

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

**DOTTORATO DI RICERCA IN PSICOLOGIA GENERALE E
CLINICA
- XX CICLO -**

**Settore scientifico-disciplinare
M-PSI/08 Psicologia Clinica**

**RELAZIONE GESTANTE-FETO, MODALITÀ DEL PARTO
E SVILUPPO FISICO DEL BAMBINO**

Presentata dalla Dott.ssa Francesca Dabrassi

Coordinatore Dottorato

Relatore

Ch.mo Prof. Bruno Baldaro

Ch.mo Prof. Antonio Imbasciati

Esame Finale Anno 2008

A tutti coloro che hanno saputo credere in me

INDICE

Presentazione.....	1
---------------------------	----------

Capitolo 1

ASPETTI TEORICI.....	3
-----------------------------	----------

- 1.1 Dagli Studi sull'Infant Research a quelli sulla vita prenatale: la relazione
come matrice del futuro sviluppo del bambino
 - 1.1.1 L'attaccamento prenatale
- 1.2 I processi psichici nella gravidanza
- 1.3 Psicosomatica della gravidanza
- 1.4 Parto e puerperio
- 1.5 Le prime interazioni e l'allattamento

Capitolo 2

UN PROGETTO DI RICERCA CHE PARTE DA LONTANO... ..	31
--	-----------

- 2.1 Prima di partire...
- 2.2 La partenza

Capitolo 3

PRIMO STUDIO PRELIMINARE: LE PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DEL “*PRENATAL ATTACHMENT INVENTORY*” (PAI) IN UN CAMPIONE DI GESTANTI ITALIANE.....37

3.1 Introduzione

3.1.1 Il *Prenatal Attachment Inventory* (PAI)

3.1.2 Obiettivo dello studio

3.2 Metodo

3.2.1 Campione

3.2.2 Strumenti

3.2.3 Procedura

3.2.4 Analisi statistiche

3.3 Risultati

3.4 Discussione

Capitolo 4

SECONDO STUDIO PRELIMINARE: LE PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DEL “*MATERNITY SOCIAL SUPPORT SCALE*” (MSSS) IN UN CAMPIONE DI GESTANTI ITALIANE.....57

4.1 Introduzione

4.1.1 Il *Maternity Social Support Scale* (MSSS)

4.1.2 Obiettivo dello studio

4.2 Metodo

- 4.2.1 Campione
- 4.2.2 Strumenti
- 4.2.3 Procedura
- 4.2.4 Analisi statistiche
- 4.3 Risultati
- 4.4 Discussione

Capitolo 5

LA RICERCA LONGITUDINALE: RELAZIONE GESTANTE-FETO, MODALITÀ DEL PARTO E SVILUPPO FISICO DEL BAMBINO77

- 5.1 Introduzione
 - 5.1.1 Obiettivo dello studio
- 5.2 Metodo
 - 5.2.1 Strumenti
 - 5.2.2 Procedura e criteri di scelta per il campione
 - 5.2.3 Campione
 - 5.2.4 Analisi statistiche
- 5.3 Risultati
- 5.4 Discussione
- 5.5 Conclusioni

Glossario dei termini ostetrico-ginecologici.....145

Riferimenti Bibliografici.....155

Appendice.....189

1. Versione italiana del Prenatal Attachment Inventory (PAI)
2. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
3. Versione italiana del Maternity Social Support Scale (MSSS)
4. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)
5. Parental Bonding Instruments (PBI)
6. Scheda socioanagrafica e anamnestica
7. Questionario ricerca longitudinale
8. Documento sulla privacy (L.196/03)
9. Scheda di rilevazione dati sala parto
10. Esempio di intervista telefonica semistrutturata

Ringraziamenti.....209

Presentazione

La presente ricerca ha come oggetto di studio la gravidanza, il parto e il puerperio considerati eventi squisitamente psicosomatici in cui processi psichici, di ordine relazionale, e somatici si influenzano reciprocamente. In questo quadro ci si propone in particolare di indagare quale ruolo possano giocare la relazione che la gestante instaura con il proprio feto durante la gravidanza, la qualità delle relazioni interiorizzate da parte delle donne con i propri genitori, la qualità del supporto sociale (del partner e dei propri genitori) e come questi tre fattori si intrecciano a vicenda condizionandosi reciprocamente, nonché come si correlino con le variabili fisiche della gestazione e del parto. In tale intreccio si è ritenuto utile indagare le eventuali caratteristiche Alessitimiche della personalità della madre stessa rispetto agli eventi psicosomatici considerati.

Il primo capitolo del presente lavoro fa una panoramica di quali sono le basi di partenza da un punto di vista teorico e scientifico partendo dagli studi dell'infant research per arrivare a quelle più recenti del foetal research, che riconoscono nel feto competenze complesse. Si è pertanto passati dalla relazione madre-bambino, considerata dagli anni Cinquanta in poi l'aspetto cruciale per lo sviluppo psicofisico infantile, alla relazione gestante-feto quale matrice del futuro sviluppo. Viene poi introdotto il costrutto dell'attaccamento prenatale definito come l'investimento emotivo della madre verso il proprio bambino.

Nel secondo capitolo si ripercorrono le considerazioni teoriche che hanno portato alla nascita e alla progettazione di questa ricerca, descritta in modo dettagliato nel quinto capitolo.

Nel terzo e nel quarto capitolo si analizzano le proprietà psicometriche dei due questionari che sono stati utilizzati nella ricerca longitudinale. Si tratta del Prenatal Attachment Inventory (PAI) e del Maternity Social Support Scale (MSSS), individuati come strumenti ideali per poter indagare due delle variabili psicologiche considerate tra i principali fattori che influenzano il processo della maternità, di cui non esisteva la versione italiana.

Nel quinto capitolo viene presentata la ricerca longitudinale che si propone di indagare la qualità della relazione gestante-feto nei termini di attaccamento prenatale, la qualità delle relazioni interiorizzate, il livello di alessitimia e il sostegno sociale della donna stessa in relazione all'andamento del parto e del puerperio e del primo sviluppo del bimbo.

Infine, si è stato un glossario relativo ai termini puramente ostetrico-ginecologici, in modo da poter accompagnare la comprensione di quegli indici che sono propri del partogramma, e un'appendice in cui è possibile prendere visione degli strumenti scelti per le diverse fasi della ricerca longitudinale.

Capitolo 1

ASPETTI TEORICI

1.1 Dagli studi sull'Infant Research a quelli sulla vita prenatale: la relazione come matrice del futuro sviluppo del bambino

Per lungo tempo il neonato è stato considerato come un organismo relativamente passivo con una “ronzante e pullulante confusione” (James, 1890) nella mente. Freud (1905) stesso descriveva lo sviluppo del bambino come una sequenza di fasi che vanno da una condizione di assoluta dipendenza dall'oggetto ad una progressiva autonomia rispetto ai suoi oggetti primari. È stato Fairbairn (1954) a sottolineare per primo come il bambino entra in relazione con le sue figure di accudimento non tanto per cercare la soddisfazione del piacere, come affermava Freud¹ (1905), quanto per la ricerca dell'“oggetto” in sé.

Pertanto, l'immagine del “neonato passivo” è stata sostituita da quella di un “neonato competente”, questo anche grazie allo sviluppo negli ultimi decenni dell'*Infant Research* che ha messo in evidenza non solo le sua capacità di elaborare informazioni provenienti dalla realtà esterna (Piaget, 1923, 1936), ma anche quella di creare o mantenere situazioni di interazione con la sua figura di accudimento, solitamente la madre (Stern, 1974).

¹ Ricordiamo che Freud (1905) concepiva il legame con la madre come frutto di una spinta motivazionale secondaria alle proprie motivazioni primarie. Secondo l'autore il neonato può investire la madre di pulsioni libidiche e aggressive solo se prima ha soddisfatto i suoi bisogni fisiologici.

La prima concezione, rimasta in auge fino a qualche decennio fa, poneva la mente come “data dalla natura”, dovuta alla maturazione del sistema nervoso, la cui origine era posta con l’acquisizione del linguaggio. Ora invece, partendo dagli studi sopraccitati e da numerose ricerche di neuroimaging che si sono susseguite negli anni, è condivisa l’idea che la maturazione è un processo che avviene solo a seguito all’esperienza e che è la qualità dell’esperienza stessa a determinare il tipo di sviluppo (Imbasciati, 1998, 2007a). La genetica determina la macromorfologia del cervello, ma la sua micromorfologia e la sua fisiologia dipendono dal tipo di esperienza che è stata assimilata. Pertanto la ricerca ha dovuto prendere in considerazione gli studi relativi all’apprendimento che hanno evidenziato non solo che si apprende quanto è stato prima selezionato e modulato dall’“apparato che apprende” (Bion, 1962a), ma che è l’ambiente interpersonale, in particolare la madre, a svolgere la funzione primaria per l’apprendimento.

Bion (1962a) ha messo in evidenza questa capacità della madre con il suo concetto di *rêverie materna*, considerato dall’autore indispensabile affinché la madre possa cogliere i sentimenti del piccolo, farli propri e attribuire loro un significato. È in questo modo che la madre restituisce al bambino un modo di elaborare la situazione che egli sta vivendo: in altri termini, attraverso la sua struttura psichica la madre gli sta insegnando a pensare. Ma per fare questo la madre deve essere in grado di rappresentare già nella propria mente gli stati del bambino: si tratta di una capacità che viene chiamata “funzione riflessiva” (Fonagy, Target, 2001) o “mentalizzazione” (Marty, de M’Uzan, 1963), senza la quale il bambino sperimenterebbe “cose che non hanno senso” in uno stato di

“terrore senza nome” (Bion, 1962b). Anche Winnicott (1989) ha sottolineato come “lo sviluppo non si deve all’opera di una tendenza ereditaria [...], ma ha luogo perché il bambino incontra il comportamento adattivo della madre o di un suo sostituto” (Della Vedova, Imbasciati, 2005). Famosa è la frase *“Il bambino piccolo non può esistere da solo, ma è fundamentalmente parte di una relazione”* (Winnicott, 1965).

Anche dagli studi che si sono susseguiti, provenienti per la maggior parte dalla *teoria dell’attaccamento* (Bowlby, 1969, 1973, 1980), emerge come la relazione madre-bambino sia la base della costituzione di quella rappresentazione mentale di base di “sé in relazione con l’altro” (*Modelli Operativi Interni, MOI* – Bowlby, 1988), rappresentazione che indirizzerà il modo in cui l’individuo affronterà il mondo e le sue relazioni future.

Emerge pertanto tutta la pregnanza delle relazioni del bambino con le prime figure di attaccamento, in particolare l’idea che sia la struttura psichica della madre a determinare la prima struttura psichica del bambino, “insegnandogli a imparare” e insegnandogli i particolari modi con cui imparerà.

A partire dagli anni Settanta si è scoperto che già a livello di gestazione il feto è provvisto di competenze sensoriali, percettive, mnestiche, motorie molto sviluppate. Pertanto, si è fatta risalire l’origine della funzione trasformatrice ed ordinatrice della madre, che è alla base della relazione madre-bambino, al periodo della gravidanza. La relazione di continuità tra quella che è stata la nostra vita prenatale e la successiva vita neonatale d’altronde è sempre stata oggetto di riflessione (Ferenczi, 1914; Rank, 1924). Freud (1925) stesso affermava che c’è “molta più continuità fra la vita intrauterina e la primissima

infanzia di quanto l'impressionante cesura dell'atto della nascita ci lascerebbe supporre". Secondo questa concezione le competenze presenti alla nascita deriverebbero da primari apprendimenti prenatali (Della Vedova, Imbasciati, 2005).

Nell'ambiente uterino il feto acquisisce una maturazione sensoriale e percettiva, connessa strettamente alla maturazione degli stati affettivi² (per una rassegna si veda: Piontelli, 1992; Della Vedova, Imbasciati, 1998; Righetti, Sette, 2000; Manfredi, Imbasciati, 2004; Della Vedova, Imbasciati, 2005; Righetti, 2007). Già nel 1965 si scriveva che il feto non riceve solo influssi metabolici ed eventuali agenti infettivi dalla madre, ma è soggetto anche ai suoi vissuti emozionali a cui è in grado di reagire (Sontag, 1965). Oggi sappiamo che questi e quelli sono reciprocamente correlati.

1.1.1 L'attaccamento prenatale

Come abbiamo visto è da circa un secolo che si sta studiando l'importanza della relazione tra genitori e bambino per lo sviluppo di quest'ultimo, in particolare grazie alle osservazioni cliniche di stampo psicoanalitico (Ferenczi, 1929; Winnicott, 1958; Mahler e coll., 1975) e agli approcci più attuali dell'Infant Research (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Main, Kaplan, Cassidy, 1985, cit. in Bowlby, 1988; Stern, 1974, 1995; Sameroff e Emde, 1989; Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warnery, 1999; Fonagy e Target, 2001; Imbasciati, 2004).

² Ricordiamo gli studi condotti da Romana Negri (2000) che sottolinea come durante la vita fetale non si assiste solamente alla maturazione degli organi di senso, ma anche di quelli deputati all'affettività, come l'ippocampo.

Tutti questi approcci hanno messo in luce in particolare il legame che si forma tra il bambino e la sua figura di accudimento, mettendo in luce in particolare il bambino. Per esempio, l'attaccamento è stato descritto come la "tendenza innata da parte dei bambini di creare legami affettivi privilegiati con almeno una persona adulta (il caregiver) che si prende cura di loro a partire dal momento della nascita" (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Lo studio delle modalità con cui i bambini sviluppano questo legame nei confronti del loro caregiver ne ha identificati di due tipi principali: sicuro e insicuro (Ainsworth e coll., 1978). I primi sarebbero quei bambini in grado di utilizzare la madre (il caregiver) come "base sicura" (Ainsworth, 1985) e permettersi di esplorare l'ambiente circostante, sono quei bambini che piangono al momento della separazione, ma che sanno poi consolarsi al momento della riunione per poi tornare a giocare. I secondi, invece, sono quei bambini che esplorano poco l'ambiente e sono ansiosi con un estraneo presente, anche se c'è vicino il caregiver; inoltre, sono angosciati al momento della separazione e non sono consolabili al momento della riunione. Sulla base dei comportamenti interattivi esperiti, i bambini si costruirebbero una sorta di "rappresentazioni" mentali primarie, i cosiddetti *modelli operativi interni* (MOI) che regoleranno le sue peculiari modalità interattive e quindi i suoi modi relazionali di apprendimento: la relazionalità in questo modo si iscriverebbe nelle strutture più stabili e automatizzate e andrà a influenzare e regolare le condotte future (Dabracchi, Imbasciati, 2007). I modelli operativi interni derivano, quindi, dall'interiorizzazione delle esperienze ripetute con le figure di attaccamento e la qualità della loro organizzazione dipende dalla qualità delle cure ricevute durante l'infanzia. Nel pattern di attaccamento

sicuro, i modelli operativi interni si costituirebbero a partire dalla rappresentazione della figura di attaccamento come disponibile a rispondere in modo positivo e coerente alle richieste di aiuto e conforto. Di conseguenza, la rappresentazione del Sé in questo caso viene ad essere caratterizzata dal sentirsi degno di amore e dalla percezione che le proprie esigenze e i propri bisogni hanno un valore e un significato e possono essere “raccolte” da qualcuno. All’opposto, nei pattern insicuri, i modelli operativi interni si costituirebbero a partire dalla rappresentazione della figura di attaccamento come non disponibile alle richieste di aiuto e conforto, una figura che lo rifiuta, che resta distante e, alcune volte, persino ostile. In modo corrispondente a questa rappresentazione, il bambino si costruirebbe un’immagine del Sé non meritevole di amore, di attenzione e di affetto. Bambini che possiedono un modello interno così formato, non saranno capaci di esprimere in modo appropriato e nel momento giusto le loro emozioni e percepiranno il mondo come avverso o, comunque, poco “sorridente” (Zimmermann e Grossmann, 1994). In realtà la struttura che costituisce i modelli operativi interni non dipende esclusivamente dalla qualità delle cure ricevute, ovvero dal comportamento delle figure di attaccamento, ma in modo più complesso dai significati che queste veicolano con le loro condotte, cioè da qualcosa che appartiene alle strutture della figura di attaccamento e secondariamente ne condiziona la condotta.

Mentre la teoria dell’attaccamento neonatale pone l’accento sul bambino, la teoria dell’*attaccamento prenatale* si interessa invece del tipo di investimento affettivo che i genitori hanno verso il bambino che attendono, investimento che

nasce e si sviluppa durante le fasi della gravidanza. A dire il vero, prima ancora che il costrutto fosse delineato, la letteratura, in particolare quella psicoanalitica, si era già interessata di quest'area di ricerca in quanto riteneva che la relazione di attaccamento neonatale affondasse le proprie radici in quella "area di pensiero" che i genitori dedicano al bambino non ancora nato. Infatti, studiando i processi psichici che avvengono in gravidanza e le fasi che la caratterizzano, si è visto come essi siano strettamente connessi all'investimento affettivo verso il feto (si veda paragrafo 1.2). Però è solo dagli anni Settanta che si iniziano ad avere studi sistematici relativi alle rappresentazioni e alle fantasie che la donna sviluppa in gravidanza nei confronti del bambino che sta aspettando. Ad esempio, alcuni studi (Lumley, 1982; Perry, 1983; Vaughn e coll., 1987; Zeanah e Barton, 1989) affermano che intorno alla 36^{esima} settimana di gestazione le madri sviluppano un'immagine relativa al temperamento del proprio bambino basandosi sulle proprie fantasie e emozioni. Altri studi (Zeanah e coll., 1986) hanno messo in luce come questo derivi dall'esperienze dei rapporti con i propri genitori. Anche le ricerche condotte da Raphael-Leff (1991) mettono in evidenza come a partire dal secondo trimestre di gravidanza le donne hanno una rappresentazione ben definita del "bambino in pancia", comunicano con lui, si toccano la pancia alla ricerca di quella "sintonizzazione affettiva" (Stern, 1988) che Winnicott ha definito "preoccupazione materna primaria" (Winnicott, 1958). Questa particolare forma di investimento affettivo, che i genitori sviluppano verso il bambino in utero, si consolida durante il periodo della gravidanza e getta le basi per il rapporto futuro dei genitori con il proprio bambino.

È a partire dagli anni Ottanta che alcuni studiosi indagano, oggi in modo sistematico, alcune forme di questa relazione prenatale denominata “attaccamento prenatale”. In particolare, è stato osservato che la gravidanza comporta una serie di cambiamenti fisici e psichici accompagnati proprio dalla nascita e lo sviluppo di queste rappresentazioni mentali relative al bambino in arrivo e di sé come genitori. Gli studi relativi al costrutto hanno permesso anche di rilevare come questo processo non avvenga in modo uguale per tutte: infatti vi è una percentuale di donne in cui è stato rilevato un livello di investimento affettivo basso, risultato che sembra essere predittivo della relazione madre-bambino anche dopo la nascita (Leifer, 1977; Condon e Dunn; 1988; Siddiqui e coll., 2000; Quinlivan e Evans, 2005). Sulla base di tali studi si è cercato di costruire strumenti in grado di rilevare sperimentalmente la qualità del legame dell’attaccamento prenatale, ma un conto sono le osservazioni cliniche che si possono fare e un conto è l’uso di questionari, che per la loro stessa natura hanno dei limiti. Oltretutto, se si considera il fatto che si sta parlando di eventi di natura emotiva, il discorso è ancora più complesso: sappiamo che questi sono, per la maggior parte, inconsapevoli e sono mediati dalla comunicazione non verbale, in quanto tale difficilmente rilevabili con questionari. È anche vero che spesso la situazione di ricerca non permette scelte diverse e per la disponibilità di tempo da parte dei soggetti e per l’organizzazione con il luogo di reclutamento.

Nel 1981 Cranley fu la prima a definire l’“attaccamento materno-fetale” come la misura in cui la donna manifesta comportamenti che rappresentano interazione e coinvolgimento affettivo verso il bambino che attende. Attualmente

in letteratura esistono tre strumenti: il Maternal Fetal Attachment Scale (MFAS; Cranley, 1981), il Maternal Emotional Attachment Scale (MAEAS; Condon, 1993), il Prenatal Attachment Inventory (PAI; Müller, 1993). Si tratta di scale di tipo autovalutativo con cui viene rilevata la presenza di comportamenti, atteggiamenti, emozioni e affetti nei confronti del feto (per una rassegna più dettagliata si veda il cap. 2 e Della Vedova, 2005, 2007). Un limite di tali strumenti è che non sono in grado di rilevare da soli la complessità degli aspetti che caratterizzano la relazione gestante-feto, ma misurano unicamente aspetti parziali come la qualità e la quantità degli affetti e dei pensieri rivolti verso il bambino atteso.

La maggior parte degli studi svolti indica che l'attaccamento prenatale aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza, in particolare a partire dal secondo trimestre di gestazione con la percezione dei primi movimenti fetali (Laxton-Kane e Slade, 2002; Cannella, 2005). Ma questo tipo di investimento che sembra pertanto essere legato alla percezione del feto, in realtà è stato evidenziato anche nel primo trimestre in donne che si sottoponevano a diagnosi prenatale (Caccia e coll., 1991). Comunque, il ruolo che può avere il fatto di vedere il proprio bambino in ecografia è stato studiato da diversi studi con risultati discordanti (Garcia e coll., 2002; Righetti e coll., 2005; Rustico e coll., 2005). Relativamente allo screening prenatale è stato riscontrato che donne che alla 16^{esima} settimana di gestazione si sottoponevano ad amniocentesi avevano un attaccamento minore rispetto alle donne che nello stesso periodo facevano solo un'ecografia (Heidrich, Cranley, 1989). È stata studiata anche l'influenza di fattori di rischio per la gravidanza e la presenza di

patologie organiche, quali il diabete gestazionale (Laxton-Kane, Slade, 2002): non sono stati trovate associazioni significative.

Altri fattori che sembrano essere correlati con l'attaccamento prenatale riguardano variabili psicosociali. Ad esempio sembra che il sostegno sociale, in particolare quello sanitario, sia positivamente correlato al livello di attaccamento prenatale (Cranley, 1981, 1984; Condon e Corkindale, 1997), ma solo nel gruppo di gestanti con gravidanza a basso rischio e non in quelle con gravidanza ad alto rischio (Mercer e coll., 1988). Questo dato non è stato però confermato da altri studi relativi a donne ospedalizzate (Curry, 1987) o a giovani adolescenti (Koniak-Griffin e coll., 1993). Invece sembra che una relazione soddisfacente con il padre del bambino sia positivamente correlata con l'attaccamento al feto in particolare nel primo trimestre di gravidanza (Bloom, 1997). Inoltre sembra anche che relazioni affettive di tipo positivo con la propria madre siano predittive di un buon sviluppo del legame di attaccamento sia nelle adolescenti (Wayland e Tate, 1993; Bloom, 1995) che in donne ospedalizzate (Curry, 1987). Altri studi, che hanno studiato il clima familiare, hanno rilevato che là dove c'è una maggiore capacità di empatia e di sostegno tra i familiari c'è anche una maggiore probabilità che sviluppi un legame di attaccamento da parte della gestante nei confronti del proprio bambino (Fuller e coll., 1993; Wilson e coll., 2000), in particolare se quest'ultima ha interiorizzato uno stile di attaccamento sicuro (Mikulincer e Florian, 1999).

Infine, per quanto riguarda quale ruolo giocano i fattori psicopatologici relativi alla madre sull'instaurarsi del legame di attaccamento, come per esempio la presenza di sintomi depressivi, vi sono risultati discordanti: da un

lato negli studi di Mercer e collaboratori (1988) e di Condon e Corkindale (1997) sembra che sia associato un basso attaccamento materno, dall'altro nello studio di Priel e Besser (1999) hanno trovato comunque un'associazione tra attaccamento rilevato nell'ultimo trimestre di gravidanza e la presenza di sintomi depressivi nelle prime otto settimane dopo il parto. Un altro studio ancora (Honjo e coll., 2003) non ha trovato nessun tipo di associazione.

Per quanto riguarda gli stati di ansia e di stress materno, anche in questo caso si hanno risultati discordi: Gaffney (1986) e Cranley (1981) trovano per esempio che sono predittivi di un basso attaccamento, Cannella (2005) non conferma questo dato. È stato inoltre trovato che donne, a cui erano stati diagnosticati disturbi della personalità, avevano un punteggio di attaccamento verso il feto molto più basso (Pollock e Percy, 1999), così come è stato riscontrato con gestanti tossicodipendenti (Mikhail e coll., 1995) che difficilmente hanno la possibilità di sviluppare un attaccamento neonatale dopo il parto (Quinlivan e Evans, 2005). Al contrario di queste ultime che sappiamo avere un interesse maggiore per se stesse e per le sostanze che per il feto, invece le donne che hanno maggiore interesse alle cure prenatali e al benessere del bambino atteso sono anche quelle che mostrano punteggi più alti nell'attaccamento materno-fetale (Lindgren, 2001). Anche le donne che affermano di voler allattare i loro bambini dopo la nascita mostrano punteggi superiori (Foster e coll., 1996) così come in quelle che volevano conoscere il sesso del bambino (Wu, Elchmann, 1988). Invece non sono state riscontrate differenze significative tra donne che hanno preso parte ai corsi di

accompagnamento alla nascita rispetto a chi non ha partecipato (Cannella, 2005).

Infine, sono stati indagati anche i fattori più di tipo demografico ed è emerso che l'età della madre sembra non influire sul livello di investimento affettivo (Bloom, 1995; Cannella, 2005), anche se uno studio ha riscontrato che le donne con un'età superiore ai 35 anni mostravano minore attaccamento al feto nel primo trimestre di gravidanza di donne con età compresa tra i 20 e i 29 anni (Berryman, Windridge, 1996), ma forse questo risultato è più legato alla possibilità di perdere il bambino che all'età stessa. A questo proposito è stato riscontrato che gestanti con esperienze di aborti hanno un livello di attaccamento materno-fetale minore rispetto al gruppo di controllo (Armstrong e Hulti, 1998). Per quanto riguarda il numero di figli, Pascoe e i suoi colleghi (1995) hanno trovato un attaccamento maggiore nelle primigravide rispetto a quelle con altri figli, risultato non confermato da altri studi (Condon, Esuvaranathan, 1990; Berryman, Windridge, 1996). Inoltre, è emerso che se il livello di istruzione non sembra avere un ruolo sull'attaccamento (Mercer e coll., 1988), lo stato civile sì: le donne sposate o con una relazione stabile alle spalle mostrano livelli di attaccamento maggiori rispetto alle donne sole (Wayland e Tate, 1993).

I risultati contrastanti che sono stati trovati dai diversi studi sottolineano una volta di più la complessità di rapportare le osservazioni cliniche, soprattutto quelle ad orientamento psicoanalitico, con costrutti che siano poi misurabili con strumenti validi e affidabili.

1.2 I processi psichici nella gravidanza

Come abbiamo visto l'area di ricerca che ha come oggetto di studio la relazione prenatale che nasce tra una madre verso il suo bambino atteso affonda le sue radici nello studio dei processi psichici della gravidanza.

I primi studi si sono svolti all'interno del quadro del metodo e delle teorie psicoanalitiche, interessate al significato che il desiderio di maternità riveste per la donna (Freud, 1915, 1931, 1932; Deutsch, 1945; Benedek, 1956, 1960). Freud inizialmente colloca il desiderio di maternità nel quadro della situazione edipica (Freud, 1915) e solo successivamente a quello preedipico (Freud, 1931, 1932). In ogni caso la motivazione inconscia sottostante è secondo l'autore relativo al desiderio di "sostituire quel pene che non ha mai avuto". La Deutsch (1945) e la Benedek (1956, 1960) attribuiscono invece il desiderio di procreazione alla peculiare funzione ricettiva della psiche femminile.

La gravidanza è definita, in ogni modo, come un periodo di "crisi evolutiva" in cui avvengono processi di integrazione e rielaborazione delle esperienze passate (Bibring, 1959, 1961). La crisi può essere vista nelle sue connotazioni positive di maturazione, ma anche nella sua valenza di vulnerabilità che lascia spazio a possibili rischi sul piano psicologico. In questo secondo caso è probabile che donne, che non hanno raggiunto una loro autonomia e una differenziazione dei propri confini personali e del proprio spazio interno, vivano il periodo della gravidanza come un momento di difficoltà caratterizzato da ansia per il proprio corpo, per il feto, per il parto e per il futuro rapporto con il

bambino. In questo caso si possono presentare scompensi psicopatologici che si ripercuotono sia sullo sviluppo psicologico che somatico del bambino.

La Breen (1992) e la Pines (1972, 1980) sottolineano proprio questo aspetto della gravidanza, il fatto che sia un periodo di riflessione e di rielaborazione soprattutto del proprio passato, in particolare dei vissuti reali e fantasmatici con la propria madre. A seconda di queste vicissitudini relative alle proprie figure genitoriali e della capacità o meno di rielaborare ulteriormente il processo di separazione-individuazione con la propria madre, ogni donna vivrà diversamente la propria gravidanza. Per completare con successo questo processo di individuazione di se stessa come donna e come madre, la gravidanza comporta una serie di modificazioni somatiche e psichiche che l'aiutano in questo processo. La duplice esperienza sul versante somatico e psichico è osservabile nelle "oscillazioni identificatorie presenti in gravidanza, che si presentano nella donna come una tendenza da una parte a ripiegarsi su se stessa e a ritirarsi con il feto, e dall'altra a identificarsi con una madre sollecita che saprà prendersi cura del proprio bambino" (Ammaniti e coll., 1995). È in relazione all'identificazione con la propria madre che si può leggere la distinzione tra desiderio di maternità e quello di gravidanza: il primo si riferisce al bisogno narcisistico di vedere che il proprio corpo funziona come quello della madre, il secondo alla disponibilità a occuparsi e prendersi cura del bambino (Pines, 1982, 1988).

Inoltre, sono state studiate individuate diverse fasi psicologiche che la donna attraversa nel corso della gravidanza stessa. In particolare sono state distinte due fasi fondamentali (Bibring, 1959, 1961): la prima, che va dal

concepimento alla percezione dei primi movimenti fetali, è caratterizzata dall'accettazione dell'embrione prima e del feto poi, come parte integrante de sé e pertanto a vivere questa fusione; la seconda, che va dalla percezione dei primi movimenti fetali e arriva al parto, è caratterizzata da un processo psichico di riorganizzazione che la donna deve fare per prepararsi a quella separazione che ci sarà con il parto. La Pines (1972, 1982) evidenzia la stretta associazione tra le fantasie della donna e gli eventi somatici che caratterizzano le diverse fasi della gravidanza. Nel primo si ha una polarizzazione su di sé, accompagnata da uno stato di regressione e da un'accresciuta passività, in relazione anche alle modificazioni ormonali. Spesso, infatti, compaiono quei "malesseri della gravidanza" che sono veri e propri sintomi psicosomatici, espressione di conflitti e ambivalenze nei confronti della gravidanza e del feto. Ad esempio, il vomito può rappresentare un tentativo inconscio da parte della donna di espellere l'embrione e ritornare alla condizione precedente. Nel secondo stadio il feto è percepito in modo progressivamente differenziato e viene riconosciuto come un'entità distinta da sé. Questo provoca nella donna profonde ansie di perdita. La Pines identifica anche un terzo stadio, che comprende gli ultimi momenti prima del parto, in cui sono presenti ansie relative all'integrità del bambino, e un quarto stadio che è quello appena dopo il parto.

Raphael-Leff (1980) propone invece tre periodi: uno relativo all'inizio della gravidanza, chiamato "inattività vigile", in cui la donna cerca di minimizzare il proprio disorientamento dovuto alla nuova condizione e di raggiungere uno stato di benessere per poi, in un secondo momento, accettare il feto come parte di sé e vivere con lui un'unione simbiotica; il secondo, definito come simile ad

uno “schiudersi”, è quello relativo alla percezione e individuazione del feto nella mente che le permette di differenziarlo da sé; il terzo che si conclude con il parto e la nascita è caratterizzato da una sorta di “riavvicinamento” della madre al proprio bambino.

Infine sono stati messi in luce diversi stili materni che influenzano non solo le fantasie, le rappresentazioni, le convinzioni e le aspettative in gravidanza, ma anche la stessa relazione precoce madre-bambino. Raphael-Leff (1983, 1985, 1986) in questo senso distingue una madre “facilitante” da una madre “regolatrice”. La prima è quella che considera la maternità come un’esperienza che fa parte della sua identità femminile e in quanto tale viene vissuta con tranquillità lasciandosi trasportare nelle diverse fasi che il processo comporta: prima la regressione con l’unione fusionale con il feto, poi la percezione dei movimenti fetali che la portano a vivere il feto come differenziato, la differenziazione dalla propria madre e la creazione di una propria identità di madre; infine, l’investimento affettivo sempre maggiore nei confronti del bambino in pancia che la portano a dialogare con lui, ad attribuirgli delle caratteristiche personali. Di solito sono donne che mostrano con orgoglio le modificazioni che la gravidanza comporta, si preparano al parto e alla nascita del bambino, magari partecipando a dei corsi di accompagnamento alla nascita, e con l’idea di allattarlo e curarlo il più possibile. La madre “regolatrice”, invece, considera la gravidanza come un passaggio obbligato per avere un bambino e non accetta le modificazioni corporee che esso comporta. Resiste alla disorganizzazione psicologica che abbiamo visto essere parte normale del processo della maternità, rinforzando le proprie difese psichiche e le proprie

razionalizzazioni. Vive il bambino in pancia come un intruso che vuole cambiarle la vita e i suoi movimenti fetali sono avvertiti come una presenza estranea. L'investimento affettivo e le fantasie sul feto sono limitate. La madre attende con ansia che la gravidanza si concluda il prima possibile e ha paure eccessive rispetto al parto, dovute probabilmente ad un'insufficiente elaborazione delle proprie ambivalenze. Il parto è, infatti, spesso vissuto come un'esperienza minacciosa che deve essere programmata, spesso con la richieste di tecniche di induzione se non di tagli cesarei.

1.3 Psicosomatica della gravidanza

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, la gravidanza rappresenta un momento critico per una donna, un momento di trasformazione sia fisica che emotiva, in cui processi intrapsichici e fattori endogeni si intrecciano a vicenda. I processi psichici modulano i meccanismi biologici che si innescano con il concepimento, ma le modificazioni fisiologiche conseguenti che interessano tutti gli organi e i tessuti dell'organismo comportano, a loro volta, una modulazione dei processi psichici elaborati nella struttura della mente (versante somatopsichico) che, ancora a loro volta, si ripercuotono di nuovo sul soma (versante psicosomatico). Ogni volta che l'unità dello schema corporeo è messa in crisi, lo stesso accade anche per l'identità psichica stessa del soggetto. Se una donna, che vede la propria immagine corporea modificarsi durante la gravidanza, non ha una rappresentazione interiorizzata e stabile di essa, è probabile che nella gestazione o al momento del parto manifesti disturbi psichici

anche di rilievo; ad esempio gestosi e psicosi puerperali. Inoltre, sappiamo anche che le problematiche di origine psichica si ripercuotono sul benessere fetale: maggiore attività fetale in utero, e nella madre irritabilità, sindromi gastrointestinali, tachicardia e modificazioni del quadro respiratorio. Ad esempio, un forte stato ansioso materno può dare origine ad una vasocostrizione uterina, mediata da una stimolazione di neurotrasmettitori, che potrebbe comportare un ritardo di crescita fetale, secondario ad asfissia cronica (Myers, 1979).

