito, si sentono sfinite, sono irritabili, e si lamentano di numerosi sintomi psicosomatici. Questi disturbi vengono spesso spiegati come conseguenza delle cure al bambino. Il fatto che alcune donne superimpegnate non si lamentino... suggerisce che i fattori esterni sono relativamente poco importanti. Crediamo che la causa principale di questo doposbronza (*hang-over*) del post-partum sia da ricercare in fattori fisiologici, forse nel riaggiustamento del sistema ormonale» [Kaj e Nilsson 1972, 371-372]. «L'irritabilità ha un'origine chimica. Si riflette sul marito... che si rende conto che lei è cambiata e che dalla donna allegra e vivace che era in gravidanza si è trasformata nella strega lamentosa (*ever-moaning bitch*) di oggi. Possiamo forse criticarlo se si ferma a bere un bicchiere sulla strada di casa?» [Dalton 1980, 34].

Questi esempi possono sembrare estremi, ma non si fa che affermare esplicitamente quel che è implicito nel modello medico della depressione post-partum, secondo cui la fatica,

il bisogno di sonno e l'irritabilità sono da attribuire completamente a un disequilibrio ormonale. Ne consegue che, a meno di soffrire di questo - supposto - disequilibrio, ogni donna deve poter far fronte serenamente ed in ogni situazione ai suoi obblighi nei confronti dei bambini, del marito e della casa: non esserne capace rappresenta, ovviamente, un sintomo di malattia. «Il fatto di piangere, il sentirsi scoraggiate, l'instabilità emotiva, il senso di incompetenza, e l'incapacità di far fronte, soprattutto per quanto riguarda il bambino, fanno pure parte dei sintomi riportati dalle donne depresse» [Hopkins *et al.* 1984, 502]. «È solo grazie a un'attenta ricerca della presenza o assenza di alcuni sintomi, che sarà possibile riconoscere questa malattia. I sintomi della depressione post-partum... comprendono dei sintomi somatici come il mal di testa e le palpitazioni, un'ansia eccessiva riguardo al bambino, tristezza e difficoltà a far fronte ai compiti domestici» [Cox 1986, 14].

Se il non riuscire a sbrigarsela efficientemente con i lavori di casa e con il bambino è considerato il sintomo di una malattia, non c'è spazio per delle spiegazioni alternative delle difficoltà delle neo-madri. Una delle donne studiate da Dalton, madre di due bimbe e di un neonato, dice di non farcela a sbrigare le solite cose, fare la spesa, cucinare per quattro persone, lavare i piatti, pulire la casa, cambiare i pannolini, nutrire e curare il piccolo, fare il bucato e stirare, in modo che marito e bambine abbiano ogni giorno rispettivamente una camicia ed un vestitino appena lavati e stirati. Commentando questo caso, l'autrice conclude: «L'incapacità di far fronte fa parte della malattia... può risultare da una mancanza di potassio, da una deficienza della tiroide... o da anemia» [Dalton 1980, 16 e 18].

È in un certo senso affascinante osservare come Katharina Dalton - ed altri con lei -, di fronte a situazioni come questa, sia capace di ritagliarsi un campo esplicativo così ristretto come lo squilibrio ormonale, peraltro mai verificato, e non sia sfiorata dal pensiero che quello che viene richiesto alle madri sia, in molti casi, semplicemente troppo. Una casalinga con bimbi piccoli lavora circa novanta ore per settimana [Popay e Bartley 1988]; un bambino sporco, grosso modo,

nei primi due anni di vita, tra i 4.000 ed i 5.000 pannolini. Quanti ne avrà già cambiati questa madre? Questi lavori, così comuni, così banali, non sono forse sufficienti a toglierle le forze? Non è forse troppo dover fare tutto questo, quando si è reduci dal parto, si hanno problemi fisici, e il proprio organismo sta lavorando per produrre abbastanza latte da nutrire un neonato?

La società tutta intera, e non solo i medici, si aspetta che le madri facciano tutto, possibilmente con il sorriso sulle labbra, e indipendentemente dalle condizioni in cui si trovano [Graham 1982]. La teoria biochimica della depressione legittima questa pretesa: le donne che non ce la fanno, soffrono di una malattia che va curata farmacologicamente, con potassio, ferro, una terapia ormonale [Dalton 1980] o antidepressiva (vedi per esempio Dominou [1976] e Cox [1986]), senza che sia necessario modificare alcunché nella loro vita. Da notare che tranquillanti e antidepressivi hanno degli effetti secondari negativi [Cooperstock e Hill 1982]: questi ultimi in particolare sono delle sostanze molto tossiche [Goodman e Gillman 1985]; non ci sono inoltre garanzie che i medici che li prescrivono li conoscano bene e sappiano usarli in modo appropriato [Gottlieb *et al.* 1978; Brown e Funk 1986].

Il punto di vista psicanalitico

Nelle loro rassegne della letteratura sulla depressione post-partum la sociologa Ann Oakley [1980] e la psicologa Joyce Hopkins [Hopkins *et al.* 1984] hanno sottolineato che il modello psicanalitico non è sostenuto da alcuna prova empirica, peggio, che non è possibile né provarlo né smentirlo, e che si basa esclusivamente sull'esperienza clinica dei terapeuti, riportata generalmente in maniera aneddotica piuttosto che sistematica. Per questo insieme di ragioni, altri autori, come Arizmendi e Alfonso [1984] e Kendell [1985] non hanno considerato i lavori psicanalitici nelle loro rassegne della letteratura sulla depressione post-partum. È d'altronde la dottrina psicanalitica in generale, e non solo il suo punto

di vista sulla depressione post-partum, ad essere messa in discussione. Da un punto di vista scientifico, è stata sottolineata la mancanza di sostegni empirici; critiche di altro genere sono venute da esponenti di gruppi socialmente discriminati (come le donne o gli omosessuali) che hanno denunciato le conseguenze sociali della psicanalisi e il suo essere complice dell'oppressione agita nei loro confronti. Agli stessi fenomeni, sono state date spiegazioni alternative, meglio fondate teoricamente ed empiricamente [Chesler 1972; Van Rillaer 1980; Timpanaro 1974; Thornton 1986; Masson 1984; Eysenck 1985; MacLeod e Saraga 1988; Dell 1990; Gavey *et al.* 1990].

Perché allora presentare il punto di vista psicanalitico sulla depressione post-partum? Il modello psicanalitico, criticato o semplicemente ignorato in molti ambienti scientifici o militanti nei paesi anglosassoni, resta invece un punto di riferimento importante nei paesi di cultura latina (America del Sud, Spagna, Francia, Italia) [Eysenck 1985]. Nei paesi di lingua francese, in particolare, la formazione degli operatori delle professioni di assistenza (sanitaria, psicologica e sociale) è improntata al modello psicanalitico. Per quanto riguarda i concetti psicanalitici relativi alla gravidanza ed al parto, inoltre, si può dire che facciano ormai parte del sapere popolare, dato che sono stati abbondantemente divulgati nella letteratura per future madri (vedi le rassegne di Marie-Josée Jaubert [1979], in Francia, e di Marina Sbisà [1984], in Italia). Insomma è per la sua influenza sociale e per il peso delle sue conseguenze, e non per il suo valore scientifico, che il modello psicanalitico dev'essere esaminato.

In breve, la spiegazione psicanalitica della depressione post-partum è la seguente. Si parte dall'assunto che una certa regressione avvenga in tutte le donne incinte, regressione che farebbe rivivere dei conflitti precedenti, come il cosiddetto complesso di Edipo; ciò avverrebbe soprattutto nei casi in cui la donna rifiuta il modello materno, o ha dei rapporti conflittuali con sua madre. La depressione sarebbe così il risultato di conflitti irrisolti (come per esempio il desiderio inconsciente di avere dei rapporti sessuali con il proprio padre o di prostituirsi) o comunque del fallimento dell'adatta-

mento della donna alla maternità [Deutsch 1945; Bibring 1959; Bibring *et al.* 1961; Racamier 1961 e 1978; Chertok 1969; Blum 1978; Pazzagli *et al.* 1981].

Zilboorg [1929 e 1957] per esempio ha sostenuto che le donne che hanno dei disordini mentali nel post-partum non hanno mai raggiunto il cosiddetto stadio vaginale del loro sviluppo sessuale; sono frigide, masturbatrici croniche e potenzialmente omosessuali; soffrono di un complesso di castrazione di tipo rivendicativo. Molto più recentemente, altri autori ipotizzano che meccanismi di panico omosessuale siano all'opera nelle donne depresse nel puerperio (Mayberger e Abranson [1980], citati da Prezza e Violani [1984, 36]).

Ma ritorniamo un momento a questo concetto chiave che è la regressione, che riguarda, pare, tutte le donne in gravidanza. Secondo un dizionario di psicologia, regressione significa «il contrario di progresso»: «nelle teorie psicanalitiche, questo concetto ha delle implicazioni negative, e cioè che uno stato d'ansia o di stress fa sì che l'individuo, per sfuggire all'ansia, ritorni indietro, verso un comportamento precedente, più primitivo o infantile» [Reber 1985, 627].

Si tratta di un'elaborazione che è impossibile verificare, ma che è presentata, nei libri per future mamme, come un fatto acquisito: «Poche donne lo sanno: ma rivivono, durante la gravidanza, tutta la loro infanzia... sono in uno "stato di regressione". Di fronte a quest'avvenimento straordinario che sconvolge il loro organismo ed il loro train-train quotidiano, cercano sicurezza ridiventando delle bambine piccole... il futuro papà non dovrebbe essere infastidito dall'atteggiamento infantile della sua giovane (sic) moglie, né dovrebbe essere geloso se lei si riavvicina ai suoi genitori, e soprattutto a sua madre» [Dana e Marion 1975, 30]; per altri esempi, vedi Jaubert [1979] e Sbisà [1984].

Ritornare alle fonti, e cioè alle descrizioni che gli psicanalisti stessi fanno delle donne incinte, ha un effetto altrettanto deprimente. Secondo Grete Bibring: «La gravidanza è un periodo di crisi... Questo disordine nell'equilibrio della personalità è responsabile della creazione temporanea di un quadro disintegrativo ancor più severo» [Bibring *et al.* 1961,

116]; «L'organizzazione psicologica che la donna ha raggiunto nell'età adulta deve subire un livello importante di dissoluzione come risposta specifica alla gravidanza» [*Ibidem*, 26].

E lo psicanalista francese Racamier va ancor più lontano: «La maternità è una fase in cui la struttura psichica si avvicina normalmente ma reversibilmente ad una struttura psicotica» [Racamier 1961, 533].

E secondo degli psichiatri italiani: «La gravidanza... si potrebbe considerare, a seconda dei casi, come una difesa da angosce di vuoto, un modo per difendersi attraverso l'assunzione di un ruolo o un proclama isterico di una sessualità genitale in fondo assente. Probabilmente motivazioni di questo genere giocano un ruolo più o meno importante in ogni donna e forse costituiscono una parte del cosiddetto istinto materno» [Pazzagli *et al.* 1981, 3].

Insomma, secondo gli psicanalisti, la gravidanza sarebbe un periodo di regressione e grave crisi, in cui l'organizzazione psichica della donna si dissolverebbe come durante una psicosi; per rassicurarci ulteriormente, ci dicono che queste modificazioni – patologiche in ogni altra persona – sono del tutto normali in gravidanza! In breve, le donne incinte sono mentalmente disturbate, ma non preoccupiamoci, perché ciò è normale.

Altro esempio di come gli psicanalisti considerano le future madri è la loro interpretazione delle nausee. L'opinione più diffusa è che il vomito rappresenti un rifiuto inconscio della gravidanza o del bambino o l'ambivalenza della madre in proposito [Menninger 1939; Weiss e English 1943; Chertok 1969]. Più recentemente, ginecologi con una formazione psicoanalitica hanno sostenuto che l'ambivalenza materna può essere all'origine della prematurità e della nati-mortalità [Le Vaguerès 1983]. Da notare che Helen Deutsch [1945] interpreta l'assenza di vomito, e non la sua presenza, come segno di rifiuto inconscio della gravidanza.

Di nuovo, nonostante l'assoluta mancanza di basi empiriche e, viceversa, l'esistenza di spiegazioni alternative più convincenti (vedi Lennane e Lennane [1973] e Reading [1983, 45-47]), questa credenza è stata adottata tale quale

anche al di fuori dell'ambiente psicanalitico. In un testo di ostetricia, il vomito in gravidanza è classificato tra le nevrosi, le cui cause sarebbero da attribuirsi al rancore, all'ambivalenza e all'incapacità delle donne mal preparate ad affrontare la maternità [Benson 1972]. Ed i testi di preparazione al parto riportano lietamente che: «È ormai stabilito che il vomito significa – del tutto inconsciamente, state tranquille! – un rifiuto del feto, un desiderio di espellerlo» (citato da Jaubert [1979]).

Tra la metà ed i due terzi delle donne hanno delle nausee e vomitano in gravidanza: secondo l'interpretazione psicanalitica dunque, altrettante sono nevrotiche, ambivalenti e piene di risentimento. D'altra parte, il *non* avere questi problemi, non rappresenta affatto un segno di salute mentale: sarebbe anzi, secondo alcuni autori, assai sospetto e da considerarsi come un segno premonitore di problemi psicologici nel dopo-parto [Nilsson 1972]. E Racamier [1978, 43] così precisa questo concetto: «Ci sono delle donne che attraversano la gravidanza ed il dopo-parto senza esserne turbate: sono in genere donne con una nevrosi molto stretta, o con una personalità marginale, o molto narcisistica».

E nei libri per future mamme ci si affretta a spiegare che le donne incinte che non hanno nessun sintomo e che si sentono benissimo hanno una personalità «maschile ed aggressiva»: il loro rifiuto della gravidanza può essere così completo da far loro ignorare anche i suoi elementi negativi ed il suo fardello fisiologico (citato da Jaubert [1979]).

Conclusa la gravidanza, partorito il bambino, si potrebbe sperare che le madri, eccetto quelle che incappano nella depressione post-partum, possano ritrovare l'equilibrio psichico perduto. Niente affatto: si passa ora alla fase della preoccupazione materna primaria, che, secondo il pediatra e psicanalista Winnicott [1958] consiste in «un vero e proprio stato psichiatrico molto particolare alla madre», una «malattia normale» che corrisponde «ad uno stato di ritiro, 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». Tanto per non perdere l'abitudine, anche questo è un processo

regressivo che coinvolge tutta la personalità della donna, ed in cui una «madre devota» dev'essere temporaneamente in grado di preoccuparsi in maniera totale del bambino, distogliendo per il tempo necessario la propria attenzione dal mondo circostante.

Insomma, non è possibile essere madre, e soprattutto una buona madre, senza essere mentalmente disturbata. Le donne senza figli sono allora, almeno loro, normali? Neanche per sogno, dato che «è solo attraverso la maternità (che la donna) riesce ad oltrepassare la sua incompletezza anatomica» [Racamier 1961, 527].

Ed altri psicanalisti hanno bollato le donne senza figli come infantili, immature, egoiste, narcisistiche e nevrotiche [Deutsch 1945; Bettelheim 1965; Chertok 1969]. Insomma non c'è verso: essere donna vuol dire avere dei problemi mentali.

Non sono solo gli psicanalisti a pensarlo, purtroppo. Ehrenreich ed English [1979] hanno mostrato come, nel XIX secolo, ogni manifestazione dell'essere donna (mestruare, concepire, partorire ed allattare) fosse, in sé, una malattia (almeno per le donne di classe media). Nel 1970, in una ricerca ormai celebre, Broverman *et al.* hanno chiesto a degli operatori di salute mentale (psichiatri, psicologi, infermieri ecc.) di descrivere, utilizzando una lista di aggettivi dati, un uomo equilibrato, una donna equilibrata e un adulto (il cui sesso non era specificato) equilibrato. Mentre le caratteristiche dell'uomo e dell'adulto equilibrato corrispondevano, quelle della donna equilibrata erano del tutto differenti: le donne furono descritte come sottomesse, dipendenti, facilmente influenzabili e preoccupate del loro aspetto fisico, caratteristiche che nella nostra società sono tipiche dei bambini e dei ritardati mentali. Così commenta Shelly Day: «Le donne, per essere considerate come mentalmente equilibrate, devono piegarsi a queste norme di comportamento, anche se tali comportamenti sono considerati come poco appropriati in genere per una persona adulta. Insomma, per essere "normali", le donne finiscono per essere considerate come degli adulti non equilibrati» [Day 1985, 23].

Le attese degli operatori di salute mentale nei confronti

delle donne non si sono evolute nel frattempo. Nel 1978, un gruppo di lavoro dell'American Psychological Association constatava che molti psicoterapeuti proponevano alle loro pazienti un modello di donna timida e passiva, e che le donne sicure di sé venivano considerate come «castratrici» [American Psychological Association 1978]; nel 1985, la psichiatra Paula Caplan denunciava la persistenza nel pensiero e nella pratica psichiatrica del mito del «masochismo innato» delle donne [Caplan 1985].

Ritorniamo all'interpretazione psicanalitica della depressione post-partum come risultato di un conflitto non risolto o del fallimento da parte della donna dell'adattamento alla maternità. Vediamo cosa può significare adattarsi alla maternità, nelle parole di uno psicanalista che descrive un caso in cui, grazie a lui, l'adattamento è riuscito: «[La donna] ha fatto per sei mesi due sedute di psicoterapia per settimana, e poi altre due sedute il mese successivo. A questo punto, si era resa ben conto che occuparsi di una casa e curare un bambino rappresentavano un duro lavoro, ma era riuscita a trovare tutto ciò soddisfacente» [Douglas 1963, 275].

Adattarsi alla maternità, significa insomma accettare, e trovare soddisfacenti, tutti i doveri che la nostra società attribuisce alle madri, e cioè occuparsi del bambino, del marito e della casa. È strabiliante come gli psicanalisti arrivino in proposito alle stesse conclusioni dei fautori del modello biochimico. Si dirà: la classe medica non è mai stata molto illuminata per quanto riguarda il ruolo e la posizione della donna (vedi il lavoro di Moebius [1904] per esempio, e le rassegne critiche di Scully e Bart [1973] e di Ehrenreich ed English [1979]). Peccato che gli psicologi americani sembrino sottoscrivere allo stesso modello: commentando i risultati di una ricerca sull'esperienza della prima maternità, Hopkins *et al.* [1984, 500] riportano che le madri intervistate «esprimevano preoccupazione e sentimenti negativi rispetto al fatto di essere chiuse in casa e di annoiarsi sia due che sette mesi dopo il parto, e ciò indica che il processo di adattamento (alla maternità) potrebbe esser lungo».

Sia nel modello psicanalitico che in quello ormonale, c'è

insomma una confusione continua tra quello che si considera «naturale» e per questo immutabile, e quello che è socialmente determinato. Non c'è traccia, qui, della riflessione di Adrienne Rich [1976] sulla distinzione tra la maternità come esperienza creativa unicamente femminile, e maternità come istituzione sociale, distinzione che permetterebbe di capire come le donne possano vivere appassionatamente la prima, e contemporaneamente sentirsi oppresse o rifiutare la seconda (vedi anche Oakley [1980]). In entrambi i modelli, si parte dall'assunto che la causa della depressione post-partum sia da ricercare nel fallimento di qualche meccanismo interno (biochimico o intrapsichico), senza considerare la possibilità che risieda invece nell'incapacità o nel rifiuto della donna di adattarsi all'istituzione sociale della maternità. O non dovremo piuttosto dire che il vero fallimento sta nell'incapacità della società tutta intera di rispondere adeguatamente ai bisogni delle madri e dei loro bambini?

Per concludere, se questa breve rassegna della letteratura prodotta in ambito medico-psichiatrico non è stata di grande aiuto per capire le difficoltà e la sofferenza delle madri, è stata invece utile per mettere in luce i pregiudizi alla base di molti lavori scientifici sulla depressione post-partum ed alcune delle loro conseguenze sulle donne.

3. Ricerche in ambito psicologico e sociologico

Le ricerche sviluppate in questi ambiti condividono alcune caratteristiche dei lavori con un approccio medico: la depressione post-partum è considerata una deviazione dalla norma, uno scarto nell'esperienza tutta in positivo della maternità, qualcosa di radicalmente diverso dall'infelicità e dall'insoddisfazione. Anche in alcune di queste ricerche, inoltre, si parte dall'assunto che si tratti di un'entità specifica, da non confondere con la depressione in altri momenti, anche vicinissimi, della vita. Un esempio estremo di questa posizione è la ricerca di alcuni sociologi americani [Stemp *et al.* 1986], in cui viene ribadita la preoccupazione di distinguere la depressione post-partum dalla depressione associata alla presenza di bimbi di uno o due anni!

C'è comunque una differenza importante tra gli studi ad orientamento psicologico e sociologico e quelli medici: nei primi, ma non nei secondi, metodologia, variabili e strumenti di valutazione sono quasi sempre descritti in modo appropriato. È così possibile valutare la correttezza dei risultati presentati e, in alcuni casi, utilizzarli per capire meglio la realtà, anche se non si condividono tutti i presupposti della ricerca stessa.

Ricerche psicologiche

Solo in poche ricerche in ambito psicologico si è cercato di sviluppare e valutare un modello esplicativo della depressione post-partum. Si tratta in genere di una riformulazione della teoria dell'«impotenza appresa» (che descriveremo con maggior dettaglio in seguito): le persone che, in presenza di avvenimenti negativi, tendono ad attribuirsi la responsabilità, diventerebbero più facilmente depresse in occasione di avvenimenti importanti percepiti come incontrollabili [Abramson *et al.* 1978]. I risultati empirici in proposito sono contraddittori: Cutrona [1983] e O'Hara *et al.* [1982], ma non Manly *et al.* [1982] trovano delle prove di una relazione tra «lo stile personale di attribuzione» e la depressione post-partum. Cutrona riconosce comunque che il suo risultato più interessante è l'associazione tra dei fattori stressanti quali le difficoltà per calmare e nutrire il bambino, e la mancanza di aiuto da parte del marito, e la depressione: secondo l'autrice «il numero di avvenimenti negativi legati al bambino predice la depressione molto meglio dell'idea che (la donna) si fa della causalità di questi avvenimenti» [Cutrona 1983]. Anche O'Hara, in un'analisi ulteriore dei suoi dati [O'Hara *et al.* 1983], trova un'associazione tra variabili come l'assenza di sostegno morale e materiale da parte del compagno e depressione delle madri. Insomma sembra proprio che l'impatto della realtà sia più importante per le donne di quanto non lo siano le idee che possono farsi in proposito.

Questi risultati vanno nello stesso senso di quelli di Atkinson e Rickel [1984], la cui ricerca si situa nel contesto della teoria dello stress sociale e della teoria comportamentale

della depressione. Secondo la prima, le difficoltà psicologiche del post-partum dipendono da quanto i modelli precedenti di comportamento sono stati modificati dai nuovi ruoli imposti dalla presenza di un neonato. Secondo la seconda, un cambiamento improvviso e definitivo nel proprio ambiente, come quello rappresentato dalla nascita di un bambino, può essere associato alla diminuzione di attività gratificanti: questa diminuzione sarebbe un antecedente cruciale della depressione [Lewinsohn *et al.* 1979]. I risultati di Atkinson e Rickel [1984] sono coerenti con questi modelli teorici: la depressione post-partum era significativamente associata con degli indicatori dello sconvolgimento apportato dal bambino nella vita della madre, come per esempio il tempo dedicato ad accudirlo.

Ricerche ad orientamento sociologico

Sono stati uno psichiatra, Richard Gordon, e sua moglie, Katharina Gordon, un'infermiera, e non dei sociologi, a studiare per primi il ruolo dei fattori sociali nello sviluppo della depressione post-partum [Gordon 1958; Gordon e Gordon 1960; Gordon *et al.* 1959 e 1965]. I risultati delle loro ricerche mostrano un'associazione tra la depressione ed un certo numero di tensioni sociali riportate dalla donna, quali l'esistenza di una differenza culturale tra lei e il marito, problemi di salute in gravidanza, non avere nessuna esperienza di bambini piccoli ed essere prive di aiuto in questo periodo [Gordon *et al.* 1959]. Sulla base di questi risultati, i Gordon organizzarono dei corsi sperimentali di preparazione al parto, seguiti soprattutto da madri di classe media, in cui venivano presentati gli aspetti psicologici e sociali, compresi quelli negativi, legati al fatto di avere un figlio. Si discutevano temi generali come «le responsabilità di essere madre, ma non martire, si imparano, chiedete aiuto e consigli» o più specifici come «fate amicizia con altri genitori di bambini piccoli», «riposatevi e dormite più possibile», «cercate di trovare una baby-sitter prima che il bimbo sia nato», «prendete la patente» [Gordon e Gordon 1960]. Questo programma diede

dei risultati positivi: i soggetti «sperimentali» operarono più cambiamenti nella direzione suggerita al corso delle donne che avevano seguito i corsi tradizionali e, in seguito, riportarono meno spesso difficoltà psicologiche. Per quanto riguarda il corso sperimentale, i risultati erano ancora migliori quando i mariti lo avevano seguito. In una ricerca precedente, i Gordon, valutando i diversi approcci terapeutici nei confronti di madri depresse, giunsero alla conclusione che un intervento basato sull'analisi e la soluzione dei problemi pratici e sociali era molto più appropriato ed efficace di terapie psicodinamiche basate sull'analisi dei conflitti inconsci [Gordon *et al.* 1959].

Il lavoro dei Gordon non è esente da limiti e difetti metodologici, né sfugge all'ideologia conformista già criticata. Sono stati però i primi a mostrare l'esistenza di una relazione tra assenza di sostegno pratico ed emotivo e problemi psicologici nel dopo-parto. Dai loro scritti, inoltre, emerge un'immagine delle madri come degli esseri umani che affrontano delle situazioni oggettivamente difficili (come essere sole in una villetta di periferia con un neonato che piange tutto il giorno, in un quartiere in cui non si conosce nessuno, e senza patente!), e non come dei recipienti dove avvengono le battaglie dei conflitti intrapsichici o dei riaggiustamenti ormonali.

Malgrado l'importanza di questi risultati, dell'approccio sociale alla depressione post-partum non si parlò più fino ai primi anni '80, quando alcuni autori inglesi studiarono, anche se in maniera più schematica di quanto non avessero fatto i Gordon, gli effetti degli «avvenimenti della vita» (*life events*) e del sostegno sociale sulla depressione post-partum [Paykel *et al.* 1980].

Il contesto teorico di questa ricerca è il modello sviluppato dai sociologi Brown ed Harris [1978] a partire dal loro lavoro sulle donne depresse. Secondo questi autori, la depressione è una risposta del tutto comprensibile alle difficoltà ed alle disgrazie della vita: la sua caratteristica principale è la generalizzazione del sentimento di disperazione (*hopelessness*). Quattro «fattori di vulnerabilità» (esser rimaste orfane di madre nell'infanzia, non avere una relazione affettuosa con il proprio compagno, essere casalinga a tempo pieno e madre

di tre o più figli che vivono in casa) avrebbero un ruolo di mediazione, diminuendo la stima di sé. Così, in occasione di avvenimenti negativi (*negative life events*) (come la perdita di una persona cara o la disoccupazione, propria o del marito), le donne finirebbero per generalizzare il senso di disperazione, e quindi per soccombere alla depressione. I risultati della loro ricerca mostrano che fattori di vulnerabilità, avvenimenti negativi e depressione erano tutti molto più comuni nella vita delle donne di classe operaia: tra loro, il 23% risultava avere una depressione grave, contro il 6% tra le donne di classe media. Questa differenza era comunque limitata alle donne con figli: tra le madri di classe popolare che avevano almeno un bambino di età prescolare, il 42% erano state diagnosticate come depresse. Il lavoro di Brown ed Harris [1978] è di estrema importanza, sia per la sua trasparenza metodologica, che per i risultati prodotti: mostra infatti che alcuni fattori di rischio di depressione (essere madre di famiglia e casalinga) corrispondono a quel che ancora oggi viene richiesto a molte donne, o che si propone loro come il modello ideale di comportamento. Insomma, è la vita «normale» che rende la donna depressa, anche se alcune sue caratteristiche vengono poi definite in termini di fattori di rischio.

La ricerca di Paykel *et al.* [1980] è stata svolta in questo contesto teorico, con l'obiettivo di studiare retrospettivamente l'effetto di avvenimenti negativi sul benessere psicologico delle donne dopo il parto. I risultati mostrano un'associazione tra problemi psichiatrici precedenti, la presenza di avvenimenti stressanti, la mancanza di aiuto e sostegno da parte del marito e la depressione nel dopo-parto.

Purtroppo, l'uso di una terminologia tecnica (*life events, vulnerability factors*) finisce per dissimulare le reali condizioni di vita delle madri. L'esperienza di avere un marito che esce da solo tutte le sere, che non fa nulla in casa, o che ignora e disprezza il lavoro della moglie, è neutralizzata da espressioni come mancanza di sostegno da parte del marito (*lack of support from husband*): è poi totalmente annacquata nel concetto più generale di sostegno sociale inadeguato (*inadequacy of social support*). Altrettanta informazione viene perduta

quando la disoccupazione del marito (che significa, tra le altre cose, un declassamento sociale ed economico, e la presenza inabituale in casa di un uomo spesso irritabile e depresso) si trasforma in un *undesirable life event* (vedi anche Mirowsky e Ross [1989a])².

Anche se l'uso di questa terminologia rappresenta un eufemismo rispetto alla concretezza delle difficoltà che vivono le donne, questi lavori mostrano con chiarezza che «delle forme moderate e gravi di sofferenza mentale sono legate all'esperienza vissuta, alla pratica di essere donna e madre nella società di oggi. Ciò rappresenta un passo avanti rispetto alle interpretazioni strettamente mediche, in cui l'influenza di tutto quel che è esterno all'individuo viene sistematicamente ignorata» [Day 1985, 19].

4. Commenti e conclusioni

L'analisi della letteratura sulla depressione post-partum ci permette di arrivare alle seguenti conclusioni:

1) Non c'è motivo di continuare a considerare la depressione post-partum come una categoria speciale di depressione. I risultati delle ricerche considerate mostrano che le madri sono depresse in momenti diversi della loro vita, e non solo nei primi mesi dopo il parto.

2) I sostenitori del modello medico non sono stati in grado di provare l'esistenza di un'origine interna - biochimica o intrapsichica - della depressione post-partum; questo modello si è però rivelato estremamente efficace nel dare legittimità e rinforzare alcune credenze convenzionali sul ruolo della donna.

3) I risultati delle ricerche in campo psicologico e sociale mostrano in maniera convincente che alcune condizioni

² Nel linguaggio delle scienze sociali e delle professioni di assistenza ci sono esempi ancor più spettacolari di eufemismi: ad esempio la situazione delle donne picchiate dal marito viene definita come «violenza coniugale», mentre del fatto che un padre abbia abusato sessualmente della figlia si parla in termini di «famiglia disfunzionale» (per una rassegna e una discussione critica, vedi Gavey *et al.* [1990], e Romito [1990a]).

sociali sono associate alla depressione dopo parto. Si tratta raramente di circostanze eccezionali; anzi, corrispondono spesso alle attese che la società ha nei confronti delle donne e delle madri.

Malgrado ciò, anche in queste ricerche la depressione post-partum viene affrontata come un fatto eccezionale, una patologia; si considera scontato che la maternità sia un processo tutto in positivo per tutte le donne, eccetto per quelle «colpite» da depressione. Questo approccio, nonché l'uso eufemistico di una terminologia tecnica, finiscono per oscurare la nostra comprensione dell'esperienza delle madri e della loro sofferenza.

Prendere sul serio la possibilità che la maternità, anche in condizioni ordinarie, possa essere un'esperienza difficile rende necessario riformulare la questione anche in termini di ricerca:

a) il campo di ricerca non può più esser quello, piuttosto limitato, della depressione post-partum, ma diventa quello del processo della maternità e del contesto sociale in cui questo processo si sviluppa. Non c'è più nessuna ragione teorica di considerare solo il periodo del dopo parto, dato che la condizione di madre va ben al di là dei pochi mesi successivi a una nascita;

b) studiare la maternità come processo, e non la depressione post-partum come fenomeno deviante rispetto alla norma, richiede inoltre che si consideri con più attenzione l'esperienza quotidiana di tutte le madri, e non solo di quelle che «falliscono».

Nel prossimo capitolo, presenterò alcune ricerche che analizzano l'esperienza delle neo-madri. Benché soltanto alcune di esse prendano in considerazione il tema della depressione, ci permettono di capire quali sono le situazioni in cui le madri soffrono, più di quanto non facciano le ricerche volte specificatamente a questo scopo.

UN CONTESTO TEORICO PIÙ AMPIO. AVERE UN FIGLIO E DIVENTARE GENITORI

Dagli anni '50 in poi, numerose ricerche, nate nel contesto della sociologia della famiglia, hanno studiato la transizione alla condizione di genitori: obiettivo principale era capire l'effetto della nascita di un figlio, in particolare del primo, sulla vita dei genitori e sulla loro relazione di coppia. La metodologia di queste ricerche è quella tipica delle scienze sociali: interviste con questionario, spesso arricchite da scale di opinioni, oppure interviste non direttive, registrate e trascritte. Le domande riguardano in genere sia i comportamenti degli intervistati che le loro opinioni in proposito.

Più recentemente, anche gli psicologi dell'età evolutiva si sono interessati a questo tema: anche se le loro ricerche, come vedremo in seguito, hanno un'angolazione e metodologie differenti da quelle in sociologia della famiglia, i loro risultati si completano mutualmente [Belsky 1981].

1. *Le ricerche in sociologia della famiglia*

I risultati dell'insieme di queste ricerche vanno clamorosamente contro quel che la maggior parte della gente pensa in proposito: l'arrivo di un figlio, benché accompagnato anche da gioia e soddisfazione, rende spesso le relazioni di coppia più difficili, non più felici; la soddisfazione coniugale, comunque essa sia definita, tende a diminuire invece di aumentare con la nascita del primo bambino, ed ancor più dei bambini successivi; le coppie senza figli, e quelle i cui figli sono grandi ed hanno lasciato la casa, sono mediamente più felici di quelle che hanno bambini piccoli o adolescenti.

Molti genitori fanno l'esperienza di una diminuzione della

soddisfazione coniugale, dei sentimenti affettuosi per l'altro, delle attività piacevoli «costitutive» della vita a due (stare insieme, parlarsi e ascoltarsi, fare all'amore ecc.), della capacità di funzionare bene come coppia e, in generale, della qualità della vita. La tendenza verso il peggioramento è inoltre sistematicamente più marcata per le madri che per i padri [LeMasters 1957; Dyer 1963; Meyerowitz e Feldman 1966; Hobbs 1965 e 1968; Ryder 1973; Feldman 1974; Russell 1974; Hobbs e Cole 1976; Hobbs e Wimbish 1977; Miller e Sollie 1980; Belsky *et al.* 1981 e 1985; Scott-Heyes 1983; Moss *et al.* 1986; Lewis 1988].

Per esempio in una ricerca recente, il 60% dei genitori (intervistati durante la gravidanza e poi tre, nove e trentasei mesi dopo il parto) riportava una diminuzione significativa dei comportamenti volti a mantenere ed a migliorare la relazione; quasi la metà riportava un decremento dei sentimenti amorosi per l'altro [Belsky e Rovine 1990].

La soddisfazione coniugale diminuisce inoltre con le nascite successive [Belsky *et al.* 1983]. Le coppie giovani, sposate da poco, poco istruite e con un reddito basso, incontrano più problemi delle altre [Moss *et al.* 1986; Belsky e Rovine 1990]. Dato che i partecipanti a queste ricerche sono tutti volontari piuttosto motivati, è probabile che i risultati ottenuti sottostimino l'entità delle difficoltà presenti nella popolazione generale.

Alcuni degli effetti negativi dell'arrivo di un bambino, come la minore disponibilità di denaro e di tempo da passare insieme, riguardano entrambi i genitori. Data la divisione sessuale del lavoro di cura, le madri subiscono però delle conseguenze specifiche: l'aumento del lavoro domestico, la disponibilità continua del loro tempo richiesta dal bambino, il sentimento di essere «incastrate» a casa, la mancanza di sonno, la fatica [Dyer 1963; Hobbs 1965; Russell 1974]. Le donne riportano più spesso una deteriorazione della qualità della loro vita sessuale [Meyerowitz e Feldman 1966; Feldman 1974; Hobbs e Wimbish 1977; Cowan *et al.* 1978], nonché dell'intimità e della comunicazione con il coniuge [Ryder 1973; Miller e Sollie 1980; Belsky *et al.* 1983 e 1985]. In particolare, le mogli sono più numerose dei mariti a consta-

tare che il partner non capisce le difficoltà specifiche della loro condizione [Moss *et al.* 1986]. Secondo una ricerca americana [Belsky e Rovine 1990], quando le donne avevano pianificato la gravidanza il peggioramento della relazione coniugale era più marcato: in questa circostanza le aspettative sarebbero più rosee, e la delusione più intensa. Anche l'impossibilità di predire il comportamento del bambino (per quanto riguarda i ritmi del sonno e dell'alimentazione) era associata, per le madri, ad un decremento nella qualità della relazione di coppia [Belsky e Rovine 1990].

I risultati di ricerche svolte anche in altri campi permettono di capire meglio i meccanismi ed i processi che stanno dietro questi risultati. Cowan *et al.* [1978] hanno calcolato che occuparsi della casa e di un neonato richiede tra le centocinque e le centosettantaquattro ore per settimana. Tutte le ricerche in proposito mostrano che le madri assumono quasi completamente questo lavoro [Entwisle e Doering 1981; Oakley 1981; Belsky *et al.* 1983; Moss *et al.* 1986]; i padri tendono a fare meno di quanto non fosse stato previsto durante la gravidanza [Belsky 1985]. Non solo: la partecipazione del padre al lavoro domestico diminuisce con la nascita del primo figlio; più numerosi sono i figli, meno il padre partecipa alle loro cure ed al lavoro domestico [Heer 1958; Blood e Wolfe 1960; Campbell 1967; Kellerhals *et al.* 1982; Cowan *et al.* 1978; Oakley 1981; Moss *et al.* 1987; MacDermid *et al.* 1990]. Da notare che questa tendenza è presente anche nel caso le madri abbiano un'attività professionale a tempo pieno [Meissner 1975; Robinson 1977; Tierney *et al.* 1990]. I dati di un'inchiesta italiana sono limpidi in proposito: nelle coppie in cui entrambi i partner hanno un lavoro fuori casa, le ore di lavoro domestico svolte in media dalle mogli passano da 27,2 per settimana se non ci sono figli a 34,5 se ci sono tre figli; le cifre corrispondenti per i mariti sono 6,4 ore se non ci sono figli e 6,0 ore se ci sono tre figli [Istat 1985].

Insomma, più c'è da lavorare in casa, e più i padri schivano questo lavoro. Come spiegare questa tendenza, che va contro tutte le aspettative «naturali» in proposito? Secondo alcuni autori, la nascita del primo bambino porterebbe con sé una tradizionalizzazione dei ruoli nella coppia: da una

situazione di relativa uguaglianza all'inizio della vita coniugale (sia per quanto riguarda la divisione dei compiti domestici che i processi decisionali), si passerebbe ad una struttura familiare in cui il potere sarebbe molto più chiaramente nelle mani dell'uomo [Blood e Wolfe 1960; Meyerowitz e Feldman 1966; Cowan *et al.* 1978; Entwisle e Doering 1981; Moss *et al.* 1987]. L'arrivo del secondo, o di successivi, bambini, sposterebbe ancor più la bilancia del potere in favore del marito [Heer 1958; Feldman 1974; Belsky *et al.* 1983].

Alla luce di questi dati, le conclusioni di Judith Long Laws, benché relative agli anni '70, sono ancora valide: nonostante l'esaltazione che viene fatta della maternità, le donne perdono socialmente valore quando diventano madri; fare bambini ed occuparsene diventa uno strumento attraverso il quale la società limita o sopprime il potere che le donne avrebbero di esercitare le proprie capacità e di decidere della propria vita [Long Laws 1971].

Anche le ricerche in sociologia della famiglia sulla transizione alla condizione di genitori non sono esenti da limiti metodologici; hanno inoltre un approccio conformista del ruolo sociale della donna (vedi le critiche di Belsky [1981]; LaRossa e Mulligan LaRossa [1981] e Romito [1988]). Questi limiti riducono però solo parzialmente l'interesse dei loro risultati che mostrano tutti come, contrariamente all'ideologia del senso comune, la nascita di un figlio tende a rendere più difficile la vita della coppia, e soprattutto quella della madre. Da notare come questi risultati siano del tutto incompatibili con il quadro disegnato nel modello medico, in cui la depressione delle madri è vista come un fallimento individuale nel contesto di un processo peraltro tutto positivo e non problematico.

2. Le ricerche qualitative

Altre ricerche hanno considerato la stessa questione - la nascita di un figlio e le sue conseguenze sulla vita della donna e della coppia - con prospettive e metodi diversi. Partono infatti da un'analisi della condizione della donna e

della maternità, e del rapporto di potere tra i sessi, che è frutto del movimento femminista degli anni '70.

Ne presenterò rapidamente quattro, tutte svolte agli inizi degli anni '80, una in Gran Bretagna, le altre tre negli Stati Uniti [Oakley 1980; Leifer 1980; Entwisle e Doering 1981; LaRossa e Mulligan LaRossa 1981]. A differenza degli studi in sociologia della famiglia discussi nel capitolo precedente, si tratta di ricerche longitudinali; il metodo principale è l'intervista semi-direttiva, registrata e poi ritrascritta, anche se in alcune ricerche parte dell'informazione viene raccolta con scale standardizzate, questionari con domande chiuse ecc. Questi studi offrono tutti delle ricche descrizioni qualitative di cosa significa diventare madri (Oakley e Leifer) o genitori (Entwisle e Doering e LaRossa e Mulligan LaRossa); due di loro (Oakley e soprattutto Entwisle e Doering) presentano anche un'analisi quantitativa dei risultati.

Myra Leifer [1980] ha intervistato un piccolo gruppo di donne di classe media, tre volte durante la gravidanza e due dopo la nascita del primo bambino. Secondo l'autrice, la maggior parte di loro non avevano la minima idea di cosa le aspettasse, per quanto riguarda il parto, l'allattamento e la vita con un neonato. I padri aiutavano pochissimo; il loro aiuto era correlato con il successo dell'allattamento al seno. Temperamento e comportamenti del bambino erano cruciali nel determinare il sentimento di competenza della madre: più il bimbo era difficile, più la madre si sentiva inadeguata. Due mesi dopo il parto, solo alcune donne avevano potuto uscire di casa senza di lui; la maggior parte erano sfinite e non dormivano abbastanza. Durante i primi tre mesi dopo il parto, due terzi delle madri avevano vissuto dei momenti di depressione intensa; sette mesi dopo, la metà del campione viveva ancora dei periodi di depressione.

Ann Oakley [1980] ha intervistato cinquantacinque donne, la maggior parte di classe media, due volte prima e due volte dopo la nascita del loro primo figlio. Molto spazio viene dedicato alla descrizione ed all'analisi della medicalizzazione della gravidanza e della nascita che, secondo l'autrice, priva le donne del controllo sulla loro esperienza; i suoi risultati mostrano un'associazione tra l'aver subito molti interventi

durante il parto, l'insoddisfazione in proposito e la depressione nei mesi successivi. Dalla sua ricerca, il processo attraverso cui le donne diventano madri emerge come un'esperienza sempre impegnativa ed a volte molto difficile. Nei primi mesi dopo il parto, tutte le intervistate dicevano di non dormire abbastanza; più di due terzi trovavano che occuparsi del bambino era più pesante di quel che avevano immaginato; due terzi avevano troppo da fare e neanche un minuto per sé; il 40% si sentiva sola e trovava la vita monotona ed al 70% capitava di provare dei violenti sentimenti di collera nei confronti del bambino.

Oakley fa un'analisi critica di quel che chiama «il paradigma femminile», implicito sia nelle ricerche mediche che in quelle svolte nell'ambito delle scienze sociali. In questo paradigma, le donne sono considerate come persone programmate esclusivamente per la riproduzione e non come esseri umani completi: di conseguenza, le loro reazioni, l'adattamento alla maternità o la depressione post-partum, sono attribuite alla loro femminilità più che alla loro umanità. Oakley propone un'ipotesi alternativa: la nascita di un figlio, e soprattutto del primo, può essere un avvenimento che sconvolge totalmente la vita delle madri. Come altri avvenimenti di questo tipo (andare in pensione, subire un'operazione chirurgica importante ecc.), ed in determinate circostanze, anche la nascita di un figlio può insomma causare una reazione depressiva.

Oltre la medicalizzazione del parto e l'insoddisfazione della donna in proposito, altre circostanze che aumentano il rischio di depressione sono: un marito psicologicamente distante e che non aiuta in casa, nessuna esperienza precedente con bambini piccoli, un alloggio insoddisfacente, ed il fatto di non aver ripreso il lavoro pagato cinque mesi dopo il parto.

Leifer ed Oakley sottolineano entrambe la distinzione tra l'esperienza delle condizioni sociali della maternità (quel che Adrienne Rich [1976] chiama «la maternità come istituzione») ed i sentimenti per il proprio bambino. Non concludono quindi che la maternità è una esperienza del tutto negativa: al contrario, molte donne esprimono la gioia intensa di essere madri e di occuparsi del figlio. I loro risultati

sottolineano però quanto le condizioni obbiettive in cui la maternità è esercitata siano difficili: queste difficoltà sono sufficienti a spiegare la depressione delle madri.

Doris Entwisle e Susan Doering [1981] hanno intervistato centoventi donne in attesa del loro primo bambino e sessanta dei loro mariti, due volte durante la gravidanza, e poi uno e sei mesi dopo il parto. Anche i loro risultati mostrano un'associazione tra l'aver vissuto il parto con un sentimento di controllo ed il benessere psicologico successivo; questa tendenza si riscontra però solo per le donne di classe media. Le donne che avevano avuto un parto cesareo, invece, ne risentivano psicologicamente fino a sei mesi dopo. Le autrici rilevano che i genitori sembravano del tutto impreparati ad alcune caratteristiche di un neonato: la sua assoluta dipendenza, i pianti, le frequenti difficoltà di alimentazione; i padri partecipavano molto poco alle cure del loro bambino. Anche le coppie intervistate in questa ricerca erano passate attraverso un processo di tradizionalizzazione dei ruoli coniugali, benché prima della nascita la maggioranza sostenesse delle opinioni abbastanza egualitarie in proposito. La strategia principale utilizzata per giustificare il cambiamento in atto consisteva nello svaloriare l'attività professionale della madre: quando il bambino aveva cinque mesi, solo il 33% delle madri aveva ripreso un lavoro fuori casa, nella maggior parte dei casi a tempo parziale. Un risultato importante riguarda il fatto che le donne avevano una minor stima di sé dopo il parto rispetto al periodo precedente: secondo le autrici, ciò starebbe a indicare che la società svalorizza le madri.

Ralph LaRossa e Maureen Mulligan LaRossa [1981] hanno intervistato 20 coppie di classe media, in attesa del loro primo o secondo bambino, una volta durante la gravidanza e due volte dopo la nascita. Gli autori, che al momento della ricerca erano in attesa del primo figlio, descrivono come il neonato abbia bisogno di qualcuno che sia costantemente disponibile per occuparsi di lui, e cioè di un *continuous coverage system* e analizzano i conflitti che sorgono tra i neogenitori a proposito della gestione di una risorsa che di conseguenza diventa rara e preziosa in questo periodo, e cioè il tempo libero (libero significa anche «libero dai bambini»).

La società ha delle aspettative molto più rigide rispetto al ruolo materno che rispetto ad altri ruoli (quello paterno, o quello di moglie o di lavoratrice): è alle madri che incombe la responsabilità principale delle cure al bambino piccolo [Lamb 1978]. Strette tra la dipendenza totale del neonato (che muore di fame se nessuno lo nutre, per esempio) e la rigidità delle aspettative di ruolo nei lato confronti, la maggior parte delle donne si trova in una condizione di reale inferiorità rispetto al marito quando si tratta di negoziare con lui risorse quali il tempo libero. Per gli stessi motivi, è molto più difficile per una donna in questa situazione minacciare, ed ancor più attuare quella possibile risposta ai conflitti coniugali, che è lasciare il marito. Questa mancanza di potere della donna sarebbe alla base del processo di tradizionalizzazione dei ruoli. I LaRossa fanno notare che quel che succede alle coppie in occasione della nascita di un bambino, e cioè diminuzione del potere della donna, meno tempo da dedicare all'altra e aumento dei conflitti, corrisponde di fatto al contesto più «favorevole» alla nascita della violenza coniugale [Stark e Flitcraft 1988; Kalmuss e Straus 1982; Strube 1988].

Questa ipotesi è confermata indirettamente dai risultati delle ricerche che mostrano che la gravidanza può rappresentare il momento in cui l'uomo inizia o intensifica gli atti di violenza contro la donna [Gelles 1975; Stark *et al.* 1979; Stewart Helton e Gobble Snodgrass 1987]; altri risultati mostrano che la maggior parte degli episodi di violenza tra marito e moglie hanno la loro origine in un conflitto a proposito dei bambini [Straus *et al.* 1980].

L'insieme dei risultati delle ricerche sulla transizione alla condizione di genitori permette insomma di concludere che le aspettative sociali nei confronti dei ruoli di madre e padre creano un contesto in cui possono trovare origine sia la sofferenza psichica delle madri che la violenza maschile nei confronti delle donne.

3. *Le ricerche in psicologia dello sviluppo*

L'influenza che la madre e le pratiche educative hanno sul bambino hanno rappresentato da sempre un importante

tema di ricerca in psicologia dello sviluppo; è molto più recente invece l'interesse degli psicologi per l'influenza che il padre può avere in proposito, e soprattutto la ricognizione che queste relazioni possono essere reciproche, e cioè che il bambino stesso (il suo genere, l'apparenza fisica, i suoi comportamenti) può avere un'influenza su chi si prende cura di lui [Lewis e Rosenblum 1974; Parke 1981; Yogman 1984; per una discussione, vedi Camaioni 1980]. Ancor più recente è la ricognizione, ed inclusione nel disegno di ricerca, di quel che fa da contesto all'interazione genitore-bambino, e cioè la relazione coniugale nonché quella rete di rapporti (con parenti, amici, vicini) che fa da sfondo alla vita della famiglia [Belsky 1981 e 1984].

Anche in questo caso, non si tratta di relazioni a senso unico: come la qualità della relazione coniugale può influenzare lo sviluppo del bambino, così un certo tipo di bambino può influenzare positivamente o negativamente la relazione coniugale [Belsky e Rovine 1990].

Si tratta di un campo di ricerca che si è sviluppato rapidamente negli ultimi anni (per una rassegna, vedi Belsky [1981 e 1984]). La metodologia di questi lavori è quella tipica della ricerca in psicologia dello sviluppo (osservazioni di brevi sequenze di comportamento, in genere filmate e poi analizzate; valutazioni dello sviluppo del bambino; scale di atteggiamenti), spesso arricchita da interviste con i genitori. Presenterò qui rapidamente solo alcuni risultati, particolarmente rilevanti per comprendere il benessere, o l'infelicità delle madri; benché frutto di un diverso approccio disciplinare e metodologico, questi risultati sono coerenti con il quadro già abbozzato dai lavori in sociologia della famiglia e permettono di completarlo.

Numerose ricerche hanno mostrato che un comportamento materno «sensibile e competente» - e cioè attento ai messaggi del piccolo, affettuoso e stimolante - influenza positivamente lo sviluppo cognitivo e sociale del bambino [Rubenstein 1967; Lewis e Goldberg 1969; Beckwith 1971; Lewis e Coates 1980].

Altri lavori hanno mostrato che questi comportamenti «appropriati» sono influenzati, nella madre come nel padre,

dalla qualità della relazione coniugale [Price 1977; Pedersen *et al.* 1978; Crnic *et al.* 1983; Lewis *et al.* 1988; vedi anche Dickstein e Parke 1988].

Pedersen ha trovato un'associazione positiva tra la stima espressa dal marito per la moglie, e la competenza di quest'ultima nell'occuparsi del bambino; viceversa, la presenza di conflitti coniugali influenzava negativamente il modo in cui la madre nutriva il piccolo [Pedersen *et al.* 1979]. Minde *et al.* [1978] ha mostrato che la qualità della relazione coniugale rappresentava un buon predittore del comportamento materno nei confronti di bambini prematuri: più numerosi erano i conflitti nella coppia, meno spesso le madri visitavano i loro figli in ospedale.

Anche il comportamento «appropriato» del padre influenza favorevolmente lo sviluppo del bambino, sia direttamente (vedi Yogman [1984]) che indirettamente. Il fatto che il padre partecipi alle cure del piccolo ha un effetto positivo sullo sviluppo del bambino e sulla qualità della relazione madre-bambino: diminuisce inoltre la probabilità che la madre esprima collera nei confronti del figlio [Easterbrooks e Goldberg 1984]. Queste autrici trovano inoltre un'associazione tra i sentimenti di fastidio espressi dalle donne rispetto all'eccesso di lavoro domestico ed alcuni indicatori di uno sviluppo men che ottimale del bambino. Thompson e Walker [1989] riportano nella loro rassegna numerosi lavori secondo cui la stima del padre nei confronti della moglie, e la ricognizione da parte sua dell'impegno richiesto dal lavoro di lei, sono associati positivamente alla soddisfazione che le donne provano rispetto alla maternità.

Uno studio longitudinale [Clarke-Stewart 1980] permette di mettere in luce alcuni di questi meccanismi di influenza reciproca: un comportamento «appropriato» della madre quando il bambino ha quindici mesi influenza positivamente alcuni indicatori del suo sviluppo, valutati a trenta mesi; un bambino sveglio e allegro invoglia poi il padre ad occuparsi di più di lui. Secondo questa autrice, la madre ha un ruolo di mediatrice nella relazione padre-bambino; sarebbe opera sua rendere «interessante» il bambino piccolo a suo padre.

L'insieme di questi risultati suggerisce che il comporta-

mento della madre e del padre hanno entrambi un'influenza sia diretta che indiretta sullo sviluppo del bambino, e che entrambi sono importanti in proposito: quel che ognuno di loro fa, o non fa, inoltre, non influenza solo il bambino ma anche l'altro genitore. L'esistenza di questa rete di influenze reciproche non stupisce probabilmente nessuno che abbia osservato, dall'esterno o dall'interno, il funzionamento familiare; è perciò ancor più incomprensibile che la madre continui ad esser considerata come la sola responsabile dello sviluppo dei figli.

Questi risultati ci permettono inoltre di capire meglio l'associazione, più volte riportata, tra una cattiva relazione di coppia e la depressione post-partum. Prendersi cura di un neonato rappresenta un compito impegnativo: non è possibile assumerlo correttamente e serenamente se non si ha il sostegno, materiale e morale, di una persona significativa, che, per molte donne, è il padre del bambino (da notare che in alcuni gruppi sociali può trattarsi di un'altra donna, madre, sorella, amica). Comportamenti materni appropriati possono inoltre svilupparsi e manifestarsi solo se le energie della madre non sono esaurite da un lavoro domestico e di cure eccessivo, e in molte situazioni solo il padre può assumere parte di questo lavoro.

LE DONNE E LA DEPRESSIONE

1. *La depressione: come definirla?*

«Sono depresso/a» è un'espressione utilizzata di frequente: se due persone si conoscono ed appartengono allo stesso gruppo sociale, è probabile che ci sarà una comprensione intuitiva ed abbastanza precisa di cosa intende l'altro con questo termine. Uno degli interlocutori capirà facilmente se l'altro è momentaneamente «giù di morale», se si tratta del dolore causato da un grosso problema (come aver perso il lavoro) o dalla morte di una persona cara, o se soffre di una grave reazione mentale, che può essere ricorrente, e che gli impedisce di funzionare più o meno normalmente.

Se dall'ambito della vita quotidiana passiamo a quello tecnico-scientifico, la questione si complica. Non c'è infatti un accordo, tra i tecnici della salute mentale (clinici e ricercatori) su che cosa si possa legittimamente chiamare depressione. Possiamo definire in tal modo due delle situazioni descritte prima, e cioè un umore triste e scoraggiato, accompagnato a volte da ansia e tensione, nonché la sofferenza, e tutte le reazioni fisiche e psicologiche che l'accompagnano, causata dalla morte di una persona cara? Secondo alcuni autori ciò non sarebbe legittimo; essi escludono dal termine «depressione» sia quel che definiscono «sofferenza mentale minore» (Newmann 1986), che le reazioni conseguenti ad avvenimenti negativi come un lutto, o una malattia grave.

Questa visione della sofferenza mentale corrisponde ad un modello medico-biologico in cui si presume che alle differenti manifestazioni corrispondano delle entità soggiacenti discrete, e che queste supposte entità possano essere modificate con farmaci specifici ed appropriati. In questo conte-

sto, il termine depressione è riservato a degli stati gravi, che presentano manifestazioni affettive, cognitive e fisiche, con aspetti depressivi ma anche ansiosi; si distinguono le depressioni endogene, che avrebbero origini interne (genetiche o biochimiche) e le depressioni esogene, o reattive, causate soprattutto da circostanze esterne.

Come molti autori fanno notare, però, i criteri per distinguere queste due forme di depressione non sono affatto chiari: l'ipotetica etiologia, la sintomatologia, la reazione ai farmaci e la prognosi sono spesso, ma non sistematicamente ed esplicitamente, utilizzati [Fredèn 1982]¹.

Di fatto, ognuno di questi criteri è discutibile. Alcuni studi sui gemelli suggeriscono la possibilità che ci sia una forma di predisposizione alla malattia mentale, ma non ci dicono nulla sulle reali probabilità di ammalarsi. Mancano comunque le prove di una trasmissione genetica, non è stato cioè isolato un profilo di Dna tipico delle persone con forme di sofferenza quali le psicosi maniaco-depressive. Anche per quanto riguarda le associazioni tra alterazioni dell'equilibrio bio-chimico (per esempio un tasso più elevato di catecolamine nell'organismo) e stati depressivi, non si può dimostrare che si tratti di una relazione causale: le modificazioni metaboliche potrebbero essere la conseguenza, e non la causa, di uno stato di stress, di tensione o di sofferenza mentale legato, per esempio, a fattori ambientali [Aksisal e McKinney 1975; per una rassegna critica, vedi Rose *et al.* 1985, e Mirowsky e Ross 1989a].

Per quanto riguarda il criterio principale per distinguere la depressione endogena da quella esogena, e cioè l'assenza o la presenza di un avvenimento scatenante, Fredèn [1982] fa inoltre notare che i metodi di ricerca in psichiatria sono tali da falsare i risultati: c'è in genere poco interesse per i fattori ambientali; i pazienti a proposito dei quali è stata fatta una diagnosi di depressione endogena hanno spesso subito degli

¹ Da notare che i confini delle diverse malattie mentali non sono più chiari o meglio definiti: neppure l'uso del tanto decantato Dsm-III (il manuale di diagnosi dei disordini mentali elaborato dalla American Psychiatric Association nel 1980) garantisce infatti delle diagnosi affidabili [Loring e Powell 1988].

elettrochocs, e, di conseguenza, delle perdite di memoria: non c'è da stupirsi se poi non ricordino l'accaduto di avvenimenti stressanti. I risultati di ricerche svolte da sociologi hanno invece mostrato che altrettanti avvenimenti stressanti erano presenti nei mesi precedenti la depressione, sia nel gruppo di pazienti diagnosticati come «endogeni» che in quelli «esogeni» [Leff *et al.* 1970; Brown e Birley 1968; Fredèn 1982]. Una ricerca più recente suggerisce inoltre la presenza di un continuum di sintomi, sia tra depressioni più o meno gravi che tra malattie mentali considerate diverse, come la paranoia e la schizofrenia [Mirowsky e Ross 1989a].

Nell'ambito della ricerca, queste diverse concezioni della malattia mentale, e della depressione in particolare, si riflettono in una diversa maniera di categorizzare, e poi di misurare il fenomeno. Così in alcuni lavori, la depressione è considerata un fenomeno dicotomico (presente/assente); vengono esclusi dalla diagnosi coloro che hanno subito un lutto, o che riportano forme «minori» di tristezza e scoraggiamento; in altri, viene piuttosto valutata la frequenza e l'intensità di sintomi depressivi, ed i soggetti vengono situati su un continuum (da per nulla depresso a gravemente depresso) (per una discussione di questi due punti di vista, vedi Newmann [1984 e 1986] e Mirowsky e Ross [1989b]).

Non è possibile in questo contesto approfondire ulteriormente la questione. Per quanto mi riguarda, ho finora utilizzato e utilizzerò in maniera intercambiabile termini come sofferenza mentale, disagio psichico, infelicità e depressione. Nelle ricerche su donne e depressione considerate in questo capitolo, quasi tutte svolte nell'ambito dell'epidemiologia o della psichiatria sociale, la depressione è valutata (con questionari, scale standardizzate ecc.) a partire dai sentimenti e comportamenti espressi dai soggetti.

2. Donne, matrimonio e depressione

Dalla fine della seconda guerra mondiale in poi, le ricerche svolte nei paesi occidentali hanno mostrato che le donne sono depresse in misura circa due volte maggiore degli uomini.

ni [Weissman e Klerman 1977; Mirowsky e Ross 1989a; per l'Italia, vedi Frisanco 1988]. Questo eccesso non è frutto di un artefatto metodologico. Le donne sono più spesso depresse anche negli studi svolti sulla popolazione generale, e non solo nelle ricerche riguardanti coloro che si rivolgono ad un medico in cerca di cure: si può così escludere che l'eccesso sia dovuto ad un «errore di selezione» (le donne, rispetto agli uomini, chiederebbero più spesso un aiuto per i loro problemi, ed esprimerebbero più facilmente i loro sentimenti). Il fatto che in molti di questi studi vengano usate scale di depressione standardizzate e non valutazioni cliniche, permette anche di escludere che possa entrare in gioco l'eventuale pregiudizio dello psichiatra, più disposto a diagnosticare la depressione in una donna che in uomo.