Una rilevante componente psicosomatica viene riconosciuta in alcune sintomatologie e patologie riscontrabili in gravidanza (Maggioni, Mimoun, 2003): l'ipersonnia, l'iperemesi, la pseudociesi, l'aborto e la gestosi.

L'*ipersonnia*, relativa al primo trimestre di gravidanza, viene correlata all'effetto ipnogeno del progesterone che sarebbe dovuta ad una regressione psichica e ad una identificazione con il feto (Maggioni, 2004). La sensazione di stanchezza e di fatica che viene rilevata in gravidanza deve essere considerata in relazione all'adattamento psico-fisico che richiede la gravidanza stessa.

L'*emesi* (vomito) è caratteristica del primo periodo della gravidanza, in particolare al mattino, ed è considerato dipendente da un'iperexcitabilità del sistema vegetativo su base ormonale. Tale squilibrio sarebbe anche in questo caso dovuto a fattori psichici: infatti è stata osservata la comparsa di nausea e vomito anche nei casi di gravidanza immaginaria, dopo la mancanza di ciclo mestruale, anch'esso di tipo psicogeno. A volte le ambivalenze e i conflitti relativi al desiderio di un figlio o meno non riguardano solo l'intrapsichico della donna, ma anche l'ambiente familiare e coniugale che può essere percepito

come ostile alla gravidanza. Abbiamo visto che anche la Deutsch (1945) e la Benedek (1952) considerano questo tipo di sintomatologia (nausea e vomito) legata a istanze emotive che si oppongono alla gravidanza e alla presenza del feto. Inoltre la loro scomparsa dopo il quarto mese dovrebbe essere dovuta al fatto che la madre inizia a sentire i primi movimenti fetali e, quindi, a considerare il feto come parte di sé. Pertanto, possiamo dire che se questi sintomi si mantengono entro certi limiti, possono essere considerati normali; è solo quando li superano che acquistano caratteri di una sindrome patologica, chiamata *iperemesi gravidica*. Il fenomeno, mediato da variazioni ormonali, metaboliche e comunque umorali, sarebbe espressione di una conflittualità tra desiderio e rifiuto della gravidanza. È stata riscontrata una maggiore presenza di iperemesi gravidica in donne che presentano maggiori livelli di ansia e di alessitimia (Tempfer, Froelich, Seidl, 1979). Altre manifestazioni sintomatologiche con caratteristiche di oralità che si manifestano durante la prima metà della gravidanza sono le cosiddette “voglie”, accompagnate a momenti di fame intensa o a periodici completa mancanza di appetito. Sempre secondo la Deutsch (1945) questi sintomi l’ambivalenza della donna di voler espellere e nello stesso tempo proteggere l’embrione.

La *pseudociesi* è la cosiddetta gravidanza immaginaria, originata dal desiderio di maternità, di solito accompagnata di solito da anoressia, lipotimie, vomito e nausea che comporta un intenso disagio emotivo nel contesto personale e sociale che, a sua volta, intensifica lo squilibrio funzionale degli organi. In questa sindrome si osservano tutte le funzioni della gestazione, dalle modificazioni utero-ovariche all’inturgidimento delle mammelle, sino alla

secrezione di latte, all'iperemesi, alle modificazioni endocrine (Piscicelli, 1979). Si ha invece una gravidanza negata quando, nonostante le trasformazioni somatiche, la donna assume un atteggiamento ostinato di negazione di quanto sta accadendo dentro di lei (Acciaro, 1985). Questa negazione può rappresentare la manifestazione di un conflitto tra desiderio e rifiuto, una difficoltà ad accettare la realtà di diventare madri. Di solito queste sindromi sono associate a disfunzioni psichiche molto complesse.

Si definisce *aborto* un'interruzione della gravidanza che avviene prima della 22^{esima} settimana di gestazione, aborto tardivo se avviene tra la 22^{esima} e la 28^{esima} settimana, aborto prematuro se avviene dopo la 28^{esima}. La maggior parte degli aborti spontanei, spesso confusi con mestruazioni ritardate e abbondanti, avviene nelle prime settimane di gestazione. Comunque, di solito si presentano più spesso prima del quarto mese e sono spesso accompagnati dalla liberazione di prostoglandine specifiche prodotte localmente dall'utero, prima che la placenta produca progesterone. Molti autori (Mann, 1956, 1957; Weil e Tupper, 1960) considerano l'aborto spontaneo come un evento psicosomatico correlato a conflittualità psichiche che trovano espressione nell'utero. Nel caso che l'aborto sia provocato è importante capire quali sono gli aspetti psichici e sociali che hanno portato a questa decisione. Di solito, a parte i casi in cui l'aspetto socio-culturale è evidente, sono donne che sono a conoscenza dei metodi contraccettivi, ma hanno una forte resistenza rispetto al loro uso. È come se queste donne volessero "rimanere incinte" per avere una conferma della loro capacità riproduttiva, ma non volessero poi il figlio: si tratta

di quelle gravidanze definite senza maternità e che spesso riguardano le adolescenti (Pasini, 1975; Baldaro Verde, 1987).

Ci sono anche i casi di *parto pretermine* che si riscontrano soprattutto in primipare con una storia alle spalle di aborti pregressi, che vivono forti vissuti di paura di perdere il bambino e si sentono incapaci di “trattenere dentro di sé” il feto (Riva Crugnola, 1987). Di solito sono donne che non sono state capaci di fantasticare e rappresentarsi il bambino, che è stato immaginato sempre come altro da sé. In questo senso, il parto anticipato viene vissuto dalle donne come un’esperienza mai avvenuta, un compito rimasto incompiuto. Sono donne che non hanno modo di farsi carico dell’identità materna e questo si esprime nel post-partum con un atteggiamento svalutativo nei confronti del codice materno e positivo verso la tecnicizzazione (come le cure intensive, le incubatrici e via dicendo) che può sostenerle e che può prendersi cura del bambino al posto loro.

Infine, la *gestosi* viene definita come una sindrome multifattoriale che si manifesta nel terzo trimestre di gravidanza caratterizzata da edemi, proteinuria, ipertensione (Pancheri, 1984). Nei casi più gravi possono presentarsi crisi convulsive (eclampsia), se non addirittura morte della paziente e del bambino. La patogenesi di questa sindrome non è ancora definita, anche se sembra avere carattere concausale: più spesso ischemia placentare e/o eccesso di alcuni corticosteroidi. Per quanto riguarda l’eziologia, sono state avanzate diverse ipotesi, anche se quella che sta prendendo maggiore sopravvento è quella psicosomatica: una situazione psichica, caratterizzata in particolare da forte ansia, può essere causa di una abnorme stimolazione simpatica, la quale

a sua volta provoca una vasocostrizione dei vasi uterini o altri eventi nel corpo materno (Myers, 1979), con conseguente ritardo della crescita fetale e/o morte intrauterina. È stato anche riscontrato che la gestosi si presenta in particolare in gravide che presentano maggiori disturbi psichici o con rapporti di coppia insoddisfacenti. In particolare sono donne ansiose, non in grado di rapportarsi con il loro problema o di verbalizzare le ansie e le paure che provano: cioè, con tratti Alessitimici.

In conclusione, possiamo dire che rimane ancora aperta la questione relativa all'incidenza delle emozioni in gravidanza (Maggioni, Mimoun, 2003): particolari e difficili elaborazioni delle emozioni possono essere all'origine della maggior parte delle patologie gravidiche.

1.4 Parto e puerperio

Il parto è il momento in cui avviene il primo incontro "vis-a-vis" tra madre e bambino, un incontro però carico di ambivalenze. Se da un lato c'è la gioia di vedere finalmente il proprio bambino, di poterlo tenere tra le braccia, accarezzarlo direttamente (e non più solo attraverso la propria pancia), dall'altro il bimbo rappresenta anche l'emblema del dolore, quel dolore fisico, viscerale che può aver comportato non indifferenti cambiamenti della propria corporeità e che ha accompagnato il travaglio. Questo momento di ambivalenza porta con sé forti ansie, dolore e stress che sappiamo possono indurre nella gestante cambiamenti fisiologici a livello endocrino, cardiocircolatorio, respiratorio e metabolico (Ferrari e Frigerio, 1998).

Dalla letteratura, soprattutto di orientamento psicoanalitico, emerge che il parto corrisponde alla conclusione della terza fase della gravidanza (Pines, 1972, 1982; Raphael-Leef, 1980) e ad una nuova dimensione della maternità. È un momento caratterizzato da forti ansie dovute alla paura di morte, di distruzione del proprio corpo e del bambino. Infatti se da un lato la donna vive il parto come la possibilità di avere conferma della funzionalità del proprio corpo, della capacità di procreare, dall'altro teme un fallimento in questo senso e pertanto si sente sopraffatta da senso di inadeguatezza (Ammaniti e coll., 2007).

Le angosce che la partoriente vive durante il parto sono, secondo Fornari (1981), diverse e specifiche a seconda della fase che sta vivendo: durante il periodo dilatante proverebbe più un'angoscia di tipo persecutorio dovuta alla sensazione di essere distrutta, lacerata, frammentata; durante il periodo espulsivo proverebbe più un'angoscia di tipo depressivo dovuta alla paura più di far male, di danneggiare il bambino che se stessa.

La separazione biologica che esso implica rappresenta un vero e proprio punto critico che comporta necessariamente la rottura con uno stato precedente, la gravidanza, e la necessità di una riorganizzazione fisica e mentale da parte della donna: la sensazione di aver perso qualcosa di sé (Breen, 1992) anche se c'era la consapevolezza di un feto differenziato da lei, il passaggio dal "bambino immaginato" al "bambino reale" toccato e veduto (che a volte non corrisponde al primo), la sensazione di uno "spazio vuoto" (Ferraro, Nunziante Cesaro, 1992) da dover di nuovo colmare con la ricerca di nuove soddisfazioni.

Nel puerperio la partoriente, come abbiamo visto, ha la sensazione di sentirsi “finalmente svuotata” e, nello stesso tempo, di aver perduto importanti parti di sé. Questi sentimenti di perdita sono, secondo la Breen (1992) rivolti sia alla gravidanza stessa, che al bambino interno e a quello fantasmatico³, e quindi per tutte e tre alla sensazione di una perdita di una parte di sé. Con la prima si perde quella parte di sé che si sentiva realizzata, piena, appagata nella gravidanza, con la seconda la parte di sé che era in simbiosi con il feto, con la terza la parte del proprio sé fantasmatico che scopre di non essere la buona madre ideale che avrebbe voluto essere.

Pertanto il passaggio dal parto al puerperio comporta per la donna uno sconvolgimento particolare, che alcune volte evidenziano fenomeni di scompenso ed, in particolare, episodi di depressione. Le stime riportano che il 10-18% delle donne è a rischio di sviluppare una depressione post partum, il 2-3% un disturbo da stress post traumatico post partum, l'1-2% una psicosi puerperale e che una percentuale che varia tra il 30 e l'85% è a rischio di sviluppare una depressione di natura più transitoria, come il maternity blues⁴ (Monti e Agostini, 2006). In quest'ultimo caso e nel caso della depressione post partum, non trattandosi di sindromi importanti come avviene per la psicosi puerperale, si rischia di non riconoscere e sottovalutare la situazione, che sappiamo può avere ripercussioni importanti sull'interazione con il bambino e il

³ Mentre il “bambino immaginario” si colloca all'interno delle fantasie coscienti e realistiche della donna e può essere condiviso con il partner, il “bambino fantasmatico” è radicato nelle fantasie inconscie infantili ed è connesso alle relazioni oggettuali e alle dinamiche delle rappresentazioni genitoriali (Lebovici, 1983).

⁴ Il maternity blues avviene generalmente 3-7 giorni dopo il parto con uno stato di depressione che si manifesta con irritabilità, labilità affettiva, crisi di pianto alternate a momenti euforici.

suo sviluppo affettivo e cognitivo (Murray, Cooper, 1999; Tronick, 1999; Agostini e coll., 2002)

Il superamento di questa fase di riorganizzazione è possibile solo grazie ad un processo di “regressione” in cui la madre riesce a identificarsi con il neonato e a sviluppare una comprensione istintiva dei suoi bisogni, favorendo un senso di continuità con la vita intrauterina. Winnicott (1958) definisce questo particolare stato di fusione come di una forma di “follia”, che trova le sue radici nella relazione che si è venuta a creare in gravidanza. Stern (1995) parla di un’organizzazione psichica “nuova e peculiare” che verrebbe adottata dalla donna con la nascita di un figlio, in particolare con il primo, e che chiama “costellazione materna”.

1.5 Le prime interazioni e l’allattamento

Kennell e Klaus (1976) furono i primi a trattare il concetto di “bonding materno”, ipotizzando l’esistenza di un breve periodo dopo la nascita durante il quale si svilupperebbe un legame affettivo molto forte tra la madre e il suo bambino. Secondo questi autori nel momento in cui questo contatto precoce non si verifica, viene in qualche modo compromessa la possibilità di sviluppare le cosiddette “cure materne”, anche se è possibile che queste siano influenzate da processi diversi (Kennell, Klaus, 1984; Maestripieri, 2001a, b). La funzione dei comportamenti di bonding è proprio quella di assicurare la vicinanza della madre al suo bambino (Maestripieri, 2001a) e quindi favorire l’allattamento al seno.

Nonostante le ricerche si siano concentrate soprattutto sugli aspetti fisiologici ed immunologici del latte materno, esso non ha solo un significato nutritivo, ma soprattutto relazionale. Infatti sembra che le madri che allattano al seno rispetto a quelle che allattano artificialmente tendono ad essere più responsive ai bisogni dei loro bambini (Wiesenfeld e coll., 1985), tendono a toccarli di più sia durante il momento dell'alimentazione che quelli di gioco (Bernal, Richards, 1970; Kuzela e coll., 1990) e ad avere maggiori contatti visivi (Lavelli, Poli, 1998). Detto questo non dobbiamo però pensare che le madri che allattano artificialmente non siano delle madri "sufficientemente buone", quello che è importante è che la madre, sia che allatti al seno o con il biberon, abbia una "disponibilità affettiva" e che sia quell'"ambiente supportante" che permette al bambino uno sviluppo integrato. Secondo Winnicott (1989) perché ciò avvenga è necessario che le cosiddette "cure materne" abbiano tre peculiarità: la funzione di *holding*, definita come la capacità del genitore di sostenere e contenere mentalmente e fisicamente i bisogni del bambino dando loro un'interpretazione e una risposta adeguata, la funzione di *handling*, che riguarda il contatto manipolatorio da parte della madre, e la funzione di *object presenting* intesa come la modalità con cui la madre "porta il mondo al suo bambino". Ma per fare questo, come abbiamo visto nel capitolo 1.1, la madre deve essere in grado di entrare in quello "stato sognante necessario perché possa dialogare" con il proprio bambino e quindi sviluppare la capacità di *rêverie* (Imbasciati, Margiotta, 2005).

Da tutte le ricerche emerge una "matrice relazionale" che è la base per lo "sviluppo di adattamenti normali o anormali del bambino" (Sameroff, Emde,

1989). Si tratta di quelle microregolazioni che Stern (1988) chiama “sintonizzazioni affettive” che avvengono per la maggior parte in modo inconscio e che sono fondamentali nelle relazioni genitore-bambino. Infatti si parla di regolazioni reciproche che gradualmente, con una partecipazione del bambino sempre maggiore, permettono l'emergenza delle funzioni autoregolative (Sander, 1980, 1983). A questo proposito emerge, dagli studi di interazione di bambini di pochi mesi con le loro madri di Beebe e Lachmann (1992), come entrambi i protagonisti modificano inconsapevolmente la durata dei propri comportamenti o delle pause in una sorta di “danza interattiva” (Stern, 1977).

Non si deve pensare che esistono cure ideali, perfette, ma piuttosto, parafrasando le parole di Winnicott, cure “sufficientemente buone” che sappiano essere adeguate per lo sviluppo normale della relazione, e quindi, del bambino stesso.

Capitolo 2

UN PROGETTO DI RICERCA CHE PARTE DA LONTANO ...

2.1 Prima di partire ...

A partire dagli anni Cinquanta fino ad oggi, in particolare grazie agli studi teorico-clinici di Winnicott (1958, 1965) e sperimentali di Bowlby (1969, 1973, 1980), la relazione madre-bambino è considerata un aspetto centrale per lo sviluppo infantile. Come abbiamo visto nel capitolo precedente, negli ultimi anni l'attenzione degli studiosi si è man mano rivolta alle fasi precedenti la nascita grazie alla scoperta di uno sviluppo psichico già a livello fetale già a partire dal quinto mese di gravidanza (Della Vedova, Imbasciati, 1998; Manfredi, Imbasciati, 2004).

Attualmente la relazione gestante-feto viene concettualizzata come l'elemento centrale del dialogo somatico tra funzionamenti dell'organismo materno e di quello fetale (Manfredi, Imbasciati, 2004; Della Vedova, Tomasoni, Imbasciati, 2006; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007). Questo dialogo è responsabile anche dello sviluppo fisico del bambino, nonché della qualità della struttura psicosomatica dell'individuo stesso. Il campo della ricerca si è così necessariamente allargato all'analisi di fenomeni concomitanti e complessi quali i processi relativi alla gravidanza, a quelli psicologici della coppia, alle dinamiche intergenerazionali (Imbasciati, 2004). Dall'insieme di tali studi emerge come il formarsi dell'identità genitoriale rimandi a sua volta alle

esperienze infantili e alle relazioni interiorizzate con i propri genitori. Pertanto la relazione gestante-feto rimanda alla relazione della gestante con i propri genitori, in particolare con propria madre. Alcuni studi hanno cominciato a indagare la relazione esistente tra la relazione gestante-feto nei termini di “attaccamento prenatale” (Della Vedova, Dabrassi, Imbasciati, in print) e di altri fattori socio-demografici, psicologici e psicopatologici come la depressione pre- e post-partum (Condon e Corkindale, 1997; Lindgren, 2001), ma l’ambito di ricerca risulta ancora in gran parte inesplorato.

Attualmente la gravidanza stessa viene considerata come evento complesso nella vita della donna i cui processi, contemporaneamente somatici non meno che psichici, cioè psicosomatici, sono direttamente influenzati da fattori relazionali, affettivi, sociali, in particolare dalla qualità delle relazioni interiorizzate dalla gestante e dalla qualità delle relazioni attuali (partner e famiglia di origine). Molti autori evidenziano come nell’andamento della gravidanza e del parto si rivelano particolarmente influenti aspetti relativi alla qualità delle relazioni parentali interiorizzate dal genitore e ad aspetti relativi alla qualità delle relazioni attuali, tra cui la relazione di coppia e il sostegno che la famiglia di origine o l’ambiente affettivo e sociale possono offrire alla coppia durante e dopo la gravidanza. Pertanto l’andamento della gestazione e le modalità di espletamento del parto si prestano ad essere letti in senso psicosomatico, quali indicatori somatici dei processi psichici che hanno avuto luogo.

2.2 La partenza ...

Un'analisi della letteratura rileva l'esistenza di numerose ricerche relative alla psicosomatica perinatale, ma a ben guardare di difficile comparazione in quanto alcune mettono in luce più gli aspetti fisiologici senza tener conto di quelli psichici, che come abbiamo visto, sono inequivocabilmente interrelati, altri, all'opposto, si focalizzano unicamente sulla psiche della madre e sulla sua personalità, poco considerando il versante somatico, altri ancora prendono in causa il concetto di stress (variamente inteso) come se questo bastasse a spiegare la complessità psicosomatica degli avvenimenti. In particolare risulta poco studiato il rapporto longitudinale tra la qualità della relazione prenatale gestante-feto e le stesse vicende perinatali, ossia la modulazione psicosomatica della gestazione, del parto e dell'allattamento.

Nell'ottica di una gravidanza considerata come un evento squisitamente psicosomatico, diventa pertanto interessante capire se e come il tipo di relazione che la donna è in grado di instaurare con il suo bambino, comprendente la capacità elaborativa e fantasmatica del proprio mondo interno genitoriale (Marty, 1980; Fonagy e Target, 2001), influenzi il modo in cui la donna affronta l'evento parto, e quindi la modulazione psicosomatica del suo organismo, nella fisiologia del parto e del puerperio, nonché lo sviluppo fisico, psichico e psicosomatico del neonato.

Pertanto, la presente ricerca si propone di indagare la relazione gestante-feto attraverso la rilevazione di indici relativi all'attaccamento prenatale, così come è stato delineato nel capitolo 1.1, la qualità delle relazioni interiorizzate

con i propri genitori, il sostegno sociale e affettivo che le famiglie di origine e il partner sono in grado di fornire, e la presenza di eventuali caratteristiche Alessitimiche della personalità della madre stessa. La scelta di misurare la dimensione Alessitimica e non altri tratti di personalità, di solito indagati nelle ricerche che si possono trovare in letteratura, è dovuta al fatto che questo aspetto è connesso maggiormente agli eventi psicosomatici e, pertanto, si ipotizza che possa maggiormente influenzare l'andamento del parto cosiddetto fisiologico. Inoltre, si ritiene che il tipo di relazione che la madre è riuscita a instaurare durante la gravidanza e il tipo di esperienza vissuta durante il parto influenzeranno notevolmente anche le prime interazioni con il bambino e l'allattamento.

Così impostata l'ipotesi generale della ricerca, si è presentato il problema delle modalità disponibili per realizzarla. Le variabili cliniche della struttura relazionale della psiche materna non sono facilmente coglibili: molte di esse sono state individuate con metodologia psicoanalitica o psicoanalitico-sperimentali (infant observation, infant research, psicoterapia madre/bambino, ecc.) e pertanto necessitano di operatori superspecializzati; in questo caso non reclutabili per le notevoli risorse che avrebbero richiesto. D'altra parte la letteratura relativi agli strumenti di misurazione in questo campo è agli inizi. Tutt'altro che facile si presenta infatti la costruzione di reattivi mentali o situazioni test idonee a cogliere le variabili suddette con sufficiente validità e attendibilità. Dall'esame della letteratura in proposito è stato individuato il Prenatal Attachment Inventory (PAI; Müller, 1993) come lo strumento attualmente più idoneo a cogliere almeno in parte qualcosa che riguardasse

una misura dei fattori presi in considerazione. Non esisteva una versione e una taratura italiane relative al PAI, né d'altra parte altri strumenti che fossero tarati nella nostra popolazione italiana che rispondessero alle esigenze sopradescritte. Pertanto è stata presa la decisione di tradurre e tarare preliminarmente il PAI. Nella nostra ricerca pertanto la relazione gestante-feto, intesa come quel particolare "investimento affettivo che la madre prova nei confronti del proprio bambino in pancia", è stata rilevata attraverso il Prenatal Attachment Inventory (PAI; Müller, 1993), le cui analisi psicometriche sono presentate nel capitolo 2.

Analogo problema si è presentato nel ricercare uno strumento che misurasse non tanto il supporto sociale in generale, quanto quello specifico relativo alla maternità, cioè che prendesse in considerazione quegli aspetti che in letteratura sono considerati fattori di protezione della maternità stessa. A questo proposito è stato individuato il Maternity Social Support Scale (MSSS; Webster e coll., 2000) di cui non esiste una versione e taratura italiana. Anche in questo caso è stato necessario fare uno studio preliminare relativo alle proprietà psicometriche dello strumento, prima di poterlo utilizzare nella ricerca longitudinale.

Per quanto riguarda gli indici relativi alla qualità delle relazioni interiorizzate della madre rispetto ai propri genitori è stato scelto uno strumento tarato nella popolazione italiana, il Parental Bonding Instrument (PBI; Parker e coll., 1979; versione italiana Scinto e coll., 1999). Analogamente è stata individuata una scala italiana, la scala del Toronto Alexithymia Scale a 20 item (TAS-20; Parker e coll., 1993; versione italiana Bressi e coll., 1996), per gli indici relativi alle

caratteristiche alessitimiche. Inoltre è stato costruito ad hoc una scheda socioanamnestica volta a raccogliere dati di tipo sociodemografico e relativo allo stato della gravidanza.

Per quanto riguarda le modalità del parto è stato impostato un lavoro di collaborazione con le ostetriche e i medici ginecologi. Lo scopo era di studiare una scheda di rilevazione di indici relativi alle diverse fasi del parto in modo da poter distinguere quelli più fisiologici/naturali da quelli più patologici/operativi.

Infine, per quanto riguarda la rilevazione relativa all'interazione con il bambino e l'andamento dell'allattamento, le donne sono state ricontattate telefonicamente a casa ad un mese dal parto.

Capitolo 3

PRIMO STUDIO PRELIMINARE: LE PROPRIETA' PSICOMETRICHE DEL “*PRENATAL ATTACHMENT INVENTORY*” (PAI) IN UN CAMPIONE DI GESTANTI ITALIANE

3.1 INTRODUZIONE

Con il termine “attaccamento prenatale⁵” ci si riferisce a quel particolare investimento affettivo che i genitori sviluppano nei confronti del loro bambino non ancora nato durante le fasi della gravidanza e che sarà la base su cui si fonderà la relazione tra i genitori e il bambino dopo la nascita. Infatti fin dall’inizio della gravidanza i genitori, in particolare la madre, iniziano a porre i propri pensieri e le proprie emozioni nei confronti del feto, iniziano ad immaginarselo, ad attribuirgli caratteristiche di personalità fino a cominciare ad interagire e comunicare con esso.

Cranley (1981) è stata la prima a sottolineare questo tipo di atteggiamenti specifici della donna che si sviluppano contemporaneamente ai cambiamenti fisici e psicologici della gravidanza indicandoli con il nome di “attaccamento materno-fetale”. Cranley è stata anche la prima a costruire uno strumento di misurazione del costrutto, il *Maternal Foetal Attachment Scale* (MFAS). Si tratta di una scala Likert di autovalutazione che individua cinque fattori: 1) la differenziazione tra Sé e il feto, 2) l’interazione con il feto, 3) l’attribuzione di

⁵ Per una rassegna del concetto “attaccamento prenatale” si veda il capitolo 1.1 e Della Vedova (2005, 2007).

caratteristiche e intenzioni al feto, 4) la capacità di donare sé stessi, 5) l'assunzione del ruolo materno.

Un altro autore che ha proposto una scala per il costrutto dell'attaccamento prenatale è stato Condon (1993) con il *Maternal Emotional Attachment Scale* (MAEAS). L'attaccamento è concepito come una disposizione da parte di due individui - che nel caso dell'attaccamento prenatale sono la madre e il feto - nei confronti l'uno dell'altro a conoscersi, a interagire, ad evitare la separazione e la perdita, a proteggere e, infine, ad identificare e gratificare i bisogni dell'altro. Lo strumento dà la possibilità di avere sia un punteggio di attaccamento globale, sia due indici relativi alla qualità e all'intensità dell'attaccamento stesso.

Un altro strumento che è stato costruito per misurare l'attaccamento materno-fetale è quello sviluppato da Müller negli anni Novanta (1990, 1993, 1996), il *Prenatal Attachment Inventory* (PAI). Esso si contraddistingue da quello della Cranley in quanto indaga non tanto gli atteggiamenti e i comportamenti, quanto l'emergere in particolare dei sentimenti, dei pensieri, delle emozioni della madre nei confronti del bambino che attende. Infatti la Müller stessa definisce il PAI come la misura di quella "relazione unica affettiva che si sviluppa tra una donna e il suo bambino in pancia" (Müller, 1993). Il costrutto del PAI è stato creato tenendo in considerazione sia le teorie relative all'attaccamento che quelle relative alle capacità di adattamento ai cambiamenti che avvengono in gravidanza. Esso è considerato come la "misura stessa dell'affiliazione e non tanto la misura dell'esperienza concreta della donna

rispetto alla gravidanza, al suo stato fisico o l'apprezzamento del compito della maternità" (Müller, 1996).

3.1.1 Il Prenatal Attachment Inventory (PAI)

Il Prenatal Attachment Inventory (PAI) è una scala self-report composta da item di tipo Likert con modalità ordinate da 1 ("quasi mai") a 4 ("quasi sempre"), dove alti punteggi indicano un livello alto di attaccamento prenatale, inteso come una dimensione unica. Inizialmente la scala era composta da 29 item e la valutazione della sua validità e della sua affidabilità era basata su un campione di 336 donne con gravidanza a basso rischio (Müller, 1993). La maggior parte delle donne era di carnagione chiara di discendenza europea, con un buon livello di istruzione, un livello sociale medio ed era primipara. È stata valutata l'affidabilità dello strumento attraverso la valutazione della consistenza interna (α di Cronbach =.81). E' stata anche verificata la validità di costrutto prendendo in considerazione i concetti relativi al modello dell'attaccamento e dell'adattamento della gravidanza: i risultati hanno mostrato una correlazione significativa tra i punteggi del PAI e quelli relativi all'adattamento materno alla gravidanza (Müller, 1993) ed i punteggi del PAI sono risultati essere fortemente correlati con quelli dell'MFAS della Cranley (1981) ($r=.72$, $p<.001$). Infine, è emerso che i punteggi del PAI aumentavano con le settimane di gestazione, mentre diminuivano con la durata del matrimonio e gli anni di istruzione, e non correlavano con il numero di figlio avuti precedentemente. In studi successivi il

numero degli item del PAI è stato ridotto da 29 a 21 a seguito di ulteriori analisi relative all'affidabilità e all'analisi fattoriale (Müller, 1993, 1996; Siddiqui e coll., 1999; Gau e Lee, 2003). La versione composta da 21 item è stata validata dalla Siddiqui e dai suoi collaboratori (1999) su un campione composto da 171 donne svedesi: l' α di Cronbach è risultato pari a .86, la media dei punteggi ottenuta è stata di 57.22 con dev. st.=9.16. Anche Gau e Lee (2003) hanno testato la validità di costrutto dello strumento, utilizzando l'analisi confermativa su un campione di 344 gestanti americane nel terzo trimestre di gravidanza. In questo caso l' α di Cronbach è risultato pari a .89, la media dei punteggi ottenuta è stata di 63.7 con dev. st. =10.18.

3.1.2 Obiettivo dello studio

Scopo del presente studio è quello di assicurare le proprietà psicometriche del *Prenatal Attachment Inventory* (PAI) nella sua versione di 21 item (Müller, 1996; Siddiqui e coll., 1999; Gau e Lee, 2003) in un campione di gestanti italiane.

Per assicurare la validità di costrutto del PAI è stata valutato il livello di alessitimia⁶ delle donne. Il termine, che letteralmente significa "assenza di parole per esprimere le emozioni" (Nemiah e Sifneos, 1970; Sifneos, 1973), si riferisce ad un tratto di personalità caratterizzato, in particolare, da una difficoltà

⁶ Per una rassegna sull'argomento si veda Caretti, La Barbera (2005).

ad identificare e a descrivere i sentimenti, ad una limitata capacità immaginativa e ad uno stile di pensiero orientato verso la realtà. Si tratta pertanto di quel tipo di funzionamento mentale caratterizzato da una mancanza di capacità di elaborare, rappresentare ed esprimere gli stati emotivi e che, a sua volta, influenza la regolazione e la qualità delle esperienze interpersonali. Lo strumento maggiormente usato per la misura dell'alessitimia è la *Toronto Alexithymia Scale* a 20 item (TAS-20), che in Italia è stata standardizzata dalla Bressi e dai suoi collaboratori (1996). Recenti ricerche hanno messo in luce come lo studio dell'alessitimia risulta essere centrale per la comprensione delle dinamiche intrinseche all'insorgere di diverse psicopatologie, in particolari quelle psicosomatiche, psichiatriche, sessuali e riproduttive (Zimmermann, 1999; Taylor, Bagby e Parker, 1997; Porcelli, Zaka, Leoci, Centoze e Taylor, 1995; Porcelli, Leoci, Guerra e Taylor, 1996; Verissimo, Mota-Cardoso e Taylor, 1998), così come risulta essere profondamente associato a limitate capacità interpersonali e ad un attaccamento insicuro (Lamas e coll., 2006). Inoltre, è emerso da un recente studio (Le e coll., 2007) che l'alessitimia è positivamente correlata a sintomi depressivi durante il periodo perinatale.

Siccome si considera l'attaccamento prenatale una misura della capacità della madre di sintonizzarsi con il proprio feto a livello emotivo, attraverso pensieri, fantasie, e rappresentazioni anticipatorie del proprio bambino non ancora nato, si ipotizza che il PAI e il TAS-20 abbiano correlazioni negative.

3.2 METODO

Per l'obiettivo che è stato descritto precedentemente, è stato condotto uno studio trasversale fatto su di un campione di donne con gravidanza a basso rischio reclutate ai corsi di accompagnamento alla nascita. I criteri di inclusione della ricerca sono stati: essere abili a leggere e scrivere in italiano, avere più di 18 anni, avere una gravidanza a basso-rischio, essere oltre le 20 settimane di gestazione, non aver avuto precedenti interruzioni volontarie di gravidanza. Le donne con età inferiore ai 18 anni o le donne con gravidanze ad alto rischio sono state escluse in quanto hanno avuto esperienze di stress tali da poter influenzare il tipo di attaccamento materno (Bloom, 1995, 1997; Gau e Lee, 2003). Inoltre, sono state escluse le donne con gravidanze ad alto rischio e con esperienza di interruzioni di gravidanza precedenti perché è ipotizzato che questi eventi potrebbero portare a tipi di attaccamento al feto diversi (Kemp e Page, 1986; Armstrong e Hulti, 1998; Delude, Wright e Belanger, 2000). Infine, è stato scelto il criterio di un'età di gestazione sopra le 20 settimane in modo da assicurare che tutte le donne abbiano avuto esperienza al momento della somministrazione dei movimenti attivi fetali, che di solito compaiono intorno alle 20^{esima} settimane (Laxton-Kane e Slade, 2002).

3.2.1 Campione

È stato reclutato un campione di convenienza di 250 donne proveniente da due città del nord Italia, in particolare da Brescia (Ospedale di S. Orsola, N=84) e Verona (distretto sanitario n. 3 dell'Ulss 20 di Verona, N=166). Tutte le donne hanno dato il loro consenso a partecipare a questo studio; la percentuale di risposta è stata del 100%. Diciotto soggetti sono stati esclusi dalle analisi in quanto non rientravano nei criteri stabiliti dalla ricerca: sotto la 20^{esima} settimana di gestazione (n=1; 0.4%), gravidanza ad alto rischio (n=7; 2.8%), interruzione volontaria di gravidanza (n=10; 4%). Diciotto soggetti (7.2%) sono stati esclusi dalle analisi per incompletezza dei dati. Il campione finale risulta composto da 214 soggetti (85.6%). L'età media delle donne varia tra i 18 e i 42 anni (mediana=31 anni); l'età gestazionale varia tra la 21 e la 36 settimana; la maggioranza delle donne (81.3%) è primipara, sposata (81.8%), con un alto livello di qualificazione scolastica (58%) e con un'occupazione lavorativa (92.5%). Per un dettaglio delle caratteristiche sociodemografiche e di quelle relative alla gravidanza si vedano le Tabelle 3.1 e 3.2.