Un'ipotesi che viene fatta ripetutamente per spiegare l'eccesso di depressione nelle donne è che sia causata da una disfunzione metabolica. Questa ipotesi implica due premesse: che ci sia una maggiore frequenza di fenomeni depressivi nei momenti in cui avvengono nelle donne importanti cambiamenti ormonali e che si possa verificare sperimentalmente una relazione tra variazione degli ormoni e cambiamenti emotivi. Nessuna di queste premesse è stata verificata. Non ci sono prove convincenti che le donne siano più spesso depresse in occasione del menarca, delle mestruazioni, della nascita di un figlio e della menopausa [Laws *et al.* 1985; Cooper *et al.* 1988, McKinlay *et al.* 1987]. Elvira Reale [Reale *et al.* 1982] fa poi notare che queste tappe biologiche corrispondono anche a delle tappe sociali, in cui le prescrizioni di ruolo possono essere estremamente pesanti e costrittive.

Come abbiamo già visto per quanto riguarda la depressione post-partum, inoltre, non ci sono prove empiriche della relazione tra variazioni ormonali e variazioni dell'umore.

Anche l'ipotesi che esista una trasmissione genetica della depressione, che spiegherebbe l'eccesso riscontrato tra le donne, non ha ricevuto nessuna conferma [Weissman e Klerman 1977].

Per quanto riguarda i fattori psico-sociali, invece, numerose ricerche in epidemiologia psichiatrica e in sociologia hanno mostrato che alcune condizioni, strettamente legate

alla posizione della donna nella società, sono sistematicamente associate alla depressione.

Consideriamo l'istituzione «matrimonio» ed i suoi effetti sul benessere dei soggetti implicati. Contrariamente a quanto sostiene l'ideologia dominante, i risultati empirici indicano che il matrimonio ha un effetto molto più positivo sugli uomini che sulle donne (vedi la rassegna di Baruch *et al.* [1987]). Quando il campione studiato è formato da coppie sposate, le mogli sono più spesso depresse dei mariti [Ross *et al.* 1983; Medlin 1986]. Le donne sposate sono più spesso depresse delle non sposate, mentre per gli uomini avviene il contrario [Gove 1972 e 1973; Newmann 1986]. In particolare, alcune ricerche mostrano che quelle che non si sono mai sposate costituiscono il gruppo in cui ci sono meno depresse [Meile *et al.* 1976; Newmann 1986; McKinlay *et al.* 1987]. Controllando per vari fattori socio-demografici (reddito, stato di salute, isolamento sociale), Newmann [1986] trova inoltre che le vedove sono meno depresse delle sposate. Per gli uomini vale invece l'opposto: coloro che non si sono mai sposati, i divorziati ed i vedovi sono più spesso depressi o si sentono più spesso tristi delle donne nelle medesime condizioni. In Italia, la tendenza è simile: analizzando i dati sulla «prima utenza» dei servizi psichiatrici sul territorio, Paola Leonardi rileva che gli uomini celibi e le donne coniugate rappresentano il «paziente tipico» del servizio [Leonardi 1990].

Altri dati suggeriscono che essere sposati ha un effetto protettore sulla salute degli uomini anziani ma non delle donne anziane [Fiddy 1972]. Che a parità di età i vedovi ma non le vedove vedano accorciata la loro speranza di vita rispetto a quella di chi è sposato rappresenta una conferma indiretta che il matrimonio protegge soprattutto la salute degli uomini [Susser 1981; Helsing *et al.* 1981]. In Italia, dove si rileva un eccesso di mortalità per i non sposati di entrambi i sessi rispetto agli sposati, il tasso di mortalità dei non sposati nella fascia di età tra i quaranta ed i cinquanta anni è di due volte e mezzo quello degli sposati per gli uomini, e una volta e mezzo per le donne [Barbagli 1990].

Queste tendenze erano evidenti già un secolo fa, sia in

Italia che in altri paesi europei [*Ibidem*]. Uno storico canadese, Edward Shorter [1982], riporta dei dati ancor più significativi: verso la metà del XIX secolo in Olanda, la speranza di vita delle donne era superiore di 3,7 anni rispetto a quella degli uomini; questa tendenza si invertiva però per le sposate che vivevano in media 1,7 anni di meno dei loro mariti. In Norvegia, nella fascia di età tra i venti ed i ventiquattro anni, mentre i celibi avevano un tasso di mortalità superiore del 67% a quello delle nubili, i mariti avevano un tasso di mortalità inferiore del 32% a quello delle mogli. Shorter esclude che l'eccesso di mortalità delle donne sposate possa essere spiegato solamente con i rischi legati alla riproduzione, e l'attribuisce piuttosto alle dure condizioni di vita delle mogli, tra cui il troppo lavoro, un'alimentazione insufficiente e la violenza del marito. Conclude che queste cifre rappresentano un terribile atto d'accusa rispetto al comportamento maschile ed all'istituzione matrimoniale.

Il matrimonio è insomma un'istituzione che manca palesemente di equità, dato che tende a favorire la metà delle persone coinvolte a scapito dell'altra metà. Lo confermano tutti i dati sulla distribuzione delle risorse, materiali o simboliche, all'interno della coppia. Anche quando entrambi i coniugi lavorano, i mariti dispongono di più denaro, non solo perché guadagnano di più, ma perché spesso il denaro di lei serve per le spese correnti di tutta la famiglia, mentre quello di lui serve per gli acquisti importanti (che poi restano a suo nome) o per le sue spese personali (vedi Graham [1984]; Brannen e Wilson [1987]; Barbagli [1990]). Anche per quanto riguarda beni come cibi costosi o l'uso dell'automobile, è il marito a fare la parte del leone [Graham 1984; Charles e Kerr 1987]. Se consideriamo le risorse simboliche, poi, numerose ricerche hanno mostrato che mentre per gli uomini il matrimonio è associato alla continuazione del curriculum educativo ed al miglioramento della loro situazione professionale, per le donne avviene il contrario: essere sposate corrisponde ad un arresto degli studi e ad una tendenza alla mobilità professionale discendente [Kellerhals *et al.* 1982; de Singly 1983; Langevin 1984; Haggstrom *et al.* 1986].

I dati presentati finora indicano abbastanza chiaramente

che per molti versi il matrimonio rappresenta un oggettivo svantaggio per le donne: altre ricerche suggeriscono che più il rapporto di coppia è tradizionale, più è probabile che le donne soffrano. Sono più spesso depresse, infatti, le mogli i cui mariti non partecipano al lavoro domestico ed alle cure dei figli [Paykel *et al.* 1980; Ross *et al.* 1983; Saenz *et al.* 1989; Mirowsy e Ross 1989], e che hanno con lui una relazione distante o poco soddisfacente [Brown e Harris 1978; Waring e Patton 1984; Saenz *et al.* 1989].

Sul ruolo del lavoro pagato rispetto al benessere psicologico delle donne si è molto dibattuto. Secondo la maggior parte delle ricerche, le casalinghe a tempo pieno sono più spesso depresse delle donne con un lavoro pagato [Cumming *et al.* 1975; Mostow e Newberry 1975; Meile *et al.* 1976; Brown e Harris 1978; Roy 1978; Sheperd e Barraclough 1980; Warren e McEachren 1985; Meddin 1986]; dicono più spesso di sentirsi tese [Martin e Roberts 1984]; hanno meno stima di sé stesse [Birnbaum 1975; Parry 1986]; e consumano più psicofarmaci [Cooperstock e Hill 1982; Pestiaux *et al.* 1987]. Questa associazione può essere spiegata in tanti modi: la casalinga non ha un suo salario, è priva di una reale indipendenza economica e quindi totalmente dipendente dal marito; può trarre sostegno e affetto solo dall'ambito familiare, mentre per chi ha un lavoro pagato, l'ambiente lavorativo rappresenta spesso una fonte di rapporti sociali e di amicizie [Nathanson 1980]; svolge un'attività ripetitiva, in gran parte poco stimolante e gratificante [Oakley 1976]. Alcune autrici sottolineando che tra le madri di famiglia con un lavoro pagato, gli stress legati alla vita familiare sono più deleteri per la salute mentale di quelli legati all'attività professionale, ne concludono che «il lavoro pagato è per una donna quel che la moglie è per un uomo» [Baruch *et al.* 1987].

Altre autrici ricordano che l'associazione tra l'essere impiegate fuori casa e il benessere non è automatica, ma è mediata dalle caratteristiche del lavoro pagato e di quello non pagato [Warr e Parry 1982]: il «mediatore» più importante sembra comunque essere il fatto che il marito contribuisca attivamente al lavoro di casa e si occupi dei figli, e che la madre valuti che i bambini sono comunque accuditi in modo

soddisfacente [Ross *et al.* 1983; Krause e Markides 1985; Saenz *et al.* 1989; Mirowsky e Ross 1989a].

All'interno della famiglia le donne svolgono tutto o quasi il lavoro domestico e di cure ai bambini (nonché ai malati ed agli anziani) necessario; assumono poi un ruolo di sostegno e cura psicologica degli altri, definito da Gove come *nurturant role* [1984], e da Finch e Groves come *labour of love* [1983]; nelle relazioni di coppia danno inoltre all'uomo più alletto e disponibilità emotiva di quanta non ne ricevano da lui [Hite 1987; Barbagli 1990]. Tutto questo lavoro, soprattutto nel caso non sia riconosciuto in quanto tale, può diventare ad un certo punto insostenibile; questa insostenibilità si traduce poi in sofferenza mentale [Reale *et al.* 1982; Gove 1984].

La donna si ammalia, insomma, nella misura in cui la vita di coppia, o il fatto di cumulare lavoro familiare e lavoro pagato si traducono in una condizione di sfruttamento totale delle sue risorse. Secondo alcune autrici la depressione andrebbe quindi letta come resistenza o trasgressione a situazioni e ruoli insostenibili [Day 1982; Reale *et al.* 1982]: il ruolo della terapia dovrebbe essere quello di legittimare un'analisi della situazione in questi termini, e di rendere praticabile la trasgressione.

Un'altra chiave per leggere l'associazione tra alcune variabili della situazione sociale della donna e la sua sofferenza mentale è che queste variabili sono indicative di una mancanza di potere e di controllo [Mirowsky 1985]. Esamineremo in seguito alcune teorie in proposito; per ora basta sottolineare come molti dei «fattori di rischio» si traducano in una vita quotidiana in cui la donna non può controllare nulla. Si consideri il dato secondo cui, in un campione di donne sposate, particolarmente depresse erano le madri lavoratrici, che avevano difficoltà a trovare delle cure alternative soddisfacenti per i loro bambini e il cui marito non collaborava assolutamente [Ross e Mirowski 1988]. Altre ricerche ci dicono che questa «variabile» può voler dire che la donna assume oltre cento ore di lavoro per settimana, per non parlare della tensione, della preoccupazione e del senso di colpa costanti [Popay e Bartley 1988]: che potere e controllo sulla propria vita si può avere in queste condizioni? Altret-

tanto sprovvista di controllo sembra essere la casalinga a tempo pieno, di classe operaia, con tre figli piccoli ed un marito che non l'appoggia né moralmente né materialmente: la «categoria» di donne più a rischio di depressione nella ricerca di Brown e Harris [1978].

L'analisi in termini di mancanza di controllo ci permette inoltre di comprendere il senso di un altro fattore associato alla depressione, sia nelle donne che negli uomini, e cioè un basso livello di istruzione [Radloff 1975; Meile *et al.* 1976; Ross *et al.* 1983; Warren e McFachren 1985; Kaplan *et al.* 1987]. Poca istruzione significa meno strumenti per capire il mondo, per fare previsioni ed per esercitare controllo; e più concretamente, minori opportunità di trovare un lavoro gratificante e ben retribuito. Nel contesto del matrimonio, la maggior istruzione della donna si traduce in più potere decisionale ed in una maggior partecipazione del marito al lavoro domestico e di cure, entrambi fattori di «protezione» rispetto alla depressione [Ross *et al.* 1983; Mirowsky 1985; Glaude e de Singly 1987]. Contrariamente all'ideologia del senso comune, insomma, secondo cui la famiglia rappresenterebbe un «rifugio in un mondo senza cuore», nella relazione di coppia come nel mercato del lavoro un maggior capitale educativo permette alla donna di negoziare da posizioni di maggior potere. Questo potrebbe spiegare perché alcuni dei risultati citati in precedenza sull'associazione tra poca istruzione e depressione valgono solo per le donne sposate [Meile *et al.* 1976; McKinlay *et al.* 1987] e non per quelle che non si sono mai sposate: è come se fosse soprattutto l'interazione tra matrimonio e poca istruzione ad essere deleteria per la salute mentale delle donne. In altre parole, si potrebbe fare l'ipotesi che solo grazie agli strumenti forniti da un buon livello educativo, le donne riescano a non soccombere a certi effetti deprimenti del matrimonio².

In sintesi, questi dati mostrano con chiarezza l'origine sociale della sofferenza mentale nelle donne; indicano inol-

² Da ricordare i risultati citati nel capitolo precedente, secondo cui un livello di istruzione elevato delle madri è associato ad un minor decremento nella soddisfazione coniugale dopo la nascita di un figlio.

tre che più il ruolo della donna è tradizionale, più correrà il rischio di stare male. A questo punto, prendono senso i risultati di uno studio prospettivo americano: le variabili più importanti nel predire la depressione erano il fatto di essere isolati, di avere poca educazione, poca salute, di aver perso il lavoro e di avere problemi economici [Kaplan *et al.* 1987]. Controllando questi fattori, le donne non erano più depresse degli uomini. Alle stesse conclusioni arriva Jenkins [1985], che ha considerato un campione molto omogeneo di impiegati/c dell'amministrazione statale.

Per concludere, se è vero che le donne sono più spesso depresse degli uomini, questo non avviene per motivi legati alla loro biologia o alla loro personalità, ma piuttosto perché sono più spesso povere, poco istruite, senza potere né controllo e in cattiva salute, insomma per un insieme di ragioni legate alla condizione che la società ha assegnato loro, ed in cui sono attivamente mantenute.

3. Un modello psico-sociale di depressione

Il desiderio di avere un certo controllo sul mondo e sulla propria vita è probabilmente una caratteristica basilare del comportamento umano. Alcuni autori hanno anche ipotizzato che il conoscere il proprio ambiente, capire le relazioni tra vari fenomeni, prevederli e controllarli siano tra le spinte cruciali dello sviluppo del bambino [Bower 1977].

Secondo molti studiosi, anche di orientamento teorico diverso, alcune forme di sofferenza mentale, come la depressione, possono essere indotte da situazioni in cui il soggetto è privo di potere, o ha perduto il controllo. La teoria più famosa è forse quella di Martin Seligman [1975], uno psicologo sperimentale che l'ha dedotta da alcune reazioni degli animali di laboratorio. Secondo Seligman [1974 e 1975], il nocciolo della questione è l'esperienza della non-contingenza: se il soggetto non riscontra alcuna relazione tra le sue azioni (spesso frutto di sforzi e fatiche) ed i risultati ottenuti, finirà per imparare che, indipendentemente da quello che fa, i risultati sono comunque incontrollabili. Soggiacenti all'«im-

potenza appresa» (*learned helplessness*) ci sarebbero tre meccanismi di base:

- 1) un effetto negativo sulla motivazione: il soggetto sarebbe sempre meno motivato a tentare di agire sull'ambiente;
- 2) un effetto sui meccanismi cognitivi: il soggetto avrebbe difficoltà ad anticipare che le sue azioni possono avere un risultato;
- 3) ed un effetto emotivo, costituito da ansia, tensione e reazioni di tipo depressivo.

Se tali situazioni si ripetono abbastanza spesso, il soggetto finirà per generalizzare il vissuto di impotenza, che si tradurrà in quel senso di disperazione o *hopelessness*, che è al cuore della depressione.

In questa teoria, non è tanto l'essere sottomessi a «risultati», o ad avvenimenti negativi ad essere associato all'impotenza appresa, quanto il fatto della non-contingenza, e cioè che su questi avvenimenti non ci sia stato nessun controllo. Viceversa, esercitare un controllo, anche se parziale, su tali avvenimenti, per esempio riuscendo a predirli se non ad evitarli, sarebbe sufficiente a non far sentire il soggetto del tutto impotente.

L'approccio comportamentista di Seligman è stato arricchito da numerosi apporti di psicologi cognitivisti, che hanno preso spunto dalla teoria della localizzazione del controllo di Rotter (*locus of control*) [Rotter 1966] e da quella delle attribuzioni causali [Heider 1958]. In breve, gli assunti di queste teorie sono che i soggetti tendono a fare delle attribuzioni causali degli avvenimenti che capitano loro, attribuzioni che possono essere interne (quel che è successo è frutto delle mie azioni) o esterne (è frutto di azioni altrui, o del caso), globali o parziali, stabili o variabili. Secondo la riformulazione della teoria dell'impotenza appresa [Abramson *et al.* 1978], ci sarebbe depressione quando il soggetto attribuisce dei risultati negativi a delle cause interne, stabili e globali.

Questa teoria, nelle sue diverse formulazioni, ha trovato numerose conferme empiriche, da parte di psicologi sociali, comportamentisti, cognitivisti, e di sociologi (vedi il numero

speciale del «Journal of Abnormal Psychology», 87, 1, 1978 e Rodin [1985]). Le verifiche più interessanti vengono forse dalle applicazioni pratiche nel campo della salute. Si è potuto dimostrare che avvenimenti negativi, percepiti come incontrollabili, erano associati a forme diverse di sofferenza mentale e fisica; viceversa, che quando ai pazienti si fornivano strumenti per capire, e quindi controllare almeno in parte, le procedure mediche a cui erano sottoposti, reagivano e si riprendevano meglio (per delle rassegne in proposito, vedi Rodin [1985] e Wallace [1984 e 1986]). Per esempio, la salute fisica e mentale di anziani istituzionalizzati migliorava quando si davano loro i mezzi per esercitare un certo controllo sull'ambiente [Rodin 1983]. In quest'ultima ricerca, il livello di corticosteroidi (indicatori di stress) nel sangue degli anziani si abbassò in seguito all'intervento psicologico, un'ulteriore indicazione che i malamenti biochimici associati agli stati emotivi possono essere conseguenza, e non causa, di tali stati.

Per quanto riguarda la depressione post-partum, abbiamo già visto come i risultati delle ricerche svolte in questo contesto teorico tendano a confermare la teoria originale di Seligman piuttosto che la sua riformulazione: sarebbero delle situazioni impreviste e negative ad essere associate alla depressione, e non le attribuzioni causali che la madre ne fa [Cutrona 1983].

I sociologi, da parte loro, hanno studiato le condizioni che possono generare il sentimento che il proprio comportamento non ha nessuna influenza sui risultati, sentimento concettualizzato in termini di *powerlessness*, e cioè mancanza di potere. Sperimentare ripetutamente situazioni in cui all'impegno fatto non corrisponde nessun risultato; trovarsi in condizioni di inconsistenza strutturale (e cioè in presenza di obiettivi ritenuti socialmente validi, ma sprovvisti dei mezzi per raggiungerli); avere un lavoro alienato (e cioè non controllare né i mezzi di produzione né, poi, il prodotto); essere dipendenti, materialmente o psicologicamente, da altri: sono tutte situazioni in cui il soggetto sperimenta una, spesso cronica, mancanza di potere [Mirowsky e Ross 1989a]. La distribuzione degli individui in questo tipo di situazioni non

è per nulla casuale. Hanno più spesso il sentimento di poter esercitare controllo e potere, gli uomini, coloro che appartengono alla razza dominante, che hanno un livello educativo ed economico elevato, e la cui professione è complessa, stimolante, caratterizzata da responsabilità e autodirezione. Percepiscono invece di essere privi di potere (e di fatto lo sono), le donne, gli appartenenti ad altri gruppi oppressi o a minoranze, coloro che hanno perso il lavoro o che hanno una malattia cronica. Secondo Mirowsky e Ross [1989a] la relazione tra mancanza di potere e sofferenza mentale potrebbe essere sia diretta che indiretta, e cioè mediata dal fatto che il sentimento di essere impotenti interferisce con la capacità del soggetto di elaborare strategie per affrontare e risolvere i suoi problemi.

Questo modello della sofferenza mentale è particolarmente appropriato per capire per quali motivi le donne siano così spesso depresse. Oltre agli esempi discussi nel paragrafo precedente, la vita stessa della maggior parte delle donne appare come un paradigma della perdita di controllo. Si insegna loro a perseguire dei risultati grazie a delle qualità periture (bellezza, giovinezza, fragilità) piuttosto che alle loro azioni [Gianini Belotti 1973; Fredén 1982]. La passività è incoraggiata socialmente: nell'ideologia degli operatori di salute mentale, è addirittura considerata un attributo di normalità [Broverman *et al.* 1970; American Psychological Association 1978]. D'altra parte, quando le donne agiscono e s'impegnano, l'organizzazione sociale è tale da vanificare parte dei loro sforzi. Per quanto riguarda il lavoro pagato, salari e possibilità di carriera sono, a parità di diplomi, più bassi per le donne che per gli uomini [Prondzynsky 1989]. Più donne che uomini sono impiegati in lavori ben al di sotto della loro formazione e delle loro possibilità [Kergoat 1982; Clémenceau e de Virvile 1981]. Anche il lavoro non pagato rappresenta una situazione di scarso potere e controllo: non rende economicamente, non è prestigioso, è raramente stimolante; a volte la donna non dispone delle risorse economiche necessarie a farlo in modo soddisfacente; viene distrutto da altri, ed è da rifare appena fatto, e questo praticamente per tutta la vita [Graham 1984; Rosenberg 1984]. L'essenza stes-

sa del ruolo di moglie e madre consiste nella disponibilità costante ai bisogni altrui, anche triviali e contingenti: questo implica rinunciare a controllare alcunché nella propria giornata e nella propria vita. Solo alcuni esempi: come mogli, ci si aspetta che le donne cambino città, abbandonando legami, affetti e professione, se questo è utile per la carriera del marito; come madri, si dà per scontato che accudiscano, loro e non il padre, un bimbo malato, anche se ciò significa rinunciare ad attività importanti e programmate da tempo [Cresson 1991].

Le madri sono inoltre tenute socialmente responsabili della salute, del successo e della felicità dei membri della famiglia quando, di fatto, sono sprovviste della maggior parte dei mezzi per svolgere un così ambizioso programma: sono così costantemente esposte al rischio di frustrazioni e fallimenti [Baruch *et al.* 1987].

OBIETTIVI, METODI E STRUMENTI

La ricerca è un'attività sociale particolare, sottoposta a infiniti condizionamenti, di ciascuno dei quali deve render conto sul piano teorico e metodologico.

[Gilli 1971, p. 99]

1. *Obiettivi e ipotesi della ricerca*

Alla luce dei risultati discussi nei capitoli precedenti, gli obiettivi della ricerca non potevano limitarsi allo studio della depressione post-partum, ma dovevano riguardare tutto il processo del diventare madre nonché le condizioni sociali che fanno da contesto a questo processo.

Questo cambiamento di prospettiva ha permesso di ridefinire, o meglio di scoprire, l'oggetto della ricerca e ne rappresenta quindi il primo risultato [Gilli 1971]; ha inoltre definito il tipo di metodologia e di procedura necessarie.

a) Obiettivo della ricerca è descrivere l'esperienza della maternità e capire le relazioni tra diversi avvenimenti. Il periodo considerato è di dieci mesi circa: questa scelta è dettata da motivi pratici (impossibilità materiale di continuare più a lungo), e non teorici. Dato che l'obiettivo della ricerca è contribuire alla comprensione dell'esperienza globale delle madri, e non solo dei mesi successivi alla nascita del primo figlio, ho raccolto anche informazioni su avvenimenti che hanno in genere un impatto a medio o lungo termine piuttosto che immediato sulla vita della donna, come le scelte riguardanti la professione.

b) Un filo conduttore della ricerca è l'analisi delle discrepanze tra aspettative e realtà. I lavori in sociologia della famiglia hanno permesso di leggere il processo di diventare genitori in maniera del tutto diversa da quel che lascerebbe intendere il discorso sociale - tutto in positivo - a riguardo: è probabile che la maggior parte dei genitori vada incontro alla nascita del primo figlio con delle attese troppo ottimiste rispetto a quel che vivranno in seguito. Un altro obiettivo

della ricerca è quindi scoprire l'estensione di questa discrepanza e cercare di valutarne gli effetti.

Vivere una discrepanza tra le proprie aspettative e la realtà significa anche subire degli avvenimenti imprevedibili, e quindi essere privi di controllo, esperienza che nel modello di Seligman è associata alla depressione. Un'ipotesi è che, più la discrepanza tra le attese delle donne e la realtà (rispetto al parto, all'allattamento, al rapporto con il marito ecc.) è importante, più è probabile che divengano depresse. È bene precisare subito, comunque, che con questo tipo di ricerca (piccolo campione, metodologia non sperimentale, dati raccolti intervistando i soggetti e non osservandoli in situazioni controllate) non è possibile né provare né invalidare una teoria. Il modello di Seligman rappresenta quindi soprattutto un quadro concettuale nel cui contesto i dati verranno raccolti, analizzati ed interpretati.

2. Disegno della ricerca, campione, strumenti

Le ricerche esploratorie

Dal 1980 al 1982 ho svolto tre piccole ricerche qualitative, volte ad esplorare degli aspetti particolari dell'esperienza delle madri ed a raccogliere il materiale necessario per affinare le mie ipotesi e costruire gli strumenti di ricerca, i questionari. La metodologia consisteva in interviste, molto poco strutturate le prime, più sistematiche le successive, nel corso delle quali sono state provate alcune parti dei questionari: sono state intervistate sia primipare che multipare.

a) Nella prima ricerca, ho intervistato sei donne, prima e dopo il parto: volevo esplorare le loro aspettative durante la gravidanza e poi la realtà quotidiana della vita con il bambino. Ho preso contatto con loro in occasione dei corsi di preparazione al parto presso la Maternità di A.; le interviste si sono svolte nella loro abitazione, sono state registrate e poi ritrascritte.

b) Nella seconda ricerca, ho intervistato dieci donne, tre o quattro giorni dopo il parto. L'obiettivo era conoscere

meglio il funzionamento della Maternità di A., scelta come «base» per la ricerca, ed in particolare le modalità del parto, dell'allattamento e la relazione tra la donna ed il personale. Ho inoltre assistito ad una decina di parti.

c) Nella terza ricerca, ho intervistato dieci donne, tra uno e nove mesi dopo il parto: tutte appartenevano alla mia cerchia di conoscenze a Ginevra (la città dove vivevo) e, a differenza di quelle intervistate nei due studi precedenti, avevano tutte un livello di istruzione elevato. Anche queste interviste riguardavano la loro esperienza quotidiana e la discrepanza tra aspettative e realtà: si sono svolte al domicilio della donna, e sono state registrate e ritrascritte.

La ricerca

Si tratta di una ricerca longitudinale. Le interviste, svolte tra la fine del 1982 e l'inizio del 1985, hanno avuto luogo in quattro momenti diversi:

1) prima del parto, quando le donne erano nel settimo, ottavo o nono mese di gravidanza (media: 8,4);

2) dopo il parto, quando i bambini avevano in media cinque settimane (dalle quattro alle sette settimane);

3) quando i bambini avevano in media diciassette settimane (dalle quattordici alle ventidue);

4) quando i bambini avevano in media nove mesi (dagli otto ai dodici mesi).

I primi tre incontri si sono svolti a casa delle donne, quando i bambini avevano nove mesi, invece, le madri hanno ricevuto il questionario per posta, lo hanno riempito e poi me l'hanno rispedito.

Nell'estate 1985, ho presentato i primi risultati della ricerca alle donne che vi avevano partecipato. Più di un terzo delle intervistate sono intervenute, la metà con i loro mariti, altre accompagnate da un'amica. Considero questo incontro, sollecitato da molte di loro, come parte integrante del processo di ricerca, dato che mi ha permesso di discutere e capire meglio il significato di alcuni risultati con le persone che avevano contribuito a produrli. La tabella 2 riassume il disegno della ricerca.

Il campione

Ho preso contatto con le donne alla Maternità di A., un servizio ospedaliero pubblico in cui, all'epoca della ricerca, nascevano circa 800 bambini l'anno. A. è una cittadina di circa 53.000 abitanti, situata in Alta Savoia (Francia), a sei km da Ginevra. La scelta è stata fatta perché il primario, contrariamente a quello del servizio corrispondente di Ginevra, era d'accordo che intervistassi le donne che facevano riferimento al suo reparto; era inoltre genuinamente interessato alla ricerca, ed al fatto che i risultati potessero contribuire a migliorare il servizio offerto alle pazienti.

Che la scelta sia caduta su questo ospedale ha avuto delle implicazioni sul piano pratico e su quello scientifico. Sul piano pratico, le conseguenze sono state piuttosto negative: molte donne che si servivano della Maternità di A. abitavano in villaggi sparsi sulle colline circostanti; d'inverno e con la neve alta, è stato spesso avventuroso recarsi a casa loro. Sul piano scientifico, le implicazioni sono invece positive: per ovvi motivi, i soggetti delle ricerche sono in genere donne che si servono di un grande ospedale, o che vivono nell'area di una università; questa è probabilmente la sola ricerca sull'esperienza della maternità in cui sia stato intervistato un campione di donne «provinciali».

La cittadina di A. ed il suo circondario meritano una breve descrizione. Si tratta di una regione piacevole, piuttosto ricca; agli inizi degli anni '80 era poco toccata dalla crisi economica, e attirava una notevole immigrazione interna, composta spesso da giovani coppie. La città è piccola, e questo rende spostamenti e contatti più facili che altrove; tra le donne intervistate nella mia ricerca, quelle che abitavano fuori città disponevano quasi tutte di un'automobile. Il tenore di vita era in genere piuttosto elevato, e ciò si rifletteva anche nelle condizioni abitative delle intervistate, che erano quasi sempre soddisfacenti, e spesso molto confortevoli. In genere, le loro condizioni materiali apparivano migliori di quelle delle madri studiate nelle ricerche anglosassoni, e questa situazione relativamente privilegiata dovrà essere tenuta a mente quando discuteremo i risultati.

I criteri di selezione del campione sono stati che le donne fossero in attesa del primo figlio, di lingua e nazionalità francese, sposate o conviventi con il padre del bambino. Si tratta di scelte dettate da ragioni pratiche, non scientifiche. Benché l'arrivo del primo figlio rappresenti in genere la transizione più netta, anche le nascite successive possono implicare cambiamenti importanti per la madre (come per esempio la rinuncia all'attività professionale); sarebbe stato inoltre interessante poter paragonare l'esperienza delle donne immigrate con quella delle autoctone, e quella delle madri sposate o coabitanti con quella delle madri sole. Con i mezzi a disposizione, sapevo però che non avrei potuto intervistare un campione importante di donne, e ho quindi preferito che fosse omogeneo dal punto di vista della parità, della nazionalità e della relazione di coppia. Aver avuto una gravidanza «normale» non faceva invece parte dei criteri di selezione: benché il mio obiettivo fosse di studiare donne la cui esperienza era la più ordinaria possibile, è stato subito chiaro che pochissime gravidanze erano del tutto «normali» dal punto di vista medico. Fanno quindi parte del campione donne che avevano subito vari esami, tra cui l'amniocentesi, che erano state a riposo per prevenire una minaccia di parto prematuro, che avevano assunto farmaci, come i betamimetici, per lo stesso motivo, o che erano state ricoverate in ospedale (purché per non più di quindici giorni di seguito): nell'insieme queste procedure ci dicono di più sul livello di medicalizzazione di un dato servizio che sullo stato di salute delle donne considerate.

Come ho già accennato, ho avuto il primo contatto con le donne presso la Maternità di A., dove venivano a fare le visite prenatali. Con la collaborazione del personale infermieristico, rilevavo nel registro degli appuntamenti i nomi delle primipare al terzo trimestre della gravidanza; le cercavo poi nella sala d'aspetto, chiedevo loro di seguirmi in un luogo più appartato dove mi presentavo e spiegavo:

1) chi ero, e cioè una psicologa che preparava la sua tesi di dottorato all'Università di Ginevra, e che non aveva nessun rapporto con l'ospedale di A.;

2) gli obiettivi della ricerca, e cioè studiare l'esperienza

delle donne che stavano per avere il primo bambino, i cambiamenti che la maternità avrebbe introdotto nella loro vita e le loro reazioni in proposito;

3) il fatto che il contenuto della ricerca era coperto dal segreto professionale, e che i loro nomi non sarebbero stati resi noti;

4) il disegno della ricerca, e cioè: tre interviste con questionari, svolte a casa loro (ho deciso solo più tardi che avrei inviato per posta un quarto questionario, e ne ho parlato alle donne in occasione del secondo incontro). Ho sottolineato inoltre che erano libere di non partecipare, che se cominciavano la ricerca potevano interrompere la loro partecipazione in qualsiasi momento, e che tutto questo non avrebbe interferito in alcun modo con la qualità delle cure che avrebbero ricevuto.

Se accettavano, scambiavamo nomi, indirizzi e numeri di telefono e fissavamo la data del primo appuntamento.

Serbo di questi primi contatti un ricordo terrificante. La sala d'aspetto era sempre affollata, e le donne erano riluttanti a seguirmi altrove, perché temevano o di perdere il loro posto nella fila, o, se avevano già fatto la visita, di far aspettare ulteriormente il marito. La loro prima reazione era in genere di sospetto: erano avvicinate da una sconosciuta, visibilmente imbarazzata, che, con un inconfondibile accento straniero, proponeva di andar più volte a casa loro, per indagare, presumibilmente, sugli aspetti più privati della loro vita. Ancora oggi mi sembra un miracolo che, vuoi per curiosità, vuoi per gentilezza, vuoi perché non erano riuscite a dire di no, la maggior parte abbiano comunque accettato.

All'inizio, ho preso contatto con sessantadue donne, di cui cinquanta hanno poi riempito il primo questionario. Tra le dodici che non l'hanno fatto, due hanno rifiutato subito, una ha traslocato, cinque hanno cambiato idea ed hanno disdetto l'appuntamento, e quattro sono state «perdute» perché hanno partorito prematuramente.

Tra le cinquanta donne che hanno riempito il primo questionario, sei non hanno poi riempito il secondo: due hanno perso il bambino, una ha traslocato, e tre non hanno voluto continuare (malgrado ciò, due di loro riempiranno

poi il quarto questionario). L'analisi dei due primi questionari è stata svolta solo sui quarantaquattro che erano stati riempiti in entrambe le occasioni.

Tra le quarantaquattro donne che avevano riempito il secondo questionario, una non ha riempito il terzo (era in vacanza in quel periodo), ma ha poi riempito il quarto: un'altra ha traslocato senza lasciare un indirizzo, ed è stata perduta definitivamente. Avevo così a disposizione per l'analisi quarantadue terzi questionari.

Per quanto riguarda il quarto questionario, quello spedito per posta, altre tre donne non hanno risposto: due di loro verranno, con i loro mariti, alla presentazione dei risultati della ricerca. Due delle tre donne che avevano riempito il primo, ma non gli altri due, hanno invece risposto. Disponevo quindi di quarantadue quarti questionari, ma ne ho analizzati solo quaranta.

Non è stato facile decidere come calcolare il tasso di «abbandono». Ho escluso dal calcolo le donne che avevano partorito prematuramente, o che avevano perso il bambino; ho incluso quelle che avevano traslocato senza farmi avere il nuovo indirizzo. Ho finalmente deciso che per entrare nella categoria «abbandono», una donna doveva non aver risposto a due questionari su quattro. Seguendo questi criteri, tredici donne, sulle sessantadue contattate all'inizio, hanno «abbandonato», e ciò corrisponde ad un tasso di rifiuto del 22%, simile a quello di Oakley [1981] e di Entwisle e Doering [1981]. Larossa e Mulligan Larossa [1981] riportano invece un tasso del 40%, che secondo loro è abbastanza tipico di questo tipo di ricerche longitudinali.

Benché sia rassicurante sapere che altri ricercatori hanno incontrato simili intoppi, i rifiuti e gli abbandoni rappresentano pur sempre un problema. Russell [1974], per esempio, ha potuto verificare che le coppie che avevano rifiutato di partecipare alla sua ricerca sul «diventare genitori», erano più giovani e meno istruite di quelle che avevano partecipato, ed era più probabile che avessero concepito il bambino prima di sposarsi. Anche nella mia ricerca, le donne che non hanno partecipato, o che hanno interrotto la partecipazione erano in una situazione sociale meno favorevole delle altre.

Esiste dunque un rischio reale di selezionare un gruppo di madri la cui stessa disponibilità a farsi coinvolgere in una ricerca di questo tipo sarebbe un'indicazione di condizioni materiali e psicologiche particolarmente favorevoli. Si tratta comunque di un problema senza soluzione: in questo genere di ricerca, non è possibile intervistare delle persone se non di loro volontà: ciò d'altronde non dovrebbe essere permesso in nessuna occasione.

Detto questo, la proporzione ridotta di donne che hanno «abbandonato», ed il fatto che, tra le partecipanti, alcune si trovassero in situazioni difficili, fa sperare che l'autoselezione non sia stata tale da pregiudicare l'interesse dei risultati ottenuti.

Caratteristiche socio-demografiche del campione

a) L'età delle donne andava dai diciannove ai trentotto anni: il 77% avevano tra i ventuno ed i ventotto anni; una sola donna era più giovane: il 20% avevano più di ventotto anni. L'età dei padri andava dai ventitre ai trentasette anni: il 68% avevano ventotto anni o meno.

b) Quaranta donne su quarantaquattro erano sposate al momento del primo questionario; questa proporzione (che corrisponde a quella riscontrata nella popolazione francese in quegli anni, The Population Unit (1983)) non varierà nel corso della ricerca. Tra le coppie sposate, nell'88% dei casi, la nascita era avvenuta durante i primi quattro anni di matrimonio; anche questo tasso corrisponde a quello della popolazione francese nel suo insieme (Monnier 1977).

c) Il livello di istruzione delle future madri era superiore a quello dei loro mariti (o concubini): 34% delle donne e 17% degli uomini avevano un'istruzione superiore (tabella 3). Lo scarto tra uomini e donne che si rileva in questo piccolo campione è coerente con i dati generali riguardanti la scolarità: in Francia, fin dal 1964, più ragazze che ragazzi ottengono il «Bac» (Corvi e Salort 1985). In Italia, ci si è avvicinati a questa situazione da poco. Nell'anno scolastico '83-'84, le femmine rappresentavano il 50% degli iscritti alle

scuole secondarie superiori, il 47% degli iscritti al primo anno dell'università, ed il 44% dei laureati (Arangio Ruiz 1986): solo negli ultimissimi anni, le ragazze italiane hanno oltrepassato i loro coetanei nell'istruzione superiore. Troviamo i primi riflessi di questa tendenza in una ricerca recente, svolta in Friuli su un campione di sessanta donne che avevano partorito da poco il primo figlio: il loro livello di istruzione ed anche la loro posizione professionale erano superiori a quelli dei mariti (Perini 1989). Al momento della prima intervista, 25% dei mariti e 11% delle mogli stavano continuando gli studi o una formazione professionale.

d) L'86% delle donne (trentotto su quarantaquattro) avevano un'attività professionale, ed erano in congedo maternità al momento della prima intervista¹. Due dei futuri padri erano disoccupati; tutti gli altri avevano un lavoro pagato.

Anche il livello professionale delle donne intervistate era superiore a quello dei loro mariti (vedi tabella 4), almeno secondo la gerarchia delle professioni in uso in Francia. Il 43% delle donne ma solo il 23% degli uomini faceva parte di quelle categorie che i francesi definiscono *cadres*, e cioè quadri, medi e superiori (erano cioè insegnanti, funzionarie, maestre, infermiere, impiegate amministrative...). Solo una donna, ma più della metà dei mariti, avevano invece una professione operaia.

Si tratta di dati limpidi, almeno in apparenza. Appena si cerca di utilizzarli per capire meglio l'esperienza delle donne, appaiono però un certo numero di contraddizioni. La prima, è che essi danno un'impressione di staticità, mentre la situazione delle future madri rispetto all'attività professionale era tutt'altro che statica. Consideriamo le sei «casalinghe»: tutte avevano avuto un lavoro pagato fino all'inizio della gravidanza o fino ai mesi precedenti il concepimento. Definirle come casalinghe non rende conto del capitale economico, di competenze e di status accumulato in precedenza; classificarle secondo la loro attività professionale precedente (quattro erano impiegate d'ufficio, e due nei servizi), avreb-

¹ In Francia, per le donne che hanno il primo bambino, il congedo maternità è di sei settimane prima del parto e di dieci dopo (vedi Romito (1990b)).

he dissimulato due fatti importanti: la loro dipendenza economica attuale rispetto al marito, ed il fatto di svolgere a tempo pieno il lavoro domestico.

Tra quelle definite come «lavoratrici» durante la gravidanza, alcune erano sicure che non avrebbero ripreso l'attività professionale dopo la nascita del bambino, o perché avevano traslocato a causa della carriera del marito e non potevano quindi riprendere il lavoro che avevano in precedenza, o perché erano state licenziate. Altre erano incerte e la loro decisione dipendeva da varie circostanze: avrebbero ripreso il lavoro pagato se fossero riuscite ad ottenere un orario ridotto; non lo avrebbero ripreso se avessero scoperto che riuscivano a vivere con il solo salario del marito ecc. Tutte, comunque, erano decise a riprendere un lavoro (magari a domicilio, come baby-sitter) quando il bambino avesse avuto due o tre anni.

Un altro problema di questi dati è che ci lasciano con l'impressione che alcune donne sono casalinghe, altre no. Invece, tutte le donne sono casalinghe: la differenza risiede nel fatto che alcune fanno, in più, un lavoro pagato, e non nel fatto che alcune non facciano per niente il lavoro di casa. Che questo lavoro, e la condizione di casalinga a tempo pieno, siano completamente ignorati nelle categorie socio-professionali è particolarmente grave nel campo della salute perinatale, dato che le ricerche epidemiologiche degli ultimi vent'anni mostrano tutte che le casalinghe a tempo pieno hanno più bambini nati morti o prematuri dell'insieme delle donne con un'attività professionale (vedi Saurel-Cubizolles e Kaminski [1986]; Romito [1990b]).

È evidente insomma che le categorie relative al lavoro, così come sono state sviluppate dai sociologi, non tengono affatto conto dell'articolazione tra lavoro produttivo e lavoro riproduttivo; così non solo non si adattano alla situazione della maggior parte delle donne che dovrebbero classificare, ma contribuiscono anche ad occultare parte del loro lavoro [Delphy 1977; Battagliola 1984; Cresson 1991].

Un altro problema riguarda la discrepanza tra lo statuto professionale delle mogli e quello dei mariti. Secondo la

definizione di «classe media» adottata, tra il 43% (quadri superiori e medi) ed il 77% (quadri superiori, medi e impiegate) delle donne intervistate appartenevano alla classe media: più del 50% dei loro mariti facevano parte della classe operaia. Questa tendenza corrisponde ai dati inglesi degli anni '70 citati da Ann Oakley [1981]: secondo la loro attività professionale, il 52% delle donne sposate, il 62% delle nubili, ma solo il 35% degli uomini appartenevano alla classe media. Sempre in Gran Bretagna, e negli stessi anni, 2/3 delle donne della classe sociale 3° NM (lavoro Non Manuale) erano sposate a degli uomini di condizione sociale inferiore, appartenenti cioè alla classe 3° M (lavoro Manuale) [Osborn e Morris 1979].

Come interpretare la superiorità socio-professionale delle donne rispetto ai mariti? Se accettiamo la legittimità delle gerarchie soggiacenti alle categorie socio-professionali, o alle classi sociali, che situano gli impiegati al di sopra degli operai, sia in Francia che in Inghilterra, si deve concludere che gli uomini, più delle donne, si sposano con qualcuno la cui posizione sociale è superiore alla loro. Questa conclusione così logica, mette però a disagio molti sociologi che hanno imparato a considerare la famiglia come «un'unità solidale di rango equivalente» [Delphy 1977], e cioè come un tutto omogeneo. Commentando il fatto che 2/3 delle donne di classe sociale 3° Non Manuale abbiano dei mariti appartenenti alla classe 3° Manuale, i sociologi Osborn e Morris affermano che questo fatto «suggerisce che le donne di classe sociale 3° NM hanno una posizione socio-economica simile a quella degli uomini di classe sociale 3°M, benché, in genere, si riconosca ai lavoratori maschi di classe sociale 3° NM uno status superiore a quello riconosciuto ai lavoratori maschi di classe sociale 3°M» [Osborn e Morris 1979, 42].

Ed Ann Oakley commenta a sua volta: «Perché se il matrimonio è quell'oasi di uguaglianza che i marxisti ed i sociologi di classe media amano credere che sia, è impossibile che le donne abbiano uno status superiore a quello dei loro mariti» [Ann Oakley 1981, 291].

Insomma, o concludiamo che le donne hanno uno status

educativo e professionale superiore a quello dei mariti, oppure che l'avrebbero se solo non fossero donne.

Questi dati, e le acrobazie intellettuali dispiegate dagli studiosi di scienze sociali per integrarli al modello dominante, suggeriscono invece che per la donna il matrimonio non è dissimile dal mercato del lavoro, dato che in entrambi i casi un livello superiore a quello degli uomini è necessario per sperare di essere considerate come uguali.

Si può anche fare l'ipotesi che gli impieghi di classe media occupati dalle donne, benché ufficialmente superiori agli impieghi operai, siano, di fatto, inferiori per quanto riguarda il prestigio, il salario, l'interesse intrinseco del lavoro, le possibilità di mobilità professionale ascendente ecc.: accettare questa ipotesi significa mettere in discussione l'analisi marxista classica della società contemporanea.

Per concludere, continuare a considerare la posizione socio-economica della famiglia come determinata dallo status del marito è inaccettabile sia dal punto di vista della ricerca che da quello delle politiche sociali: da una parte, la donna può avere uno status educativo e professionale superiore a quello dell'uomo; dall'altra, è probabile che, come abbiamo visto, quest'ultimo consumi una parte sproporzionata delle risorse materiali e simboliche a disposizione.

Strumenti

Gli strumenti di una ricerca sono scelti in funzione degli obiettivi che si vogliono raggiungere. Nelle tre ricerche esploratorie, lo strumento più adeguato era rappresentato da un'intervista che, da poco strutturata all'inizio, diventava più sistematica via via che le mie ipotesi si precisavano grazie a quello che le donne mi dicevano. L'obiettivo della ricerca longitudinale era invece di raccogliere dati tali da permettere di svolgere un'analisi quantitativa, e di elaborare una spiegazione causale dell'esperienza delle donne. Lo strumento più opportuno mi sembrava un questionario: ne ho costruiti quattro, a partire dal materiale qualitativo raccolto nelle piccole inchieste precedenti.

I questionari

Obiettivo dei questionari era di raccogliere informazioni che permettessero di descrivere l'esperienza delle donne, di analizzare la relazione tra variabili, e di cogliere la discrepanza tra aspettative e realtà. Le domande, alcune aperte, la maggior parte chiuse, riguardavano prima i fatti o i comportamenti in questione, e poi le opinioni ed i sentimenti delle donne in proposito. Volevo con questo evitare alcuni dei limiti presenti in molte ricerche in sociologia della famiglia, i cui risultati ci informano sul livello di soddisfazione dei genitori senza sapere nulla delle circostanze che possono averlo influenzato. Ora, per diverse ragioni, le persone possono dirsi o sentirsi soddisfatte anche in circostanze sfavorevoli, e mi pareva importante poter cogliere questa discordanza tra condizioni obiettive e reazioni personali.

Ecco, molto schematicamente, i contenuti dei questionari:

- 1° Questionario (3° trimestre di gravidanza)
Informazioni socio-demografiche relative alla donna ed al suo compagno.
Conoscenze ed aspettative rispetto al parto.
Conoscenze ed esperienze precedenti con neonati; aspettative, progetti rispetto al bambino (allattamento, educazione ecc.); organizzazione prevista (aiuto esterno, baby-sitter ecc.).
Divisione del lavoro domestico con il marito, ed aspettative per il futuro. Aspettative legate alla divisione delle cure al bambino.
Attività professionale della donna, ed aspettative per il futuro.
Attività sociali, descrizioni e progetti.
Depressione: questionario di Pitt.
- 2° Questionario (i bambini hanno circa cinque settimane)
Descrizione e sentimenti rispetto al parto, e valutazione delle discrepanze tra aspettative e realtà.
Ricovero in ospedale, inizio dell'allattamento, relazione con il personale.
Descrizione del bambino e prime relazioni con lui/lei.
Allattamento.
Salute della madre, conseguenze del parto e dell'allattamento.
Relazione con il marito.

Organizzazione della vita domestica: aiuto, momenti per sé.
Divisione del lavoro domestico e di cure al bambino con il marito.

Depressione: questionario di Pitt, e valutazione soggettiva.
Valutazione dell'esperienza della maternità.

3° Questionario (i bambini hanno circa 4 mesi)

Salute, comportamento ed educazione del bambino; sentimenti della madre.

Divisione del lavoro con il marito.

Attività professionale della madre.

Organizzazione della vita domestica.

Valutazione dell'esperienza della maternità.

Salute.

Relazione con il marito.

Depressione: questionario di Pitt, e valutazione soggettiva.

Valutazione del fatto di aver partecipato alla ricerca.

4° Questionario (i bambini hanno circa nove mesi).

Come per il terzo Questionario, più una domanda sugli eventuali progetti di altri bambini.

Come ho già detto, fissavo l'incontro per il primo questionario alla Maternità di A. a casa della donna, e prima di cominciare, rispiegavo gli obiettivi ed i contenuti della ricerca, e la incoraggiavo a chiedere tutte le informazioni che le sembravano necessarie. La donna riempiva da sé il questionario, mentre io leggevo ad alta voce le domande. Prima di andarmene, le lasciavo una busta affrancata con il mio indirizzo, di modo che potesse comunicarmi la data di nascita del bambino. Quando ricevevo la lettera, telefonavo e fissavamo un appuntamento per il secondo questionario. Quando il bambino aveva circa nove mesi, inviavo il quarto questionario per posta, anch'esso con una busta già affrancata per il ritorno.

Il questionario di depressione di Pitt

Per valutare la depressione, oltre a chiedere alle madri come si sentivano in proposito, ho utilizzato uno strumento standardizzato, e cioè il questionario di Pitt [1968], integrato in ognuno dei quattro questionari. Pitt è uno psichiatra inglese: la sua ipotesi è che le donne manifestino un maggior

numero di sentimenti di ansia e di depressione prima del parto, rispetto a dopo: utilizzando lo stesso questionario prima e dopo il parto è così possibile distinguere le donne che si discostano da questa tendenza generale.

Il questionario è presentato nella tabella 5. Ogni affermazione può essere codificata da 0 (risposta «normale») a 2 (risposta indicativa di problemi). Per validarlo, Pitt lo ha sottoposto a 350 donne che si servivano di un grande ospedale di Londra, prima alla ventottesima settimana di gravidanza, e poi tra le sei e le otto settimane dopo il parto. Il punteggio del questionario si abbassava in media di 3 punti dopo il parto, eccetto per alcune donne che andavano quindi contro la tendenza generale. Pitt stabilì il suo criterio di depressione come un aumento dal primo al secondo questionario di almeno 6 punti (e cioè più di una deviazione standard rispetto alla differenza media). Le donne furono inoltre intervistate da uno psichiatra che non conosceva i risultati del questionario, e che basò la sua diagnosi di depressione sui criteri definiti nella Hamilton Rating Scale for Depression [Hamilton 1960]; la correlazione tra queste due misure era piuttosto elevata (Spearman, +0,78).

Per quali motivi ho utilizzato questa misura standardizzata per valutare la depressione? Innanzitutto, volevo poter paragonare i miei risultati con quelli di altre ricerche; era quindi necessario utilizzare anche alcuni strumenti coerenti con quelli altrui. Come abbiamo visto, la maggior parte dei lavori sulla depressione si è svolta in ambito psichiatrico, ed è in quest'ambito che si sono sviluppati gli strumenti di valutazione. Anche Ann Oakley, la cui ricerca muove da una critica al paradigma medico, utilizza una scala di valutazione psichiatrica (la Present State Examination) per valutare la depressione nelle donne intervistate [Oakley 1980]. Se ho scelto lo strumento di Pitt, è perché era già stato usato in una ricerca non psichiatrica, quella di Dana Breen [1975], e perché è uno dei pochi ad essere stato costruito e standardizzato a partire da una popolazione di donne ordinarie, prima incinte e poi madri, e non di pazienti psichiatriche. Da notare che la scala di depressione più usata per valutare i problemi del post-partum è invece quella di Beck [Beck et

al. 1961], costruita e standardizzata su una popolazione psichiatrica. Un altro vantaggio dello strumento di Pitt è che permette una valutazione infra-individuale, e non inter-individuale: le risposte delle donne nel post-partum sono valutate rispetto alle risposte date da loro stesse durante la gravidanza, e non rispetto ad una norma, necessariamente arbitraria, di salute mentale. Si tratta di una procedura che permette di cogliere delle differenze, anche sottili, nello stato psicologico delle madri prima e dopo la nascita di un bambino. La maniera stessa di valutare la depressione permette inoltre di attribuirle senza ambiguità, quando c'è, all'esperienza della maternità.

Per quanto riguarda i limiti dello strumento, il principale consiste nella mancanza di chiarezza su quel che si vuol valutare, la depressione. A cosa corrisponde quel che è misurato dal questionario di Pitt? E che relazione c'è tra questa, o altre, misure e l'esperienza, i sentimenti dei soggetti?

Si tratta di domande formulate di rado, e per le quali non ci sono risposte soddisfacenti. È bene ricordare comunque, che gli strumenti per valutare la depressione sono, per l'appunto, solo degli strumenti; attraverso di essi, l'esperienza dei soggetti viene ridotta a delle entità misurabili, e questo permette di cercare di capire le relazioni tra diversi avvenimenti. Quel che misurano è, molto semplicemente, la presenza o l'assenza in un dato momento di un certo numero di sentimenti, comportamenti, reazioni fisiche e psicologiche che spesso si presentano assieme, e che nella nostra cultura definiamo depressione.

Il fatto che questi strumenti esistano, e che siano utilizzati, rappresenta insomma un tentativo più o meno riuscito di valutare la sofferenza mentale, e non certo una conferma dell'esistenza di un'entità discreta chiamata depressione.

Codifica e linee generali dell'analisi dei dati

Tutte le risposte chiuse sono state codificate ed analizzate. In alcuni casi, ho costruito degli indici sintetici. Per esempio l'indice che riassumeva la partecipazione del marito ai com-

più domestici è stato costruito addizionando le risposte a differenti domande (chi cucinava, puliva, faceva la spesa ecc.), e dividendo il totale per il numero delle domande. I valori ottenuti andavano da 1 (la donna fa tutto) a 5 (l'uomo fa tutto).

Ho anche codificato la maggior parte delle risposte aperte. Un esempio di questo processo è la risposta alla domanda sulle prime reazioni della madre alla vista del suo bambino. Poche donne avevano avuto una reazione del tutto positiva («mi sembrava bellissima, ero stanca, ma quando si arriva lì, è meraviglioso») o del tutto negativa («non mi è sembrato carino, era brutto, tutto gonfio»); la maggior parte rispondevano che, sul momento, si erano sentite troppo stanche per reagire («serve un momento per sé, non si reagisce subito»), «ero troppo stanca per sentire qualcosa». In questo caso, ho attribuito il valore 1 alle risposte positive, il valore 2 alle risposte neutre o contraddittorie, ed il valore 3 alle risposte negative.

La variabile «depressione» è il risultato della sottrazione del punteggio ottenuto con lo strumento di Pitt in occasione del secondo, terzo e quarto questionario dal punteggio ottenuto al primo questionario. Secondo i criteri di Pitt, erano depresse le donne per le quali il risultato di questa sottrazione era uguale o superiore a 6. Ho però costruito la variabile depressione anche con un criterio più largo, considerando cioè «depresse» le donne i cui punteggi non diminuivano, o aumentavano ma meno di 6 punti, tra il primo ed i successivi questionari. Questo perché, come Dana Breen [1975] volevo conoscere l'esperienza ordinaria della maternità, e cogliere anche forme di sofferenza minori rispetto a quanto gli psichiatri definiscono «depressione clinica». Disporre di due criteri (che chiamerò «allargato» e «ristretto») mi permetteva inoltre di verificare se la depressione misurata con lo strumento di Pitt, era una variabile continua o discontinua: nel primo caso, correlazioni con altre variabili avrebbero dovuto esistere sia con il criterio allargato che con quello ristretto.

L'analisi è stata fatta su calcolatore, utilizzando il programma Spss (Statistical Package for the Social Sciences); ho soprattutto utilizzato le tavole di contingenza (programma

Crosstabs). La significatività statistica è stata calcolata con il test del chi quadrato. In alcuni casi, sono state svolte delle comparazioni tra medie e la significatività è stata calcolata con il T-test. Il livello di significatività scelto è uguale o inferiore a 0,05.

Quando cito parti delle interviste con le donne, specifico se sono state intervistate nel corso delle ricerche esplorative o meno; alcune caratteristiche delle donne sono state modificate, ed i nomi sono naturalmente inventati.

3. *La metodologia incianipa: problemi tecnici, teorici ed etici*

I questionari erano molto dettagliati e, grazie alle numerose domande aperte, lasciavano un certo spazio all'espressione dei sentimenti e delle valutazioni delle donne. A partire dal secondo incontro, però, lo strumento si rivelò insufficiente: in parte perché mi conoscevano meglio e si sentivano più a loro agio nella situazione di intervista, in parte perché parlare del parto e del bambino le coinvolgeva emotivamente molto di più dei contenuti del primo questionario, le donne mi davano più informazioni di quante non fossero richieste dalle domande. Dato che tutto quel che dicevano era interessante, e spesso mi permetteva di capire la loro esperienza meglio di quanto non lo facessero le risposte al questionario, decisi di tenerne conto in maniera sistematica. Così, dopo aver spiegato alle intervistate i motivi di quell'innovazione ed aver ottenuto il loro consenso, cominciai a registrare tutto quel che succedeva quando le donne riempivano il questionario: le loro domande e le mie, i loro commenti spontanei, la discussione tra noi, il pianto del bambino, ecc.

Mi trovai così, alla fine della ricerca, con centosessantotto questionari riempiti e codificati (per un totale di ottocentoquaranta variabili) e con circa centocinquanta ore di registrazioni, che ho trascritto integralmente: un'enorme quantità di materiale, difficile da analizzare, e sotto il peso del quale mi sembrava che avrei finito per soccombere. Solo in seguito mi resi conto che altre ricercatrici femministe, motivate dalla stessa volontà di dare spazio alla soggettività delle

intervistate, si erano trovate in una situazione simile alla mia, ed in conseguenza avevano dovuto riformulare nel corso della ricerca alcune delle ipotesi di lavoro [Esseveld 1988]. Modificare le ipotesi (come aveva fatto Johanna Esseveld) o gli strumenti (come stavo facendo io), per meglio adattarsi all'oggetto da studiare, dev'esser capitato anche ad altri: eppure, di questi intoppi non si discute pubblicamente e ancor meno si scrive.

Sul momento, avevo soprattutto il sentimento di aver trasgredito a qualche regola fondamentale dell'ortodossia della ricerca in scienze sociali, sentimento confermato dalle difficoltà in cui mi trovai al momento di analizzare questi dati, ed in particolare dal fatto che le risposte ad alcune domande chiuse erano in contraddizione con quel che le donne mi avevano raccontato spontaneamente.

Un esempio ne era la risposta a una domanda del secondo questionario, in cui si chiedeva alle intervistate se qualcuno fosse stato spiacevole con loro durante il parto. Tra le donne che rispondevano «no», alcune mi dicevano in seguito che il medico, o l'ostetrica, erano stati duri, sbrigativi o «odiosi» nei loro confronti. Un altro tema a proposito del quale le contraddizioni erano frequenti riguardava la divisione del lavoro con il marito. Alcune rispondevano che dividevano «a metà» con lui un determinato compito (per esempio andare a vedere il bambino di notte, o portarlo dal medico), per poi raccontarmi che il bambino di notte non si svegliava mai, e che non erano mai andate dal medico. Un'altra donna, dopo aver risposto che cambiare il bambino era un compito che divideva a metà con il marito, mi aveva raccontato che uno dei motivi di litigio tra di loro era che lui non aveva ancora mai voluto cambiare un pannolino.

Cosa fate di queste contraddizioni? Gail Wilson [1986], in una ricerca sulle donne ed il denaro, si era trovata in una situazione simile. Alla domanda su quanto i mariti «aiutassero» in casa e con i bambini, otteneva una prima risposta del tipo «aiuta molto», «è tanto gentile», ecc. Nel corso dell'intervista, o in un'intervista successiva, quando si informava su quali compiti il marito svolgesse effettivamente, otteneva un resoconto alquanto diverso della situazione: proprio quella

settimana, il marito non aveva avuto il tempo di fare niente, aveva lavorato fino a tardi, era stato poco bene ecc. Ciò capitava così di frequente, che Wilson (anche lei a metà ricerca!) finì per creare una categoria di contraddizioni, e per studiarle in quanto tali.