Tabella 3.1: caratteristiche sociodemografiche

<i>Luogo di reclutamento</i>	<i>BRESCIA</i>	<i>VERONA</i>	<i>TOTALE</i>
	<i>(N=72)</i>	<i>(N=142)</i>	<i>(N=214)</i>
<i>Età</i>			N=214
18-25	13 (18.1%)	21 (14.8%)	34 (15.8%)
26-35	54 (75%)	111 (78.2%)	165 (77.1%)
>35	5 (6.9%)	8 (5.6%)	13 (6.1%)
<i>Nationalità</i>			N=214
Italiana	71 (98.6%)	135 (95.1%)	206 (96.3%)
Non Italiana	1 (1.4%)	7 (4.9%)	8 (3.7%)
<i>Livello di istruzione</i>			N=214
Medie inferiori	14 (19.4%)	12 (8.5%)	26 (12.1%)
Medie superiori	32 (44.4%)	92 (64.8%)	124 (58%)
Università	26 (36.1%)	38 (26.7%)	64 (29.9%)
<i>Occupazione lavorativa</i>			N=213
Disoccupata	1 (5.2%)	10 (7.1%)	11 (5.2%)
Lavoro operaio	8 (11.1%)	27 (19.1%)	35 (16.4%)
Attività impiegatiza	32 (44.4%)	52 (36.9%)	84 (39.4%)
Libero professionista	9 (12.5%)	11 (7.8%)	20 (9.4%)
Lavoro part-time	3 (4.2%)	9 (6.4%)	12 (5.6%)
Studentessa	3 (4.2%)	2 (1.4%)	5 (20.3%)
Altro	16 (22.2%)	30 (21.3%)	46 (21.6%)
<i>Stato civile</i>			N=214
Sposata	54 (75%)	121 (85.2%)	175 (81.8%)
Sola con partner	16 (22.2%)	19 (13.4%)	35 (16.3%)
Single senza partner	2 (2.8%)	2 (1.4%)	4 (1.9%)
<i>Anni di matrimonio</i>			N=213
Media (dev. st.)	2.07 (± 2.058)	3.19 (± 3.302)	2.81 (± 2.984)
Range	0-9	0-20	0-20
<i>Anni di relazione</i>			N=205
Media (dev. st.)	7.97 (± 4.049)	8.47 (± 4.754)	8.29 (± 4.515)
Range	0-20	0-25	0-25

NOTA Valori inferiori a 214 sono dovuti a dati mancanti.

Tabella 3.2: caratteristiche descrittive relative alla gravidanza

<i>Luogo di reclutamento</i>	BRESCIA	VERONA	TOTALE
	(N=72)	(N=142)	(N=214)
<i>Settimana gestazionale</i>			N=214
21-24	13 (18.1%)	4 (2.8%)	17 (7.9%)
25-27	22 (30.6%)	16 (11.3%)	37 (17.3%)
28-32	35 (48.6%)	99 (69.7%)	134 (62.6%)
33-36	2 (2.8%)	23 (16.2%)	26 (12.1%)
<i>Parità</i>			N=214
Nullipara	68 (94.4%)	106 (74.6%)	174 (81.3%)
Multipara	4 (5.6%)	36 (25.4%)	40 (18.75)
<i>Gravidanza desiderata</i>			N=211
Sì	65 (91.5%)	118 (84.3%)	183 (86.7%)
No	6 (8.5%)	22 (15.7%)	28 (13.3%)
<i>Gravidanza pianificata</i>			N=213
Sì	44 (62.0%)	83 (58.9%)	127 (59.9%)
No	27 (38.0%)	58 (41.1%)	85 (40.1%)
<i>Aborto spontaneo</i>			N=214
Sì	7 (9.7%)	23 (16.2%)	30 (14%)
No	65 (90.3%)	119 (83.8%)	184 (86% ⁹)

NOTA Valori inferiori a 214 sono dovuti a dati mancanti.

3.2.2 Strumenti

Gli strumenti somministrati alle gestanti sono stati: il Prenatal Attachment Inventory nella sua versione tradotta (Müller, 1993), la versione italiana del 20-Toronto Alexithymia Scale (Bressi e coll., 1996), insieme ad una scheda sociodemografica e anamnestica.

1. *Il Prenatal Attachment Inventory*: per la traduzione in Italiano dei 21 item del PAI (Müller, 1996; Siddiqui e coll., 1999; Gau e Lee, 2003) è stato utilizzato il procedimento della “translation-backtranslation” (Van der Vijver e Leung, 1997). Innanzitutto, lo strumento è stato tradotto in italiano e poi è stato ritradotto dall’italiano alla lingua originale da due traduttori indipendenti di madre lingua inglese. Le due versioni, quella originale e quella ritradotta, sono state confrontate tra di loro fino ad arrivare alla versione italiana finale (Appendice 1). Il PAI è una scala self-report composta da 21 item di tipo Likert, con modalità ordinata da 1 (“quasi mai”) a 4 (“quasi sempre”). I punteggi totali possono variare da 21 a 84: un punteggio alto indica un livello alto di attaccamento prenatale.

2. *Il 20-Toronto Alexithymia Scale*, versione Italiana TAS-20 (Bressi e coll., 1996): il TAS-20 (Appendice 2) è una scala di autovalutazione a 20 item basata su una scala Likert a 5 punti, che misura il costrutto dell’alessitimia. Il range dei punteggi è compreso tra 20 e 100. Tre dimensioni del TAS-20 descrivono le componenti principali dell’alessitimia: “difficoltà a identificare le emozioni”, “difficoltà a descrivere le emozioni” e un “pensiero orientato all’esterno”. Un punteggio globale identifica il grado di alessitimia. Vengono definiti “alessitimici” coloro che ottengono un punteggio superiore o uguale a 61, “borderline” coloro che hanno un punteggio compreso tra 51 e 60 e “non alessitimici” i soggetti che ottengono un punteggio inferiore o uguale a 50. Il TAS-20 ha mostrato una buona consistenza interna (α di Cronbach =.75) e una buona affidabilità test-retest dopo due settimane (α di Cronbach =.86).

3. Il *questionario sociodemografico e anamnestico* (Appendice 6) indaga le seguenti caratteristiche: l'età, la nazionalità, il livello di istruzione, l'occupazione lavorativa, lo stato civile, gli anni di matrimonio, gli anni di relazione, l'età gestazionale, la parità, i rischi di gravidanza, se è stata una gravidanza desiderata e se è stata pianificata, se ci sono stati aborti spontanei, morti perinatali e interruzioni volontarie di gravidanza.

3.2.3 Procedura

Sono stati contattati l'Ospedale di S. Orsola di Brescia e il distretto dei servizi sanitari n. 3 dell'Ulss 20 di Verona per poter chiedere ai loro utenti la partecipazione a questo studio. Il campione è composto tutto da donne che partecipano a corsi di accompagnamento alla nascita. La partecipazione dei soggetti è stata volontaria. Le donne hanno completato in forma anonima la versione italiana del PAI, del TAS-20 e il questionario. Lo studio è stato presentato il primo giorno del corso di accompagnamento alla nascita in modo che le risposte non fossero influenzate dai contenuti trasmessi durante il corso stesso. Le donne, che hanno dato il loro accordo a partecipare alla ricerca firmando il consenso informato, hanno compilato i questionari ai corsi di accompagnamento alla nascita alla presenza di una psicologa e di un'ostetrica. Il periodo di raccolta dati è stato di sei mesi.

3.2.4 Analisi statistiche

Le analisi sono state effettuate con la versione 12 del programma SPSS di Windows. Sono stati usati i test Chi-square e Mann-Whitney per confrontare le caratteristiche sociodemografiche e relative alla gravidanza dei due campioni provenienti dai due luoghi di reclutamento. La consistenza interna del PAI è stata valutata mediante il calcolo del coefficiente α di Cronbach. Inoltre, per analizzare la distribuzione dei punteggi del PAI è stato usato il test di Kolmogorov-Smirnov. È stato usato il t test per determinare se i punteggi del PAI variavano in base al luogo di reclutamento, alla nazionalità, allo stato civile, alla parità, alla gravidanza desiderata e pianificata. È stata usata l'ANOVA per determinare se i punteggi PAI si differenziavano per età delle donne (considerata come variabile categoriale), livello di educazione e occupazione lavorativa. È stato calcolato il coefficiente r di Pearson con le caratteristiche demografiche di tipo quantitativo, come gli anni di matrimonio e di relazione della coppia, il numero di figli avuti precedentemente e l'età gestazionale. Per valutare se era applicabile il modello fattoriale, è stato calcolato il test di Bartlett e l'indice di adeguatezza del campione di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Successivamente, la struttura fattoriale del test è stata esplorata mediante la fattorizzazione degli assi principali, determinando il numero di fattori da estrarre mediante lo scree-test. La soluzione è stata quindi ruotata utilizzando la procedura Varimax. Infine, per assicurare la validità di costrutto del PAI, è stata calcolato il coefficiente di correlazione r di Pearson tra i punteggi del PAI e il punteggio globale del TAS-20 e con i punteggi dei tre singoli fattori.

3.3 RISULTATI

La media del punteggio PAI è stata di 60.91 (dev. st. =9.280); i punteggi variano da 37 a 83 (possibile range da 21 a 84). I valori del punteggio totale del PAI sono risultati normalmente distribuiti ($Z=.920$, $p=.366$). L'affidabilità dello strumento è stata analizzata esaminando la consistenza interna mediante il calcolo del coefficiente α di Cronbach, che è risultato pari a .869 (Tabella 3.3).

Tabella 3.3: coefficiente alfa di Cronbach, media, deviazione standard e range.

	<i>PAI</i> (<i>N=214</i>)	<i>TAS-20</i> (<i>N=187</i>)
A di Cronbach	.869	.759
Media	60.91	45.35
Dev. St.	9.280	10.79
Range	37-83	20-70

I test Chi-square e Mann-Whitney non hanno mostrato differenze statisticamente significative relativamente alle caratteristiche sociodemografiche dei due campioni appartenenti ai due luoghi di reclutamento, eccetto per il livello di educazione e la durata del matrimonio.

Il test t di Student non ha mostrato differenze significative di punteggio del PAI dovute al luogo di reclutamento ($p=.061$), allo stato civile ($p=.561$), alla parità ($p=.733$), alla gravidanza desiderata ($p=.149$), alla gravidanza pianificata ($p=.500$) e agli aborti spontanei ($p=.711$). L'ANOVA non ha mostrato differenze statisticamente significative di punteggio del PAI dovute all'età delle donne

($p=.718$), al livello educativo ($p=.216$), allo stato occupazionale ($p=.098$). I punteggi del PAI sono risultati invece correlati positivamente con le settimane di gestazione ($r =.147$, $p<.05$) e negativamente con la durata della relazione di coppia ($r =-.208$, $p<.01$), mentre non sono risultati correlati con il numero di figli avuti precedentemente ($p=.969$).

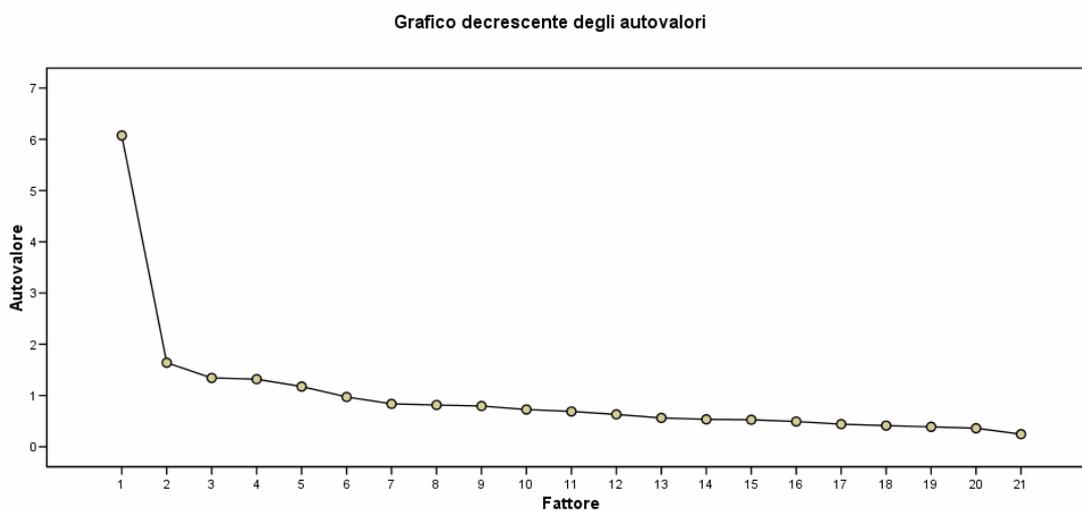
Il test di Bartlett indica che i dati possono essere sottoposti al modello fattoriale ($p=.000$) e l'indice KMO di adeguatezza del campione è pari a $.858^7$, che è considerato un buon valore.

Per studiare la struttura fattoriale del test è stata utilizzata un'analisi fattoriale esplorativa. La matrice di correlazione indica che la maggior parte degli item del PAI sono correlati in modo significativo gli uni con gli altri ad un $p<.01$.

Secondo il criterio dell'“autovalore maggiore di uno” (Kaiser, 1958) il metodo di estrazione della fattorizzazione dell'asse principale dei punteggi del PAI ha prodotto una struttura a cinque fattori: la soluzione spiega il 41.231% della varianza totale: diciannove item pesano fortemente sul primo fattore, che rende conto del 26.228% della varianza. Nello scree plot (Figura 3.1) il “gomito” corrisponde alla dimensione numero due suggerendo una sola dimensione.

⁷ L'indice KMO è un test dell'ammontare di varianza che potrebbe essere spiegata nei dati. Un valore di KMO inferiore o uguale a $.5$ è considerato scarso, uguale a $.6$ accettabile, più vicino a 1 migliore.

Figura 3.1: scree-plot



La rotazione Varimax suggerisce una soluzione in cui quattro item pesano fortemente sul primo fattore, quattro sul secondo, quattro sul terzo, sei item sul quarto e, infine, 3 item sul quinto fattore (Tabelle 3.4 e 3.5).

Tabella 3.4: Varianza Totale Spiegata

<i>Fattori</i>	<i>Loading dei fattori non ruotati</i>		<i>Loading dei fattori ruotati</i>	
	<i>Totale</i>	<i>% di Varianza</i>	<i>Totale</i>	<i>% di Varianza</i>
1	5.508	26.228	2.225	10.594
2	1.076	5.122	1.762	8.392
3	.780	3.712	1.719	8.187
4	.745	3.545	1.654	7.876
5	.551	2.623	1.298	6.181

Tabella 3.5: Loading della componente ruotata della soluzione dei 5 fattori del PAI

	<i>Fattori</i>				
	1	2	3	4	5
PAI 1	.349	.197	.241	.383	.025
PAI 2	.234	.083	.221	.345	.231
PAI 3	.128	.173	.469	.105	.046
PAI 4	.010	.378	.097	.170	.393
PAI 5	-.035	-.053	.112	.559	.134
PAI 6	.082	.138	.015	.201	.449
PAI 7	.356	.111	.134	.432	.147
PAI 8	.266	.322	.157	.540	.060
PAI 9	.161	.441	.327	.346	-.065
PAI 10	.052	.622	.097	.044	.080
PAI 11	.133	.545	.171	.135	.144
PAI 12	.366	.273	.101	.380	.096
PAI 13	.033	.035	.571	.177	.155
PAI 14	.365	.307	.436	.085	.177
PAI 15	.619	.089	.487	.032	.002
PAI 16	.513	.168	.047	.183	.042
PAI 17	.292	.527	-.024	-.070	.304
PAI 18	.479	.154	.493	.258	.016
PAI 19	.552	.088	.068	.014	.331
PAI 20	.159	.106	.189	.047	.712
PAI 21	.470	.018	.365	.292	.190

Metodo di estrazione: Fattorizzazione dell'asse principale. Metodo di rotazione: Varimax con la normalizzazione di Kaiser. (Nota. In grassetto compare la correlazione variabile-componente più elevata)

Per quanto riguarda il TAS-20, esso è stato correttamente completato da 187 donne (87.38%), le quali hanno ottenuto una media di 45.35 con dev. st. =10.79. I punteggi variano da 20 a 70. Il coefficiente α di Cronbach è risultato pari a .759 (Tabella 2.3). Utilizzando i cut-off indicati dagli autori (Bressi e coll., 1996) è emerso che 131 donne (70.1%) non sono alessitimiche, 37 (19.8%) sono considerate borderline e 19 (10.2%) sono classificate alessitimiche.

Dall'analisi di correlazione è emerso che i punteggi del PAI sono risultati correlati negativamente con il punteggio totale del TAS-20 ($r = -.263$, $p = .000$), e in particolare con le dimensioni relative al "pensiero orientato all'esterno" ($r = -.375$, $p = .000$) e alla "difficoltà a descrivere le emozioni" ($r = -.184$, $p = .012$).

3.4 DISCUSSIONE

Lo scopo del presente studio preliminare è quello di assicurare le proprietà psicometriche della versione italiana di 21 item del PAI. I punteggi del PAI indicano che tutte le donne del nostro campione hanno la tendenza ad avere livelli alti di attaccamento prenatale nei confronti del loro bambino non ancora nato. Nonostante questo, i punteggi risultano normalmente distribuiti e il valore dell'alfa di Cronbach indica che il questionario gode di una buona consistenza interna⁸. Prendendo in considerazione le caratteristiche del nostro campione, gli alti punteggi di risposta non sono sorprendenti in quanto, come è emerso da precedenti ricerche (Mercer e Ferketich, 1990; Dabrassi, Della Vedova e Imbasciati, 2007), le donne che vengono reclutate ai corsi di accompagnamento alla nascita tendono a mostrare i più alti punteggi di risposta. È risaputo infatti che le donne che tendono ad accedere a questi servizi sono già in partenza una categoria di partorienti fortemente selezionata (si tratta di donne italiane, meno giovani, con una buona scolarità e con maggiore sostegno sociale) e già orientata verso una maggiore sensibilità al bambino.

⁸ Una scala, per essere considerata affidabile, dovrebbe avere un indice alfa di Cronbach pari ad almeno .70 (Nunnally e Bernstein, 1994).

In accordo con la letteratura sull'attaccamento prenatale (Laxton-Kane e Slade, 2002; Cannella, 2005; Della Vedova, 2005), anche da questi risultati emerge che i punteggi del PAI aumentano all'aumentare delle settimane di gestazione e non correlano con il numero di figli avuti precedentemente. Il primo risultato è in linea con l'idea che l'attaccamento prenatale sia un processo che riguarda il legame madre-bambino e che aumenta nel corso della gravidanza; il secondo è coerente con la proposta che l'attaccamento prenatale sia una relazione specifica tra "quella" madre e "quel" feto, considerato in modo differenziato rispetto ad altri bambini. Inoltre, dalle analisi emerge che i punteggi del PAI diminuiscono all'aumentare della durata della relazione di coppia. Questo risultato sembra enfatizzare qualche tipo di difficoltà a investire a livello emotivo nei confronti del bambino non ancora nato all'interno di una relazione di "vecchia data", come se fosse necessario più tempo per poter modificare l'equilibrio diadico che era stato trovato. Nella stessa direzione può essere letto il risultato della Müller (1993) dove emergeva una correlazione negativa tra i punteggi del PAI e la durata del matrimonio. Infine, le restanti variabili sociodemografiche e relative alla gravidanza non hanno mostrato alcun tipo di associazione con i punteggi del PAI.

Dall'analisi fattoriale esplorativa è emersa una soluzione a cinque fattori che spiega il 41.231% della varianza. Se si considerano i risultati ottenuti dalle precedenti ricerche relative alle caratteristiche psicometriche del PAI, vediamo che i risultati della Müller (1993) e quelli di Gau e Lee (2003) sostengono l'ipotesi della unidimensionalità del costrutto, mentre quelli ottenuti dalla Siddiqui e dai suoi collaboratori (2003) vanno nella direzione della

multidimensionalità, anche se le diverse dimensioni non sembrano essere tra di loro indipendenti, bensì fortemente interconnesse l'una con l'altra. I risultati emersi da questo studio, in particolare se si considera lo Scree Test (Figura 3.1) e il peso degli item nei diversi fattori (Tabella 3.5), vanno a sostenere l'ipotesi di un'unica dimensione del costrutto.

La percentuale di donne classificate alessitimiche in questo campione (10.2%) è in linea con i risultati emersi da altri studi (Honkalampi e coll., 2000).

Poiché l'attaccamento prenatale è definito come la misura di quel particolare investimento emotivo e immaginativo che una madre ha verso il proprio bambino non ancora nato, è necessario che la madre abbia un funzionamento mentale flessibile, empatico e sensibile. Pertanto ad alti punteggi di attaccamento prenatale (PAI) saranno associati bassi punteggi di alessitimia (TAS-20). La validità di costrutto del PAI è stata quindi confermata dalla correlazione negativa emersa tra i punteggi del PAI e quelli del TAS-20. Dai risultati emerge che è in particolare la dimensione del "pensiero orientato verso l'esterno" (Marty e de M'Uzan, 1963) che si associa a bassi livelli di attaccamento prenatale, quasi a significare che un pensiero centrato su aspetti pratici, concreti saprà forse sì rispondere ai bisogni fisici del neonato (e del feto prima), ma non a quelli affettivi, simbolici che sappiamo essere i determinanti dello sviluppo psicofisico del bambino. La letteratura ha spesso indicato il costrutto dell'alessitimia associato a quello di una (dis)regolazione affettiva (Solano, 2001), cioè ad una mancanza di capacità, da parte del caregiver, di interpretare e regolare le emozioni del neonato e del lattante. Inoltre questa

associazione negativa è confermata dalla relazione tra alessitimia e attaccamento insicuro (Wearden, 2003; Montebanocci e coll., 2004).

In conclusione, questo studio assicura l'affidabilità e la validità della versione italiana a 21 item del PAI. Visto che l'attaccamento prenatale è considerato un indice predittivo della qualità della relazione madre-bambino che si svilupperà dopo la nascita, il PAI può essere considerato uno strumento utile nelle ricerche che indagano l'area prenatale e perinatale, specialmente se utilizzato insieme ad altri strumenti in modo da poter meglio rilevare la complessità dell'argomento. In ogni caso questo studio presenta alcuni limiti. Innanzitutto questi risultati non sono generalizzabili in quanto il campione è composto per la maggior parte da primipare, con una gravidanza a basso rischio, che sono state reclutate ai corsi di accompagnamento alla nascita. Inoltre, sono per la maggior parte sposate, con un buon livello di istruzione e, come ci si poteva aspettare, molto motivate a tutto ciò che riguarda lo stato di benessere del loro bambino. Pertanto sarà necessario che future ricerche utilizzino campioni di donne più eterogenei in modo da meglio identificare i soggetti più a rischio. Inoltre sarà interessante indagare maggiormente la relazione tra alessitimia e attaccamento prenatale e verificare quale influenza abbia sulla relazione madre-neonato e sullo sviluppo psicofisico di quest'ultimo.

Capitolo 4

SECONDO STUDIO PRELIMINARE: LE PROPRIETA' PSICOMETRICHE DEL "MATERNITY SOCIAL SUPPORT SCALE" (MSSS) IN UN CAMPIONE DI GESTANTI ITALIANE

4.1 INTRODUZIONE

È soprattutto a partire dagli Settanta che si manifesta un interesse da parte degli psicologi per il sostegno sociale, grazie anche al contributo di medici epidemiologici che hanno sottolineato la centralità delle relazioni sociali e del sostegno nel mantenimento della salute (ad esempio, si veda Caplan, 1974; Cassel, 1976). In quegli anni viene anche affermato che i legami sociali non solo favoriscono il miglior adattamento in situazioni stressanti, ma sono anche in grado di diminuire i tassi di mortalità e morbilità (Berkman e Syme, 1979; House, Robbins e Metzener, 1982; Blazer, 1982; Tibblin e coll., 1986; Berkman, 1995).

Il sostegno sociale è stato definito da Cobb (1976) come "quell'informazione che porta la persona a sentirsi amata, stimata e inclusa in una rete di comunicazioni e di obblighi reciproci". Si distinguono due aspetti (Prezza e Sgarro, 1992): a) uno *oggettivo*, dato dai comportamenti supportivi che potrebbero essere rilevati anche da un osservatore esterno; b) uno *soggettivo* relativo alla soddisfazione e ai significati che sono attribuiti alle

relazioni e ai comportamenti supportivi dal percipiente. Con il termine *sostegno sociale percepito* ci si riferisce alla valutazione soggettiva di essere sostenuti.

Fra le scale che rilevano il sostegno sociale percepito abbiamo in Italia, già tradotto e validato da Prezza e Principato (2002), la Scala Multidimensionale del Sostegno Sociale Percepito (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) di Zimet e colleghi (1988). Si tratta di una scala autovalutativa di tipo Likert che indaga la percezione del sostegno proveniente da tre differenti fonti: a) dalla famiglia, b) dagli amici, c) da una persona particolarmente significativa.

Un'altra scala che misura il supporto sociale percepito, specifica questa volta della maternità, è quella messa a punto da Webster e i suoi collaboratori (2000): il Maternity Social Support Scale (MSSS).

4.1.1 Il Maternity Social Support Scale (MSSS)

Gli autori dell'MSSS (Webster e coll., 2000) sono partiti dalla considerazione che, nonostante ci sia il riconoscimento dalla parte della comunità scientifica del ruolo dei fattori psicosociali, come l'abuso e il basso sostegno sociale, sugli esiti negativi della gravidanza e del postpartum (Nuckolls, Cassel e Kaplan, 1972; Collins, 1993; Wilson e coll., 1996; Barnett e coll., 1996), tali fattori vengono valutati raramente negli screening che si fanno di routine durante la gravidanza. Il loro interesse era quello di sviluppare una nuova scala utilizzabile negli interventi prenatali in modo da poter ridurre

l'incidenza di depressioni postpartum, in quanto gli strumenti già disponibili o erano troppo lunghi da poter essere effettivamente utilizzati all'interno di un setting o comunque non indagavano quei fattori psicosociali considerati associati alla depressione postpartum (Nuckolls, Cassel e Kaplan, 1972; Smilkstein e coll., 1984; Collins, 1993; Wilson e coll., 1996; Barnet e coll., 1996; Norwood, 1996).

Per questo motivo Webster e i suoi collaboratori (2000) hanno costruito il Maternity Social Support Scale (MSSS), una scala self-report composta da 6 item che dovrebbero corrispondere a quei fattori sociali considerati associati alla depressione postpartum: la mancanza di un supporto da parte della propria famiglia, una rete povera di amicizie, la mancanza di aiuto da parte del proprio marito/compagno, il sentimento di essere controllati da parte del proprio marito/compagno, il sentimento di non sentirsi amati dal proprio marito/compagno. La scelta degli item è stata fatta da un'equipe di esperti australiani composta da psichiatri, ostetriche, assistenti sociali e di donne che hanno sofferto di depressione postpartum. Successivamente la scala è stata somministrata a 120 gestanti per assicurarsi che fosse per loro accettabile e comprensibile. Sulla base dei risultati che hanno ottenuto dal loro studio pilota, gli autori hanno indicato dei cut-off per distinguere i diversi livelli di supporto sociale: i soggetti che ottengono un punteggio inferiore a 18 hanno un basso livello, i soggetti con punteggio compreso tra 19 e 24 hanno un livello medio e, infine, i soggetti con punteggio superiore a 24 hanno un livello di supporto sociale adeguato.

In uno studio successivo (Webster e coll., 2000), gli autori hanno indagato la relazione esistente tra il livello di supporto sociale (MSSS) con il livello di depressione – indagato con l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (versione australiana EPDS; Boyce, Stubbs, Todd, 1993) – e con altri indici della salute rilevati nel periodo postpartum. Hanno richiesto a 2127 donne australiane che si sono recate in un ospedale pubblico prenatale di compilare l'MSSS insieme alla documentazione di routine. Queste hanno ottenuto una media di 26.5 con una dev. st. di 3.91 (range=6-30). Di queste, 901 hanno partecipato alla ricerca longitudinale (600 classificate con fattori a rischio di depressione postpartum, 301 classificate senza fattori di rischio). Queste donne avevano un'età media di 27.2 anni, il 48% era sposata e il 40% era primipara. Circa il 39% delle partecipanti si trovava alla prima visita ad un'età gestazionale inferiore alle 12 settimane, il 35.6% tra le 12 e le 20 e il restante con un'età gestazionale superiore alle 20 settimane. Le donne sono state ricontattate a 16 settimane dopo il parto.

Dai loro risultati (Webster e coll., 2000) è emerso che le donne con basso livello di supporto sociale rispetto alle donne maggiormente supportate riportano con maggior frequenza problemi di salute durante la gravidanza ($p=.006$) e dopo il parto ($p<.001$), di prenotare più tardi le visite mediche previste durante la gravidanza ($p=.000$), di avere più bisogno di cure mediche più frequentemente ($p=.004$) e di essere maggiormente depresse ($p=.0001$).

4.1.2 Obiettivo dello studio

Scopo del presente studio è quello di assicurare le proprietà psicometriche del “*Maternity Social Support Scale*” (MSSS) in un campione di gestanti italiane andando ad analizzare la consistenza interna e la struttura fattoriale dello strumento. Inoltre, è stata indagata la validità di costrutto della scala andando ad indagare la relazione esistente tra i punteggi del supporto sociale ricavati con l’MSSS e i punteggi ricavati dalla scala di depressione, misurata con il CES-D (versione italiana Fava, 1983). A differenza degli autori della versione originale dell’MSSS (Webster e coll., 2000), è stato deciso di utilizzare il CES-D per valutare la presenza di sintomi depressivi in quanto si ritiene, in accordo con Mosack e Schore (2006), che il CES-D sia uno strumento più sensibile dell’EPDS a discriminare le donne depresse sia durante la gravidanza che nel periodo del postpartum. Inoltre, è stata anche assicurata la relazione esistente dei punteggi ricavati dall’MSSS con i punteggi relativi livello di attaccamento prenatale (versione italiana PAI; Della Vedova e coll., in print; si veda anche Cap. 3). Infatti è noto da alcuni studi relativi al periodo del post partum che il supporto sociale è uno dei fattori che maggiormente influenzano la “maternal sensitivity”⁹ (Teti e Gelfand, 1991; Broom, 1994; Goldstein e coll., 1996; Kinijarvi e coll., 2004): le madri hanno bisogno di relazioni vicine e di supporto sociale per far fronte alla maternità. Nella vita di tutti i giorni, una madre ha bisogno di una rete supportante in modo da potersi dedicare completamente al

⁹ La “maternal sensitivity” è stata definita come la capacità da parte della madre di comprendere i bisogni non solo fisici del bambino e di rispondere ad essi in modo adeguato e contingente (Ainsworth e coll., 1974, 1978). In italiano viene spesso tradotto come “sensibilità materna” ma sono dell’idea che il termine sensibilità lascia spazio a possibili fraintendimenti.

proprio bambino, per aiutarlo nella sua crescita e sostenere lo sviluppo di quel processo di sintonizzazione socio-emotiva con il suo bambino (Stern, 1995).

Broom (1994) ad esempio ha trovato che la percezione di una partecipazione del marito alla vita familiare era predittore significativo del “maternal sensitivity”. Anche se la differenza non è risultata significativa, anche Han (2002) ha messo in rilievo come le madri che hanno ricevuto un supporto concreto e psicologico da qualcuno nel periodo del postpartum hanno mostrato un maggiore livello di “maternal sensitivity” rispetto a quelle madri che non hanno ricevuto aiuto da nessuno. Infine, anche Kivijarvi e i suoi colleghi (2004) hanno trovato che le madri che hanno i maggiori livelli di “maternal sensitività” sono quelle che hanno avuto meno esperienze di difficoltà con i loro bambini e maggior supporto dai loro partner e dai loro migliori amici.

Inoltre, abbiamo visto dai risultati di Webster e dei suoi colleghi (2000) che le donne che riportano bassi livelli di supporto sociale hanno più probabilità di risultare depresse.

Pertanto si ipotizza che ad alti livelli di supporto sociale saranno associati bassi livelli di depressione e alti livelli di attaccamento prenatale.

4.2 METODO

Si tratta di uno studio trasversale condotto su di un campione di gestanti italiane, reclutate ai corsi di accompagnamento alla nascita abili a leggere e scrivere in italiano.

4.2.1 Campione

È stato reclutato un campione di convenienza composto da 274 donne gravide proveniente da due città del nord Italia, da Brescia (Ospedale di S. Orsola, N=108) e Verona (distretto sanitario n. 3 dell'Ulss 20 di Verona, N=166). Tutte le donne hanno dato il loro consenso a partecipare a questo studio; la percentuale di risposta è stata del 100%. E' stato scelto di escludere dall'analisi dei dati tutti i soggetti che presentavano anche solo un "dato mancante" (listwise deletion procedure): per questo motivo sono stati eliminati 13 soggetti. Il campione finale risulta composto di 261 soggetti (95.3% del campione totale). L'età delle donne varia da 18 a 42 (media =31.7, dev. st. =4.154). La maggior parte delle donne è di nazionalità italiana (95.4%), con titolo di studio equivalente alla media superiore (57.9%) e svolge attività impiegatizia (38.6%). Si tratta soprattutto di donne sposate (79.7%) o comunque con una relazione stabile (18%), la maggior parte non ha altri figli (83.4%).

Il 60.6% delle donne si trova tra la 28^{esima} e la 32^{esima} settimana di gestazione (media = 29.52 ± 3.289; range =17-39) e il 78.1% è primipara. La maggior parte (86.4%) delle donne segnala che la maternità è stata desiderata, che si tratta di una gravidanza pianificata (56%) e che è a basso rischio (97.3%). Il 3.5% delle donne riporta di aver avuto un'interruzione di gravidanza precedente, il 16.5% un aborto spontaneo. Le caratteristiche sociodemografiche e relative alla gravidanza sono presentate nelle Tabelle 4.1 e 4.2.

Tabella 4.1: caratteristiche sociodemografiche

<i>Luogo di reclutamento</i>	<i>BRESCIA</i>	<i>VERONA</i>	<i>TOTALE</i>
	<i>(N=101)</i>	<i>(N=160)</i>	<i>(N=261)</i>
<i>Età</i>			N=258
< 26	8 (7.9%)	8 (5.1%)	16 (15.8%)
26-35	72 (71.3%)	119 (75.8%)	191 (74.0%)
>35	21 (20.8%)	30 (19.1%)	51 (19.8%)
<i>Nationalità</i>			N=261
Italiana	99 (98.02%)	150 (93.75 %)	249 (95.4%)
Non Italiana	2 (1.98%)	10 (6.25%)	12 (4.6%)
<i>Livello di istruzione</i>			N=261
Medie inferiori	18 (17.8%)	15 (9.4%)	33 (12.6%)
Medie superiori	46 (45.5%)	105 (65.6%)	151 (57.9%)
Università	37 (36.6%)	40 (25%)	77 (29.5%)
<i>Occupazione lavorativa</i>			N=259
Disoccupata	3 (3%)	11 (7%)	14 (5.4%)
Lavoro operaio	10 (9.9%)	28 (17.7%)	38 (14.7%)
Attività impiegatizia	40 (39.6%)	60 (38.0%)	100 (38.6%)
Libera professionista	17 (16.8%)	12 (7.6%)	29 (11.2%)
Lavoro part-time	3 (3%)	12 (7.6%)	15 (5.8%)
Studentessa	3 (3%)	2 (1.3%)	5 (1.9%)
Altro	25 (24.8%)	33 (20.9%)	58 (22.4%)
<i>Stato civile</i>			N=261
Sposata	74 (73.3%)	134 (83.8%)	208 (79.7%)
Convivente	18 (17.8%)	20 (12.5%)	38 (14.6%)
Non sposata, con relazione stabile	5 (5%)	4 (2.5%)	9 (3.4%)
Non sposata, solo	2 (2%)	1 (0.6%)	3 (1.1%)
Altro	2 (2%)	1 (0.6%)	3 (1.1%)
<i>Anni di matrimonio</i>			N=260
Media (dev. st.)	2.44 (± 2.636)	3.41 (± 3.58)	3.03 (± 3.275)
Range	0-12	0-20	0-20
<i>Anni di relazione</i>			N=249
Media (dev. st.)	8.04 (± 4.306)	8.72 (± 4.788)	8.45 (± 4.602)
Range	0-20	0-25	0-25

NOTA Valori inferiori a 261 indicano la presenza di dati mancanti.