Questa soluzione non rispondeva però alla mia esigenza di tradurre l'esperienza di ogni donna in termini più generali; di sapere per esempio quanto i mariti effettivamente partecipassero al lavoro domestico, e che relazione ci fosse tra l'aiuto del marito e gli indicatori di salute mentale delle donne.

Decisi allora di comportarmi altrimenti. In alcuni casi, la contraddizione veniva rilevata dall'intervistata, o da me, prima che ci lasciassimo. Si discuteva, la donna forniva nuove informazioni e si arrivava ad una risoluzione della contraddizione: restava nel questionario la versione più vicina all'esperienza vissuta dalla donna. In altri casi, la contraddizione non era rilevata in tempo, né da me né da lei. C'erano allora due possibilità. Se le informazioni di cui disponevo mi indicavano senza ambiguità che la donna aveva scelto, tra le risposte chiuse al questionario, una che non corrispondeva affatto a quel che era successo, assumevo la responsabilità di correggere la sua risposta in funzione delle altre informazioni. Mi son comportata così nel caso della donna che aveva risposto che cambiava i pannolini «a metà» con il marito, per poi dirmi che litigava con lui perché non li aveva mai voluti cambiare. Situazioni così chiare erano però infrequenti. In genere disponevo di indizi, e non di prove, che la risposta non corrispondeva alla realtà. Accettavo dunque la risposta della donna, che tendeva in genere a mostrare che tutto andava per il meglio.

Restava comunque il problema di quale fosse il quadro di riferimento più opportuno per capire le ragioni di questi problemi. Ottenere delle risposte contraddittorie era forse un'indicazione che il questionario non era fatto abbastanza bene? Ciò è possibile: è lecito però chiedersi se le caratteristiche stesse di questo strumento – di essere uguale per tutti, e di chiedere ai soggetti di pronunciarsi su delle porzioni di realtà definite in maniera unilaterale dal ricercatore [Gilli

1971; Oakley 1980] – non lo renda incapace di render conto dell'esperienza della gente. Se ho ottenuto delle risposte contraddittorie, è piuttosto perché la realtà stessa è contraddittoria: aver ascoltato quel che le donne mi dicevano in più, o malgrado il questionario, mi ha permesso di scoprirlo. Già negli anni '70, Gian Antonio Gilli ricordava che il ricercatore, piuttosto che scotomizzare la realtà per farla entrare nel questionario, deve servirsi del questionario come di uno strumento per arrivare alla realtà; suggeriva inoltre che era meglio «manca di rispetto» nei confronti del questionario che nei confronti dei soggetti o della realtà [Gilli 1971].

Il fatto che le persone in generale, ed i soggetti di una ricerca in particolare, possano esprimersi su una questione in modo del tutto contraddittorio, ha attirato negli ultimi anni l'attenzione di chi fa ricerca in scienze sociali [Cornwell 1984; West 1990]. Jocelyn Cornwell, tra le prime ad aver affrontato in maniera sistematica questo problema, suggerisce che i soggetti elaborano diverse interpretazioni della realtà, ed in particolare un resoconto (*account*) pubblico ed uno privato [Cornwell 1984]. Il primo tenderebbe a mostrare un'immagine «convenzionale», positiva e priva di conflitti: insomma, quel che «dovrebbe» essere. Il secondo, al contrario, lascerebbe vedere «il lato oscuro delle cose» [West 1990], la realtà così com'è. Il resoconto pubblico verrebbe sollecitato da domande dirette su temi generali, e sarebbe abbastanza tipico all'inizio dell'intervista; quello privato, emergerebbe invece in una fase successiva (alla fine dell'intervista, o in interviste successive) e sarebbe più frequente quando i soggetti organizzano loro stessi il racconto della loro esperienza. Secondo Gail Wilson [1986], comunque, le domande poste abitualmente ai soggetti di una ricerca sarebbero tali da suggerire che il ricercatore è soprattutto interessato alla versione «pubblica» degli avvenimenti. Niente, in ognuno dei resoconti, ci può dire quali dei due si avvicini maggiormente alla realtà; un criterio di validazione possibile può venire dall'esterno, e cioè dal fatto di studiare lo stesso soggetto con altre metodologie, o da un'altra angolazione².

² Questa è in realtà l'unica validazione possibile per qualsiasi ricerca [Wood Sheriff 1979].

Quando ciò avviene, come nello studio di Patrick West sui genitori di bambini handicappati [West 1990], è il resoconto «privato» ad essere confermato.

Nella mia ricerca come in quella di Wilson [1986], la discrepanza tra resoconto pubblico e privato era più frequente nell'area della partecipazione del compagno al lavoro domestico e di cure. A volte, le risposte delle donne corrispondevano a quel che avrebbero desiderato che succedesse, o a quel che secondo loro sarebbe successo... se l'occasione si fosse presentata, se il marito non avesse avuto molto da fare proprio quel mese lì ecc. La versione pubblica corrispondeva insomma a quell'ideale di coppia «moderna» o di «nuovo papà», che molte donne approvavano, e prendevano come modello. Con queste risposte, cercavano di presentare il marito sotto la luce migliore, ed anche di proteggersi dall'idea fastidiosa che la loro relazione di coppia fosse meno egualitaria di quanto pensavano, o desideravano che fosse. Era comunque evidente che non volevano nascondere questa realtà né ai loro occhi né ai miei, dato che nel corso dell'intervista finivano per fornire altre versioni, contraddittorie con la prima.

L'analisi di alcune di queste contraddizioni, e del modo in cui emergevano nel corso delle interviste, porta a formulare un'ipotesi complementare a loro riguardo, e cioè che potessero indicare livelli diversi di presa di coscienza, la cui progressione era in parte stimolata dal fatto stesso di rispondere al questionario. Consideriamo per esempio le donne che avevano risposto che tutti erano stati gentili con loro durante il parto, e che mi avevano descritto in seguito come il medico o l'infermiera fossero stati odiosi. Come la maggior parte delle persone che entrano in contatto con il personale ospedaliero, erano preparate a trovare del tutto normale un certo livello di mancanza di rispetto, o di gentilezza nei loro confronti. In una ricerca svolta a Trieste sull'esperienza che le madri avevano avuto del parto e del dopo parto, la risposta più frequente alla domanda su come si fossero trovate era «è un ospedale, bisogna accontentarsi» [Romito e Zalateo 1992]. Così le donne francesi avevano accettato come normale la scortesia di alcuni membri del personale, ed è solo grazie alle

domande del questionario in proposito ed alla discussione tra noi che alcune avevano realizzato di essere state maltrattate, e che questo non era affatto «normale».

Questa situazione pone un certo numero di problemi. Dal punto di vista etico, dobbiamo domandarci se abbiamo il diritto di attivare un processo di presa di coscienza nei confronti di persone che non ce l'hanno domandato e che in genere non sosterranno in seguito. Alcune sociologhe, implicate in una ricerca sulla vita delle donne di mezza età, hanno scritto in proposito che: «Chiunque cerchi di fare della ricerca critica in scienze sociali si trova di fronte questo problema etico: bisogna, sì o no, confrontare i gruppi o gli individui con delle interpretazioni della loro vita che sono radicalmente diverse dalle loro? La questione si pone in maniera particolarmente acuta quando l'interpretazione di chi fa la ricerca può disorganizzare e minacciare la visione del mondo del soggetto. Per esempio, tra le donne (intervistate) che erano casalinghe, molte si definivano come molto indipendenti, mentre secondo il nostro punto di vista, le loro condizioni di vita creavano una situazione di dipendenza personale e strutturale» [Acker *et al.* 1983, 429; vedi anche Esseveld 1988].

Per cercare di risolvere il problema, Joan Acker e le sue colleghe [Acker *et al.* 1983] decisero di non far partecipare all'analisi ed alla discussione dei risultati le donne che, per le ragioni suggerite sopra, avrebbero potuto esserne turbate. Si tratta di una soluzione insoddisfacente, ma nulla, nella storia della ricerca in scienze sociali, prepara ad affrontare le conseguenze del coinvolgimento attivo del soggetto in una ricerca, né del senso di responsabilità del ricercatore nei suoi confronti¹.

Per quanto mi riguarda, non ho mai costretto le donne che non avevano i mezzi per cambiare a confrontarsi con una realtà dolorosa. Per esempio, ho colto sistematicamente le contraddizioni riguardanti la divisione dei compiti domestici nella coppia (e le intervistate hanno spesso commentato

¹ Basti ricordare che nelle ricerche biomediche, dove l'esser incluso nel campione ha costato a volte la vita al soggetto, il problema dell'assenso alla partecipazione si è posto abbastanza di recente, e non è certo pratica corrente dappertutto [Fauldner 1985; Collier 1989].

«È vero, questo non lo fa, gliene devo parlare»). Ho invece ignorato la contraddizione nel discorso di una donna che, alla domanda «Le è capitato o le capita di piangere, di avere dei momenti di tristezza, di scoraggiamento, d'inquietudine?» (secondo questionario, cinque settimane dopo il parto) ha risposto di no, mentre tutto nel suo comportamento e nelle altre risposte suggeriva che si trovava in difficoltà: aveva spesso avuto le lacrime agli occhi parlandomi del parto, che era stato traumatizzante, del bambino che piangeva sempre, del marito che usciva da solo ecc. La stessa donna, in occasione del terzo questionario (quando il bambino aveva quattro mesi), a una domanda aperta sullo stesso argomento risponderà che era stata depressa per i primi due mesi dopo il parto «fino al momento in cui ho ricominciato a lavorare». Nel quarto questionario (riempito quando il bimbo aveva nove mesi) aggiungerà spontaneamente a una serie di domande sulla presenza di problemi fisici ed estetici conseguenti al parto «Depressa, secondo i periodi, per cinque mesi».

Dev'essere chiaro che queste contraddizioni, e tutta l'informazione supplementare che portano con sé, hanno potuto emergere solo perché il questionario è stato usato in maniera poco ortodossa e perché non mi sono attenuta al comportamento dell'intervistatore così com'è prescritto nei manuali di metodologia.

Un postulato della ricerca in scienze sociali è che l'oggetto possa essere studiato solo se, studiandolo, non lo si modifica. Per questo motivo, l'intervistatore deve «evitare di implicarsi personalmente nel contenuto dell'intervista» [Quivy e van Campenhoudt 1988], così da non influenzare il soggetto; il suo lavoro «è fondamentalmente quello di un reporter, e non quello di un evangelista, di un cacciatore di curiosità o di un oratore» [Sellitz *et al.* 1965]. Una cura particolare viene posta nell'occultare al soggetto i veri scopi dell'inchiesta: quando l'intervistato vuole sapere qualcosa di più sulla ricerca, o sulle opinioni dell'intervistatore, quest'ultimo dovrebbe ignorare le sue domande, oppure «eluderle e far notare scherzando che il suo lavoro consiste nel raccogliere le opinioni altrui e non nel fornire le proprie» [Sellitz *et al.* 1965; Sjöberg e Nott 1968]. Dato questo tipo di rapporti, non c'è

da stupirsi che gli intervistati siano a volte riottosi nel comunicare opinioni ed informazioni sulla loro vita intima: è allora attraverso dei «sotterfugi» (per esempio organizzando l'intervista in modo che il soggetto fornisca informazioni che a lui sembrano anodine ma che il ricercatore interpreterà in seguito) che l'intervistatore può ottenere l'informazione desiderata [Cannell e Kahn 1959].

Come Oakley [1981, 33] fa notare ironicamente, la situazione è delicata perché: «L'intervista esige la manipolazione degli intervistati in quanto oggetti di studio/fonti di dati, ma questo si può realizzare solo attraverso una certa umanità nel trattamento dei soggetti. Se l'intervistato/a non ha l'impressione di essere trattato con gentilezza e simpatia dall'intervistatore/trice, non sarà d'accordo di farsi studiare, e non fornirà le informazioni richieste».

Insomma, molto semplicemente, nella ricerca tradizionale in scienze sociali si considera legittimo, quando necessario, manipolare i soggetti, ed estorcere loro attraverso vari sotterfugi le informazioni desiderate. È relativamente di recente, e cioè grazie all'analisi politica del ruolo conservatore delle scienze sociali avvenuta nel contesto del '68, che questo approccio è stato giudicato inaccettabile dal punto di vista etico, nonché poco fruttuoso sul piano scientifico [Gilli 1971]. Questa critica si è ulteriormente arricchita nel contesto di un altro movimento politico, e cioè il femminismo (vedi Roberts [1981]). Ann Oakley [1981], per esempio, ha sostenuto che quando una femminista intervista una persona del suo stesso sesso, il paradigma dell'intervista in scienze sociali diventa immediatamente insostenibile: come eludere le domande di un'altra donna su un'esperienza (come il parto e l'allattamento) che l'intervistatrice ha vissuto in prima persona, perché manipolarla per ottenere un'informazione che, nel contesto di un rapporto non gerarchico, l'intervistata fornirà volentieri?

Nella metodologia tradizionale, il ricercatore rischia di bloccare il soggetto a quel livello di conoscenza e di coscienza scelto come oggetto della ricerca. Cannell e Kahn [1959, 399 della versione francese] per esempio, scrivono senza ironia che «ogni domanda deve suscitare una risposta suscettibile d'essere analizzata in tal modo che i risultati di questa

analisi corrispondano a quel che si aspettava il ricercatore». Come altri [Gilli 1971] e altre [Esseveld 1988] mi pare invece più corretto e interessante render conto di un processo piuttosto che cercare di impedirlo, dell'evoluzione dei soggetti piuttosto che delle loro opinioni «bloccate» dal questionario.

È utile ricordare che il contesto in cui questa metodologia si è sviluppata è quello della divisione dei compiti tra il ricercatore e l'intervistatore. Quest'ultimo non ha uno status molto diverso da quello dell'intervistato: nessuno dei due ha partecipato né alla definizione delle ipotesi né alla costruzione del questionario; nessuno dei due parteciperà poi né all'analisi dei risultati ed alla loro interpretazione, né alle decisioni riguardanti la loro diffusione ed utilizzazione, compiti controllati in genere dal ricercatore, o dal committente. D'altra parte, è l'intervistatore e non il ricercatore che si trova di fronte al soggetto, in una buona posizione per cogliere l'adeguatezza di alcune domande o le contraddizioni tra alcune risposte e la realtà, sprovvisto però del potere per modificare la situazione.

Come altre donne che hanno svolto ricerche in un campo simile al mio [Oakley 1981; Acker *et al.* 1983] o differente [Messing 1989], ho fatto una scelta diversa: le donne intervistate conoscevano i miei obiettivi; ottenevano delle risposte oneste alle domande che mi ponevano (su di me, sul mio lavoro, sullo studio); alla fine della ricerca, sono state messe al corrente dei risultati ed hanno collaborato alla loro interpretazione.

Il fatto di aver partecipato alla ricerca ha certamente avuto un'influenza. Tra le quaranta donne che, in occasione del terzo questionario, hanno risposto alla domanda: «Credi che aver partecipato a questa ricerca – aver riempito il questionario, avermi ricevuta a casa sua, aver discusso in proposito – ha avuto un'influenza sulla sua esperienza della maternità? E se sì, in qual modo?», ventitre (il 58%) hanno risposto di sì. Per tutte si era trattato di un'influenza positiva: le interviste avevano rappresentato delle occasioni per riflettere sulla loro esperienza, e per discuterne con un'interlocutrice interessata. Alcune avevano trovato molto importante sapere che anche altre vivevano delle situazioni simili alla loro: una

aveva precisato che «mi rassicura, perché la maternità, si è sole. Lei fa un legame tra persone sole». Per un'altra donna, la cosa più importante era stata che il questionario «aiutava a non dimenticare». Aveva avuto una pessima esperienza del parto e del soggiorno in ospedale, e pensava fosse importante non dimenticare quel che le era successo, in modo da organizzarsi diversamente quando fosse nato il secondo bambino.

È legittimo domandarsi quali conseguenze abbia avuto tutto ciò sui risultati della ricerca, ed a maggior ragione sulla vita delle donne. Forse alcune sono uscite più rapidamente dalla depressione, grazie alla riflessione indotta dal questionario? O forse altre hanno preso delle decisioni (fare o meno un altro bambino subito dopo il primo, ricominciare o meno l'attività professionale) grazie, o a causa, delle domande che ho posto loro? Si tratta di una domanda a cui non è possibile rispondere, e che dovrebbe esser posta, comunque, ogni volta che un intervistatore entra in rapporto con un soggetto, e non solo quando lo fa in maniera empatica, si coinvolge personalmente, ed è onesto con lui/lei. Anche l'atteggiamento neutro e distante prescritto dai manuali può influenzare chi è intervistato. Immaginiamo le donne, di cui alcune scoraggiate ed infelici, sottoposte nel dopo-parto al questionario di depressione di Beck, che dovevano dire se erano o meno d'accordo con affermazioni del tipo: «sono brutta e ripugnante», «mi odio», in presenza di un intervistatore che rispettava le regole del gioco, che ignorava cioè le loro domande (sugli scopi della ricerca, sulle sue opinioni in proposito), o le «eludeva, facendo notare scherzando che il suo lavoro consisteva nel raccogliere le opinioni altrui e non nel fornire le proprie». Possiamo davvero sostenere che questo tipo di rapporto non ha influenzato le loro risposte (per non parlare del loro morale)? Che la questione non sia mai stata posta in questi termini, non significa insomma che il problema non esista.

4. Una metodologia femminista?

L'esperienza presentata nelle pagine precedenti fornisce un'ulteriore indicazione sia delle tensioni e contraddizioni

presenti in ogni situazione di ricerca, sia, più in particolare, dei limiti imposti da una determinata metodologia, il questionario, e dall'impossibilità pratica, nell'ambito di un rapporto di rispetto per il soggetto e per la sua realtà, di applicarla in modo ortodosso.

È tuttavia non mi sento di concludere che le metodologie quantitative siano sempre inappropriate, o viceversa che quelle qualitative siano sempre più opportune. Si tratta di una posizione sostenuta da numerose femministe che fanno ricerca nell'ambito delle scienze sociali: secondo alcune psicologhe americane, per esempio, solo dei metodi qualitativi (come le storie di vita o le interviste non strutturate) sono accettabili, in quanto permettono di render conto, senza stravolgerla, dell'esperienza dei soggetti; una femminista dovrebbe scusarsi se usa dei questionari o se fa degli esperimenti di laboratorio. Il dibattito in proposito è molto vivace, almeno nel mondo anglosassone, e sarebbe difficile renderne conto adeguatamente. Mi limiterò quindi ad illustrare alcuni punti molto brevemente (vedi anche Romito [1990c]).

Come abbiamo già visto, agli inizi degli anni '80, numerose ricercatrici in scienze sociali hanno svelato i limiti del questionario e della relazione gerarchica tra ricercatore e ricercato tradizionalmente associata all'uso di questo strumento (vedi Roberts [1981]); questa critica è stata inoltre estesa all'uso dei metodi quantitativi in scienze sociali.

Negli anni successivi c'è stata però una progressiva presa di coscienza dei limiti di una dicotomia che identificava rigidamente i metodi quantitativi con un approccio maschile e come tale da rifiutare, e quelli qualitativi con un approccio femminile, e quindi da accettare, presa di coscienza accelerata dall'emergere, dopo un primo periodo di entusiasmo, di alcuni problemi peculiari all'uso delle metodologie qualitative (vedi Peplau e Conrad [1989], e Sprague e Zimmerman [1989]). Si è capito, spesso dolorosamente, che essere una femminista che intervista un'altra donna non garantisce affatto un rapporto paritario (specialmente se l'intervistatrice è bianca, e di classe media, e l'intervistata appartiene alla classe popolare, o ad una minoranza etnica, Edwards [1990]); e che dato il reale scarto di potere tra le due, la fiducia su cui

l'intervistatrice voleva basare il loro rapporto poteva anche aprire la strada ad un maggior sfruttamento dell'intervistata [Esseveld 1988].

Sono inoltre apparse con chiarezza tutte le difficoltà e ambiguità legate all'interpretazione del materiale prodotto con metodologie qualitative. Il tipo di soggetti inclusi nel campione e di domande poste prima, la parte di materiale da analizzare e l'interpretazione che ne viene fatta poi, implicano una serie di passaggi e di scelte che non sempre sono resi espliciti in queste ricerche; il rischio di manipolare l'esperienza del soggetto, o di stravolgere la realtà può essere maggiore di quello indotto dall'uso del questionario, con la sua scotomizzazione arbitraria della realtà. Peplau e Conrad [1989], discutendo dei rischi dell'interpretazione, ricordano che Freud, utilizzando delle metodologie qualitative (studio di casi, incoraggiamento dell'espressione dei sentimenti dei soggetti, associazioni libere ecc.) piuttosto che quantitative o sperimentali per studiare la sofferenza e la patologia mentale, finì per distorcere l'esperienza delle sue pazienti: per esempio, che queste donne riportassero esplicitamente di essere state violentate o disturbate sessualmente da maschi adulti della loro famiglia fu interpretato come espressione del fatto che avevano immaginato tutto ciò (vedi in proposito l'analisi di Masson [1984], e Romito [1990a]).

Per contrasto, le metodologie quantitative, nonostante i limiti già esposti, implicano quasi sempre un processo che enfatizza la necessità di rendere esplicita ogni fase dell'investigazione (ipotesi, strumenti di misura, analisi e interpretazione dei risultati), e rendono così più facile il controllo sociale in proposito: non è cosa da poco [Fee 1983; Sprague e Zimmerman 1989; Peplau e Conrad 1989].

È chiaro insomma che non può essere il metodo a determinare se una ricerca è femminista o meno. Se è vero che alcuni metodi sono stati storicamente associati a maggiori limiti o manipolazioni, ed altri sono inappropriati allo studio di particolari questioni, nessuno, che si tratti di questionari, interviste, storie di vita, osservazione partecipante, esperimento di laboratorio, può essere, in assoluto ed a priori più puro o più appropriato degli altri; soprattutto, nessuno è

magicamente esente da limiti tecnici o etici, né dall'intrusione surrettizia dei pregiudizi o dell'ideologia del ricercatore.

La metodologia dovrebbe essere scelta in funzione delle domande che ci si pone, ed è nella scelta di queste domande e poi nel rapporto con i soggetti e nell'uso della conoscenza prodotta che un approccio femminista può distinguersi da uno che non lo è. Il processo inverso (e cioè la scelta a priori di una metodologia perché più appropriata) finisce inevitabilmente per limitare il ventaglio delle questioni che potrebbero essere investigate [Brannen 1989; Romito 1990c]. Questa è anche la posizione di Ann Oakley, che nel suo ultimo studio sull'effetto del sostegno sociale nel prevenire una nascita a rischio, ha utilizzato una forma di sperimentazione controllata tipica delle scienze biomediche, il cosiddetto Randomized Controlled Trial [Oakley 1989].

Insomma, ogni metodologia fornisce dei risultati che ci permettono di conoscere uno degli aspetti di una realtà che è sempre multiforme e spesso contraddittoria. Per sapere quante donne in una determinata città, o in un determinato quartiere sono depresse, e quali sono le condizioni associate alla depressione, devo ricorrere a delle metodologie quantitative; per cogliere alcuni dei processi sottostanti alle suddette associazioni, così come i soggetti stessi li percepiscono, solleciterò le donne a raccontare la loro vita e ad esprimere il loro punto di vista. In entrambi i casi, i risultati, cioè le forme di conoscenza prodotte da queste due metodologie, saranno potenzialmente utili per capire l'esperienza delle donne. Quel che è importante, è ricordare che in entrambi i casi i risultati sono dei *prodotti*, che risentono, per definizione, delle caratteristiche dei mezzi di produzione (incluso il produttore).

Negare questa interdipendenza tra produttore, mezzi di produzione e prodotto rappresenta uno dei cardini del concetto di obbiettività scientifica, così come si è sviluppato nella scienza positivista: la scienza sarebbe neutra, cioè non risentirebbe delle caratteristiche dello scienziato (tra cui il sesso, la razza, la posizione sociale) né del contesto in cui si svolge la ricerca (chi la finanzia e per quali motivi, per esempio). Si tratta di paradigmi che le scienziate femministe

hanno opportunamente e convincentemente criticato (vedi, tra le altre, Fee [1983]; Birke [1986]; Donini [1988]; Rosser [1989]), anche se recentemente alcune hanno fatto notare come alla denuncia dell'obbiettività come valore in sé, non sia seguita una discussione su cosa possa rimpiazzare questo concetto [Esseveld 1988].

Joan Acker e le sue colleghe [1983] hanno sottolineato che un atto di oggettivazione e di presa di distanza sono necessari anche quando si vuol capire la propria esperienza, e non solo (ma ancor più) quella altrui. Molte delle donne che avevano intervistato, ed a cui avevano fatto leggere il primo rapporto di ricerca, che conteneva soprattutto lunghi estratti di interviste, erano rimaste insoddisfatte: avrebbero desiderato che le autrici, grazie agli strumenti conoscitivi di cui disponevano, interpretassero e spiegassero maggiormente il loro vissuto soggettivo.

Rifiutare in toto il concetto di obbiettività scientifica implica inoltre il rischio che, in assenza di criteri di validazione decisi in comune ed attraverso una procedura esplicita, si arrivi ad una sorta di relativismo culturale, per cui tutte le spiegazioni hanno lo stesso valore, e lo stesso peso: in questo caso non può che prevalere la spiegazione di chi ha maggior potere [Acker *et al.* 1983; Fee 1983]. Così, nelle scuole americane, il creazionismo ha avuto la stessa legittimità della teoria dell'evoluzione; per riprendere un esempio già fatto, l'interpretazione dell'incesto fatta dagli psicanalisti (e cioè che le bimbe sono sessualmente complici dell'adulto) ha lo stesso (o maggior) valore delle conoscenze prodotte con altre metodologie (ricerche epidemiologiche, testimonianze di donne che hanno subito violenza ecc.).

Non c'è motivo di considerare il concetto di obbiettività come qualcosa che si deve accettare o rifiutare in blocco: se la critica nata nell'ambito dei movimenti politici degli anni '70 e '80 ha smascherato definitivamente il paradigma della neutralità della scienza e dello scienziato, non è per questo necessario rinunciare all'idea di comprendere il mondo anche in termini razionali, né che la conoscenza possa esser sottoposta ad una valutazione critica ed empirica. L'obbiettività sarebbe così il risultato non della pretesa indipendenza del

soggetto dall'oggetto, del produttore dal prodotto, ma piuttosto della trasparenza degli inevitabili legami e rapporti tra di loro, tra cui il riconoscimento, da parte di chi fa ricerca, dei valori da cui è guidato, degli strumenti e criteri usati, e dei finanziamenti che ha ottenuto [Fee 1983; Romito 1990c].

La ricerca è un'attività umana, e come tale inevitabilmente sottoposta a contraddizioni, tensioni, ed anche errori e compromessi, di cui è cruciale render conto. È comunque anche da alcune di queste tensioni – tra distanza ed intimità, tra rigore e creatività, tra obiettività e soggettività – più che dalla loro negazione o risoluzione astratta che possono nascere spunti per nuove modalità di comprensione del reale.

PARTE TERZA

RISULTATI

GLI INDICATORI
DELLE CONDIZIONI PSICOLOGICHE
DELLE MADRI

Un'ipotesi o una teoria sono chiare, decisive e certe, ma non ci crede nessuno, salvo chi le ha create.

I risultati sperimentali, viceversa, sono delle cose disordinate ed inesatte a cui tutti credono, salvo chi ha fatto la ricerca...

[M. Shaplan, citato nell'«Annual Review of Astronomy and Astrophysics», 1984, 22, p. 359]

1. *Condizioni psicologiche delle madri nelle prime cinque settimane dopo la nascita del bambino*

Ci sono quattro indicatori del benessere – o delle difficoltà – delle madri nelle prime cinque settimane dopo il parto. Due sono soggettivi: sono le madri che valutano se hanno avuto il baby-blues durante la permanenza in ospedale, e se si sono sentite giù di morale tra il momento della dimissione e quello dell'intervista. Gli altri due sono oggettivi: si tratta della depressione, valutata con lo strumento di Pitt (con il criterio allargato e con quello ristretto).

Il baby-blues

Ho chiesto alle donne se, durante il soggiorno in ospedale, avessero avuto dei momenti di tristezza, di scoraggiamento, d'inquietudine. Trentatré donne (due terzi del campione) hanno risposto di sì: spesso, ma non sempre, questi sentimenti erano associati ad un avvenimento negativo, come l'annuncio di una piccola malformazione del bambino, il fatto di non avere latte, la mancanza – o l'eccesso – di visite.

Una volta, ero stanca, mi sono messa a piangere senza sapere perché. Ah sì, le dico perché. Avevo poco latte. Erano venuti i suoceri, c'era gente. La puericultrice mi ha detto che aveva dato a mia figlia un biberon con venti grammi di latte. Stavo proprio per piangere (Joséphine Y.).

Ah sì, una gran voglia di lasciar perdere tutto, e di ricominciare come prima (Andrée U.).

Mi sono sentita persa, il sentimento di non esser capace di occuparmi di mio figlio, una responsabilità pesantissima (France L.).

Sì, il bambino piangeva e non voleva mangiare. Ero stanca, c'erano state troppe visite (Annie G.).

Sentimenti di tristezza e di scoraggiamento

Un altro indicatore soggettivo delle condizioni psicologiche delle donne ci viene dalla risposta alla domanda aperta: «Le è capitato, o le capita, di scoppiare a piangere, di avere dei momenti di tristezza, di scoraggiamento, d'inquietudine? Se sì, per quali motivi?» Più della metà delle madri hanno risposto di sì. A volte non sembrava esserci nessun motivo per queste reazioni; più spesso, i motivi erano associati alle condizioni concrete della vita quotidiana con un neonato: la fatica, la mancanza di sonno, le difficoltà con l'allattamento, la solitudine.

Sì, ci sono dei momenti di tristezza, d'inquietudine. Cerco sempre di trovare una ragione, ma mi rendo conto che non sono delle ragioni valide. Penso che sono dovuti soprattutto al cambiamento ormonale (Sabrina D.).

Capitava così, senza motivo. Non so, guardavo mia figlia, mi mettevo a piangere. Nessun motivo, nessun problema. Mi è capitato un po' a casa, di avere il magone. Non era legato a niente (Julienne J.).

La prima settimana che ero a casa, sì. Non so perché. I nervi che hanno ceduto. Perché si perde tanto tempo, non ero organizzata, m'innervosivo. [Il suo bambino prende il seno fino a dieci volte al giorno] Sono scoppiata a piangere due o tre volte, senza sapere perché. Così, camminavo nel corridoio, le lacrime mi scendevano da sole. E poi, è passato, così (Lucienne T.).

Sì. C'è la fatica. E la paura di deludere mio marito, rispetto ai pasti, alla casa. Questo gli dà fastidio. Quale volta pensa che io posso fare certe cose, io no (Colette C.).

Ci sono delle volte, dei giorni, che si è un po' depressa, è vero, si avrebbe voglia di uscire. Qui sono un po' incastrata, non posso andar fuori, non posso far niente. Dei giorni, si ha voglia di respi-

rare un po' di più. Avrei così voglia di lasciare la bambina, e uscire solo un po'... (Valérie G.).

Le prime settimane, si è facilmente sopraffatti dagli eventi, in preda al panico. Ci sono dei momenti d'inquietudine e di scoraggiamento quando il bambino disturba quei momenti in cui potrei esser sola con mio marito (Anne-Marie T.).

La depressione

Quando son tornata a casa, mi sembrava di essere in trance, tutto il tempo mezza addormentata. Mi sembrava che mai più avrei provato gioia. Che mai più avrei sentito qualcosa, né gioia né tristezza, niente. Facevo automaticamente quel che c'era da fare (Marguerite W.).

Cinque donne sono depresse secondo il criterio ristretto, ed undici secondo quello allargato (rispettivamente l'11% ed il 25% del campione). Ci sono quindi più donne che riconoscono d'aver vissuto dei momenti di tristezza e scoraggiamento, d'aver avuto «il magone», che donne «depresses» secondo un criterio medico (vedi la tabella 6). La maggior parte delle donne depresse dicono anche di aver vissuto dei momenti di tristezza e di scoraggiamento. Non tutte però: Hélène A. (di cui si è già accennato) e Lydie D., entrambe depresse secondo il criterio ristretto, il più selettivo, hanno risposto di no alla domanda sui sentimenti di tristezza ecc. Queste due donne avevano vissuto, e continuavano a vivere dei momenti difficili: un parto drammatico, un marito poco disponibile, un bambino che piangeva molto. Sia queste circostanze che il loro aspetto generale confermavano i risultati alla scala di depressione, ed indicavano la loro sofferenza. Perché dunque negare che stavano male, che erano infelici, ed anche «depresses»? Forse non volevano ammettere questi sentimenti dinanzi a me. E forse non volevano, o non potevano, riconoscerli neppure davanti a sé stesse, dato che essere depressa in questa circostanza è agli antipodi dell'immagine pubblicitaria della madre bella, serena, e sicura di sé.

D'altronde, anche nei casi in cui le donne avrebbero desiderato esprimere dei sentimenti contraddittori, o negati-

vi rispetto all'esperienza che stavano vivendo, non sempre trovavano qualcuno disposto ad ascoltarle. Marito, famiglia, amiche e personale sanitario spesso preferiscono mantenere l'illusione che «tutto va bene» piuttosto che incoraggiare le madri ad uscire dal silenzio [Ginsberg e Brown 1982; McCord 1984].

Domanda: Può parlare liberamente di questi sentimenti negativi?

Solo in parte. Ho tanto voluto questo bambino, le amiche non hanno voglia di stare a sentire che ci sono problemi (Florence O., cinque settimane dopo il parto).

Non posso parlarne con mio marito. Prende un tono moralizzatore, non capisce che ogni tanto sono stufo (Florence O., quattro mesi dopo il parto).

Quando le cose vanno bene, va bene. Ma certe volte, si hanno proprio le spalle... tanche. Certe volte, mi butto giù.

Domanda: Può parlarne liberamente a qualcuno?

Sì, sì.

A chi?

A lei! Non c'è mica tanta gente con cui ne parlo. Spesso la gente ti guarda con degli occhi così, quando ne parli. Dicono: non avresti dovuto farlo, questo bambino! (Christine R., quattro mesi dopo il parto).

Domanda: Può parlare di questi sentimenti di depressione con qualcuno?

Ne parlo a mio marito, ma certe volte, non ho voglia di dire... mi sento in colpa a dire che non sono contenta. «Dovresti essere alle stelle, fai la bella vita!» Certi momenti ho il magone, lo stesso, mi sento in colpa di sentirmi così. Non ho voglia di parlarne agli altri, non ne parlo, son tutti (a dire) «Oh, com'è carino, devi esser contenta». Allora, non mi vedo a dire: sono giù, mi annoio. «Come, ti annoi?» (Geneviève J., cinque settimane dopo il parto).

Il pianto del bambino finisce per darmi fastidio. Mi dico: non è possibile, ho voluto questo figlio, ed adesso mi dà fastidio. E poi vorrei esser sola, che qualcuno se lo prenda per una settimana, e restar tranquilla. E allora mi faccio dei rimproveri, mi sento in colpa.

Domanda: Può parlarne liberamente a qualcuno?

Solo in parte. Non posso parlarne proprio liberamente a mio marito, perché mi dice subito: «È normale». Non capisce veramente. Si arrabbia piuttosto, dice: «Ma come, non sei contenta,

ma come?» Non ho voglia di discutere. Mia mamma, non voglio darle delle preoccupazioni. Quando si vedono quelle foto [indica «Parents», un giornale francese simile nell'impostazione a «Due Pitt»], ci si guarda la mattina, qualche volta ... Guardo la mia pancia, con la cicatrice [del cesareo]. Non assomiglio a quelle donne! Mi dico: è crudele mostrare queste immagini, non si può essere così. Certe volte, ci si sente disarmate. Ci cullano, ma nessuno ci dice la verità (Marguerite W., cinque settimane dopo il parto).

2. Condizioni psicologiche delle madri quattro mesi dopo il parto

Ci sono tre indicatori delle condizioni psicologiche delle madri. Il primo è soggettivo: si tratta della risposta alla domanda aperta: «Nell'ultimo mese le è capitato di scoppiare a piangere, di avere dei momenti di tristezza, di scoraggiamento, d'inquietudine? Se sì, per quali motivi?» Gli altri due, sono degli indicatori oggettivi, e cioè la valutazione di depressione ottenuta con lo strumento di Pitt, secondo il criterio ristretto e quello allargato.

Momenti di tristezza, scoraggiamento, inquietudine

Ventun donne (52% del campione) dicono di aver provato, nel mese precedente, questi sentimenti, che associano spesso a certe condizioni della loro vita quotidiana.

Sì, mi è capitato di piangere. Trovavo che mio marito non mi aiutava abbastanza con la bambina (Marie R.).

Sì, nervosismo e tristezza. È la fatica, e sentire che non ho abbastanza tempo per me (Véronique C.).

Sì, dei momenti di scoraggiamento, questa impressione di essere tutto il tempo presa, di non avere orizzonti, di domandarmi se potrò fare qualcosa. La mancanza di libertà (Thérèse U.).

Sì, abbastanza spesso. Non sono soddisfatta di come occupo il mio tempo. Vorrei... non riesco a fare tutto quel che vorrei. E certe volte sono proprio stufo (Colette C.).

Né lacrime né tristezza. Ma scoraggiamento sì, un pochino di fatica, ed il bimbo che piange (Rosemarie O.).

Depressione

Non ce la faccio proprio più. Ci sono dei momenti che non ne posso più. Non dormo di notte, né di pomeriggio. Non dormo più. Adesso, non ho un momento per me, neanche uno, neanche uno, neanche uno. Ho l'impressione di girare in tondo, non imparo niente, invece di progredire regredisco, non è divertente, non si va lontano. Si arriva alla fine della giornata, si è snervate, il bimbo piange, se non ci si controlla... (uno schiaffo) parte rapidamente. Mi faccio paura, dopo mi dispiace. La depressione? Sì. Non riguarda il bambino, riguarda tutto, in generale. La messa in questione di tutto. Si fa un bilancio, il problema è sapere se non si sono fatti errori (Marie-Christine, R.).

Dodici donne sono depresse secondo il criterio allargato, e cinque secondo il criterio ristretto (rispettivamente, il 29% ed il 12% del campione). Come in occasione del secondo questionario, ci sono più donne che dicono di aver passato dei momenti di tristezza ecc. che donne depresse secondo dei criteri clinici (vedi tabella 7). Anche in questa occasione, ci sono delle discordanze tra i diversi indicatori (vedi tabella 7). La maggior parte delle donne depresse secondo il criterio ristretto dicono anche di aver vissuto dei momenti di tristezza ecc., eccetto Lydie D. e Anne-Marie U. che rispondono di non esser passate per questi momenti, pur essendo depresse secondo lo strumento di Pitt.

3. Condizioni psicologiche delle madri nove mesi dopo il parto

In questa occasione ho utilizzato soltanto l'indicatore obbiettivo di depressione. Secondo il criterio ristretto, cinque donne su quaranta (il 12%) sono depresse. Benché lo stesso Pitt avesse utilizzato il suo strumento per valutare la depressione quando il bambino aveva un anno, non ero certa dell'opportunità di basarsi, nel mio caso, sulla differenza tra lo stato psicologico della donna nove mesi dopo il parto e

quello degli ultimi mesi di gravidanza: per questo motivo, ho utilizzato solo il criterio ristretto, il più discriminante.

4. Conclusioni

La depressione delle madri non si limita certo al periodo del post-partum, anche se definito in maniera estensiva. E non è neppure una condizione statica. Se l'incidenza delle donne depresse secondo il criterio ristretto di Pitt resta stabile (circa il 12%) nei tre rilevamenti, una sola è depressa durante l'intero periodo. Le altre lo sono una volta su tre, o, al massimo due volte su tre (tabella 8). Con il criterio allargato, il numero di madri depresse è più alto: cinque settimane dopo il parto sono undici, e quattro mesi dopo sono dodici. Ma anche con questo criterio, le «depressioni» si accavallano solo parzialmente: sette donne sono depresse nelle due occasioni, le altre solo in una.

Età e livello di istruzione delle madri non sono associate alla depressione in nessuno dei tre momenti.

Nell'insieme, una proporzione importante di madri ha fatto l'esperienza di difficoltà psicologiche, più o meno importanti, più o meno prolungate, nei nove mesi successivi alla nascita del primo figlio. Sia cinque settimane che quattro mesi dopo il parto, più della metà delle intervistate dice di aver pianto e di aver vissuto momenti di tristezza, scoraggiamento ed inquietudine. Secondo il criterio allargato, sedici madri in tutto (più di un terzo del campione) sono depresse, tra la quinta settimana ed il quarto mese dopo il parto. Secondo il criterio ristretto, invece, undici donne (un quarto del campione) hanno avuto una depressione clinica durante il periodo di nove mesi considerato nella ricerca (tabella 8).

II. PARTO E LA NASCITA

1. *Il contesto generale*

Per le donne il parto rappresenta una transizione, drammatica e definitiva, dalla condizione di gravida (e, per le primipare, di donna senza figli) a quella di madre. Si tratta di uno degli atti più creativi che possa competere ad un essere umano, possibile solo grazie alle capacità di riproduzione delle donne; malgrado ciò, negli ultimi due secoli quest'esperienza esclusivamente femminile si è andata sempre più trasformando in un processo tecnico di cui gli ostetrici, di solito uomini, sono diventati i legittimi esperti [Arms 1975; Rich 1976; Pizzini 1981; Oakley 1984a].

La «medicalizzazione» della gravidanza e del parto ha le sue origini in una società ed in una cultura maschiliste, meccanicistiche e tecnologiche (Davis-Floyd 1990), in cui il corpo della donna e le sue capacità riproduttive sono state viste (e lo sono tuttora) come difettose e inaffidabili [Ehrenreich ed English 1979]. È stata inoltre sostenuta per motivi di interesse professionale e personale dalla classe medica [Ehrenreich ed English 1979; Oakley 1984a], ma anche, sia pure in maniera contraddittoria, da gruppi organizzati di donne che desideravano ridurre i rischi ed il dolore da sempre associati all'atto di partorire¹ [Shorter 1982; Shearer 1989].

Oggi, nei paesi industrializzati (eccetto l'Olanda) la qua-

¹ Negli Stati Uniti, nei primi decenni del secolo, femministe ed uterici richiesero l'uso del *twilight sleep* (a base di morfina e scopolamina) durante il parto, una forma di anestesia generale che causò molti incidenti mortali [Dickerson 1989; Shearer 1989]. Partorire in ospedale rappresentò pure un'esigenza espressa da molte donne di classe media.

si totalità delle donne partorisce in ospedale. In Francia, dal 1972 al 1981, la frequenza del monitoraggio elettronico durante il parto è passata dal 6% al 71%; quella del cesareo, dal 6% all'11%; e quella dell'episiotomia (calcolata sul totale dei parti vaginali) dal 22% al 38% [Rumeau Rouquette *et al.* 1984]. Il 48% delle donne intervistate nella mia ricerca avevano avuto un parto operativo (cesareo, forcipe, ventosa), il 18% un'anestesia generale, ed il 9% un'anestesia peridurale² (vedi tabella 9).

Contrariamente a quello che gran parte del pubblico e dei sanitari stessi pensa, le conseguenze di questo progressivo interventismo sulla salute delle madri e dei bambini sono controverse. Gli studi epidemiologici svolti negli ultimi anni hanno mostrato che molti interventi sono inefficaci, o che i loro effetti sono contraddittori o addirittura negativi [Linkin e Chalmers 1982; Chalmers *et al.* 1989]; in molti casi, i motivi di certe pratiche ostetriche sono da ascrivere più a delle ragioni culturali che scientifiche [Colombo *et al.* 1985; Davis-Floyd 1990]. La pretesa dei medici, secondo cui il vistoso declino della mortalità materna e neonatale nell'ultimo secolo è da attribuirsi alle cure ostetriche resta, per l'appunto, una pretesa: ne sono soprattutto responsabili un insieme di fattori, demografici (come il minor numero di gravidanze per donna) e sociali (migliori condizioni di vita e di salute della popolazione, educazione più elevata delle madri), ed il miglioramento delle misure d'igiene [Townsend e Davidson 1982; McKeown 1976; Oakley 1984a].

È soprattutto a partire dagli anni '70 che comincia ad organizzarsi, dapprima negli Stati Uniti, poi in Europa, un'opposizione sistematica all'occupazione della «scena del parto» da parte dei medici, opposizione che trova le sue origini in diversi movimenti, l'ecologismo, il movimento degli utenti, e soprattutto il femminismo. Le donne hanno sostenuto che la medicalizzazione del parto implica dei rischi iatrogeni (ed in questo si sono trovate allcate con gli spartiti ma influenti gruppi di epidemiologi che sostenevano la ne-

² Si tratta di un'anestesia regionale usata durante il travaglio, nella quale l'anestetico viene iniettato nello spazio peridurale del midollo spinale; la donna è perfettamente cosciente, ma insensibile dal bacino in giù.

cessità di valutare pratiche ostetriche mai messe in discussione, vedi Chalmers *et al.* [1989]) priva inoltre le future madri di un'esperienza dotata di un potenziale creativo [The Boston Women's Health Book Collective 1971]. In questi anni, numerose autrici hanno denunciato con forza i rischi, l'assurdità, ed a volte l'orrore del parto in ospedale [Arms 1975; Stoller Shaw 1974; Tichané 1980; Colombo *et al.* 1985], mentre altre hanno descritto, spesso appassionatamente, l'intensità e la bellezza di un parto (spesso in casa) in cui la donna riprende il ruolo di protagonista [Kitzinger 1967; Lang 1972; Gaskin 1978].

Questo movimento ha avuto il merito importantissimo di attirare l'attenzione sul parto e di prospettare dei possibili mutamenti. Negli Stati Uniti ed in Europa i gruppi di donne ed i movimenti di utenti sono a volte riusciti a farsi ascoltare dagli ostetrici e dagli amministratori ospedalieri, ed hanno ottenuto di modificare alcune pratiche ospedaliere: le donne ricevono meno anestesie durante il parto, i padri sono ammessi in sala parto, i neonati non sono più separati dai genitori durante il soggiorno in ospedale ecc. Negli Stati Uniti, hanno preso piede istituzioni come i Birth Centers, centri del parto, spesso legati a strutture ospedaliere, dove le donne possono avere un parto «naturale e familiare» [Shearer 1989].

Stabilire un bilancio globale di questo movimento è però difficile. Le modificazioni di cui ho accennato sopra non riguardano certo tutti i centri ospedalieri: in Italia, per esempio, in moltissimi ospedali il padre non è ammesso in sala parto, ed i bambini continuano ad essere segregati al nido (vedi Prezza [1987]). Inoltre, proprio nel momento in cui l'enfasi veniva messa sulla dimensione fisiologica del parto, e sui suoi risvolti psicologici, il numero di cesarei aumentava rapidamente in tutti i paesi industrializzati [Notzon *et al.* 1987]. Insomma sembra proprio che in molti casi il movimento abbia prodotto dei cambiamenti superficiali più che sostanziali nelle pratiche ostetriche, e nel rapporto di potere tra donna e medico [Day 1982; DeVries 1984; Romito 1985; Romalis 1985]. C'è inoltre da sottolineare che alcune pratiche (come il contatto fisico tra madre-bambino subito dopo il parto ed il fatto che poi condividano la stessa stanza

durante il soggiorno post-partum, il padre in sala-parto, l'allattamento al seno) fino ad alcuni anni fa drasticamente scoraggiate nella maggior parte degli ospedali, sono diventate non solo accettabili ma spesso anche obbligatorie, con grande disagio per alcune madri [Colombo *et al.* 1985; Romito e Chatelanat 1985].

Il movimento ha inoltre prodotto dei modelli di gravidanza e di parto alternativi rispetto a quelli medici, modelli assimilati soprattutto da donne di classe media [Nelson 1983; Shepherd McClain 1990]: la gravidanza non è una malattia, è anzi un periodo appassionante da vivere in sé; il parto può essere un'esperienza straordinaria, a volte quasi mistica (*peak experience*); i primi rapporti tra il neonato ed i suoi genitori sono cruciali per la loro futura relazione; l'allattamento è espressione della sessualità femminile, un'esperienza creativa, e così via. Un certo numero di donne, motivate da questa contro-cultura, è effettivamente riuscita a darsi gli strumenti (parto in casa, scelta oculata del tipo di preparazione, o di struttura in cui partorire ecc.) per vivere bene parto e gravidanza. Ma per altre, questi modelli sono rimasti irraggiungibili e l'esperienza vissuta si è rivelata una cocente delusione rispetto alle aspettative: madri che hanno avuto il cesareo, o difficoltà ad allattare hanno vissuto questi avvenimenti come un fallimento personale, spesso con sensi di colpa (vedi per esempio le donne intervistate da Oakley [1980]; Lipson e Tilden [1980]; Shaw [1985]).

La contro-cultura del parto si è sviluppata anche in Francia (vedi per esempio Coquerel-Janneau e Weinberger [1980]) dove già esisteva una solida tradizione di parto «naturale», e cioè l'Ascl (*Accouchement Sans Douleur*, parto senza dolore), una metodologia di preparazione al parto e di conduzione ostetrica che il ginecologo Lamaze aveva importata dall'Unione Sovietica negli anni '50 (per una descrizione ed una critica di questo metodo, vedi Jaubert [1979]). I leader del nuovo movimento sono stati due medici, Frédéric Leboyer e Michel Odent, sostenitori della possibilità, e necessità, di «partorire senza violenza» [Leboyer 1974; Odent 1976]. La loro popolarità è stata immensa, ma hanno ricevuto pure numerose critiche: i bisogni delle madri sono messi in secondo piano

rispetto a quelli, ipotetici, del nascituro; l'ostetrico resta il protagonista del parto; in alcune situazioni le donne che hanno partorito con questi due «guru» si sono viste imporre delle scelte che non condividevano, in nome dell'ideologia e dei valori dei loro ostetrici [Jaubert 1982; Sbisà 1984; Romito e Chatelanat 1985; Romalis 1985].

2. Il parto. Aspettative e realtà

Le donne intervistate nella mia ricerca aderivano solo in parte alla contro-cultura appena descritta. Durante la gravidanza, due terzi erano d'accordo con le affermazioni «il parto può essere una festa» e «possono esserci dei momenti esaltanti» (vedi tabella 10). Due terzi desideravano avere il marito a fianco durante il parto. Solo due invece avevano menzionato il desiderio di una nascita «come Leboyer»; solo una avrebbe desiderato partorire a casa, ma non osava farlo.

Il parto aveva rappresentato uno choc per una parte importante di loro. Per l'80% delle donne il dolore era stato, a momenti, «insopportabile», e per il 43% più intenso di quel che avevano immaginato; per più di un terzo l'esperienza era stata, globalmente, più negativa del previsto.

Non pensavo che avrei avuto così male. Hai un bel dirti... mi ero detta: bisognerà soffrire, non avevo nessuna paura, ma non avrei mai creduto che avrei avuto così male (Evelyne H., cinque settimane dopo il parto).

Per una parte delle donne, l'esperienza era stata invece più positiva: il 39% aveva trovato il parto più rapido, ed il 30% meno doloroso del previsto. Per il 18%, l'esperienza era stata globalmente migliore di quanto si fossero immaginate.

Se fosse sempre così, ricomincerei subito. È andato proprio bene, meglio di quel che pensavo, più rapido. Ero a casa di pomeriggio, non stavo bene, sono andata dall'ostetrica che mi aveva seguita in gravidanza. Mi ha tenuto con lei, mi conosce bene, sa che sono un po' ansiosa. Mi ha messo nel suo letto, voleva che dormissi da lei con mio marito. Vedevo che ci si occupava di me.

Alle undici, mi ha visitata, mi ha detto: bisogna andare, mi ha messo nella sua macchina, a mezzanotte sono arrivata alla maternità, è nato all'una meno dieci. Insomma, prima ero da lei, non stavo bene ma ero in un posto che conoscevo; c'era mio marito. Quando sono arrivata alla maternità, l'ostetrica mi ha detto: non le manca molto. Mi pareva di volare! L'ostetrica era dolce, gentile... è importante (Caroline D., cinque settimane dopo il parto).

C'è una certa modificazione delle opinioni sul parto, che diventano meno idealizzate dopo che le donne ne hanno fatto l'esperienza: rispetto alle risposte date in gravidanza, le neo-madri sono meno numerose a pensare che sia una «festa», e più numerose a sostenere che «è un brutto momento da passare» (tabella 10). Per quanto riguarda le loro opinioni sul dolore, invece, la tendenza è meno chiara: la metà delle donne, sia in gravidanza che nel dopo parto, aderisce all'affermazione che «se si è ben preparate, il parto non è per forza doloroso», e questo malgrado, come abbiamo visto, che l'80% abbia trovato il dolore insopportabile. In Francia nei corsi di preparazione al parto viene messa una grande enfasi sul controllo del dolore: le donne che hanno sofferto, però, piuttosto che mettere in discussione questa preparazione mettono in causa loro stesse.

Ho perso la testa al momento delle contrazioni... erano delle buone contrazioni, efficaci! Mi ha fatto male quando l'ostetrica ha cercato di far staccare la placenta, ha spinto sulla pancia. Le avrei dato uno schiaffo, ho un ricordo terribile. Mi facevano male le gambe, per tutto il parto ho avuto dei crampi, terribile! [Legge ad alta voce la domanda: «se si è ben preparate, il parto non è per forza doloroso»]. Insomma, non è evidente. Oh, metto che sono d'accordo. Io penso che non ero preparata. È la sera prima che ho cominciato a pensare alla respirazione. Andavo ai corsi, ma non ero motivata a fare la respirazione a casa. Una donna che fa veramente... lo yoga, quello è efficace. La prossima volta, cercherò di prepararmi meglio (Joséphine Y., cinque settimane dopo il parto).

Nel racconto di questa donna coesistono numerose contraddizioni. Dice di aver sofferto, per motivi legati sia alla fisiologia del parto che alle pratiche ospedaliere, ma poi risponde che, se si è ben preparate, il parto non è doloroso. Se il suo è stato doloroso, dev'essere perché non ha fatto i compiti a casa (e quindi è colpa sua), e non perché il dolore

da parto non si può certo eliminare con qualche corso di preparazione. Contraddizioni di questo tipo sono presenti nel discorso di numerose intervistate: continuerebbero ad esistere, se le donne si parlassero francamente tra loro di quel che hanno passato, e scoprissero così che sono state in molte a soffrire, e quindi a «non avercela fatta»? Ma le donne intervistate in questa ricerca erano estremamente reticenti in proposito.

Non bisognerebbe dare dei dettagli a una che non ha partorito. Ogni persona è un caso diverso, ci si immagina un sacco di cose, e poi va tutto altrimenti, così si evita di aver paura in anticipo (Christine R., cinque settimane dopo il parto).

Avevo voglia di dire a mio marito: non avremmo dovuto farlo il bambino]. Dopo si dimentica tutto. Se ti chiedono: fa male? Le mie amiche me lo domandano. Ed io: Oh, fa male. Non dico di più. Comunque non ho voglia di dire che fa tanto male, non voglio insistere. Forse per loro sarà completamente diverso (Geneviève J., cinque settimane dopo il parto).

Il parto, è così personale... io avevo un podalico. Più se ne parla, e più le altre donne si immaginano chissà che, in un senso o in un altro. Nessuna donna partorisce come un'altra. Ai corsi [di Asd] ci dicevano: un podalico, non è mica un dramma, qualche volta passa meglio. In realtà, non è proprio così facile. Mia mamma e mia suocera dicevano: ah, il bambino non si è ancora girato. Io credevo davvero che sarebbe stato un parto più facile (Anne-Marie T., quattro mesi dopo il parto).

Non saprei cosa dire a una donna incinta. Se le dico: avrai molto male, ma non servirà a niente! È difficile parlare, le donne sono diverse, alcune soffrono più di altre. D'altra parte, sarebbe bene sapere. Io avevo talmente idealizzato il tutto, dopo ero così delusa, snervata, mi sarebbe piaciuto che qualcuno mi dicesse che l'espulsione, fa molto meno male. Mi dicevo: non ce la farò. M'immaginavo che avrebbe fatto ancora più male, ho perso la testa. Se mi avessero detto che dopo andava meglio, nessuno mi ha detto niente, è un'angoscia che si potrebbe evitare (Geneviève J., quattro mesi dopo il parto).

Anche in queste citazioni, le contraddizioni sono numerose. Da una parte le donne insistono che ogni parto è diverso, ogni donna partorisce in modo differente, e che anche per questo non è opportuno né utile trasmettere alle altre le

proprie conoscenze. Dall'altra, percepiscono che, di fatto, anche all'interno di grandi differenze individuali, ci sono alcune costanti: un podalico è più difficile, l'espulsione è meno dolorosa della fase precedente, ecc., e che sarebbe stato loro utile saperlo. Questa percezione non basta però a far scattare il desiderio di trasmettere la loro conoscenza ad altre, per evitare che incorrano nelle stesse ansie, nelle stesse delusioni. È forse perché le donne non immaginano neppure che con un'azione comune alcune condizioni del parto in ospedale potrebbero essere modificate? O forse le donne non vogliono ammettere di aver sofferto, perché, nell'ideologia dell'Asd, se una donna ha provato dolore è perché non è stata abbastanza brava, ed è in fondo colpa sua? O si tratta invece del fatto che le donne considerano più o meno consapevolmente i dolori del parto come qualcosa attraverso cui, dato che loro ci sono passate, anche le altre devono passare allo stesso modo? Una conferma indiretta di tale ipotesi, che va contro ogni facile illusione di una automatica solidarietà tra donne, è il cambiamento delle opinioni su «è contro natura voler evitare il dolore durante il parto»: prima di aver partorito lo pensano il 34% delle donne mentre dopo sono il 48% (tabella 10).

Colpisce inoltre che il discorso delle donne sia così simile a quello dei sanitari (vedi anche Sbisà [1986]). In una ricerca precedente sulla trasmissione delle conoscenze, numerose infermiere e ostetriche avevano motivato l'inutilità di dare certe informazioni alle donne durante la gravidanza con lo stesso argomento utilizzato dalle intervistate, e cioè che «ogni donna e ogni parto sono differenti» [Romito e Chatelanat 1985]. Dato che le informazioni in questione erano chiaramente dirette a dare alle donne più possibilità di scelta e più potere, le autrici ne avevano concluso che si trattava di un argomento pretestuoso, una scusa insomma per continuare a mantenere le donne nell'ignoranza.

Che le donne siano così reticenti a parlarsi tra loro, francamente, del loro parto, rappresenta un evidente vantaggio per il personale sanitario: anche qui stupisce l'adesione di fatto delle intervistate a quel che gli ostetriche chiedono insistentemente loro dalle pagine dei manuali per future madri:

È soprattutto evitare come la peste certi vecchi proverbi, e i consigli che vostra madre, vostra suocera e le vostre migliori amiche vorranno prodigarvi. Conformatevi agli ordini del vostro medico. Non ascoltate nessun altro (Dottor Seguy, citato da Jaubert [1979, 42]).

L'ostetrico dev'essere il solo consigliere. Si sa che le future mamme sono circondate da amiche che non vedono l'ora di raccontar loro delle storie morbose. La cosa migliore è tenersi lontane il più possibile da queste storie di donnette (Professor Debray-Ritzen 1972, citato da Jaubert [1979, 42]).

Anche se i motivi per cui le donne non si parlano tra di loro non sono del tutto chiari, bisogna sottolineare la scarsa influenza che hanno avuto sulle intervistate la teoria e la pratica femminista riguardo la salute, di cui la condivisione delle esperienze individuali ha sempre rappresentato un aspetto cruciale (The Boston Women's Health Book Collective 1971).

3. *L'incontro con il bambino*

Per molte donne, il primo incontro con il bambino è stata un'esperienza un po' deludente. La domanda, aperta, era formulata in maniera da incoraggiare anche l'espressione di sentimenti contraddittori: «Le donne possono reagire in modo molto diverso al momento della nascita del loro bambino: possono essere molto emozionate ed eccitate, o troppo stanche e doloranti per sentire qualcosa, o deluse dall'aspetto o dal sesso del bambino, o tutto questo insieme. Quali sono state le vostre reazioni ed i vostri sentimenti alla nascita del bambino (o, se avete avuto un'anestesia, al momento in cui l'avete visto per la prima volta)?» Il 7% delle donne ha avuto una reazione negativa, un terzo una reazione positiva, mentre più della metà (59%) dice di non aver avuto la reazione che si era immaginata.

Ero così stanca... mi ha fatto qualcosa essere così. Avrei voluto stare seduta, invece ero mezzo fuori di me, gli occhi chiusi, non l'ho visto nascere. Quando me l'ha messo sulla pancia, ho detto: com'è carino. E non lo trovavo così carino. Dentro di me mi sono detta: com'è brutto (Geneviève), cinque settimane dopo il parto.

È meraviglioso. Dal momento che me l'hanno messa sulla pancia, ero felicissima. Subito? Le ho detto: non piangere, la mamma è qua, sei bella (Joséphine Y., cinque settimane dopo il parto).

Credo di non aver reagito. Quando mi hanno messo il bambino sulla pancia, mi hanno detto: è un bel maschietto. Ma ero così stanca, che sul momento non ho reagito. Dopo un dieci minuti, quando l'hanno lavato, vestito, là ho reagito un po', ma non ancora tanto, poi l'hanno preso e l'hanno messo due ore in incubatrice, e allora là, quando me l'hanno riportato, là ho reagito, ero contenta. Anche mio marito mi ha detto: ero stupito della tua reazione, non hai praticamente reagito (Lucienne T., cinque settimane dopo il parto).

Pensavo che avrei avuto una lacrimuccia... ma in realtà, ero così contenta di aver finito, mio marito era più emozionato di me. Si è emozionati, è un'emozione ... d'altronde mio marito più di me... si è stanche, si fa un «ouf». Quando me l'hanno messo sulla pancia... insomma ... non si può dire che non mi ha fatto nessun effetto... ma ero più emozionata dopo. Quando me l'hanno riportato, bello pulito, venti minuti dopo, è andata meglio (Evelyne H., cinque settimane dopo il parto).

Altre ricerche confermano che una proporzione importante di madri reagiscono al bambino in maniera neutra o contraddittoria (Oakley 1979; Moss *et al.* 1982). Tra le primipare intervistate da Entwisle e Doering (1981), più di un terzo avevano reagito negativamente all'aspetto del bambino appena nato; per quanto riguarda il contatto fisico subito dopo la nascita, al 28% delle madri non interessava, ed il 34% preferiva evitarlo. Nella ricerca di Mordecai Robson e Kumar (1980) il 40% delle primipare avevano reagito con indifferenza. Né la personalità né la storia della donna influenzavano il tipo di reazione, che era invece associata ad alcune caratteristiche del parto: erano più indifferenti le madri che avevano subito la rottura artificiale del sacco amniotico (amnioressi), il cui travaglio era stato molto doloroso e che avevano ricevuto della petidina (un potente farmaco antidolorifico, simile alla morfina). Questa prima reazione di indifferenza non aveva comunque nessuna influenza sui sentimenti che la madre sviluppava in seguito (già entro la fine della prima settimana) per il piccolo, né sulla depressione post-partum.

Le madri intervistate nella mia ricerca sembravano più perplesse che turbate da queste prime reazioni un po' indifferenti, anche perché il sentimento che il bambino era proprio loro, l'amore, si erano sviluppati nelle ore o nei giorni successivi. Sarebbero state così serene se fossero state immerse, e non solo sfiorate, dalla contro-cultura del parto, di cui il concetto di *bonding* rappresenta un aspetto importante? Secondo Klaus e Kennell (1976), perché si sviluppi un forte attaccamento (*bonding*) tra madre e bambino è necessario che ci sia un'interazione fisica tra loro subito dopo la nascita. Benché i loro primi esperimenti siano stati criticati sul piano metodologico, e le conseguenze attribuite al *bonding* giudicate inattendibili (vedi Chess e Thomas (1982); Goldberg (1983); Sluckin *et al.* (1983); Richards (1984 e 1986)), questa teoria ha avuto un notevole successo, e, almeno negli Stati Uniti, è stata messa in pratica in molte maternità: il bambino viene dato alla madre, almeno per pochi minuti, subito dopo la nascita; in seguito, invece che al nido, viene lasciato con lei (*rooming-in*) tutto il giorno e spesso anche la notte (DeVries 1984). Questa possibilità può influenzare favorevolmente l'allattamento (Righard e Alade 1990), e risponde ai desideri di numerose madri. Non di tutte, però: 2/3 delle primipare intervistate da Entwisle e Doering (1981) avevano preferito evitare il *rooming-in*; la proporzione di donne secondo le quali era meglio che fosse il personale ad accudire al bambino di modo che la madre potesse riposare passò dal 37% prima del parto al 51% dopo. Benché generalmente sensibili ai bisogni delle madri, le autrici qualificarono questi comportamenti di «reazionari», un'ulteriore dimostrazione della valenza prescrittiva della contro-cultura del parto.

Alcune «applicazioni» della teoria del *bonding* sono inoltre francamente aberranti: il contatto «pancia a pancia» con il neonato viene imposto anche a donne che stanno troppo male per averne voglia, e che vengono poi colpevolizzate se mostrano riluttanza (Colombo *et al.* 1985), o nel momento in cui si ricorre l'episiotomia, con l'intento di «distrarre» la donna dal dolore (Goldberg 1983); le madri, anche se sfinite e doloranti dopo un parto difficile, sono costrette, per sviluppare il *bonding*, ad occuparsi del bambino nel post-partum,

personalmente e senza nessun aiuto [Romito e Chateletat 1985; Sargenti e Stark 1987]: il *rooming-in* è specialmente «applicato» laddove il personale è scarso [Piazza *et al.* 1980]; donne che non hanno potuto, o voluto, avere un contatto precoce con il loro piccolo si sentono in colpa, e convinte che ciò avrà delle conseguenze negative e a lungo termine sulla loro relazione con il bambino [Sluckin *et al.* 1983; Sargenti e Stark 1987]. Mentre queste conseguenze negative non sono state dimostrate, e sono comunque del tutto improbabili (guai se bastassero pochi minuti di contatto in più o in meno per determinare una relazione che durerà tutto il resto della vita!; vedi Romito [1985]), la rigidità di queste nuove pratiche istituzionali ha avuto invece qualche effetto negativo. Il *rooming-in* può far diminuire, anche se solo a breve termine, il comportamento di attaccamento della madre [Grossman *et al.* 1981]; negli ospedali dove viene praticato anche di notte, le madri dormono meno e ciò influenza negativamente la loro percezione della capacità di nutrire il bambino, nonché il loro benessere psicologico sei settimane dopo [Ball 1987]; l'entusiasmo e lo zelo eccessivo del personale nel mettere in pratica la teoria del *bonding* favorisce un comportamento passivo da parte delle madri, che sono invece più affettuose nell'ospedale dove i contatti con il bambino sono facilitati ma non imposti [Moss 1984].

Insomma, se è aberrante che madre e figlio siano rigidamente separati dopo la nascita e che le prime relazioni tra loro siano regolamentate dal personale sanitario, come peraltro avviene ancora in molti ospedali italiani (vedi Piazza *et al.* [1980] e Prezza [1987]), altrettanto aberrante è che l'attaccamento tra loro sia imposto come una regola, basata tra l'altro su teorie molto discusse. Si tratta di un altro esempio di quei «cambiamenti cosmetici» avvenuti nelle pratiche ostetriche laddove la sostanza del rapporto di potere con la donna non è cambiata affatto [Day 1982; De Vries 1984; Romito 1985].

Nell'ospedale di A. il comportamento del personale sembrava abbastanza disponibile senza essere troppo prescrittivo o colpevolizzante: era pratica corrente che i padri assistessero al parto, e l'82% in questo campione lo aveva

fatto; i bambini stavano con le madri durante la giornata, se quest'ultime non si sentivano stanche, e si consigliava di metterli al nido di notte; non si facevano pressioni sulle donne perchè dessero il seno o il biberon. Vedremo in seguito però che anche qui le madri esprimevano un certo numero di rimostranze nei confronti dell'organizzazione ospedaliera e del personale sanitario.

4. *L'istruzione delle donne. un fattore chiave?*

Ho costruito l'indice di difficoltà del parto tenendo conto sia di alcune difficoltà naturali (come un parto podalico) che degli interventi medici (ventosa, forcipe ecc.) (vedi tabella 11). Con questi criteri, quasi la metà dei parti ottengono un punteggio «basso»: si tratta di donne che hanno partorito senza troppe difficoltà o interventi, anche se non per questo senza dolore.

Altre ricerche hanno mostrato che il livello di istruzione della donna è inversamente correlato alla probabilità di subire degli interventi durante il parto [Oakley 1980, Elliott *et al.* 1984]. Nella mia ricerca, il 27% delle donne in ogni categoria d'istruzione aveva avuto un parto molto difficile (cioè con un indice elevato); più l'istruzione era elevata, comunque, più era probabile che il parto fosse «facile» (e cioè con un indice basso). Il 43% delle madri con un livello d'istruzione basso aveva partorito con la ventosa contro il 20% sia di quelle con un livello medio che elevato. Nessuna di queste relazioni era però statisticamente significativa.

L'istruzione aveva avuto maggior influenza sulla valutazione che la donna aveva fatto del parto rispetto alle sue aspettative: più il livello d'istruzione era elevato, più era probabile che l'esperienza vissuta fosse stata diversa, in meglio o in peggio, dalle aspettative. Per le donne poco istruite, invece, in due terzi dei casi il parto era andato «come previsto» (tabella 12).

Per quale motivo c'è una maggior discrepanza tra le attese e la realtà del parto per le donne istruite che per quelle meno istruite? Data l'esiguità del campione, bisogna essere

prudenti nell'interpretare questi risultati, che sono peraltro coerenti con altre conoscenze disponibili in materia. Anche altre ricerche suggeriscono che le aspettative e le reazioni delle donne rispetto al parto sono diverse secondo la loro classe sociale (di cui il livello d'istruzione rappresenta un aspetto importante). I risultati di Margaret Nelson [1983] mostrano che mentre le donne molto istruite consideravano il parto come un'esperienza importante in sé, quelle meno istruite lo ritenevano il prezzo inevitabile per avere un bambino; mentre le prime volevano «goderselo» (e quindi evitare al massimo farmaci ed interventi ostetrici), le seconde preferivano sbrigarcela il più rapidamente e con meno dolore possibile, ed esprimevano quindi accettazione per tutti gli interventi che andassero in tale senso. Non c'erano differenze, invece, nel desiderare che il padre fosse presente, e che fosse possibile vedere il bambino nascere. Quando si controllava per l'aver partecipato o meno ai corsi di preparazione al parto, inoltre, le differenze descritte precedentemente si riducevano (vedi anche Shepherd McClain [1990]).

Le aspettative delle donne di classe popolare sembrano insomma coincidere maggiormente con la tendenza interventista attualmente in atto nelle maternità dei paesi industrializzati. Viceversa, le donne di classe media corrono maggiormente il rischio di essere amaramente deluse perché il parto non è stato all'altezza delle loro aspettative: perché hanno ricevuto troppi farmaci, come le donne intervistate da Oakley [1980], o perché non sono riuscite a fare «il Leboyer», come Geneviève J., intervistata nella mia ricerca:

Avevo previsto di fare un po' come il metodo Leboyer, un po' tutto, mi ero detta: mi metterò seduta, cercherò di prendere il mio bambino, me lo metterò sulla pancia. E poi avevo così male, non riuscivo neanche a respirare come si deve, avevo voglia di lasciar perdere tutto... Stavo quasi per dire: addormentatemi, fatemi un'iniezione, insomma qualsiasi cosa, si finisce per perdere la testa. Quando stavo per partorire, avevo un sentimento di rivolta, mi dicevo: non è normale, non è giusto, a cosa serve... Ogni tanto gridavo, questo mi faceva bene. E poi mio marito mi diceva: psst... avevo l'impressione che si vergognava un po', avevo quasi voglia di gridargli qualcosa. Mi sollevava (gridare) ma mi vergognavo. Ci si sente in colpa, è ridicolo.

Domanda: la presenza di suo marito le ha dato fastidio?
Sì, ogni tanto! «Vuoi che metta la musica?» «Non mi serve la musica!». Avevamo portato un registratore per mettere la musica. Stavo così male, e che mi venga a dire ancora questo! (Geneviève J., assistente sociale, cinque settimane dopo il parto).

In questo campione, le donne molto istruite erano però anche più numerose delle altre a dire che il loro parto era andato «meglio del previsto». Queste donne avevano avuto più spesso un parto facile; è inoltre possibile che le loro caratteristiche socio-economiche avessero facilitato le relazioni con il personale, rendendolo più disponibile nei loro confronti.

Un parto così, si può augurare a tutte!... Ho avuto l'impressione che la natura ha ben fatto le cose, è andato... non dico senza di me, ma da solo, semplicemente. La gente [in sala parto] era molto gentile, l'atmosfera era molto distesa, scherzavamo... Il travaglio è più passivo, per questo mi è sembrato più duro. L'espulsione, forse fa male, ma si fa qualche cosa. Quando ho cominciato a vedere la testa... fa un effetto! È esaltante! (Thérèse V., insegnante di scuola superiore, cinque settimane dopo il parto).

Contrariamente a quel che si potrebbe pensare non c'era un'associazione tra l'indice del parto e la valutazione che la donna ne faceva rispetto alle sue aspettative. Geneviève J., per esempio, aveva avuto un parto molto «facile», con un indice 0, ma era rimasta comunque delusa e amareggiata da un'esperienza così diversa da quel che aveva immaginato. Vedremo meglio in seguito l'influenza che le condizioni obbiettive del parto hanno sul benessere psicologico delle madri.

5. Le conseguenze fisiche del parto

Cinque settimane dopo il parto, il 20% delle donne soffriva ancora a causa di un'episiotomia o di una lacerazione; il

¹ Sul ruolo contraddittorio del marito in sala parto, vedi anche Giardini Belotti [1983, 134], Romito [1985] e Barbour [1986].

27% aveva altri problemi fisici associati al parto (per esempio, relativi alla cicatrice del cesareo) e per il 20% il dolore in occasione dei rapporti sessuali con penetrazione rappresentava un problema. Queste cifre sottostimano probabilmente l'entità dei problemi delle madri, dato che l'ultima domanda non verteva sul fatto che i rapporti fossero dolorosi, ma che dei rapporti dolorosi causassero dei problemi.

C'è un'associazione tra le difficoltà del parto e la vita sessuale della madre. Cinque settimane dopo, 40% delle donne che avevano avuto un parto «difficile» diceva di non aver voglia di riprendere i rapporti sessuali, contro il 20% di quelle che avevano avuto un parto «medio» o «facile». 50% delle donne con un parto «difficile», 36% di quelle con un parto «medio», e 20% di quelle con un parto «facile» non avevano ancora ripreso, al momento dell'intervista, i rapporti sessuali con penetrazione.

Tra le sessantasei madri intervistate a Trieste circa un mese dopo il parto [Romito e Zalateo 1992], queste conseguenze negative erano ancora più frequenti; le donne che avevano partorito in un reparto particolarmente «interventista» dal punto di vista ostetrico, avevano, a casa, più difficoltà delle altre.

È bene non dimenticare, insomma, che le prime settimane dopo il parto sono caratterizzate da un certo numero di disturbi fisici, spesso influenzati da alcune caratteristiche del parto, e che questi disturbi possono a loro volta avere delle ripercussioni anche sul benessere psicologico delle madri.

6. *Le conseguenze del parto sul benessere psicologico delle madri*

Come abbiamo visto, negli anni '70 le femministe ed esponenti della contro-cultura del parto hanno richiamato l'attenzione sulle potenzialità creative di quest'evento [Rich 1976; Gaskin 1978] e denunciato alcune caratteristiche del parto in ospedale: la donna veniva messa in una condizione di passività, a volte sgridata come una bambina, le venivano imposti numerosi interventi non sempre necessari, e così via

[Arms 1975, Stoller Shaw 1974; Tichané 1980; Colombo *et al.* 1985].

È in questo contesto politico e culturale che si situano i risultati della ricerca di Ann Oakley [1979 e 1980]. Sociologa, scrittrice e femminista, Oakley era passata lei stessa attraverso l'esperienza traumatizzante del parto in ospedale, e poi della depressione. Le donne che aveva intervistato nella ricerca in questione (cinquantacinque primipare, quasi tutte di classe media), avevano avuto un parto estremamente «medicalizzato»: una sola aveva partorito senza nessun tipo di anestesia; il 79% avevano avuto una peridurale, ed il 58% il forcipe o la ventosa. Dato che la maggioranza avrebbe voluto avere un parto il più possibile «naturale», avevano poi reagito intensamente – con sentimenti di rabbia, frustrazione, delusione e colpevolezza – agli interventi subiti. Per stabilire un'eventuale associazione tra le condizioni del parto ed i sentimenti successivi, Oakley costruì un indice degli interventi ostetrici⁴ e sollecitò pure la valutazione soggettiva della donna. I suoi risultati mostrano una relazione statisticamente significativa tra un parto molto «tecnologico» e vissuto come insoddisfacente, e difficoltà psicologiche successive nelle madri. In particolare, avere un parto strumentale (forcipe o ventosa), un'anestesia peridurale, e non essere soddisfatte di come era andata l'espulsione era associato al baby blues; ancora più grave, un punteggio medio o elevato ed il fatto di non essersi sentite in controllo durante il parto erano associati, cinque settimane dopo, alla depressione, ed a scarsi sentimenti materni. Oakley [1980] concluse che l'uso smodato della tecnologia ostetrica, privando le donne di un'occasione di vivere appieno le loro capacità, ne corrodeva la fiducia e la stima di sé: per questo motivo era associato all'infelicità ed alla depressione.

I suoi risultati diedero una conferma empirica all'esperienza soggettiva di molte madri, ed a quel che sembrava

⁴ L'indice di Oakley è più dettagliato del mio, anche se non tiene conto delle difficoltà «naturali» (di fatto rare nel mio campione): la relazione tra i due è comunque molto forte e statisticamente significativa. Ho analizzato i miei dati utilizzando anche il suo indice: con questo criterio, il 68% dei parti delle donne francesi e solo il 25% di quelli delle inglesi ricevono un punteggio basso.

ovvio a molte donne implicate professionalmente con partorienti o puerpere. Fu per questo motivo che quando le mie analisi mostrarono dei risultati del tutto differenti ne fui stupefatta, e per in po' quasi non ci volli credere.

Nel mio campione, c'era una relazione a U tra l'indicatore delle difficoltà del parto e le difficoltà emozionali successive. Ebbero il baby-blues il 90% delle madri con un parto «facile», il 33% di quelle con difficoltà «medie», ed il 92% di quelle con un parto difficile ($p=0,0005$). Cinque settimane dopo erano depresse, secondo il criterio allargato, il 30% delle prime, nessuna delle seconde, ed il 25% delle terze (non significativo). Con il criterio ristretto, le proporzioni erano rispettivamente di 15%, 0 e 17% (non significativa, d'ora in avanti n.s.).

Nelle analisi successive ho tenuto conto di un'altra variabile, e cioè che la donna avesse potuto prevedere o meno le complicazioni del parto. Erano previsibili difficoltà come un parto podalico, o un cesareo deciso verso la fine della gravidanza; erano imprevisibili tutti quei problemi che sorgevano o improvvisamente durante il travaglio (e che richiedevano un forcipe o un cesareo d'urgenza), o subito dopo, come un'emorragia grave: la metà dei parti «difficili» erano stati imprevedibili. Pur tenendo conto dei limiti legati all'esiguità del campione, i risultati suggeriscono che il fattore chiave per il benessere successivo della madre non è il fatto di aver avuto molti problemi o interventi, ma di averli potuti anticipare o meno (vedi tabella 13): nessuna delle 6 madri con un parto difficile ma previsto era depressa.

I risultati in letteratura sono estremamente contraddittori. Paykel *et al.* [1980] e O'Hara *et al.* [1982] trovarono una relazione inversa tra le complicazioni del parto e la depressione: più il parto era stato difficile meno le donne erano depresse. Elliott *et al.* [1984] utilizzarono diversi indicatori: un indice molto simile a quello di Oakley [1980], la valutazione delle complicazioni fatta da uno degli autori nonché la valutazione della donna sull'esperienza del parto: sei settimane dopo, le donne che erano soddisfatte di come era andato il parto erano meno depresse. Tre mesi dopo, comunque, quelle il cui parto era stato molto complicato si descrivevano come meno tese e depresse e più felici delle altre. In

una ricerca recente svolta in Olanda, Kleiverda *et al.* [1992] non ha trovato nessuna relazione tra l'esperienza del parto (valutata sia soggettivamente che oggettivamente) e la depressione sei settimane dopo. Le donne che avevano partorito con il forcipe o la ventosa avevano comunque più difficoltà psicologiche di quelle che avevano avuto un parto spontaneo o un cesareo. Per inciso, le donne che avevano scelto di partorire in ospedale (un po' più giovani e con atteggiamenti più tradizionali del resto del campione) stavano meglio di morale di quelle che avevano partorito a casa: bisogna ricordare comunque che in Olanda anche la maggior parte dei parti in ospedale si svolge con l'aiuto dell'ostetrica e con un uso molto misurato di tecnologia [Kleiverda *et al.* 1992].

L'analisi delle conseguenze psicologiche dell'intervento forse più pesante, il parto cesareo, dà dei risultati altrettanto contraddittori. Nei primi giorni del puerperio, queste madri riportano più dolore fisico e fatica; il primo contatto con il bambino avviene tardivamente e spesso la madre sente troppo dolore per poterselo davvero godere; tutta l'esperienza viene valutata in maniera piuttosto negativa e, nelle settimane successive, le donne soffrono più spesso di sentimenti di ansia e depressione [Entwisle e Doering 1981; Garel *et al.* 1987a]. Nello studio americano [Entwisle e Doering 1981], in cui metà delle primipare intervistate erano di classe popolare e l'altra metà di classe media, alcune settimane dopo il parto i bambini nati da cesareo piangevano di più e le madri riportavano sentimenti meno positivi nell'occuparsi di loro. Intervistate quando i bimbi avevano sei mesi, le donne che erano state cesarizzate riportavano di «essersi sentite mamme» significativamente più tardi delle altre. Nella ricerca francese [Garel *et al.* 1988], riguardante un campione di primipare, la maggior parte delle quali di classe medio-alta, due mesi dopo il parto le madri cesarizzate si sentivano meno competenti nell'occuparsi del bambino, e riportavano un maggior numero di problemi psico-fisici (depressione, grande fatica ecc.). Quattro anni dopo, le madri che avevano avuto il cesareo continuavano a riportare un maggior numero di difficoltà, anche se l'alta percentuale di non-risposte al questionario (52%) può aver causato un problema di selezione

[Garel *et al.* 1992]. Anche le donne intervistate da Lipson e Tilden [1980], quasi tutte di classe media, riportavano sentimenti molto negativi, di frustrazione, rabbia, perdita, e svalorizzazione in seguito ad un parto operativo. Per molte di queste donne, essere impregnate di cultura psicanalitica aggiungeva al danno la beffa: interpretavano il fatto che l'utero non si fosse dilatato come una manifestazione del rifiuto inconscio di far nascere il bambino, e si sentivano per questo delle madri inadeguate e colpevoli?

I risultati di altre ricerche sono però del tutto differenti. Secondo Sandelowski e Bustamante [1986], in un campione di donne povere che avevano partorito in un grande ospedale americano, il fatto di avere un cesareo non provocava le reazioni negative osservate in altre ricerche. Sempre in America [Sargent e Stark 1987], il 70% di un campione di trentacinque donne che avevano partorito con il cesareo, intervistate durante il soggiorno in ospedale, non riportava sentimenti negativi in proposito; 21% del campione dicevano di esser state felici di essere operate in quanto sfinite dal dolore. Una parte di loro fu intervistata a casa sei mesi dopo, ma i loro sentimenti non si erano modificati [Sargent e Stark 1987]. Culp e Osofski [1989] intervistarono ottanta primipare due giorni e tre mesi dopo il parto: cinquantasei avevano partorito per via vaginale, e ventiquattro per via operativa. Non c'era nessuna differenza né rispetto alla salute e allo sviluppo dei bambini né al tipo di alimentazione adottato (seno o biberon), né alla depressione materna. In un'altra ricerca le madri cesarizzate riportarono, nella prima giornata dopo il parto, minor soddisfazione e un maggior dolore addominale; non c'erano però differenze sulle variabili psicologiche (baby-blues, ansia, senso di competenza come madri) [Padawer *et al.* 1988].

I risultati di Entwisle e Alexander [1987] sono forse i più

¹ Sarebbe bene che le madri sapessero, invece, che la probabilità di un parto cesareo più che a dei fattori personali è associata a fattori sociali o istituzionali: i tassi di cesarei variano ampiamente da paese a paese, e all'interno di ogni paese, da ospedale a ospedale; hanno il cesareo più spesso le donne che partoriscono in cliniche private, o di giorno, che sono medici o mogli di medici ([Di Renzo *et al.* 1980; Janowitz *et al.* 1982; Hurst e Summey 1984]; vedi Cuttini e Romito [1990b]).

intriganti. Per cominciare, dopo aver rivisto la letteratura in proposito, concludono che gli effetti del cesareo sulla salute e sullo sviluppo del bambino sono scarsi, ed in genere positivi; altrettanto positivi sono gli effetti sul comportamento dei padri (che tendono ad occuparsi più dei loro figli in questa circostanza), e, alcuni mesi dopo la nascita, sono più positivi anche quelli delle madri. Il loro studio riguarda un campione di trecentotrentadue bambini tra i sei e gli otto anni, il 17% dei quali era nato per via operativa. Controllando per fattori quali l'educazione dei genitori e la razza, i risultati mostrano che esser nati con il cesareo non aveva nessun effetto sullo sviluppo cognitivo di questi bimbi; indipendentemente dal loro livello di sviluppo, comunque, i genitori degli scolari nati per via operativa pensavano che i loro figli fossero più bravi a scuola di quanto lo pensassero i genitori di quelli nati per via vaginale; i bambini stessi avevano delle aspettative più alte sulle loro capacità se erano nati con il cesareo [Entwisle e Alexander 1987].

Come render conto di risultati così contraddittori? La concettualizzazione dell'impatto e delle conseguenze di certe caratteristiche del parto è stata finora troppo semplicistica: l'esperienza soggettiva di questo evento e le sue ricadute sul benessere psicologico delle madri dipendono evidentemente da un insieme complesso di fattori, in cui entrano in gioco le aspettative (influenzate a loro volta dal contesto socio-culturale), la percezione e l'interpretazione dell'evento, il clima psicologico della sala parto, e poi il bambino ed il contesto delle prime relazioni con lui, e non solo la quantità di tecnologia ostetrica utilizzata.

Cominciamo dal cesareo. Parte delle contraddizioni nei risultati possono esser spiegate dalla progressiva «banalizzazione» dell'intervento: nel 1987, il 24% dei parti negli Stati Uniti avveniva per via operativa [Davis-Floyd 1990]. Il cesareo è insomma uno dei possibili modi di partorire, di cui si discute anticipatamente nei corsi di preparazione al parto [Sargent e Stark 1987], cosa inconcepibile ancora alcuni

² Come del resto la concettualizzazione del *bonding*, e degli effetti a lungo termine di un mancato attaccamento (vedi Sluckin *et al.* [1983]; Romito [1985]).

anni fa [Entwisle e Doering 1981]. È possibile inoltre che le complicazioni obbiettive, e quindi le conseguenze dell'operazione sulla salute di madre e neonato siano diminuite negli anni, un po' perché gli ostetrici hanno maggior pratica in proposito, un po' perché il cesareo è sempre meno limitato a madri o feti con grossi problemi di salute, o a situazioni catastrofiche. I risultati di Entwisle ed Alexander [1987] potrebbero inoltre esser spiegati in parte con la teoria della dissonanza cognitiva. Benché banalizzato, il cesareo resta un'operazione importante, che implica alcuni rischi, ed i genitori tenderebbero a valorizzare maggiormente un bambino «prodotto» in modo così costoso. Che i padri si occupino maggiormente di questi bimbi può avere, come abbiamo visto, degli effetti positivi, diretti ed indiretti, sul loro sviluppo; e ciò finirebbe per confermare agli occhi dei genitori che il loro bambino è davvero un po' speciale.

È possibile inoltre che per alcune donne un parto molto difficile e complicato (che si tratti di un cesareo o meno) sia vissuto con una certa soddisfazione: il fatto di aver partorito nel dolore, come previsto nella cultura cattolica tradizionale, ma di aver comunque superato la prova, può rappresentare insomma una fonte di soddisfazione e di fiducia in sé stesse.

Un'altra variabile importante è il sentimento di controllo della madre. Numerose ricerche hanno mostrato che essere consapevoli al momento del parto ed in controllo della situazione rappresentavano i fattori cruciali nell'influenzare la soddisfazione materna, molto di più che il semplice fatto di aver evitato il dolore [Doering e Entwisle 1975; Norr *et al.* 1977; Doering *et al.* 1980; Entwisle e Doering 1981]; anche i dati di Oakley [1980] sottolineano l'importanza del controllo. In una ricerca recente, le esperienze di madri che avevano partorito in casa sono state paragonate a quelle di donne che erano andate in ospedale [Fleming *et al.* 1988]. Le donne erano più soddisfatte della loro esperienza quando il parto si era svolto a casa; i sentimenti negativi espressi rispetto al parto ospedaliero riguardavano soprattutto l'esser state sottoposte a procedure che avrebbero voluto evitare; in entrambi i gruppi, il sentimento di essere state in controllo era il principale predittore della soddisfazione.

Come abbiamo visto, secondo la teoria di Seligman [1974 e 1975] la possibilità di anticipare gli avvenimenti costituisce un aspetto importante del sentirsi in controllo: i miei risultati, che mostrano una differenza tra le donne secondo che le complicazioni del loro parto fossero anticipabili o meno, sono spiegabili in questo contesto. Un'ulteriore conferma viene dalla ricerca di Garel *et al.* [1987b]: tra le cesarizzate, il 73% aveva avuto un'anestesia generale, ed il 27% una peridurale, quest'ultima utilizzata più per gli interventi urgenti in corso di travaglio che per i cesarei elettivi. Alcuni giorni dopo il parto, le puerpere che avevano avuto la peridurale, e che quindi erano rimaste coscienti di quel che succedeva, si dicevano più soddisfatte dell'esperienza e mostravano meno sentimenti di depressione di quelle che avevano avuto un'anestesia generale. Le donne il cui cesareo era stato pianificato in anticipo, inoltre, erano meno depresse di quelle che avevano subito un intervento d'urgenza. L'effetto positivo della peridurale si manteneva che la donna avesse avuto un cesareo pianificato o meno.

Insomma il modello di Seligman, con la sua enfasi sul controllo degli avvenimenti, o almeno sulla possibilità di anticiparli, sembra offrire una buona chiave d'interpretazione dell'associazione tra difficoltà del parto e sentimenti di depressione successivi. L'intervista citata di seguito rende conto efficacemente dello smarrimento e dello sgomento della partorienti quando le cose, all'improvviso, si mettono male.

Verso le dieci, quand'ero in sala parto dalle due del pomeriggio, si è visto che il cuore del bambino si abbassava. E così, avevo cercato di spingere, ma non ci riuscivo bene, e poi hanno visto che la testa era troppo alta e allora alle dieci, così, d'un colpo, senza molte informazioni, mi hanno trasferita in sala operatoria. [A questo punto s'interrompe, perché sta piangendo]. Sembrava proprio che il bambino stesse male. Il trasferimento in sala operatoria, è stato orribile. Mi è sembrato orribile, molto violento. All'improvviso era l'urgenza, perché in sala parto c'era un'atmosfera abbastanza distesa, abbastanza simpatica, così, e ci si trova proprio in una sala operatoria, con venti persone vestite di verde, con le maschere, i guanti, già pronti per intervenire. E poi, è molto violento. Ti sbattono da una parte all'altra, così, non ti dicono niente (Marie G., assistente sociale; forcipe, depressa sette settimane dopo il parto. Ginevra, ricerca esploratoria).

Anche i lavori di Janis [1958] permettono di capire meglio l'importanza del controllo. Le sue ricerche mostrano che i pazienti che erano stati preparati con franchezza agli aspetti negativi dell'operazione che avrebbero subito, reagivano meglio e si ristabilivano prima degli altri; lavori successivi confermano l'influenza positiva di anticipare le caratteristiche negative degli interventi che si dovranno subire, e quindi di controllarle almeno parzialmente [Wallace 1984 e 1986; per una discussione, vedi King 1986].

Come abbiamo già visto, le caratteristiche socio-economiche delle donne influenzano il significato che attribuiscono all'evento-parto, e quindi le loro attese ed i loro desideri in proposito [Nelson 1983; Woollett *et al.* 1983; Reid 1983; Barbour 1986]: si tratta di un'altra variabile importante per spiegare la discrepanza tra i risultati delle diverse ricerche. Mentre le donne di classe media preferiscono in genere essere attive e coscienti in ogni fase dell'esperienza, quelle di classe popolare vedono il parto come «un ostacolo fisico alla maternità», ed accettano, e spesso richiedono, gli interventi che possono accelerare il processo e renderlo meno doloroso. Nella ricerca di Nelson [1983], il 78% delle future madri di classe media e il 48% delle altre aderiva all'idea che «l'esperienza del parto può influenzare la qualità della relazione madre-bambino». Coerentemente con questa tendenza, Entwisle e Doering [1981] mostrano che il fatto di essere state coscienti durante il parto e la qualità dell'esperienza influenzavano direttamente i sentimenti ed i comportamenti materni successivi solo per le donne di classe media. La relazione tra essere coscienti durante il parto e valutare positivamente l'esperienza esisteva invece per tutte le madri, indipendentemente dalla classe sociale.

Questo insieme di considerazioni suggerisce comunque che una riduzione degli interventi ostetrici, se avviene come risultato di pressioni di una parte delle utenti o se decisa unilateralmente dai medici, non significa automaticamente un'esperienza migliore per tutte le donne, a meno che non abbiano avuto un certo controllo su queste modificazioni. Tra le donne incinte intervistate da Carol Shepherd McClain [1990], che avevano tutte già avuto un cesareo, un terzo, per vari motivi, preferiva averne un altro piuttosto che tentare di

partorire per via vaginale: si sentivano più sicure, trovavano che il dolore post-operatorio fosse inferiore a quello del travaglio ecc. Il Vbac (*Vaginal Birth After Cesarean*, parto vaginale dopo un cesareo) è considerato una pratica ostetrica «progressista», e di fatto ancora poco praticata [Lomas *et al.* 1989]; rappresenta inoltre una delle richieste del movimento delle utenti. Malgrado ciò, alcune donne riportavano di aver vissuto come una violenza il fatto di esser state incoraggiate a provare il parto vaginale. L'appartenenza etnica delle madri influenzava le loro preferenze (le donne bianche sceglievano un po' più spesso il Vbac), mentre l'istruzione non aveva nessun effetto in proposito [Shepherd McClain 1990].

Ci sono inoltre numerosi esempi di quel che Day chiama «le riforme cosmetiche della pratica ostetrica» [1982], ovvero «cambiar tutto purché nulla cambi». Alcune alternative al parto medicalizzato, come il parto «naturale» o «senza paura» [Read 1933], il parto «senza dolore» [Lamaze 1956] e «senza violenza» [Leboyer 1974; Odent 1976], quando introdotte e controllate dalla classe medica si sono spesso tradotte in modi diversi, ma altrettanto efficaci, di controllare le donne e la nascita [Lennane e Lennane 1973; Jaubert 1979 e 1982; Lumley e Astbury 1982; Komito e Chatelanat 1985]. Così, se è probabile che le madri nord-americane ricevano troppi farmaci, e che molte di loro ne siano di conseguenza frustrate ed insoddisfatte, ci sono delle testimonianze che Michel Odent forzasse un po' pesantemente le donne a partorire in modo «naturale» (nude, accovacciate al suolo e senza farmaci), comprese quelle che avrebbero preferito soffrire meno e meno a lungo [Jaubert 1982].

Bisogna infine sottolineare il limite maggiore che caratterizza l'approccio di molte di queste ricerche, e cioè il voler attribuire le reazioni psicologiche, e l'infelicità delle neomadri soprattutto all'evento-parto. Il parto rappresenta infatti solo un breve momento nel processo della maternità, che durerà poi per tutta la vita. È più probabile che sul benessere delle donne abbiano un'influenza sia il bambino e tutto ciò che porta con sé, gioie, soddisfazioni, e cambiamenti, ma anche fatica, difficoltà e costrizioni, sia tutto quel che fa da contesto alla relazione madre-bambino, e cioè la vita di coppia e l'ambiente sociale più largo.

L'ALLATTAMENTO

1. *I progetti prima del parto*

Al momento della prima intervista, e cioè nel terzo trimestre di gravidanza, trentatré donne (75% del campione) volevano allattare mentre nove (il 21%) volevano dare il biberon e due (il 4%) non avevano ancora deciso ma sembravano propendere piuttosto per la seconda soluzione.

Tra quelle che avevano scelto di allattare, il 61% lo faceva soprattutto in ragione delle qualità uniche del latte materno e perché ritenevano fosse la miglior soluzione per la salute del bambino, mentre le altre adducevano soprattutto ragioni di tipo psicologico, e cioè l'intensità della relazione tra madre e figlio in questa circostanza. Tra le nove donne che avevano previsto di dare le formule, tre avevano fatto questa scelta perché la trovavano più pratica e tre perché sapevano che avrebbero ripreso il lavoro rapidamente; a due non piaceva l'idea di allattare, e un'altra aveva dei problemi di salute che potevano aggravarsi con l'allattamento.

Alla domanda se anticipassero degli aspetti negativi legati al tipo di alimentazione scelta, il 78% delle donne che volevano dare le formule ed il 39% di quelle che volevano dare il seno rispose di no; tra gli aspetti negativi, un terzo di quest'ultime citava il fatto di dover essere sempre con il bambino.

I fattori socio-economici non differenziavano chiaramente le future madri rispetto al tipo di alimentazione prescelta. Mentre in altre ricerche, più la donna è istruita più è probabile che scelga di allattare [Guise 1987], in questo campione non c'era nessuna relazione in proposito¹. Solo otto intervistate

¹ Volevano allattare tutte le donne con un'istruzione universitaria, l'81% di quelle con un diploma successivo al baccalaurato, il 55% di

avevano risposto che la gravidanza non era stata voluta in quel momento, e non c'era nessuna relazione tra questa variabile e la scelta del tipo di alimentazione. Neppure le previsioni riguardanti la divisione delle cure del bambino differivano: il 48% delle madri che voleva dare il seno ed il 55% di quelle che voleva dare il biberon riteneva che quando il padre era presente dovesse partecipare il più possibile alle cure.

Più l'età della futura madre era avanzata, invece, più era probabile che decidesse di allattare. Le donne che prevedevano di dare il seno avevano in media ventisei anni ($ds=3,86$) mentre quelle che avevano optato per il biberon ne avevano, in media ventiquattro ($ds=2,8$) ($p=0,06$).

2. La realtà. Il ruolo dell'istituzione

Durante il soggiorno in ospedale, un terzo delle madri che avrebbe voluto allattare aveva avuto delle difficoltà più o meno importanti. Queste donne utilizzavano contemporaneamente diversi sistemi: si tiravano il latte con un tira-latte, davano qualche biberon con le formule, e provavano a mettere il bambino al seno. Un mese dopo, solo 18 madri allattavano completamente. (Anche in questo momento, non c'era nessuna relazione tra l'istruzione materna ed il fatto di allattare). Quattro mesi dopo, le donne che allattavano erano solo sette (tabella 14).

Le difficoltà incontrate in ospedale erano diverse: una montata latte insufficiente, un bambino che non succhiava bene, i capezzoli rientranti, un ingorgo, le conseguenze di un parto operativo. Si trattava quasi sempre di problemi risolvibili, a cui però il personale non aveva saputo dare delle risposte adeguate.

Avevo il seno duro come la pietra, la puericultrice le dava un biberon la notte, io avrei preferito liberarmi un po'. I capezzoli

quelle con il solo baccalariato, l'82% di quelle con un diploma tecnico, ed il 72% di quelle con la sola scolarità obbligatoria.

non erano fatti, non riusciva a prenderli, è stato duro. E poi la bambina era mezza addormentata, dava tre succhiate e si riaddormentava. Ho avuto un bel po' di difficoltà all'inizio (Marie-Christine R.).

Alla maternità, gli ho dato il seno. All'inizio ho avuto delle ragadi, avevo poco latte. Ho usato il tira-latte, perché il signorino non voleva succhiare. Di notte, mi dicevano che il bambino non si svegliava, che non mangiava. Ma una volta mi sono alzata, e le ho sorprese [le puericultrici] che gli davano un biberon. Non ci crederò più. Eppure io lo avevo detto: se ha fame, me lo portate. Niente da fare. È terribile, lo hanno abituato al biberon, hanno fatto tutto storto (Marie-Noëlle K.).

Ero un po' delusa perché di fatto non incoraggiavano l'allattamento completo. Se le cose non vanno subito bene, tac, il biberon, l'aggiunta. Il primo giorno, non avevo niente, un po' di colostro, forse neanche. «Le porteremo un biberon». Ed io «Come, un biberon?» «Sì, avrà fame, gli daremo un biberon questa sera». Ed io «Preferirei di no». «Non vuole che glielo diamo? È sicura? Avrà fame». Insomma, hanno finito per fare come avevo chiesto, ma mi hanno fatto capire che non stava bene, che non mi rendevo conto... Stavo in ansia, soprattutto la notte, pensavo «Se non me lo portano la notte, non mi verrà il latte». D'altra parte mi dicevano «Vedrà, se vuol dargli da mangiare di notte, non avrà latte... sarà troppo stanca». La prima volta è rimasto un'ora al seno, mi pare normale, sono piccoli, non riescono a succhiare bene. Ed era la stessa storia «Non bisogna lasciarlo più di dieci minuti, sennò vedrà, avrà le ragadi». Ma in dieci minuti, non aveva preso niente! Adesso che è grande, dieci minuti gli bastano. Appena nato, succhiava e si addormentava, se lo avessi lasciato dieci minuti non avrebbe preso niente. Avevo voglia di fare a modo mio, ma mi preoccupavo troppo di quel che avrebbero pensato di me. Alla fine non ero più sicura di me. In ospedale, ci sono stati dei momenti in cui ero proprio scoraggiata (Colette C.).

Ci tenevo tanto ad allattare il mio bambino, e l'ho fatto anche se ero molto stanca. Per sei giorni ho avuto trentanove di febbre, avevo qualcosa di stupido, finalmente un'infermiera se n'è accorta, un'ematoma sulla cicatrice [del cesareo]. Mi hanno dato antibiotici e consigliato di interrompere l'allattamento. Avevo la macchina per tirare il latte, ma mi faceva così schifo, non lo sopportavo, mi veniva da vomitare. Ho resistito tre giorni, poi ero così stanca, così disgustata. Ho detto al dottore: Faccia quel che vuole, smetta tutto, non voglio più allattare. È un peccato, perché avevo moltissimo latte (Marguerite W.).

Domanda: Durante la permanenza in ospedale, le è capitato di scoppiare a piangere, di avere dei momenti di tristezza o di scoraggiamento?

Sì, era in parte legato all'allattamento. Non sapevo bene cosa fare, avevo poco latte, il bambino succhiava lentamente, i seni mi facevano male. E il personale non mi diceva niente! (Florence O.).

Ho dato molto spazio a queste citazioni perché rappresentano degli esempi quasi paradigmatici dei problemi che numerose madri incontrano quando sono in ospedale.

Il primo riguarda l'ovvia incompetenza del personale e la sua scarsa disponibilità ad accettare le richieste del tutto sensate delle donne: entrambe queste condizioni finiscono per costituire un sabotaggio di fatto dell'allattamento [Minchin 1985]. La maggior parte delle difficoltà delle madri erano infatti risolvibili: il problema dei capezzoli può essere affrontato posizionando correttamente il bambino; la montata latte è attivata facendolo succhiare spesso, ed anche di notte; l'assunzione di antibiotici non è incompatibile con l'allattamento, e così via [Minchin 1985; Davanzo e Romito 1988]. Il problema non è certo limitato a questo piccolo ospedale francese. I risultati di una ricerca svolta in una maternità nord-americana [Winikoff *et al.* 1986], in cui sono state intervistate sia le madri che il personale, mostrano fino a che punto quest'ultimo ignorasse la fisiologia dell'allattamento: nessun pediatra era al corrente che per produrre più latte il miglior mezzo è aumentare la frequenza delle poppate, e solo alcune puericultrici lo sapevano. Un terzo dei medici (pediatri e ginecologi) riteneva che una donna che allatta dovesse dare sistematicamente dei biberon supplementari. I dati mostrano inoltre una discrepanza tra quel che le madri volevano, e quel che il personale pensava che volessero: la maggior parte delle prime desiderava tenere il bambino con sé nella propria stanza di giorno ed essere svegliata la notte per dargli il seno, mentre il personale era convinto che non fossero interessate né all'una né all'altra cosa. Data questa situazione, non c'è da stupirsi che, alla dimissione, solo il 16% dei piccoli fosse allattato, e comunque solo parzialmente, al seno. E per di più, alla domanda su quale fosse il problema legato all'alimentazione che incon-

travano più spesso, il 44% dei ginecologi rispondeva «Il fatto che le madri non vogliono allattare»! [Winikoff *et al.* 1986]. (Per altri esempi relativi alla scarsa competenza del personale ed ai conflitti con le madri, vedi Moss *et al.* [1982]; Minchin [1985]; Jones [1986]; Romito [1983]; Romito e Zalateo [1992]).

Ancora una volta, le donne si trovano all'incrocio di logiche contraddittorie, di cui non sono responsabili ma di cui finiscono per pagare le conseguenze [Benigni 1979]. Dalla metà del XIX secolo fino alla metà del XX, la classe medica ha collaborato in vari modi a scoraggiare l'allattamento al seno: dando una cauzione scientifica agli alimenti industriali per l'infanzia sostitutivi al latte materno, sostenendo il metodo «scientifico» di allevamento del neonato, e creando nelle maternità delle condizioni di latte incompatibili con l'allattamento (somministrazione di anestetici alla madre durante il parto, separazione madre-bambino, distribuzione a tutti i neonati di soluzione glucosata e di biberon con l'aggiunta di latte artificiale, nido chiuso, allattamento ad ore fisse, e così via) [Ehrenreich e English 1979; Gianini Belotti 1983; Minchin 1985]. Quando negli ultimi decenni sono divenuti evidenti sia i vantaggi del latte materno che alcuni gravissimi incidenti causati dalle formule, il discorso medico è diventato radicalmente «pro allattamento», giungendo agli estremi segnalati in un ospedale svizzero dove i neonati venivano affamati per «convincere» alcune madri riluttanti ad allattarli al seno [Romito 1983; Romito e Chatelanat 1985].

Nel contesto del movimento femminista ed ecologista degli anni '70, inoltre, le donne stesse hanno «riscoperto» e valorizzato l'allattamento al seno, non solo come il modo migliore e più naturale di nutrire un bambino, ma anche come espressione della potenza e creatività del corpo femminile. Donne ed esperti erano dunque, per una volta, d'accordo? Non proprio. Intanto, come per la contro-cultura del parto, anche quella relativa all'allattamento è stata, almeno all'inizio, prerogativa delle donne di classe media. Gli esperti, portatori della nuova cultura pediatrica pro-allattamento, si sono così scontrati con donne portatrici della «vecchia» cultura

medica, piuttosto favorevole al biberon, ai pasti ad orari fissi ecc. (vedi anche Boltanski [1969]). In secondo luogo, il discorso medico sull'allattamento è rimasto, per l'appunto, un discorso: se da una parte il personale sanitario ne ha intrapreso a parole la promozione, dall'altro poco o nulla è stato fatto per creare le condizioni in cui l'allattamento è possibile nonché piacevole per madre e bambino [Gianini Belotti 1983]. Non si è cioè provveduto né a formare il personale sanitario (vedi Deschamps *et al.* [1980]), né a modificare gli ospedali in modo da favorire l'allattamento, né a ridurre l'influenza delle multinazionali di alimenti per l'infanzia sulla formazione e sulla ricerca medica nel campo dell'alimentazione infantile [Minchin 1985]. Basti ricordare che negli ultimi dieci anni, la cosiddetta promozione dell'allattamento è andata di pari passo con l'incremento dei parti cesarei: secondo alcune ricerche, le donne che hanno subito un cesareo, un'anestesia generale o il cui bambino è stato trasferito, anche indipendentemente da altri fattori, hanno meno probabilità di riuscire ad allattare [Martin e Monk 1982; Romito, di prossima pubblicazione]. Questa tendenza si riscontra anche nella mia ricerca: cinque settimane dopo il parto, la probabilità di allattare tra le donne che desideravano farlo era negativamente correlata con l'indice di difficoltà del parto. In particolare, era riuscita ad allattare una sola delle donne incorsa in difficoltà impreviste (n.s.).

Dato questo insieme di condizioni non c'è da stupirsi che molte donne, anche se motivate, non riescano ad allattare. Il colmo è che, in questi casi, il personale sanitario è pronto a colpevolizzarle, con argomenti che in parte si riferiscono più o meno esplicitamente all'istinto materno, o alla sua mancanza (l'allattamento è naturale, una vera mamma deve sapere istintivamente come fare ecc.), ed in parte sono derivati dal modello psicanalitico (se una mamma non riesce ad allattare è perché, inconsciamente, non lo vuole; le ragadi hanno un'origine psicosomatica, la donna ha un rifiuto inconscio,

ecc.). Maurcen Minchin si stupisce giustamente che, nonostante la storia della medicina sia piena di sviste, di errori, di diagnosi e di terapie sbagliate, i medici siano così tranquilli e sicuri nell'ascrivere problemi come quelli legati all'allattamento e alle coliche infantili, alla tensione o all'incapacità materna, piuttosto che ad altre cause, tra cui la loro noncuranza o incompetenza [Minchin 1985; vedi anche Lennane e Tennane 1973].

3. *Gli effetti dell'allattamento sulla madre*

Benché occuparsi di un bambino significhi all'inizio soprattutto nutrirlo, e benché ciò sia ovviamente importante per la madre, sia da un punto di vista pratico che psicologico, poche ricerche hanno finora considerato la relazione tra il tipo di alimentazione del neonato ed il benessere materno in questi primi mesi. I pochi risultati disponibili sono contraddittori: secondo due ricerche non c'è nessuna relazione in proposito [Kumar e Mordecai Robson 1978; Paykel *et al.* 1980] mentre in altre i risultati mostrano un'associazione tra allattamento e depressione [Dalton 1971; Alder e Cox 1983; Alder e Bancroft 1988]. In particolare, Dalton [1971] ha trovato una relazione statisticamente significativa tra la decisione di allattare (valutata alla fine della gravidanza) e la depressione nei primi sei mesi di vita del bimbo, e un'altra (ma non statisticamente significativa) tra il fatto di allattare e la depressione due mesi dopo il parto. Nella ricerca di Alder e Cox [1983] le madri che avevano allattato completamente per almeno tre mesi, così come quelle che utilizzavano un contraccettivo ormonale erano più spesso depresse delle altre. Anche secondo i risultati di una ricerca successiva, longitudinale [Alder e Bancroft 1988], le madri che davano il seno erano più depresse sia tre che sei mesi dopo il parto.

Nel campione studiato nella mia ricerca, quando il bambino aveva cinque settimane, delle trentatre donne che volevano allattare, dodici erano passate al biberon; due continuavano ad allattare ma con grosse difficoltà. C'era un'associazione tra difficoltà o insuccesso dell'allattamento

¹ Come abbiamo visto, i risultati di alcune ricerche mostrano invece che il cesareo non influisce sulla possibilità di allattare [Culp e Osolski 1989].

e depressione della madre; nessuna delle undici donne che davano il biberon per scelta era invece depressa (tabella 15).

Ho poi analizzato gli stessi dati non secondo il tipo di alimentazione praticata ma secondo le intenzioni che le madri avevano in proposito: con questo criterio, erano depresse il 33% delle donne che già in gravidanza volevano allattare, e nessuna di quelle che voleva dare il biberon (Fisher's Exact Test, $p = 0,001$).

Questi risultati possono dar adito a diverse interpretazioni. Per Katharina Dalton (1971) l'associazione tra allattamento e depressione può esser spiegata dal fattore ormonale, mentre Beth Alder (Alder e Bancroft 1988) propone una spiegazione multifattoriale in cui le variabili endocrinologiche, comportamentali ed ambientali sono prese in conto.

Le donne che decidono di dare il seno potrebbero essere, sin dall'inizio, differenti da quelle che preferiscono dare il biberon: ma è pure possibile che allattare, e le difficoltà che questo spesso comporta, influenzi il loro benessere. Nel mio campione, tra le variabili considerate, solo l'età differenziava le donne che già in gravidanza avevano deciso di dare il seno da quelle che volevano dare il biberon. In occasione delle interviste successive, alcune delle seconde spiegheranno che avevano preferito le formule perché questo sistema permetteva loro di continuare alcune attività di coppia (sport, vita associativa, e così via) a cui tenevano molto, suggerendo un maggior desiderio in queste donne di preservare inalterati almeno alcuni aspetti della loro vita precedente alla nascita del bambino.

Se le caratteristiche delle future madri differivano poco secondo che avessero pianificato di allattare o meno, il fatto di allattare modificava invece sensibilmente la loro vita quotidiana.

Alcune differenze apparivano già durante il soggiorno in ospedale. Le madri che davano il seno nutrivano il loro bambino la notte più spesso delle altre, e, che avessero delle difficoltà o meno, si sentivano più spesso sfinite al momento della dimissione (n.s.). Un mese dopo, i bambini allattati al seno mangiavano più spesso di quelli nutriti al biberon: la differenza era particolarmente importante la notte (tabella

16)³. Questi ultimi risultati sono confermati da numerose ricerche (Corey 1975; Persson e Samuelson 1984; Elias *et al.* 1986). Secondo altri lavori, i bambini allattati al seno piangono più spesso (Dunn 1977) e soffrono più spesso di coliche (Rubin e Prendergast 1984); le loro mamme vanno più spesso a vederli quando piangono (Entwisle e Doering 1981) e interpretano più spesso il loro pianto come dovuto alla fame (Dunn 1977). L'insieme di questi risultati suggerisce che alcune condizioni legate all'allattamento possono contribuire ad affaticare ulteriormente la neo-mamma, e sono ben illustrati nel racconto delle donne intervistate.

Ero esausta. Voleva succhiare tutto il tempo, questo mi ha distrutta. Ce l'avevo in braccio fino a mezzanotte e mezza, e poi era sveglia alle 2, alle 4, alle 6. Non ne potevo più (Marie-Noelle K., cinque settimane dopo il parto).

Di notte, adesso va un pochino meglio. Dorme quattro ore, si sveglia, poi dorme altre tre ore... Comunque, la notte è spezzata, ma all'inizio era ogni due o tre ore, allora sono delle notti... Adesso mi pare meglio, ma sono delle notti faticose (Marie G., sette settimane dopo il parto, Ginevra).

L'interruzione ripetuta del sonno è una delle forme più note di tortura psicologica, particolarmente efficace per far crollare la resistenza di un individuo. Malgrado ciò, di questo aspetto negativo dell'allattamento non c'è traccia nei lavori scritti da influenti pediatri o da associazioni radicalmente pro-allattamento, come la Lega per il Latte, che ne danno spesso una visione del tutto idillica e per questo mistificante.

Il disturbo dato da un allattamento al seno che si svolge con successo di notte o di prima mattina è minore di quello dato dall'allattamento artificiale, purché il bambino sia vicino alla madre... L'allattamento al seno disturba di meno il sonno di entrambi

³ Sul totale delle ventiquattro ore, i bambini facevano una media di 6,33 pasti se erano al seno, e di 5,60 pasti se erano al biberon ($T = 2,09$, $df = 39, 2\text{-tail } p = 0,04$). Durante il giorno, la media dei pasti era rispettivamente di 5,11 e di 4,91 (n.s.), mentre la notte la media era di 1,22 e di 0,69 ($T = 2,10$, $df = 26$, $2\text{-tail } p = 0,04$).

i genitori (Jelliffe e Jelliffe 1976, 29-30). L'allattamento al seno affatica? È falso... L'allattamento permette tutta una serie di risparmi di energia. Contrariamente a quel che tutti ripetono, un bambino allattato in buone condizioni non piange di notte più spesso di quello allattato con le formule (Thirion 1980, 113-114).

E il manuale della Lega del Latte, alla domanda «Quando dormirà tutta la notte?», così si autorisponde: «Probabilmente il motivo per cui questa domanda ha assunto l'importanza che ha, è il fastidio di nutrire il bambino di notte con il biberon, magari in una casa fredda, combattendo contro il sonno con il timore che il bimbo o il biberon cadano. Alla madre che allatta vengono risparmiati questi inconvenienti; perciò, quando sentite che il bambino della vicina dorme tutta la notte ed il vostro no, chiedetevi: è veramente importante? La cosa importante non è che il vostro bambino sia contento e che possiate soddisfare i suoi bisogni la notte così come durante il giorno?» (La Leche League International 1990, 107).

Ma come ammette un'aderente alla League: «L'accettazione dell'interruzione del sonno non è immediata, anzi per molte di noi ci sono voluti uno o due bambini per comprendere del tutto i loro bisogni. Quando il vostro sonno può essere interrotto molte volte durante la notte, e nonostante ciò siete in grado di affrontare il giorno successivo con il sorriso, allora... il vostro atteggiamento sta cambiando» (La Leche League International 1990, 108).

Questa esperienza si può prolungare di molto: secondo una ricerca, i «bambini della League», allattati fino ai due anni, prendevano in media più di otto pasti per ventiquattro ore, e non dormivano per periodi più lunghi di cinque ore (Elias *et al.* 1986).

Non solo i bambini allattati al seno mangiano più spesso, ma si tratta di un'attività che la madre non può condividere con altri; quando il piccolo prende il latte materno, inoltre, sia il momento dei pasti che la loro durata sono meno prevedibili, e la madre ha quindi più difficoltà nell'organizzare la sua giornata.

Se si sveglia alle sei, penso che mangerà [di nuovo] alle dieci, e mi metto a fare un sacco di cose. Alle nove qualche volta si mette

a piangere, ha fame, devo mollare tutto e occuparmi di lui, e poi ricominciare da capo. Qualche volta è duro. Fino ad adesso non sono mai uscita, perché le poppate sono così irregolari. Avrei voglia di andare dal parrucchiere, ma non ci sono potuta andare (Caroline D., cinque settimane dopo il parto).

Qualche volta, quando sono sola con il bambino, è addirittura difficile per fare... per mangiare io, addirittura per farmi la doccia... All'inizio, c'erano dei giorni che di colpo era mezzogiorno, non mi ero vestita, non avevo mangiato, ce l'avevo in braccio e non riuscivo a metterlo giù. Il peggio è non aver tempo di fare... anche le cose che non mi piace fare ma che sono necessarie, di non lasciar sempre mucchi di piatti da lavare, che lascio sempre infatti, per forza, ma anche questo mi dà fastidio, e poi di non aver tempo per me, per leggere, vedere la gente tranquillamente, uscire, tutte queste cose. Adesso leggo quando allatto, almeno ho cominciato a leggere un po' (Marie G., sette settimane dopo il parto, Ginevra).

È terribile star chiusa in casa tutto il giorno con un bambino. È quel che chiamo l'aspetto psicologico dell'allattamento, la solitudine. Avevo bisogno di una conversazione adulta, dopo un po' ci si sente talmente nulle in tutto, si perde ogni fiducia in se stesse.

Domanda: Riusciva a vedere qualche amica?

No, per niente, per niente. Il ritmo dell'allattamento del mio bambino era così instabile che non potevo garantire che avrei fatto una data cosa a un dato momento (Sylvie D., bambino di nove mesi, Ginevra).

E, per contrasto, secondo una pediatra francese: «L'allattamento materno è per una giovane donna il miglior mezzo di semplificarci la vita. Niente biberon da lavare, niente latte da riscaldare, niente bottiglie d'acqua da procurarsi» (Thirion 1980, 44).

Nel discorso dei pediatri, così come in quello della League, si dà per scontato che l'allattamento avvenga senza problemi e che solo la madre possa occuparsi in esclusiva del bambino ventiquattro ore su ventiquattro: a queste condizioni, è possibile che nutrire il bambino con le formule non dia nessun vantaggio rispetto a farlo al seno. Ma, come abbiamo visto, le difficoltà dell'allattamento sono numerose; e di un bambino piccolo può occuparsi amorevolmente qualsiasi adulto, purché sia, per l'appunto, amorevole: da un punto di vista pratico, questo è evidentemente più semplice se gli si può dare, regolarmente o occasionalmente, un biberon. Molte delle

donne francesi del mio campione provenivano da grandi famiglie, e consideravano normale che, oltre al padre, anche altre persone (nonne, zie, nipoti) accudissero il loro piccolo, cosa che d'altronde veniva fatta con grandissimo piacere. Nelle prime cinque settimane, quelle che davano il biberon erano comunque uscite, da sole o con il marito e senza il loro bambino, significativamente più spesso delle altre (tabella 17).

Per le donne che hanno il primo figlio può essere inoltre difficile all'inizio interpretare il suo pianto, ma mentre le madri che hanno appena dato il biberon con la dose stabilita possono almeno escludere la fame come causa di pianto, questo è più difficile per quelle che allattano. Tra le donne del mio campione, nessuna utilizzava il sistema della doppia pesata, ormai considerato fastidioso e inutile dalla maggior parte dei pediatri; si tratta di un sistema che forse avrebbe potuto aiutare qualcuna di loro.

Piangeva piuttosto la sera, ma anche di giorno, qualche volta dopo aver mangiato e naturalmente prima di mangiare. Per calmarlo, ho avuto forse troppo spesso il riflesso di metterlo al seno. Si calmava, ma poteva durare ore e ore. Restava delle ore al seno. E poi questa idea che quando piange, è perché ha fame... (Marie G., sette settimane dopo il parto, Ginevra).

L'allattamento al seno, benché naturale, può essere più difficile da riuscire di quello artificiale. E soprattutto, se ci sono delle difficoltà, è la madre che si sente direttamente chiamata in causa, mentre gli eventuali problemi alimentari di un bimbo nutrito con le formule possono essere attribuiti al tipo di latte scelto dal medico, alla tettarella ecc. Come Maureen Minchin [1985] riconosce, l'allattamento al seno può avere un effetto «devastante» sulla madre, se ci sono troppe difficoltà, e soprattutto se la donna è acculturata al modello psicanalitico, ed accetta quindi l'idea di essere colpevole del mancato successo. Nelle storie di casi riportate nel suo libro, queste madri parlano di sé stesse e della loro storia con termini quali «fallimento», «colpa», «angoscia»: una di loro si definisce «ipocrita» per aver espresso a parole il grande desiderio di allattare mentre poi non era riuscita a

farlo. Le donne francesi intervistate nella mia ricerca, più estranee a questa cultura, riportavano sentimenti di depressione sia che avessero incontrato delle difficoltà sia che l'allattamento fosse andato bene.