Tabella 4.2: caratteristiche descrittive relative alla gravidanza

<i>Luogo di reclutamento</i>	BRESCIA	VERONA	TOTALE
	(N=101)	(N=160)	(N=261)
<i>Settimana gestazionale</i>			N=259
< 24	16 (16.2%)	4 (2.5%)	20 (7.7%)
25-27	22 (22.2%)	22 (13.8%)	44 (17%)
28-32	50 (50.5%)	107 (66.9%)	157 (60.6%)
> 33	13 (12.9%)	27 (16.9%)	40 (15.3%)
<i>Parità</i>			N=260
Primipara	88 (87.1%)	115 (72.3%)	203 (78.1%)
Multipara	13 (12.9%)	44 (27.7%)	57 (21.9%)
<i>Gravidanza desiderata</i>			N=258
Sì	88 (88%)	135 (85.4%)	223 (86.4%)
No	12 (12%)	23 (14%)	35 (13.6%)
<i>Gravidanza pianificata</i>			N=259
Sì	57 (56.4%)	88 (55.7%)	145 (56%)
No	44 (43.6%)	70 (44.3%)	114 (44%)
<i>Rischio di gravidanza</i>			N=256
Alto	2 (2%)	5 (3.2%)	7 (2.7%)
Basso	98 (98%)	151 (96.8%)	249 (97.3%)
<i>Aborto spontaneo</i>			N=260
Sì	15 (14.9%)	28 (7.6%)	43 (16.5%)
No	86 (85.1%)	131 (82.4%)	217 (83.5%)
<i>Interruzione volontaria di gravidanza</i>			N=260
Sì	5 (5%)	4 (2.5%)	9 (3.5%)
No	96 (95%)	155 (97.5%)	251 (96.5%)

NOTA Valori inferiori a 261 indicano la presenza di dati mancanti.

4.2.2 Strumenti

La batteria di test che è stata somministrata alle gestanti comprendeva i seguenti strumenti: il Maternity Social Support Scale tradotto in italiano (MSSS;

Webster e coll., 2000), la versione italiana del Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Fava, 1983), la versione italiana del Prenatal Attachment Inventory (PAI; Müller, 1993; Della Vedova e coll., in print) e una scheda sociodemografica e anamnestica.

1. *Maternity Social Support Scale*: per la traduzione in italiano dei 6 item dell'MSSS (Webster e coll., 2000) è stato utilizzato il procedimento della "translation-backtranslation" (Van der Vijver e Leung, 1997). Innanzitutto, lo strumento è stato tradotto in italiano e poi è stato tradotto nuovamente dall'italiano alla lingua originale da due traduttori indipendenti di madre lingua inglese. Le due versioni, quella originale e quella tradotta, sono state confrontate tra loro fino ad arrivare alla versione finale italiana (Appendice 3). L'MSSS è una scala self-report composta da 6 item di tipo Likert, di cui due reverse, con modalità ordinata da 1 ("mai") a 5 ("spesso"). Il punteggio totale può variare da un minimo di 6 ad un massimo di 30; un punteggio alto indica un livello alto di supporto sociale.

2. *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, versione italiana CES-D (Fava, 1983). Il CES-D è una scala self-report utilizzata per la valutazione dei sintomi depressivi (Appendice 4). È composta da 20 item di tipo Likert con modalità ordinata da 0 ("non mi è capitato mai o quasi") a 3 ("mi è capitato sempre o quasi sempre"); 4 item vanno conteggiati in modo inverso. Il punteggio totale del CES-D, che può variare da un minimo di 0 ad un massimo di 30, identifica il grado di depressione; normalmente è utilizzato il cut-off di 23 per discriminare i soggetti più a rischio di depressione. Lo strumento ha

mostrato una buona coerenza interna nella popolazione generale (α di Cronbach =.85).

3. *Prenatal Attachment Inventory*, versione italiana PAI (Appendice 1; Della Vedova e coll., in print; si veda anche cap. 2). Il PAI è una scala self-report composta di 21 item di tipo Likert, con modalità ordinata da 1 (“quasi mai”) a 4 (“quasi sempre”). Il punteggio totale può variare da 21 a 84: un punteggio alto indica un livello alto di attaccamento prenatale. Lo strumento nella versione italiana ha mostrato una buona coerenza interna (α di Cronbach =.869).

4. Il *questionario sociodemografico e anamnestico* (Appendice 6) comprende l’età, la nazionalità, il livello di istruzione, l’occupazione lavorativa, lo stato civile, gli anni di matrimonio, gli anni di relazione, l’età gestazionale, la parità, i rischi di gravidanza, gravidanza desiderata e pianificata, aborto spontaneo, morte perinatale e interruzione volontaria di gravidanza.

4.2.3 Procedura

Lo studio è stato proposto a tutte le donne che partecipano a corsi di accompagnamento alla nascita presso l’Ospedale di S. Orsola di Brescia e il distretto dei servizi sanitari n. 3 dell’Ulss 20 di Verona. Le donne, che hanno dato il loro accordo a partecipare alla ricerca firmando il consenso informato, hanno compilato la batteria di test alla presenza di una psicologa e di un’ostetrica. La compilazione è avvenuta alla fine del primo incontro in modo che le risposte non fossero influenzate dalle informazioni avute durante il corso

stesso; la partecipazione all'indagine è stata volontaria ed è avvenuta in forma anonima. Il periodo di raccolta dati è stato di sei mesi.

4.2.4 Analisi statistiche

Le analisi sono state effettuate con la versione 12 del programma SPSS di Windows. La consistenza interna della scala MSSS è stata valutata mediante il calcolo del coefficiente alfa di Cronbach. Inoltre, per analizzare la distribuzione dei punteggi dell'MSSS è stato usato il test di Kolmogorov-Smirnov. Sono stati usati i test Kruskal-Wallis e Mann-Whitney per confrontare le caratteristiche dei due campioni provenienti dai due diversi luoghi di reclutamento relativamente alle variabili sociodemografiche e quelle relative alla gravidanza. È stato usato il test di Mann-Whitney per determinare se i punteggi del MSSS variavano in base al luogo di reclutamento, alla nazionalità, alla parità, alla gravidanza desiderata e pianificata, al rischio di gravidanza e a precedenti aborti spontanei. È stato usato il test di Kruskal-Wallis per determinare se i punteggi MSSS variavano con il livello di educazione, l'occupazione lavorativa, lo stato civile. È stato calcolato il coefficiente rho di Spearman con le caratteristiche sociodemografiche di tipo quantitativo come l'età delle donne, gli anni di matrimonio e di relazione della coppia, il numero di figli avuti precedentemente e l'età gestazionale.

Inoltre, è stato usato il test di sfericità di Bartlett per valutare se fosse possibile applicare il modello di analisi fattoriale e la misura di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) per valutare l'adeguatezza del campione. La struttura fattoriale del

test è stata esplorata mediante la fattorizzazione degli assi principali, determinando il numero di fattori da estrarre mediante lo scree-test. Per una migliore interpretabilità dei dati, la soluzione è stata quindi ruotata utilizzando la procedura Varimax. Inoltre, per assicurare la validità di costrutto del supporto sociale materno, è stata calcolato il coefficiente di correlazione rho di Spearman tra il punteggio globale MSSS e i punteggi globali del CES-D e del PAI.

4.3 RISULTATI

La media del punteggio MSSS è di 25.93 con dev. st.=2.849; i punteggi variano da 15 a 30 (possibile range da 6 a 30). I valori del punteggio totale dell'MSSS sono risultati non distribuiti normalmente ($z=2.352$, $p=.000$). La consistenza interna dello strumento è stata calcolata mediante il calcolo del coefficiente alfa di Cronbach, che è risultato pari a .516 (Tabella 4.3).

Tabella 4.3: coefficiente alfa di Cronbach, media, deviazione standard, mediana e range dei punteggi globali MSSS, PAI e CES-D.

	MSSS (N=261)	PAI (N=245)	CES-D (N=211)
α di Cronbach	.516	.866	.835
Media	25.93	60.73	11.39
Dev. St.	2.849	9.148	7.398
Range	15-30	37-83	0-40

Utilizzando i cut-off indicati da Webster e dai suoi colleghi (2000), è emerso che 4 donne (1.5%) riportano un basso livello di supporto sociale, 62 (23.8%) un livello medio e le restanti 195 (74.7%) un livello adeguato.

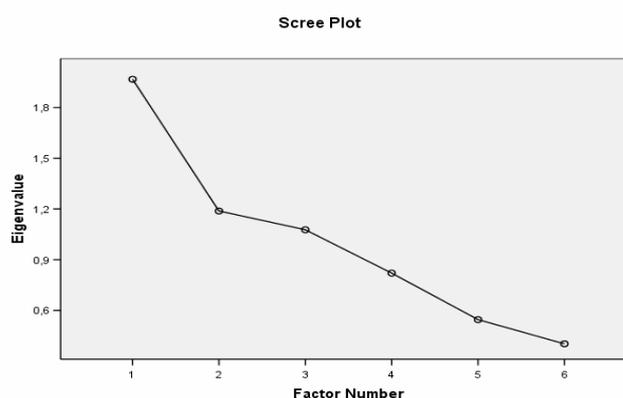
Il test di Mann-Whitney non ha mostrato differenze significative di punteggio del MSSS dovute alle seguenti variabili: luogo di reclutamento ($p=.110$), nazionalità ($p=.238$), gravidanza desiderata ($p=.106$), gravidanza pianificata ($p=.257$), aborti spontanei ($p=.051$), rischio di gravidanza ($p=.825$); mentre ha mostrato differenze significative per quanto riguarda le variabili parità ($p=.008$) e interruzione volontaria di gravidanza ($p=.044$). Il test di Kruskal-Wallis non ha mostrato differenze statisticamente significative di punteggio MSSS dovute allo stato civile ($p=.055$), mentre ne sono emerse relativamente al livello educativo ($p=.023$) e allo stato occupazionale ($p=.022$). Inoltre, in questo campione, il punteggio globale dell'MSSS non presenta correlazioni né con l'età delle donne ($p=.589$), né con gli anni di matrimonio ($p=.522$) e di relazione ($p=.335$), né con il numero di figli avuti precedentemente ($p=.060$) né con le settimane di gestazione ($p=.056$).

Il test della sfericità di Bartlett ($p=.000$) e l'indice KMO relativo all'adeguatezza del campione, che è risultato pari a .582, hanno confermato la possibilità di applicare il modello dell'analisi fattoriale. Per studiare poi la struttura fattoriale del test è stata utilizzata un'analisi esplorativa. La matrice di correlazione indica che in particolare l'item 6 è correlato in modo significativo con la maggior parte degli altri item ad un $p<.01$.

Secondo il criterio dell'"autovalore maggiore di uno" (Kaiser, 1958) il metodo di estrazione della fattorizzazione dell'asse principale dei punteggi

dell'MSSS ha prodotto una struttura a tre fattori: la soluzione spiega il 43.088% della varianza totale. Nello scree plot (Cattell, 1966) il “gomito” corrisponde alla dimensione numero quattro, confermando i tre fattori (Figura 4.1).

Figura 4.1: Scree plot



La rotazione Varimax suggerisce una soluzione in cui due item pesano fortemente sul primo fattore che spiega il 21.175% della varianza, altri due sul secondo che spiega il 11.135% della varianza e, infine, due item sul terzo fattore che spiega il 10.777% della varianza totale (Tabelle 4.4 e 4.5).

Tabella 4.4: Varianza Totale Spiegata

<i>Fattori</i>	<i>Loading dei fattori non ruotati</i>		<i>Loading dei fattori ruotati</i>	
	<i>Totale</i>	<i>% di Varianza</i>	<i>Totale</i>	<i>% di Varianza</i>
1	1.541	25.686	1.271	21.175
2	.633	10.546	.668	11.135
3	.411	6.857	.647	10.777

Metodo di estrazione: Fattorizzazione dell'asse principale.

Tabella 4.5: Loading della componente ruotata della soluzione dei 3 fattori dell'MSSS

	<i>Fattori</i>		
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>MSSS 1</i>	.103	-.024	.708
<i>MSSS 2</i>	.065	.066	.309
<i>MSSS 3</i>	.699	-.019	.148
<i>MSSS 4</i>	.411	.683	-.049
<i>MSSS 5</i>	-.039	.405	.075
<i>MSSS 6</i>	.773	.178	.141

Metodo di estrazione: Fattorizzazione dell'asse principale. Metodo di rotazione: Varimax con la normalizzazione di Kaiser.

Nota. In grassetto compare la correlazione variabile-componente più elevata.

Per quanto riguarda il CES-D e il PAI, essi sono stati correttamente completati rispettivamente da 211 (80.84%) e 245 (93.87%) donne, le quali hanno ottenuto una media di 11.39 (dev. st. =7.398) nel CES-D e una media di 60.73 (dev. st. =9.148) nel PAI. Il coefficiente alfa di Cronbach è risultato pari a .835 per la prima scala e pari a .866 per la seconda (Tabella 4.3). Utilizzando il cut-off della depressione (CES-D) indicato da Fava (1983), è emerso che 196 donne (92.9%) non sono depresse e 15 (7.1%) presentano sintomi depressivi.

Infine, come si vede dalla Tabella 4.6 il punteggio globale dell'MSSS è risultato correlare negativamente con il punteggio totale del CES-D ($\rho=-.343$, $p=.000$) e avere una correlazione positiva con il PAI ($\rho=.168$, $p=.028$).

Tabella 4.6: Coefficienti di correlazione (rho di Spearman) fra il punteggio totale della “Scala del supporto sociale della maternità” (MSSS) e i punteggi globali del PAI e del CES-D.

	<i>MSSS</i>
<i>PAI</i>	.168**
<i>CES-D</i>	-.343**

** Correlazione significativa a $p=.01$

* Correlazione significativa a $p=.05$

4.4 DISCUSSIONE

Il presente studio preliminare esamina le proprietà psicometriche della “Scala del Supporto Sociale della Maternità” in un campione di 261 gestanti italiane, reclutate ai corsi di accompagnamento alla nascita.

La distribuzione, non normale, dei punteggi MSSS e il valore alto della media del punteggio totale indicano come i soggetti di questo studio sono inclini ad avere livelli molto alti di supporto sociale. Questa tendenza potrebbe essere legata alle caratteristiche peculiari del campione: si tratta principalmente di giovani donne di nazionalità italiana, con un buon livello di istruzione e un'occupazione lavorativa stabile, la maggior parte delle quali sposate o con una relazione stabile, frequentanti un corso di accompagnamento alla nascita. Non stupisce questo risultato in quanto anche altri studi presenti in letteratura sottolineano come le donne che vengono individuate presso i corsi di accompagnamento alla nascita tendono a mostrare i più alti punteggi di risposta, sia per quanto riguarda il supporto sociale percepito che altri indici quali l'attaccamento nei confronti del loro bambino non ancora nato (Mercer e Ferketich, 1990; Dabrassi e coll., 2007; Della Vedova e coll., in print). Non è chiaro se questa disposizione sia dovuta alla peculiarità delle caratteristiche del campione reclutato, ovvero di donne che godono effettivamente di una situazione di supporto positiva, o possa dipendere dall'influenza esercitata dalla desiderabilità sociale nella scelta delle risposte. Sta di fatto che la stessa tendenza è stata rilevata anche da un altro studio condotto su un campione di soggetti italiani più eterogeneo di quello qui considerato: in quel caso si trattava

di uomini e donne di età compresa tra i 18 e i 77 anni, residenti nell'Italia centro-meridionale e contattati in luoghi differenti - abitazioni, circoli culturali/ricreativi, università (Prezza e Principato, 2002). Prezza e Principato (2002) hanno utilizzato nel loro studio uno strumento di rilevazione diverso, la Scala Multidimensionale del Sostegno Percepito (MSPSS; Zimet e coll., 1988), e tra le varie cose hanno riscontrato che il punteggio totale del supporto sociale varia in funzione dell'età delle donne e del loro stato civile, dato non confermato dai nostri risultati. Dalle nostre analisi emerge invece che il livello del supporto sociale mostra delle differenze significative al variare del livello di istruzione e rispetto allo stato occupazionale: le donne con un livello di istruzione maggiore e che svolgono un'attività impiegatizia o una libera professione sono quelle che hanno più possibilità di potersi avvalere di un sostegno. Inoltre, le donne primipare sembrano avere più supporto sociale delle donne che hanno già avuto parti in precedenza, così come le donne che non hanno mai avuto esperienza di interruzioni di gravidanza rispetto a quelle che ne hanno avuto. Questi dati vanno a confermare l'idea già diffusa che le donne che, a vario titolo, non possono contare sull'aiuto del proprio partner e che presentano caratteristiche di rischio sono anche quelle che, per diverse ragioni, hanno meno supporto.

Dall'analisi fattoriale emerge una struttura a tre fattori che spiega il 43.088% della varianza totale. Vediamo che il fattore che spiega la percentuale di varianza totale maggiore (21.175%) è saturato maggiormente dai due item che riguardano l'amore e l'aiuto proveniente dal partner. Considerando anche la matrice di correlazione in cui emerge come sia particolarmente l'item 6, quello

relativo al sentirsi amate dal proprio partner, ad essere connesso agli altri item, sembra quasi che questo sia da considerarsi il più importante non solo per il periodo postpartum, così come indicato dalla letteratura, ma anche per il periodo della gravidanza. In particolare, è da evidenziare come ancor più dell'aiuto concreto sia il sentimento di affetto e di amore del partner che aumentano il livello di supporto sociale percepito.

Se consideriamo il valore dell'alfa di Cronbach ($\alpha=.516$), questo indica che il questionario non gode di una buona consistenza interna; infatti anche eliminando l'item 5 con cui si raggiungerebbe un'alfa pari a .543, il valore non raggiungerebbe la soglia ($\alpha>.70$) indicata dalla comunità scientifica per una buona affidabilità (Nunnally e Bernstein, 1994).

Per quanto riguarda la validità di costrutto, dalle analisi emerge una correlazione negativa tra il livello di supporto sociale percepito dalle donne durante il periodo della gravidanza e il livello di sintomi depressivi ($\rho=-.343$). Questo risultato conferma la relazione negativa ($r=-.24$) emersa dallo studio di Collins (1993) che sottolinea come il supporto, in particolare quello proveniente dal padre del bambino, sia da considerarsi un fattore di prevenzione rispetto alla depressione. Inoltre, sembra che un buon livello di supporto sociale sia connesso a un buon livello di attaccamento prenatale ($\rho=.168$). Questo dato sembra confermare l'idea che un clima familiare in cui vi è supporto tra i membri appartenenti sia positivamente correlato con l'attaccamento delle gestanti al feto (Cranley, 1984; Fuller e coll., 1993; Condon e Corkindale, 1997; Wilson e coll. 2000; Salisbury e coll., 2003; Della Vedova, 2007).

In conclusione, il Maternity Social Support Scale non sembra essere uno strumento di ricerca molto affidabile soprattutto se si prende in considerazione il basso livello raggiunto dall'indice alfa di Cronbach. Probabilmente questo è dovuto al numero limitato di item che lo compongono e al fatto che indaga aspetti diversi del supporto, non sempre concordanti nella vita di una persona: non è detto che una persona che può contare sul sostegno e sull'amore del partner abbia lo stesso supporto da parte dell'ambiente familiare o dai propri amici e viceversa. Pertanto, più che una scala di ricerca, potrebbe essere considerato come un indice a cui fare riferimento all'interno di un colloquio clinico più ampio, al fine di individuare con facilità le donne che risultano particolarmente isolate e che potrebbero aver bisogno di un intervento mirato (ad esempio, inserimento in gruppi di sostegno o servizi diretti). Infatti, come emerge dagli studi presenti in letteratura, bassi livelli di supporto durante il periodo prenatale potrebbero avere effetti nocivi sull'esito della gravidanza o dello sviluppo neonatale: pertanto, le donne che riportano un isolamento sociale o un basso supporto da parte del padre del bambino o dei parenti, soprattutto nel caso di giovani madri, potrebbero beneficiare di un sostegno ulteriore proveniente dal personale sociosanitario, come ad esempio da infermieri, ostetriche o assistenti sanitari (Norbeck e coll., 1996).

Capitolo 5

LA RICERCA LONGITUDINALE: RELAZIONE GESTANTE-FETO, MODALITA' DEL PARTO E SVILUPPO FISICO DEL BAMBINO

Nel primo capitolo si è delineato il quadro teorico in cui si iscrive l'area di ricerca relativa alla relazione gestante-feto, considerata matrice del futuro sviluppo del bambino. Nel secondo si è descritto come è maturato il progetto e ne abbiamo dato lo schema generale, nel terzo e nel quarto capitolo si è provveduto ad analizzare le proprietà psicometriche di due strumenti che sono stati utilizzati per rilevare l'attaccamento prenatale e il supporto sociale della maternità. Nel presente capitolo verrà descritta in dettaglio la ricerca longitudinale che costituisce la parte centrale del progetto.

5.1 INTRODUZIONE

Un esame della letteratura (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Winnicott, 1958, 1965) evidenzia come lo sviluppo mentale del bambino, e quindi del futuro individuo, non sia tanto determinato da fattori biologici, quanto da apprendimenti precoci che dipendono dalla qualità della relazione genitori-bambino.

Negli ultimi anni l'attenzione si è spostata dalle fasi della vita appena dopo la nascita a quelle che la precedono, individuando già nell'epoca fetale questi apprendimenti precoci. Questo è avvenuto anche grazie allo sviluppo delle

tecniche ecografiche che hanno messo in luce la precocità e la compiutezza delle competenze sensoriali e percettive fetali. È stato anche possibile osservare una capacità di interazione da parte del feto con gli stimoli provenienti dal corpo materno e dall'ambiente già a partire dal secondo trimestre di gravidanza (Della Vedova, Imbasciati, 1998; Della Vedova, 1999; Righetti, Sette, 2000; Manfredi, Imbasciati, 2004). Inoltre, in queste ultime decadi gli studi neurofisiologici hanno constatato che il cervello fetale e il sistema nervoso si sviluppano in base al tipo di esperienza avuta (Gottlieb, 1976; Previc, 1991, Zara, Polatti, 1998). Partendo da questi presupposti si è cominciato ad indagare l'insieme di quelle "variabili ambientali" che possono modulare lo sviluppo psichico fetale. Per esempio, Monk e coll. (1999, 2000) hanno trovato una relazione tra gli effetti di ansia e stress materni sulla frequenza cardiaca fetale. Panthuraamphorn e i suoi collaboratori (1998) hanno invece messo a punto un programma teso a ridurre lo stress materno attraverso esercizi di rilassamento e hanno trovato che questo favorirebbe lo sviluppo del feto, rilevato in una dimensione maggiore della circonferenza cranica. Numerosi sono gli studi relativi soprattutto all'esperienza acustica (Salk, 1960; De Casper e Fifer, 1980; Manfredi, Imbasciati, 2004), forse perché è considerata la sensorialità di cui il feto ha maggiore esperienza, oltre che per la sua connotazione fortemente relazionale. A questo proposito interessante è il risultato trovato da Manfredi, Della Vedova e Imbasciati (Manfredi, Imbasciati, 2004). Gli autori hanno indagato l'esperienza acustica su tre livelli: l'ascolto da parte della madre di musica, la rumorosità degli ambienti frequentati e, infine, la comunicazione intenzionale da parte della madre stessa con il feto. Sembra che

la variabile che ha dato luogo a maggiori rilievi statisticamente significativi è quella della “comunicazione intenzionale” che la madre rivolge al proprio figlio non ancora nato il che fa pensare all’importanza delle relazioni per lo sviluppo percettivo-cognitivo del feto.

Recentemente alcuni studi hanno cominciato a indagare questo particolare tipo di “investimento affettivo” che la madre ha nei confronti del proprio feto, investimento che già Winnicott (1958) aveva descritto nei termini di “preoccupazione materna primaria” e che ora viene denominato “attaccamento prenatale” (Cranley, 1981; Condon, 1993; Müller, 1993; Della Vedova, 2005, 2007). Esso viene considerato una delle prime esperienze, se non la prima esperienza per eccellenza, che consente la costruzione delle prime funzioni mentali (e protomentali) che condizionano il successivo sviluppo (Imbasciati, 1998, 2006a, b).

Attualmente la relazione gestante-feto viene pertanto concettualizzata come l’elemento centrale del dialogo somatico tra l’organismo materno e quello fetale (Manfredi, Imbasciati, 2004; Della Vedova e coll., 2005; Della Vedova, Imbasciati, 2005; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007), dialogo responsabile dello sviluppo fisico e psichico del bambino, nonché della qualità della sua struttura psicosomatica (Imbasciati, 2006a, b).

Per questo motivo il campo della ricerca si è allargato ai processi relativi alla gravidanza, in quanto è già durante questo periodo che iniziano tutti questi processi. Sebbene la gravidanza rappresenta un evento naturale del ciclo di vita della donna, in particolare la prima gravidanza si configura come una fase critica (una “crisi evolutiva”), che implica profondi cambiamenti psicologici,

somatici e sociali (Deutsch, 1945; Bibring, 1959; Bibring e coll., 1961; Pines, 1972, 1982; Ammaniti, 1992). Stern (1995) ha definito “costellazione materna” questa condizione di riorganizzazione della vita psichica della donna, di profondi cambiamenti delle rappresentazioni di sé come persona, moglie, figlia, madre.

Attualmente la gravidanza viene considerata come un evento complesso nella vita della donna, in cui i processi psicosomatici sono direttamente influenzati da fattori relazionali, affettivi e sociali (Ammaniti e coll., 1995). La gravidanza può essere considerata l’esperienza psicosomatica per eccellenza, in cui le dimensioni fisiche e psichiche si modulano a vicenda continuamente: pensiamo solo al concetto di “debito di vita” con cui Bydlowski (2000) ha descritto quell’area psichica dove nasce l’idea di un figlio e si compie la possibilità o meno del suo concepimento. Molti studi hanno evidenziato come questo “debito di vita” sia poi condizionato dalle relazioni parentali infantili depositate nell’inconscio della madre, che a loro volta condizionano le decisioni connesse alla procreazione (Palacio Espansa, 1991; Bydlowski, 2000, 2004).

La Bydlowski (2000, 2004) parla anche di “trasparenza psichica” riferendosi con questo termine a quello “stato mentale della donna in gravidanza caratterizzato dalla particolare facilità con cui frammenti di inconscio arrivano al conscio”. Ma perché ciò avvenga è necessaria una capacità elaborativa e fantasmatica del mondo interno genitoriale (Fonagy e Target, 2001). Pertanto è pensabile che la struttura psichica della madre, in particolare la sua capacità di elaborare psicologicamente le emozioni e di mentalizzare gli affetti, influenzi la psicosomatica della gravidanza e del parto.

Numerose sono le ricerche che dimostrano gli effetti dell'alessitimia – intesa come difficoltà ad identificare ed esprimere le emozioni (Sifneos, 1973; Marty, 1980) – sulla salute (Taylor, Bagby, Parker, 1997; Solano, 2001), ma nessuna ricerca ha studiato il rapporto specifico tra l'andamento del parto e le modalità materne di elaborazione psicologica ed espressione delle emozioni. Esiste un solo studio (Bucci e coll., 2005) a tal proposito, che indaga in particolare il potere benefico della scrittura - meglio conosciuta come tecnica di Pennebaker¹⁰ (Pennebaker e Beall, 1986) - in un campione di gestanti primipare. Gli autori hanno trovato che ad alti livelli iniziali di Alessitimia sono associati livelli più elevati di sintomi depressivi e di disagio psicologico nel puerperio, dati che vanno a confermare quelli presenti in letteratura sia nell'ambito della popolazione generale che patologica (Taylor e coll., 1997; Honkalampi e coll., 2000; Solano e coll., 2003; Grabe e coll., 2004). Pertanto sembra che l'alessitimia possa costituire un fattore di rischio in quanto può accrescere quella "vulnerabilità" psichica che già la gravidanza, in particolare la prima gravidanza, e la nascita comportano (Monti e coll., 2006; Valoriani e coll., 2006).

Un altro fattore che sembra influenzare l'andamento e gli esiti della gravidanza e del parto è la qualità delle relazioni attuali, in primis con il partner e la famiglia di origine (Webster e coll., 2000), relazioni che sappiamo essere condizionate dalle relazioni interiorizzate. Inoltre, sono noti non solo gli effetti

¹⁰ Viene chiesto ai soggetti di scrivere le emozioni e i pensieri più profondi che viene loro a mente relativamente all'evento che considerano il più traumatico o stressante della loro vita. Gli studi sperimentali, condotti in particolare su popolazioni di soggetti sani, hanno messo in luce come lo scrivere agevoli l'elaborazione emotivo-cognitiva di un evento stressante, nella misura in cui determina la costruzione di una narrazione coerente e significativa intorno all'evento (Pennebaker, 2001).

della mancanza di supporto emotivo e sociale sul benessere fetale e sugli esiti del parto e del postpartum (Nuckolls, Cassel e Kaplan, 1972; Smilkstein e coll., 1984; Collins, 1993; Wilson e coll., 1996; Barnet e coll., 1996; Norwood, 1996; Webster e coll., 2000), ma anche l'influenza di variabili psicologiche, come ansia, stress e depressione sull'andamento della gravidanza, così strettamente connesse alle prime (Wilson e coll. 1996; Sjöström e coll., 2002). Anche la ricerca nell'ambito dei vissuti delle donne rispetto al parto ha messo in evidenza come gli aspetti di maggiore rilievo durante l'esperienza del travaglio e del parto siano legati non tanto ad interventi di tipo medico, quanto ad elementi relativi al sostegno (Regalia e Bestetti, 2006, Della Vedova e Dabrassi, 2006).

Pertanto, un esame della letteratura evidenzia come il benessere della donna in gravidanza, e quindi il benessere del feto prima e del neonato dopo, sia relativo a molteplici aspetti: alla struttura di personalità della donna, alla qualità delle esperienze infantili rispetto alle relazioni parentali, alla qualità del supporto emotivo e concreto del partner e del contesto familiare. Questi elementi risultano correlati anche al crearsi del legame tra madre e feto prima e madre e neonato poi, al buon andamento e al buon esito della gravidanza, del parto e del puerperio.

5.1.1 Obiettivo dello studio

La presente ricerca si propone di indagare la qualità della relazione gestante-feto nei termini di attaccamento prenatale, la qualità delle relazioni interiorizzate, il livello di alessitimia e il sostegno sociale della donna stessa in

relazione all'andamento del parto e del puerperio e del primo sviluppo del bimbo. L'ipotesi è che gli elementi che costituiscono i fattori di protezione della maternità psichica risultano essere correlati al buon andamento della gravidanza, alla formazione del legame tra gestante e feto e a migliori esiti del parto e del puerperio e sull'interazione tra mamma e bambino.

5.2 METODO

Si tratta di una ricerca esplorativa di tipo longitudinale che prevede tre fasi:

- la *prima fase* ha come obiettivo quello di rilevare nelle gestanti la qualità delle esperienze infantili interiorizzate, il supporto sociale materno percepito e il grado di alessitimia insieme ad alcune caratteristiche sociodemografiche e anamnestiche relative alla gravidanza;
- la *seconda fase* ha come scopo quello di rilevare l'andamento del parto di tutte quelle donne che hanno aderito alla ricerca;
- la *terza fase* ha come intento quello di esplorare i vissuti delle donne ad un mese dal parto rispetto ai diversi aspetti del parto e del puerperio e le prime interazioni con il bambino.

5.2.1 Strumenti

La ricerca si propone di indagare come variabili psicologiche, aspetti correlati al divenire genitore e variabili legate al contesto familiare e sociale possono influire sulle modalità di espletamento del parto (per una definizione di

parto si veda il Glossario 1) e sul vissuto soggettivo della donna in relazione al parto, agli aspetti del post-partum e del bambino nel primo mese di vita. Per questo motivo sono stati scelti i seguenti strumenti descritti qui di seguito e presentati suddivisi nelle tre fasi della ricerca.

Prima fase: periodo gravidanza

Come si è visto nell'introduzione (cap. 5.1) elementi importanti relativi al processo di maternità possono essere rintracciati nella struttura di personalità della gestante, e in particolare nella qualità delle esperienze infantili avute con i propri genitori (o meglio nell'elaborazione interiore che da queste ha avuto luogo e che si è iscritta nelle modalità relazionali proprie di quelle persone), nella qualità del rapporto di coppia e del supporto emotivo fornito dal contesto in cui la donna si trova inserita. Questi tre fattori riguardano ognuno situazioni complesse in cui concorrono dimensioni plurime esterne e interiori. Non può pertanto esistere uno strumento che singolarmente possa dare un indice esaustivo dei tre fattori sopra considerati. In una rassegna sulla letteratura in proposito si trovano strumenti che rilevano dimensioni che possono, insieme ad altre, concorrere a dare un'idea globale di quanto ricercato. Tra questi è stata effettuata una scelta compatibile con il setting (maggiori dettagli verranno spiegati nel capitolo 5.2.3 relativo alla procedura) in cui venivano reclutate le gestanti. Ad esempio è stato scelto di non valutare la presenza di sintomi depressivi in quanto è un aspetto già molto conosciuto in letteratura sia per quanto riguarda il periodo della gravidanza che il suo ruolo rispetto

all'espletamento del parto e allo sviluppo del bambino. Inoltre, è noto dalla letteratura che alessitimia e depressione sono fortemente correlate tra di loro (Duddu e coll., 2003; Gunzelmann e coll., 2002; Mueller e coll., 2003; Le e coll., 2007) tanto che alcuni studiosi si sono chiesti se misurano lo stesso costrutto (Lipsanen e coll., 2004). Dovendo fare una scelta degli aspetti da prendere in considerazione è stato deciso di valutare in questa ricerca il livello di attaccamento prenatale, la qualità delle esperienze infantili interiorizzate, il supporto sociale materno percepito e il grado di alessitimia delle donne.