Domanda. Le è capitato, o le capita, di scoppiare a piangere, di avere dei momenti di tristezza, di scoraggiamento, d'inquietudine?

Sì, spesso, è legato al non sapere cosa fare con l'allattamento (Florence O., cinque settimane dopo il parto).

Ci sono dei momenti in cui sono scoraggiata, sì, per la fatica. Di notte, quando mi alzo, non sono mica in forma, mi butto un po' giù. Penso: smetto tutto, le darò il biberon (Thérèse O., cinque settimane dopo il parto).

È stato tremendamente faticoso, prendeva tutte le mie forze e nello stesso tempo ero così depressa, come non lo sono mai stata in vita mia... Ho allattato sette mesi e mezzo senza nessun completamento. Il mio medico è un antroposofista, è per l'allattamento al seno più a lungo possibile, voleva che allattassi completamente per nove mesi... Adesso sono un po' risentita nei confronti di questo medico, per non essersi preoccupato anche di me in questo periodo (Sylvie D., Ginevra, bambino di nove mesi).

4. I padri e la vita di coppia

In questo campione, i padri dei bambini allattati al seno partecipavano meno alle loro cure, senza per questo contribuire di più al lavoro domestico; coerentemente, le madri che allattavano erano più numerose delle altre (33% contro 13%) ad esprimere il desiderio che il padre partecipasse di più.

In risposta alla domanda «Ci sono dei momenti in cui si deve occupare contemporaneamente del bambino, di suo marito e dei lavori di casa?» il 57% del campione rispose di sì. La soluzione descritta più di frequente era l'ora di pranzo, o di cena: il bimbo piange perché è stanco e ha fame; il marito è appena tornato a casa, anche lui ha fame, vuole mangiare e raccontare la sua giornata alla moglie; c'è qualcosa sul fuoco, che rischia di attaccarsi, di bruciare, di traboccare

o di scuocere... Solo il 43% delle donne il cui bambino prendeva le formule rispose che capitava loro di doversi occupare di tutto allo stesso tempo, mentre questo succedeva al 72% delle mamme che dava il seno.

Il disimpegno mostrato da molti padri in questo campione non è una conseguenza inevitabile del fatto che il bimbo sia allattato: benché alcuni risultati confermino questa tendenza [Moss *et al.* 1982] secondo altri i padri aiutano un pochino di più in questa circostanza [Entwisle e Doering 1981]. Sta di fatto che l'allattamento, sia per le sue caratteristiche intrinseche che per l'atteggiamento di alcuni mariti, rischia di introdurre o aumentare una differenziazione nelle attività della coppia, che le madri non avevano né previsto né desiderato.

Ero d'accordo di restare con la bambina di giorno, la sera avrei voluto che mio marito ci restasse lui. Lui, in fondo, non cambiava niente, continuava le sue cose, o il sindacato, o altro, e diceva: Dato che devi allattare, allora puoi restare tu. Allora in effetti ero io che dovevo restare a casa [Pascale R., nove settimane dopo il parto, Ginevra].

I dati qualitativi suggeriscono inoltre che alcuni padri si sentivano esclusi dalla relazione tra madre e figlio, erano gelosi, o irritati per la minor disponibilità della moglie nei loro confronti.

Mio marito, non vede l'ora che finisca di allattare, [ora] non può occuparsene veramente. È contento che allatto, ma sarà contento di dargli il biberon. Ci sarebbe la soluzione di affittare un tira-latte, è quel che mio marito voleva che facessi. Ma io faccio l'allattamento perché mi piace farlo, sento il bambino tutto... È bello. [Con il tira-latte] potremmo darci il cambio, ma non ne avevo voglia [Caroline D., cinque settimane dopo il parto].

L'allattamento è meraviglioso. Quando son tornata a casa, il bimbo piangeva molto, mio marito diceva: Non hai latte, dagli il biberon. Mi scoraggiava. Qualche volta, quando il bambino succhia, mio marito gli dà fastidio. E per scherzo? Ma il bambino reagisce, piange... (Marie-Josée H., cinque settimane dopo il parto).

È così bello allattare al seno! È il nostro, siamo noi che l'abbiamo fatto, siamo state capaci di far questo e in più possiamo

nutrirlo. Si ha l'impressione di essere in un piccolo universo. Al limite, il papà quasi non c'entra, tra il bimbo e la sua mamma...

Domanda: Pensa che il papà sia un po' geloso?

Forse. Sì, perché ci si passa tanto di quel tempo... È un po' un universo chiuso. Come una complicità (Marie R., cinque settimane dopo il parto).

L'allattamento materno può interferire con la vita sessuale della coppia: in questo campione, le madri che allattavano erano meno numerose delle altre ad aver ripreso i rapporti sessuali (tabella 18): si tratta di un risultato confermato da altre ricerche [Alder e Bancroft 1983 e 1988]. Le ragioni sono probabilmente multiple: queste madri sono spesso più stanche, e la stanchezza è generalmente incompatibile con il desiderio e l'eroticismo. In una ricerca inglese, la frequenza delle relazioni sessuali era inversamente correlata con il numero delle volte che il bimbo si svegliava di notte per mangiare [Alder e Bancroft 1983]. Anche i fattori ormonali possono intervenire per spiegare questa differenza: Alder *et al.* [1986] hanno trovato, tra le donne che allattano al seno, un'associazione tra basso livello di androgeni e scarso interesse sessuale.

Il fatto che le madri che allattano condividano un minor numero di attività con il loro compagno può inoltre condurre a una minor intimità nella coppia. Esse sono inoltre più insoddisfatte della sua partecipazione alle cure del bambino, condizione pure poco propizia al desiderio sessuale.

In realtà, sappiamo ben poco dei bisogni sessuali delle madri in questo periodo, di come vengano soddisfatti, e di quali siano le conseguenze sul loro benessere, che allattino o meno d'altronde. Per alcune non ci sono problemi in proposito, che abbiano ripreso o meno i rapporti. Per altre, il problema può nascere dalla difficoltà di soddisfare il proprio desiderio in circostanze avverse (quando sono troppo stanche, o sanno che il bimbo può svegliarsi e piangere da un momento all'altro, o il marito mostra poco interesse): non bisogna dimenticare infatti che alcune donne, in questo periodo, hanno più voglia di fare all'amore del solito [Masters e Johnson 1966]. Per altre ancora, che non hanno voglia di riprendere le relazioni, il problema può nascere dal conflitto con i bisogni sessuali espressi dal marito.

Le opinioni ed i consigli degli esperti in proposito sono contraddittori. Per le autrici di un famoso libro per future madri (Dana e Marion 1975), il corpo della donna appartiene al marito e la sua sessualità gli è dovuta; bisogna evitare che il bimbo al seno ingelosisca l'uomo, e che «turbi la relazione di coppia»; la madre non deve dimenticare «il suo ruolo di amante». Per uno psicanalista, invece, più la donna è una buona amante, meno può essere una buona madre, «tanto è difficile eccellere simultaneamente come madre e come amante, e procurarsi piacere sessuale e gioie materne senza vivere in una confusione piena d'angoscia» (Andreoli 1980, 3). Da notare che in entrambi i discorsi si nega che la donna abbia un desiderio proprio, che possa esprimerlo e soddisfarlo, che si tratti del desiderio di fare all'amore con il marito, o invece di non farlo.

5. La gioia di allattare

Il totale di due anni e mezzo che ho passato allattando mi ha dato una soddisfazione che non si può paragonare a nessun'altra. C'è un'incredibile ricompensa nel nutrire e far felice un bambino con il proprio latte. Ogni volta che il bimbo sorrideva, mi sfregava la testolina morbida nel collo, o mi rigurgitava con aria meditata e il sovrappiù nella camicetta, sentivo che la mia produttività, e quindi il mio valore come persona ne venivano confermati. Nessun altro lavoro che ho fatto mi ha fatto sentire in questo modo (Oakley 1984b).

I miei risultati mostrano che l'allattamento si traduce, per molte madri, in un eccesso di fatica, di preoccupazioni e di mancanza di libertà. Presentarli in dettaglio era necessario per render conto dell'esperienza delle intervistate, così come l'avevano riferita; mi pareva inoltre che costituissero un utile contrappeso al discorso dominante sull'allattamento, in cui solo e invariabilmente gli aspetti positivi sono presentati.

Ma come Ann Oakley, anche molte madri francesi esprimevano sentimenti di gioia, fiercezza e grande piacere legati all'allattamento.

Mi sono davvero resa conto che era il mio bambino al momen-

to di allattare. Non ci tenevo tanto prima del parto, ma poi mi ha fatto davvero piacere (Lydie D., cinque settimane dopo il parto).

Ha subito succhiato bene, è andata bene, facilmente. Ero molto felice di poterlo allattare, di sentirmelo vicino. Fa piacere questo momento quando è tutto vicino, è importante. Il solo problema è la fatica, non si riesce a recuperare (Caroline D., cinque settimane dopo il parto).

Succhiava bene. È stupendo. È quel che c'è di più bello, allattare il proprio bambino. È nella testa, tutte le donne possono farlo, se vogliono. È meraviglioso. (Joséphine, Y., cinque settimane dopo il parto).

Sembra quasi che le madri che allattavano vivessero, rispetto a quelle che davano il biberon, un'esperienza più intensa, malgrado le numerose difficoltà che tutte riportavano. Quando i bimbi avevano cinque settimane, solo quattro (il 10% del campione) risposero senza riserve che l'esperienza della maternità era più bella di quanto avessero immaginato, e tutte quattro allattavano con successo.

6. Conclusioni

La natura è proprio ben fatta, non c'è niente di più bello che allattare il proprio bambino. È formidabile. (Claudine B., cinque settimane dopo il parto).

La maggior parte delle donne che allattano manifestano in proposito dei sentimenti intensi e contraddittori. Ma mentre la soddisfazione è soprattutto legata alle gratificazioni intrinseche dell'allattamento (il piacere fisico di avere il bambino al seno, il contatto con lui/lei, la fiercezza di rispondere completamente ai suoi bisogni, la grande praticità di nutrirlo con il proprio latte), le difficoltà derivano invece all'organizzazione sociale che fa da contesto all'allattamento ed alla relazione madre-bambino.

Gli aspetti negativi dell'allattamento non sono inevitabili. Il suo fallimento, o i problemi che le donne incontrano in proposito, potrebbero essere prevenuti o diminuiti se il personale sanitario avesse le conoscenze necessarie; la fatica

sarebbe minore, se qualcun altro si facesse carico dei lavori di casa; l'isolamento e la solitudine si potrebbero evitare se le madri potessero dare il seno dappertutto con tranquillità e senza nascondersi; l'intimità tra marito e moglie potrebbe essere mantenuta, o migliorata, se i padri partecipassero maggiormente alle cure del loro bambino.

Parafasando Claudine B., la natura funziona in fondo abbastanza bene, l'organizzazione sociale molto meno. Ma se gli aspetti biologici dell'allattamento sono difficilmente modificabili, il contesto sociale invece lo è: basta volerlo.

LA DIVISIONE DEI COMPITI
TRA MADRE E PADRE

1. *Le prime settimane*

Nelle prime settimane dopo la dimissione dall'ospedale, il 36% delle donne non ricevette nessun aiuto particolare. Il 21% fu aiutata da un'altra donna della famiglia: in alcuni casi, la madre, una sorella o un'amica, si erano trasferite a casa della neomadre; in altri, era quest'ultima a ritornare, per una settimana o due, nella famiglia d'origine. Dal racconto delle donne emerge quanto questo aiuto sia stato utile ed apprezzato.

Quando sono tornata a casa, ero proprio sfinita. Per tutta la prima settimana, mia suocera non ha voluto che facessi da mangiare, allora mangiavamo al piano di sotto, da lei. Ero proprio sfinita. Alla maternità, non me ne accorgevo tanto, ero sempre distesa, ma quando sono uscita non avevo una bella cera (Pierrette F.).

Mi aspettavo di tornare dall'ospedale tutta fresca, tutta nuova. E invece non ero né fresca, né nuova. Non pensavo che sarei stata così stanca. I primi quindici giorni, ero in difficoltà, non ce la facevo a star dietro a tutto, ora va meglio. Un'amica di mia cognata, quando ha visto che non ce la facevo, che non riuscivo a rimettermi, è venuta ad aiutarmi. Mi sono rimessa in sesto il periodo che era lì, ho dormito, mi faceva dormire, non voleva che lavorassi (Marie-Noëlle K.).

I primi quindici giorni ero dai miei genitori, mia mamma le dava il biberon, io uscivo, andavo nei negozi, facevo la spesa, anche questo aiuta. E poi siamo tornati a casa nostra, mio marito ha preso quindici giorni di ferie, faceva la spesa, da mangiare, mi ha molto aiutata (Valérie G.).

Il 43% dei mariti aveva preso una o due settimane di

ferie per stare a casa, con la moglie ed il neonato; non tutti però avevano aiutato allo stesso modo.

Il passaggio dalla maternità a casa è andato bene. Ho apprezzato moltissimo il fatto che mio marito fosse là. Ha preso 11 giorni di ferie. Ci siamo organizzati rapidamente, il secondo giorno eravamo già allenati. Tutti ci avevano detto che non si ha un minuto per sé, che si corre tutto il tempo. A partire dal secondo giorno, avevamo già dei momenti un po' più lunghi per noi. Il fatto che fossimo in due, ci dividevamo bene il lavoro (Thérèse U.).

E per contrasto:

Mio marito prenderà una settimana di ferie, quando tornerò a casa dall'ospedale. Ma mica per aiutarmi! Per godersi il bambino. Non è il tipo da fare i lavori, si occuperà del bambino per giocare, non per cambiarlo (Marie-Josée E., terzo trimestre di gravidanza).

Mio marito ha preso cinque giorni di ferie quando sono tornata dall'ospedale.

Domania: L'ha aiutata?

Più affettivamente che... materialmente. Non è il tipo che aiuta, non ha mai aiutato. Là, invece, mi ha proprio aiutata. Sbarrecchiava la tavola. Quando volevo pulire, diceva: lascia stare, farai dopo (Marie-Josée E., cinque settimane dopo il parto).

Questo aiuto supplementare non durò comunque a lungo. Quando i piccoli avevano cinque settimane, solo il 25% delle loro mamme riceveva un aiuto regolare, anche se meno importante che nelle prime settimane, da parte di un familiare; qualcuno dava una mano ogni tanto al 18% di loro, mentre il 57% non aveva nessun aiuto particolare al di fuori di quello del marito.

2. Il bambino

Le cure al bambino

Un neonato è un essere umano quasi del tutto impotente, e per sopravvivere ha bisogno che uno o più adulti si prendano cura di lui, continuamente, completamente e con una certa attenzione. Vediamo cosa significava, in termini con-

creti, prendersi cura dei bambini delle donne intervistate, quando avevano cinque settimane. I piccoli mangiavano tra le quattro e le dieci volte al giorno (media: sei pasti); la durata di un pasto poteva andare dai cinque ai novanta minuti (media: trentatré minuti). Passavano piangendo dai trenta ai trecento minuti al giorno (media: novanta minuti); il 36% piangeva anche la notte, al di fuori dal momento del pasto. Dato che, quando un bimbo piange, gli adulti tendono a darsi da fare per calmarlo, e che anche se non fanno nulla, difficilmente riescono a rilassarsi o a concentrarsi su qualcos'altro, possiamo considerare anche questo come tempo di lavoro. In conclusione, il bambino «medio» abbisognava di cinque ore di lavoro al giorno solo per essere nutrito e consolato.

Queste attività non sono però sufficienti perché un bimbo sopravviva, si sviluppi e sia felice: bisogna cambiargli i pannolini (tra i sei e gli otto cambi al giorno, circa), che devono ovviamente essere comprati e portati a casa; se non è al seno, bisogna comprare, trasportare e preparare il latte artificiale, lavare e sterilizzare i biberon; bisogna pulirlo, fargli il bagno, e lavare, a volte a mano, i suoi abitini; e bisogna, naturalmente, dimostrarli affetto e interesse, toccandolo, parlandogli e giocando con lui. Si tratta di un'enorme mole di lavoro, ed è legittimo chiedersi come venga condiviso tra madre e padre.

La valutazione della partecipazione di padre e madre

Per valutare il contributo di entrambi i genitori, chiesi alle madri, cinque settimane dopo il parto, chi svolgesse alcuni compiti ben definiti relativi al bambino, e cioè: cambiarlo; dargli da mangiare; se non era al seno, preparare il biberon; fargli il bagno; alzarsi di notte per lui; andare a vederlo quando piange, di giorno; telefonare al medico; ed andare dal medico. Le risposte proposte erano: la madre quasi sempre, madre e padre insieme, o a metà; il padre quasi sempre. L'intervistata rispondeva a queste domande due volte: una per i giorni lavorativi, ed una per il fine settimana, o gli altri giorni che il padre era a casa.

Per valutare l'eventuale discrepanza tra aspettative e realtà, le madri avevano risposto alle stesse domande prima del parto, in occasione del primo questionario.

A partire da questi dati¹, ho costruito un indicatore sintetico della partecipazione paterna. Per vari motivi, ho escluso però le ultime tre attività. «Andare a vedere il bambino quando piange» era spesso interpretato in senso letterale, ed anche quando le madri rispondevano che ci andavano «insieme» o a «metà» con il marito, era poi evidente che erano loro a calmare il piccolo (prendendolo in braccio, dandogli il ciuccio o altro). In molte famiglie, inoltre, non era ancora mai capitato che si dovesse telefonare o andare dal medico.

Il totale delle risposte è stato diviso per il numero dei compiti effettivamente svolti in una data famiglia: i valori assegnati a questa variabile sono: 1) la madre fa tutto; 2) la madre fa molto di più; 3) divisione in parti uguali del lavoro; 4) il padre fa molto di più; 5) il padre fa tutto.

Le trascrizioni delle interviste mostrano che alcune donne erano in difficoltà nel riportare la scarsa partecipazione del padre; altre tendevano a sopravvalutare l'aiuto effettivamente fornito.

Geneviève J., per esempio, leggendo ad alta voce la lista delle cure al bambino durante il fine settimana, così commentava:

Cambiare il bambino. Lo fa. Ma sono io che lo faccio quasi sempre. Dovrebbe farlo di più. Andare a vedere il bambino quando piange. Quando è a casa, ci va... ci andrebbe quanto me... sarebbe abbastanza... addirittura a volte più lui. Ma il bimbo non piange molto. Fargli il bagno. Io quasi sempre. Dato che lo faccio di mattina, lui va a messa, io non ci vado, capita sempre a me [ride]. Mi piacerebbe che lo cambiasse di più. Qualche volta sono stupida, lo sto lavando o cambiando, e mio marito arriva, potrei farlo fare a lui, ma non ci penso. È stupido. Lui, quel che fa, ha scoperto che a Thomas piace essere asciugato con l'asciugacapelli. Quando l'ho lavato, e tutto, lui lo asciuga, partecipa in un certo modo, resta lì (Geneviève J.).

Sandrine P., riempiendo la lista dei compiti domestici,

¹ Per questi risultati in dettaglio, vedi la tesi di dottorato [Roinito 1988].

aveva risposto che lei e suo marito facevano la spesa «a metà». Commenterò in seguito:

Per fare la spesa, all'inizio, Pierre aveva paura di restare con il bambino. Non gli ho detto: è tuo figlio, ci devi stare. Non ho forzato. All'inizio, lo portavo dai miei genitori, lo lasciavo con mio papà, e io andavo a fare la spesa con mia mamma. Adesso me lo guarda lui (Sandrine P.).

Come ho già spiegato, se nei casi più patenti ho corretto la risposta data dall'intervistata, negli altri ho utilizzato la risposta così com'era stata fornita. Come in altre ricerche, insomma, anche in questa i padri facevano probabilmente ancor meno di quel che le donne riportavano e che ora appare nei risultati.

La divisione dei compiti: aspettative e realtà (ovvero: molto rumore per nulla)

La partecipazione dei padri alle cure dei loro piccoli di cinque settimane era piuttosto limitata (tabella 19).

Durante la settimana, le madri facevano tutto, cosa abbastanza comprensibile dato che in questo momento erano a casa a tempo pieno. Il 22% dei padri si alzava comunque la notte, spesso o sempre, per dar da mangiare al neonato o per portarlo alla moglie perché lo allattasse.

Questo quadro cambiava, ma non di molto, durante il fine settimana (tabella 19). La madre faceva tutto nel 41% dei casi, e molto di più nel 32%. Solo undici padri (il 25%) approfittano dei giorni di festa per condividere con la moglie le cure al bambino; uno solo, su quarantaquattro, faceva più della madre.

Vediamo nel dettaglio alcune di queste attività. Anche durante il fine settimana, il 59% delle madri cambiava il bimbo ed il 63% gli faceva il bagno. Bisogna aggiungere però che un terzo dei padri lo cambiavano, gli facevano il bagno, gli davano da mangiare e si alzavano la notte altrettanto spesso delle loro mogli, e che una minoranza (tra i due ed i cinque padri) svolgeva alcune di queste attività più spesso delle madri.

Come in altre ricerche, il livello di istruzione dei genitori non influenzava questi comportamenti [Richards *et al.* 1977; Entwisle e Doering 1981].

I padri anglosassoni sono forse più cooperanti dei loro omologhi francesi? Quelli considerati nella ricerca di Entwisle e Doering [1981], negli Stati Uniti, avevano aiutato molto la moglie nella prima settimana dopo il rientro a casa, ma l'aiuto era rapidamente svanito già nella settimana successiva; quando i piccoli avevano tre settimane, il 14% dei padri non aveva mai cambiato un pannolino. Nella ricerca di Oakley [1980], quando i neonati avevano 5 settimane, il 20% dei padri aiutava molto, il 29% un po' ed il 52% non faceva nulla. Sette settimane dopo il parto, solo il 17% dei padri considerati da Moss *et al.* [1982] faceva regolarmente il bagno ai loro bimbi; il 21% non l'aveva mai fatto.

È molto? È poco? Il criterio più adeguato per valutare la partecipazione dei padri è forse quello di confrontarla alle aspettative che le madri avevano in proposito.

Alla domanda chiusa «Idealmente, quale dovrebbe essere, secondo lei, la partecipazione del padre?», posta alla fine della gravidanza, ventuno donne (il 48%) risposero che «Nelle ore in cui non lavora fuori casa, il padre dovrebbe occuparsi al massimo del suo bambino»; secondo le altre ventitré (il 52%), invece, «Nelle ore in cui non lavora fuori casa, il padre dovrebbe partecipare o aiutare un po' nelle cure al bambino»; nessuna sottoscrisse all'affermazione «Occuparsi di un bambino è una cosa che spetta alla madre, e non al padre».

Cinque settimane dopo il parto, i mariti delle donne secondo cui il padre dovrebbe occuparsi al massimo del figlio, facevano un po' più degli altri, ma sempre di meno di quel che la futura madre aveva anticipato. Il padre insomma, faceva meno di quel che la madre aveva previsto, quali che fossero state queste previsioni.

La discrepanza tra progetti e realtà colpisce ancora di più se consideriamo le aspettative concrete delle donne. Il 66% delle future madri aveva anticipato che nel fine settimana il padre avrebbe condiviso con loro il compito di cambiare il bimbo, e l'11% che lo avrebbe fatto da solo; la realtà è

invece che madre e padre si dividono questo compito nel 36% dei casi, e che il padre lo fa da solo nel 5%. Per quanto riguarda il bagnetto, otto future madri avevano pensato che lo avrebbero fatto da sole anche nel fine settimana, mentre sono poi in ventotto a farlo.

In gravidanza, solo il 32% delle donne aveva discusso «molto concretamente» della futura divisione dei compiti con il marito; il 27% ne aveva discusso «vagamente», e le altre (il 41%) non ne avevano discusso affatto; ciò indicherebbe che molte di loro o non erano interessate al soggetto, o pensavano che la partecipazione del padre fosse talmente scontata che non valeva la pena di parlarne.

Non mi metterò a provare a convincerlo di fare di più. Se è d'accordo, bene, se no, non c'è problema (Nathalie E.).

Non è necessario discuterne, farà spontaneamente, non è un problema per noi (Colette C.).

Nonostante l'estensione della discrepanza tra aspettative e realtà, solo sei madri (il 14%) dissero, in occasione del secondo questionario, che prima del parto avevano immaginato che il marito avrebbe partecipato di più. Come spiegare questo dato? Alcune donne pensavano che si trattasse di una situazione temporanea, dovuta alle caratteristiche del neonato - il fatto di essere così minuscolo e apparentemente così fragile -, e che il padre se ne sarebbe occupato di più in seguito.

Finché è così piccola, non ha il coraggio di prenderla, di tenerla. Quando starà più dritta, se ne occuperà di più (Lucienne T.).

Altre, di fronte all'evidenza dei fatti, sottoscrissero quel che non avevano accettato in gravidanza, e cioè che i padri non sono «adatti» per alcuni compiti.

Cambiare la bambina, lo fa. L'ha fatto una volta, che ero a fare la spesa. Ma con quelle sue grandi mani, non sa bene come fare.

Domanda: Adesso, le piacerebbe che suo marito partecipasse di più? No, perché, la prende, la coccola, ci gioca, la fa ridere.

Penso che è già bene per un padre. Farle il bagno... un padre. Dice: Ho delle mani così grandi. Non si sente a suo agio. Per cambiarla, farle il bagno, darle da mangiare... ha paura di scottarla. Lui preferisce piuttosto portarla a passeggio, i momenti di relax, di gioco (Julienne I.).

Come Julienne I., anche la grande maggioranza delle altre madri non espresse, in risposta ad una domanda chiusa, il desiderio di una maggior partecipazione, e solo il 27% rispose invece che avrebbe voluto che il marito partecipasse di più.

Questi risultati trovano riscontro nelle conclusioni di un recente lavoro di rassegna sull'argomento: secondo le autrici, benché le madri facciano quasi tutto il lavoro familiare, solo una minoranza (dal 15% al 35%) trova questa situazione ingiusta e vorrebbero che il marito facesse di più [Thompson e Walker 1989].

Come spiegare questi dati? Alcuni autori [Bunker Rohrbangh 1980; LaRossa e Mulligan-LaRossa 1981; vedi anche Thompson e Walker 1989], propongono la seguente spiegazione. Le donne sanno per esperienza che la collaborazione del marito non è affatto gratuita: devono insistere per averla, o dare qualcosa in cambio; devono fornire istruzioni precise, verificare ogni passo dell'attuazione e poi il risultato; questa verifica dev'essere fatta con discrezione, per evitare di ferire i suoi sentimenti; nonostante ciò, alla fine può essere necessario rifare il lavoro. Che il marito partecipi può insomma significare per la donna lavorare di più, ed avere più seccature e preoccupazioni, come si può dedurre dalla citazione seguente.

È molto contento di avere un bambino, questo è sicuro, ma non ha tanta pazienza. Si è alzato di notte, una volta, per dare il biberon, ma preferisco farlo io, o mia mamma, perché... dopo il bambino ha pianto tanto. Sono sicura che ha dato male il biberon, che non ha aspettato il rutino. Ecco, questo mi ha dato sui nervi. Ieri, voleva addormentarlo, ma non ci riusciva. Ha detto: ah, non so come si fa.

Domanda: Le piacerebbe che partecipasse di più?

Beh, dato che vedo come fa, mica tanto (Marguerite W.).

Un'altra ipotesi, quella che viene proposta più spesso, è

che le donne, data la loro identificazione con il ruolo familiare, si sentono minacciate se i mariti penetrano in quello spazio domestico su cui hanno tradizionalmente il controllo. Si tratta di una spiegazione che attribuisce alle madri parte, o tutta la responsabilità dello scarso coinvolgimento dei padri, e che contrasta con i dati della mia ricerca secondo cui, in gravidanza, le donne si aspettavano una divisione più equa del lavoro. Benché questa ipotesi possa corrispondere all'esperienza di alcune, sarebbe opportuno completarla tenendo conto di tutte le altre conoscenze in proposito: se alcune donne non vogliono cedere il controllo che hanno sulla vita familiare, è anche perché non avrebbero in cambio molto di più di una mera parvenza di collaborazione.

3. Il lavoro domestico: aspettative e realtà

L'arrivo di un bambino, e soprattutto del primo, mette completamente sottosopra la vita di una famiglia. Ma sarebbe erroneo pensare che le neo-madri gli consacrino tutto il loro tempo. Cinque settimane dopo il parto, la maggior parte delle intervistate facevano anche quasi tutto il lavoro di casa, come d'altronde avevano fatto alla fine della gravidanza, quando erano in congedo maternità, teoricamente per non affaticarsi troppo prima del parto² (tabella 20).

L'indice di partecipazione al lavoro domestico, utilizzato nella tabella 20, è stato costruito addizionando i valori assegnati ad un certo numero di compiti domestici, scelti tra quelli facilmente definibili e che debbono essere svolti regolarmente, e spesso quotidianamente (cucinare, fare la spesa, il bucato, stirare, pulire e fare ordine), e dividendo poi il risultato per il numero di compiti effettivamente svolti in ogni famiglia.

Anche in questo ambito, la realtà quotidiana era piuttosto diversa dalle aspettative. Alla fine della gravidanza, il 66% delle madri pensava che quando ci fosse stato anche il bambino, il marito avrebbe fatto di più, ed il 34% che avrebbe

² Per una descrizione e discussione del lavoro domestico in gravidanza, e delle contraddizioni insite nella legge di tutela della lavoratrice madre, vedi Romito [1990b].

fatto quanto prima. Cinque settimane dopo il parto, la loro valutazione di quel che il marito faceva, in rapporto a quanto faceva prima, mostra che si erano rese conto che la realtà non corrispondeva alle aspettative. Ma una comparazione più obiettiva del lavoro domestico svolto dal marito prima e dopo il parto (stabilita facendo la differenza tra l'indice di partecipazione prima e dopo) fornisce dei risultati ancora più scoraggianti: solo il 18% dei mariti partecipava più di prima; il 68% faceva quanto prima (e cioè pochino), ed il 14% faceva addirittura di meno (eventualità che le future madri non avevano nemmeno preso in considerazione) (tabella 21). Altre ricerche confermano che la partecipazione dei padri ai lavori domestici diminuisce dopo la nascita del primo figlio [Oakley 1980; Moss *et al.* 1982].

Le donne non erano molto rivendicative neppure rispetto alla divisione del lavoro domestico. Prima del parto, l'83% riteneva che fosse «equa»; l'86% lo pensava anche dopo; solo il 14% sceglieva la risposta: «mio marito dovrebbe fare di più».

4. *Le responsabilità conflittuali delle madri*

Per chiarezza di esposizione ho finora considerato separatamente il lavoro domestico da quello di cure; sono inoltre partita dal punto di vista che il marito partecipa a queste attività, o perlomeno dà un certo aiuto. Ma nella vita di ogni giorno, queste attività si mescolano e si accavallano; il marito, se può fornire del lavoro, può anche causarne.

Alla domanda «Ci sono dei momenti in cui deve occuparsi contemporaneamente del bimbo, di suo marito e del lavoro domestico?», il 43% delle donne rispose di no, aggiungendo spesso sorridendo «mio marito si occupa da solo». Ma il 57% rispose di sì, e diede numerosi esempi delle situazioni in cui questo succedeva.

Sì, a mezzogiorno, devo darle la poppata, preparare da mangiare per mio marito, apparecchiare, fare i lavori. È il momento più duro (Marie-Christine R.).

Sì, quando faccio i miei lavori, mio marito sollecita la mia

attenzione ed il piccolo si mette a piangere. Mio marito, è come un bambino di cinque anni. Mi parla, io devo occuparmi di Philippe, allora lui fa il muso perché non faccio abbastanza attenzione a lui (Marie-Laure L.).

Sì, la cucina, il bambino che urla, il marito che mi vuol parlare, sì, sì. (Ieri) quando dovevo dare il biberon, mio marito voleva assolutamente che guardassi con lui una partita alla televisione, e c'era qualcosa sul fuoco. Evidentemente ho perso quel che dovevo guardare alla tele, e ho spento il fuoco per dar da mangiare al bambino (Marguerite W.).

Sì, durante la prima colazione, mio marito si rifiuta di farla se non gliela preparo e se non mangio con lui! I primi tempi, quando si svegliavano tutti e due verso le sei, mio marito mi faceva il muso, perché mi occupavo della bambina (Andrée V.).

Una risposta negativa a questa domanda non significava d'altronde che la donna non doveva occuparsi del marito; in alcuni casi, ciò significava al contrario che aveva trovato la maniera per far fronte a tutto, senza che le diverse attività entrassero in concorrenza tra loro.

Ho tutto il tempo per mio marito, per i miei lavori. Me la sbrigo. Mi arrangio sempre per fare tutto prima che mio marito arrivi, per essermi occupata del bambino prima dei lavori di casa, mi arrangio sempre per non avere le cose tutte insieme (Marie-Noëlle K.).

Queste madri francesi non rappresentano certo un caso a parte. Secondo una ricerca americana, le donne svolgono in media 3 compiti (domestici o di cura) alla volta (riportato da Thompson e Walker [1989]). Una ricerca canadese conferma inoltre le mie ipotesi quanto al lavoro causato dal coniuge: a condizioni uguali (attività professionale della donna, numero ed età dei figli), la presenza di un uomo in casa aumenta sistematicamente, e di molto (fino a raddoppiarle in certi casi), le ore di lavoro domestico fatte dalle donne [Proulx 1978].

Le citazioni dalle interviste francesi permettono inoltre di cogliere quanto il lavoro delle madri sia complesso, e ricco di dimensioni diverse. L'obiettivo è infatti di creare le condizioni per il benessere materiale e psicologico dei membri

della famiglia: per farlo, bisogna mettere al servizio delle persone a cui si vuole bene un insieme di conoscenze, di competenze, di lavoro manuale e simbolico, ma anche la propria sensibilità, i propri sentimenti, e la propria costante disponibilità [Allan 1985; Cresson 1986 e 1991]. Per queste ragioni, quel che le donne fanno è stato definito come «un lavoro d'amore» (*a labour of love*) [Graham 1983; Vandelaar *et al.* 1985].

Occuparsi di essere umani, ancor più se amati e del tutto dipendenti, induce nelle donne un profondo senso di responsabilità, che si traduce facilmente in ansia e senso di colpa, qualora la donna pensi di non soddisfare al meglio i bisogni altrui.

Domanda: Ci sono dei momenti della giornata in cui si sente particolarmente stanca o tesa?

Sì, l'ora di cena, che spesso coincide con la poppata. Mio marito deve mangiare (Colette C.).

Sì, a fine mattina, so che mio marito sta per arrivare e che il pranzo non sarà come prima (Dominique F.).

Mio marito torna a casa a pranzo: è un gran lavoro, voglio che il pranzo sia simpatico, che non sia una cosa squallida (Marie Laure I.).

Di notte, mio marito sente che mi sveglio per occuparmi del bambino. È per questo che lo vorrei mettere in salotto, così mio marito può riposare meglio di notte. Non mi va che mio marito sia disturbato di notte, lui di giorno lavora, io invece posso recuperare.

Domanda: Può fare un pisolino il pomeriggio?

Ah no, no, mai (Jaqueline II.).

Molte donne sembravano sentirsi responsabili allo stesso modo del benessere materiale e morale del marito e di quello del bimbo di poche settimane. Quando i bisogni del bimbo, del marito e del lavoro domestico (che serve a produrre le condizioni necessarie al benessere degli esseri umani) entravano in conflitto, spettava alla donna far fronte a tutto, pagando personalmente in termini di fatica, di tensione e di sensi di colpa.

Le madri si trovano spesso in questa situazione. In un'al-

tra ricerca, ho studiato delle donne incinte, con una gravidanza ad alto rischio, a cui il medico aveva prescritto di stare a casa, in riposo assoluto [Romito 1990b]. Molte di loro finivano invece per occuparsi del marito, dei bambini e della casa come prima, vivevano con angoscia l'incompatibilità tra il rispondere ai bisogni della famiglia (che implicava svolgere dei lavori domestici faticosi), e la risposta ai bisogni del futuro bambino (che implicava stare a riposo).

Nella stessa vena, altri autori [Graham 1982; Sjölin 1979] hanno mostrato che molte madri devono smettere di allattare, perché ciò interferisce con i bisogni degli altri figli e del marito, sentendosi però in colpa di privare l'ultimo nato del latte materno.

5. Le conseguenze della non collaborazione

Benché la maggior parte delle donne non si lamentasse di come il lavoro era condiviso con il marito, quel che lui faceva – o piuttosto non faceva – le influenzava.

Cinque settimane dopo il parto, si riscontrano infatti numerose associazioni tra una scarsa o nulla partecipazione del padre ed alcuni indicatori della soddisfazione e del benessere delle madri.

Per cominciare, c'era una relazione tra la scarsa partecipazione del padre ed il fatto che la madre esprimesse il desiderio che aiutasse di più. La relazione è statisticamente significativa solo se si considera l'aiuto dato durante il fine settimana: queste donne insomma, lungi dal chiedere al padre di darsi da fare quando rientrava stanco dal lavoro, si aspettavano però che partecipasse i giorni di festa.

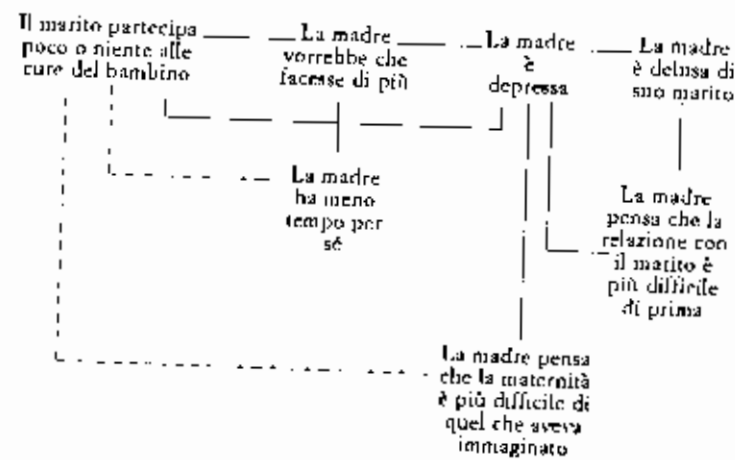
La scarsa partecipazione durante il fine settimana era inoltre associata al fatto che la madre non avesse tempo per sé, e che trovasse la maternità un'esperienza più difficile del previsto (n.s.).

È soprattutto, la scarsa partecipazione del padre era associata alla depressione (tabella 22). Le donne depresse erano inoltre più spesso deluse quanto all'aiuto del marito; esprimevano più spesso il desiderio che partecipasse di più; e

rispondevano più spesso di non aver tempo per sé (tutte queste relazioni sono statisticamente significative con entrambi i criteri di depressione).

Le donne depresse pensavano anche più spesso delle altre che la maternità fosse un'esperienza più difficile del previsto e che la relazione con il marito fosse più difficile di prima (statisticamente significativo con entrambi i criteri).

La figura 1 presenta una sintesi di queste associazioni: se ne può concludere che la scarsa partecipazione del marito rende più difficili sia le condizioni di vita materiali delle madri (maggior lavoro e minor tempo per sé) che quelle psicologiche (delusione rispetto al comportamento del compagno, e all'esperienza della maternità). Non c'è da stupirsi che questo insieme di condizioni sia poi associato alla depressione.



Nota: La linea continua indica un'associazione statisticamente significativa, la linea discontinua un'associazione positiva ma non statisticamente significativa.

FIG. 1. Effetti della scarsa partecipazione del padre alle cure del suo bambino cinque settimane dopo il parto.

La poca collaborazione del marito ai lavori di casa aveva un effetto meno chiaro. Non c'erano differenze tra donne depresse e non depresse in proposito, dato che la grande maggioranza di entrambe svolgeva tutto o quasi il lavoro domestico. Le donne depresse rispondevano però più spesso delle altre che la divisione del lavoro con il marito non era «equa» (statisticamente significativo con entrambi i criteri). È possibile che l'indicatore della partecipazione maschile al lavoro domestico non fosse abbastanza dettagliato per cogliere delle differenze nel comportamento dei mariti che, benché piccole, potevano essere importanti per le donne.

Altri hanno trovato un'associazione tra poca collaborazione da parte del compagno e depressione materna dopo il parto [Payke *et al.* 1980]. I dati di Oakley [1980] suggeriscono che questo comportamento paterno può portare pregiudizio anche al bambino: meno il padre aiuta in casa, meno la madre riporta sentimenti affettuosi per suo figlio. Il tempo che i padri passano con i loro bambini piccoli giocando, e cioè in attività diverse dalle cure, risulta inoltre associato sia al fatto che la madre manifesti apprezzamento per il fatto di occuparsi del bambino che alla presenza di indicatori ottimali del suo sviluppo (Entriswle e Doering 1981; Easterbrooks e Goldberg 1984)].

L'insieme di questi risultati suggerisce che ci sono almeno due motivi per cui la scarsa partecipazione paterna può pregiudicare il benessere delle madri.

Uno è l'aspetto materiale: un neonato può imporre a chi si occupa di lui un ritmo di vita così frenetico che per molte madri l'unica reale possibilità di avere un momento di tregua dipende dal fatto che il padre assuma una parte del lavoro.

L'altro è l'aspetto simbolico, forse preminente. La mancata divisione del lavoro familiare rimanda le donne alla qualità della loro relazione di coppia, al fatto che il marito riconosca o meno il loro lavoro e la loro fatica, che manifesti o meno rispetto per i loro bisogni. Per la madre, inoltre, il bambino è tutto: non solo perché l'amore ed il senso di responsabilità sono immensi, ma anche perché il piccolo occupa, letteralmente, tutta la sua vita. Il rifiuto del padre di occuparsi del figlio finisce così per significare anche il rifiuto di una parte

importante di lei. Socialmente, inoltre, la madre è tenuta responsabile dello sviluppo di un buon rapporto padre-bambino [Clarke-Stewart 1980]: che il padre non manifesti alcun interesse può essere letto, in questo contesto, come una prova che la madre non ha ben assolto al suo compito.

6. *Ma perché le donne si dicono soddisfatte?*

Come abbiamo visto, i mariti delle donne intervistate partecipavano molto poco alle cure del bambino ed al lavoro domestico; la loro partecipazione era nettamente inferiore alle aspettative che le donne avevano espresso in proposito prima del parto. Questo comportamento, inoltre, influenzava negativamente il loro benessere psicologico.

Malgrado ciò, la maggioranza delle madri rispose che la divisione dei compiti era equa, che non si erano aspettate e che non desideravano che il marito facesse di più: sembravano insomma abbastanza soddisfatte della situazione.

Altre ricerche mostrano la stessa tendenza. Le donne intervistate in Gran Bretagna da Julia Brannen e Peter Moss [1987 e 1991] sottoscrivevano in maggioranza all'affermazione che entrambi i genitori dovrebbero occuparsi in egual misura dei bambini piccoli e della casa; in seguito, benché entrambi avessero ripreso un'attività professionale, le madri assumevano quasi tutto il lavoro e le responsabilità, ma solo un terzo esprimeva delle critiche rispetto allo scarso aiuto fornito dal compagno. Anche questi autori si interrogano sui motivi di questo paradosso e dedicano un capitolo a cercare di spiegare il fatto che le donne siano soddisfatte di una situazione iniqua [«Explaining women's satisfaction with inequity»] [Brannen e Moss 1987].

La discrepanza tra l'ingiustizia vissuta dalle donne, e la loro soddisfazione, o per lo meno accettazione, in proposito ha già posto problemi di comprensione e di interpretazione (vedi *infra* il paragrafo: *La divisione dei compiti: aspettative e realtà*), e ne discuteremo ancora nelle pagine seguenti. Le ipotesi che proporrò di seguito rappresentano quindi solo un inizio di spiegazione, parziale e niente affatto, esaustivo.

Ricordiamo innanzitutto l'aspetto metodologico. Come abbiamo già visto, le domande chiuse sollecitano per lo più una risposta «pubblica», e cioè conforme alle aspettative sociali. Visto che la divisione egualitaria dei compiti rappresenta, almeno a parole, il modello nelle giovani coppie, non c'è da stupirsi che così tante donne rispondessero che, anche nel loro caso ed a dispetto dell'evidenza contraria, questa divisione era «equa». I commenti spontanei in proposito erano, infatti, molto meno netti, e lasciavano emergere che le madri non avevano poi una percezione così imprecisa della loro realtà: solo di rado, però, questi commenti erano esplicitamente critici, e le donne tendevano piuttosto a giustificare il comportamento del partner, o a valorizzare il poco che faceva (vedi per esempio Geneviève J., *infra*).

Uno spunto prezioso per leggere questo paradosso è quello proposto da una sociologa inglese, Hilary Graham [1982]. Graham sostiene che una delle caratteristiche più pervasive del ruolo di madre di famiglia consiste nel riuscire a far fronte (*to cope*) in maniera serena, discreta ed efficace alle numerose vicissitudini della vita quotidiana. *To cope* implica avere delle responsabilità verso gli altri, per questo motivo, implica anche la costante possibilità di sentirsi in colpa. Ma per svolgere con successo il compito di madre di famiglia, non basta che una donna sia in grado di far fronte a tutto: deve farlo anche senza farsi troppo notare, con apparente facilità, con il sorriso sulle labbra, e naturalmente senza lamentarsi. «In particolare, più una madre è una brava madre, meno si nota la sua presenza, mentre si muove discretamente per la casa, venendo a capo, tranquillamente, alle esigenze del lavoro domestico, del marito e dei bambini. In altre parole, farcela (*coping*) con successo significa negarsi la parola: la miglior madre si vede, non si sente. *Coping* implica vivere con un basso profilo: implica negare il proprio ruolo e denigrare se stessa. «Non so come ce la fai con tuo marito, la casa, e diciassette bambini». «Oh, no, non è niente, davvero, faccio molto poco» [Graham 1982, 105].

Quel che si deve vedere è insomma il prodotto (per esempio l'appetitoso pranzo domenicale per otto persone), e non il processo di produzione né, ancor meno, i suoi effetti

sul produttore (cioè la cucina in disordine, e la madre sfinita e di cattivo umore perché cucinare le ha preso l'intera giornata, e marito e figli, invece di aiutare, se la sono svignata). Per entrare perfettamente nel ruolo richiesto la donna deve svaloriare quello che ha fatto, e il lavoro e le competenze necessarie per farlo («non è niente, si fa in mezz'ora», ecc.). E d'altronde il lavoro domestico si caratterizza proprio per la sua invisibilità: si nota davvero solo quando non è fatto.

To cope equivale insomma alla cancellazione di sé, ed in questo senso ciò che la società si attende dalle donne, e che rappresenta la loro esperienza quotidiana, si avvicina molto alla depressione.

Le donne sono maestre nello svaloriare sé stesse ed il loro lavoro, come ben mostrano le seguenti citazioni.

Certe volte, mi vergogno di esser giù di morale, di essere stanca, mi dico: *non ho fatto niente tutto il giorno, niente di concreto*. Certe volte è tutto per aria, tutto in giro, mi vergogno. Non ho messo in ordine niente, i miei piatti sono in giro, non li ho lavati (Geneviève J.).

A volte, avrei voluto far di più. Qualche volta la sera mio marito mi diceva: *Non hai fatto niente tutto il giorno*. Certe sere ero scoraggiata, avevo pensato che quando la bambina dormiva avrei potuto fare qualcosa, ma non è possibile (Colette C.).

Domanda: Quando è uscita dalla Maternità, si sentiva riposata?

Sì, ma ho avuto una bella sorpresa dopo... La sera, ero distrutta ed il giorno dopo... Eppure, *non avevo fatto niente, non avevo toccato la casa, niente, mi sono occupata [solo] di mio figlio*. Devo dire che ero andata a fare la spesa, appena sono uscita dall'ospedale. Sono andata a fare la spesa perché... bè, non ero a casa da dodici giorni, e dovevamo pur mangiare. E poi, è stato forse perché ho preso aria, non so. Non ne potevo più, eppure mi sentivo in piena forma quando sono uscita (Sandrine P.).

Sandrine P. svalorizza talmente il lavoro fatto (una grande spesa, più le cure ad un neonato, e forse molte altre cose, il giorno della dimissione dall'ospedale) da attribuire il suo sfinimento... all'aver preso aria! Colette C. lascia che suo marito la rimproveri di «non aver fatto niente»: si è occupata di un neonato, della casa, del giardino, e dei suoceri, che sono anziani e devono essere in parte accuditi (abitano al

piano di sopra, e Colette C. fa la spesa, prepara da mangiare e fa il bucato anche per loro). Geneviève J. si vergogna di sentirsi così stanca nonostante che «non ha fatto niente» tutto il giorno: suo marito non fa nulla, e lei assume da sola il lavoro di casa e le cure al bambino. È dato che non fanno niente (o fanno tutto con facilità) con quali argomenti allora le donne potrebbero esigere una maggior partecipazione dal loro compagno?

L'analisi di interviste svolte in ricerche americane, inglesi e francesi, mostra che le donne utilizzano le stesse strategie cognitive per soprassedere all'evidenza dell'ingiustizia (quel che fa il padre viene sopravvalutato e valorizzato; se non partecipa attivamente, lo fa almeno passivamente; sarebbe pronto a farlo se solo potesse, o qualora gli venisse chiesto; le donne non fanno niente): come se, nonostante le differenze linguistiche, di cultura, e di educazione delle intervistate, gestire in maniera soddisfacente la vita di famiglia richiedesse inevitabilmente l'attivazione di meccanismi molto simili [Backett 1987; Brannen e Moss 1987 e 1991; Cresson 1991]. Geneviève Cresson, per esempio, nel suo studio sull'attività sanitaria profana svolta dalle madri, ha scoperto che l'atteggiamento tipico delle intervistate era di svaloriare tutto il «lavoro di salute» che svolgevano: il fatto che i bambini stessero bene era attribuito alla fortuna, o a delle caratteristiche congenite, e non a quel che loro facevano in proposito (cure materiali ed affettive; tramite con le istituzioni sanitarie; supervisione, controllo ed educazione ecc.); ha inoltre mostrato che quando le madri dicono che «non hanno fatto niente», ciò poteva rimandare ad almeno nove attività diverse nel campo della salute! [Cresson 1991].

Alcuni risultati quantitativi sottolineano questa tendenza: secondo lo studio di Meg Luxton [1980], le donne sottostimano di almeno un'ora e mezza al giorno il solo tempo che passano alla preparazione quotidiana dei pasti.

Per inciso, il comportamento maschile si situa esattamente all'opposto. I risultati di una ricerca sul giardinaggio e le riparazioni in casa [Morgan *et al.* 1962] hanno mostrato che gli uomini tendono a sovrastimare il valore del proprio contributo, e sottostimare quello della moglie; Alain Giami,

studiando l'implicazione familiare dei giovani padri, ha osservato che «L'uomo è sempre capace di valutare quantitativamente e addirittura di sopravvalutare la sua partecipazione. Calcola, ininterrottamente, il tempo che dedica a questi compiti» [Giarni 1984, 41].

L'analisi di Graham ci permette inoltre di capire perché a volte le donne non chiedono ad altre donne (o non accettino da parte loro) l'aiuto di cui pure hanno bisogno. Danièle V. viveva delle grosse difficoltà con l'allattamento al seno: la bambina non succhiava bene, e lei doveva tirarsi il latte e darlo con il biberon. Cinque settimane dopo il parto, era completamente sfinita e troppo resa per riuscire a riaddormentarsi la notte, tra una poppara e l'altra. Dato che il marito era in vacanza, e la madre, con cui aveva un buon rapporto, viveva al piano di sotto, le chiesi perché non andava a dormire qualche volta da lei: il padre avrebbe potuto dare i biberon notturni (lo faceva a volte di giorno), e lei avrebbe potuto recuperare un po'. Mi rispose:

Ah no, no, sarebbe come mancare al mio dovere. Ho fatto il bambino, ne assumo le conseguenze fino in fondo (Danièle V.).

Nella stessa vena, Rosemarie O. raccontò:

Le prime settimane è difficile, si è stanche, un po' depresse. All'inizio, mi sono vista in casa con mia figlia, tutto il giorno, piangeva molto. Ero un po' persa, non avevo il coraggio di chiedere a mia mamma di venire a tenerla, così io uscivo un po'. Mi dicevo: adesso è là, e l'assumi (Rosemarie O.).

La pervasività e l'impatto normativo del modello descritto da Graham [1982] non devono essere sottovalutati: abbiamo visto che il non riuscire a sbrogliarsela (*inability to cope*) con il bambino, la casa, ed il resto, è considerato uno dei sintomi della depressione post-partum.

Così non c'è da stupirsi che le donne si dicano soddisfatte, e appaiano così poco rivendicative rispetto alla divisione dei compiti: lamentarsi o protestare significherebbe rompere le aspettative di ruolo, ed invalidare tutto il valore del lavoro peraltro svolto. Significherebbe dover riconoscere che:

non si è riuscite a farcela: a sbrigare tutto e a far fronte a tutte le difficoltà, ma anche, e soprattutto, a far funzionare la propria coppia secondo quel che è oggi il modello comunemente accettato tra i più giovani: rapporti amichevoli ed armoniosi tra i coniugi, e divisione equa dei compiti e delle responsabilità. Come rileva anche Louise Vandellac [1985], le donne si vergognano e si sentono in colpa se il marito non partecipa al lavoro domestico: per questo motivo, preferiscono non ammetterlo, né di fronte agli altri, né, tantomeno, a sé stesse [Beckett 1987]. In conclusione, è ovvio che l'adesione, più o meno esplicita, a questo modello, scoraggia di fatto le donne dal condividere la loro esperienza con altre e dall'agire per cambiarla.

7. La depressione nel primo mese dopo il parto: conclusioni

Con un piccolo campione come quello studiato, non era possibile svolgere le analisi statistiche necessarie per sviluppare un modello causale di depressione in cui diversi fattori fossero presi simultaneamente in conto. La tabella 23 mostra, più modestamente, le otto configurazioni possibili (A, B, C ecc.) per gli avvenimenti considerati (parto, allattamento, partecipazione del marito e depressione): quando tutto è andato male (configurazione II) è più probabile che le madri siano depresse. Un parto difficile non è associato alla depressione, se il marito è concretamente vicino alla donna nelle settimane successive; al contrario, un parto senza difficoltà anche se associato al successo dell'allattamento non basta a proteggere la donna dalla depressione se il padre non collabora nelle cure al bambino (configurazione D).

Il padre gioca insomma un ruolo cruciale nel benessere psicologico delle madri nelle prime settimane dopo il parto, ruolo che può essere positivo (quando funziona da ammortizzatore di esperienze difficili o deludenti), o negativo (quando contribuisce, con la sua mancanza di interesse e di disponibilità, alla depressione della donna).

TUTTO QUELLO CHE FANNO LE MADRI

1. *Introduzione*

Presenterò in questo capitolo i risultati del terzo e del quarto questionario, riempiti dalle donne quando i loro bambini avevano rispettivamente quattro e nove mesi. Il filo conduttore è il lavoro delle madri. È infatti soprattutto il lavoro che, nelle società industrializzate, definisce l'individuo adulto, e questo resta vero anche nel periodo della nascita del primo figlio: nel campione considerato in questa ricerca, 86% delle donne incinte e 67% delle madri di un bimbo di nove mesi avevano un lavoro pagato; tutte lavoravano gratuitamente a casa loro.

Questa scelta permette di render conto non solo della maggior parte delle attività delle madri, ma anche dell'articolazione tra attività differenti, e, di fatto, di quel che costituiva l'essenziale della loro vita.

2. *Quattro mesi dopo il parto*

Intervistate cinque settimane dopo il parto a proposito dei loro progetti, ventisei donne (59%) risposero che avrebbero ripreso l'attività professionale alla fine del congedo maternità (che in Francia è di dieci settimane in occasione della nascita del primo figlio), eventualmente prolungato da alcune settimane di vacanza. Tre donne (7%) non avevano ancora preso una decisione in proposito, e quindici (34%) risposero che non avrebbero ripreso l'attività. Tre mesi dopo, diciassette donne avevano ripreso, dieci a tempo pieno e sette a tempo parziale. Venticinque erano invece casalinghe

e madri a tempo pieno: nove perché prolungavano ancora il congedo maternità e sedici perché non avevano un'attività professionale (tabella 24).

Il lavoro pagato: aspettative e realtà

Cominciamo considerando le diciassette donne che al momento dell'intervista avevano ripreso l'attività professionale: i risultati quantitativi indicano che le cose erano andate piuttosto bene, addirittura meglio del previsto (tabella 25). Quattordici madri erano «contente di aver ritrovato il lavoro, ed i contatti che questo implica»; dieci si sentivano «sollevate di non esser più a casa tutto il tempo»; ed undici dicevano di essere «più disponibili psicologicamente per il bambino». Il contenuto delle interviste suggerisce che, se erano più contente del previsto di aver ripreso il lavoro, è anche perché essere madri e casalinga a tempo pieno era stato più duro di quel che avevano immaginato.

Quando si è tutto il giorno insieme [con il bimbo], ad un certo punto si ha bisogno di cambiar aria. Tutto il giorno a casa, è duro, è pesante psicologicamente. Così, invece, la sera è una festa! (Julienne I., segretaria, tempo pieno).

Se fossi tutto il giorno con lui, forse dopo un po' mi mancherebbe un contatto esterno. Mi piace vedere gente. Se dovessi stare sempre là... Mi piace fare dei lavoretti, tenermi occupata, ma mi va per un po' di tempo (Caroline D., impiegata, a 75% del tempo).

Io, mi ero sempre detta: Quando avrò un bambino, smetterò di lavorare per occuparmene tutto il tempo. E di fatto ho ben visto che occuparmene tutto il tempo non faceva proprio per me. Mentre nel mio carattere di prima, sarei stata più per restare a casa a occuparmi dei miei figli. Non mi sarei mai immaginata che avrei ripreso a lavorare avendo un bambino, e che lo avrei lasciato a qualcun altro. E poi invece va così bene! Ah sì, d'altronde va molto meglio di quel che avrei creduto. Pensavo che mi avrebbe fatto più male, che sarebbe stato più duro per me non occuparmene. Ma invece, sono contentissima quando la ritrovo [la sera], e mi chiedo come ho potuto fare senza di lei, e poi, di fatto, quando l'ho lasciata la mattina, non ho mica voglia di piangere tutto il

giorno perché la lascio con qualcun altro. E poi, so che si occupano bene di lei (Anne-Marie T., infermiera, a tempo pieno).

So che, anche se non abitassi sul posto di lavoro, l'avrei fatta guardare da qualcuno. Ci sono dei giorni, mi dico: smetterei volentieri, un mese, due mesi. Ma smettere è troppo duro. Ci sono parecchi contatti con i clienti: smettere, non vedere nessuno, sarebbe veramente troppo duro per me (Pauline V., cameriera, a tempo pieno, vive con il marito nell'albergo in cui lavora).

Benché quasi tutte le madri sottoscrivessero all'affermazione «sono triste di separarmi dal bambino», la maggior parte precisarono di non essere preoccupate per lui (tabella 25). Sempre in risposta ad una domanda chiusa, quindici su diciassette dissero di essere del tutto soddisfatte di come il bimbo era accudito. Due donne (un'infermiera che aveva ripreso il lavoro a metà tempo, solo di notte, e Pauline V.), se ne occupavano personalmente assieme con il marito. Otto bambini erano accuditi da una nonna o una zia, e sette da una vicina o da una *nourrice*. (In Francia, le *nourrices* sono donne che accudiscono uno o più bambini altrui a casa loro: spesso sono registrate e controllate dallo stato. Nelle prossime citazioni, tradurrò il termine *nourrice* con «la signora»).

C'era forse un'altra ragione per cui queste madri non erano preoccupate di affidare ad altre il loro bambino: molte venivano da grandi famiglie, ed avevano fatto loro stesse l'esperienza di essere accudite da zie o sorelle più grandi, o di aver accudito fratellini e nipotini. Prima di avere un bambino, il 41% si era già occupata, in più occasioni e da sola, di un neonato; il 39% l'aveva fatto in maniera più occasionale, ma sempre da sola. Per molte di loro, insomma, il fatto che un bimbo piccolo fosse accudito da persone diverse dai genitori, era un'esperienza corrente ed accettata.

Ciò non significa che tutte avessero ripreso il lavoro senza difficoltà; solo una comunque riportò di aver ricevuto delle critiche in proposito.

I miei genitori mi hanno detto: Ah, ricominci a lavorare, lasci Michèle a una signora, povera Michèle! Non è questo che mi ha impedito di andare a lavorare! Adesso sono di corsa, ma sono sicura che sono più contenta di prima (Anne-Marie T., infermiera, a tempo pieno).

È interessante paragonare questi risultati con quelli delle ricerche inglesi. Le madri intervistate nei due paesi esprimono dei sentimenti abbastanza simili quanto al fatto di sentirsi «incastrate» a casa [Oakley 1980]: ma mentre il lavoro delle donne con bambini molto piccoli è accettato socialmente in Francia, in Gran Bretagna non lo è affatto. I due paesi hanno sviluppato in proposito politiche sociali molto diverse. In Francia (come in Italia, del resto), tutte le salariate hanno il diritto di riprendere il lavoro dopo il congedo maternità, mentre in Gran Bretagna le condizioni per ottenere questo diritto sono così restrittive che solo la metà delle lavoratrici riesce ad esercitarlo [Saurel-Cubizolles e Garcia 1983; Daniel 1980; Romito e Saurel-Cubizolles 1988]. In Francia, il 20% dei bambini sotto i tre anni ed il 95% di quelli tra i tre ed i sei trova posto in un asilo finanziato dallo stato; in Gran Bretagna queste proporzioni sono rispettivamente del 2% e del 40%. (In Italia sono, rispettivamente, del 5% e dell'85%) [Moss 1990].