Attaccamento prenatale: è stato scelto di usare il *Prenatal Attachment Inventory* (PAI – Müller, 1993; versione italiana, Della Vedova, Dabrassi, Imbasciati, in print; Appendice 1), un questionario di tipo autovalutativo volto ad indagare il livello di investimento emotivo delle gestanti nei confronti del bambino che stanno attendendo. Si tratta di una scala di tipo Likert i cui punteggi totali possono andare da 21 a 84: un punteggio alto indica un alto livello di attaccamento prenatale. Lo strumento mostra una buona coerenza interna sia nella versione originale della Müller (1993) (α di Cronbach = .85) che in quella italiana (Della Vedova e coll., in print) (α di Cronbach = .869). Per le proprietà psicometriche dello strumento relative alla versione italiana è stato effettuato uno studio preliminare (si veda capitolo 3).

Qualità delle esperienze infantili interiorizzate: per la misura di questo aspetto è stato utilizzato il *Parental Bonding Instruments* (PBI – versione italiana, Scinto e coll., 1999; Appendice 5), un questionario di autovalutazione

(scala di tipo Likert) messo a punto da Parker e coll. (1979) che misura lo stile genitoriale così come ricordato dal figlio. Lo studio originale di validazione del PBI suggerisce la presenza di due fattori denominati “cura” e “controllo” per ciascuna figura genitoriale: madre e padre (Parker e coll., 1979). La prima dimensione implica un atteggiamento affettuoso ed empatico; la seconda implica comportamenti di iperprotezione/controllo e costrizione. I soggetti attribuiscono una valutazione in base al ricordo dei propri genitori nei primi sedici anni di vita. Il punteggio totale ha un range di 0-36 per gli item di cura e di 0-39 per gli item di controllo. A seconda delle combinazioni delle due dimensioni, si possono ottenere quattro possibili pattern di comportamento e di stile affettivo genitoriale: alta cura/basso controllo (*legame ottimale*), bassa cura/basso controllo (*legame debole/assente*), alta cura/alto controllo (*costrizione affettuosa*), bassa cura/alto controllo (*controllo privo di affetto*). Il coefficiente alfa di Cronbach è stato calcolato separatamente per la madre ed il padre nelle due dimensioni del PBI. Per la madre i valori sono: .88 per la “cura”, .86 per la “protezione”; per il padre i valori sono: .91 per la “cura”, .83 per la “protezione” (Scinto e coll., 1999).

Supporto sociale: è stato utilizzato il *Maternity Social Support Scale* (MSSS - Webster e coll., 2000; versione italiana, Dabrassi, Della Vedova, Imbasciati, in progress; Appendice 3). Si tratta di un test autovalutativo (scala di tipo Likert), composto da 6 item che rappresentano i fattori sociali considerati associati alla depressione postnatale (mancanza del supporto della famiglia di origine, bassa rete di amicizia, mancanza di aiuto, sentimento di controllo e di

poco amore da parte del marito/partner). L'MSSS può avere quindi un punteggio totale ottenuto dalla somma dei 6 item che varia da un minimo di 6 ad un massimo di 30: punteggi elevati indicano un livello di supporto sociale adeguato. I cut-off proposti dagli autori della versione originale (Webster e coll., 2000) per individuare le categorie del supporto sociale materno sono: 6-18 (livello basso), 19-24 (livello intermedio), > 24 (livello adeguato). Per un maggior dettaglio delle analisi delle proprietà psicometriche dello strumento in un campione italiano si veda il capitolo 4.

Alessitimia: per questa valutazione si è ritenuto di poter utilizzare il *Toronto Alexithymia Scale* a 20 item (TAS-20 - versione italiana, Bressi e coll., 1996; Appendice 2), una scala self-report (scala di tipo Likert) che misura il grado di alessitimia intesa come difficoltà da parte di un soggetto a riconoscere ed esprimere i sentimenti propri ed altrui. Ha una struttura a tre fattori: il primo (F1) descrive la difficoltà a identificare le emozioni e a distinguerle dalle sensazioni somatiche che accompagnano l'attivazione emozionale; il secondo (F2) esprime la difficoltà a descrivere le emozioni alle altre persone; il terzo (F3) indica il pensiero orientato all'esterno. Pertanto è possibile ottenere tre punteggi relativi ai tre fattori e un punteggio globale. Sono considerati alessitimici quei soggetti che ottengono un punteggio superiore a 61; borderline i soggetti con un punteggio compreso tra 51 e 60 e sicuramente non alessitimici quelli con punteggio inferiore a 50. Il TAS-20 gode di una buona consistenza interna (α di Cronbach = .75) e un'affidabilità test-retest dopo due settimane (α di Cronbach = .86).

Caratteristiche sociodemografiche e anamnestiche: è stato costruito un *questionario socioanamnestico* ad hoc (Appendice 7), volto ad indagare le caratteristiche sociodemografiche e relative alla gravidanza del campione considerate importanti sulla base della letteratura esistente (si veda gli aspetti teorici presentati al cap. 1 e l'introduzione del cap. 5.1): età della donna, nazionalità, livello di istruzione, stato occupazionale, stato civile, settimana di gestazione, parità, gravidanza a rischio, desiderio e pianificazione della gravidanza, e, infine, domande relative al periodo della gravidanza e alle aspettative rispetto al post-partum e al puerperio. All'interno del questionario è stata inserita una domanda relativa al sostegno su cui le donne pensano di poter contare durante la gravidanza e subito dopo la nascita in quanto, come abbiamo visto dallo studio di validazione (vedi capitolo 4), la scala MSSS è più che altro un indice che deve essere integrato all'interno di un'indagine più ampia.

Seconda fase: parto

Per valutare se le variabili psicologiche indagate nella prima fase della ricerca possono influire sulle modalità di espletamento del parto è stata organizzata un'equipe composta da ginecologi e ostetriche e psicologi. Tale equipe ha costruito uno strumento in grado di individuare delle categorie che hanno permesso di valutare i parti fisiologici/spontanei distinguendoli da quelli più patologici/operativi.

È stata creata una scheda ad hoc di rilevazione dell'evento parto (Appendice 9), composta da voci elaborate dal partogramma¹¹ già utilizzato di routine dal Reparto di Ostetricia e Ginecologia degli Spedali Civili di Brescia. Tale scheda è composta da sei parti che si riferiscono ai periodi stessi del travaglio di parto, al puerperio e agli indici relativi al bambino¹²:

- nella prima parte, corrispondente alla *fase prodromica*, vengono rilevati i dati anagrafici della gestante, l'epoca presunta del parto e alcuni dati epidemiologici quali il peso e l'altezza della donna;
- nella seconda parte è rilevata la *fase dilatante*: in particolare vengono evidenziati indici quali la rottura delle membrane, il liquido amniotico, l'amnioressi, l'amnioinfusione, l'ossitocina, la modalità di induzione, la durata della fase dilatante e via dicendo;
- nella terza parte è rilevata la *fase espulsiva*: in particolare la sua durata, il tipo di parto, le episio, la presenza di lacerazioni;
- nella quarta fase vengono rilevati i dati relativi alla *fase del secondamento*: se spontaneo o manuale, la durata dell'espulsione della placenta, la quantità di perdita ematica, eventuale revisione della cavità uterina;
- nella quinta fase, relativa alla *fase del puerperio*, vengono registrate eventuali complicanze e se è stata necessaria l'isterectomia;

¹¹ Per una definizione si veda il Glossario (6).

¹² Si distinguono diversi periodi relativi all'**evoluzione clinica del parto fisiologico**: un periodo *prodromico* corrispondente alla fase latente, ossia da 0 a 3 cm di dilatazione in cui ha la trasformazione del collo dell'utero; un periodo *dilatante* in cui si hanno delle contrazioni molto intense che permettono la dilatazione completa della bocca uterina; il periodo *espulsivo* che si ha quando, a dilatazione completa, le contrazioni sono più ravvicinate e intense e il feto viene espulso; il periodo del *secondamento* in cui si ha il distacco e l'espulsione della placenta; il periodo del *puerperio* che è quello che va dal secondamento alla ripresa dell'attività ciclica ovarica (di solito le sei settimane dopo il parto). Inoltre sono valutati anche gli indici di benessere relativi al *neonato*: Apgar e pH. Per maggiori dettagli si veda la Tabella 5.1 e il Glossario (5) al cui interno verranno spiegati anche gli indici presi in considerazione, come la rottura delle membrane, l'amnioressi, e via dicendo.

- infine, vengono registrati i dati relativi allo stato di benessere del *neonato* attraverso gli indicatori Apgar al 1' e al 5' e il pH.

La rilevazione dei dati è stata riportata da un'ostetrica appartenente all'equipe di ricerca, mentre la cartella clinica ostetrica da cui sono derivati i dati è stata compilata, come di routine, dalle ostetriche di reparto non al corrente della ricerca stessa.

Tabella 5.1: Evoluzione clinica del parto fisiologico

Periodi del travaglio di parto	Caratteristiche/fenomeni	Durata
<i>Periodo prodromico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - contrazioni regolari - emissione di tappo mucoso striato di sangue - dilatazione della cervice da 0 a 3 cm e appianamento del collo - contrazione percepita come sensazione fastidiosa della regione lombosacrale 	<ul style="list-style-type: none"> - 8 h primipara - 5 h pluripara
<i>Periodo dilatante</i> <i>1° Stadio</i>	<ul style="list-style-type: none"> - contrazioni uterine di media entità associate a retrazione delle fibre muscolari uterine - distensione del segmento uterino inferiore e graduale scomparsa della cervice - formazione della borsa anteriore delle acque - dilatazione progressiva della bocca uterina da 3 cm a 10 cm - rottura delle membrane amniocoriali 	<ul style="list-style-type: none"> - 4-5 h primipara - 2 h pluripara
<i>Periodo espulsivo</i> <i>2° Stadio</i>	<ul style="list-style-type: none"> - contrazioni uterine intense con notevole retrazione delle fibre muscolari uterine - progressione della parte presentata nello scavo pelvico - distensione della vagina, del perineo e quindi dilatazione dell'ostio vulvare - espulsione del feto 	<ul style="list-style-type: none"> - 30'-1 h 30' primipara - 5'-30' pluripara
<i>Periodo del secondamento</i> <i>3° Stadio</i>	<ul style="list-style-type: none"> - contrazioni uterine energiche con retrazione delle fibre muscolari uterine - distacco della placenta - espulsione della placenta - emostasi postpartum (muscolare e definitiva) 	5'-15'

Tratto da Guana e coll., 2006

L'equipe ha appositamente creato una griglia di codifica della scheda di rilevazione dei dati relativi al parto (si veda Glossario 6), in modo da poter classificare il parto delle donne secondo tre categorie (Figura 5.2):

- *parto spontaneo/naturale*: quello che si è verificato spontaneamente e non è necessario nessun tipo di intervento;
- *parto borderline*: quello in cui è stato necessario aiutare il parto, attraverso la somministrazione limitata di ossitocina, prostoglandine (PGE), per facilitare e aiutare il travaglio ma il secondamento è avvenuto in modo spontaneo;
- *parto operativo/anomalo*: quello in cui è stato necessario indurre il parto in modo massiccio, con forti applicazioni di ossitocina e prostoglandine, se non addirittura attraverso l'intervento operativo del taglio cesareo a causa di complicazioni o impedimenti che possono mettere a rischio la vita della madre e/o del feto.

Come si può vedere dalla griglia di codifica qui di seguito riportata (Figura 5.1) l'equipe di ostetriche e ginecologi ha dato un "peso" ai diversi indici: il punteggio 0 è associato ad elementi che caratterizzano un parto spontaneo, naturale, il punteggio 1 è associato ad elementi che si caratterizzano per una certa quota di medicalizzazione, il punteggio 2 o superiore a 2 è associato a manovre prettamente mediche con implicazioni di gravità e pericolo per la salute della gestante e del nascituro.

Figura 5.1: griglia di codifica per la scheda di rilevazione dei dati relativi al parto.

		PARTO SPONTANEO NATURALE		PARTO BORDERLINE		PARTO ANOMALO	
			PESO		PESO		PESO
1	FASE DILATANTE						
1A	PROM	no	0	12h < x ≤ 24 h	1	SI ≥24 h	2
1B	L.A.	limpido	0	citrino	1	verde, meconio	2; 3
1D	AMNIORESSI CM	no	0	≥ 3 cm	1	< 3cm	2
1E	AMNIOINFUSIONE	no	0	no	0	SI	2
1F	OSSITOCINA	no	0	≥ 3 cm	1	< 3 cm	2
1G	INDOTTO	no	0	no	0	SI	2
1H	PGE SOMMINISTRAZIONI	no	0	1 volta	1	2-3 volte	2; 3
1I	DURATA FASE DILATANTE	≤ 5 h	0	5 < x ≤ 8 h	1	> 8 h	2
	punteggio fase dilatante						
2	FASE ESPULSIVA						
2A	PARTO	PE	0	KR	1	VO; TC	2; 3
2B	EPISIO	no	0	mediana	0	para	1
2C	LACERAZIONI	no; I grado	0	II grado	1	III grado; IV grado	2; 3
2D	DURATA FASE ESPULSIVA	< 1 h	0	1 < x ≤ 2 h	1	> 2 h	2
	punteggio fase espulsiva						
3	FASE SECONDAMENTO						
3A	SECONDAMENTO	spontaneo	0	spontaneo	0	manuale	3
3B	DURATA ESPULS. PLACENTA	≤ 30 min	0	30 < x ≤ 60 min	1	> 60 min	2
3C	PERDITA EMATICA	< 300	0	300 < x ≤ 500	1	> 500	2
3D	RCU	no	0	no	0	si	3
	punteggio fase secondamento						
4	PUERPERIO						
4A	COMPLICANZE	no	0	1	2	> 1	> 3
4G	ISTERECTOMIA	no	0	no	0	si	5
	punteggio puerperio						
5	BAMBINO						
5A	APGAR (5' MIN.)	≥7	0	5 < x ≤ 7	1	< 5	2
5B	Ph	≥7,2	0	7,1 < x ≤ 7,2	1	7,1 < x ≤ 7; <7	2; 3
5C	ALLATTAMENTO PRECOCE	si	0	si	1	no	2
	punteggio bambino						

Terza fase: postpartum

Infine, per esplorare i vissuti delle donne ad un mese dal parto rispetto ai diversi aspetti del parto e del puerperio e le prime interazioni con il bambino è stata effettuata alle mamme un'intervista semistrutturata¹³ per via telefonica nel primo mese di vita del bambino. Le aree che sono state indagate riguardano: l'andamento del parto, il ricordo della durata, com'è andato il rientro, il procedere dell'allattamento, le prime interazioni e i ritmi acquisiti dal bambino. Dall'intervista sono stati ricavati, inoltre, dati clinici relativi al parto così come le donne spontaneamente li ricordavano. Questi riguardano: parto vaginale o

¹³ Per un esempio di un'intervista semistrutturata effettuata per via telefonica si veda Appendice 10.

taglio cesareo, analgesia epidurale¹⁴, rottura prematura delle membrane (PROM), amnioressi, induzione con prostaglandine (PGE), induzione con ossitocina, manovra di Kristeller (KR), ventosa ostetrica (VO), episiotomia. Le variabili relative al giudizio del parto (andamento parto, ricordo durata parto, rientro, allattamento, prime interazioni, ritmi acquisiti dal bambino) sono state codificate in modo indipendente da due psicologi su scala ordinale da 1 a 3, corrispondenti al giudizio espresso dalle donne rispetto al proprio vissuto: giudizio positivo (“bene, molto bene”=3), giudizio intermedio (“abbastanza bene”=2), giudizio negativo (“per niente bene”=1).

5.2.2 Procedura e criteri di scelta per il campione

Lo studio è stato proposto a tutte le donne che si sono recate presso gli Spedali Civili di Brescia a fare l’ecografia del terzo trimestre e che prevedevano di partorire nello stesso ospedale. È stato scelto come luogo di reclutamento gli Spedali Civili di Brescia in quanto, essendo un ospedale universitario, è legato, anche per posizione geografica, alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Brescia. Nonostante questo legame istituzionale, è stato comunque necessario richiedere l’assenso da parte del direttore sanitario dell’Azienda Ospedaliera in modo da poter accedere alla struttura e consultare i dati raccolti dal partogramma ostetrico. La scelta di un unico punto di reclutamento (gli Spedali Civili) è stata dettata dal fatto che era necessario avere un luogo dove le donne si recavano sia per l’ecografia che per il parto e che l’equipe che operava avesse la stessa formazione e le stesse indicazioni di

¹⁴ Per una spiegazione dell’analgesia epidurale si veda il Glossario (7).

reparto. È noto infatti che si possono rilevare diversi piani assistenziali, più o meno operativi, a seconda dell'ospedale in cui ci si reca. Ad esempio, alcuni ospedali (almeno per quanto riguarda l'esperienza di Brescia) puntano su un modello assistenziale orientato al "care", e quindi vedono la donna come una protagonista attiva dell'evento parto, ricercano un parto che sia il più possibile fisiologico, permettono alla donna di scegliere la posizione migliore per il travaglio (es., accovacciata o carponi), l'allattamento precoce, il rooming-in, e via dicendo. Altri, a causa delle poche risorse economiche a disposizione, alla difficoltà di riorganizzazione dei reparti, ecc., non lasciano invece la possibilità di scelta alle donne, difficilmente promuovono il contatto precoce e, soprattutto, hanno indicazioni operative durante il parto maggiori (es., uso di ossitocina, manovre ostetriche, taglio cesareo). Anche l'individuazione della stanza dove poter somministrare i questionari alle gestanti all'interno degli Spedali Civili non è stata facile. Era necessario operare in un luogo tranquillo, attiguo all'ambulatorio e l'unica sala a disposizione era quella del day-hospital il lunedì pomeriggio, giorno in cui venivano effettuate le ecografie del terzo trimestre alle donne a basso rischio di gravidanza.

È stato individuato un campione di primipare¹⁵ con gravidanza a basso rischio¹⁶ e con assenza di patologia psichiatrica, di nazionalità italiana (o residenti in Italia da un periodo sufficiente per avere la garanzia di una buona comprensione della lingua), di età compresa tra i 20 e i 40 anni. La scelta di reclutare le gestanti al terzo trimestre di gravidanza¹⁷, corrispondente all'incirca al settimo mese, è stata dettata dal fatto che la presenza del bambino è oramai

¹⁵ Per una definizione di primiparità si veda il Glossario (2).

¹⁶ Per una definizione di gravidanza a basso rischio si veda il Glossario (3).

¹⁷ Per una spiegazione dei trimestri di gravidanza si veda il Glossario (4).

definita. La lettura psicoanalitica ha rilevato un passaggio da una situazione fusionale ad una di differenziazione (Pines, 1972, 1982; Lester, Notman, 1986). Inoltre, la madre è attenta a riconoscere e interpretare i movimenti del bambino, che sono evidenti dal 4°-5° mese di gestazione per la maggior parte delle donne (Laxton-Kane, Slade, 2002), ma nello stesso tempo il parto, e le paure e le ansie che esso comporta, è ancora sufficientemente lontano (Slade e coll., 1986; Breen, 1992; Ammaniti e coll., 1995). Inoltre, è stata scelta la condizione di primiparità in quanto l'evoluzione clinica del parto fisiologico¹⁸ è già diversa rispetto alla condizione di pluriparità (come è evidente dalla Tabella 5.1). La scelta dell'età del campione è stata dettata dal fatto che è noto che uno dei fattori di rischio della gravidanza è l'età stessa della madre (l'OMS indica come indici età inferiori ai 16 anni e superiori ai 40). Inoltre, anche se alcuni studi sull'attaccamento prenatale non hanno riscontrato un effetto dell'età (Cannella, 2005), altri hanno sottolineato come le donne con età considerata più a rischio di perdere il bambino, e quindi con vissuti di stress maggiori, hanno un attaccamento inferiore soprattutto nel primo trimestre (Bloom, 1995, 1997; Gau and Lee, 2003).

I soggetti sono stati individuati dalle ostetriche del Reparto di Ginecologia e Ostetricia degli Spedali Civili di Brescia in occasione dell'ecografia del terzo trimestre. Le donne sono state adeguatamente informate sugli scopi della ricerca e reclutate previo consenso in ottemperanza alla legge sulla privacy¹⁹ (L. 196/03). La compilazione dei questionari è avvenuta alla presenza di uno

¹⁸ Per una spiegazione dettagliata si veda il Glossario (5).

¹⁹ Si veda Appendice 8.

psicologo, in una sala del day-hospital attigua all'ambulatorio dove erano effettuate le ecografie di routine. La partecipazione all'indagine era volontaria.

5.2.3 Campione

a) Caratteristiche socio-demografiche

La ricerca è stata presentata alle gestanti in prima istanza dalla segretaria del Reparto di Ostetricia e Ginecologia degli Spedali Civili di Brescia, istruita sulla ricerca. L'appuntamento veniva fissato in occasione dell'ecografia del terzo trimestre. Il ginecologo di turno, una volta finita la visita, riproponeva la ricerca alle donne segnalate dalla segretaria come interessate a partecipare. Se queste accettavano, venivano accompagnate nella stanza attigua dove avveniva la compilazione dei questionari alla presenza di una psicologa.

Lo studio è stato proposto a 81 gestanti in occasione della terza ecografia eseguita presso il Reparto di Ostetricia e Ginecologia degli Spedali Civili di Brescia. Sono state individuate dal personale del reparto solo quelle donne che rispondevano ai criteri di selezione previsti: nazionalità italiana (o comunque buona comprensione della lingua), età compresa tra i 20 e 40 anni, gravidanza a basso rischio e assenza di patologie psichiatriche, primiparità, luogo previsto del parto presso gli Spedali Civili di Brescia.

Hanno accettato di partecipare alla ricerca 66 donne (81.48%): di una di queste non è stato trovato il partogramma (probabilmente ha partorito presso un altro ospedale), mentre altre tre donne non hanno voluto essere intervistate

telefonicamente. Il campione finale è pertanto composto da 62 gestanti (il 93.94% delle donne che hanno accettato di partecipare alla ricerca).

L'età media dei soggetti è di 30.44 ± 3.709 anni (range=23-39). La maggior parte delle donne (98.38%) è di nazionalità italiana, solo una ha origini non italiane ma vive in Italia da molto tempo per cui ha una buona comprensione della lingua.

Per quanto riguarda il titolo di studio, la maggior parte delle donne ha un diploma di scuola media superiore (46.8%) o di laurea (34.4%); il restante 17.8% ha un diploma di media inferiore (11.3%) o una qualifica professionale (6.5%).

Inoltre, la maggior parte delle donne (50%) svolgono un'attività impiegatizia, il 9.7% un'attività operaia, il 6.5% la libera professione, l'1.6% un'occupazione part-time, il 4.8% sono casalinghe e l'1.6% sono disoccupate. Il restante 25.8% indicano professioni di vario genere (quali A.S.A., logopediste,...).

Come richiesto dai criteri di selezione, tutte le donne risultano avere una situazione familiare stabile: il 90.3% sono coniugate e il restante 9.7% sono conviventi; tutte comunque affermano di vivere stabilmente con il compagno.

Per avere un indice del sostegno delle donne, è stato chiesto di indicare in che misura, su una scala da 1 a 4, la gestante pensa di poter contare durante la gravidanza e subito dopo la nascita su alcuni tipi di aiuto (il grafico della Figura 5.2 è stato fatto con i valori medi ottenuti dal campione delle diverse variabili):

Figura 5.2: item che indagano il tipo di aiuto su cui la gestante pensa di poter contare

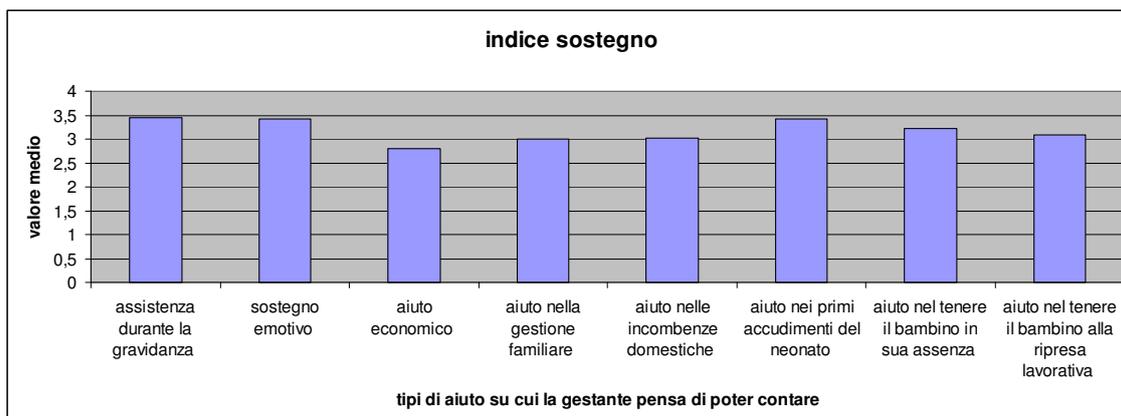


Tabella 5.2: caratteristiche sociodemografiche del campione (N=62)

Età	Media=30.44±3.709 Range=23-39
Nazionalità	
italiana	61 (98.4%)
non italiana	1 (1.6%)
Titolo di studio	
media inferiore	7 (11.3%)
qualifica professionale	4 (6.5%)
media superiore	29 (46.8%)
diploma universitario	2 (3.2%)
laurea	19 (30.6%)
post-laurea (specializzazione, master, ecc.)	1 (1.6%)
Occupazione attuale	
disoccupata	1 (1.6%)
casalinga	3 (4.8%)
operaia	6 (9.7%)
impiegata	31 (50%)
libera professione	4 (6.5%)
occupazione part-time	1 (1.6%)
altro	16 (25.8%)
Stato civile	
coniugata	56 (90.3%)
convivente	6 (9.7%)
Vive con il compagno	
Sì	62 (100%)

b) Caratteristiche relative alla gravidanza

Tutte le donne, come richiesto dai criteri di selezione del campione, sono primipare, con gravidanza a basso rischio e si trovano tra la 29^{esima} e la 34^{esima} settimana di gestazione; in particolare, la maggior parte (69.4%) nella 31^{esima} e 32^{esima} settimana.

Alla domanda se la maternità è stata desiderata, su una scala Likert a 4 modalità ordinate, il 93.5% affermano molto vero, il restante 6.5% abbastanza vero. Inoltre, la maggior parte delle donne affermano di aver programmato l'arrivo del bambino (45.2% molto vero, 38.7% abbastanza vero), il 6.5% dice poco vero e il restante 9.7% segnala poco vero.

Inoltre, è stato chiesto alle donne se vi sono stati avvenimenti fonte di preoccupazione durante la gravidanza. In dettaglio, la maggior parte (40.3%) segnalano di non aver avuto nessun problema, il 12.9% problemi di lavoro, il 6.5% problemi economici, il 4.8% problemi di salute, il 4.8% la malattia di una persona cara, il 3.2% conflitti familiari e il 9.7% ha indicato la voce altro. Il restante 14.5% ha segnalato più di un avvenimento preoccupante.

Il 79% delle donne riporta di non aver mai sofferto né di depressione, né di forte ansia o altri disturbi emotivi né prima né durante la gravidanza; il restante 21% ne ha sofferto. Per il 61.54% di queste donne è stata necessaria una terapia (psicologica, farmacologica o entrambe).

Inoltre, il 64.5% delle donne riferisce di non aver avuto problemi di salute o particolari disturbi durante la gravidanza; per il dettaglio del restante 35.5% si veda la Tabella 5.3.

Relativamente ai malesseri della gravidanza, la maggior parte risponde di averli vissuti bene (29% molto vero, 58.1% abbastanza vero), due donne (3.2%) molto male e sei (9.7%) abbastanza male. Anche per quanto riguarda le modificazioni del proprio corpo, la maggior parte afferma di averle vissuti bene (27.4% molto vero, 59.7% abbastanza vero), una donna (1.6%) molto male e le restanti sette donne (11.3%) abbastanza male.

Tredici donne (21%) hanno effettuato l'amniocentesi²⁰; sessanta (96.8%) sono state accompagnate dal proprio compagno alle diverse ecografie. Per tutte è stato importante vedere il bambino in ecografia (96.8% molto vero, 3.2% abbastanza vero).

Non tutte le donne hanno indicato l'intenzione di frequentare, o avevano già frequentato, un corso di accompagnamento alla nascita: sì per il 71%, no per il 19.4%, il restante 9.7% non aveva ancora deciso.

Alla domanda se era importante avere un parto naturale, la maggior parte ha risposto di sì (37.1% molto vero, 48.4% abbastanza vero), l'8.1% abbastanza falso e il 6.5% molto falso.

La maggior parte delle donne (96.8%) comunque vuole avere accanto a sé il compagno durante il parto.

Tutte riportano di voler allattare al seno, e alla domanda per quanto tempo indicativamente, la maggior parte (41.9%) risponde il più possibile, il 24.2% per sei mesi, il 9.7% per un anno, il 6.5% non sa, il 4.8% per quattro mesi, un altro

²⁰ Con il termine *amniocentesi* ci si riferisce al prelievo del liquido amniotico, che può essere effettuato con finalità sia diagnostiche che terapeutiche quando è necessario ridurre il liquido amniotico in eccesso (amnioriduzione) (Guana, Bonfanti, Vaccari, 2006).

4.8% per 8 mesi, un altro 4.8% dice fino allo svezzamento²¹, l'1.6% per 10 mesi e un ulteriore 1.6% scrive per "quanto basta".

Tabella 5.3: caratteristiche relative alla gravidanza del campione (N=62)

Settimana di gestazione	Media=31.34±1.086; Range=29-34
29 ^{esima}	3 (4.8%)
30 ^{esima}	10 (16.1%)
31 ^{esima}	20 (32.3%)
32 ^{esima}	23 (37.1%)
33 ^{esima}	4 (6.5%)
34 ^{esima}	2 (3.2%)
Maternità desiderata	
Abbastanza vero	4 (6.5%)
Molto vero	58 (93.5%)
Gravidanza pianificata	
Per nulla vero	6 (9.7%)
Poco vero	4 (6.5%)
Abbastanza vero	24 (38.7%)
Molto vero	28 (45.2%)
Avvenimenti che hanno particolarmente preoccupato la gestante durante la gravidanza	
Nessun problema	25 (40.3%)
Matrimonio	1 (1.6%)
Conflitti familiari	2 (3.2%)
Problemi economici	4 (6.5%)
Malattia di una persona cara	3 (4.8%)
Morte di una persona cara	1 (1.6%)
Problemi di salute	3 (4.8%)
Altro	6 (9.7%)
Conflitti familiari + altro	1 (1.6%)
Conflitti familiari + problemi di lavoro	1 (1.6%)
Problemi economici + altro	1 (1.6%)
Problemi di lavoro + problemi di salute	1 (1.6%)
Malattia di una persona cara + morte di una persona cara	1 (1.6%)
Problemi di salute + altro	1 (1.6%)
Problemi di salute + malattia di una persona cara	1 (1.6%)
Matrimonio + conflitti familiari + malattia di una persona cara	1 (1.6%)
Matrimonio + malattia di una persona cara + morte di una persona cara	1 (1.6%)

²¹ Ci si chiede cosa intendono le donne visto che lo svezzamento avviene con la decisione da parte della stessa mamma (insieme al pediatra) di altri alimenti che non siano solo il latte materno.

Depressione, forte ansia o altri disturbi emotivi	
no	49 (79%)
sì → terapia:	13 (21%)
- psicologica	- n=5
- farmacologica	- n=2
- entrambe	- n=1
Problemi di salute durante la gravidanza	
nessuno	40 (64.5%)
pericolo di aborto	4 (6.5%)
nausea e vomito per i primi mesi	5 (8.1%)
mal di testa	1 (1.6%)
birintite	1 (1.6%)
problemi di schiena	2 (3.2%)
intervento chirurgico	1 (1.6%)
allergie (eczemi, dermatiti, ecc.)	2 (3.2%)
infezioni vie urinarie	1 (1.6%)
perdite i primi mesi	2 (3.2%)
appendicite e flebite	1 (1.6%)
colica renale	1 (1.6%)
minaccia di parto pretermine dopo i 6 mesi	1 (1.6%)
Malesseri della gravidanza	
molto falso	2 (3.2%)
abbastanza falso	6 (9.7%)
abbastanza vero	36 (58.1%)
molto vero	18 (29%)
Modificazioni del proprio corpo	
molto falso	1 (1.6%)
abbastanza falso	7 (11.3%)
abbastanza vero	37 (59.7%)
molto vero	17 (27.4%)
Amniocentesi	
sì	13 (21%)
no	49 (79%)
Presenza del partner durante le ecografie	
sì	60 (96.8%)
no	2 (3.2%)
Importanza di vedere il bambino in ecografia	
abbastanza vero	2 (3.2%)
molto vero	60 (96.8%)
Frequenza corso di accompagnamento alla nascita	
sì	44 (71%)
no	12 (9.4%)
non so	6 (9.7%)

Importanza parto naturale	
molto falso	4 (6.5%)
abbastanza falso	5 (8.1%)
abbastanza vero	30 (48.4%)
molto vero	23 (37.1%)
Chi desidera avere presente al parto	
compagno	60 (96.8%)
altro	1 (1.6%)
nessuno	1 (1.6%)
Allattamento al seno, per quanto tempo:	
4 mesi	3 (4.8%)
6 mesi	15 (24.2%)
8 mesi	3 (4.8%)
10 mesi	1 (1.6%)
12 mesi	6 (9.7%)
il più possibile	26 (41.9%)
fino allo svezzamento	3 (4.8%)
quanto basta	1 (1.6%)
non so	4 (6.5%)

5.2.4 Analisi statistiche

Le analisi sono state condotte con l'utilizzo della versione 12 del programma SPSS per Windows.

Sono state calcolate le statistiche descrittive sulle variabili sociodemografiche e quelle relative alla gravidanza. L'affidabilità dei diversi questionari (PAI, MSSS, TAS-20, PBI e Indice del sostegno atteso) è stata valutata attraverso l'alfa di Cronbach, mentre la normalità della distribuzione dei punteggi è stata verificata attraverso il test di Kolmogorov-Smirnov. Inoltre, i punteggi ottenuti nei singoli questionari sono stati confrontati con i valori di riferimento indicati dagli autori dei test. Infine, sono state valutate, attraverso il coefficiente di correlazione r di Pearson, le relazioni esistenti tra i punteggi globali del PAI, dell'MSSS, dell'indice del supporto atteso dalle gestanti, del PBI

nelle dimensioni di cura e controllo materno/paterno, del TAS-20 insieme alle sue tre sottoscale (F1_TAS=difficoltà a riconoscere i sentimenti; F2_TAS=difficoltà a descrivere i sentimenti; F3_TAS=pensiero orientato all'esterno).

Per quanto riguarda i dati relativi all'andamento fisiologico del parto, sono state calcolate le analisi descrittive per ogni variabile indicata dalla scheda parto e le analisi di correlazione tra i diversi punteggi delle fasi (dilatante, espulsiva, di secondamento, puerperio) e quello relativo al bambino ricavate attraverso la griglia di codifica della scheda parto con il coefficiente rho di Spearman.

Per quanto riguarda i dati relativi all'ultima fase, quella dell'intervista telefonica, sono state effettuate le analisi descrittive delle variabili sociodemografiche e relative alla gravidanza. I dati clinici del parto, ricavati dall'intervista, sono stati analizzati come frequenze. Le relazioni tra le variabili sono state analizzate utilizzando il coefficiente di correlazione rho di Spearman.

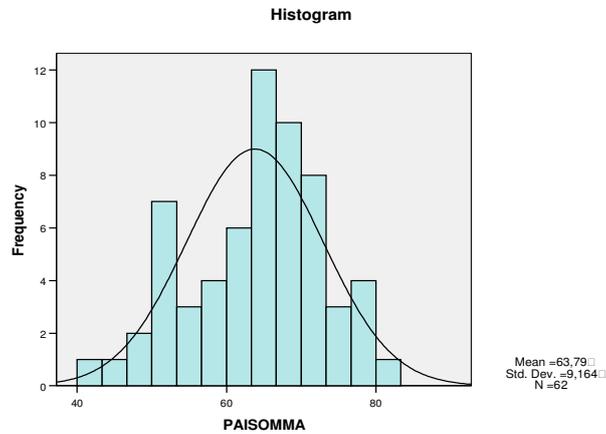
Infine, per valutare la relazione esistente tra le variabili rilevate nelle tre diverse fasi dello studio longitudinale, è stato calcolato il coefficiente di correlazione rho di Spearman prendendo in considerazione le diverse fasi due a due: 1) prenatale e parto; 2) parto e postpartum; 3) prenatale e postpartum.

5.3 RISULTATI

Prima fase: periodo gravidanza

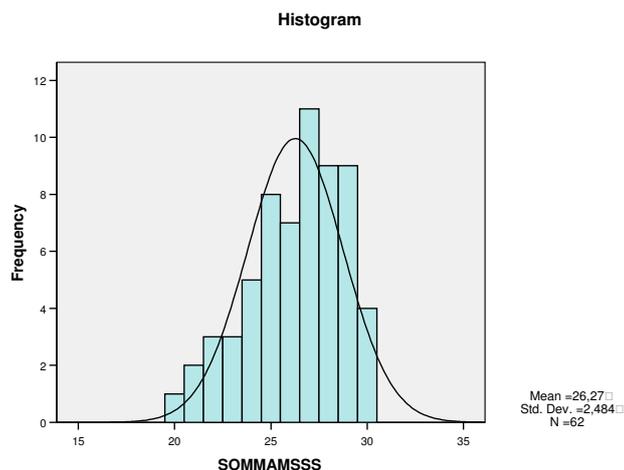
La media del punteggio del PAI è di 63.79 con dev. st. =9.164; i punteggi variano da 41 a 81. Le risultanze del test di Kolmogorov-Smirnov indicano che i

valori del punteggio totale possono ritenersi normalmente distribuiti ($Z=.961$, $p=.314$) (Figura 5.3).

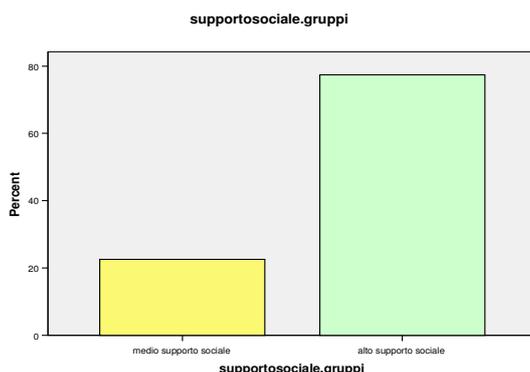


L'affidabilità dello strumento, analizzata mediante il calcolo del coefficiente alfa di Cronbach, è risultata pari a .878.

Per quanto riguarda l'MSSS, la media ottenuta è stata di 26.27 con dev. st. =2.484; i punteggi variano da 20 a 30. Il test di Kolmogorov-Smirnov indica che la distribuzione dei punteggi è normale ($Z=1.157$, $p=.136$) (Figura 5.4).



L'alfa di Cronbach è risultato pari a .427. Utilizzando i cut-off dati dagli autori (Webster e coll., 2000) si hanno 14 donne con un livello medio (punteggio compreso tra 19 e 24) di supporto sociale e 48 con un livello adeguato (punteggio superiore a 24). (Figura 5.5).

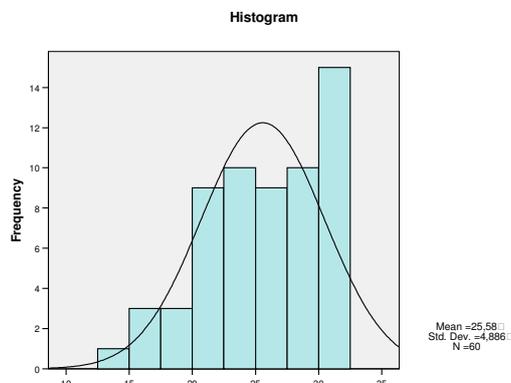


Come si è detto precedentemente, nel questionario socioanamnestico è stata inserita una domanda, a più item, che fornisce un indice del “sostegno atteso” da parte delle donne durante e dopo la gravidanza. Si rilevano due dati mancanti dovuti alla compilazione errata o non completa dei soggetti.

Tabella 5.4: medie e deviazioni standard relative ad ogni item della scala “sostegno su cui le donne pensano di poter contare durante e dopo la gravidanza”

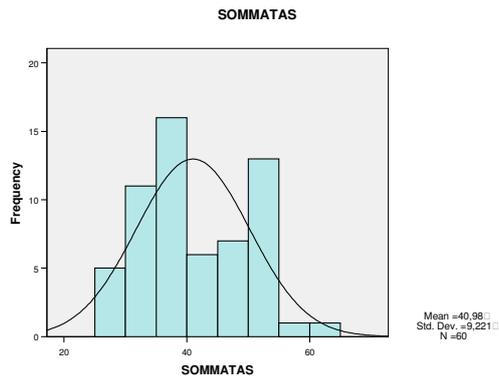
assistenza durante la gravidanza	3.44±0.760
sostegno emotivo	3.42±0.759
aiuto economico	2.81±1.185
aiuto nella gestione familiare	3±1.131
aiuto nelle incombenze domestiche	3.03±1.024
aiuto nei primi accudimenti del neonato	3.42±0.737
aiuto nel tenere il bambino in sua assenza	3.23±0.965
aiuto nel tenere il bambino alla ripresa lavorativa	3.10±1.130

Per ogni soggetto sono stati calcolati i punteggi globali, che si possono ritenere distribuiti normalmente ($Z=.823$, $p=.508$) (Figura 5.6).



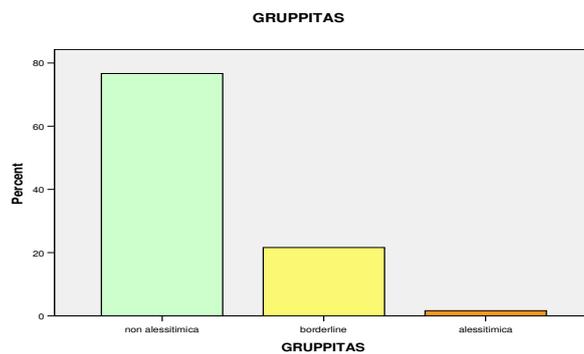
La media ottenuta è di 25.58 con dev. st. =4.886; i punteggi vanno da 13 a 32 (possibile range=8-32). L'alfa di Cronbach di questi 8 item è risultato pari a .787.

Anche per quanto riguarda il TAS-20, vi sono due dati mancanti. Come previsto dagli autori della scala (Bressi e coll., 1996) si può ottenere sia un punteggio globale sia un punteggio specifico per ognuna delle tre dimensioni dell'alessitimia. La media del punteggio globale è di 40.98 con dev. st. =9.221 (range=25-62); quella di F1_TAS (la difficoltà a riconoscere i sentimenti) è di 12.97 con dev. st. =4.665 (range=7-28); quella di F2_TAS (difficoltà a identificare i sentimenti) è di 11.35 con dev. st. =4.104 (range=5-21); quella di F3_TAS (pensiero orientato verso l'esterno) è di 16.67 con dev. st. =4.402 (range=9-30). I punteggi globali si distribuiscono in modo normale ($Z=.983$, $p=.289$) (Figura 5.7).

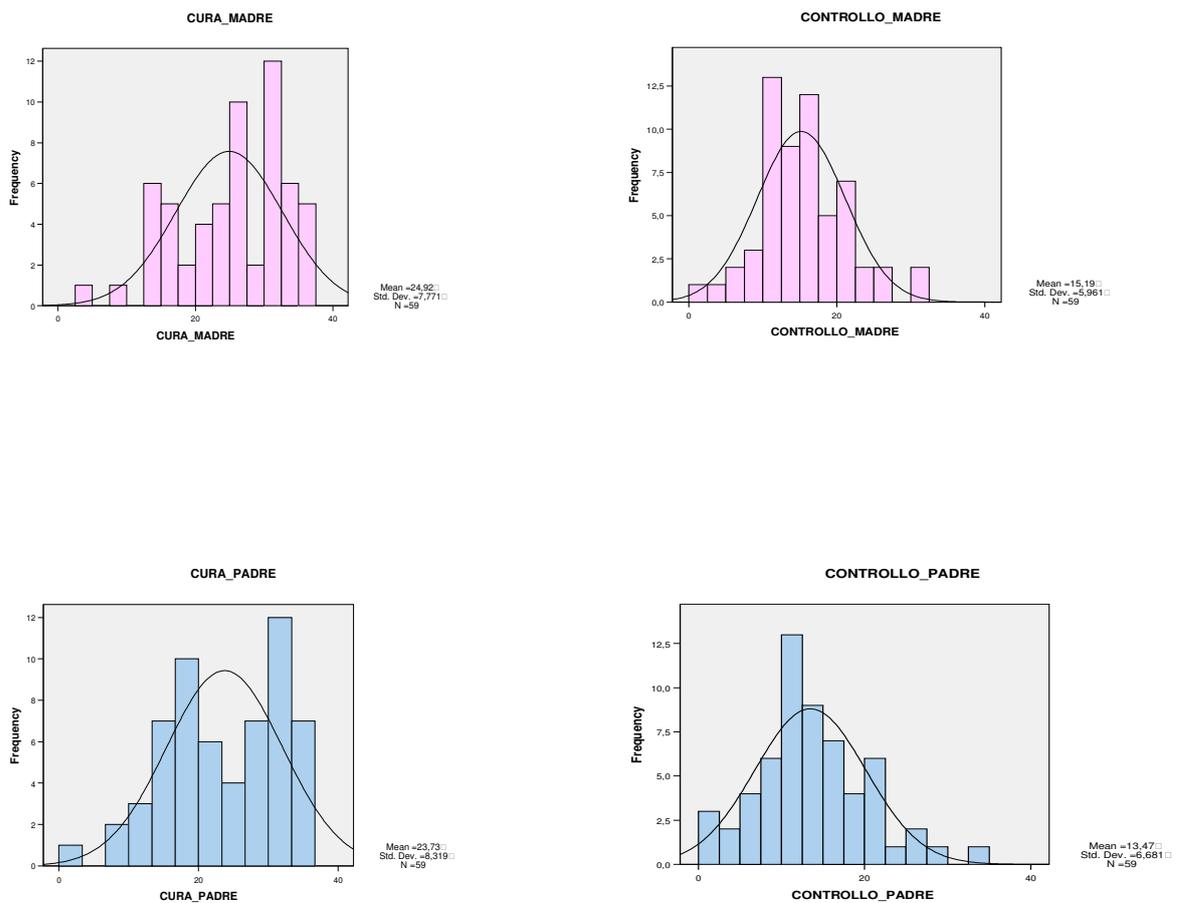


Per quanto riguarda l'affidabilità del punteggio globale, il coefficiente alfa di Cronbach è risultato .712; rispetto alla dimensione F1_TAS, il coefficiente alfa di Cronbach è risultato .671; rispetto alla dimensione F2_TAS, l'indice alfa è risultato .748; infine, rispetto alla dimensione F3_TAS è risultato .502. Rispetto ai cut-off indicati dagli autori, un'unica donna è risultata Alessitimica, 13 si pongono nell'area intermedia e le restanti 46 donne sono non Alessitimiche.

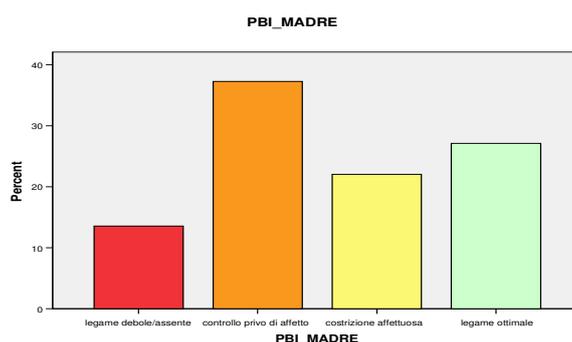
Figura 5.8:



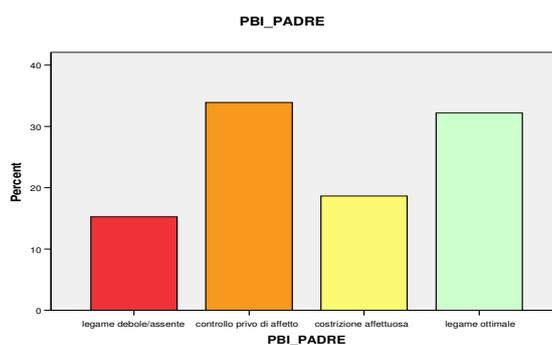
Infine, relativamente al PBI - per cui vi sono tre dati mancanti – si ottengono quattro dimensioni, cura e controllo sia rispetto alla figura materna che a quella paterna. La media dei punteggi relativi alla cura materna è 24.92 ± 7.771 (range=4-36), quella della cura paterna è 23.73 ± 8.319 (range=0-36), quella relativa alla dimensione del controllo materno è 15.19 ± 5.961 (range=1-31) e quella del controllo paterno è 13.47 ± 6.681 (range=0-33). Tutte e quattro le dimensioni sono risultate normalmente distribuite: cura materna ($Z=1.024$, $p=.245$), cura paterna ($Z=.806$, $p=.534$), controllo materno ($Z=.754$, $p=.621$), controllo paterno ($Z=.736$, $p=.651$) (Figura 5.9).



Rispetto alla consistenza delle scale, la cura della madre ha ottenuto un indice alfa di Cronbach pari a .898, la cura del padre ha avuto un alfa pari a .911, il controllo della madre un alfa uguale a .743 e il controllo del padre un alfa pari a .821. Per quanto riguarda lo stile genitoriale indagato con PBI, le scale di “cura” e “controllo” materno/paterno si sono combinate nei seguenti modi per quanto riguarda il rapporto con la madre: il 12.9% del campione ha mostrato un legame debole/assente (=bassa cura/basso controllo), il 35.5% un controllo privo di affetto (bassa cura/alto controllo), il 21% una costrizione affettuosa (alta cura/alto controllo) e infine il 25.8% un legame ottimale (alta cura/basso controllo) (Figura 5.10).



Per quanto riguarda la figura paterna emerge per il 14.5% un legame debole, il 32.3% un controllo privo di affetto, il 17.7% una costrizione affettuosa e il 30.6% un legame ottimale (Figura 5.11).



Nella tabella 5.5 si possono vedere tutti i risultati ottenuti nei test PAI, MSSS, TAS-20 e PBI e i valori di riferimento indicati dagli autori dei test.

Tabella 5.5: risultati dei test PAI, TAS-20, MSSS e PBI e relativi valori di riferimento così come indicati dagli autori dei test

	Media	Dev. St.	Range	Alfa di Cronbach	Valori di riferimento così come indicati dagli autori dei test
PAI	63.79	9.9164	41-81	.878	(Della Vedova e coll., in print) Media=60.91±9.280
TAS-20	40.98	9.221	25-62	.712	(Bressi e coll., 1996) Media TAS-20=44.7±11.3
F1_TAS	12.97	4.665	7-28	.671	>61: alessitimici
F2_TAS	11.35	4.104	5-21	.748	51-60: borderline
F3_TAS	16.67	4.402	9-30	.502	<51: non alessitimici
MSSS	26.27	2.484	20-30	.427	(Dabrassi e coll., in progress) Media=25.93±2.849 0-18: basso supporto sociale 19-24: medio supporto sociale 25-30: adeguato supporto sociale
PBI:					(Scinto e coll., 1999)
Cura madre	24.92	7.771	4-36	.898	Media=27.65±7.55
Controllo madre	16.19	5.961	1-31	.743	Media=16.3±8.6
Cura padre	23.73	8.319	0-36	.806	Media=25.1±8.13
Controllo padre	13.47	6.681	0-33	.736	Media=13.55±8.61

Dalle analisi di correlazione (r di Pearson) tra i punteggi è emersa:

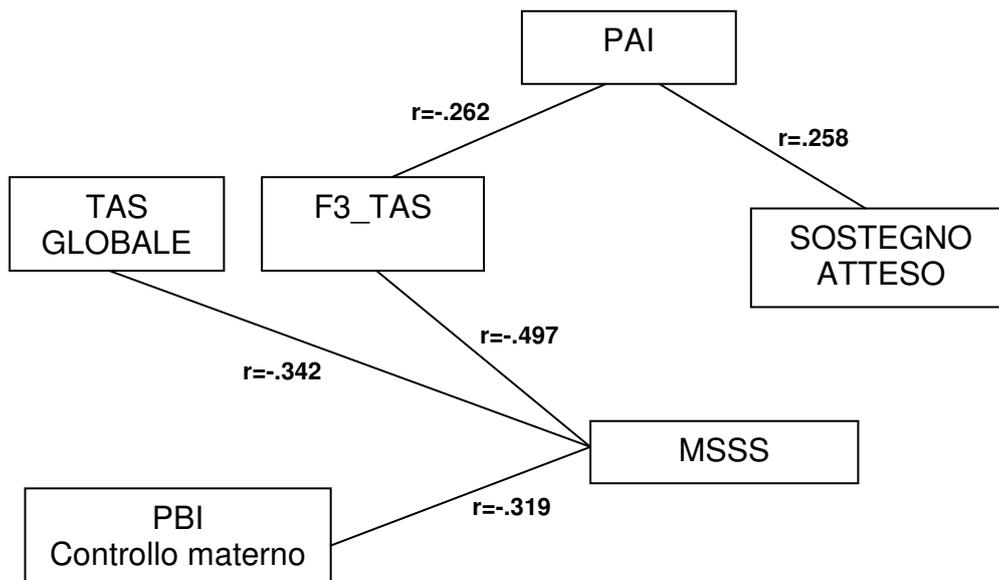
- una correlazione positiva tra PAI e l'indice del sostegno percepito ($r=.258$, $p=.047$, $n=60$),
- una correlazione negativa tra PAI e F3_TAS ($r=-.262$, $p=.043$, $n=60$),
- una correlazione negativa tra MSSS e TAS-20 ($r=-.342$, $p=.008$, $n=60$),
- una correlazione negativa tra MSSS e F3_TAS ($r=-.497$, $p=.000$, $n=60$),
- una correlazione negativa tra MSSS e controllo materno ($r=-.319$, $p=.014$, $n=60$).

Prendendo in considerazione le correlazioni tra dimensioni dello stesso test, per quanto riguarda il TAS-20 è emersa:

- una correlazione positiva del TAS-20 con le sue tre dimensioni, rispettivamente con F1_TAS ($r=.707$, $p=.000$, $n=60$), con F2_TAS ($r=.788$, $p=.000$, $n=60$), con F3_TAS ($r=.610$, $p=.000$, $n=60$),
- una correlazione positiva tra F1_TAS e F2_TAS ($r=.425$, $p=.001$, $n=60$),
- una correlazione positiva tra F2_TAS e F3_TAS ($r=.269$, $p=.037$, $n=60$).

Per quanto riguarda il PBI è emerso che:

- la dimensione di cura relativa alla madre ha una correlazione positiva con la dimensione di cura del padre ($r=.539$, $p=.000$, $n=59$), una negativa con la dimensione di controllo della madre ($r=-.315$, $p=.015$, $n=59$) e negativa con la dimensione di controllo del padre ($r=-.343$, $p=.008$, $n=59$),
- la dimensione di cura relativa al padre ha una correlazione negativa con la dimensione di controllo della madre ($r=-.354$, $p=.006$, $n=59$),
- la dimensione di controllo relativa alla madre ha una correlazione positiva con la dimensione di controllo del padre ($r=.675$, $p=.000$, $n=59$).



Seconda fase: parto

I risultati relativi all'andamento del travaglio di parto sono riportati seguendo l'ordine delle diverse fasi dell'evoluzione fisiologica del parto, che corrisponde alla scheda di rilevazione usata per raccogliere gli stessi dati. Per una sintesi dell'evoluzione clinica del parto fisiologico si veda la tabella 5.1 e il Glossario 6.

Prima parte: periodo prodromico

La media del peso delle donne, al momento del ricovero per il parto, è pari a 72.76 ± 10.404 (range=53-100), quella dell'altezza è di 1.64 ± 0.068 (range=1.50-1.88). L'età gestazionale al momento dell'ingresso ha una media di 39.356 ± 1.5084 (range=33.4-41.4).

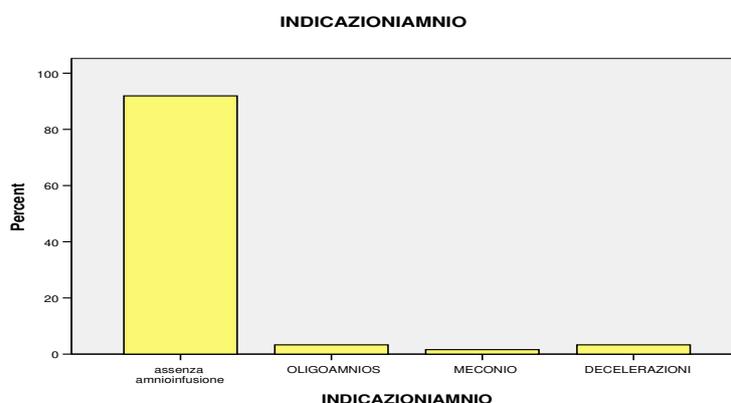
Seconda parte: periodo dilatante

La rottura prematura delle membrane (PROM) è avvenuta per il 53.2% (n=33) dei casi. Per il 50% è avvenuto tra le 12 e le 24 ore, per il restante 3.2% dopo le 24 ore.

Per quanto riguarda il liquido amniotico (L.A.) per l'88.7% (n=55) delle donne presenta un colore limpido, per il 3.2% (n=2) ha un colore citrino e per il 4.8% (n=3) ha un colore verde. Il dato è mancante per due donne.

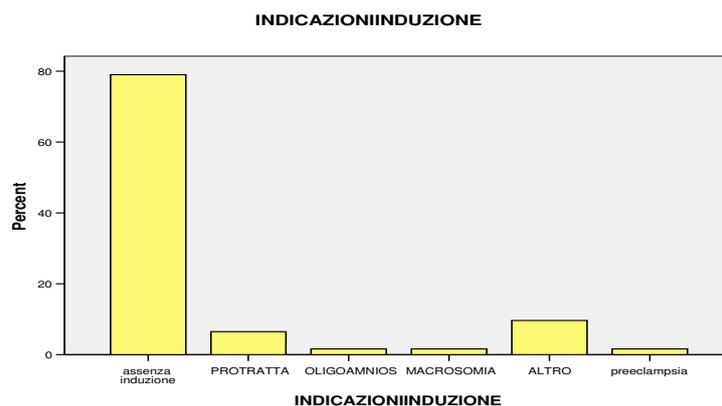
L'amnioressi viene eseguita nel 48.4% dei casi (n=30). La dilatazione cervicale nel momento dell'amnioressi varia dai 3 cm ai 9 cm (media=5.33, dev. st.=1.470).

L'amnioinfusione viene praticata per l'8.1% dei casi (n=5): per 3 casi viene effettuata a livello terapeutico, mentre per gli altri 2 a scopo profilattico. La seguente figura 5.12 mostra le indicazioni per cui viene eseguita l'amnioinfusione.



L'ossitocina viene somministrata nel 32.3 % (n=20) dei casi principalmente durante la fase di massima attività del periodo dilatante e nella maggior parte associata all'esecuzione dell'amnioressi. Infatti in 18 donne viene infusa tra i 4 e 7 cm di dilatazione, mentre in 2 casi a 8 cm di dilatazione per regolarizzare l'attività contrattile.

Il 21% delle donne (n=13) ha avuto un parto indotto e le indicazioni sono state le seguenti (si veda la Figura 5.13):



In 12 casi (19.4%) i parti sono stati indotti con l'utilizzo delle prostaglandine vaginali (PGE), in 1 caso è stato usato come metodo di induzione l'amnioressi. Il gel è stato applicato una sola volta in 7 donne, due volte nelle restanti 5 donne.

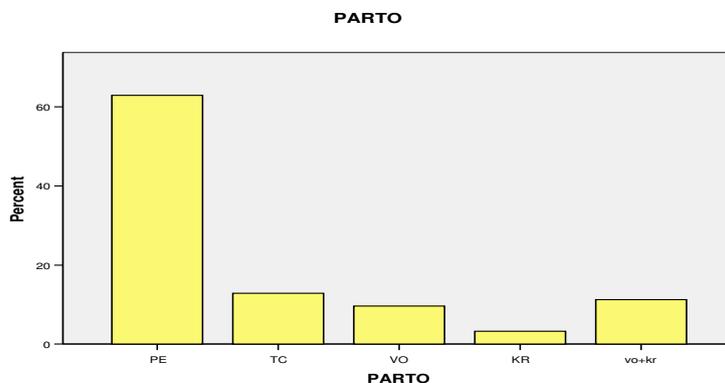
E' stato possibile calcolare la durata del periodo dilatante (durata I stage) per 60 donne in quanto a due è stato eseguito il TC elettivo. Il periodo varia da un minimo di 60 minuti a un massimo di 10 ore. 44 donne (71%) hanno avuto una durata della fase dilatante inferiore alle 5 ore, 15 (24.2%) tra le 5 e le 8 ore, 1 (1.6%) superiore alle 8 ore.

Il 29% delle donne (n=18) ha avuto l'anestesia epidurale, per due non è però riuscita.

Terza parte: periodo espulsivo

La maggior parte delle donne (n=39, 62.9%) ha avuto un parto eutocico (PE), 8 donne (12.9%) un taglio cesareo (TC), 2 (3.2%) hanno subito la manovra di Kristeller (KR), 6 (9.7%) l'applicazione della ventosa ostetrica (VO)

e altre 7 donne (11.3%) hanno avuto sia l'applicazione della ventosa ostetrica che la manovra di Kristeller. Si veda la Figura 5.14:



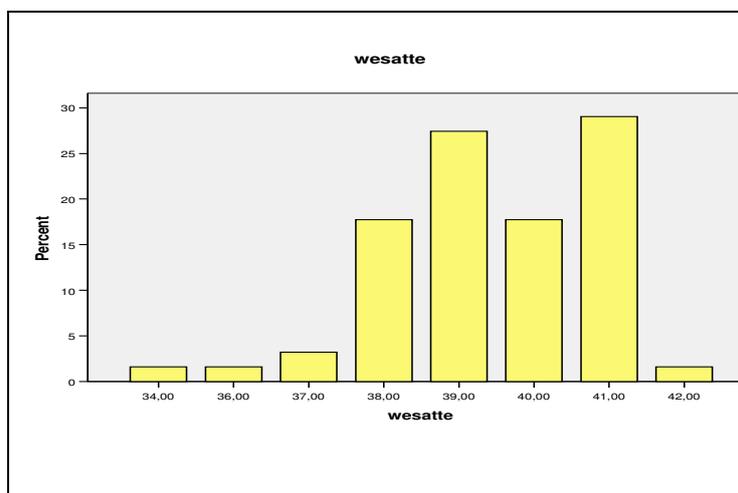
Per quanto riguarda il taglio cesareo, la maggior parte (n=6) è avvenuto in travaglio, ma ci sono 2 casi in cui il TC è stato di tipo elettivo. Le indicazioni per cui è stato effettuato un TC sono: la posizione podalica a travaglio di parto già avviato (n=3), la sofferenza fetale (n=1), il mancato impegno (n=1), l'arresto di progressione (n=1), la macrosomia fetale (n=1) e il fallimento di induzione (n=1).

Il perineo è rimasto integro in 13 donne (21%). In 1 donna è stata praticata l'episiotomia mediana, mentre per le restanti 48 donne è stato effettuato un taglio medio-laterale. Le lacerazioni si sono verificate in 13 donne (21%), tutte di I/II grado.

La durata del periodo espulsivo (II Stage) è stata rilevata per 56 donne. Di queste il periodo espulsivo varia dai 7 minuti fino a 100 minuti. Per la maggior parte delle donne (n=49, 79%) è avvenuto in un tempo inferiore all'ora, nelle restanti 7 (11.3%) la durata è stata compresa tra l'ora e le due ore.

Le settimane di parto variano da 34.3 a 41.4 con una media di 39.429 ± 1.4570 (si veda la Figura 4.15). Si definisce il parto in base all'epoca di

sviluppo del feto: in questo caso abbiamo 3 casi di parti prematuri (con le settimane di gestazione inferiori a 36.6) e 58 casi a termine (con le settimane di gestazioni comprese tra la 37^{esima} e la 42^{esima}).



Quarta parte: periodo del secondamento

Nella maggior parte delle donne (n=54, 87.1%) il secondamento è avvenuto spontaneamente, in 8 (12.9%) in modo manuale. La durata del secondamento (III Stage) varia dai 5 a 20 minuti.

Delle donne che hanno partorito per via vaginale, abbiamo informazioni relative alla perdita ematica di 52 donne, in cui la perdita varia da un minimo di 100 a un massimo di 1000 ml. La maggior parte delle donne (n=36, 58.1%) ha avuto una perdita ematica inferiore ai 300 ml., 7 (11.3%) una perdita ematica compresa tra i 300 ml e i 500 ml e, infine, 9 (14.5%) superiore ai 500 ml. Solo due donne hanno subito la revisione della cavità uterina (RCU).

Quinta parte: periodo del puerperio

Solo 3 donne (4.8%) hanno avuto complicazioni: 1 ha sofferto di anemia, 1 di emorroidi, 1 di tromboflebite. Nelle note è stato segnalato un caso di diabete gestazionale e uno di gestosi. Per nessuna c'è stato bisogno di isterectomia.

Sesta parte: indici relativi al benessere del bambino

Sono nati 22 maschi (35.5%) e 40 femmine (64.5%).

Il peso dei bambini varia da un minimo di 2000 gr. a un massimo di 4720 gr. con una media di $3325,40 \pm 441.946$ gr.

L'indice di Apgar rilevato al primo minuto varia da 2 a 10, al quinto minuto da 7 a 10.

Per quanto riguarda il pH, abbiamo l'informazione solo per 56 neonati: esso varia da 6.88 a 7.38 con una media di 7.22 ± 0.09755 .

Per quanto riguarda le variabili biologiche relative al parto sono state trovate le seguenti correlazioni attraverso il coefficiente rho di Spearman:

- l'età della donna con l'ossitocina cm ($\rho = -.501$, $p = .026$, $n = 20$), con il perineo ($\rho = .289$, $p = .023$, $n = 62$) e con le lacerazioni ($\rho = .283$, $p = .026$, $n = 62$),
- il peso della donna con l'altezza ($\rho = .614$, $p = .000$, $n = 60$),
- l'altezza della donna con l'amnioressi cm ($\rho = .516$, $p = .005$, $n = 28$) e con il peso del bambino ($\rho = .488$, $p = .000$, $n = 60$),

- le settimane di parto con il peso del bambino ($\rho=.341$, $p=.007$, $n=62$),
- l'amnioressi cm con l'applicazione delle PGE vaginali ($\rho=-.430$, $p=.018$, $n=30$), con la durata del II stage, cioè della fase espulsiva ($\rho=.397$, $p=.033$, $n=29$), con il numero di manovre di Kr ($\rho=.506$, $p=.004$, $n=30$),
- il numero di applicazioni Pge con la durata di induzione del parto ($\rho=.728$, $p=.007$, $n=12$), con le settimane di parto ($\rho=.289$, $p=.023$, $n=62$),
- la durata del I stage, cioè della fase dilatante, con la durata Prom parto, cioè della rottura delle membrane ($\rho=.451$, $p=.010$, $n=32$), con l'APGAR del bambino al 5' ($\rho=-.319$, $p=.013$, $n=60$) e con il peso del bambino alla nascita ($\rho=.257$, $p=.048$, $n=60$),
- durata del II stage con la durata del travaglio ($\rho=.288$, $p=.032$, $n=56$) e con il peso del bambino alla nascita ($r=.353$, $p=.007$, $n=56$),
- la durata del travaglio con la durata Prom parto ($\rho=.405$, $p=.024$, $n=31$), con l'indice Apgar al 1' ($\rho=-.367$, $p=.005$, $n=58$) e al 5' ($\rho=-.326$, $p=.013$, $n=58$), e con il peso del bambino alla nascita ($r=.271$, $p=.040$, $n=58$),
- le settimane di parto con il peso del bambino ($\rho=.333$, $p=.008$, $n=62$),
- il numero di manovre di Kr con l'indice Apgar al 1' ($\rho=-.482$, $p=.000$, $n=62$) e con il pH del bambino alla nascita ($\rho=-.347$, $p=.009$, $n=56$),
- l'indice Apgar al 1' con il pH del bambino alla nascita ($\rho=.397$, $p=.002$, $n=56$),
- l'indice Apgar al 5' con il pH del bambino alla nascita ($\rho=.458$, $p=.000$, $n=56$).

Terza fase: un mese dopo la nascita

Le donne, durante l'intervista semistrutturata effettuata per via telefonica, hanno riferito le seguenti modalità di parto: l'87.1% parto vaginale (n=54) e il 12.9% taglio cesareo (n=8). 21 mamme (33.9%) hanno riportato di aver richiesto l'epidurale, 35 (56.45%) hanno descritto diverse manovre ostetriche subite in fase di travaglio e parto (applicazione prostaglandine, ossitocina, amnioressi, Kristeller, ventosa ostetrica), 20 (32.3%) non hanno menzionato interventi ostetrici di nessun genere né uso di analgesia.

Tabella 5.6: dati clinici relativi all'evento parto, emersi dai resoconti delle donne.

		PARTO VAGINALE		TAGLIO CESAREO		TOTALE
		CON EPIDURALE	SENZA EPIDURALE	CON EPIDURALE	SENZA EPIDURALE	
SENZA MANOVRE OSTETRICHE		4	16	3	4	27
CON MANOVRE OSTETRICHE	PGE		4	1		35
	KR		2			
	VO	1				
	OSSITOCINA	3	3			
	EPISIO	2	2			
	PROM	1				
	VO + KR		1			
	EPISIO + OSSITOCINA	1	2			
	PGE + OSSITOCINA		1			
	PGE + EPISIO	1				
	VO + OSSITOCINA	1				
	VO + PROM		1			
	VO + EPISIO	1	1			
	PGE + VO + KR		1			
	OSSITOCINA + VO + PROM		1			
	OSSITOCINA + AMNIORESSI + EPISIO		1			
	VO + KR + EPISIO	1				
OSSITOCINA + VO + KR + EPISIO	1	1				
TOTALE		17	37	4	4	62

Il ricordo della durata del parto riportata dalle donne durante l'intervista ha una media di 12.63 ± 12.455 ore con un range che varia da 1 a 72 ore.