In Gran Bretagna la questione è stata pesantemente influenzata dalle teorie dello psichiatra John Bowlby: sulla base del suo lavoro negli orfanotrofi, egli sostenne che se le madri non dedicavano al bambino «un'attenzione costante, giorno e notte, sette giorni alla settimana, e 365 giorni all'anno» [Bowlby 1965, 77], quest'ultimo ne avrebbe sofferto psicologicamente. Winnicott, pediatra e psicanalista, rincarò la dose: non bastava che la madre fosse costantemente disponibile per soddisfare ogni bisogno del bimbo, doveva anche trovare in questo grande gioia e soddisfazione, altrimenti «tutta la procedura è morta, inutile e meccanica» [Winnicott 1962, 27]. Ann Oakley descrive le applicazioni pratiche di queste teorie nei termini seguenti: «Una buona madre resta a casa durante i primi tre, e di preferenza i primi cinque, e idealmente i primi undici o dodici anni di vita di suo figlio, e gli offre un confortevole contesto fisico e psicologico per il suo sviluppo» ([Oakley 1980, 129]; per una discussione, vedi anche Zambrana *et al.* [1979] e Brannen e Moss [1991]).

Non c'è discordanza tra questa ideologia ed i sentimenti della maggior parte delle donne: in un'inchiesta inglese, la grande maggioranza delle intervistate rispose che se una

donna ha figli piccoli (meno di cinque anni) deve restare a casa per accudirli, anche se ha bisogno di guadagnare [Martin e Roberts 1984]. In Gran Bretagna, le donne che riprendono un lavoro pagato nei mesi che seguono la nascita di un bimbo sono una minoranza: nella ricerca di Moss *et al.* [1982], sei mesi dopo il parto solo il 14% delle primipare aveva ripreso il lavoro (di cui la metà a tempo parziale); dodici mesi dopo, erano il 29% (di cui la maggioranza a tempo parziale ed alcune a domicilio). In un campione di donne di parità diverse, il 26% avevano ripreso (a tempo pieno o parziale) un anno dopo il parto [Martin 1986]. Dato questo contesto sociale, non c'è allora da stupirsi che le future madri parlino dell'obbligo categorico di restare a casa, né che le rare donne che riprendono un lavoro pagato quando il loro bimbo ha pochi mesi siano spesso sottoposte ad un pesante ostracismo [Brannen 1987].

Mi piaceva così tanto il mio lavoro, quando ho scoperto che ero incinta, le prime settimane ero quasi inorridita. Dovevo rinunciare a tutto ciò.

Domanda: Continuerà a lavorare dopo che è nato il bambino?

No... Voglio dire, penso che è importantissimo che una madre stia a casa i primi tre anni. Non necessariamente cinque, ma i primi tre certamente sì. Così, questo è un sacrificio che devo fare. Devo rinunciare al lavoro. Ed è un sacrificio (futura madre intervistata da Oakley [1980, 198]).

Tra le donne intervistate in Francia, nessuna riportò di sentirsi «obbligata» a compiere il «sacrificio» di interrompere il lavoro: quelle che decidevano di restare a casa lo facevano perché preferivano crescere il loro bambino (e spesso anche perché non erano interessate al loro lavoro), e non perché pensavano che se qualcun altro lo accudiva ci potessero essere delle conseguenze negative sul suo sviluppo psicologico. Una sola madre sembrava toccata dall'ideologia del «bowlbismo», e si espresse nei seguenti termini:

L'altra sera, pensavo che avrei lasciato mia figlia, in gennaio, ho avuto una gran crisi di pianto. Poi altri giorni, non vedo altro che ricominciare a lavorare, perché ho un lavoro appassionante. Nonostante che la lasci a mia suocera, sarà quasi un sacrificio. Leggevo un libro dove parlavano delle carenze affettive del bam-

hino, tutto quel che questo può fare al bambino, immaginavo mia figlia... Dicevano che dopo, più tardi, possono essere... non amare gli altri, perché non hanno ricevuto amore. So che a mia figlia questo non succederà. È amata dai genitori, dai nonni. Ho un'amica, sua figlia sta da una signora, è una bambina veramente equilibrata. Sua mamma torna a casa la sera e si occupa di lei, non è infelice. Ho un'altra amica, si tiene suo figlio tutto il giorno, hanno la stessa età, non si direbbe che il bambino sta con lei, quasi non parla, è meno sveglio dell'altra (Danièle V., tecnica di laboratorio, in congedo maternità).

Per concludere, questi risultati suggeriscono che alcune condizioni legate al contesto sociale (le politiche francesi di sostegno alle madri che lavorano; la cultura locale e la disponibilità di cure alternative e soddisfacenti per i bambini; il fatto che A. fosse una piccola città, in cui ci si spostava rapidamente e facilmente) permettevano alle donne intervistate che riprendevano l'attività professionale di farlo in condizioni abbastanza buone.

Stare a casa con il bambino: luci ed ombre

E le 25 donne che erano, quattro mesi dopo il parto, casalinghe e madri a tempo pieno? In risposta a delle domande chiuse, quasi tutte risposero che era «piacevole» stare a casa ed occuparsi del piccolo; la metà disse che aveva dei momenti per sé, e solo l'8% che «si annoiava e trovava la vita monotona». Più di un terzo ammisero però che «stare tutto il giorno a casa con un bimbo era faticoso», e che si sentivano «sole ed isolate»; il 60% trovava che «c'era molto più lavoro domestico da fare».

Le citazioni seguenti illustrano gli aspetti positivi della loro situazione.

Mi piace. Qualche volta è noioso. Qualche volta ci si sente un po' sole, è vero. Ma un giorno, per esempio, terrà la testa dritta. Ci sono tante cose, tanti cambiamenti. Questo compensa, nell'insieme va bene. Soprattutto i primi anni, si vede un bimbo crescere. Comincia a stare seduta: la tengo sulle ginocchia, la lascio andare. È divertente (Danièle V., tecnica di laboratorio, in congedo).

Un bambino, cambia così rapidamente, ogni giorno impara delle piccole cose, e per me è talmente meraviglioso vederlo progredire, sbocciare, che mi sembra un peccato farlo guardare da qualcun altro e privarsi di questo (Colette C., infermiera, ha interrotto l'attività professionale).

Se lavorassi, non penso che sarebbe così. Sono a casa, non devo correre, sono tranquilla, si vedono i risultati. E poi mi piace occuparmi della mia casa, sono abbastanza casalinga (Marie-Josée E., impiegata di banca, ha interrotto l'attività professionale).

Io non avrei potuto lasciare mia figlia a qualcun altro alla fine del congedo maternità. È troppo corto. Se avessi ripreso a lavorare, si sarebbe dovuto svegliarla presto la mattina, non trovarsi nel proprio letto, deve disturbarli comunque (Valérie G., impiegata, ha interrotto l'attività professionale).

Altre donne, invece, pur apprezzando il fatto di stare con il bambino e di seguire da vicino il suo sviluppo, sentivano il peso di alcune caratteristiche della situazione di madre e casalinga a tempo pieno, in particolare l'isolamento e l'impossibilità di svolgere alcune delle loro attività preferite.

Stare a casa: mi piace e non mi piace. Sono contenta di stare a casa, ma ci sono dei giorni che mi piacerebbe lavorare. Tirar su un bambino è una cosa formidabile, ma... (Josephine Y., era impiegata, ha interrotto l'attività professionale per seguire il marito in un'altra città).

Se mi piace stare a casa... Ouf! Per lui, sì, ma per me... Sono comunque proprio sola. Mi cambia completamente dal mio lavoro, non vedo nessuno (Sophie M., telefonista, in congedo).

All'inizio, ero stupitissima del tempo che bisogna dedicare ad un bambino. Adesso mi sono abituata, ma nello stesso tempo lo vivo come un impedimento a fare altre cose. Certe volte ho la tentazione di pagare qualcuno per guardarla una mezza giornata. Poi mi dico che tra qualche mese ricomincerò a lavorare, quindi mi dico: un po' di pazienza. Sapere che tra qualche mese lavorerò mi incoraggia in questo periodo. Mi dico: voglio stare attenta a tutto quel che fa la bambina, perché poi lavorerò. Trovo molto interessante vedere i cambiamenti di comportamento. Se non ci si occupasse del bimbo tutto il tempo... bisogna avere il tempo di osservarlo. E quando mi dico: non posso fare questo, mi dico: tra qualche mese lo farò. Dunque, c'è una compensazione (Sabrina D., insegnante di scuola superiore, in congedo).

Se il discorso delle madri rivelava sentimenti contraddittori, i dati quantitativi indicavano una tendenza più netta. Intervistate sui loro progetti futuri, nessuna delle casalinghe a tempo pieno voleva restarlo a lungo; due erano indecise e la maggioranza voleva riprendere un lavoro quando il bimbo avrebbe avuto due anni; alcune lo stavano già cercando (tabella 26).

È il matrimonio che mi ha fatto lasciare il lavoro, non il bambino. Se fossi restata a casa mia, avrei ripreso il quindici agosto. Voglio ricominciare: per i soldi e per l'equilibrio. Mi sono iscritta al collocamento. Non cerco troppo, ma se mi propongono qualcosa, andrò. Mio marito preferirebbe che restassi a casa. Non è contro che lavoro, ma per lui, il ruolo di una madre è vicino ai suoi bambini. Dice: Non è mica quando hanno 18 anni che uno se li gode. Ma io, non è tra vent'anni che avrò voglia di lavorare (Joséphine Y.).

Tra le donne che avevano un lavoro pagato, invece, solo tre avrebbero voluto restare a casa, due erano indecise e le altre dodici non volevano interrompere il lavoro (tabella 26).

Vita di famiglia

Contrariamente ad altre ricerche secondo cui la partecipazione dei mariti al lavoro familiare non aumenta se la donna ha anche un lavoro fuori casa (Pleck 1983; vedi Brannen e Moss [1991], per una discussione), i miei risultati mostrano una tendenza contraria: quando la donna aveva un'attività professionale, i padri partecipavano significativamente di più. Attenzione però: su diciassette uomini la cui moglie aveva un lavoro pagato, solo in un caso il lavoro di casa¹ era diviso in parti uguali; nessun uomo faceva più della moglie (tabella 27). Per quanto riguarda le cure al bambino, dividevano equamente i compiti con la madre cinque padri

¹ Quando parlo del lavoro di casa - o di cure - mi riferisco ai pochi compiti considerati nell'indicatore sintetico; la «divisione in parti uguali» si riferisce quindi solo alla divisione dei compiti selezionati. Vedi Vandellac [1985] per un'analisi delle difficoltà di valutare l'entità del lavoro domestico e la sua condivisione tra i coniugi.

durante la settimana, e tredici durante il fine settimana: neppure uno faceva più della madre (tabella 28). Insomma, anche quando lavorava a tempo pieno per un salario, la madre continuava ad assumere il grosso del lavoro familiare.

Il contenuto delle interviste suggerisce inoltre che, anche quando i padri «aiutavano», non assumevano mai la responsabilità del benessere materiale e psicologico del bambino.

Lui, non ha pazienza, quando c'è da cullarla, lo farà per cinque minuti, se dura troppo se ne va, e la lascia urlare. Io la cullo un momento, qualche volta si addormenta e me ne vado; se non si addormenta, a volta la lascio, a volte... dipende dal tipo di pianto, la lascio urlare un momento, cinque minuti, dopo vado a cullarla e si addormenta. Lui, non ha pazienza (Danièle V.).

Sta tutto il tempo a coccolarla, gioca, la tiene in braccio, ma appena comincia a piangere, la sera, eccoci, me la ridà, è la mamma che la mette a letto! Ieri sono andata da mia sorella, gliel'ho lasciata, dopo un quarto d'ora mi ha telefonato. Preferisce che io sia là quando si sveglia. Dice: non si sa mai, se ha fame. Se ne occupa, ma se sono là, va meglio (Julienne I.).

Quando gli do da mangiare, a mezzogiorno, lui gli darebbe già uno schiaffo sulle mani, per fargli smettere i capricci. Per giocare, cambiarlo, divertirsi nel bagno non ci sono problemi. Ma appena il bambino comincia a fare storie... È vero, quando piange gli dà fastidio. Dice: mi dà fastidio, vado a fare un giro. Ecco (Rosemarie O.).

Le medicine alla bambina? Gliel'ho dato io. Sono soprattutto io, perché bisogna ricordarsi veramente. Organizzare le cose per lasciare la bambina a qualcuno? Questo, sono io, devo dire che sono io che prendo le iniziative. Se l'invitano, bisogna trovare qualcuno che venga a tenerla. Anche quando il marito aiuta molto, la prima che si preoccupa sei tu, malgrado tutto quello che si fa per dividere il lavoro. L'anno scorso, quand'ero incinta, mi preoccupavo già di trovare una signora che la tenesse quando avrei cominciato a lavorare (Sabrina D.).

Non si smette mai di pensare: cosa bisogna fare, quando si vuol fare una cosa, bisogna pensare, a prendere questo, prendere quest'altro, vedere a che ora si sveglierà, a pensare, a prevedere... Dal punto di vista materiale, ci dividiamo bene i compiti, ma dal punto di vista dello spirito, ho l'impressione che sono sempre io che penso, che penso a tutto, ci sono solo io che penso (Anne-Marie T.).

I mariti di Sabrina D. e di Anne-Marie T. erano certamente tra i più attivi e collaboranti: la loro citazioni sono interessanti perché mostrano che anche quando il padre «aiutava molto», restava alla madre la responsabilità di quel lavoro di riflessione, organizzazione, discriminazione e supervisione necessario perché tutto vada per il meglio.

Malgrado questa situazione, le donne sembravano soddisfatte: l'83% trovavano «equa» la divisione dei compiti domestici. Avere o no un lavoro pagato non influenzava il loro parere in proposito.

Per quel che riguarda le cure al bambino, invece, solo le casalinghe mostravano una certa insoddisfazione. Il 28% di loro, e nessuna di quelle con un lavoro pagato, disse che, prima del parto, si erano immaginate che il loro compagno avrebbe fatto di più. Il 24% delle prime, e nessuna delle seconde, avrebbero voluto una partecipazione più importante.

Come mai le madri che avevano un lavoro pagato non desideravano più collaborazione? Anne-Marie T., che aveva ripreso da poco, offrì la seguente interpretazione:

Il primo mese (dopo il parto), se non andava troppo bene durante giornata, la sera non ne potevo più. Quando andava così, dicevo a Jean: bene, te ne occupi tu, io esco. Se lei piangeva, non lo sopportavo, ero stufa. Prima di ricominciare a lavorare, chiedevo di più a mio marito di occuparsi di lei, invece adesso mi fa piacere farlo. Mi piace di più. Mi piaceva, ma non è la stessa cosa. Supporto meglio i suoi cambiamenti di umore. Prima, preferivo sbrigarmela rapidamente con lei, per avere più tempo libero (Anne-Marie T.).

Questa citazione suggerisce che una delle condizioni per occuparsi con gioia del proprio bambino è di non farlo tutto il tempo.

Essere casalinga e madre a tempo pieno sembra invece implicare, almeno potenzialmente, una certa conflittualità coniugale: dato che stanno con il bambino tutto il giorno, le madri finiscono per sentirne il peso e per chiedere al padre di fare di più, cosa che quest'ultimo non sembra fare spesso né spontaneamente né volentieri. La vita e le esperienze dei due coniugi diventano più diverse, e più distanti quando la donna resta a casa; l'intimità tra loro rischia di diminuire. In questo campione, viceversa, le donne che avevano un lavoro

pagato, soprattutto se a tempo pieno, pensavano più spesso delle casalinghe che la loro relazione di coppia fosse diventata più intima dopo la nascita del bambino.

Lavoro e salute mentale delle madri

Quattro mesi dopo il parto, cinque donne erano depresse secondo il criterio ristretto di Pitt, e dodici secondo il criterio allargato (rispettivamente 12% e 19% del campione); ventuno (il 50%) disse di aver vissuto, nei mesi precedenti, dei sentimenti di tristezza, scoraggiamento ed inquietudine. Non c'era una relazione tra il fatto di avere o meno un lavoro pagato al momento dell'intervista e la depressione (secondo Pitt).

I risultati quantitativi danno però, inevitabilmente, un'immagine statica della realtà, e non rendono conto del fatto che l'esperienza ed i sentimenti delle madri mutavano con il cambiare delle loro condizioni di vita: nei commenti di alcune di loro il fatto di aver ripreso il lavoro pagato emergeva infatti come determinante nella risoluzione della depressione.

Domanda. Nell'ultimo mese, le è capitato di piangere, di avere dei momenti di tristezza, di scoraggiamento, d'inquietudine?

Adesso no, il primo mese, sì, è stato il mese più tremendo. C'era il bambino, il marito, bisognava fare tutto. In più, mio marito non mi aiutava tanto con il bambino. In più, faceva freddo, non potevo uscire, vedevo meno gente, questo mi è mancato. Mi fa pena mia mamma, avere tre figli e non lavorare fuori casa: tutta la giornata a casa, nessun contatto, dev'esser stato duro. Io non potrei. Già solo un mese, mi pareva che era già troppo lungo. È vero, tutto il tempo, tutto il tempo, tutto il tempo averlo [il bambino] con sé, alla fine... Io ero un po' stufa. Adesso no, son tutta contenta di stare con lui (Sandrine P., fisioterapista, lavora a Ginevra ed ha ripreso un mese dopo il parto).

Ah sì, i primi due mesi, fino al momento che ho ricominciato a lavorare. A casa si regredisce. E poi è meglio per il bambino se la madre fa anche qualcosa d'altro. Sono più disponibile psicologicamente per la mia bambina, più disponibile per mio marito. Il lavoro aiuta a star bene con sé stesse (Hélène A., infermiera).

Alla fine del mio congedo maternità, avevo voglia di ricomin-

ciare a lavorare, di vedere gente. Non ne potevo più di stare là, stare tra i biberon, i pannolini, dovevo parlare con qualcuno, non potevo più sopportare di stare rinchiusa. Faceva un tempo schifoso quand'ero in congedo maternità, avevo delle piccole crisi di nervi! Ero arrivata al limite. Un mese prima che il congedo finisse, [il mio ginecologo] mi aveva detto: Ricominci a lavorare! Ho cercato di portar pazienza, poi ho resistito bene o male fino alla data, e poi da quando ho ripreso il mio lavoro, tutto finito. In gran forma. All'inizio andava bene, ma il secondo mese di congedo, non potevo più resistere, non mi interessava più niente, piangevo, ero scoraggiata. Non vedevo nessuno, era quel che mi mancava, non ne potevo più. Tutto questo è finito appena ho ricominciato a lavorare (Émilie S., impiegata).

Per altre madri, invece, la ripresa del lavoro pagato aveva rappresentato l'interruzione brutale di un periodo felice: alla domanda sui sentimenti di depressione, risposero nel modo seguente:

Si, vedevo tutto nero. Ho ricominciato a lavorare, non vedevo più la bambina, e si sono aggiunti pure alcuni problemi materiali (Annie G., impiegata).

Si, ero in ansia di ricominciare a lavorare. Il mio capo è aggressivo con me, preferisce la ragazza che mi ha sostituita durante il congedo maternità. Le ha proposto una promozione, a lei! Mentre io sono là da tre anni. Le ha detto: spero che lei non farà figli (Jaqueline H., commessa).

I profili professionali di queste due donne erano molto simili, e diversi da quelli delle altre. Entrambe avevano ripreso il lavoro pagato esclusivamente per motivi economici e avrebbero voluto smettere, e crescere loro stesse i loro bambini. Entrambe non erano contente delle cure che questi ricevevano: Jaqueline H. riteneva che la signora che lo teneva non gli dedicasse abbastanza tempo; Annie G. sapeva che la figlia era accudita benissimo da sua madre, ma sia lei che il marito erano gelosi della relazione che si era stabilita tra nonna e bambina. Almeno in questo momento della loro vita, avere un lavoro pagato non aveva nessuna attrattiva per queste due madri, che lo vivevano quasi come una violenza.

L'insieme di questi risultati suggerisce insomma che l'attività professionale può avere un ruolo cruciale, ma del tutto

contraddittorio, sul benessere psicologico delle madri di bambini piccoli. I risultati di una ricerca svolta a Trieste, intervistando per telefono centoottantasei madri, il cui primo bambino aveva in media quindici mesi, mostrano una tendenza simile (Romito 1992). Più del 60% delle donne rispose che, dopo la nascita, si erano sentite giù di morale e depresse. La risposta era aperta, e non si prestava ad un'analisi quantitativa: numerose donne attribuirono comunque la depressione al fatto di non lavorare («mi sento sola, ero abituata a star sempre fuori casa, sul lavoro», «dopo la nascita è un po' dura stare a casa»), mentre per altre era legata al fatto di aver ripreso il lavoro («sì, non volevo ritornare a lavorare», «sì, nei primi mesi, quando ho ricominciato a lavorare»).

Nella ricerca di Brannen e Moss [1991], in Inghilterra, le madri furono intervistate quando il bambino aveva quattro, undici, diciotto e trentasei mesi. Neppure dai loro dati emerse una relazione tra l'aver ripreso o meno il lavoro pagato ed indicatori quali il malessere psicologico, la stima di sé e problemi di salute; in occasione della seconda intervista, le donne che lavoravano anche fuori casa erano però più stanche delle altre. Più determinante era invece la congruenza tra i desideri delle donne e quel che facevano: erano più depresse (secondo il GHQ, Goldberg *et al.* [1970]) le madri che non facevano quello che avrebbero desiderato fare, e cioè che avevano un lavoro pagato mentre avrebbero preferito restare a casa, o che erano casalinghe mentre avrebbero preferito lavorare anche fuori. Per quanto riguarda le donne con un'attività professionale, facevano più spesso quel che desideravano fare quelle che avevano un lavoro qualificato, che amavano il loro lavoro ed il cui compagno rappresentava un sostegno valido, sia dal punto psicologico (era d'accordo con la loro scelta professionale) che pratico (collaborava al lavoro domestico).

Anche i risultati di numerosi lavori nord-americani rivisti da Hofferth [1989] sottolineano che fattori cruciali nel determinare il benessere psicologico della madre, e indirettamente quello del bambino, sono: la soddisfazione che le viene dalla sua attività professionale; la congruenza tra i suoi

desideri e quello che fa (le madri più depresse sembrano comunque essere quelle che stanno a casa ma preferirebbero lavorare); il sostegno e la collaborazione del coniuge. Ricordiamo in particolare i risultati di Kessler e McRae [1982] secondo cui un lavoro pagato ha un effetto positivo sulla salute mentale delle donne solo quando il marito partecipa alle cure dei bambini, e quelli di Ross e Mirowski [1988]: tra le donne sposate con un'attività professionale, il benessere psicologico non era influenzato dalla presenza di figli piccoli, ma dalla facilità o meno di trovare qualcuno che li accudisse bene, e dal livello di partecipazione del marito. Le donne che lavoravano e non avevano figli, e quelle che lavoravano, avevano figli, ed il cui marito collaborava erano le meno depresse. Le più depresse erano invece le casalinghe con bambini, e soprattutto le «lavoratrici» che avevano bambini, non erano soddisfatte di come venivano accuditi, ed il cui marito non partecipava affatto.

Dato questo insieme di conoscenze, è lecito esprimere delle preoccupazioni per il benessere e la salute mentale delle madri italiane. Alla fine degli anni '80, tra le donne che avevano un bambino di meno di dieci anni, più del 40% avevano un lavoro pagato, quasi sempre a tempo pieno [Moss 1990]. Solo il 5% dei bambini di meno di tre anni erano accuditi in asili pubblici; mancano informazioni sui servizi per custodire bambini più grandi al di fuori dell'orario scolastico [Moss 1990]. La divisione dei compiti familiari appare del tutto iniqua: quando entrambi i genitori hanno un impiego, le madri lavorano in casa, secondo il numero dei figli, dalle 31,7 alle 34,5 ore per settimana di media; i padri fanno, rispettivamente, dalle 6,6 alle 6 ore [Istat 1985]; il 35% dei padri di bimbi piccoli (tre-sei anni), si occupa di loro per non più di un'ora al giorno, ed il 94% dedica lo stesso misero tempo ai lavori di casa [Censis 1990]. Assieme agli spagnoli, gli uomini italiani sono in fondo alla classifica dei paesi della Cee per quanto riguarda la divisione dei compiti domestici [citato da «Donne d'Europa»].

Per ritornare alla relazione tra lavoro e salute, non c'era invece nessuna associazione tra divisione dei compiti familiari tra i coniugi e depressione delle donne, che la donna

avesse un'attività professionale o meno. Le donne depresse esprimevano però, significativamente più spesso delle altre, della delusione in proposito: trovavano che il marito faceva meno lavoro domestico di prima; che accudiva al bambino meno di quel che avevano immaginato; e desiderano, più spesso delle altre, che facesse di più.

3. Il mito dell'organizzazione

Domanda. Nell'ultimo mese, le è capitato di piangere, di avere dei momenti di tristezza, di scoraggiamento, d'inquietudine?

Sì. Certe volte, *non riuscivo ad organizzarmi*. Avevo previsto di fare un sacco di cose, era sera, non avevo fatto proprio niente (Geneviève J., assistente sociale, in congedo maternità).

Pensavo di aver previsto tutto, che avrei potuto fare certe cose la sera, ma non avrei mai creduto di aver così poco tempo per me. Suono il violino da sempre, un'ora tutte le sere, era il mio momento di relax, mi piaceva moltissimo. Impossibile, da tre mesi e mezzo l'avrò fatto forse due volte. Eppure, faccio tutto quel che posso, *mi organizzo*, ma c'è sempre un imprevisto. È difficilissimo trovare un momento libero. Adesso studio l'inglese, lo faccio quando vado al parco, un'ora, quando dorme. Tutto dev'essere calcolato, *devi essere super-organizzata*. Se lo sai, ce la fai (Sahrima D., insegnante di scuola superiore, in congedo maternità).

Insomma le madri si trovavano in difficoltà a fare tutto quel che desideravano, o che avevano previsto di fare, e, tanto per cambiare, attribuivano queste difficoltà ad una incapacità personale: la mancanza di organizzazione.

Ma l'idea che basterebbe trovare una «chiave» per organizzarsi, e far fronte efficacemente alle richieste multiple ed a volte contraddittorie dell'ambiente domestico rappresenta un mito. Questa chiave non esiste, per diversi motivi. Dato che non ci sono degli standard obiettivi, né per il lavoro di casa, né, tanto meno, per le cure agli esseri umani, c'è sempre qualcos'altro da fare. Inoltre il lavoro è distrutto, e quindi da rifare, appena la donna lo ha terminato: il pranzo viene mangiato appena preparato; il pavimento viene sporcato appena lavato; e il bambino rifà la cacca appena è stato cambiato. Un bambino piccolo rappresenta inoltre, per na-

tura, una fonte costante di imprevedibilità: raramente si può sapere con anticipo quando avrà fame o sonno, quando vomiterà o quando gli verrà la febbre.

È quindi impossibile organizzate in maniera soddisfacente un lavoro senza limiti e continuamente da rifare; soprattutto, non si può organizzare l'imprevedibile. Un'altra caratteristica della condizione materna è inoltre quella di essere costantemente disponibile ai bisogni altrui (Meissner 1975; Vandelaac 1985; Cresson 1991). La donna può anche aver pianificato attentamente il suo lavoro, ma dato che figli e marito hanno il diritto di interferire e di esigere la sua attenzione per qualsiasi ragione, il suo piano di lavoro si disferà, e la sua organizzazione andrà in frantumi. Quando le donne dicono di essere «organizzate», è che hanno già fatto tutto un lavoro mentale preliminare: raramente questo lavoro è riconosciuto in quanto tale, però, e le donne attribuiscono la «mancanza di organizzazione» alla loro natura.

Un altro motivo per cui le donne appaiono (ai loro occhi come a quelli altrui) disorganizzate, viene dal fatto che diverse attività si presentano con urgenza allo stesso tempo e devono essere svolte contemporaneamente. In Italia, l'immagine della donna di casa che mescola la minestra, tenendo in braccio un bambino e facendo attenzione al marito che sta concionando di politica è stata resa con straordinaria efficacia dal disegnatore Altan: all'immagine manca però ogni riferimento al lavoro mentale (pianificazione delle attività del giorno dopo, lista della spesa, o delle telefonate urgenti, ecc.), che le donne fanno di solito in quei momenti. Gli uomini invece, quando sono alle prese con i lavori di casa, appaiono molto organizzati: ma come rileva Louise Vandelaac (1985), questo avviene perché non si curano affatto di tutte le variabili di cui le donne tengono invece conto. Quando il marito prepara la cena, prende tutto il tempo che gli serve per fare le cose per bene: ma poi la cucina è un disastro, e comunque si mangia alle nove, quando i bambini avrebbero dovuto essere a letto già da un pezzo. Oppure, la sera che mamma è fuori, papà mette a letto i bambini, ma non raccoglie vestiti e giocattoli, e non si ricorda che, per avere della biancheria pulita il giorno dopo, si sarebbe dovuta fare una lavatrice la sera stessa.

Le casalinghe a tempo pieno sembrano, più delle altre, intrappolate nel mito dell'organizzazione: dato che «non lavorano», sia loro stesse che gli altri credono che abbiano il tempo per fare tutto. Ma proprio perché sono a casa tutto il tempo, sia il lavoro da produrre che gli standards di produzione aumentano, mentre la partecipazione del marito diminuisce. L'assenza di limiti temporali fissi e previsibili, come gli orari del lavoro pagato, diluisce e dilata i compiti da svolgere, e rende la pianificazione più difficile. Paradossalmente, mentre le casalinghe sono spesso diventate tali per gestire meglio la vita domestica, il fatto stesso di stare a casa tutto il tempo sembra erodere quella capacità di fare il lavoro di organizzazione, che le donne con un'attività professionale devono costantemente perfezionare.

Ho tutta la giornata per me, e poi... ecco. Prima, al lavoro, c'erano degli orari definiti. Forse per questo, mi è più difficile organizzarmi. Ho l'impressione di avere molto tempo a disposizione, allora mi lascio vivere, e mi organizzo meno. Sono così di carattere. Ci sono delle persone, per esempio mio marito, lui riesce ad organizzarsi, a farsi un piano di lavoro, benissimo. Io sono sempre stata un po' disordinata. È un mio diletto (Geneviève J., assistente sociale, in congedo maternità).

E viceversa:

Per i lavori di casa, adesso che lavoro ce la faccio meglio, mentre quando non lavoravo... Mi organizzo meglio, lascio da parte tante cose, e mio marito mi ha regalato la lava-piatti! (Emilie S., impiegata, lavora a tempo pieno).

Lidia Menapace (1990) ricorda giustamente come le donne, storicamente responsabili del lavoro familiare, abbiano sviluppato una straordinaria capacità di gestione della complessità, e dell'imprevedibilità, diventando così a pieno titolo docenti della «scienza della vita quotidiana». Si tratta di competenze che, pur sviluppatesi in una situazione di oppressione, sono preziose, e dovrebbero essere valorizzate e utilizzate anche in altri campi. Finché questo non avviene, è lecito comunque domandarsi a quale prezzo e con quale usura della loro salute fisica e mentale le donne paghino l'acquisizione e la pratica di queste competenze.

4. Nove mesi dopo il parto

Quando il loro bambino aveva nove mesi, quasi due terzi delle donne intervistate avevano ripreso l'attività professionale, la metà di loro a tempo pieno; una su tre era invece casalinga (tabella 24). Questi dati corrispondono alla tendenza generale in Francia negli stessi anni [Desplanques 1987].

Alcune delle differenze tra casalinghe e donne professionalmente attive, che apparivano già quattro mesi dopo il parto, persistevano ed a volte si accentuavano cinque mesi dopo. Le madri erano più soddisfatte del loro status professionale quando avevano un lavoro pagato (72% di soddisfatte) che quando stavano a casa (40% di soddisfatte); le casalinghe avrebbero voluto cambiare la loro condizione più spesso di quanto non lo volessero le altre (tabella 29).

Il fatto che la donna avesse un'attività professionale stimolava una maggiore partecipazione dell'uomo ai compiti domestici. Precisiamo subito, però, che le donne facevano molto più lavoro domestico dei loro mariti, che lavorassero anche fuori casa o meno.

Per quanto riguarda i compiti domestici, le differenze tra i due gruppi erano limitate. I mariti delle donne professionalmente attive aiutavano più spesso degli altri, ma solo tre su ventinque dividevano equamente il lavoro, e nessuno ne faceva più della moglie; la metà delle donne che lavoravano anche fuori casa e quasi tutte le casalinghe a tempo pieno assumevano, da sole, tutto il lavoro domestico.

Gli uomini erano un po' più attivi riguardo le cure al bambino, soprattutto se la moglie lavorava anche fuori. Durante la settimana, in un quarto delle coppie in cui la madre aveva un lavoro a tempo parziale, e nella metà di quelle in cui lavorava a tempo pieno c'era una divisione equa dei compiti²; durante il fine settimana, i mariti delle casalinghe partecipano un po' di più e la differenza tra i gruppi si riduceva.

Il 75% delle donne si disse soddisfatta della divisione dei compiti domestici. Le casalinghe erano più numerose a pen-

² Equa secondo i criteri utilizzati nella ricerca, naturalmente.

sare che la divisione non fosse «equa»: tra loro, il tasso di insoddisfatte passò dal 20% (cinque donne su ventinque) quando il bimbo aveva quattro mesi al 40% (sei su quindici) quando ne aveva nove. Tra le donne con un lavoro pagato, invece, il tasso di insoddisfatte restò stabile (dal 12% al 16%).

Il 22% delle madri rispose (sempre ad una domanda chiusa) di aver immaginato che il padre si sarebbe occupato di più del bambino. Il 18% disse che avrebbe voluto che se ne occupasse di più; ed il 28% scelse la risposta più sfumata «vorrei, ma non è possibile (perché è molto occupato, non ha tempo ecc.)». In quest'ambito, e considerando le donne globalmente, non c'erano molte differenze con le risposte date quattro mesi dopo il parto. In entrambi i casi, furono le casalinghe a manifestare maggior scontentezza; bisogna sottolineare però che, nove mesi dopo il parto, il maggior incremento di deluse si ebbe nel gruppo delle «lavoratrici» (tabelle 30 e 31).

In alcuni casi, le differenze tra le donne che avevano un lavoro pagato e quelle che non ce l'avevano si accentuavano con il passare del tempo. Quando il bambino aveva nove mesi, le casalinghe erano due volte più numerose a rispondere che dovevano occuparsi contemporaneamente di marito, bimbo e lavori di casa (68% contro 36%); erano inoltre quattro volte più numerose ad ammettere di essere «disorganizzate» (31% contro 8%), mentre cinque mesi prima non c'era nessuna differenza in proposito (tabelle 32 e 33).

Sembra che le donne che hanno un lavoro pagato imparino, per sopravvivere, a non lasciarsi troppo invadere dalle domande multiple provenienti dall'ambiente domestico, mentre la situazione di quelle che restano a casa non cambia. Fare «solo» il lavoro domestico non permetteva alle donne di sentirsi più organizzate; non c'erano inoltre differenze tra i due gruppi rispetto all'aver tempo per sé, alla fatica, ed alla mancanza di sonno. Nell'insieme, il 65% delle donne aveva poco tempo per sé, o non ne aveva affatto; il 58% si sentiva stanca, ed il 55% non dormiva abbastanza.

Il 33% delle casalinghe e l'8% delle madri con un lavoro pagato rispose che la relazione coniugale era diventata più

difficile dopo la nascita del bambino; inoltre, mentre tutte le donne con un'attività professionale dissero che volevano avere altri figli, la metà delle casalinghe rispose che non ne era sicura.

Nove mesi dopo il parto, cinque donne erano depresse secondo il criterio ristretto del questionario di Pitt: nessuna tra le tredici madri con un lavoro a tempo pieno, una tra le dodici che lavoravano a tempo parziale (8%), e quattro tra le quindici casalinghe (27%) (relazione non significativa). Il lavoro, o la sua assenza, non sono però l'unica chiave di lettura dell'infelicità delle madri in questo momento. Tra le casalinghe depresse, due stavano vivendo un momento particolarmente difficile: i loro mariti avevano una relazione sentimentale con un'altra donna. Nel caso di France L., (l'unica donna depressa per tutta la durata della ricerca) sembrava che la situazione stesse migliorando, e che il marito volesse tornare a casa; Marie-Christine R. aveva invece intrapreso le procedure per il divorzio.

Considerando il gruppo nel suo insieme, erano più spesso depresse le donne che rispondevano di doversi occupare contemporaneamente di bimbo, marito e lavori di casa; che si definivano «disorganizzate»; che trovavano che la relazione con il coniuge era più difficile di prima del parto; e che avevano dei dubbi rispetto al fatto di avere altri figli (relazioni statisticamente significative).

5. *Il lavoro pagato delle madri: una panacea o una beffa?*

Un modo per valutare gli effetti del lavoro pagato è quello di osservare, per contrasto, gli effetti della sua assenza. Quando i loro bambini avevano nove mesi, le casalinghe intervistate in questa ricerca manifestavano un certo disagio; il 60% tra loro avrebbe preferito avere un lavoro pagato. Il loro disagio si era inoltre acuito con il passare dei mesi, così com'era successo alle madri inglesi intervistate da Moss [Moss *et al.* 1982]. In questo campione, la proporzione di casalinghe che aveva espresso dei sentimenti negativi in proposito era passata dal 37% sei mesi dopo la nascita del primo

bambino al 44% un anno dopo. Parallelamente, la proporzione di madri che rimpiangevano il loro lavoro era passata dal 57% al 69%. La classe sociale delle madri non aveva nessuna influenza in proposito. Cinque mesi dopo il parto, il 61% delle donne intervistate da Oakley [1980] che erano a casa rimpiangevano il loro lavoro; ciò era inoltre associato a scarsi sentimenti affettuosi per il proprio bambino.

Anche il risultato abbastanza sorprendente secondo cui le casalinghe esprimono più spesso delle altre dei sentimenti di scarsa competenza nel gestire le attività domestiche è confermato da altre ricerche. Tra le centotrentacinque madri di classe popolare intervistate da Ferree negli Stati Uniti [1976], quelle con un lavoro pagato erano generalmente più soddisfatte delle altre: in entrambe le categorie, la stessa proporzione di madri si definiva come una «cattiva casalinga»; nessuna di quelle con un'attività professionale pensava però di essere incompetente nel suo lavoro. Tra le madri con un'educazione superiore intervistate da Birnbaum [1975], le casalinghe a tempo pieno avevano una minor stima di sé, e si definivano più spesso come inadeguate e incompetenti, anche nel campo delle cure e dell'educazione dei figli. Inoltre, il 52% delle casalinghe contro il 19% delle altre definivano il loro matrimonio come limitativo, e le prime sottolineavano spesso che restare a casa aveva rappresentato un sacrificio fatto per il bene della famiglia. Ricordiamo inoltre i risultati già citati, secondo cui le casalinghe sono più spesso stressate e depresse delle donne che hanno un lavoro pagato.

Che le donne di casa si considerino, più spesso di quelle che lavorano anche fuori, come delle madri e delle casalinghe poco competenti, e che di conseguenza la loro stima di sé sia più bassa, rappresenta un amaro paradosso, ed a volte un fallimento dei loro sogni e progetti. Si tratta comunque di un dato del tutto comprensibile, poiché le loro condizioni di lavoro non sono generalmente tali da incrementare la stima di sé di qualsiasi adulto normale. Il lavoro domestico è gratuito, e svaloriizzato socialmente; le casalinghe non hanno né garanzie d'impiego, né possibilità di mobilità sociale; possono solo raramente imparare ed esercitare competenze nuove; hanno uno scarso controllo sulla loro vita. Benché le donne

che «lavorano» svolgono spesso attività poco interessanti e mal pagate, questo lavoro fornisce comunque una certa autonomia finanziaria; permette di sfuggire all'isolamento domestico, di sviluppare altre relazioni sociali che non siano quelle familiari, e di disporre di fonti supplementari di sostegno sociale [Nathanson 1980].

È un'altra ironia amara che il sacrificio che molte donne fanno restando a casa non approdi poi a un miglior «risultato» per quanto riguarda i bambini. Contrariamente a quanto hanno sostenuto ed ancora sostengono numerosi esperti (pediatri, psichiatri e psicologi), e cioè che sarebbe meglio che le mamme non lavorassero per un salario finché i figli sono piccoli (vedi Brazelton, per esempio [1969 e 1974], e per una rassegna critica, Zambrana *et al.* [1979]) le ricerche degli ultimi quarant'anni non sono riuscite a mostrare che il lavoro pagato delle madri aveva un effetto negativo sullo sviluppo dei loro bambini [Hoffman 1974 e 1989; Clarke-Stewart 1989]. Al contrario, purché le cure alternative siano di buona qualità e presentino una certa continuità (condizioni necessarie anche in famiglia), i ricercatori hanno piuttosto trovato che l'attività professionale materna aveva degli effetti positivi: un miglior sviluppo cognitivo (soprattutto per i bambini di famiglie povere), atteggiamenti meno rigidi per quanto riguarda i ruoli sessuali e, per le bimbe, una più forte motivazione alla riuscita intellettuale e professionale [Hoffman 1974 e 1989; Clarke-Stewart 1989].

Per quanto riguarda in particolare i bambini molto piccoli e le loro madri, i risultati mostrano scarse differenze nei comportamenti di attaccamento, nella relazione e nella comunicazione tra i due [Clarke-Stewart 1989], e nella soddisfazione che le donne ricavano dalla maternità [Hock 1978]. In quest'ultima ricerca, le madri meno soddisfatte, quelle che consideravano ogni manifestazione di disagio del bambino come un'offesa personale, erano quelle che restavano a casa ma che avrebbero preferito avere un lavoro pagato.

Eppure c'è qualcosa che non quadra in queste conclusioni così favorevoli alle madri che hanno un lavoro fuori casa.

Ricordiamo alcuni fatti. In questo campione, le donne avevano generalmente un'istruzione superiore a quella del

loro compagno: il 59%, contro il 24% dei loro mariti, aveva conseguito il baccalauréat o dei diplomi superiori. Il 43% delle donne, ma solo il 27% degli uomini, faceva parte della categoria professionale dei «quadri».

Cosa significava, in pratica, questa superiorità educativa e professionale per le donne intervistate?

Consideriamo la divisione del lavoro domestico, ricordando un altro fatto: sia prima del parto che cinque settimane, quattro e nove mesi dopo, le donne assumevano la maggior parte di questo lavoro, che avessero un'attività pagata o meno. Le loro risposte alla domanda «considera equa la divisione dei compiti?», contribuiscono a spiegare per quale ragione trovassero questa situazione accettabile.

No! Ma dato che lui fa un lavoro pesante, ed io lavoro a tempo parziale... (Béatrice N., commessa; marito autotrasportatore).

No, ma lui ha un orario più duro, si alza alle cinque e mezza di mattina, torna a casa un'ora più tardi di me... (Marie R., perito tecnico; marito operaio).

I lavori di casa, io ne faccio di più. Lui, ha così tante cose da fare. È equo perché... apparentemente fa meno di me, ma dato che fa tante altre cose... (Geneviève J., assistente sociale; ha lasciato il lavoro per «aiutare» nel negozio del marito).

La divisione è equa. Fa meno che prima che nascesse [la bambina], ma è che sta preparando gli esami. Studia, lo lascio tranquillo (Hélène A., infermiera, dopo il parto lavora a metà tempo in un servizio meno interessante e prestigioso; marito operaio, segue dei corsi di meccanica).

Non so. Dato che mio marito ha un lavoro che lo prende di più, e che torna a casa più tardi... (Marie-Agnès P., segretaria di direzione; il marito è un perito, sta facendo una formazione per subentrare al posto del suocero, titolare di una piccola azienda meccanica).

Insomma, se la donna ha studiato, è stata una brava allieva, ha conquistato dei diplomi, ed ha così ottenuto un lavoro, forse non molto brillante ma sicuro, non troppo faticoso, e comunque dotato di possibilità di promozione, mentre il marito ha studiato di meno ed ha un lavoro manua-

le poco qualificato, sembra proprio che tutto questo debba essere pagato facendo un sovrappiù di lavoro domestico, ed a volte addirittura decidendo di ridurre il tempo di lavoro pagato per fare di più e meglio il lavoro non pagato [Kergoat 1984]. Che le donne si facciano carico di tutto quel che c'è da fare in famiglia permette d'altronde ai mariti di continuare la loro istruzione e di migliorare la loro situazione professionale. Durante la gravidanza, l'11% delle donne intervistate in questa ricerca ed il 25% dei loro mariti erano implicati in un processo di formazione o di miglioramento professionale: in queste coppie, insomma, i mariti stavano rapidamente recuperando l'inferiorità educativa e professionale che esisteva all'inizio con la moglie, e ristabilivano così, di conseguenza, una situazione socialmente più accettabile [Pitrou *et al.* 1984].

Le cose non andavano meglio quando le possibilità dei due coniugi erano inizialmente le stesse. In questo campione, tre donne avevano un diploma universitario; i loro mariti avevano lo stesso diploma, nella stessa disciplina. I tre mariti stavano preparando un dottorato; due su tre lavoravano all'università. Le tre donne erano insegnanti di scuola superiore: due su tre lavoravano, dopo il parto, a tempo parziale; nessuna faceva un dottorato. Anche queste madri trovavano una giustificazione al fatto che il coniuge facesse meno lavoro domestico di loro: è sotto stress, deve finire la tesi, ecc.

Come ha suggerito Agnès Pitrou [Pitrou *et al.* 1984], la mancata divisione del lavoro domestico potrebbe essere una delle ragioni per le quali il matrimonio fa rendere la «dote educativa» degli uomini, mentre porta pregiudizio a quella delle donne. Negli Stati Uniti, per esempio, Benham [1974] ha dimostrato che un alto livello d'istruzione delle mogli serviva piuttosto per migliorare la posizione professionale dei mariti che la loro (vedi anche Haggstrom *et al.* [1986]). I dati francesi vanno nello stesso senso: a capitale d'istruzione uguale, il matrimonio favorisce la mobilità professionale ascendente dei mariti, mentre ha un effetto opposto sulle donne [de Singly 1983]. Annette Langevin [1984, 103] arriva alle stesse conclusioni: «La possibilità di far rendere il capitale educativo dipende dallo statuto matrimoniale. A diploma equivalente, la mobilità professionale ascendente è

più elevata per gli uomini sposati che per le donne sposate; gli sposati occupano più spesso dei celibi delle posizioni medie o superiori, [mentre] le nubili fanno rendere il loro capitale educativo più delle sposate».

Al costo che il matrimonio può rappresentare per le aspirazioni professionali delle donne (nel mio campione, tre avevano lasciato un lavoro che amavano per seguire il marito, trasferito in un'altra città per migliorare la sua situazione professionale) si aggiunge quello della maternità. Quando i loro bambini avevano nove mesi, il 37% delle madri intervistate in questa ricerca non avevano un lavoro pagato: quasi tutte espressero il desiderio di trovarne un altro tra un anno o due, magari a tempo parziale, oppure a domicilio, per esempio come *nourrice*. Tra quelle che avevano ripreso, la metà l'aveva fatto a tempo parziale, situazione che tutte consideravano ideale.

Sto bene al lavoro, e sto bene a casa. È il lavoro a metà tempo che permette di fare le due cose (Béatrice N., commessa).

Sono contentissima, ricomincerò a tempo parziale. È una condizione ideale, mi permette di essere abbastanza soddisfatta perché esco di casa e nello stesso tempo non mi perdo troppo del suo sviluppo (Sabrina D., insegnante di scuola superiore).

Ma smettere di lavorare un anno o due, e lavorare a tempo parziale, rappresentano degli anelli importanti nel processo di dequalificazione professionale delle madri. Il lavoro a tempo parziale è una provincia femminile: in Francia, l'83% di questi lavoratori sono delle lavoratrici; 15% delle donne con un lavoro pagato lavorano a tempo parziale [Kergoat 1982]. Si tratta di un'attività diffusa soprattutto nei gradini più bassi della gerarchia professionale, spesso precaria e non garantita e doppiamente penalizzata: il salario per un metà-tempo è diminuito di più della metà, l'accesso alla formazione ed alla promozione è generalmente sbarrato [Kergoat 1984]. Le analisi francesi più recenti mettono in luce che il tempo parziale è, di fatto, più spesso imposto che richiesto; che permette ai datori di lavoro una grande flessibilità d'impiego; che gli orari raramente corrispondono a

quelli che farebbero comodo alle donne. Il tempo liberato dal lavoro pagato è in genere immediatamente divorato dal moltiplicarsi delle esigenze familiari («dato che lavoro solo a metà tempo...»); il salario diventa del tutto accessorio, e non garantisce alla donna nessuna autonomia finanziaria [Kergoat 1982 e 1984; Nicole-Drancourt 1990]. E, come ricorda Marzio Barbagli [1990, 138]:

Una volta che la capacità di guadagno della moglie sia nettamente minore di quella del marito, tutti i comportamenti successivi dei due coniugi tenderanno a rafforzare questa differenza. Per massimizzare il reddito della famiglia nel suo complesso, converrà loro infatti dare la precedenza alle esigenze di carriera di chi guadagna di più... nel caso in cui per avere una promozione il marito debba andare a lavorare in un'altra città, tutta la famiglia lo seguirà, anche se questo renderà ancora più difficile la situazione professionale della moglie, e ridurrà ulteriormente la sua capacità di guadagno.

Alcuni di questi elementi sono riuniti nel caso di una delle donne intervistate. Geneviève J. era assistente sociale in un ente pubblico, con un contratto a tempo indeterminato: amava il suo lavoro che in più rappresentava per lei, figlia di immigrati nord-africani, una promozione sociale importante. Il marito aveva una scolarità inferiore alla sua; insegnava cucina in una scuola alberghiera, ed aveva un piccolo negozio di prodotti naturali. Dopo la nascita del bambino, il marito aveva insistito perché lasciasse il lavoro, cosa che lei aveva fatto dopo molte esitazioni. Al momento del quarto questionario, «aiutava», a metà tempo, nel negozietto del marito: senza un salario suo, senza nessuna garanzia d'impiego e facendo un lavoro al di sotto alle sue competenze professionali, ma avendo ristabilito, a suo danno, una gerarchia familiare più conforme alle aspettative sociali.

Malgrado sia la cultura che la legislazione di tutela della lavoratrice madre siano differenti in Francia ed in Gran Bretagna, la ricerca di Brannen e Moss [1991] mostra lo svolgersi di un processo molto simile. Tre anni dopo la nascita del loro primo bambino, un quarto delle madri che avevano ripreso un lavoro si trovavano in una situazione di mobilità sociale discendente: in genere si trattava di donne che avevano

lasciato un impiego stabile dopo il congedo maternità, e che in seguito avevano ripreso un lavoro a tempo parziale, spesso precario e dequalificato. Impiegate di banca, per esempio, diventavano cassiere o cameriere a tempo parziale, o finivano per aiutare «in nero» nell'azienda del marito.

I risultati di ricerche svolte su campioni più importanti, o su donne con figli più grandi, confermano queste tendenze. Uno studio francese mostra che la nascita di un figlio, quando è associata ad un'interruzione, anche breve, dell'attività professionale, implica un processo di mobilità professionale discendente, più frequente e marcato tra le donne il cui livello iniziale era già basso [Roux 1969]. Secondo un'altra ricerca [Jabontie-Racapé *et al.* 1977], tra le donne che hanno cominciato come operaie, diventano impiegate quelle che non hanno mai smesso di lavorare; si ritrovano invece spesso donne delle pulizie quelle la cui «carriera» è stata frantumata dalla nascita dei figli. E Rhein [1980] mostra parallelamente che, tra le operaie, quelle che hanno avuto pochi figli o non ne hanno avuto affatto, sono restate operaie, mentre quelle che hanno avuto due o più figli sono diventate donne delle pulizie.

I dati inglesi vanno nello stesso senso. Secondo uno studio nazionale, il 37% delle donne che riprende un'attività professionale dieci o più anni dopo la nascita di un figlio, trova un impiego di livello inferiore a quello che aveva in precedenza [Martin e Roberts 1984]. Heather Joshi [1985] ha tentato una valutazione di quanto costa complessivamente alle madri fare e crescere un bambino. Nel conto bisogna mettere quel che si è perso negli anni in cui la madre è stata a casa, per accudire alla famiglia; il fatto che, anche se poi riprende un'attività professionale, il suo salario sarà inferiore a quello avuto se non avesse mai smesso; ed il fatto che, dopo tutto ciò, la pensione non può essere che minima ([Joshi 1985]; per la Francia, vedi Kergoat [1982]; per gli Stati Uniti, vedi Polachek [1975]).

(Un bambino, è sempre un frazionamento nella vita. È un'interruzione rispetto all'attività professionale, rispetto alla quale non ho dei grandissimi progetti, ma ho voglia che mi dia una certa

soddisfazione, quindi di lavorare regolarmente. Non ho assolutamente l'intenzione di smettere.

Domanda: E perché non ha dei grandissimi progetti per sé?
Sì, no, certo. Ne faccio, diciamo, per esempio se stessi preparando un dottorato, sarebbe difficile finirlo con un bambino (Sabrina D., insegnante di scuola superiore, a metà tempo, appassionata del suo lavoro; il marito prepara un dottorato. Due anni dopo la fine della ricerca, con un secondo bambino, lascerà il lavoro per seguire il marito, universitario, negli Stati Uniti).

Quando una donna dice che è contentissima di lavorare a metà tempo, perché così può avere i benefici di un'attività professionale senza per questo sacrificare la vita di famiglia, viene naturale felicitarsi con lei per la scelta fatta. Quando una donna dice che le va bene fare tutto il lavoro domestico perché suo marito ha un lavoro più (o meno) qualificato del suo, si finisce per trovare questo comportamento commovente, dato che testimonia della presenza di amore e solidarietà all'interno della coppia. Ma quel che ci pare sensato, e commovente ascoltando una donna, diventa inquietante quando ne ascoltiamo molte; quel che ci appare come una buona soluzione a breve termine, lo è molto di meno quando il medio o il lungo termine sono presi in considerazione. I risultati delle ricerche considerate ci mostrano che matrimonio e maternità sono associati alla mobilità professionale discendente delle madri e che la sollecitudine delle donne per il miglioramento personale e sociale del marito non è reciproca: i comportamenti sensati e commoventi ci appaiono quindi come il primo passo in una spirale in discesa ed a senso unico.

A queste considerazioni si potrebbe obiettare che le donne hanno solo raramente delle ambizioni professionali: anche un lavoro poco prestigioso e redditizio, ma che possa essere conciliato con le esigenze familiari, può soddisfarle (vedi per esempio la discussione attorno al «caso Sears», negli Stati Uniti [Milkman 1986]). La risposta a questa osservazione non può essere che indiretta. In tutti i paesi industrializzati, negli ultimi venti anni, anche le donne sposate e le madri premono sul mercato del lavoro: da una parte,

perché ne hanno bisogno finanziariamente; dall'altra perché un'attività professionale fa ormai parte dell'identità della maggior parte di loro [Pitrou *et al.* 1983; Balbo e Siebert-Zahar 1978; Saraceno 1987]. Negli Stati Uniti, la categoria di lavoratori che aumenta più rapidamente sono le madri di bambini piccoli: erano il 20% ad avere un lavoro pagato negli anni '60, sono più del 50% adesso [Clarke-Stewart 1989]. In Francia, la proporzione di donne sposate alla ricerca di un impiego è aumentata del 47% tra il 1975 ed il 1980 [Kergoat 1984]. In Italia, sono state soprattutto le donne coniugate ad incrementare consistentemente la loro presenza sul mercato del lavoro (del 18% nel decennio 77-87 [Meini 1989]).

Insomma le donne possono smettere di lavorare per qualche tempo, o ridurre le ore di lavoro pagato ma, che piaccia loro o meno, la maggior parte avrà, per periodi più o meno lunghi della vita, un'attività professionale. La scelta non è quindi tanto tra l'essere casalinga a tempo pieno o lavoratrice, ma piuttosto tra essere una lavoratrice più o meno qualificata, ben pagata e garantita prima, e una donna anziana più o meno in grado di vivere decentemente poi. È legittimo dubitare che le donne che interrompono l'attività professionale per dedicarsi alla famiglia, vedano fino in fondo tutte le implicazioni di questa scelta. Il mito dell'amore romantico congiura inoltre per occultargliele. Come contabilizzare quello che si fa per amore? Come considerare vivere con l'uomo amato, accudire ai propri bambini, render felice una famiglia, in termini di costi, di perdite economiche? Come anticipare, quando si è giovani, innamorate e contente, di doversi trovare un giorno (perché il marito è malato, disoccupato, morto, o ha divorziato) a fare la domestica a ore, in nero, nelle case altrui? Eppure, è anche perché le donne hanno dedicato le loro migliori energie alla famiglia, che si trovano, da vecchie, ad essere uno dei segmenti più poveri della popolazione. È per questo insieme di motivi che le situazioni «ideali» che le donne finiscono per scegliere si rivelano di fatto come delle trappole in cui, in piena fiducia, stanno per entrare.

6. Il lavoro di relazione

La coppia dopo la nascita di un figlio

Un bambino, è bello, ma è duro. Non si può più essere solo in due, si è in tre. Non si può più fare quel che si vuole (Michèle S., cinque settimane dopo il parto).

Mi piace stare con il bambino, ma la sera mi piacerebbe essere sola con mio marito (Marie-Agnès P., cinque settimane dopo il parto).

Per esempio, ieri siamo andati in centro, eravamo tutti e due. Ci siamo sentiti bene, non avevamo Anne, ci ricordava una volta, ci sentivamo indipendenti, tutti e due, eravamo contenti. Eravamo contenti [poi] di ritrovare nostra figlia, ma ci eravamo sentiti bene. Ci ha fatto piacere. Eravamo liberi, insomma (Danièle V., quattro mesi dopo il parto).

Il fatto di non essere più «solo in due», e di essere sempre in tre, rappresenta la conseguenza più immediata della nascita di un figlio. Altri cambiamenti seguono. Accudire al bambino rappresenta, come abbiamo visto, un'enorme mole di lavoro ed una possibile fonte di conflitto tra i genitori. Il processo di tradizionalizzazione dei ruoli, tipico di questo periodo, tende a spostare l'assetto della coppia nella direzione di una maggior disegualianza tra i due. Non c'è da stupirsi che le madri valutino questi cambiamenti in maniera più negativa di quanto non facciano i padri (vedi *infra*, il capitolo secondo, par. 1: *Le ricerche in sociologia della famiglia*).

Un altro aspetto della vita di coppia che può essere modificato dall'arrivo di un bambino sono le relazioni sessuali. Le madri hanno spesso meno voglia, e per diversi motivi: il dolore causato dall'episiotomia, la fatica, e a volte l'impressione di non essere mai veramente sole con il loro compagno [Oakley 1979; Welburn 1980].

Diciamo che l'episiotomia è... da sempre fastidio, insomma.

Diciamo, non è più come prima. È vero, una volta che si è state tagliate... Ci sono ancora dei problemi quando abbiamo dei rap-

porti, non è al cento per cento. E non è la stessa cosa di prima (Marie-Josée, quattro mesi dopo il parto).

Ci sono delle conseguenze, a livello genitale. Ho avuto questa lacerazione enorme, pensavo che [il dolore] sarebbe passato. All'ospedale mi avevano detto che sarebbe passato dopo un mese, poi dopo due mesi. Adesso ho chiesto al medico quando sarebbe passato. Mi ha detto: Ci vorranno un sei mesi. Per fortuna che nella nostra coppia non è necessario avere dei rapporti con penetrazione. Per fortuna, perché non sarebbe possibile. Non è che sia molto doloroso... giusto quanto basta (Sabrina D., quattro mesi dopo il parto).

Abbiamo meno rapporti sessuali; sono meno disponibile. Forse ancora di più da quando ho ricominciato a lavorare, sono stanca, c'è meno tempo per tirare il fiato, per essere due insieme. Anche quando siamo insieme, non riusciamo tanto ad approfittarne. Quando lei [la bimba] non c'è, ci si pensa comunque... Adesso, mi ci vogliono più condizioni per sentire che mi posso rilassare e che... prima andava. E poi c'è anche il fatto che sono così stanca, che la sera... O penso a lei, a tutto quel che bisogna organizzare, o non penso a niente, talmente stanca sono. La sera, alle nove, vorrei andare a dormire (Anne-Marie T., quattro mesi dopo il parto).

I risultati quantitativi rendono conto dell'estensione del problema. Cinque settimane dopo il parto, undici donne (il 25%) avevano detto che non avevano voglia di riprendere i rapporti; meno della metà (diciannove donne, il 43%) li avevano ripresi; per altre nove (il 20%) il dolore che provavano in questa occasione rappresentava un problema. Quando i bambini avevano quattro mesi, sei donne (il 14%) non avevano ancora ripreso, se non molto occasionalmente, i rapporti sessuali; per cinque donne (12%) i rapporti erano dolorosi; dieci (il 24%) risposero che le relazioni sessuali le interessavano meno di prima. Diciotto (43%) erano disturbate dal fatto che «il bambino limita i momenti che marito e moglie possono passare insieme, o la loro disponibilità reciproca». Nove mesi dopo il parto, i rapporti sessuali erano ancora dolorosi per cinque donne (il 13% del campione).