33 donne su 57 (53.2%) riportano di aver potuto avere il bambino subito dopo il parto e 6 su 58 (9.7%) di averlo attaccato subito al seno. La media di tempo intercorso tra il parto e il momento in cui le donne hanno provato ad attaccare il bambino è di 6.86 ± 6.2 con un range=0-30 e la media di tempo di quando poi si è effettivamente attaccato è di 11.35 ± 18.7 con un range che varia da 50 a 120 ore.

La maggior parte delle donne (64.9%) riporta di essere rientrata a casa entro la terza giornata; la media è di 4.16 ± 2.555 con un range che varia da 2 a 15 giorni.

La maggior parte delle donne (58.1%) dichiara di avere, al momento dell'intervista, un allattamento di tipo naturale, il 25.8% artificiale e il 16.1% misto. La maggior parte (71%) adotta la modalità a richiesta.

Per quanto riguarda l'analisi delle frequenze dei dati relativi al giudizio soggettivo sugli eventi del parto e del puerperio (vedi Tabella 5.3) emerge un giudizio globalmente positivo rispetto:

- all'andamento del parto (40.3% molto bene, 37.1% abbastanza bene, ma..., 22.6% per niente bene),
- al rientro a casa (38.7% molto bene, 38.7% abbastanza bene, ma..., 19.4% per niente bene),
- all'allattamento (38.7% molto bene, 38.7% abbastanza bene, ma..., 19.4% per niente bene),

- all'interazione con il bambino (53.2% molto bene, 45.2% abbastanza bene, ma..., 3.2% per niente bene),
- ai ritmi acquisiti del bambino (51.6% molto bene, 45.2% abbastanza bene, ma..., 3.2% per niente bene).

Dall'analisi di correlazione rho di Spearman effettuata sulle stesse variabili è emerso che:

- il giudizio soggettivo del parto è inversamente correlato con la durata delle fasi del parto ($\rho = -.425$, $p = .001$, $n = 60$), positivamente correlato con il giudizio soggettivo del rientro ($\rho = .293$, $p = .022$, $n = 61$), positivamente correlato con il giudizio rispetto all'interazione con il bambino ($\rho = .317$, $p = .012$, $n = 62$);
- il ricordo della durata del parto è inversamente correlato con il giudizio soggettivo del rientro ($\rho = -.266$, $p = .042$, $n = 59$);
- quando ha provato ad attaccare il bambino risulta: positivamente correlato a quando si è attaccato ($\rho = .790$, $p = .000$, $n = 51$), positivamente correlato a quando è avvenuto il rientro ($\rho = .278$, $p = .046$, $n = 56$), negativamente correlato con il giudizio soggettivo del rientro ($\rho = -.276$, $p = .040$, $n = 56$);
- quando è avvenuto il rientro è negativamente correlato al giudizio soggettivo del rientro stesso ($\rho = -.372$, $p = .005$, $n = 56$);
- il giudizio soggettivo del rientro risulta positivamente correlato con l'interazione con il bambino ($\rho = .469$, $p = .000$, $n = 61$), positivamente correlato con i ritmi acquisiti dal bambino ($\rho = .393$, $p = .002$, $n = 61$);

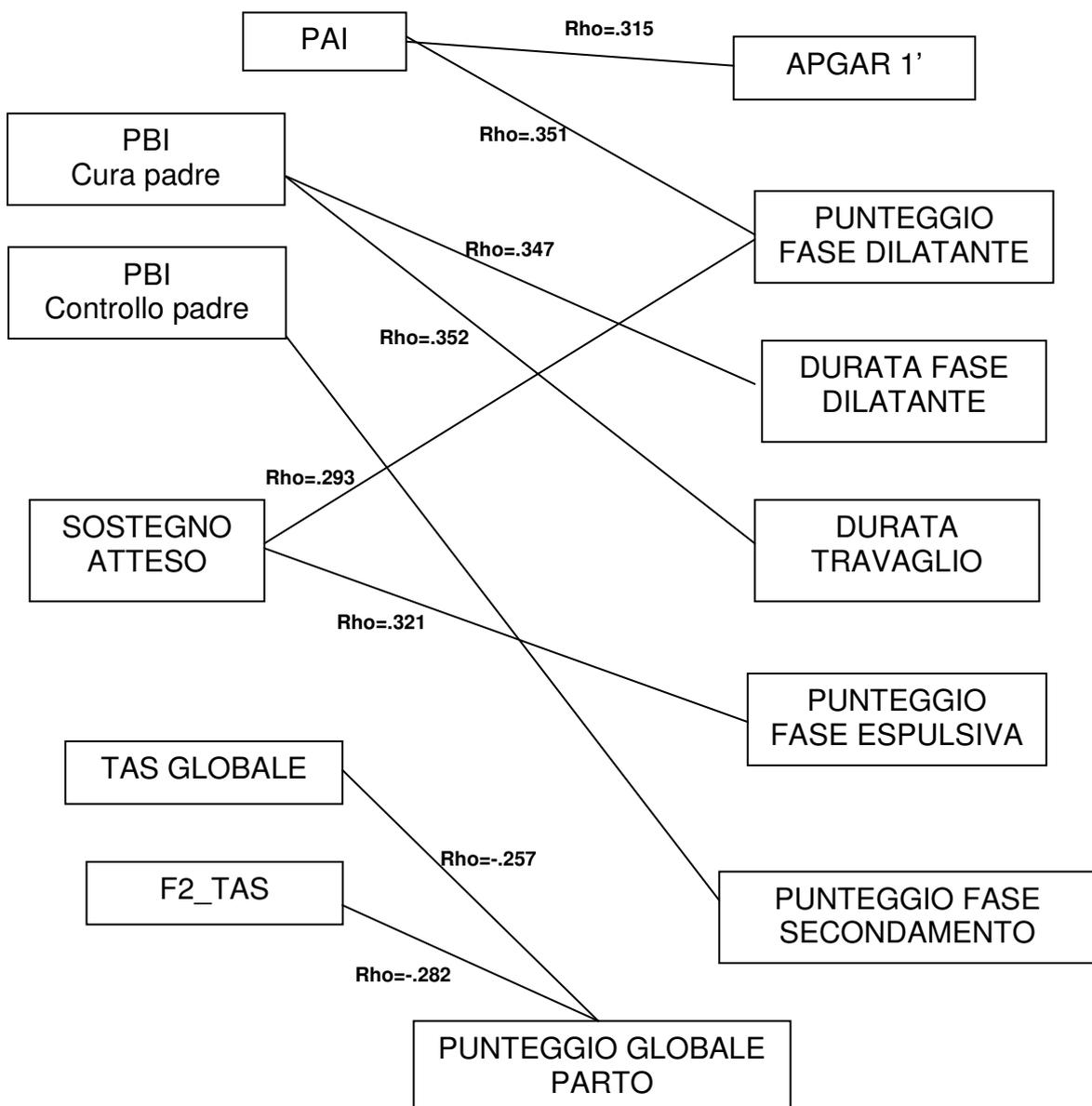
- il giudizio soggettivo relativo all'interazione con il bambino risulta positivamente correlato con i ritmi acquisiti dal bambino stesso ($\rho=.481$, $p=.000$, $n=62$);
- la qualità dell'allattamento risulta positivamente correlata con il vissuto del rientro a casa ($\rho=.412$, $p=.001$, $n=59$), positivamente correlata con l'interazione con il bambino ($\rho=.322$, $p=.012$, $n=60$), positivamente correlata con i ritmi acquisiti dal bambino ($\rho=.367$, $p=.004$, $n=60$).

RELAZIONI ESISTENTI TRA VARIABILI DELLA FASE PRENATALE E DATI DEL PARTO

Dalle analisi di correlazione, effettuate con il coefficiente rho di Spearman, tra le variabili psicologiche rilevate nel periodo prenatale e i punteggi ricavati dalla scheda parto, codificata attraverso la griglia, è emerso che:

- il livello di attaccamento prenatale (PAI) è positivamente correlato con il punteggio relativo alla fase dilatante ($\rho=.370$, $p=.004$, $n=58$) e con il livello dell'indice Apgar al 1' ($\rho=.315$, $p=.013$, $n=62$),
- la dimensione di cura del padre (PBI) è positivamente correlata con la durata della fase dilatante ($\rho=.347$, $p=.008$, $n=57$) e con la durata del travaglio ($\rho=.352$, $p=.008$, $n=55$),
- la dimensione di controllo del padre (PBI) è positivamente correlata con il punteggio relativo alla fase di secondamento ($\rho=.351$, $p=.013$, $n=49$);

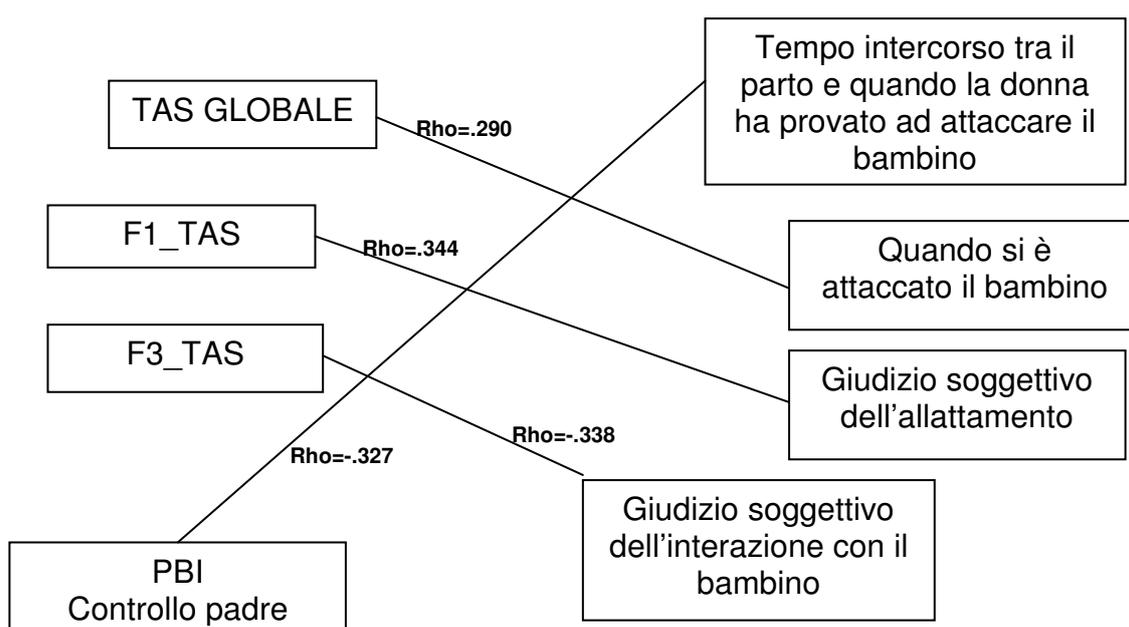
- il sostegno atteso è positivamente correlato con il punteggio relativo alla fase dilatante ($\rho=.293$, $p=.028$, $n=56$) e con quello relativo alla fase espulsiva ($\rho=.321$, $p=.017$, $n=55$);
- il punteggio globale relativo all'andamento del parto è negativamente correlato con il punteggio globale del TAS-20 ($\rho=-.257$, $p=.047$, $n=60$) e con la dimensione F2_TAS ($\rho=-.282$, $p=.029$, $n=60$).



RELAZIONI ESISTENTI TRA VARIABILI DELLA FASE PRENATALE E DEL POSTPARTUM

Dalle analisi di correlazione (calcolata attraverso il coefficiente rho di Spearman) tra le variabili psicologiche rilevate nel periodo prenatale e i dati rilevati nel periodo del postpartum, ad un mese dalla nascita del bambino, è emerso che:

- il TAS-20 è positivamente correlato con il ricordo di quando si è attaccato il bambino ($\rho=.290$, $p=.037$, $n=52$);
- F1_TAS è positivamente correlato al giudizio soggettivo relativo all'allattamento ($\rho=.344$, $p=.008$, $n=58$);
- F3_TAS è negativamente correlato al giudizio relativo all'interazione con il bambino ($\rho=-.338$, $p=.008$, $n=60$);
- la dimensione di controllo del padre (PBI) è negativamente correlata al tempo intercorso tra il parto e quando la donna ha provato ad attaccare il bambino in ospedale ($\rho=-.327$, $p=.016$, $n=54$).



RELAZIONI ESISTENTI TRA DATI DEL PARTO E VARIABILI DEL POSTPARTUM

Dalle analisi di correlazione (calcolata attraverso il coefficiente rho di Spearman) tra i dati relativi al parto ricavati dalla griglia di codifica della scheda e quelli rilevati nel periodo del postpartum, ad un mese dalla nascita del bambino, è emerso che:

- il giudizio soggettivo relativo al parto è inversamente correlato con il numero di manovre di Kristeller effettuate ($\rho = -.325$, $p = .010$, $n = 62$) e positivamente correlato con l'indice Apgar al 1' ($\rho = .473$, $p = .000$, $n = 62$) e al 5' ($\rho = .315$, $p = .013$, $n = 62$),
- il giudizio soggettivo relativo al parto è inversamente correlato con il punteggio relativo alla fase dilatante ($\rho = -.333$, $p = .011$, $n = 58$), con il punteggio relativo alla fase espulsiva ($\rho = -.310$, $p = .020$, $n = 56$) e con il punteggio relativo allo stato di benessere del bambino ($\rho = -.335$, $p = .008$, $n = 62$);
- il ricordo della durata del parto è positivamente correlato con il punteggio relativo alla fase dilatante ($\rho = .295$, $p = .026$, $n = 57$);
- il giudizio soggettivo relativo al rientro a casa è inversamente correlato con la durata della fase dilatante ($\rho = -.380$, $p = .003$, $n = 59$), con la durata del travaglio ($\rho = -.400$, $p = .002$, $n = 57$), con la perdita ematica ($\rho = -.276$, $p = .050$, $n = 51$) e positivamente correlato con l'indice Apgar al 1' ($\rho = .467$, $p = .000$, $n = 61$) e al 5' ($\rho = .307$, $p = .016$, $n = 61$),

- il giudizio soggettivo del rientro è negativamente correlato con il punteggio globale del parto ($\rho = -.284$, $p = .025$, $n = 62$).

5.4 DISCUSSIONE

Sono state investigate le relazioni tra caratteristiche psichiche e di contesto rilevate durante il periodo di gravidanza, l'andamento del parto e il benessere del neonato, nonché il vissuto della donna rispetto al parto, al puerperio e al periodo del post-partum.

Innanzitutto, è necessario ricordare che si tratta di un campione di convenienza, selezionato dai criteri restrittivi richiesti dalle procedure e dagli strumenti disponibili: donne sane, di nazionalità italiana, con età compresa tra i 20 e i 40 anni, alla prima gravidanza, con prognosi senza complicanze.

Come emerge dai risultati esposti per le **caratteristiche sociodemografiche**, la maggior parte delle donne presenta un livello di istruzione medio-alto e svolge un'attività lavorativa di tipo impiegatizio. Tutte le donne vivono con il loro compagno: la maggior parte è coniugata, le restanti sono conviventi. L'età media delle donne si colloca intorno ai 30 anni.

Per quanto riguarda le **caratteristiche relative alla gravidanza**: tutte le donne riferiscono di aver desiderato di avere un bambino e per la maggior parte di esse è stato anche programmato. La metà delle donne riferisce che non c'è stato nessun avvenimento che ha costituito fonte di preoccupazione durante la gravidanza, mentre per le restanti si tratta di preoccupazioni legate soltanto al

lavoro o ai malesseri della gravidanza. Per quanto riguarda questi ultimi, la maggior parte riferisce di averli vissuti bene, così come le modificazioni del corpo che la gravidanza stessa comporta. Poche donne hanno effettuato l'amniocentesi e tutte a scopo diagnostico. Tutte sono state accompagnate dal proprio partner durante le ecografie e per tutte è stato importante vedere il bambino in ecografia. La maggior parte ritiene che sia importante frequentare un corso di accompagnamento alla nascita e un numero consistente di queste lo ha frequentato o ne ha l'intenzione. Quasi tutte le donne ritengono che sia importante avere un parto naturale e vogliono il proprio compagno a fianco. Infine, per quanto riguarda l'allattamento, tutte le donne hanno espresso il desiderio di allattare al seno e la maggior parte indica di volerlo fare "il più possibile".

Prendendo in considerazione i punteggi ottenuti dalle donne nei questionari somministrati nella **fase prenatale**, si conferma un profilo positivo. Il campione, infatti, presenta un buon livello di attaccamento prenatale, alti livelli di supporto sociale e una buona capacità di elaborare le emozioni, risultati che rispecchiano la media della popolazione italiana (Dabrassi e coll., 2007; Della Vedova e coll., in print).

Un elemento di particolare attenzione pare individuabile, rispetto ai valori indicati dagli autori che hanno validato il PBI (Parker e coll., 1997; Scinto e coll., 1999), negli stili genitoriali interiorizzati emersi: la maggior parte delle donne descrive un legame sia con la madre che con il padre caratterizzato da bassa cura legata ad alto controllo, ("controllo privo di affetto"). C'è da chiedersi da cosa dipende questo risultato, se è dovuto ad un cambiamento degli aspetti

socio-culturali che, come è noto dalla letteratura, sono intercorsi (ad esempio, il progressivo aumento di famiglie mononucleari, la disgregazione dei ruoli familiari e la loro ricomposizione su basi nuove e diverse) o se vi sono altre spiegazioni. Per esempio, molti studi indicano un'associazione tra lo stile genitoriale "controllo privo di affetto" e la schizofrenia (Parker e coll., 1982, 1988), la depressione (Parker, 1979; 1982; 1983b; Parker e Hadzi-Pavlovic, 1992; Rodriguez Vega e coll., 1993; Mackinnon e coll., 1993), la nevrosi d'ansia (Parker, 1983a), il disturbo di attacco di panico (Faravelli e coll., 1991), il disturbo di personalità borderline (Byrne e coll., 1990; Zweig-Frank e Paris, 1991), la sindrome di dipendenza di oppioidi (Torresani e coll., 2000). Anche Favaretto e Torresani (1997) hanno trovato una prevalenza dello stile genitoriale "controllo privo di affetto" per tutti i raggruppamenti diagnostici sopra citati. Inoltre, in uno studio di analisi fattoriale del PBI condotto in un campione di primipare è emersa la presenza di un terzo fattore, denominato "costrizione" che deriverebbe dalla divisione del fattore "controllo" in due sottofattori, "alta protezione" e "costrizione", e che secondo gli autori ha valori predittivi nei disordini affettivi (Gomez-Beneyto e coll., 1993). Comunque, i dati in possesso relativi a questo campione non sono sufficienti per interpretare questo, pur interessante, risultato.

Per quanto riguarda la relazione emersa tra le variabili psicologiche indagate nella fase prenatale, interessante è la relazione emersa tra il livello di attaccamento prenatale e la dimensione cognitiva dell'alessitimia, dato che va a confermare quello ottenuto precedentemente nello studio di validazione del Prenatal Attachment Inventory (si veda cap. 1 e Della Vedova e coll., in print).

L'incapacità da parte della madre di fantasticare, simbolizzare e sapersi rappresentare mentalmente avviene anche con il bambino atteso: è noto che la capacità permette alla madre di pensare al bambino non come un'entità astratta, ma come un essere "visibile", con una vera e propria fisionomia umana e, quindi, di entrare in relazione con lui. Si potrebbe pensare che queste donne, caratterizzate da alti livelli alessitimici, soprattutto con un pensiero fortemente pragmatico, corrispondono a quelle madri che Raphael-Leff (1983, 1985, 1986) definisce "regolatrici", cioè quelle donne che considerano la gravidanza e il post-partum come periodi pressoché normali, senza particolari cambiamenti, che avvertono i movimenti fetali come una presenza estranea e che fantasticano poco sul feto. Sembra che facciano fatica a costituirsi quello specifico "spazio mentale" occupato dal bambino che sta per nascere che, se nel primo periodo gravidico è assente (Soulè parla di "blanc d'enfant", 1982), dovrebbe essere presente con la comparsa dei movimenti fetali e la visualizzazione del bambino reale in ecografia. Soulè (1990) sottolinea come lo sviluppo del bambino nella mente dei genitori, in particolare quella della madre, dipenda anche dalla capacità di fantasticare su di lui. Si ricorda che la somministrazione prenatale è avvenuta all'incirca nel settimo mese di gravidanza, quando l'immagine del bambino dovrebbe essersi già costituita ed essersi differenziata (Candelori, Pola, Tambelli, 1991).

Altra relazione interessante emersa è quella di come l'attaccamento prenatale sia correlato con il supporto sociale, dato che va a confermare i risultati ottenuti sia dalla Cranley (1984) che da Condon (1993). Sempre rispetto

al supporto sociale, quest'ultimo risulta essere correlato negativamente con la dimensione del controllo della propria madre.

Si potrebbe pensare che le donne che ritengono le proprie madri intrusive e molto controllanti abbiano paura che possano esserlo anche nel rapporto tra loro e il bambino e pertanto cerchino di mantenere le distanze. Infine, le donne con alti livelli di alessitimia, in particolare con un pensiero orientato verso l'esterno, sono quelle che hanno una bassa percezione del supporto sociale. Precedenti ricerche hanno già riscontrato la relazione diretta tra bassi livelli di supporto sociale e alti livelli di alessitimia (Lane e coll., 1998; Kokkonen e coll., 2001).

Per quanto riguarda la valutazione dell'andamento dei parti, prendendo in considerazione la descrizione dell'evoluzione di un **parto** fisiologico, così come riportato nel Glossario (5) si può affermare che, per la maggior parte dei casi, ci si trovi in presenza di parti borderline, ovvero quei parti in cui sono state necessarie alcune manovre ostetrico-ginecologiche ma non tali da classificarli patologici.

Nello specifico, partendo dal *periodo dilatante* la maggior parte delle donne ha una durata che rientra nella categoria del parto normale, 15 donne una durata che è stata classificata nel parto borderline e solo una con una durata superiore alle 8 ore e quindi nel parto patologico. La rottura precoce delle membrane (PROM) è avvenuta per la maggior parte dei casi tra le 12 e le 24 ore, come è tipico dei parti borderline. L'OMS (1985) segnala nelle sue raccomandazioni che la rottura precoce delle membrane, fatta di routine, non ha nessuna giustificazione scientifica e si raccomanda solo in uno stadio

avanzato del travaglio. L'induzione del travaglio, che sempre secondo l'OMS (1985) dovrebbe essere riservata solo alle specifiche indicazioni mediche e che non dovrebbe avere un tasso superiore al 10%, è avvenuta per il 24.2% dei casi. Dai nostri risultati emerge che per una buona parte di donne, per completare la rottura delle membrane o per favorire un travaglio di parto più attivo, sono stati valutati opportuni e praticati interventi ostetrici quali l'amnioressi, la somministrazione di ossitocina e/o di prostoglandine (PGE), l'amnioinfusione.

Per quanto riguarda il *periodo espulsivo*, la maggior parte della durata è stata inferiore all'ora come accade in un parto naturale; in 7 casi è durata tra l'ora e le due ore come avviene in un parto definito borderline. Inoltre, emerge che la maggioranza delle donne (62.9%) ha avuto un parto classificato eutocico (PE), quindi un parto naturale secondo la griglia di codifica, 2 donne hanno subito la manovra di Kristeller (KR) inserita nel profilo del parto borderline. Si può anche notare che per il 21% delle donne è stato ritenuto opportuno l'utilizzo della ventosa ostetrica (VO), a volte perché la manovra di Kristeller (KR) non è risultata sufficiente. Infine per il 12.9% delle donne è stato necessario intervenire con il taglio cesareo (TC), che è considerato il parto maggiormente operativo. Va però sottolineato che la percentuale è di gran lunga inferiore a quella nazionale che è circa del 30% (dati ISTAT del 1999-2000) e che rientra nella percentuale indicata dall'OMS del 10-15%.

Per quanto riguarda i parti avvenuti per via vaginale, per il 29% vi è stata l'analgesia epidurale, il che spiega il numero elevato di manovre ostetriche in quanto è risaputo che rende più lungo e difficoltoso il travaglio. L'episiotomia, il

cui uso sistematico non è giustificato secondo l'OMS, è stata effettuata a quasi tutte le donne (79%), mentre si sono avute lacerazioni solo nel 21% dei casi e tutte di I/II grado. I parti sono stati portati tutti a termine, solo in tre casi si è in presenza di un parto prematuro.

Per quanto riguarda la *fase di secondamento*, questo è avvenuto manualmente solo in otto casi corrispondenti al 12.9% del totale. Questo implica un parto anomalo. Però la durata della fase è stata inferiore alla mezz'ora per tutte le donne, e quindi rientrante nel profilo di un parto naturale. Considerando anche la perdita ematica, la maggior parte delle donne rientra nel profilo del parto naturale, ovvero con una perdita inferiore ai 300 ml., l'11.3% nel profilo borderline in quanto la perdita è compresa tra i 300 e i 500 ml., il 14.5% superiore ai 500 ml. e quindi nel profilo patologico, ancor più per quei due casi in cui è stata necessaria una revisione della cavità uterina in quanto il secondamento è stato incompleto.

Per quanto riguarda il *periodo del puerperio*, solo tre donne hanno avuto complicazioni; nessuna ha avuto bisogno dell'isterectomia.

Per quanto riguarda i dati fisiologici relativi ai *neonati* (22 maschi e 40 femmine), si può dire che tutti i bambini mostrano indici di benessere sia rispetto al pH rilevato alla nascita, che rientra nella norma, sia per l'indice Apgar. Rispetto a quest'ultimo si è visto che anche quei casi in cui al primo minuto l'indice varia da 2 a 10, al quinto minuto è già tra 7 e 10. Si nota quindi un miglioramento di tutti i bambini. E' da segnalare che tutti i casi in cui il punteggio di Apgar è basso corrispondono agli stessi soggetti con cui è stato necessario intervenire con la ventosa ostetrica e con la manovra di Kristeller.

In conclusione, si può pertanto affermare che i parti del nostro campione sono caratterizzati da livelli di medicalizzazione che rientrano nella media e pertanto classificati per la maggior parte come borderline, anche se abbiamo potuto vedere come numerose delle procedure giudicate dall'OMS per la loro frequenza inappropriate, vengono comunemente e ampiamente utilizzate. L'uso della griglia di codifica, che permette di classificare il parto secondo tre categorie (parto naturale/spontaneo, borderline, patologico/operativo) aiuta ad avere una visione immediata del tipo di andamento di parto che ci si trova di fronte. Ricordiamo però che essa è stata costruita appositamente dalle stesse ostetriche e dagli stessi ginecologi che operano attivamente nell'ospedale in cui sono state fatte le rilevazioni. Sarebbe interessante poterne costruire una generalizzabile a tutto il territorio italiano e basata sulle indicazioni stesse dell'OMS.

Per quanto riguarda le variabili biologiche relative al parto, numerose sono le correlazioni tra i diversi indici. Non è interesse di questa dissertazione discutere delle relazioni emerse tra i diversi indici rilevati dalla scheda parto, anche perché non ci sarebbero le competenze specifiche per meglio interpretare i risultati. Si sottolinea che gli indici di benessere del bambino sono inversamente correlati con la durata del travaglio e con il numero di manovre ostetriche effettuate, dato che questo risultato va a confermare le indicazioni dell'OMS.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti dalle **interviste** telefoniche effettuate a circa un mese di distanza dal parto, si ricorda che si tratta non di dati obiettivi relativi all'andamento clinico del parto, ma vissuti soggettivi delle donne. Tali

dati riferiti dalle donne concordano con quelli obiettivi per quanto riguarda parto vaginale, cesareo, analgesia epidurale e alcune manovre ostetriche, quali la kristeller (“l’ostetrica mi è salita sulla pancia e ha spinto”), la ventosa e l’episiotomia. Pertanto si può dire che le donne sono abbastanza precise nel riferire quello che avviene all’interno della sala parto e ne hanno memoria anche dopo un mese dall’evento.

Quasi la metà delle donne riporta di aver avuto il bambino vicino a sé subito dopo il parto e solo il 9.7% di averlo potuto attaccare subito al seno. Questo dato sottolinea come ancora oggi, nonostante siano oramai conosciuti i vantaggi di un attaccamento precoce e siano promossi dall’OMS (1985), le resistenze di una politica sanitaria possano influire sulle riorganizzazioni mentali e concrete di un reparto (Jodelet e Ohana – 1996 –rappresentano le pratiche sanitarie e ospedaliere come “guardie” che impediscono l’allattamento).

Le parole delle donne danno una visione chiara di quanto appena detto:

“... non c’erano i posti letto, mi hanno tenuta in corsia, fino alla sera ... Questa **situazione** l’ho **vissuta malissimo, il pensiero era sempre quello di scendere a vedere il bambino, ma non mi lasciavano scendere, non mi lasciavano muovere, quello è stato abbastanza brutto** ... se scendevo e succedeva qualcosa non si sapeva di chi era la responsabilità, perchè non avevo il letto giù e non sono potuta scendere fino alla sera ... L’ho attaccato dopo 15 ore ... In un primo momento mi morsicava, dopo però si è attaccato abbastanza bene ... anche adesso lo allatto io, senza nessun problema ... **nonostante abbia aspettato tutto quel tempo ... però è andata bene lo stesso**”

“... non mi sono trovata bene al nido ... solo ed esclusivamente perché in 6 giorni che sono rimasta lì ... avrò visto almeno **20 puericultrici con 20 versioni diverse** che ti insegnavano 20 cose: **non capivi più niente** ... non sapevi se dovevi entrare a prenderlo o se non potevi prenderlo, quando dovevi allattarlo ... una ti metteva un’ansia e l’altra te ne metteva un’altra. **Se non avessi fatto il corso di preparazione al parto** non avrei avuto le basi che ho avuto quando sono entrata ... mi avrebbe creato confusione, **molta confusione**”

“... il brutto dell’ospedale, secondo me, è che ci sono due o tre puericultrici che cambiano i tre turni ... e tutte hanno modi di pensare diversi e quello è un problema ... una diceva il latte artificiale, una l’acqua, l’altra di attaccarlo, si è un po’... è il primo bambino ... non avevo idea ... io non ho detto niente, volevo attaccarlo, il mio solo pensiero era di allattarlo ... **anche contro il loro parere ho chiesto di lasciarlo attaccato a me ... allora ho aspettato e infatti poi è arrivato** il latte lunedì sera, è andato tutto bene”

Dalla letteratura ostetrica-ginecologica emerge come l'attaccamento precoce al seno favorisce la liberazione di alcuni ormoni, tra cui l'ossitocina che sappiamo essere l'ormone specifico per il riflesso di eiezione del latte e sappiamo avere il suo picco massimo proprio nel primo periodo del postpartum. Da un punto di vista psicologico è oramai conosciuto il legame esistente tra i livelli di ossitocina e il bonding materno (Pedersen e coll., 1982; Kendrick e coll., 1987; Carter, 1998; Klaus, 1998, Kennell, Klaus, 1998, Maestripieri, 2001a). La vicinanza della madre, il suo seno, il suo torace scaldano un neonato molto più velocemente di una incubatrice, o della "culetta termica" che è diventata di prassi per le prime ore di vita del bambino. Un conto è la politica di un reparto che non promuove il contatto e l'attaccamento precoce, un conto è la scelta di una madre che non si sente ancora pronta o in forza per sostenerlo. In questi casi, l'imposizione potrebbe essere più negativa che positiva in quanto quello che la madre trasmetterebbe al bimbo a livello non verbale sarebbe proprio la difficoltà della madre stessa di avvicinarsi al bambino e di prendersi cura di lui: la comunicazione passerebbe attraverso il suo corpo, in particolare la modalità di contatto, lo sguardo, l'odore (Dabrassi, 2007). Come psicologi e psicoterapeuti dobbiamo chiederci quali "significati" (Imbasciati, 1998) abbiano queste difficoltà da parte della donna, quale tipo di "attivazione fantasmatica" sia avvenuta, se di tipo riparativo o al contrario di tipo aggressivo e distruttivo (Imbasciati, 2006b, 2007b).

Dai risultati emerge che, dopo la dimissione e il rientro a casa, la metà del campione (58.1%) allatta al seno, ma esiste un buon 25.8% che allatta artificialmente e un 16.1% fa un allattamento misto. L'allattamento al seno

favorisce il cosiddetto “dialogo degli sguardi” che sembra essere base fondante della qualità della relazione che si instaura tra mamma e bambino e situazione privilegiata per i primi apprendimenti (Imbasciati, 2006a, b).

Tornando all’analisi dei dati soggettivi, emerge che una buona parte delle donne di questo studio ha un ricordo positivo del parto e del puerperio che, prendendo in considerazione anche le correlazioni, risulta essere legato al ricordo della durata dell’evento.

I giudizi intermedi relativi al rientro a casa e all’allattamento sottolineano la difficoltà da parte delle donne a riorganizzarsi nei primi momenti del postpartum (Della Vedova e coll., 2007).

Inoltre, si vede come la stessa percentuale di donne che riporta di avere qualche difficoltà nell’interazione con il bambino è la stessa di quella che afferma che vi sono delle difficoltà da parte del bambino nell’acquisizione dei ritmi e si rileva anche come questo sia legato al vissuto dell’allattamento stesso. Una mamma che è capace di “godere” delle gioie dell’allattamento è quella che è capace di interagire con il proprio bambino, è quella che sa comunicare con lui e che gli permette, quindi, di acquisire la propria regolazione psicosomatica (Hofer, 1978, 1981, 1983a, b, 1984).

Per quanto riguarda le relazioni emerse tra le variabili psicologiche indagate nella fase prenatale e quelle ricavate dai dati del parto, difficili sono le interpretazioni. Il primo risultato è relativo alla relazione tra un maggior livello di sostegno su cui una donna pensa di poter contare e le maggiori difficoltà nella fase dilatante e in quella espulsiva. Questo sembra andare in direzione opposta al risultato trovato da Demyttenaere e dai suoi collaboratori (1995), i quali

hanno osservato che le donne in grado di chiedere aiuto e sostegno hanno meno difficoltà ostetriche. Probabilmente però gli aspetti indagati non sono esattamente gli stessi: in questo studio ci si riferisce ad una disponibilità che la donna pensa di avere a disposizione da parte dei suoi familiari e dai suoi amici durante e dopo la gravidanza, nell'altro ad una capacità da parte della madre di saper chiedere aiuto.

Relativamente alla relazione emersa tra il livello di attaccamento prenatale e la maggiore difficoltà durante la fase dilatante, si potrebbe ipotizzare una sorta di "fusione", di incapacità a rinunciare a quel bambino "interno" con cui la donna ha avuto un'unione simbiotica per tutta la gravidanza, a rinunciare a quel bambino "fantasmatico" del periodo prenatale a favore del bambino reale (Breen, 1992).