I risultati di altre ricerche vanno nello stesso senso. Le madri intervistate da Alder e Bancroft [1988], riportavano, tre e sei mesi dopo il parto, di aver meno voglia e di ritirare meno piacere dal sesso di prima, e questo soprattutto se

allattavano. Un anno dopo la nascita del loro primo figlio, il 40% delle coppie intervistate da Moss *et al.* [1986] pensavano che avere un bambino avesse avuto un effetto negativo sulla loro vita sessuale. Tra le centosertantacinque donne intervistate a Trieste quindici mesi dopo il parto, il 21% rispose che, dopo la nascita, avevano provato dolore in occasione dei rapporti sessuali; il 5% ne soffriva ancora al momento dell'intervista [Romito 1992].

Le difficoltà che la nascita di un bimbo può occasionare nella relazione di coppia sono così comuni da rappresentare la regola piuttosto che l'eccezione. Sarebbe quindi illegittimo attribuirle ai limiti personali dell'uno o dell'altro: sono infatti dovute, da una parte, alla presenza del bambino, alle sue caratteristiche intrinseche ed all'eccesso di lavoro che accudirlo rappresenta; dall'altra, all'adesione dei genitori alle aspettative sociali che vogliono che la divisione del lavoro tra madre e padre sia sostanzialmente iniqua.

D'altra parte, si tratta anche di un momento in cui è particolarmente importante per i genitori non essere in conflitto e sentirsi vicini; il bambino è il frutto, la testimonianza del loro amore; e un'atmosfera piena d'amore è necessaria per crescerlo bene. Come gestiscono i genitori questa contraddizione? Alcuni spunti ci vengono dalle risposte alla seguente domanda, posta in occasione del terzo questionario: «Se lei avesse un'amica che aspetta un bambino, che informazioni, che consigli, o che avvertimenti le darebbe riguardo alla relazione con il marito?»

Non bisogna trascurarlo troppo, che non pensi che la nascita del bambino ha cambiato i nostri sentimenti per lui (Claudine B.).

Che dia subito al marito il suo posto vicino al bambino. Che non si lasci accaparrare da suo figlio, che lasci del tempo per suo marito (Lydie D.).

Non trascurarlo (Lucienne T.).

È molto difficile dopo il parto, soprattutto con la depressione. Il marito, si sente trascurato, perché la depressione è lì, comunque (Hélène A.).

Non bisogna neanche... si ha la tendenza ad occuparsi esclusi-

vamente del bambino, certe volte si lascia il marito un po' in disparte. Ci sono dei mariti che, secondo la loro sensibilità, ne soffrono, dipende dai mariti. Nella misura del possibile, bisogna farlo partecipare, fargli fare delle cose, coccolarlo anche (Geneviève J.).

Mio marito ha vissuto malissimo la gravidanza e la nascita di Thomas, mi ci è voluto un anno e mezzo per ricominciare a vivere una vita più o meno normale. Ci vuole una pazienza infinita e una grandissima voglia di tenersi il marito. Le cose non sono per niente semplici con un bambino, ma quando si vuole si può! (France L.).

Non bisogna respingere [sessualmente] il proprio marito. Altrimenti il marito finisce per pensare: ha il bambino, io non conto più. Io la vedo così. Pur avendo male [aveva una lacerazione dal perineo fino all'ano], l'ho fatto. Nessun problema, bisogna passarci sopra. Fa male, ma quando si vuole si può. Non sto a guardare il dolore (Marie-Noëlle K.).

Cerco di essere il più possibile disponibile con lui, come prima, per non creare gelosie. Cerco al massimo di essere molto disponibile. A volte non posso. Se no... per lui, la vita a casa, qui, non è cambiata molto, le cose vanno come prima. Non deve farsi da mangiare, quando vuole mangiare è pronto. Sono disponibile (Marie-Christine R.).

Alla fine della gravidanza, ero esauista. Con mio marito ero orribile, orribile. Gli brontolavo dietro, mentre di solito, se vuol fare qualcosa, anche se non lo fa come l'avrei fatto io, non dico niente. Bisognerebbe essere con il marito come se non si fosse incinte (Sandrine P.).

Bisogna essere come prima della nascita (Nicole A.).

Queste risposte erano state sollecitate da una domanda aperta, alla quale rispose solo la metà delle donne: le altre trovavano di non aver nessun consiglio da dare in proposito. Tra quelle che avevano risposto, una madre disse che «un bambino unisce la coppia» (Danièle V.); una consigliò di avere il marito vicino durante il parto (Marie R.); altre dissero che bisognava «mettere il papà al lavoro da subito» (Sabrina D., Maryse M., Jeannette B.).

Nella maggioranza delle risposte le donne insistevano comunque su due aspetti complementari: uno è che la donna dev'essere disponibile, non deve trascurare il marito, deve

coccolarlo ecc.; l'altro è che dev'essere come prima del parto. Le donne si preoccupavano insomma di non privare il loro compagno dell'attenzione, dell'interesse e dell'amore di cui beneficiava prima dell'arrivo del bambino; dalle loro risposte, è evidente che i bisogni, materiali e psicologici del bambino e del marito erano messi sullo stesso piano. Quest'ultimo sembrava a volte esigere la stessa qualità di attenzione e di cure di un neonato: era quindi necessario darsi da fare per non privarlo di tutto ciò.

Il contenuto delle citazioni mostra però che le donne erano disposte a fare ancora di più per preservare il rapporto di coppia. La nascita del bambino aveva spesso sconvolto il corpo e lo spirito delle madri; aveva portato con sé sia un sentimento d'amore e di responsabilità del tutto nuovi e prepotenti, che limiti e costrizioni importanti: eppure, alcune donne affermarono che tutto ciò non doveva interferire con la relazione con il marito, e che bisognava «essere come prima». Erano insomma d'accordo di sopprimere una parte importante di loro stesse (che si trattasse del dolore in occasione dei rapporti sessuali, della fatica, ma anche del posto che i sentimenti per il bimbo prendevano nel loro spirito), per evitare che ciò perturbasse il benessere del loro compagno e l'armonia coniugale.

Di nuovo, non si può non concludere che la situazione di moglie ha degli aspetti in comune con quella della salariata, che è accettata sul mercato del lavoro purché le sue responsabilità di madre non interferiscano troppo con le responsabilità professionali.

Ma «essere come prima» era impossibile: né il corpo, né i sentimenti, né la posizione sociale delle donne potevano essere gli stessi dopo la nascita di un bambino, e gli sforzi di queste madri erano votati all'insuccesso.

Per finire, quel che queste citazioni suggeriscono, è che la responsabilità di mantenere il più armoniosa possibile la relazione di coppia pesava tutta sulle madri. Non ho intervistato gli uomini, né osservato le interazioni tra i due: probabilmente alcuni padri facevano anche loro degli sforzi e degli accomodamenti per preservare il rapporto. Nulla di quanto le donne dissero, però, suggerisce l'esistenza di una tale reciprocità.

Il termine «lavoro di relazione» è stato inventato per concettualizzare tutte quelle attività, fatte soprattutto dalle donne, che hanno per scopo migliorare le relazioni tra esseri umani: per esempio, smorzando i conflitti tra diverse persone, e creando delle condizioni, materiali e psicologiche, più favorevoli al benessere degli individui e all'interazione tra loro [Finch e Groves 1983; Vandelaar *et al.* 1985; Cresson 1991]. Potrebbe sembrare esagerato, o provocatorio, definire «lavoro» un'interazione dettata soprattutto dall'amore e dal senso di responsabilità verso gli altri. Ma secondo il dizionario, lavoro significa «applicazione di un'energia ad un fine determinato» [Devoto e Oli 1971]: una definizione che si può legittimamente applicare a tutto quello che le donne facevano per mantenere integra la relazione con il marito.

La relazione padre-bambino

«Si diverte con tutti i bambini, ma non si occupa assolutamente di loro» (Sofija Andreevna Tolstoj, *I Diari 1862-1910*, Milano, La Tartaruga 1978). Che favorire le relazioni tra essere umani sia un lavoro, e che la responsabilità ed il carico effettivo di questo lavoro spetti soprattutto alle donne, è evidente anche in un altro campo, quello dello sviluppo della relazione tra padre e bambino. Tutte le ricerche in proposito mostrano che questa relazione si basa molto più sul gioco che sull'assunzione, da parte del padre, di tutti quei compiti necessari alla sopravvivenza ed al benessere di un bimbo. In una ricerca americana, si è mostrato che non solo le madri passavano con i figli molto più tempo dei padri (il doppio del tempo per le salariate, per esempio), ma che solo un decimo di quel che le donne facevano era costituito dal gioco, mentre questa attività rappresentava la metà di quanto fatto dal padre [Robinson 1977]. Berk e Berk (1979) identificarono circa sessanta compiti discreti attinenti alle cure ai bambini: solo il 10% poteva rientrare nella categoria gioco. Combinando questi risultati, LaRossa e Mulligan LaRossa [1981] stimano che i padri consacrino la metà del tempo che dedicano al loro bambino a quel 10% che il gioco

rappresenta nell'insieme delle attività necessarie alla sua sopravvivenza, e concludono sottolineando che ci vuole un'abilità notevole per limitare così strettamente la propria partecipazione.

Le citazioni dalle mie interviste permettono di mettere in evidenza un'ulteriore sfaccettatura di questo fenomeno.

[La bambina] sa che con suo padre vuol dire soprattutto divertirsi, io la cambio, le do il biberon (Pauline V.).

Lui, è soprattutto il gioco. E poi, ogni tanto, le dà da mangiare. Ha dei giocattoli per il bagno, per la prima volta che farà il bagno con lui, perché lui, aspetta solo questo! Quel giorno, ci sarà da ridere. In questo momento, non vuol mangiare con lui, si diverte. Ma quando arrivo io, mangia. E poi, gli fa dei grandi sorrisi, è già un bel po' che va avanti così (Danièle V.).

Lui, con suo figlio, si diverte tutto il tempo. D'altronde [il bimbo] fa delle gran risate solo con il suo papà, perché con me ride ma... Mio marito, sta sempre a farlo ridere. Diciamo, io me ne occupo forse un po' di più. Cerco di occuparmene, perché a mio marito piace molto lavorare in giardino. Gli do da mangiare e tutto il resto. Lui, quando lo vede, è per ridere, scherzare, evidentemente... Io me ne occupo, qualche volta lo cambio e scherzo con lui, ma non ho sempre voglia. Qualche volta faccio relativamente presto, lui è sempre nelle condizioni migliori, lo fa ridere... (Caroline D.).

Per lui è una grande soddisfazione. Infatti vede la piccola solo per un tempo limitato, e durante questo tempo ne ritira solo gioie. Organizzo le cose, che sia tutto bello, tutto rosa... (Marie-Christine R.).

Insomma, perché delle relazioni così gratificanti possano svilupparsi tra padre e bambino, bisogna che qualcun altro - la madre - si sia fatta carico del resto. Il fatto di dover svolgere tutto il resto, priva inoltre la madre, almeno in parte, di quella relazione così distesa e allegra di cui i padri spesso beneficiano. I bambini piccoli tendono a sviluppare delle relazioni privilegiate di attaccamento con gli esseri umani con cui interagiscono, e soprattutto quando l'interazione consiste nel gioco: non c'è da stupirsi che i risultati di una ricerca inglese mostrino che un quarto dei bimbi studiati avevano formato un attaccamento preferenziale con delle

persone (padri o fratellini) che non partecipavano affatto alle loro cure ma che giocavano con loro ([Schaffer e Emerson 1964]; vedi anche Bower [1977]).

Le ricerche in psicologia dello sviluppo hanno mostrato che la madre ha un ruolo cruciale nel favorire l'interesse del padre per il bimbo e lo sviluppo di una buona relazione tra i due ([Clarke-Stewart 1980; vedi Belsky [1981]]). I miei risultati permettono di precisare che questo ruolo di mediazione rappresenta un vero lavoro. Il fatto che le madri lo assumano volentieri, dato che tengono al risultato, non dovrebbe oscurare la natura di quel che fanno.

Etica e amore: degli strumenti di produzione?

Mi piacerebbe che facesse di più (con il bimbo), certo, ma so che non è possibile. Per via dei suoi orari di lavoro, che non corrispondono per niente... per quanto, la sera, lui finisce prima di me, potrebbe andare a prenderlo... No, non ci va, perché, quando ha finito di lavorare, ha sempre qualche lavoretto da fare, da un amico, per lui, indifferente. Allora, fa questi lavoretti (Rosemarie O., quattro mesi dopo il parto).

Avrei voglia di andare a ginnastica, e poi, colmo di sfortuna, lui ha il karaté il lunedì ed il giovedì, a me capiterebbe anche di giovedì. Allora, per guardare il bambino... Insomma, uffa, è seccante, perché è lo stesso giorno, senno... senno potrei... E che, quando si vuol fare un'attività, è questo che è seccante, sono dei giorni fissi. Altrimenti, uno potrebbe fare tutte le attività che vuole, perché può essere un giorno uno, un giorno l'altro, ma la seccatura, è che ci sono gli orari (Marie-Josée E., quattro mesi dopo il parto).

Queste citazioni rappresentano un condensato delle contraddizioni che le donne hanno espresso nel corso della ricerca riguardo alla divisione dei compiti e delle responsabilità con il marito. Da una parte, c'era la percezione che questa divisione non era affatto equa, che a volte non esisteva proprio, e che, nelle negoziazioni familiari, loro finivano spesso per rinnetteri. Dall'altra, c'era l'elaborazione di strategie cognitive raffinate, messe in opera per ricomporre la realtà e, finalmente, per arrivare a negarla.

Abbiamo già cominciato a discutere del perché le donne

patriarcato come un privilegio senza legittimazione. E continua: «Paradossalmente, l'enfasi sull'innamoramento avrà... una funzione di mantenimento della rappresentazione del patriarcato: queste donne si sposano decisamente per amore e legittimano l'asimmetria dei ruoli piuttosto in nome di uno scambio autorità-amore che come definizione di differenze naturali tra i sessi» [*Ibidem*, 199].

E Martin Meissner [1975, 335] commenta più causticamente: «La gioia del lavoro e l'amore romantico sono degli "strumenti di produzione", cioè dei mezzi per impegnare delle risorse umane sia nella produzione "pubblica" di beni e servizi, che in quella "privata", all'interno dell'unità domestica, di servizi per gli uomini... Il male è così grave e così permanente, che non può essere né espresso né riconosciuto senza equivoci a partire dalle testimonianze degli individui stessi: in effetti, la maggioranza degli operai rispondono sempre che sono soddisfatti del loro lavoro, e la maggior parte delle donne sposate continuano a credere che lavano il pavimento per amore del marito».

Solo la presenza dell'amore, per le persone e per le cose, rende la vita sopportabile, e degna di essere vissuta. Così, non si tratta certo di sradicarsi questo sentimento dal cuore, ma piuttosto di trovare gli strumenti per analizzarlo e combattere l'oppressione che le donne subiscono come conseguenza della loro ricerca dell'amore e del loro desiderio di conservarlo.

CONCLUSIONI

Buongiorno! Spero che venerdì sia andato tutto bene come speravo. Non ho potuto liberarmi per venire. Abbiamo traslocato nella casa nuova, ecco il nostro indirizzo.

Qualche notizia della famiglia. Ho smesso di lavorare da otto settimane, perché era diventato impossibile per me e per la famiglia. I nostri bambini hanno ormai cinque e tre anni. Con un bambino si può ancora, ma a partire da due le cose si complicano molto, aggiungiamoci ancora una casa (per la quale abbiamo fatto tutto da soli). Gli inverni in cui i bambini si ammalano tutto il tempo; le vacanze faticose perché qualcuno si è sposato nel nord mentre avevamo prenotato nel sud; gli incidenti del piccolo, Gilbert, che mangia le medicine di sua madre, che si taglia la mano (due operazioni per recuperare il tendine); gli incidenti di macchina (senza gravità se non per la macchina); un lavoro che diventava più che seccante e molto invadente. Conclusione: ho dovuto smettere, per cercare di arrestare il corso di un processo di caduta morale e nervosa.

Ora tutto va molto meglio. Prendiamo il tempo di vivere nella nostra casa (ci diamo tempo fino alla pensione per finirla), con i bambini che hanno una vita più calma da quando sto con loro (non volevano più andare dalla signora, e ogni mattina Caroline piangeva anche quando era da lei). Avevamo programmato le cose un po' troppo ravvicinate, i bambini e la casa.

Adesso mio marito sta mettendo a posto un camper. Andremo in Grecia, in maggio.

Penso spesso al periodo in cui avevamo solo la prima, Caroline. Si stava bene, tranquilli. Poi Gilbert è arrivato. Caroline è stata molto gelosa, ed è stato durissimo conciliare i bisogni del piccolo con quelli di Caroline. Ora giocano bene insieme, la gelosia è quasi scomparsa, ci sono solo dei dispetti. Gilbert non ha lo stesso carattere di sua sorella. Lei era abbastanza elastica, ma lui è molto vendicativo. Finché il secondo bambino non ha avuto tre mesi, pensavo al terzo (lo pensavo io, perché mio marito non era mai stato entusiasta). Dopo, ho ben che cambiato idea, perché trovavo che non avevo abbastanza tempo per tutti e per me. Credo che, a meno che non ci siano incidenti, resteremo una famiglia con due bambini.

Se prima pensavo che era facile conciliare il lavoro ed i bambini, è perché con un bambino piccolo, se è in buona salute, questo è vero. Ma quando ha due anni, e comincia le malattie infantili, e a dire che non vuole più andare da nessuna parte se non con noi, che vuole che siamo noi a portarlo a scuola... Senza contare le assenze per restare con lui in ospedale. È duro. Nessuno mi rimproverava sul lavoro, ma nessuno mi sostituiva, e quando ritornavo tutto il lavoro mi aspettava, per una paga di 5.000 franchi, toglia la signora. Quando abbiamo fatto i conti di quel che si guadagnava e quel che si perdeva come vita di famiglia, abbiamo preferito vivere meno «caro» ma «meglio».

Ci tenevo a scriverle tutto questo, perché i miei sentimenti sono molto cambiati da quando ho riempito i questionari. I bambini sono meravigliosi, ma è comunque duro, anche per la coppia, bisogna tener duro.

Forse lei è in Francia solo per poco, ma se ha tempo venga a trovarci. Il suo lavoro mi ha permesso di riflettere un po' di più sulla situazione delle donne. Ogni caso è diverso, ma molte difficoltà sono comuni, malgrado tutto, e se lei vedesse i bambini come vengono su bene

Forse a presto. Con amicizia Marie R.

La lettera di Marie R. (scritta in risposta al mio invito alla discussione della tesi di dottorato) ci ricorda che la vita dei soggetti continua, anche quando la ricerca è terminata. Sottolinea inoltre quanto studiare «la depressione post-partum» sia un modo del tutto arbitrario, ed a volte inappropriato, di considerare l'esperienza delle madri.

Questa ricerca ha rappresentato per me la miglior dimostrazione di un concetto espresso da Gilli già negli anni '70, e che in quel momento non mi era del tutto chiaro: il tema di una ricerca non si decide ma si scopre, anzi s'impone da solo, nel corso della ricerca stessa. L'obiettivo di questo studio si è spostato dall'analisi della depressione post-partum a quella dell'esperienza delle madri, solo alla fine è diventato evidente che il vero problema non sta nella maternità ma nel rapporto di oppressione che lega tra loro uomini e donne e nel fatto che molte donne accettino questa oppressione o rifiutino di vederla.

Ricordiamo alcuni risultati: più della metà delle intervistate ha vissuto dei momenti di infelicità nel dopo parto; un quarto ha fatto l'esperienza, nell'arco dei primi nove mesi, di quel che gli psichiatri chiamano depressione. Questi senti-

menti non erano associati a degli avvenimenti eccezionali, ma piuttosto ad alcune condizioni che nella nostra società fanno da contesto alla maternità: al modo in cui le istituzioni sanitarie avevano ignorato i bisogni delle madri prima, e soprattutto ad alcune caratteristiche della vita di coppia poi. In particolare: la mancanza di equità nella divisione del lavoro e delle responsabilità familiari, e la mancanza di reciprocità nella cura e nelle preoccupazioni che le donne avevano per i loro compagni; la fatica e l'isolamento delle madri, e la mancanza di tempo e spazio per sé stesse. Queste caratteristiche della vita di famiglia erano a loro volta legate alle condizioni profondamente ingiuste che il mercato del lavoro riserva alle donne in generale, ed alle madri in particolare.

Si tratta di condizioni, ricordiamolo ancora, che rappresentano il modello normativo di maternità e di famiglia. È insomma l'adesione alla norma, e non la devianza da questa, che rischia di rendere le donne infelici. È bene riprendere qui uno spunto discusso nelle prime pagine di questo libro, quando ho criticato la definizione della sofferenza delle madri in termini di patologia psichiatrica. L'alternativa a questo approccio non dev'essere però quella di considerare la depressione «normale»: non c'è niente di normale nel fatto che così tante donne siano infelici quando hanno un figlio. Se la società non rendesse la loro esperienza così difficile, se la maggior parte delle condizioni di contorno non fossero, strutturalmente, sfavorevoli, non ci sarebbero tante donne depresse.

In questo libro ho descritto soprattutto gli aspetti contraddittori e negativi dell'esperienza delle madri, sorvolando sulle gioie della maternità: ma dato che nel discorso comune così come in quello degli esperti solo queste gioie vengono descritte, mi sembrava importante mostrare invece il rovescio della medaglia. Ho inoltre parlato poco dei bambini: che fossero divertenti, attrattivi, adorabili, che le madri li amassero appassionatamente, era evidente anche per me, che non facevo che passare nella loro vita. È anche perché i bambini danno gioia e perché le madri li amano, d'altronde, e non solo perché ci sono delle pressioni sociali in proposito, che le donne continuano a fare figli, ed a occuparsene meglio che

possono. Ne ho parlato poco, perché ho dato per scontato tutto ciò; ma anche perché era evidente che non erano i bambini in sé a rendere depresse le loro madri. Le donne non vivevano l'occuparsi dei loro figli come un peso; quel che finiva per pesare loro, per influenzare negativamente il loro benessere, era di farlo tutto il tempo, spesso in cattive condizioni, di averne l'intera responsabilità, e senza che il lavoro svolto fosse riconosciuto, né dai loro compagni, né dalla società nel suo insieme.

È bene ricordare qui la distinzione tra la maternità come istituzione, ed i sentimenti che le madri provano per i figli. Le reazioni a questi due aspetti possono essere opposte: le donne possono amare appassionatamente i loro bambini, e sentirsi contemporaneamente oppresse dalle costrizioni che la società impone loro. È ovvio che denunciare tali condizioni non implica affatto negare o svaloriare questi sentimenti. Questa distinzione è cruciale per immaginare un futuro di verso, e migliore, per le madri: la prevenzione della depressione non può consistere nella prevenzione della maternità o dei bambini, ma piuttosto in una modificazione radicale delle condizioni sociali che la strutturano.

Ancora oggi, le donne pagano un prezzo altissimo diventando madri: per quanto riguarda la loro integrità fisica, il loro benessere psicologico, e la loro posizione sociale. A misura che l'analisi dei dati e la discussione progredivano, i motivi per cui molte donne accettavano questo prezzo diventavano il problema centrale della ricerca.

Abbiamo visto che l'etica della cura e l'amore possono rappresentare degli strumenti attraverso cui le madri finiscono per accettare tale situazione; è bene ricordare che il problema non risiede in questi sentimenti in sé, ma nella mancanza di reciprocità con cui spesso si esprimono all'interno della coppia. Ed è qui, alla fine del libro, che si arriva a porre la questione principale: Naomi Weisstein ricorda che la pratica dell'amore e dei sentimenti non è stata ancora studiata in maniera appropriata (in Ilite [1987]), e Cornelia Klinger attira l'attenzione sul fatto che il problema del rapporto tra i sessi viene considerato sorpassato proprio quando si è appena cominciato a porlo [1989]. Eppure la questione va affrontata,

e non ci sono scorciatoie: la maggior parte delle donne costruisce la sua vita nel contesto di una relazione eterosessuale; anche quelle che fanno una scelta affettiva diversa, devono affrontare il problema, sia pure in altri contesti.

Per concludere, se le condizioni sociali che definiscono la maternità vanno modificate, non c'è da aspettarsi che la singola donna riesca a farlo, da sola e con il rischio di danneggiare quelli e quelle che le sono più cari. Si tratta di prendere delle misure più generali: per non fare che alcuni esempi, di dare ai bambini un'educazione non sessista, di ridurre il tempo di lavoro per entrambi i genitori, di sviluppare delle strategie perché le madri possano restare sul mercato del lavoro in buone condizioni. Iniziative come queste permetterebbero alle donne di essere madri senza pagare un prezzo esorbitante; permetterebbero inoltre ai padri di conoscere, e quindi di amare meglio, i loro bambini.

Sarebbe comunque restrittivo esigere tali cambiamenti solo in nome delle donne. La situazione d'ingiustizia in cui le madri sono mantenute si traduce in uno spreco delle loro capacità, competenze, risorse, e quindi in un danno per tutta la comunità. Creare delle condizioni in cui donne e uomini possano rispettarsi a vicenda ed esprimere vicendevolmente cura e responsabilità rappresenta un passo inevitabile per andare verso una società più giusta e davvero umana.

APPENDICE

Tab. 1. *Fattori associati alla depressione post-partum*

Fattore	Associazione provata	Nessuna associazione
Baby-blues	Pitt 1968 Kendell <i>et al.</i> 1981 Oakley 1980 ¹ Buesching <i>et al.</i> 1986	
Problemi psichiatrici precedenti	Gordon e Gordon 1960 Todd 1964 Wolkind e Zajicek 1981 Ballinger <i>et al.</i> 1979 Paykel <i>et al.</i> 1980 Watson <i>et al.</i> 1984 O'Hara 1980	Pitt 1968 Dalton 1971 Kumar e Robson 1984
Problemi di salute in gravidanza		Paykel <i>et al.</i> 1980 Pitt 1968 ² Dalton 1971 ³
Complicazioni durante il parto	Oakley 1980	Pitt 1968 Paykel <i>et al.</i> 1980 ² Elliott <i>et al.</i> 1984
Età della madre	Hayworth <i>et al.</i> 1980 ² Paykel <i>et al.</i> 1980 ² Gordon et Gordon 1960 ⁴	Pitt 1968
Ansia in gravidanza	Todd 1964 Dalton 1971 Meares <i>et al.</i> 1976 Hayworth <i>et al.</i> 1980 Watson <i>et al.</i> 1984	Pitt 1968 Kumar e Robson 1984
Parità	Pitt 1968 ² Gordon <i>et al.</i> 1965 ⁵ Todd 1964 ⁴ Kaji <i>et al.</i> 1967 ⁶	Paykel <i>et al.</i> 1980 Hayworth 1980 Watson <i>et al.</i> 1984

segue TAB. 1

Fattore	Associazione provata	Nessuna associazione
Difficoltà nella relazione di coppia	Todd 1964 Ballinger <i>et al.</i> 1979 Paykel <i>et al.</i> 1980 Oakley 1980 Kumar e Robson 1984 Watson <i>et al.</i> 1984 Field <i>et al.</i> 1985 O'Hara <i>et al.</i> 1983 Braverman e Roux 1978 Bookman-Livingood <i>et al.</i> 1983	
Madre non sposata	O'Hara 1980 ¹	Pitt 1968 Hayworth <i>et al.</i> 1980 Paykel <i>et al.</i> 1980
Relazione non buona con la propria madre	Kumar e Robson 1980	Paykel <i>et al.</i> 1980
Gravidanza non pianificata		Paykel <i>et al.</i> 1980 Breen 1975 ² Dalton 1971 Ball 1987
La madre avrebbe voluto interrompere la gravidanza	Kumar e Robson 1984 Field <i>et al.</i> 1985	Pitt 1968 Watson <i>et al.</i> 1984
Interruzioni di gravidanza precedenti		Paykel <i>et al.</i> 1980 Kumar e Robson 1984
Classe sociale		Paykel <i>et al.</i> 1980 Hayworth <i>et al.</i> 1980 Oakley 1980 Watson <i>et al.</i> 1984
Problemi di alloggio	Oakley 1980 Paykel <i>et al.</i> 1980	
Avvenimenti negativi nell'anno precedente; problemi sociali o psicologici	Paykel <i>et al.</i> 1980 Watson <i>et al.</i> 1984 Gordon e Gordon 1960 Grossman <i>et al.</i> 1980 ³	Pitt 1968

Legenda: ¹ Solo con l'umore depresso, non con la depressione post-partum.
² Questi autori riportano una relazione inversa.
³ Più depresse tra le madri giovani.
⁴ Più depresse tra le madri più anziane.
⁵ Più depresse tra le primipare.
⁶ Più depresse tra le multipare.
⁷ Più depresse tra le madri divorziate.
⁸ Questa autrice riporta una relazione inversa.
⁹ La relazione esiste solo per le multipare.

TAB. 2. Schema della ricerca

Anno	Metodologia	Campione	Luogo
1980	2 interviste registrate, un mese prima e un mese dopo il parto, a casa della donna	6 donne (primipare e multipare)	A. (Alta Savoia)
1980	1 intervista, qualche giorno dopo il parto (in ospedale)	10 donne (primipare e multipare)	A.
1982	1 intervista registrata, da 1 a 9 mesi dopo il parto, a casa della donna	10 donne (primipare e multipare)	Ginevra
Trascrizione delle registrazioni; analisi qualitativa; preparazione dei questionari			
1982-1985	Ricerca longitudinale: 4 questionari + registrazioni (3 volte a casa della donna, 1 questionario per posta)	50-42 donne (primipare)	A.
Codifica dei questionari; immissione dei dati nel computer; trascrizione delle registrazioni; analisi quantitative; analisi qualitative			
giugno 1985	Incontro con le donne che avevano partecipato alla ricerca per presentare e discutere i risultati preliminari		

TAB. 3. Istruzione della madre e del padre*

	Madre		Padre	
	N	%	N	%
Istruzione «bassa»: (scolarità obbligatoria, diplomi tecnici inferiori al «baccalureato»)	7	16	6	14
Istruzione «media»: (diplomi tecnici equivalenti al baccalureato - Cap, Bep e baccalureato)	22	50	30	69
Istruzione «alta»: (diploma di infermiera/e o assistente sociale laurea)	12 3	27 7	4 3	10 7
Totale	44	100	43**	100

* Secondo il codice dell'Insee relativo al censimento 1982.

** L'informazione relativa ad un padre manca.

TAB. 4. Professione della madre e del padre*

	Madre		Padre	
	N	%	N	%
Artigiane/i	0		2	4
Professioni superiori (funzionari/e, insegnanti)	3	7	3	7
Professioni intermedie (maestre/i, infermiere/i, prof. tecniche)	16	36	7	16
Impiegat/i (Impiegat/i d'ufficio e nel commercio)	15	34	6	14
Operai/e	1	2	23	52
Professioni di servizio (cameriere/i, inserienti, pulitrici/toni)	3	7	1	2
Casalinghe a tempo pieno **	6	14	0	
Disoccupat/i	0		2	4
Totale	44	100	44	100

* Secondo il codice delle categorie socioprofessionali, sesta edizione, Insee, Imprimerie Nationale, Paris, 1977.

** Prima di essere casalinghe a tempo pieno, quattro donne erano impiegate e due personale di servizio.

TAB. 5. Questionario di depressione di Pitt*

In questo momento:

1. Dorme bene?***
2. Le capita di arrabbiarsi facilmente?
3. È preoccupata per il suo aspetto?
4. Ha buon appetito?
5. È felice come dovrebbe esserlo?
6. Si dimentica facilmente delle cose?

In questo momento:

7. Le relazioni sessuali le interessano come al solito?
8. Tutto rappresenta un grosso sforzo?
9. Sa di avere delle ragioni di vergognarsi?
10. Riesce a rilassarsi facilmente?
11. Sa che il bambino è proprio suo?
12. Ha bisogno che qualcuno stia con lei tutto il tempo?

In questo momento:

13. Le capita di svegliarsi facilmente?
14. In genere, si sente calma?
15. Si sente in buona salute?
16. Il cibo le interessa meno del solito?
17. Piange facilmente?
18. La sua memoria è buona com'era di solito?

In questo momento:

19. Ha meno bisogno di rapporti sessuali che di solito?
20. Ha l'impressione di avere abbastanza energia?
21. È soddisfatta della maniera con cui se la sbriga con quello che ha da fare?
22. È molto preoccupata per il bambino?
23. Si sente diversa da com'è di solito?
24. Ha fiducia in lei stessa?

* Tradotto da Pitt (1968).

** Le risposte possibili sono: Sì, No, Non lo so.

TAB. 6. Condizione psicologica delle madri nelle cinque settimane dopo il parto

Condizione psicologica secondo diversi indicatori	N	%
Baby-blues nella prima settimana dopo il parto, all'ospedale (valutazione soggettiva della donna)	33	75
Sentimenti di tristezza, scoraggiamento, inquietudine, pianto, nelle prime cinque settimane dopo il parto (valutazione soggettiva della donna)	25	57
Depressione nelle prime cinque settimane dopo il parto, questionario di Pitt (criterio allargato) (valutazione oggettiva)	11	25
Depressione nelle prime cinque settimane dopo il parto, questionario di Pitt (criterio ristretto) (valutazione oggettiva)	5	11
Sovrapposizione dei diversi indicatori		
16 madri	hanno solo «sentimenti di tristezza, ecc.»	
9 madri	hanno dei «sentimenti di tristezza, ecc.» ed una depressione (Pitt, criterio allargato)	
3 madri	hanno dei «sentimenti di tristezza, ecc.» ed una depressione (Pitt, criterio ristretto)	
2 madri	hanno una depressione (Pitt, criterio ristretto) senza «sentimenti di tristezza, ecc.»	
27 madri	danno almeno una risposta positiva a uno dei tre indicatori («sentimenti di tristezza, ecc.», Pitt, criterio allargato o ristretto)	

TAB. 7. Condizione psicologica delle madri nei quattro mesi dopo il parto

Condizione psicologica secondo i diversi indicatori	N	%
Sentimenti di tristezza, scoraggiamento, inquietudine	21*	52
Depressione, questionario di Pitt (criterio allargato)	12	29
Depressione, questionario di Pitt (criterio ristretto)	5	12
Sovrapposizione dei diversi indicatori		
13 madri	hanno solo «sentimenti di tristezza, ecc.»	
8 madri	hanno dei «sentimenti di tristezza, ecc.» ed una depressione (Pitt, criterio allargato)	
3 madri	hanno dei «sentimenti di tristezza, ecc.» ed una depressione (Pitt, criterio ristretto)	
4 madri	hanno una depressione (Pitt, criterio allargato) senza «sentimenti di tristezza, ecc.»	
2 madri	hanno una depressione (Pitt, criterio ristretto) senza «sentimenti di tristezza, ecc.»	
27 madri	danno almeno una risposta positiva a uno dei tre indicatori («sentimenti di tristezza, ecc.», Pitt, criterio allargato o ristretto)	

* Mancano due risposte.

TAB. 8. Madri depresse secondo il criterio ristretto di Pitt nei nove mesi successivi alla nascita del bambino

Nome della donna	Depressa 5 sett. dopo il parto (2° quest.)	Depressa 4 mesi dopo il parto (3° quest.)	Depressa 9 mesi dopo il parto (4° quest.)	Depressa nei tre momenti
Hélène A.	SI	No	SI	No
Véronique C.	No	No	SI	No
Lydie D.	SI	SI	*	*
Marie-Laure I.	SI	No	No	No
France L.	SI	SI	SI	SI
Danièle V.	SI	No	No	No
Marie R.	No	SI	No	No
Anne-Marie T.	No	SI	No	No
Colerre C.	No	SI	No	No
Marie-Cristine R.	No	No	SI	No
Lucienne I.	No	No	SI	No

* La risposta manca perché la donna non ha riempito il quarto questionario.

In sintesi: 8 madri sono depresse ad uno dei tre momenti.
2 madri sono depresse a due momenti diversi.
1 sola è depressa nei tre momenti.
11 madri sono depresse ad almeno uno dei 3 momenti.

TAB. 9. Interventi subiti dalle madri durante il parto

	N	%
Parto provocato	3	7
Rottura delle membrane	10	23
Accelerazione	10	23
Cesareo	7	16
Forcipe	3	7
Ventosa	11	25
Episiotomia	20	46
Lacerazione	9	20
Anestesia generale	8	18
Anestesia peridurale	4	9
Rimozione manuale della placenta	4	9
Revisione uterina	2	5

TAB. 10. Il parto: opinioni delle donne prima e dopo aver vissuto l'esperienza

	In gravidanza			Dopo il parto	
	d'accordo %	non d'accordo %	non lo so %	d'accordo %	non d'accordo %
Il parto è un brutto momento da passare per avere un bambino	25	52	23	48	52
Se si è ben preparate, il parto non è necessariamente doloroso	52	37	11	50	50
Quale che sia il dolore, ne vale la pena per avere un bambino	89	4	7	95	5
Durante il parto ci possono essere (ci sono) dei momenti esaltanti	68	7	25	67	33
È contro natura voler evitare il dolore del parto	34	61	5	48	52
Il parto può essere (è) una festa	66	14	20	52	48

TAB. 11. Costruzione dell'indicatore delle difficoltà del parto

Valori attribuiti alle varie difficoltà	
Parto provocato	2
Rottura delle membrane	2
Accelerazione	1
Cesareo	8
Forcipe	6
Ventosa	3
Episiotomia	1
Lacerazione	1
Emorragia	2
Vomito	1
Parto podalico	3
Anestesia generale	5
Anestesia peridurale	5
Rimozione manuale della placenta	2
Revisione uterina	2

	Punteggio relativo alle difficoltà del parto	
	N	%
basso (0-3)	20	46
medio (4-9)	12	27
alto (10-20)	12	27

TAB. 12. Istruzione della madre e discrepanza tra aspettative e realtà a proposito del parto

Istruzione	«Il suo parto è andato più o meno come se l'aspettava?» (domanda aperta)					
	Meglio		Come previsto		Peggio	
	N	%	N	%	N	%
Bassa	1	17	4	66	1	17
Media	3	16	8	42	8	42
Alta	4	31	2	15	7	54
Totale*	8	21	14	37	16	42

p. = 0,025

* Sei madri, ugualmente distribuite nei tre livelli di istruzione, non hanno risposto: il totale è quindi di 38.

TAB. 13. Difficoltà - previste e impreviste - del parto, baby blues e depressione

	Punteggio del parto	Erano depresse 5 settimane dopo il parto					
		Hanno avuto il baby-blues in ospedale		Criterio allargato		Criterio ristretto	
		N	%	N	%	N	%
Basso	20	18	90	6	30	3	15
Medio	12	4	33	2	17	0	0
Alto:							
- difficoltà previste	6	5	83	0	0	0	0
- difficoltà impreviste	6	6	100	3	50	2	33
Totale	44	33	p. = 0,001	11	n.s.	5	n.s.

TAB. 14. L'alimentazione del bambino: quelli che le madri avevano previsto e quello che fecero

	Senno		Biberon		Non sa		Allattamento misto	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quel che le madri avevano previsto in gravidanza	33	75	9	21	2	4	0	0
Quel che fecero dopo il parto								
qualche giorno dopo in ospedale	21	48*	10	23	0	0	13	29**
5 settimane dopo	18	41	21	52	11	0	3	7
4 mesi dopo	7	17	30	71***	0	0	5	12

* In un campione rappresentativo delle partorienti francesi (Rouquette *et al.* 1984) la stessa proporzione di madri allattava in ospedale.

** Alcune madri utilizzavano il tra-latte.

*** Tra le trenta madri che davano il biberon, sedici avrebbero preferito allattare più a lungo.

TAB. 15. Relazione tra la scelta del tipo di alimentazione, successo dell'allattamento e depressione* cinque settimane dopo il parto

	Sono depresse		Non sono depresse	
	N	%	N	%
Allattano senza difficoltà	5	26	14	74
Allattano con difficoltà	2	100	0	
Insuccesso dell'allattamento, danno il biberon	4	33	8	67
Danno il biberon per scelta**	0		11	100
Totale	11		33	

p. = 0,02

* Criterio allargato. Con il criterio ristretto, p. = 0,004.

** Sono incluse le due madri che durante la gravidanza erano incerte, ma propendevano per il biberon.

TAB. 16. Alimentazione del bambino e numero di pasti durante la notte cinque settimane dopo il parto

	Nessun pasto		1 pasto		2 pasti o più	
	N	%	N	%	N	%
Bambini al seno	4	22	8	45	6	33
Bambini al biberon	8	35	14	61	1	4
Totale*	12		22		7	

p. = 0,05

* Le tre madri che praticavano l'allattamento misto sono state escluse dall'analisi.

TAB. 17. Alimentazione del bambino e numero di volte che la madre è uscita senza di lui nelle cinque settimane dopo il parto

	Numero di uscite			
	0-4		5-20	
	N	%	N	%
Bambini allattati al seno	17	94	1	6
Bambini nutriti al biberon	9	40	14	60
Totale*	26		15	

p. = 0,0005

* Le tre madri che praticavano l'allattamento misto sono state escluse dall'analisi.

Tab. 18. Alimentazione del bambino e vita sessuale della madre nelle cinque settimane dopo il parto

	Hanno ripreso le relazioni sessuali			
	Sì, regolarmente		Una o due volte, o mai	
	N	%	N	%
Bambini allattati al seno	4	22	14	78
Bambini nutriti al biberon	13	57	10	43
Totale*	17		24	

p. = 0,02

* Le tre mamme che praticavano l'allattamento misto sono state escluse dall'analisi.

Tab. 19. Divisione delle cure al bambino tra madre e padre quando il bambino ha cinque settimane

la madre fa tutto		la madre fa molto di più il padre aiuta		madre e padre fanno altrettanto		il padre fa molto di più la madre aiuta		il padre fa tutto	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Durante la settimana*									
31	76	10	24	0	0	0	0	0	0
Durante il fine settimana									
18	41	14	32	11	25	1	2	0	0

* Tre padri erano a casa in questo momento (due erano disoccupati ed uno era in vacanza); solo la loro partecipazione durante il fine settimana è stata considerata. Per quanto riguarda le analisi sulla partecipazione durante la settimana il totale è quindi di 41.

Tab. 20. Divisione del lavoro domestico tra madre e padre prima e dopo il parto

la madre fa tutto		la madre fa molto di più il padre aiuta		madre e padre fanno altrettanto		il padre fa molto di più la madre aiuta		il padre fa tutto	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nell'ultimo trimestre di gravidanza									
15	34	24	55	3	7	1	2	1	2
Cinque settimane dopo il parto									
15	34	22	50	3	7	3	7	1	2

Tab. 21. Divisione del lavoro domestico tra madre e padre dopo la nascita: quello che le donne si aspettavano e quello che successe

	Prima della nascita		Cinque settimane dopo la nascita			
	Quel che le donne si aspettavano («dopo la nascita, mio marito farà...»)		Valutazione soggettiva della donna («dopo la nascita, mio marito (...»)»)		Valutazione obbiettiva (differenza tra quel che il marito fa dopo la nascita e quel che faceva prima)	
	N	%	N	%	N	%
Più lavoro domestico di prima	29	66	17	39	8	18
Altrettanto lavoro domestico di prima	15	34	24	54	30	68
Meno lavoro domestico di prima	0	0	3	7	6	14

TAB. 22. Partecipazione del padre alle cure del bambino e depressione della madre (criterio allargato) cinque settimane dopo il parto

la madre fa tutto		la madre fa molto di più il padre aiuta		madre e padre fanno altrettanto		il padre fa molto di più la madre aiuta		il padre fa tutto	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Durante la settimana ⁴									
depresses									
10	100	0	0	0	0	0	0	0	0
non depresses									
21	68	10	32	0	0	0	0	0	0
p. = 0,04									
Durante il fine settimana									
depresses									
8	75	3	27	0	0	0	0	0	0
non depresses									
10	31	11	33	11	33	1	3	0	0
p. = 0,03									

* Tre padri erano a casa in questo momento (due erano disoccupati ed uno era in vacanza) e solo la loro partecipazione durante il fine settimana è stata considerata. Per quanto riguarda le analisi sulla partecipazione durante la settimana il totale è quindi di 41.

La relazione tra scarsa partecipazione del padre e depressione della madre esiste anche con il criterio ristretto, ma non è significativa. Durante la settimana, le 4 madri depresse sono tutte nella categoria «la madre fa tutto». Nel fine settimana, 4 su 5 sono in questa categoria; la quinta si trova nella categoria «la madre fa molto di più».

TAB. 23. Relazione tra un parto difficile, l'insuccesso dell'allattamento, la mancata partecipazione del padre e la depressione cinque settimane dopo il parto

Configurazione	Parto difficile	Insuccesso dell'allattamento	Nessuna partecipazione del padre	ND	D	$\frac{D}{ND+D}$	$\frac{ND+D}{ND+D+D}$
A	0	0	0	16	3	6%	39%
B	1	0	0	2	-	-	4%
C	0	1	0	5	2	29%	16%
D	0	0	1	7	4	36%	23%
E	1	1	0	-	-	-	-
F	0	1	1	2	1	33%	7%
G	1	0	1	-	-	-	-
H	1	1	1	1	3	75%	9%
Totale				33	15	100%	

Legenda:

ND = numero di donne Non Depresse in ogni configurazione
 D = numero di donne Depresse in ogni configurazione
 ND.T = numero totale di donne Non Depresse
 D.T = numero totale di donne Depresse

Parto difficile:

Parto con complicazioni importanti ed inattese = 1
 Tutti gli altri casi = 0

Insuccesso dell'allattamento:

La madre allatta con molta difficoltà o dà il biberon perchè non è riuscita ad allattare = 1
 Tutti gli altri casi = 0

Nessuna partecipazione del padre:

è una sintesi di tre indicatori:
 1. il padre non partecipa alle cure del bambino (il fine settimana la madre fa tutto) = 1
 Tutti gli altri casi = 0
 2. la madre aveva immaginato che il padre avrebbe partecipato di più = 1
 Tutti gli altri casi = 0
 3. il padre non partecipa al lavoro domestico (la madre fa tutto) = 1
 Tutti gli altri casi = 0
 Se almeno due indicatori su tre hanno valore 1, il risultato sarà 1; altrimenti sarà 0.

Depressione:

Criterio allargato.

TAB. 24. Attività professionale delle madri

Durante la gravidanza (N= 44)		Quattro mesi dopo il parto (N= 42)			Nove mesi dopo il parto (N=40)	
Hanno un'attività	Non hanno un'attività	Hanno ripreso l'attività	Sono in congedo	Hanno interrotto	Hanno ripreso l'attività	Hanno interrotto
86%	14%	41%	21%	38%	63%	37%
92%: tempo pieno 8%: tempo parziale		59%: tempo pieno 41%: tempo parziale			52%: tempo pieno 48%: tempo parziale	

TAB. 25. La ripresa dell'attività professionale. Quel che le donne si aspettavano cinque settimane dopo il parto e quel che successe quattro mesi dopo (17 madri che avevano ripreso a lavorare)

	Quel che le madri si aspettavano cinque settimane dopo il parto			Quel che successe quattro mesi dopo il parto	
	Si %	No %	Non so %	Si %	No %
Penso che sarò/sono:					
contenta di aver ritrovato il mio lavoro ed i contatti che questo implica	39	23	18	82	18
sollevata di non esser più tutto il tempo a casa	35	6	59	59	41
triste di separarmi dal bambino	100	0	0	88	12
scontenta perché il mio lavoro non mi piace	12	0	88	6	94
preoccupata per il bambino	41	6	33	12	88
più stanca di prima (quando ero in congedo)	35	30	35	47	53
più disponibile psicologicamente per il mio bambino	29	24	47	61	39

TAB. 26. Paragone tra i desideri delle madri che hanno un'attività professionale e quelli delle madri che ne sono prive quattro mesi dopo la nascita

Madri che hanno un'attività professionale (N= 17)		Madri che non hanno un'attività professionale (N= 16)*	
Le piacerebbe interrompere la sua attività professionale?		Le piacerebbe riprendere un'attività professionale (prima che il bambino abbia due anni)?	
Si	18%	Si	87%
Non lo so	12%	Non lo so	13%
No	70%	No	0

* Le nove donne in congedo maternità non sono state considerate.

TAB. 27. Attività professionale della madre e partecipazione del padre al lavoro domestico quattro mesi dopo la nascita

la madre fa tutto	la madre fa molto di più il padre aiuta	madre e padre fanno altrettanto	il padre fa molto di più la madre aiuta	il padre fa tutto	N		%							
					N	%	N	%						
Madri senza attività professionale														
					15	60	9	36	1	4	0	0	0	0
Lavoro a tempo parziale														
					4	57	2	29	1	14	0	0	0	0
Lavoro a tempo pieno														
					1	10	9	90	0	0	0	0	0	0

p = 0,03

Tab. 28. Attività professionale della madre e partecipazione del padre alle cure del bambino quattro mesi dopo la nascita

Durante la settimana									
la madre fa tutto		la madre fa molto di più il padre aiuta		madre e padre fanno altrettanto		il padre fa molto di più la madre aiuta		il padre fa tutto	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Madri senza attività professionale									
17	68	8	32	0	0	0	0	0	0
Lavoro a tempo parziale									
1	14	4	57	2	29	0	0	0	0
Lavoro a tempo pieno*									
2	22	4	45	3	33	0	0	0	0

p = 0,008

* Una risposta manca

Durante il fine-settimana									
Madri senza attività professionale									
10	40	10	40	5	20	0	0	0	0
Lavoro a tempo parziale									
0	0	4	57	3	43	0	0	0	0
Lavoro a tempo pieno									
2	20	3	30	5	50	0	0	0	0

n.s.

Tab. 29. Situazione professionale e soddisfazione nove mesi dopo la nascita

Madri con un'attività professionale (N = 25)	%
Sono soddisfatte di avere un'attività professionale	72
Vorrebbero smettere, ma non possono per motivi economici	20
Stanno per smettere perché sono insoddisfatte	8
Madri che non hanno un'attività professionale (N = 15)	%
Sono molto soddisfatte di essere a casa	13
Sono abbastanza soddisfatte di essere a casa	27
Prefirebbero avere un lavoro, ma pensano che sia meglio per il bambino se restano a casa	27
Cercano un lavoro, perché non sono soddisfatte di essere a casa	33

Tab. 30. Proporzioni di madri che avevano pensato che il padre avrebbe partecipato di più alle cure del bambino, secondo la loro condizione professionale, quattro e nove mesi dopo la nascita

	quattro mesi dopo la nascita	nove mesi dopo la nascita
	%	%
Madri con un'attività professionale	0	16
Casalinghe	28	33
	p = 0,06	n.s.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

TAB. 31. *Proporzione di madri che vorrebbero che il padre partecipasse di più alle cure del bambino, secondo la loro condizione professionale, quattro e nove mesi dopo la nascita*

	quattro mesi dopo la nascita		nove mesi dopo la nascita	
	Sì %	Sì, ma non è possibile %	Sì %	Sì, ma non è possibile %
Madri con un'attività professionale	0	18	12	21
Casalinghe	25	42	27	40
	p = 0,02		p = 0,02	

TAB. 32. *Proporzione di madri che si devono occupare allo stesso tempo del bambino, del marito e dei lavori di casa, secondo la loro condizione professionale, quattro e nove mesi dopo la nascita*

Risposta positiva alla domanda: «Le capita di doversi occupare allo stesso tempo del bambino, di suo marito e dei lavori di casa?»

	quattro mesi dopo la nascita	nove mesi dopo la nascita
	%	%
Madri con un'attività professionale	59	36
Casalinghe	64	68
	n.s.	p = 0,46

TAB. 33. *Proporzione di madri che dicono di essere «disorganizzate» come madri e casalinghe, secondo la loro condizione professionale, quattro e nove mesi dopo la nascita*

	quattro mesi dopo la nascita	nove mesi dopo la nascita
	%	%
Madri con un'attività professionale	23	8
Casalinghe	32	33
	n.s.	p = 0,04

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abramson, L., Seligman, M. e Teasdale, J.
1978 *Learned helplessness in humans: critique and reformulation*, in «Journal of Abnormal Psychology», 87 (1), pp. 49-74.
- Acker, J., Barry, K. e Esseveld, J.
1983 *Objectivity and truth: problems in doing feminist research*, in «Women's Studies International Forum», 6 (4), pp. 423-435.
- Afonso, D. e Domino, G.
1984 *Postpartum depression: a review*, in «Birth», 11 (4), pp. 231-235.
- Aksisal, H.S. e McKinney, W.T.
1975 *Overview of recent research in depression*, in «Archives of General Psychiatry», 32, pp. 285-305.
- Alder, E. e Bancroft, J.
1983 *Sexual behaviour of lactating women: a preliminary communication*, in «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 1, pp. 47-52.
1988 *The relationship between breast feeding persistence, sexuality and mood in postpartum women*, in «Psychological Medicine», 18, pp. 389-396.
- Alder, E. e Cox, J.
1983 *Breast feeding and post-natal depression*, in «Journal of Psychosomatic Research», 27 (2), pp. 139-144.
- Alder, E., Cook, A., Davidson, D., West, C. e Bancroft, J.
1986 *Hormones, mood and sexuality in lactating women*, in «British Journal of Psychiatry», 148, pp. 74-79.

- Allan, G.
1985 *Family Life*, Oxford, Blackwell.
- American Psychiatric Association
1980 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington D.C. (terza ed.).
- American Psychological Association. Task Force on Sex Bias and Sex Role Stereotyping in Psychotherapeutic Practice
1978 *Guidelines for Therapy with Women*, in «American Psychologist», December, pp. 1122-1123.
- Andreoli, A.
1980 *Les troubles sexuels féminins: une approche psychosomatique*, Basilea, Ciba-Geigy.
- Arangio-Ruiz, G.
1986 *Le donne italiane in cifre*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Arizmendi, T. e Affonso, D.
1984 *Research on psychosocial factors and postpartum depression: a critique*, in «Birth», 11 (4), pp. 237-240.
- Arms, S.
1975 *Immaculate Deception*, New York, Bantam Books.
- Atkinson, A. e Rickel, A.
1984 *Postpartum depression in primiparous parents*, in «Journal of Abnormal Psychology», 93 (1), pp. 115-119.
- Backett, K.
1987 *The negotiation of fatherhood*, in Lewis C. e O'Brien M. (a cura di), *Reassessing Fatherhood*, London, Sage, pp. 74-90.
- Balbo, L. e Siebert Zahar, R.
1979 *Interferenze*, Milano, Feltrinelli.
- Ball, J.
1987 *Reactions to motherhood. The role of post-natal care*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Barbagli, M.
1990 *Provando e riprovando. Matrimonio, famiglia e divorzio in Italia e negli altri paesi occidentali*, Bologna, Il Mulino.
- Barbour, R.
1986 *Being three: fathers on the labour ward*, York, relazione alla Conference of Medical Sociology, 26-28 settembre.
- Bart, P.
1974 *The sociology of depression*, in Ruman T. (a cura di), *Explorations in Psychiatric Sociology*, Philadelphia, Davis Co.
- Baruch, G., Biener, L. e Barnett, R.
1987 *Women and gender in research on work and family stress*, in «American Psychologist», February, pp. 130-136.
- Battagliola, F.
1984 *Employés et employées. Trajectoires professionnelles et familiales*, in AA.VV., *Le sexe du travail*, Presses Universitaires de Grenoble.
- Beck, A.T.
1972 *Depression: Causes and Treatment*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. e Erbaugh, J.
1961 *An inventory for measuring depression*, in «Archives of General Psychiatry», 4, pp. 561-571.
- Beckman, L.
1978 *The relative rewards and costs of parenthood and employment for employed women*, in «Psychology of Women Quarterly», 2 (3), pp. 215-234.
- Beckwith, I.
1971 *Relationships between attributes of mothers and their infants' Iq scores*, in «Child Development», 42, pp. 1083-1087.
- Belsky, J.
1981 *Early human experience: a family perspective*, in «Developmental Psychology», 17 (1), pp. 3-23.

- 1984 *The determinants of parenting: a process model*, in «Child Development», 55, pp. 83-96.
- 1985 *Exploring individual differences in marital change across the transition to parenthood: the role of violated expectations*, in «Journal of Marriage and the Family», November, pp. 1037-1044.
- Belsky, J., Lang, M. e Rovine, M.
1985 *Stability and change in marriage across the transition to parenthood*, in «Journal of Marriage and the Family», November, pp. 853-865.
- Belsky, J. e Rovine, M.
1990 *Patterns of marital change across the transition to parenthood: pregnancy to three years postpartum*, in «Journal of Marriage and the Family», 52, pp. 5-19.
- Belsky, J., Spanier, G.B. e Rovine, M.
1983 *Stability and change in marriage across the transition to parenthood*, in «Journal of Marriage and the Family», August, pp. 567-577.
- Benham, I.
1974 *Benefits of women's education within marriage*, in «Journal of Political Economy», 1982 (2), pp. 857-871.
- Benigni, I.
1979 *Buona volontà materna, lattazione e malattie infantili*, in «Epidemiologia e prevenzione», 8, pp. 11-14.
- Benson, R.C.
1972 *Current diagnosis and treatment*, in Krupp M.A. e Chatton M.I. (a cura di), *Gynecology and Obstetrics*, Los Altos (CA), Lange Medical Pub, pp. 377-434.
- Berk, R. e Berk, F.
1979 *Labor and Leisure at Home*, Beverly Hills (CA), Sage Publications.
- Bettelheim, B.
1965 *Women in scientific professions*, in *Mit Symposium on American Women in Science and Engineering*, Cambridge, (Mass.), Mit. Press.
- Bibring, G.L.
1959 *Some consideration of the psychological processes of pregnancy*, in «The Psychoanalytic Study of the Child», 24, pp. 113-120.
- Bibring, G.L., Dwyer, T., Huntington, D. e Valenstein, A.
1961 *A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship*, in «The Psychoanalytic Study of the Child», 26, pp. 9-72.
- Bignami, G.
1982 *Disease Models and Reductionist Thinking in the Biomedical Determinism*, in Rose S. (a cura di), *Against Biochemical Determinism*, London, Allison & Busby.
- Bimbi, F.
1990 *Conclusioni*, in Bimbi e Castellano [1990, 161-200].
- Bimbi, F. e Castellano, G. (a cura di)
1990 *Madri e padri. Transizioni dal patriarcato e cultura dei servizi*, Milano, Angeli.
- Birke, L.
1986 *Women, Feminism and Biology*, New York, Methuen.
- Birnbaum, J.
1975 *Life patterns and self-esteem in gifted family-oriented and career-committed women*, in Mednick T. (a cura di), *Women and Achievement: Social and Motivational Analysis*, New York, Wiley, pp. 396-419.
- Blood, R.O. e Wolfe, D.M.
1960 *Husbands and Wives: The Dynamics of Married Living*, Glencoe, The Free Press.
- Blum, H.P.
1978 *Reconstruction in a case of post-partum depression*, in «The Psychoanalytic Study of the Child», 33, pp. 335-362.
- Boltanski, L.
1969 *Prime éducation et morale de classe*, Paris, Mouton; trad. it. *Puericultura e morale di classe*, Rimini, Guaraldi, 1972.

- Bonà, P.
1990 *Virtù femminili o soggettività politiche. Il dibattito anglosassone sulla moralità alla proposta di Gilligan*, in «Reti», 2-3, pp. 47-53.
- Bookman Livingood, A., Dean, P. e Smith, B.
1983 *The depressed mother as a source of stimulation for her infant*, in «Journal of Clinical Psychology», 39 (3), pp. 369-375.
- Bower, T.
1977 *A Primer of Infant Development*, San Francisco, Freeman & C.; trad. it. *Introduzione allo sviluppo della prima infanzia*, Bologna, Zanichelli.
- Bowlby, J.
1965 *Child Care and the Growth of Love*, Harmondsworth, Penguin Books.
- Brannen, J.
1987 *Taking Maternity Leave: The Employment Decisions of Women with Young Children*, Thomas Coram Research Unit, Working and Occasional Papers, University of London, Institute of Education.
1989 *Combining qualitative and quantitative approaches*, London, Seminario organizzato dal Department of Health, London, 26-27 giugno 1989, Institute of Education.
- Brannen, J. e Moss, P.
1987 *Fathers in dual-earner households- through mothers' eyes*, in Lewis C. e O'Brien M. (a cura di), *Reassessing Fatherhood*, London, Sage, pp. 126-143.
1991 *Managing Mothers*, London, Unwin Hyman.
- Brannen, J. e Wilson, G. (a cura di)
1987 *Give and Take in Families*, London, Allen & Unwin.
- Brazelton, T.B.
1969 *Infants and Mothers*, New York, Delta Books.
1974 *Toddlers and Parents*, New York, Delta Books.
- Breen, D.
1975 *The Birth of a First Child*, London, Tavistock Pub.
- Brockington, I. e Kumar, R. (a cura di)
1982 *Motherhood and Mental Illness*, London, London Academic Press.
- Broverman, I., Broverman, D., Clarkson, F., Rosencrantz, P. e Vogel, S.
1970 *Sex roles stereotypes and clinical judgements of mental health*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 34, pp. 1-7.
- Brown, G. e Birley, J.
1968 *Crisis and life changes and the onset of schizophrenia*, in «Journal of Health and Social Behavior», 9, pp. 203.
- Brown, G. e Harris, T.
1978 *Social Origins of Depression*, London, Tavistock.
- Brown, P. e Funk, S.
1986 *Tardive dyskinesia: barriers to the professional recognition of an iatrogenic disease*, in «Journal of Health and Social Behavior», 27, pp. 116-132.
- Bunker Rohrbaugh, J.
1980 *Women: Psychology's Puzzle*, New York, The Harvester Press.
- Camaioni, I.
1980 *La prima infanzia*, Bologna, Il Mulino.
- Campbell, F.
1967 *Demographic Factors in Family Organizations*, Ph.D., Thesis, University of Michigan.
- Cannell, C. e Kahn, R.
1959 *L'intervista come metodo di raccolta*, in Festinger L. e Katz D. (a cura di), *Méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris, Puf; ed. orig. *Research Methods in Behavioral Sciences*, New York, Rinehart & Wilson, 1953.
- Caplan, P.
1985 *The Myth of Women's Masochism*, Scarborough, Signet.
- Censis
1990 *XXIV Rapporto sulla situazione sociale nel paese*, Roma.

- Chalmers, I., Enkin, M. e Keirse, M. (a cura di)
1989 *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press.
- Charles, N. e Kerr, M.
1987 *Just the way it is: gender and age differences in family food consumption*, in Brannen e Wilson [1987].
- Chertok, I.
1969 *Motherhood and Personality*, London, Tavistock.
- Chester, P.
1972 *Women and Madness*, New York, Doubleday.
- Chess, S. e Thomas, A.
1982 *Infant bonding: mystique and reality*, in «American Journal of Orthopsychiatry», 52 (2), pp. 213-222.
- Clarke-Stewart, A.
1980 *The father contribution to children cognitive and social development in early childhood*, in Pedersen F. (a cura di), *The Father-Infant Relationship. Observational studies in a Family Setting*, New York, Holt Rinehart and Winston.
1982 *Day care*, Glasgow, Fontana; trad. it. *Assistenza diurna ai bambini. Un problema della società industriale*, Roma, Armando, 1984.
1989 *Infant day-care. Maligned or malignant?*, in «American Psychologist», February, pp. 266-273.
- Clémenceau, P. e de Virvile, M.
1981 *Economie et Statistique*, Juin, Insee.
- Cogill, S., Caplan, H.L., Alexandra, H., Mordecai Robson, K. e Kumar, R.
1986 *Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children*, in «British Medical Journal», 292, pp. 1165-1167.
- Collier, J.
1989 *The Health Conspiracy. How doctors, the drug industry and the government undermine our health*, London, Century.
- Colombo, G., Pizzini, F. e Regalia, A.
1985 *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*, Milano, Angeli.
- Cooper, P., Campbell, F., Day, A., Kennerley, H. e Bond, A.
1988 *Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature*, in «British Journal of Psychiatry», 152, pp. 799-806.
- Cooperstock, R. e Hill, J.
1982 *Les effets de l'usage de tranquillisants*, Ottawa, Ministère de la Santé et du Bien-être social.
- Coppen, A.J.
1969 *Biochemical aspects of depression*, in *Aspects of Depression*, in «International Psychiatry Clinics», 6.
- Coquerel-Jeanneau, V. e Weinberger, M.
1980 *Les lucines des lilas et le mal joli*, Paris, Hachette.
- Corey, W.B.
1975 *Breast feeding and night wakings*, in «Journal of Pediatrics», 85, p. 327.
- Cornwell, J.
1984 *Hard-Earned Lives. Accounts of Health and Illness from East London*, London, Tavistock.
- Corvi, N. e Salort, M.M.
1985 *Les femmes et le marché du travail*, Paris, Hatier.
- Cowan, C.P., Cowan, P.A., Coie, L. e Coie, J.D.
1978 *Becoming a family: the impact of a first child's birth on the couple's relationship*, in Miller W.B. e Newman L.S. (a cura di), *The First Child and Family Formation*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, pp. 296-324.
- Cox, J.L.
1986 *Postnatal Depression: A Guide for Health Professionals*, Edinburgh, Churchill Livingstone.

- Cox, J.L., Connor, J., Henderson, I., McGuire, R.J. e Kendell, R.E.
1983 *Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth by self-report questionnaire*, in «Journal of Affective Disorders», 5, pp. 1-7.
- Cresson, G.
1986 *Une femme à son chevet*, in «Informations Sociales», 4, pp. 67-72.
1991 *Le travail sanitaire profane dans la famille. Analyse sociologique*, Tesi di dottorato in sociologia, Paris, Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Cribier, F.
1983 *Etude sur une génération de salariés parisiens*, in «Le Mouvement Social», 124, pp. 11-44.
- Crnic, K., Greenberg, M.T., Ragozin, A., Robinson, N. e Basham, R.
1985 *Effect of stress and social support on mothers and premature and full-term infants*, in «Child Development», 54, pp. 209-217.
- Culp, R. e Osofsky, H.
1989 *Effects of cesarean delivery on paternal depression, marital adjustment, and mother-infant interaction*, in «Birth», 16, pp. 53-58.
- Cumming, F., Lazer, C. e Chisholm, L.
1975 *Suicide as an index of role strain among employed and not employed married women in British Columbia*, in «Canadian Revue of Social Anthropology», 12, pp. 462-470.
- Cultrona, C.
1983 *Causal attributions and perinatal depression*, in «Journal of Abnormal Psychology», 92 (2), pp. 161-172.
- Cuttini, M. e Romito, P.
1990 *Un'analisi quantitativa delle nascite dal 1980 al 1985 a Trieste*, in Romito [1990b], 131-144].
- Dalton, K.
1971 *Prospective study into puerperal depression*, in «British Journal of Psychiatry», 118, pp. 689-692.

- 1980 *Depression After Childbirth*, Oxford, Oxford University Press.
- Dana, J. e Marion, S.
1975 *Donner la vie. 9 mois de la vie du couple*, Paris, Seuil.
- Daniel, W.W.
1980 *Maternity Rights: The Experience of Women*, in «Policy Studies Institute», 588, June.
- Davanzo, R. e Romito, P.
1988 *L'alimentazione nel primo anno di vita*, Roma, Editori Riuniti.
- Davidson, J.R.
1972 *Postpartum mood change in Jamaican women. A description and discussion of its significance*, in «British Journal of Psychiatry», 121, pp. 659-663.
- Davis-Floyd, R.
1990 *The role of obstetrical rituals in the resolution of cultural anomaly*, in «Social Sciences and Medicine», 31 (2), pp. 175-189.
- Day, S.
1982 *Is obstetric technology depressing?*, in «Radical Sciences Journal», 12, pp. 17-45.
1985 *Puerperal Insanity: The Historical Sociology of a Disease*, Ph.D. Dissertation, Cambridge, Darwin College, September.
- Delphy, C.
1977 *Les femmes dans les études de stratification*, in Michel A. (a cura di), *Femmes, sexisme et société*, Paris, Puf; trad. it. *Donne, sessismo e società*, Roma, Armando, 1979.
1991 *Libération des femmes ou droits corporatistes des mères?*, in «Nouvelles Questions Féministes», 16-17-18, pp. 93-118.
- Dell, P.
1990 *Violence and the systemic view: the problem of power*, in «Family Process», 28 (1), pp. 1-14.

- Deschamps, P., Peduzzi, A. e Serrault, R.
1980 *Comment l'allaitement maternel est-il enseigné au personnel de santé?*, in «*Medicine et Hygiène*», 38, pp. 577-581.
- de Singly, F.
1983 *Fortune et infortune de la femme mariée*, Thèse en sociologie, Paris V.
- Desplanques, G.
1987 *Activité féminine et fécondité*, Données Sociales, Insee, pp. 496-501.
- Deutsch, H.
1945 *The Psychology of Women*, vol. II, *Motherhood*, New York, Grune and Stratton.
- Devoto, G. e Oli, G.
1971 *Dizionario della lingua italiana*, Firenze, La Monnier.
- DeVries, R.
1984 «*Humanizing*» childbirth: the discovery and implementation of bonding theory, in «*International Journal of Health Services*», 14 (1), pp. 89-104.
- Dickein, S. e Parke, R.
1988 *Social referencing in infancy: a glance at fathers and marriage*, in «*Child Development*», 59, pp. 506-511.
- Dickersin, K.
1989 *Pharmacological control of pain during labour*, in Chalmers, Enkin e Keirse [1989, 915-950].
- Di Renzo, G.C. et al.
1980 *Clima psicologico in sala parto*, in «*Gli ospedali della vita*», rivista delle Unità Sanitarie Locali 27, 28, 29 (numero speciale sul congresso *Nascita e istituzione*), Bologna, pp. 65-84.
- Dix, C.
1988 *The New Mother Syndrome. Coping with Postpartum Stress and Depression*, New York, Pocket Books.
- Doering, S. e Entwisle, D.
1975 *Preparation during pregnancy and ability to cope with labor and delivery*, in «*American Journal of Orthopsychiatry*», 45 (5), pp. 825-837.
- Doering, S., Entwisle, D. e Quintan, D.
1980 *Modeling the quality of women's birth experience*, in «*Journal of Health and Social Behavior*», 21, pp. 12-21.
- Dominion, J.
1976 *Depression*, Glasgow, Fontana.
- Donati, E.
1988 *Soggetto donna/oggetto scienza: gli interrogativi dell'identità di genere*, in Alicchio R. e Pezzoli C. (a cura di), *Donne di scienza: esperienze e riflessioni*, Torino, Rosenberg & Selier, pp. 69-86.
- Douglas, G.
1963 *Puerperal depression and excessive compliance with the mother*, in «*British Journal of Medical Psychology*», 36, pp. 271-278.
- Dunn, J.
1977 *Distress and Comfort*, London, Open Books.
- Dyer, E.D.
1963 *Parenthood as a crisis: a re-study*, in «*Marriage and Family Living*», 25, pp. 196-201.
- Easterbrooks, M.A. e Goldberg, W.A.
1984 *Toddler development in the family: impact of father involvement and parenting characteristics*, in «*Child Development*», 55, pp. 740-752.
- Eddy, T.
1972 *Deaths from domestic falls and fractures*, in «*British Journal of Preventive and Social Medicine*», 26, pp. 173-179.
- Edwards, R.
1990 *Connecting method and epistemology. A white woman interviewing black women*, in «*Women's Studies International Forum*», 13 (5), pp. 477-490.

- Ehrenreich, B. e English, D.
1979 *For Her Own Good. 150 Years of the Experts' Advice to Women*, London, Pluto Press.
- Elias, M., Nicolson, E., Bora, C. e Johnston, J.
1986 *Sleep/wake patterns of breast-fed infants in the first 2 years of life*, in «*Pediatrics*», 77 (3), pp. 322-329.
- Elliott, S., Anderson, M., Brough, D., Watson, G. e Rugg, A.
1984 *Relationship between obstetric outcome and psychological measures in pregnancy and the postnatal year*, in «*Journal of Reproductive and Infant Psychology*», 2, pp. 18-32.
- Enkin, M. e Chalmers, I. (a cura di)
1982 *Effectiveness and satisfaction in antenatal care*, London, Spastic International Medical Publications.
- Entwisle, D. e Alexander, S.
1987 *Long-term effects of cesarean delivery on parents' beliefs and children's schooling*, in «*Developmental Psychology*», 23 (5), pp. 676-682.
- Entwisle, D. e Doering, G.
1981 *The First Birth*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Esseveld, J.
1988 *Beyond Silence. Middle-aged Women in the 1970's*, Lund, Department of Sociology.
- Fysenck, H.
1985 *Decline and Fall of the Freudian Empire*, New York, Viking.
- Faulder, C.
1985 *Whose Body Is? The Troubling Issue of Informed Consent*, London, Virago Press.
- Fee, E.
1983 *Women's nature and Scientific Objectivity*, in Lowe M. e Hubbard R. (a cura di), *Women's Nature*, New York, Pergamon Press.

- Feldman, H.
1974 *Change in marriage and parenthood: a methodological design*, in Peck F. e Senderowitz J. (a cura di), *Pronatalism: The Myth of Mom and Apple Pie*, New York, Thomas Crowell, pp. 206-226.
- Ferree, M.M.
1976 *The confused American housewife*, in «*Psychology Today*», 10, pp. 76-80.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstern, S. e Guy, L.
1985 *Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions*, in «*Developmental Psychology*», 21 (6), pp. 1152-1156.
- Finch, J. e Groves, D. (a cura di)
1983 *A Labour of Love*, London, Routledge & Kegan Paul.
- Fleining, A., Ruble, D., Anderson, V. e Flett, G.
1988 *Place of childbirth influences feelings of satisfaction and control in first-time mothers*, in «*Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*», 8, pp. 1-17.
- Fredèn, L.
1982 *Aspects psychosociaux de la dépression*, Bruxelles, Mardaga.
- Frisanco, R.
1988 *La salute mentale della donna: la situazione in Italia*, in «*Inchiesta*», 81, pp. 28-35.
- Garel, M., Lelong, N. e Kaminski, M.
1987a *Psycho-social consequences of cesarean birth in primiparas*, in «*Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*», 6, pp. 197-209.
1987b *Conséquences de l'analgésie péridurale sur l'expérience de la césarienne et les premières relations mère-enfant*, in «*Journal de Gynécologie, d'Obstétrique et de Biologie de la Reproduction*», 16, pp. 219-228.
1988 *Follow-up study of psychological consequences of cesarean childbirth*, in «*Early Human Development*», 16, pp. 271-282.

- Garel, M., Lelong, N., Marchand, A. e Kaminski, M.
1992 *Conséquences maternelles de l'accouchement par césarienne: résultats du suivi à 4 ans*, in «Journal de Gynécologie, d'Obstétrique et de Biologie de la Reproduction», in corso di pubblicazione.
- Gaskin, I.M.
1978 *Spiritual Midwifery*, Summertown, Printed on the Farm.
- Gavey, N., Florence, J., Pezaro, S. e Tan, J.
1990 *Mother blaming, the perfect alibi: family therapy and the mothers of incest survivors*, in «Journal of Feminist Family Therapy», 2 (1), pp. 1-25.
- Gelder, M.
1978 *Hormones and post-partum depression*, in Sandler M. (a cura di), *Mental Illness in Pregnancy and the Puerperium*, Oxford, Oxford University Press.
- Gelles, R.J.
1975 *Violence and Pregnancy*, in «The Family Coordinator», 24, pp. 81-86.
- Giami, A.
1984 *L'évolution de l'investissement familial de l'homme. Dialogue*, «Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille», 2e trimestre, pp. 39-49.
- Gianini Belotti, E.
1973 *Dalla parte delle bambine*, Milano, Feltrinelli.
1983 *Non di sola madre*, Milano, Rizzoli.
- Gilli, G.A.
1971 *Come si fa ricerca*, Milano, Mondadori.
- Gilligan, C.
1982 *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press; trad. it. *Con voce di donna*, Milano, Feltrinelli, 1987.
- Ginsberg, S. e Brown, G.
1982 *No time for depression: a study of help seeking among mothers of preschool children*, in Mechanic D. (a cura di), *Symptoms, Illness Behavior and Help Seeking*, in «Monographs in Psychosocial Epidemiology», 3.
- Glaude, M. e de Singly, F.
1987 *Les jeux de rôles conjugaux*, Données Sociales, Insee, pp. 516-522.
- Gokalp, C. e Ieridan, H.
1983 *La participation du père aux activités domestiques*, in «Population et Société», 175.
- Goldberg, D., Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, H. e Sheperd, M.
1970 *A standardized psychiatric interview for use in community surveys*, in «British Journal of Preventive and Social Medicine», 24, pp. 18-23.
- Goldberg, S.
1983 *Parent-infant bonding: another look*, in «Child Development», 54, pp. 1355-1382.
- Goodman, A. e Gillman, L.
1985 *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, New York, Macmillan (settima ed.).
- Gordon, R.E.
1958 *Psychiatric problems of a rapidly growing suburb*, in «AMA Archives Neurology Psychiatry», 79, pp. 543-548.
- Gordon, R.E. e Gordon, K.K.
1960 *Social factors in prevention of postpartum emotional problems*, in «Obstetrics and Gynecology», 15 (4), pp. 433-437.
- Gordon, R.E., Gordon, K.K. e Englewood, N.
1959 *Social factors in the prediction and treatment of emotional disorders in pregnancy*, in «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 77 (5), pp. 1074-1083.
- Gordon, R.E., Kapostinis, E. e Gordon, K.K.
1965 *Factors in postpartum emotional adjustment*, in «Obstetrics and Gynecology», 25 (2), pp. 158-166.

- Gottlieb, R., Nappi, T. e Strain, J.
1978 *The physician knowledge of psychotropic drugs: preliminary results*, in «American Journal of Psychiatry», 131 (1), pp. 29-32.
- Gove, W.G.
1984 *Gender differences in mental and physical illness: the effects of fixed roles and nurturant roles*, in «Social Sciences & Medicine», 19 (2), pp. 77-91.
- Gove, W.R.
1972 *The relationship between sex roles, marital status, and mental illness*, in «Social Forces», 51, pp. 34-44.
1973 *Sex, marital status, and mortality*, in «American Journal of Sociology», 79, pp. 45-67.
- Graham, H.
1982 *Coping: or how mothers are seen and not heard*, in Friedman S. e Sach E. (a cura di), *On the Problem of Men*, London, Women's Press.
1983 *Caring: a labour of love*, in Finch e Groves [1983].
1984 *Women, Health and the Family*, Brighton, Harvest Press.
- Grossman, F., Eichler, L. e Winickoff, S.
1980 *Pregnancy, birth and parenthood*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Grossman, K., Thane, K. e Grossman, K.E.
1981 *Maternal tactile contact of the newborn after various conditions of mother-infant contact*, in «Developmental Psychology», 17, pp. 158-169.
- Guise, W.
1987 *Social and psychological aspects of breast feeding with special reference to sex differences*, in «Early Child Development and Care», 29, pp. 391-415.
- Haggstrom, G., Kanouse, D. e Morrison, P.
1986 *Accounting for the educational shortfalls of mothers*, in «Journal of Marriage and the Family», 48, pp. 175-186.
- Hamilton, J.
1962 *Post-partum Psychiatric Problems*, St. Louis, Mosby.
1982 *The identity of post-partum psychosis*, in Brockington J. e Kumar R. (a cura di), *Motherhood and Mental Illness*, London, Academic Press.
- Hamilton, M.
1960 *A rating scale of depression*, in «Journal of Neurological Neurosurgical Psychiatry», 23, pp. 56-61.
- Handley, S.L., Dunn, T.L., Baker, J.M., Cockshott, C. e Gould, S.
1977 *Mood changes in puerperium and plasma tryptophan and cortisol concentrations*, in «British Medical Journal», 2, pp. 18-22.
- Hayworth, J., Little, S., Bonham Carter, P., Raptopoulos, R., Prest, G. e Sandler, M.
1980 *A predictive study of postpartum depression: some predisposing characteristics*, in «British Journal of Medical Psychology», 53, pp. 161-167.
- Heer, D.M.
1958 *Dominance and the working wife*, in «Social Forces», 26, pp. 341-347.
- Heider, F.
1958 *The Psychology of Interpersonal Relations*, New York, Wiley.
- Helsing, K. et al.
1981 *Factors associated with mortality after widowhood*, in «American Journal of Public Health», 71 (8), pp. 802-809.
- Hite, S.
1987 *Women and Love*, New York, St. Martin Press; trad. it. *Le donne e l'amore*, Milano, Rizzoli, 1989.
- Hobbs, D.F.
1965 *Parenthood as a crisis: a third study*, in «Journal of Marriage and the Family», 27, pp. 367-372.
1968 *Transition to parenthood: a replication and an extension*, in «Journal of Marriage and the Family», 30, pp. 413-417.

- Hobbs, D.F. e Cole, S.P.
1976 *Transition to parenthood: a decade replication*, in «Journal of Marriage and the Family», 38, pp. 723-731.
- Hobbs, D.E. e Wimbish, J.M.
1977 *Transition to parenthood by black couples*, in «Journal of Marriage and the Family», 39, pp. 677-689.
- Hock, E.
1978 *Working and non-working mothers with infants: perception of their career, their infants needs and satisfaction with mothering*, in «Developmental Psychology», 14 (1), pp. 37-43.
- Hoffman, I.
1974 *Effects of maternal employment on the child. A review of research*, in «Developmental Psychology», 10 (2), pp. 204-228.
1989 *Effects of maternal employment in the two-parent family*, in «American Psychologist», February, pp. 283-292.
- Hopkins, I.K.
1980 *Psychiatric illness following childbirth: are husbands an etiological factor?*, in «Social Science and Medicine», 14 (A), pp. 621-626.
- Hopkins, J., Marcus, M. e Campbell, S.
1984 *Postpartum Depression: A Critical Review*, in «Psychological Bulletin», 95 (3), pp. 498-515.
- Houseknecht, S. e Macke, A.
1981 *Combining marriage and career: the marital adjustment of professional women*, in «Journal of Marriage and the Family», August, pp. 651-661.
- Hurst, M. e Summey, P.
1984 *Childbirth and social class: the case of cesarean delivery*, in «Social Sciences and Medicine», 18 (8), pp. 621-631.
- Istat
1985 *Indagine sulle strutture ed i comportamenti familiari*, Roma.
- Janis, I.
1958 *Psychological Stress*, New York, Wiley.
- Janowitz, B., Nakamura, M., Lins, F.F., Brown, M. e Clopton, D.
1982 *Cesarean section in Brazil*, in «Social Sciences & Medicine», 16, pp. 19-25.
- Jaubert, M.J.
1979 *Les bateleurs du mal joli*, Paris, Balland.
1982 *Ces hommes qui nous accouchent*, Paris, Stock.
- Jelliffe, D.B. e Jelliffe, P.
1976 *Biological night feeding*, in «The Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health», 22 (2), pp. 29-30.
- Jenkins, R.
1985 *Sex differences in minor psychiatric morbidity*, in «Psychological Medicine Monographs», Supplement 7.
- Jones, D.A.
1986 *Attitudes of breast-feeding mothers: a survey of 649 mothers*, in «Social Science and Medicine», 23 (11), pp. 1151-1156.
- Joshi, H.
1985 *Gender inequality in the labour market and the domestic division of labour*, relazione alla conferenza su *Towards new foundations for socialist policies in Britain*, organizzata dal «Cambridge Journal of economics», Cambridge, June 26-29, 1985.
- Kaj, L. e Nilsson, A.
1972 *Emotional and psychotic illness following childbirth*, in Howells J. (a cura di), *Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics*, London, Oliver and Boyd.
- Kalmuss, D. e Straus, M.
1982 *Wife's marital dependency and wife abuse*, in «Journal of Marriage and the Family», 44, pp. 277-286.
- Kaplan, G., Roberts, R., Camacho, T. e Coyne, J.
1987 *Psychosocial predictors of depression*, in «American Journal of Epidemiology», 125 (2), pp. 206-220.

- Kellerhals, J., Languin, N., Perrin, J.F. e Wirth, G.
1985 *Statut social, projet familial et divorce*, in «Population», 6, pp. 811-828.
- Kellerhals, J., Perrin, J.F., Steinauer-Cresson, G., Vonèche, I. e Wirth, G.
1982 *Mariages au quotidien*, Lausanne, Favre.
- Kendell, R.E.
1985 *Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders*, in «Journal of Psychosomatic Research», 29 (1), pp. 3-11.
- Kendell, R.E., Rennie, D., Clarke, J. e Dean, C.
1981 *The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium*, in «Psychological Medicine», 11, pp. 341-350.
- Kergoat, D.
1982 *Les ouvrières*, Paris, Le Sycomore.
1984 *Les femmes et le travail à temps partiel*, Paris, Cnrs, Rapport Gedissat.
- Kessler, R. e McRae, J.
1982 *The effects of wives employment on the mental health of married men and women*, in «American Sociological Review», 47, pp. 216-27.
- Kielholz, P.
1984 *Diagnosis of depression in general practice*, in Lopez O., Ilor A. e O'Lery, M. (a cura di), *Education and Training in Psychiatry*, Genève, Who.
- King, J.
1986 *Informed Consent*, in «Bulletin of Medical Ethics Institute», Supplement 3.
- Kitzinger, S.
1967 *The Experience of Childbirth*, Harmondsworth, Penguin Books.
- Klaus, M. e Kennell, J.
1976 *Maternal-infant bonding*, St. Louis, Mosby.
- Kleiverda, G. (a cura di)
1990 *Transition to Parenthood. Women's experiences of labour*, Amsterdam, Het Werdvvenster.
- Kleiverda, G., Steen, A.M., Andersen, I., Treffers, P. e Liveraerd, W.
1992 *Confinement in nulliparous women in the Netherlands: subjective experiences related to actual events and post-partum well-being*, in «Journal of Reproductive and Infant Psychology», in corso di pubblicazione.
- Klinger, C.
1989 *Altre sofferenze, altre lotte. Sul difficile farsi storia del rapporto tra i sessi*, in «Reti», 2, pp. 10-16.
- Krause, N. e Markides, K.
1985 *Employment and psychological well-being in Mexican American Women*, in «Journal of Health and Social Behavior», 26, pp. 15-26.
- Kumar, R., Brant, H. e Mordecai Robson, K.
1981 *Childbearing and maternal sexuality: a prospective survey of 119 primiparae*, in «Journal of Psychosomatic Research», 25 (5), pp. 373-383.
- Kumar, R. e Mordecai Robson, K.
1978 *Neurotic disorders during pregnancy and the puerperium*, in Sandler M.J. (a cura di), *Mental Illness in Pregnancy and the Puerperium*, Oxford, Oxford University Press.
- 1984 *A prospective study of emotional disorders in childbearing women*, in «British Journal of Psychiatry», 144, pp. 35-47.
- Labourie-Racapé, A., Letailier, M.J. e Vasseur, A.M.
1977 *L'activité féminine*, Cahiers n. 11, Centre d'Etudes de l'Emploi, Paris, Puf.
- La Leche League International
1990 *The Womanly Art of Breastfeeding*, Nai-Dutton, Franklin Park; trad. it. *L'arte dell'allattamento materno*, Brescia, Opera Pavoniana.

- Lamaze, F.
1956 *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur?*, Paris, La Farandole.
- Lamb, M.
1978 *Influences of the child on marital quality and family interaction during the prenatal, perinatal and infancy period*, in Lerner R. e Spanier G. (a cura di), *Child Influences on Marital and Family Interaction: A Life Span Perspective*, New York, Academic Press, pp. 137-134
- Lang, R.
1972 *Birth Book*, Palo Alto (CA), Genesis Press.
- Langevin, A.
1984 *Régulation sociale et temps fertile des femmes*, in AA.VV., *Le sexe du travail*, Presses Universitaires de Grenoble.
- LaRossa, R. e Mulligan LaRossa, M.
1981 *Transition to Parenthood. How Infants Change Families*, Beverly Hills (CA), Sage Publications.
- Laws, S., Hey, V. e Fagan, A.
1985 *Seeing Red. The Politics of Pre-menstrual Tension*, London, Hutchinson.
- Leboyer, F.
1974 *Pour une naissance sans violence*, Paris, Seuil; trad. it. *Per una nascita senza violenza*, Rompiani, Milano, 1975.
- Leff, M., Roatch, J. e Binney, W.
1970 *Environmental factors preceding the onset of depression*, in «Psychiatry», 33, 293-311.
- Leifer, M.
1980 *Psychological Effects of Motherhood*, New York, Praeger.
- Leigh, D., Pare, C. e Marks, J.
1977 *A Concise Encyclopaedia of Psychiatry*, Lancaster, Mtp Press.
- LeMasters, E.E.
1957 *Parenthood as a crisis*, in «Marriage and Family Living», 19, pp. 352-355.
- Lennane, K.J. e Lennane, R.G.
1973 *Alleged psychogenic disorders in women. A possible manifestation of sexual prejudice*, in «New England Journal of Medicine», 288 (6), pp. 288-292.
- Leonardi, P.
1990 *L'evoluzione nelle tipologie della «prima utenza»: differenze sessuali e problematiche di genere*, in Canziani M., Ferrari L. e Leonardi P. (a cura di), *Sofferenza psichica e domanda di cura. Questioni di ricerca e di metodologie dell'intervento nel servizio psichiatrico pubblico*, Milano, Angeli, pp. 79-108.
- Le Vagnerèse, L. (a cura di)
1983 *Un enfant, prématurément*, Paris, Stock.
- Lewinsohn, P.M., Youngren, M.A. e Grosseup, S.
1979 *Reinforcement and depression*, in Depue R.A. (a cura di), *The Psychobiology of Depressive Disorders*, New York, Academic Press.
- Lewis, J.
1988 *The transition to parenthood: II. Stability and change in marital structure*, in «Family Process», 27, pp. 273-283.
- Lewis, J., Tresch Owen, M. e Cox, M.
1988 *The transition to parenthood: III. Incorporation of the child into the family*, in «Family Process», 27, pp. 411-421.
- Lewis, M. e Coates, D.
1980 *Mother infant interaction and cognitive development in twelve week old infants*, in «Infant Behavior and Development», 3, pp. 95-105.
- Lewis, M. e Goldberg, S.
1969 *Perceptual cognitive development in infancy. A generalized expectancy model as a function of mother infant interaction*, in «Merrill Palmer Quarterly», 15, pp. 81-100.
- Lewis, M. e Rosenblum, L.A.
1974 *The Effect of the Infant on its Caregivers*, New York, Wiley.

- Lipson, J. e Tilden, V.
1980 *Psychological integration of the cesarean birth experience*, in «American Journal of Orthopsychiatry», 50 (4), pp. 598-609.
- Lomas, J., Anderson, G., Donnick-Pierre, K. et al.
1989 *Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians*, in «The New England Journal of Medicine», 9, pp. 1306-1311.
- Lomas, P.
1960 *Defensive organization and the puerperal breakdown*, in «British Journal of Medical Psychology», 32, pp. 117-123.
- Long Laws, J.
1971 *A feminist review of marital adjustment literature: the rape of the locke*, in «Journal of Marriage and the Family», August, pp. 483-516.
- Loring, M. e Powell, B.
1988 *Gender, race and the Dsm-III. A study of the objectivity of psychiatric diagnostic behavior*, in «Journal of Health and Social Behavior», 29, pp. 1-22.
- Lumley, J. e Astbury, J.
1982 *Advice in Pregnancy: Perfect Remedies, Imperfect Science*, in Enkin e Chalmers (1982).
- Luxton, M.
1980 *More Than a Labour of Love*, Toronto, The Women's Press.
- MacDermid, S., Huston, T. e McHale, S.
1990 *Changes in marriage associated with the transition to parenthood: individual differences as a function of sex-roles attitudes and changes in the division of household labor*, in «Journal of Marriage and the Family», 52, pp. 475-486.
- MacLeod, M. e Saraga, F.
1988 *Challenging the orthodoxy*, in «Feminist Review», 28, pp. 16-55.

- Manly, P.C., MacMahon, R., Bradley, C. e Davidson, P.
1982 *Depressive attributional style and depression following childbirth*, in «Journal of Abnormal Psychology», 91 (4), pp. 245-254.
- Martin, J.
1986 *Returning to work after childbearing: evidence from the Woman and Employment Survey*, in «Population Trends», 43, pp. 23-30.
- Martin, J. e Monk, J.
1982 *Infant Feeding, 1980*, London, Hmsco.
- Martin, J. e Roberts, C.
1984 *Women and Employment. A Lifetime Perspective*, London, Hmsco.
- Masson, J.
1984 *Le réel escamoté. Le renoncement de Freud à la théorie de séduction*, Paris, Aubier.
- Masters, W. e Johnson, V.
1966 *Human Sexual Response*, Boston, Little, Brown & Co; trad. it. *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna. Problemi di sessuologia*, Milano, Feltrinelli, 1967 (prima ed.).
- McCord, G.
1984 *Post-partum depression. Out of the closet: and then what?*, in «Birth», 11 (4), pp. 244-245.
- McKeown, T.
1976 *The Modern Rise of Population*, London, Edward Arnold Pub.
- McKinlay, J., McKinlay, S. e Brambilla, D.
1987 *The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged women*, in «Journal of Health and Social Behavior», 28, pp. 345-363.
- McIntosh, J.
1986 *Postnatal blues: A bio-social phenomenon?*, in «Midwifery», 2, pp. 187-192.

- Meddin, J.
1986 *Sex differences in depression and satisfaction with self: findings from a United States National Survey*, in «Social Science & Medicine», 22 (8), pp. 807-812.
- Meile, R., Johnson, D. e Peter, L.
1976 *Marital role, education, and mental disorder among women: test of an interaction hypothesis*, in «Journal of Health and Social Behavior», 17, pp. 295-301.
- Meini, M.C.
1989 *Lavoro e professioni femminili in Italia: dirlo con i numeri*, in «Polis», 5, 2, pp. 249-273.
- Meissner, M.
1975 *Sur la division du travail et l'inégalité des sexes*, in «Sociologie du travail», 4, pp. 329-350.
- Menapace, L.
1990 *La scienza della vita quotidiana*, in «Reti», 1, pp. 63-69.
- Menninger, K.A.
1939 *Somatic correlations*, in «Journal of Nervous and Mental Diseases», 89, pp. 514-525.
- Messing, K.
1989 *Union-initiated research in genetic effects of workplace agents*, in «GeneWATCI», 6 (4-5), pp. 8-14.
- Meyerowitz, J.H. e Feldman, H.
1966 *Transition to parenthood*, in «Psychiatric Research Reports», 20, pp. 78-84.
- Miller, B.C. e Sollie, D.L.
1980 *Normal stresses during the transition to parenthood*, in «Family Relations», 29, pp. 459-465.
- Milkman, R.
1986 *La storia delle donne ed il caso Sears*, in «Rivista di Storia Contemporanea», 4, pp. 497-526.
- Minchin, M.
1985 *Breastfeeding matters*, Alfredton, Allen & Unwin.

- Minde, K., Trehub, S., Corter, C., Boukydis, C., Celhoffer, L. e Marton, P.
1978 *Mother child relationship in the premature nursery. An observational study*, in «Pediatrics», 61, p. 373.
- Mirowsky, J.
1985 *Depression and marital power: an equity model*, in «American Journal of Sociology», 91 (3), pp. 557-592.
- Mirowsky, J. e Ross, C.
1989a *Social Causes of Psychological Distress*, New York, Aldine de Gruyter.
1989b *Psychiatric diagnosis as reified measurement*, in «Journal of Health and Social Behavior», 30, pp. 11-25.
- Moehius, P.
1904 *Über den physiologische Schwachsinn des Weibes*, trad. it. *L'inferiorità mentale della donna*, Torino, Einaudi, 1978.
- Monnier, A.
1977 *La naissance d'un enfant*, Paris, Puf.
- Mordecai Robson, K. e Kumar, R.
1980 *Delayed onset of maternal affection after childbirth*, in «British Journal of Psychiatry», 136, pp. 347-353.
- Morgan, J., David, M., Cohen, W. e Brazer, H.
1962 *Income and Welfare in the United States*, New York, McGraw-Hill.
- Moss, N.
1984 *Hospital units as social contexts: effects on maternal behavior*, in «Social Sciences & Medicine», 19 (5), pp. 515-522.
- Moss, P.
1986 *Child Care in the Early Months*, Working and Occasional Papers, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Moss, P. (a cura di)
1990 *I servizi per l'infanzia nella Comunità Europea 1985-1990*, in «Quaderni di donne d'Europa», Bruxelles, Commissione delle Comunità Europee, 31 agosto.

- Moss, P., Bolland, G. e Foxman, R.
1982 *Transition to Parenthood*, London, Rapporto di ricerca del Departement of Health and Social Security.
- Moss, P., Bolland, G., Foxman, R. e Owen, C.
1986 *Marital relations during the transition to parenthood*, in «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 4, pp. 57-67.
1987 *The division of household work during the transition to parenthood*, in «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 5, pp. 71-86.
- Moss, P. e Plewis, I.
1977 *Mental distress in mothers of pre-school children in Inner London*, in «Psychological Medicine», 7, pp. 641-652.
- Mostow, E. e Newberry, B.
1975 *Work role and depression in women*, in «American Journal of Orthopsychiatry», 45(4), pp. 538-548.
- Nathanson, C.
1980 *Social roles and health status among women: the significance of employment*, in «Social Sciences & Medicine», 14 (A), pp. 465-471.
- Nelson, M.
1983 *Working-class women, middle-class women, and models of childbirth*, in «Social Problems», 30 (3), pp. 284-297.
- Newmann, J.
1984 *Sex differences in symptoms of depression: clinical disorder or normal distress?*, in «Journal of Health and Social Behavior», 25, pp. 136-159.
1986 *Gender, life strains and depression*, in «Journal of Health and Social Behavior», 27, pp. 161-178.
- Nicole-Drancourt, C.
1990 *Organisation du travail des femmes et flexibilité de l'emploi*, in «Sociologie du Travail», 2, pp. 173-193.
- Nilsson, A.
1972 *Paranatal emotional adjustment*, in Morris N. (a cura di), *Atti del terzo congresso internazionale di Psichosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology*, London, 1971.
- Norr, K., Block, C., Charles, A., Meyering, S. e Meyers, E.
1977 *Explaining pain and enjoyment in childbirth*, in «Journal of Health and Social Behavior», 18, pp. 260-275.
- Nott, P.N., Franklin, M., Armitage, C. e Gelder, M.G.
1976 *Hormonal change and mood in the puerperium*, in «British Journal of Psychiatry», 128, pp. 279-283.
- Notzon, F., Placek, P. e Taffel, S.
1987 *Comparison of national cesarean-section rates*, in «The New England Journal of Medicine», 12, pp. 386-389.
- Oakley, A.
1976 *Housewife*, Middlesex, Pelican Books.
1979 *Becoming a Mother*, Oxford, Martin Robertson.
1980 *Women Confined*, Oxford, Martin Robertson.
1981 *Interviewing women: a contradiction in terms*, in Roberts [1981].
1984a *The Captured Womb*, Oxford, Basil Blackwell.
1984b *Taking It Like a Woman*, Glasgow, Fontana.
1986 *Technology following birth*, Interregional Conference on *Appropriate Technology Following Birth*, Oms, Trieste, 7-11 ottobre.
1989 *Who's afraid of Randomized Controlled Trial? Some dilemmas of the scientific method and «good» research practice*, in «Women & Health», 15 (4), pp. 25-39.
- Odent, M.
1976 *Bien naître*, Paris, Seuil.
- O'Hara, M.W.
1980 *A prospective study of postpartum depression: a test of cognitive and behavioral theories*, doctoral dissertation, University of Pittsburgh.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P. e Campbell, S.B.
1982 *Predicting depressing symptomatology: cognitive behavioral models and postpartum depression*, in «Journal of Abnormal Psychology», 91 (6), pp. 457-461.
1983 *Postpartum depression: a role for social network and life*

- stress variables, in «Journal of Nervous and Mental Diseases», 171 (6), pp. 336-341.
- Osborn, A.F. e Morris, T.C.
1979 *The rationale for a composite index of social class and its evaluation*, in «British Journal of Sociology», 30 (1), pp. 39-60.
- Padawer, J., Fagan, C., Janoff-Bulman, R. e Strickland, B.
1988 *Women's psychological adjustment following emergency cesarean versus vaginal delivery*, in «Psychology of Women Quarterly», 12, pp. 25-34.
- Parke, R.
1981 *Fathering*, Glasgow, Fontana; trad. it. *Paternità*, Roma, Armando, 1982.
- Parry, G.
1986 *Paid employment, life events, social support and mental health in working-class mothers*, in «Journal of Health and Social Behavior», 27, pp. 193-208.
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J. e Rassaby, I.
1980 *Life events and social support in puerperal depression*, in «British Journal of Psychiatry», 136, pp. 339-346.
- Pazzagli, E., Benvenuti, P. e Rossi Monti, M.
1981 *Maternità come crisi*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Pedersen, F., Anderson, B. e Cain, R.
1979 *Parents infant interaction observed in a family setting at age 5 months*, San Francisco, relazione presentata alla conferenza della Society for Research in Child Development, marzo.
- Pedersen, F., Yarrow, I., Anderson, B. e Cain, R.
1978 *Conceptualisation of father influences in the infancy period*, in Lewis M. e Rosenblum L. (a cura di), *The Social Network of the Developing Infant*, New York, Plenum Press.
- Peplau, L.A. e Conrad, E.
1989 *Beyond nonsexist research. The perils of feminist methods in psychology*, in «Psychology of Women Quarterly», 13, pp. 379-400.
- Perini, C.
1989 *Il lavoro delle donne in gravidanza tra mercato e famiglia*, tesi di Laurea in Sociologia dell'educazione, Facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi di Trieste.
- Pernaud, L.
1962 *J'attends un enfant*, Paris, Houtay.
- Persson, L.A. e Samuelson, G.
1984 *From breast milk to family food*, in «Acta Paediatrica Scandinavica», 73, pp. 685-692.
- Pestiaux, J.L., DeBellefroid, R., Dierckx, Y. e DeSommer, M.
1987 *Femmes & tranquillisants*, Liège, inchiesta della Mutualité Socialiste.
- Piazza, G., Colonna, F., Faraguna, D. et al.
1980 *La teoria dell'attaccamento, ovvero come si può organizzare un nido*, Modena, Atti del II Convegno di Neurologia Neonatale, 29-30 marzo.
- Pitrou, A., Battagliola, F., Buisson, M., Rousier, N., Ruffier, J. e Toussaint, Y.
1984 *La continuité de l'activité professionnelle: trajectoires d'employées du secteur tertiaire*, in «Revue de Sociologie du Travail», 3.
- Pitrou, A., Battagliola, F. e Rousier, N.
1983 *De l'invisibilité à la reconnaissance: travail des femmes et stratégies familiales*, Colloque d'Arc et Senans Travail et famille en Europe et aux États-Unis, Juin.
- Pitt, R.
1968 *«Atypical» depression following childbirth*, in «British Journal of Psychiatry», 114, pp. 1325-1335.
1975 *Maternity Blues*, in «British Journal of Psychiatry», 122, pp. 431-433.

- Pizzini, F. (a cura di)
1981 *Sulla scena del parto: luoghi, figure, pratiche*, Milano, Angeli.
- Pleck, H.J.
1983 *Working Families and Family Well-Being*, Beverly Hills (CA), Sage Publications.
- Polachek, S.W.
1975 *Potential biases in measuring male-female discrimination*, in «The Journal of Human Resources», X (2), pp. 205-229.
- Popay, J. e Bartley, M.
1988 *Conditions of labour and women's health*, in «Radical Community Medicine», Winter, pp. 16-23.
- Prezza, M.
1987 *Partorire oggi: dalla gravidanza al ritorno a casa*, Roma, Bulzoni.
- Prezza, M. e Violani, C.
1984 *Reazioni depressive dopo il parto*, Roma, Bulzoni.
- Price, G.
1977 *Factors influencing reciprocity in early mother infant interaction*, New Orleans, relazione alla Society for Research in Child Development, New Orleans, marzo.
- Prondzynski, I. (a cura di)
1989 *Le donne in cifre*, in «Quaderni di Donne d'Europa», 50, dicembre, Bruxelles, Commissione delle Comunità Europee.
- Proulx, M.
1978 *Five Million Women. A Study of the Canadian Housewife*, Ottawa, Canadian Advisory Council on the Status of Women.
- Quivy, R. e van Campenhout, L.
1988 *Manuel de recherches en sciences sociales*, Paris, Dunod.
- Racamier, P.C.
1961 *La mère et l'enfant dans la psychose du postpartum*, in «Evolution psychiatrique», 4, pp. 525-570.

- 1978 *A propos des psychoses de la maternité*, in Soulé, M. (a cura di), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, Esf.
- Radloff, L.
1975 *Sex differences in depression. The effects of occupation and marital status*, in «Sex Roles», 1, pp. 249-269.
- Raskin, A., Schulerbrandt, J., Reating, N. e McKeon, J.
1970 *Differential response to chlorpromazine, imipramine and placebo*, in «Archives of General Psychiatry», 23, pp. 164-173.
- Read, G.D.
1933 *Natural Childbirth*, London, Heinemann.
- Reading, A.
1983 *Psychological Aspects of Pregnancy*, Harlow, Longman.
- Reale, E., Sardelli, V. e Castellano, A.
1982 *Malattia mentale e ruolo della donna. Dall'esperienza pratica ad una nuova teoria del disagio femminile*, Quaderni di Documentazione, Cnr, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Reber, A.
1985 *Dictionary of Psychology*, Harmondsworth, Penguin Books.
- Reid, M.
1983 *A feminist sociological imagination? Reading Ann Oakley*, in «Social Health and Illness», 5 (1), pp. 83-94.
- Renne, K.S.
1970 *Correlates of dissatisfaction in marriage*, in «Journal of Marriage and the Family», 32, pp. 54-67.
- Rhein, C.
1980 *La vie dure qu'on a eu*, rapporto Cordes, marzo.
- Rich, A.
1976 *Of Women Born*, New York, Norton & Comp; trad. it. *Nato di donna*, Milano, Garzanti, 1977.

- Richards, M.
 1984 *The myth of bonding*, in Macfarlane, J.A. (a cura di), *Progress in Child Health*, London, Churchill Livingstone.
 1986 *Bonding babies*, in «Archives of Disease in Childhood», 30 (4), pp. 293-294.
- Richards, M., Dunn, J. e Antonis, B.
 1977 *Caretaking in the first year of life: the role of fathers and mothers social isolation*, in «Child: care, health and development», 3, pp. 23-36.
- Richman, N.
 1974 *The effects of housing on pre-school children and their mothers*, in «Developmental Medical Child Neurology», 16, pp. 55-58.
 1977 *Behaviour problems in 3 year old: family and social factors*, in Moss e Plewis [1977].
- Rigard, I. e Alade, M.
 1990 *Effect of delivery room routines on success of first breast-feed*, in «The Lancet», 356, pp. 1105-1107.
- Robert, H.G.
 1971 *Le préjudice corporel de la maternité*, Paris, Baillière.
- Roberts, H. (a cura di)
 1981 *Doing Feminist Research*, London, Routledge & Kegan Paul.
- Robinson, J.
 1977 *How Americans Use Time. A Social-Psychological Analysis of Everyday Behavior*, New York, Praeger.
- Rodin, J.
 1983 *Behavioral medicine: beneficial effects of self control training in aging*, in «International Review of Applied Psychology», 32, pp. 153-181.
 1985 *The Application of Social Psychology*, in Lindzey G. e Aronson E. (a cura di), *Handbook of Social Psychology*, New York, Random House.
- Roland-Michel, M.
 1970 *Attendre un enfant*, Paris, Costerman.
- Rollins, B.C. e Feldman, H.
 1970 *Marital satisfaction over the family life cycle*, in «Journal of Marriage and the Family», 32, pp. 20-28.
- Romalis, S.
 1985 *Struggle between providers and recipients: the case of birth practices*, in Lewin F. e Olesen V. (a cura di), *Women, Health, and Healing*, New York, Tavistock Publications, pp. 174-208.
- Romito, P.
 1983 *In nome della natura*, in «La Rivista di Servizio Sociale», 3, pp. 3-19.
 1985 *L'«umanizzazione» del parto: richieste delle donne e risposte istituzionali*, in «Crescita», 17, pp. 45-49.
 1988 *Etude de l'environnement psychologique et social de la maternité et de son influence sur la dépression post-partum*, tesi di dottorato, Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, febbraio.
 1990a *Le contexte socio-culturel de la violence*, Atti del Convegno *Violences conjugales et sexuelles*, Genève, Bureau de l'Égalité des Droits entre Hommes et Femmes, settembre 1989.
 1990b *Lavoro e salute in gravidanza. Come la società si prende cura delle donne incinte*, Milano, Angeli.
 1990c *Introduzione. Resoconto di un percorso quasi tutto in salita*, in Romito [1990b, 7-22].
 1992 *Salute e lavoro dopo la nascita del primo figlio*, Rapporto di ricerca, Trieste, Istituto scientifico Burlo Garofalo, non pubblicato.
 s.d. *Working mothers and breast-feeding*, proposto per pubblicazione.
- Romito, P. e Chatelanat, G.
 1985 *Conoscenza e controllo in gravidanza e parto. Come (non) si negozia il potere*, in Cacciari C. e Pizzini F. (a cura di), *La donna paziente. Modelli di interazione in ginecologia e ostetricia*, Milano, Unicopli, pp. 141-174.
- Romito, P. e Sautrel-Cubizolles, M.J.
 1988 *La tutela della lavoratrice madre in Italia ed in Francia: due situazioni a confronto*, in «Difesa Sociale», 5-6, pp. 52-60.

- s.d. *Women's health after childbirth*, proposto per pubblicazione.
- Romito, P. e Zalateo, C.
1991 *Social history discharge of a research project: a study on early post-partum discharge*, in «Social Sciences & Medicine», 34 (3), pp. 227-235.
- Rose, S., Lewontin, R. e Kamin, L.
1983 *Not in Our Genes*, New York, Pantheon Books; trad. it. *Il gene e la sua mente*, Milano, Mondadori, 1983.
- Rosenberg, H.G.
1984 *The home is the workplace: stress and pollutants in the household*, in Chavkin W. (a cura di), *Double Exposure*, New York, Monthly Review Press.
- Ross, C. e Mitowsky, J.
1988 *Child care and emotional adjustment to wives' employment*, in «Journal of Health and Social Behavior», 29, pp. 127-138.
- Ross, C., Mitowsky, J. e Huber, J.
1983 *Dividing work, sharing work and in-between: marriage patterns and depression*, in «American Sociological Review», 48, pp. 809-823.
- Rosser, S. (a cura di)
1989 *Feminism and Science: in Memory of Ruth Bleier*, numero speciale di «Women's Studies International Forum», 12 (3).
- Rotter, J.B.
1966 *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements*, in «Psychological Monographs», 80, 1-28 (numero monografico 609).
- Roux, C.
1969 *Aspects professionnels de la reprise d'activité des femmes mariées*, in «Revue Française des Affaires Sociales», 23 (1), pp. 33-74.
- Roy, A.
1978 *Vulnerability factors and depression in women*, in «British Journal of Psychiatry», 135, pp. 106-110.

- Rubenstein, J.
1967 *Maternal attentiveness et subsequent exploratory behavior*, in «Child Development», 38, pp. 1089-1100.
- Rubin, S. e Prendergast, M.
1984 *Infantile colic: incidence and treatment in a Norfolk community*, in «Child: Care, Health and Development», 10 (4), pp. 212-226.
- Rumeau-Rouquette, C., du Mazaubrun, C. e Rabarison, Y.
1984 *Naître en France. 10 ans d'évolution*, Paris, Editions Inserm.
- Russell, C.
1974 *Transition to parenthood: problems and gratifications*, in «Journal of Marriage and the Family», 36, pp. 29-46.
- Ryder, R.G.
1975 *Longitudinal data relating marriage satisfaction and having a child*, in «Journal of Marriage and the Family», 37, pp. 604-607.
- Sacenz, R., Goudy, W. e Lorenz, F.
1989 *The effects of employment and marital relations on depression among Mexican American Women*, in «Journal of Marriage and the Family», 51, pp. 239-251.
- Sandelowski, M. e Bustamante, R.
1986 *Cesarean birth outside the natural childbirth culture*, in «Nursing and Health», 9, p. 81.
- Sandler, M.
1978 *Some biological correlates of mental illness in relation to childbirth*, in Sandler M. (a cura di), *Mental illness in Pregnancy and the Puerperium*, Oxford University Press.
- Saraceno, C.
1987 *Pluralità e mutamento*, Milano, Angeli.
- Sargent, C. e Stark, N.
1987 *Surgical birth: interpretations of cesarean delivery among private hospital patients and nursing staff*, in «Social Sciences and Medicine», 12, pp. 1269-1276.

- Saurel-Cubizolles, M.J. e Garcia, J.
1983 *Activité professionnelle pendant la grossesse*, in «Revue Française des Affaires Sociales», 39, pp. 177-187.
- Saurel-Cubizolles, M.J. e Kaminski, M.
1986 *Work in pregnancy: its evolving relationship with perinatal outcome (A review)*, in «Social Sciences & Medicine», 22d (4), pp. 431-442.
- Sbisà, M.
1984 *La mamma di carta*, Milano, Emme Edizioni.
1986 *La comprensione del parto*, in Atti del convegno *Il parto tra passato e presente: gesto e parola*, Cagliari, 1985, La Tarantola Edizioni, pp. 61-74.
- Schaffer, H.R. e Emerson, P.
1964 *The development of social attachments in infancy*, in «Monographs of the Society for Research in Child Development», 27, p. 3.
- Shaw, I.
1985 *Reactions to transfer out of a hospital Birth Center: a pilot study*, in «Birth», 12 (5), pp. 147-150.
- Scott-Heyes, G.
1983 *Marital adaptation during pregnancy and after childbirth*, in «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 1, pp. 18-28.
- Scully, D. e Bart, P.
1973 *A funny thing happened on the way to the arifice: women in gynecology textbooks*, in «American Journal of Sociology», 78, pp. 1045-1050.
- Seligman, M.
1974 *Depression and learned helplessness*, in Friedman R. e Katz M. (a cura di), *The Psychology of Depression. Contemporary Theory and Research*, New York, Winston & Sons.
1975 *Helplessness. On Depression, Development and Death*, San Francisco, Freeman & Company.
- Sellitz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. e Cook, S.
1965 *Research Methods in Social Relations*, London, Sage.
- Shearer, M.
1989 *Maternity patients' movements in the United States, 1820-1925*, in Chalmers, Enkin e Keirse [1989, 110-130].
- Sheperd, D.M. e Barraclough, B.M.
1980 *Work and suicide: an empirical investigation*, in «British Journal of Psychiatry», 136, pp. 469-478.
- Shepherd McClain, C.
1990 *The making of a medical tradition: vaginal birth after cesarean*, in «Social Sciences & Medicine», 31 (2), pp. 203-210.
- Shorter, E.
1982 *A History of Women's Body*, New York, Basic Books; trad. it. *Storia del corpo femminile*, Milano, Feltrinelli, 1984.
- Sjoberg, G. e Nott, R.
1968 *A Methodology for Social Research*, New York, Harper & Row.
- Sjolin, S.
1979 *A prospective study of individual courses of breastfeeding*, in «Acta Paediatrica Scandinavica», 68, p. 521.
- Sluckin, W., Herbet, M. e Sluckin, A.
1983 *Maternal Bonding*, Oxford, Blackwell.
- Sprague, J. e Zimmerman, M.
1989 *Quality and quantity: reconstructing feminist methodology*, in «The American Sociologist», 20 (1), pp. 71-86.
- Stark, E. e Flitcraft, A.
1988 *Women and children at risk. a feminist perspective on child abuse*, in «International Journal of Health Services», 18 (1), pp. 97-118.
- Stark, E., Flitcraft, A. e Frazier, W.
1979 *Medicine and patriarchal violence: the social construction*

- of «private» event, in «International Journal of Health Services», 9 (3), pp. 461-483.
- Stein, G.
1980 *The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week*, in «Journal of Psychosomatic Research», 24, pp. 165-171.
- Stein, G., Milton, F., Bebbington, P., Wood, K. e Coppen, A.
1976 *Relationship between mood and free and total plasma tryptophan in postpartum women*, in «British Medical Journal», 2, p. 457.
- Stemp, P.S., Turner, J. e Noh, S.
1986 *Psychological distress in the post-partum period: the significance of social support*, in «Journal of Marriage and the Family», 48, pp. 271-277.
- Stern, G. e Kruckman, L.
1983 *Multi-disciplinary perspective on post-partum depression: an anthropological critique*, in «Social Science and Medicine», 17 (15), pp. 1027-1041.
- Stewart Helton, A. e Goble Snodgrass, F.
1987 *Battering during pregnancy: intervention strategies*, in «Birth», 14 (3), pp. 142-147.
- Stoller Shaw, N.
1974 *Forced Labor*, New York, Pergamon Press.
- Straus, M.A., Gelles, R.J. e Steinmetz, K.
1980 *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*, New York, Doubleday Anchor.
- Strube, M.
1988 *The decision to leave an abusive relationship: empirical evidence and psychological commitment*, in «Psychological Bulletin», 104 (2), pp. 236-250.
- Susser, M.
1981 *Widowhood: a situational life stress or a stressful life event?*, in «American Journal of Public Health», 71 (8), pp. 793-795.
- Szasz, T.
1966 *Il mito della malattia mentale*, Milano, Il Saggiatore.
- The Boston Women's Health Book Collective
1971 *Our bodies, Ourselves*, New York, Simon and Schuster.
- The Population Activities Unit, United Nations Economic Commission for Europe
1985 *Demographic Factors and Women's Health*, Edinburgh, Background Papers, conferenza su *Women and Health*, 25-27 maggio.
- Thirion, T.
1980 *L'allaitement*, Paris, Ramsay.
- Thomas, C.L. e Gordon, J.E.
1959 *Psychosis after childbirth: ecological aspects of a single impact stress*, in «American Journal of Medical Sciences», 238 (3), pp. 365-388.
- Thompson, L. e Walker, A.
1989 *Gender in families: women and men in marriage, work and parenthood*, in «Journal of Marriage and the Family», 51, pp. 845-871.
- Thornton, E.M.
1986 *The Freudian Fallacy. Freud and Cocaine*, London, Paladin.
- Tichané, G.
1980 *Accouche et tais-toi*, Paris, Le Centurion.
- Tierney, D., Rumito, P. e Messing, K.
1990 *«She ate not the bread of idleness». Domestic workload and health status among 539 women hospital workers*, in «Women & Health», 16 (1), pp. 21-42.
- Timpanaro, S.
1974 *Il lapsus freudiano*, Firenze, La Nuova Italia.
- Townsend, P. e Davidson, N.
1982 *Inequalities in Health*, Harmondsworth, Penguin Books.

- Treadway, C.R., Kane, F., Jarrahi-Zadeh, A., e Lipton, M.
1969 *A psychoendocrine study of pregnancy and puerperium*, in «American Journal of Psychiatry», 125, pp. 1380-1386.
- Vandelac, L.
1985 *Le New Deal des rapports hommes-femmes: big deal!*, in Vandelac L., Belisle D., Gauthier A. e Pinard Y., *Du travail et de l'amour*, Montréal, Saint-Martin, pp. 313-366.
- Vandelac, L., Belisle, D., Gauthier, A. e Pinard, Y.
1985 *Du travail et de l'amour*, Montréal, Saint-Martin.
- Van Rillaer, J.
1980 *Les illusions de la psychanalyse*, Bruxelles, Mardaga.
- Wallace, L.
1980 *Psychological preparation as a method of reducing the stress of surgery*, in «Journal of Human Stress», Summer, pp. 62-77.
1986 *Informed consent to elective surgery: the «therapeutic» value?*, in «Social Services & Medicine», 22, pp. 29-33.
- Waring, E.M. e Patton, D.
1984 *Marital intimacy and depression*, in «British Journal of Psychiatry», 145, pp. 641-644.
- Warr, P. e Parry, G.
1982 *Paid employment and women's psychological well being*, in «Psychological Bulletin», 91 (3), pp. 498-516.
- Warren, L.W. e Mc Eachren, L.
1985 *Derived identity and depressive symptomatology of women differing in marital and employment status*, in «Psychology of Women Quarterly», 9 (1), pp. 135-144.
- Watson, F. e Evans, S.
1986 *An example of cross-cultural measurement of psychological symptoms in post-partum mothers*, in «Social Sciences and Medicine», 23 (9), pp. 689-874.

- Watson, J.P., Elliott, S.A., Rugg, A.G. e Brough, D.
1984 *Psychiatric disorder in pregnancy and in the first postnatal year*, in «British Journal of Psychiatry», 144, pp. 453-462.
- Weiss, E. e English, O.S.
1943 *Psychosomatic Medicine*, Philadelphia, Saunders.
- Weissman, M. e Klerman, G.
1977 *Sex differences and epidemiology of depression*, in «Archives of General Psychiatry», 34, pp. 98-110.
- Welburn, V.
1980 *Postnatal Depression*, Glasgow, Fontana.
- West, P.
1990 *The status and validity of accounts obtained at interview: a contrast between two studies of families with a disabled child*, in «Social Sciences & Medicine», 30 (11), pp. 1229-1239.
- Wilson, G.
1986 *Background paper. Conferenza su Housework and Household Production*, Paris, Cnrs, 4 marzo.
- Winikoff, B., Hight Lankaran, V., Myers, D. e Stone, R.
1986 *Dynamics of infant feeding: mothers, professionals and the institutional context in a large urban hospital*, in «Pediatrics», 77 (3), pp. 357-365.
- Winnicott, D.W.
1958 *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, London, trad. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze, Martinelli, 1975.
1962 *The Child and the Outside World*, London, Tavistock.
- Wolkind, S.
1981 *Depression in mothers of young children*, in «Archives of Disease in Childhood», 56, pp. 1-3.
- Wolkind, S. e Zajicek, E.
1981 *Pregnancy: A Psychological Study*, London, Academic Press.

- Wood Sherif, C.
1979 *Bias in psychology*, in Sherman J. e Torton Beck E. (a cura di), *The Prism of Sex. Essays in the Sociology of Knowledge*, Madison, The University of Wisconsin Press.
- Woollett, A., Lyon, L. e White, D.
1983 *The reactions of East London women to medical interventions*, in «Journal of Reproductive and Infant Psychology», 1 (2), pp. 37-46.
- World Health Organization
1985 *Having a baby in Europe*, Copenhagen. Who.
- Yalom, I.D., Linde, D., Mous, R. e Hamburg, D.
1968 «Postpartum blues» syndrome, in «Archives of General Psychiatry», 18, pp. 16-27.
- Yogman, M.
1984 *Competence and performance of fathers and infants*, in MacFarlane J.A. (a cura di), *Progress in Child Health*, London, Churchill Livingstone.
- Zambrana, R., Hurst, M. e Hite, R.
1979 *The working mother in contemporary perspective: a review of the literature*, in «Pediatrics», 64 (6), pp. 862-870.
- Zilloorg, G.
1929 *The dynamics of schizophrenic reactions related to parenthood*, in «American Journal of Psychiatry», 8 (4), pp. 733-67.
1957 *Clinical issues of postpartum psychopathological reactions*, in «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 73, p. 305.
- Zuckerman, B. e Beardlee, R.
1987 *Maternal depression: a concern for pediatricians*, in «Pediatrics», 79 (1), pp. 110-117.