Nella stessa direzione si potrebbe leggere la relazione tra la fase in cui si verifica il distacco e l'espulsione della placenta e la dimensione del controllo paterno. Sembra che vi siano maggiori difficoltà in questa fase del parto in quelle donne che hanno interiorizzato una forte componente del controllo da parte del loro padre. È probabile che questo modello interiorizzato (si ricorda peraltro che una forte percentuale di donne ha uno stile genitoriale paterno caratterizzato da alto controllo associato a bassa cura; si veda la Figura 5.11) si riproponga nel loro corpo come una forma di "controllo" nei confronti del feto. Oppure potrebbe essere visto come una maggiore difficoltà a rinunciare allo stato di "gravida", ad uno stato che aveva portato la donna a sentirsi piena, a sentire che il proprio corpo funzionava altrettanto bene di quello della madre

(desiderio di una gravidanza e non desiderio di un figlio come soggetto distinto da sé – Bydlowski, 2004).

Inoltre interessante, anche se di difficile lettura, è la relazione tra il punteggio globale dell'andamento del parto e il livello di alessitimia, in particolare con la dimensione relativa alla difficoltà a descrivere le emozioni: sembra che una donna con maggiori difficoltà di mentalizzazione, di elaborazione, è più probabile che abbia un parto meno anomalo, meno patologico. Questo risultato è di difficile lettura in quanto va nella direzione opposta a molti dati presenti in letteratura relativi al concetto di alessitimia connesso alle malattie psichiche e psicosomatiche. Si deve però ricordare che l'alessitimico non è necessariamente un soggetto psicosomatico, è solo più a rischio di somatizzazioni. Inoltre, si potrebbe ipotizzare che essendo una donna alessitimica, e quindi meno incline a mentalizzare i propri vissuti oltre che ad elaborarli, è probabile che arrivi al momento del parto più tranquilla e quindi lo viva anche con meno complicazioni. Se, invece, una donna è tutta propensa al pensiero del piccolo ed è permeata da preoccupazioni, angosce per la vita di quest'ultimo, ha paura di fargli male con le proprie spinte, è probabile che un aumento dell'ansia provochi dissinergie dei muscoli perineali, e maggiori complicazioni. Secondo Zichella (1984), il travaglio è un esempio di multifattorialità e di coordinazione di eventi materni, placentari e fetali; tale concetto può estendere a tutto l'evento parto. Pertanto, anche se lo si considera un evento squisitamente psicosomatico, non si può pensare che siano solo le variabili di personalità relative alla madre a determinare l'andamento e l'esito

del parto, ma intervengono anche altri aspetti che influenzano questa relazione così complessa.

Non è facile cogliere quel “complesso gioco psicosomatico e quel suo feedback somatopsichico” che, secondo Imbasciati e Cena (2007), sono chiamati a spiegare l'enorme variabilità relativa a tutti gli aspetti del parto, soprattutto se si considerano gli strumenti usati per cogliere questi aspetti. Un conto è l'osservazione clinica diretta, soprattutto se praticata a livello profondo da ultraspecialisti, come per esempio nel setting dell'Infant Observation della Bick, altro conto è l'inferenza, spesso retrospettiva, ricavata dai casi di donne in trattamento analitico, da percorsi psicoanalitici madre/bambino, e altro conto ancora è l'uso di reattivi mentali. Questi possono essere stati costruiti e tarati anche ripetutamente, quando a validità, attendibilità e standardizzazione, ma ugualmente possono non cogliere coi loro punteggi gli stessi eventi osservabili o misurabili con altri approcci e metodi. In particolare gli strumenti finora presenti nella letteratura per rilevare le variabili fetali, neonatale, gestazionale e di relazione madre/bambino, non garantiscono la perfetta coincidenza tra ciò che si vuol rilevare e i punteggi che indicherebbero la dimensione che si voleva misurare. I problemi psicometrici in quest'area sono ancora maggiori di quelli comuni alla costruzione e taratura di qualsiasi test. Fattore principale di tale aleatorietà è, in questo caso, costituito dal fatto che eventi di natura emotiva, quindi poco consapevoli, mediati dalla comunicazione non verbale, vengono ad essere misurati con strumenti, quali i questionari, che implicano la coscienza e la verbalizzazione del soggetto. Ad esempio, si possono invocare le critiche che sono state rivolte al questionario volto a misurare l'alessitimia, il TAS-20 (Bressi

e coll., 1996): innanzitutto il fatto stesso di cogliere attraverso un questionario che richiede di far ricorso proprio a quelle capacità (introspezione e consapevolezza emozionale) di cui l'alessitimico sarebbe carente è paradossale (Kristal e coll., 1986); inoltre sembrerebbe che un alto livello di ricerca di approvazione sociale determini bassi punteggi nella scala (Vanderveken, 1991; Rizzardi e Codispoti, 1994; Newton e Contrada, 1994) e che depressione, ansia e nevroticismo influenzerebbero il punteggio (Bagby e coll., 1986; Haviland e coll., 1988; Wise e coll., 1990), in particolare nella difficoltà a identificare e descrivere le emozioni (Hendryx e coll., 1991; Kirmayer e Robbins, 1993); infine, il test in questione non sarebbe in grado di differenziare una modalità alessitimica "primaria", legata ad un deficit neurobiologico, da una definita "secondaria"²², cioè determinata da meccanismi difensivi di fronte a situazioni traumatiche intense e prolungate (Freyberger, 1977), quali il parto, o come risultato di un arresto dello sviluppo legato a fattori socioculturali o psicodinamici (Sifneos, 1988).

Per quanto riguarda le relazioni emerse tra la fase prenatale e quella del postpartum emerge che le donne con alti livelli di alessitimia sono quelle a cui serve più tempo prima di poter attaccare il bambino al seno. Come si è già accennato precedentemente, l'allattamento, al di là della sua funzione nutritiva, ha funzioni relazionali e implica pertanto funzioni psichiche della madre (D'Alessio, 1988; D'Alessio, Fiandaca, 1988): se quest'ultima ha difficoltà a identificare i bisogni del piccolo, a decifrare le sue richieste, ad instaurare una comunicazione affettiva, risponderà con più ritardo e quando lo farà sarà in

²² Ma in questo caso ci si riferirebbe all'alessitimia come dipendente da uno *stato*, che scomparirebbe una volta che la situazione stressante che l'ha originata si modifica, e non ad un *tratto* di personalità stabile, indipendente dall'eziologia.

modo molto concreto e legato alla richiesta specifica (vedi la relazione negativa tra la dimensione del *pensée opératoire* - Marty, de M'Uzan, 1963 - e il giudizio relativo all'interazione). Come emerge da questi risultati, una mamma di questo tipo sarà la stessa che dirà che "va tutto bene nell'allattamento" perché non è in grado di cogliere i segnali affettivi che il bambino le manda e pertanto non è in grado di regolarli.

Infine, dai risultati è emerso che i giudizi soggettivi delle donne sono fortemente legati a come è andato il parto e soprattutto allo stato di benessere del bambino e che il ricordo delle durata delle diverse fasi corrispondono per la maggior parte alla durata effettiva.

5.5 CONCLUSIONI

In conclusione si ricorda come questo studio abbia avuto a che fare con il rilievo di dimensioni affettive complesse, non facilmente coglibili da strumenti psicometrici quali quelli imposti dalle risorse a noi a disposizione in un contrasto globale, quale quello ospedaliero, che ha presentato enormi difficoltà. Si è inoltre dovuto prendere in considerazione un campione molto selezionato, sia per l'azzeramento di alcune variabili sia soprattutto per la disponibilità di un determinato luogo di reclutamento, e con una numerosità limitata delle risorse a disposizione; pertanto i risultati non sono generalizzabili a tutta la popolazione e la ricerca è da considerare uno studio pilota in questo campo, che attende

conferme, perfezionamenti di procedure, e maggiori risorse quanto a metodologie di rilievo.

Inoltre, come è emerso anche da questi risultati, l'area da indagare è veramente complessa, composta da variabili molto diverse tra di loro ma nello stesso molto interrelate. L'evoluzione del concetto stesso di psicosomatica ci dà un esempio di questo. Innanzitutto, la difficoltà di scegliere degli strumenti che siano per lo più esaustivi di questa complessità, senza però "appesantire" troppo i soggetti del campione, sapendo che per loro stessa natura essere invece limitati. La scelta di usare questionari autovalutativi per indagare le variabili psicologiche che concorrono a determinare la complessità del processo della maternità è un grosso limite in quanto, come sappiamo, sono "soggetti a processi difensivi difficilmente controllabili" (Solano, 2005). Così come limitati sono gli indici relativi alla scheda parto, indici considerati oggettivi dalla comunità scientifica, ma che per loro stessa natura sono "me-diati" (Imbasciati, 2008) da chi li ha osservati prima, dagli strumenti di rilevazione, da chi li ha riportati dopo. Tra l'altro una lettura psicosomatica, soprattutto in una situazione di "normalità", così come era caratteristica del nostro campione di partenza, è quanto mai difficile. Sarebbe necessario poter avere una situazione in cui la donna sia "libera" di avere un parto fisiologico, di seguire non i tempi dei protocolli che guidano le procedure mediche, ma i propri e quelli del bambino in pancia che dovrebbe non tanto "essere spinto fuori", quanto "lasciato uscire" (Vegetti Finzi, 2007). Allora, solo in questo modo si potrebbe veramente capire quanto i processi relazionali, affettivi possono influenzare l'andamento e l'esito del parto, del puerperio e del primo sviluppo del bambino.

Infatti, l'idea che sta emergendo è quello di un feto "in grado di nascere" e che concorre all'andamento della gravidanza e del parto (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007). È solo se la madre è stata capace di creare un dialogo, un rapporto con il suo bambino in pancia, se è stata in grado di sintonizzarsi con lui, di riconoscerlo come parte distinta da sé e degna di amore, che si potrà avere una coordinazione reciproca durante sia la gravidanza che il parto. Questa sintonizzazione, questa relazione prenatale sarà poi la base di quella che avviene a livello neonatale (Brazelton e coll., 1991).

GLOSSARIO TERMINI OSTETRICO-GINECOLOGICI

Per poter meglio comprendere la valutazione qualitativa nella griglia di codifica della scheda parto, si propone una spiegazione dei termini più strettamente ostetrico-ginecologici a cui si fa riferimento nel testo.

(1) “Per **parto** s’intende l’espulsione o l’estrazione del prodotto del concepimento e la fuoriuscita degli annessi ovarici dall’organismo materno”. “Per **travaglio di parto** s’intende l’evoluzione dei fenomeni meccanici dinamici o plastici che portano all’espulsione del feto”. Vi sono differenti *definizioni* relative al parto:

a) in base alle modalità del parto:

- **parto eutocico** è quello che si verifica con le sole forze naturali e con l’assenza di anomalie o rischi per la partoriente e per il feto;
- **parto distocico** (anormale, patologico) è quello che si verifica quando si hanno ostacoli nel suo andamento o complicazioni che mettono in pericolo la vita della madre e del feto;
- **parto spontaneo** o naturale si ha quando il travaglio inizia e si espleta spontaneamente;
- **parto provocato**, o indotto si ha quando il travaglio viene provocato artificialmente nell’interesse della madre e del feto, con farmaci o mediante amnioressi;

- **parto strumentale operativo** è il parto che viene espletato per via vaginale mediante l'ausilio di strumenti quali ventosa, forcipe o mediante taglio cesareo;

b) in base all'epoca di sviluppo del feto:

- **parto a termine**, quando avviene tra la 37^{esima} settimana e la 42^{esima} settimana, oppure tra il 276^{esimo} giorno e il 294^{esimo};

- **parto prematuro**, quando avviene dopo il 181^{esimo} giorno e prima del 260^{esimo} giorno di gestazione;

- **parto post-termine**, quando avviene dalla 42^{esima} settimana e 1 giorno, ossia dal 295^{esimo} giorno in poi;

- **parto abortivo** è quello che avviene prima del 180^{esimo} giorno di amenorrea

(Vicario e coll., 2006a).

(2) “**Primipara** è una donna che ha partorito una sola volta uno o più feti in grado di sopravvivere. Una prima gravidanza portata al limite della sopravvivenza del feto conferisce, quindi, la primiparità alla donna. **Pluripara** (o multipara) è invece una donna che ha avuto due o più gravidanze portate al limite della sopravvivenza del feto. Ciò che determina la parità è il numero dei parti e non dei figli partoriti” (Vicario e coll., 2006b).

(3) L'attuale letteratura scientifica in campo ostetrico utilizza oggi il termine **gravidanza a basso rischio** anziché gravidanza fisiologica o normale in quanto una gravidanza può iniziare a basso rischio ma evolversi ad alto rischio

o diventare patologica. Tra i vari **fattori di rischio in gravidanza** indicati dall'OMS vi sono: precedenti morti endouterine fetali o neonatali, storie di tre o più aborti spontanei, età materna minore di 16 anni o maggiore di 40, gravidanze multiple, abuso di sostanze (Vicario e coll., 2006b).

(4) Per **età gestazionale** s'intende la durata della gravidanza calcolata a partire dal primo giorno dell'ultima mestruazione regolare. Il periodo è suddiviso in **trimestri di gravidanza** così ripartiti: il primo va dalla 1^a alla 14^{esima} settimana di gestazione; il secondo va dalla 15^{esima} alla 28^{esima} settimana; infine il terzo trimestre va dalla 29^{esima} alla 42^{esima} settimana (Vicario e coll., 2006b).

(5) Si distinguono diversi periodi o stadi relativi all'**evoluzione clinica del parto fisiologico** (vedi anche la tabella):

- il **periodo prodromico** corrisponde alla fase latente, ossia da 0 a 3 cm di dilatazione e avvenuta trasformazione del collo uterino. La sua durata media è di 5 ore nella pluripara mentre è di 8 ore nelle primipare.
- il **periodo dilatante** (1° stadio) corrisponde alla fase in cui si verificano i fenomeni dinamici a carico del segmento uterino inferiore e del collo, compresa la dilatazione della cervice. La fase inizia quando le contrazioni sono sufficientemente intense da determinare queste modificazioni e termina con la dilatazione completa della bocca uterina. Per quanto riguarda la **durata della fase dilatante** varia a seconda se la donna è nullipara, circa 4-5 ore, o se pluripara, circa 2 ore. Pertanto si considera un parto naturale quando ha comportato una durata della fase dilatante

inferiore alle 5 ore, borderline quando la fase dilatante è durata tra le 5 e le 8 ore in quanto significa che sono state necessarie delle manovre ostetriche, parto operativo quando la fase dilatante è stata superiore alle 8 ore perché è probabile che sia stato necessario una maggiore assistenza e medicalizzazione.

A dilatazione completa si verifica in genere la **rottura delle membrane** detta *tempestiva*; quando si individua una rottura precoce in presenza di contrazioni viene invece definita *intempestiva* e se avviene fuori travaglio di parto viene detta *prematura*. In generale si stima che il 10% presentano rottura prematura delle membrane (PROM), ma che il 65-80% di queste si collocano a termine di gravidanza; inoltre viene stimato che $\frac{1}{3}$ dei parti pretermine è dovuto alla rottura precoce delle membrane. Si può pertanto considerare che la rottura delle membrane precoci comporti una maggiore medicalizzazione del parto, anche se nei $\frac{2}{3}$ dei casi il travaglio di parto inizia spontaneamente entro le 24 ore; se questo non avviene, il parto viene indotto.

Il **liquido amniotico** fa parte degli annessi ovulari ed è composto per il 98-99% da acqua ed è contenuto nel sacco amniotico. Svolge diverse funzioni: fornisce un ambiente in cui il feto si possa muovere liberamente e in cui sia protetto da urti, mantiene il feto a temperatura costante e mantiene la pressione costante, impedisce che il funicolo venga compresso. In generale, è di colore lievemente giallastro (limpido). A volte, però, a causa di emissione di quantità maggiori di meconio da parte del feto, il liquido si presenta con un colore citrino o verde; in quest'ultimo

caso è necessario intervenire affinché l'espletamento del parto avvenga prima possibile.

Quando in un travaglio avviato spontaneamente, si vogliono intensificare le contrazioni oppure si desidera rilevare la colorazione del liquido amniotico, si effettua l'**amnioressi**, ovvero la rottura provocata delle membrane. Pertanto se viene eseguito quando la dilatazione è maggiore ai 3 cm vuol dire che si tratta di scopo terapeutico, mentre se viene eseguita prima è per scopi diagnostici.

Un altro intervento che può essere eseguito durante la fase dilatante è l'**amnioinfusione** che consiste nella somministrazione di soluzione fisiologica a temperatura ambiente all'interno del sacco amniotico. Essa viene effettuata durante il travaglio di parto quando il liquido amniotico ha colore verde/meconio oppure in presenza di decelerazioni variabili nel battito cardiaco fetale.

L'**ossitocina** è un ormone proteico che svolge diverse funzioni: stimolare le miocellule della mammella provocando l'eiezione del latte, stimolare la sintesi delle prostoglandine e avviare il travaglio di parto spontaneamente. Rispetto a quest'ultima funzione, viene spesso utilizzato l'ormone sintetico somministrato per via endovenosa nella maggior parte dei casi. Comunque esso comporta dei rischi: può determinare ipossia nel feto e sovradistensione o rottura uterina nella madre, soprattutto se pluripara. Pertanto si distingue se la somministrazione viene fatta quando la dilatazione ha già raggiunto e superato i 3 cm, questo caso per indurre il

travaglio di parto, o se avviene prima dei 3 cm nel caso di distocie dinamiche.

Il termine **induzione di parto** si riferisce a tutti quegli interventi medici, chirurgici, farmacologici finalizzati a far partire e a mantenere il travaglio di parto. Uno dei motivi per cui si induce il parto è quello di aver superato l'età gestazionale di 42 settimane in modo da poter ridurre la possibilità di morte perinatale e i tagli cesarei (TC). Altre motivazioni che possono portare alla decisione di indurre il parto riguardano o il benessere del feto, quando si ritiene che esso non trae più beneficio dalla vita uterina, o quello materno per esempio nei casi di ipertensione, gestosi, diabete, e via dicendo. L'induzione farmacologica avviene con la somministrazione di **prostoglandine** (PGE) e di ossitocina. Le prime consentono la maturazione cervicale (ovvero il processo di modificazione biochimica del collo uterino) e, successivamente l'insorgenza del travaglio e la comparsa di contrazioni regolari. I rischi connessi a loro impiego sono simili a quelli dell'ossitocina: iperstimolazione con conseguente tracciato cardiotocografico non rassicurante. L'**ossitocina** è un altro farmaco che può essere usato per indurre il parto o per potenziare un travaglio di parto già indotto con le PGE. Se l'induzione ha avuto successo e il travaglio di parto si è avviato, si può praticare l'amnioressi per accelerare, come abbiamo visto, la progressione della testa del feto. L'**amnioressi** viene utilizzata anche come metodo di induzione chirurgica, associata spesso all'uso dell'ossitocina e di prostoglandine.

- il **periodo espulsivo** (2° stadio) inizia quando la partoriente è a dilatazione completa e avverte un “desiderio di evacuare” (premito). Le contrazioni diventano molto ravvicinate, intense e prolungate; il feto scende progressivamente nel canale del parto raggiungendo il piano perineale, segue poi l’espulsione della testa, delle spalle, del tronco e del resto del corpo del feto insieme al liquido amniotico rimasto. Nella nullipara la ***durata del periodo espulsivo*** dura da 30 minuti a 1 ora e 30 minuti circa, nella pluripara da 15 a 30 minuti.

A seconda di come è andato il travaglio di parto, si hanno differenti tipo di parto, più o meno spontanei/naturali piuttosto che operativi. Per esempio, un travaglio lungo e faticoso riduce la forza da parte della madre a tal punto che è necessario intervenire con la ***ventosa ostetrica*** (VO) e/o con la ***manovra di Kristeller*** (KR) se non, addirittura, con il ***taglio cesareo*** (TC). Questi tre casi rendono il parto altamente operativo e si possono avere delle complicazioni materne, come ad esempio lacerazioni del collo uterino, e fetali, come una sofferenza secondaria ai disturbi dell’irrorazione placentare. Per quanto riguarda il taglio cesareo (TC) dobbiamo distinguere tra quello *elettivo*, che viene eseguito come intervento di elezione al di fuori del travaglio di parto, quello *programmato*, che viene eseguito durante il travaglio di parto ma che era già stato previsto, e quello *d’urgenza*, che viene eseguito a causa di condizioni, improvvise e non previste, di sofferenza fetale. Rispetto ad un passato c’è stato sicuramente un miglioramento delle tecniche chirurgiche e di quelle relative all’anestesia, uno dei motivi per cui si è verificato un incremento dei tagli

cesarei che dall'11.2% del 1980 è arrivato al 29.9% nel 1999-2000 (ISTAT). Ricordiamo che l'OMS indica come soglia più appropriata per garantire il massimo beneficio complessivo per la madre e per il feto il 10-15% (Chalmers, 1992).

Durante i parti spontanei avviene spesso la **lacerazione** dei tessuti perineale e vulvari. In base alla loro estensione le lacerazioni perineale vengono classificate di *I grado*, quando è interessata solo la mucosa vulvo-vaginale e la cute perineale, di *II grado*, quando sono interessati anche i muscoli e le fasce del perineo, ma non i muscoli dell'ano, di *III grado*, quando è interessato anche lo sfintere dell'ano, ma non la mucosa ano-rettale, di *IV grado*, quando è interessata anche la muscosa del tratto ano-rettale. In alcuni casi si pratica l'**episiotomia** per prevenire delle lacerazioni molto estese. Si tratta di un'incisione chirurgica che viene eseguita a livello del perineo per ampliare l'introito vaginale allo scopo di favorire il disimpegno della parte presentata, di abbreviare il periodo espulsivo, di evitare lacerazioni incontrollate e di rendere agevoli interventi ostetrici vaginali. Si dice di tipo *medio-laterale* se il perineo viene inciso con un'angolazione di 45°, *mediana* se viene eseguita lungo la linea mediana in direzione dello sfintere anale.

il **periodo di secondamento** (3° stadio) è il periodo in cui si verificano il distacco e l'espulsione della placenta e delle membrane amniocoriali. Viene definito *naturale* o spontaneo se avviene in modo autonomo, *artificiale* se avviene attraverso un intervento manuale o strumentale. Di solito la ***durata della fase di secondamento*** è di 30 minuti; a volte, a

causa di un mancato distacco della placenta, la durata può essere maggiore.

Nel secondamento la **perdita ematica** è di circa 300 ml, ma è considerata normale sino a 500 ml. Nelle donne pluripare e in quelle gemellari la perdita è maggiore.

La **revisione della cavità uterina** (RCU) viene attuata nei casi in cui si sospetta la ritenzione dei residui placentari. Di solito accompagna un quadro di perdite ematiche anormali per quantità e durata.

- il **periodo del puerperio** è quel periodo che segue subito dopo il periodo del secondamento e che termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica. Per convenzione si intendono in genere le sei settimane dopo il parto. A volte vi possono essere delle **complicanze** come ad esempio l'*ipertermia* che riguarda un'elevazione termica superiore a 38°C. Un intervento che viene considerato di forte impatto sia da un punto di vista fisiologico che emozionale è l'**isterectomia**, ovvero la rimozione dell'utero spesso associata all'asportazione degli annessi.

Per quanto riguarda gli indici di benessere relativi al **neonato** abbiamo:

- l'**indice Apgar** che permette di assegnare un giudizio sulle condizioni di vitalità del neonato basandosi su cinque parametri: frequenza cardiaca (b/min), attività respiratoria, tono muscolare, attivabilità dei riflessi, colorito della pelle. Per ciascuno di essi viene attribuito un punteggio da 0 a 2; il totale si ottiene sommando i vari punteggi. La valutazione viene fatta a 1 minuto e a 5 minuti dalla nascita. Un neonato è considerato in buone condizioni quando l'indice Apgar è uguale o superiore a 7 (il risultato

migliore corrisponde a 10), condizioni moderate quando ha un punteggio compreso tra 4 e 6, gravi condizioni con punteggio da 0 a 3.

- il **pH** è l'indice relativo all'equilibrio acido-base, che permette una visione dello stato biochimico del neonato e che viene misurato attraverso un prelievo di sangue dall'arteria ombelicale al momento della nascita. Di solito un neonato sano ha un pH superiore a 7.20. Si parla di acidosi metabolica quando il pH ha punteggi inferiori a 7. E' di solito indici associato a bambini depressi o con peso inferiore ai 2500 gr.

(Vicario e coll., 2006a).

(6) Il *partogramma* è uno strumento di registrazione per la documentazione della storia del travaglio di parto. In esso sono raccolti i dati personali della donna e quelli relativi all'andamento del travaglio di parto (Vicario e coll., 2006c).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Acciaro, M. (1985). *Gravidanza senza maternità*. Armando, Roma.
- Agostini, F., Favoni Miccoli, A., Benassi, M. (2002). L'E.P.D.S. a 3, 9 e 18 mesi dopo il parto. *IV Congresso Nazionale di Psicologia Clinica, Belluria-Rimini, 13-14 settembre 2002*.
- Ainsworth, M.D.S. (1985). Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61: 771-791.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., Stayton, D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards, M.P.M. (a cura di). *The integration of a child into a social world*. Cambridge University Press, London.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Erlbaum, Hillsdale.
- Ammaniti, M. (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Raffaello Cortina, Milano.
- Ammaniti, M., Cimino, S., Trentini, C. (2007). *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

- Armstrong, D., Hulti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of obstetric, gynaecologic and neonatal nursing*, 27: 183-189.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Ryan, D.P. (1986). Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45: 207-215.
- Baldaro Verde, J. (1987). *Avere un figlio o essere genitori?* Franco Angeli, Milano.
- Barnet, B., Joffe, A., Duggan, A.K., Wilson, M.D., Repke, J.T. (1996). Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine*, 150(1): 64-69.
- Beebe, B., Lachmann, F. (1992). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of Self- and Object representations. In: Skolnick, N.J., Warshaw, S.C. (a cura di). *Relational Perspectives in Psychoanalysis*. The Analytic Press, Hillsdale, N.J.
- Benedek, T. (1952). The psychosomatic implications of the primary unit: mother-child. *American Journal Orthopsychiatry*, 19: 642-654.
- Benedek, T. (1956). Psychobiological aspect of mothering. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26: 272-280.
- Benedek, T. (1960). L'organizzazione della funzione riproduttiva. In: Baruffi L. (a cura di). *Desiderio di maternità*. Boringhieri, Torino, 1979.

- Berkman, L., Syme, S. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186-203.
- Berkman, L.F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3): 245-254.
- Bernal, J., Richards, M.P.M. (1970). The effect of bottle- and breastfeeding on infant development. *Journal of Psychosomatic Research*, 14: 247-252.
- Berryman, J.C., Windridge, K.C. (1996). Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14: 133-143.
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The psychoanalytic Study of the Child*, 14: 113-121.
- Bibring, G.L. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The psychoanalytic Study of the Child*, 16: 9-13.
- Bion, W. (1962a). *Learning from experience*. Heinemann, London. Trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972.
- Bion, W. (1962b). *Una teoria del pensiero*. Trad. it.: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970.
- Blazer, D. (1982). Social support and mortality in an elderly community Population. *American Journal of Epidemiology* 115: 684–694.
- Bloom, K.C. (1995). The development of attachment behaviours in pregnant adolescents. *Nursing Research*, 14: 133-143.

- Bloom, K.C. (1997). Perceived relationship with the father of the baby and maternal attachment in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynaecology and Neonatal Nursing*, 27: 420-430.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. Basic Books New York. Trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Bollati Boringhieri, Torino, 1972.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. 2: Separation*. Basic Books, New York. Trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Bollati Boringhieri, Torino, 1975.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. 3: Loss*. Basic Books, New York. Trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Bollati Boringhieri, Torino, 1983.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*. Basic Books, New York. Trad. it.: *Una base sicura*, Cortina, Milano, 1989.
- Boyce, P., Stubbs, J., Todd, A. (1993). The Edinburgh Postnatal Depression Scale validation for an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21: 245-255.
- Breen, D. (1992). Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale. In: Ammaniti, M. (a cura di). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the

- factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41: 551-559.
- Broom, B.L. (1994). Impact of marital quality and psychological well-being on parental sensitivity. *Nursing Research*, 43: 138-143.
- Bucci, F., Solano, L., Donati, V., San Martini, P. (2005). Regolazione affettiva e salute in gravidanza e nel puerperio: effetti di un intervento di scrittura in 39 gestanti primipare. *Infanzia e Adolescenza*, 4(2): 114-128.
- Bydlowski, M. (2000). *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Edizioni QuattroVenti, Urbino.
- Bydlowski, M. (2004). *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Edizioni Pendragon, Bologna.
- Byrne, C.P., Velamoor, V.R., Cernovsky, Z.Z., Cortese, L., Losztyn, S. (1990). A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35: 590-595.
- Caccia, N., Johnson, J.M., Robinson, G.E., Barna, T. (1991). Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 165: 1122-1125.
- Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1991) Considerazioni su bambino immaginario e bambino ecografico in gravidanza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 58: 261-271.
- Cannella, B.L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1): 60-68.

- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. Behavioral Publications, New York.
- Caretti, V., La Barbera, D. (2005). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104: 107-123.
- Cattell, R.B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2): 245-276.
- Chalmers, B. (1992). Appropriate technology for birth revisited. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 79: 709-710.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5): 300-313.
- Collins, N.L. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postnatal depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65: 1243-1258.
- Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Developments of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66: 167-183.
- Condon, J.T., Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Journal of Medical Psychology*, 70: 359-372.
- Condon, J.T., Dunn, D.J. (1988). Nature and determinants of parent to infant attachment in the early postnatal period. *Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry*, 28: 293-299.

- Condon, J.T., Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: a comparison of first- and second-time expectant couples. *British Journal of Medical Psychology*, 63: 369-377.
- Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30(5): 281-284.
- Cranley, M.S. (1984). Social support as a factor in the development of parents attachment to their unborn. *Birth Defects: Original Article Series*, 30: 99-124.
- Curry, M.A. (1987). Maternal behaviour of hospitalised pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 7: 165-182.
- D'Alessio, M. (1988). *Psicologia neonatale*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- D'Alessio, M., Fiandaca, G. (1990). La costruzione dell'interazione nell'allattamento. In: D'Alessio M. (a cura di). *Psicologia neonatale. Lo sviluppo infantile nei primi mesi di vita*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Dabrassi, F. (2007). Allattamento e relazionalità. In: Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (a cura di). *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Piccin, Padova.
- Dabrassi, F., Della Vedova, A.M., Imbasciati, A. (2007). A quali donne sono diretti i corsi di accompagnamento alla nascita? Esperienza dell'Ulss20 di Verona. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, inserto BEN Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 20(10), on-line www.epicentro.iss.it/ben, ottobre.

- Dabrassi, F., Della Vedova, A.M., Imbasciati, A. (in progress). Il supporto sociale della maternità: analisi esploratoria in un campione di donne italiane.
- Dabrassi, F., Imbasciati, A. (2007). Attaccamento neonatale. In: Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (a cura di). *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Piccin, Padova.
- De Casper, A.J., Fifer, W.P. (1980). Of human bonding: newborns prefer their mother's voice. *Science*, 208: 1174.
- Della Vedova, A.M. (1999). La vita psichica prenatale: breve rassegna sullo sviluppo psichico del bambino prima della nascita. *Psychomedia*, www.psychomedia.it/pm/lifecycle/perindx1.htm
- Della Vedova, A.M. (2005). The construct of "parental-fetal attachment": a review on the current knowledge. *Imago*, 12(4): 341-359.
- Della Vedova, A.M. (2007). L'attaccamento prenatale. In: Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (a cura di). *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Piccin, Padova.
- Della Vedova, A.M., Dabrassi, F. (2006). Incontrare gli operatori della nascita: la presenza e l'ascolto... le donne raccontano. Poster presentato al convegno "Incontrare il paziente... incontrare sé. Viaggio attraverso i sensi in compagnia di uomini e donne di Arte e di Scienza".
- Della Vedova, A.M., Dabrassi, F., Ducceschi, B., Cena, L., Lojacono, A., Vitali, E., De Franceschi, L., Guana, M., Bianchi, U.A., Imbasciati, A. (2007).

L'approccio multidisciplinare alla nascita: parto e puerperio visti dalle donne. *Nascere*, 100: 13-16.

Della Vedova, A.M., Dabrassi, F., Imbasciati, A. (in print). Assessing prenatal attachment in an Italian women sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.

Della Vedova, A.M., Imbasciati, A. (1998). Alle origini della mente: lo studio della vita psichica. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 18(374): 155-168.

Della Vedova, A.M., Imbasciati, A. (2005). *Le origini della mente*. In Imbasciati, A., Margiotta, M. (a cura di). *Compendio di psicologia per operatori sociosanitari*. Piccin, Padova.

Della Vedova, A.M., Tomasoni, V., Imbasciati, A. (2006). Mother-Fetus Communicative Relationship: A Longitudinal Study on 58 Primiparae and their Children during the First 18 Months. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 20: 249-262.

Demyttenaere, K., Maes, A., Nijs, P., Odendaal, H.; Van Assche, F.A. (1995). Coping style and preterm labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 16: 109-115.

Deutsch, H. (1945). *Psicologia della donna adulta e madre. Studio psicoanalitico*. Vol. 2. Boringhieri, Torino, 1957.

Duddu, V., Isaac, M.K., Chaturvedi, S.K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 435-438.

- Dulude, D., Wright, J., Belanger, C. (2000). The effects of pregnancy complications on the parental adaptations process. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 18: 5-20.
- Fairbairn, W.R. (1954). *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Bollati Boringhieri, Torino, 1970.
- Faravelli, C., Panichi, C., Pallanti, S., Paterniti, S., Grecu, L.M., Rivelli, S. (1991). Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84: 6-8.
- Fava, G.A. (1982). *Versione italiana del CES-D per la valutazione degli stati depressivi*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Ferenczi, S. (1914). *Thalassa*. Astrolabio, 1965.
- Ferrari, A.G., Frigerio, L.G. (1998). *Ginecologia Urologia*. CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- Ferraro, F., Nunziante Cesaro, A. (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione*. Franco Angeli, Milano.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A. (1999). The primary triangle. Basic Books, New York. Trad. it.: *Il triangolo primario*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Fonagy, P., Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano.
- Fornari, F. (1981). *Il codice vivente*. Boringhieri, Torino.
- Foster, S.F., Slade, P., Wilson, K. (1996). Body image, maternal-fetal attachment and breast-feeding. *Journal of Psychosomatic Research*, 41: 181-184.

- Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. In: *Opere di Sigmund Freud*, vol. 4. Boringhieri, Torino, 1970.
- Freud, S. (1915). Trasformazioni pulsionali, particolarmente dell'erotismo anale. In: *Opere di Sigmund Freud*, vol. 8. Boringhieri, Torino, 1976.
- Freud, S. (1925). Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi. In: *Opere di Sigmund Freud*, vol. 10. Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1931). Sessualità femminile. In: *Opere di Sigmund Freud*, vol. 11. Boringhieri, Torino, 1979.
- Freud, S. (1932). La femminilità. In: *Opere di Sigmund Freud*, vol. 11. Boringhieri, Torino, 1979.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28: 180-190.
- Fuller, S., Moore, L., Lester, J. (1993). Influence of family functioning on maternal-fetal attachment. *Journal of Perinatology*, 13: 453-460.
- Gaffney, K.F. (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Journal of Perinatology*, 13: 453-460.
- Garcia, J., Bricker, L., Henderson, J., Martin, M., Mugford, M., Nielson, J., Roberts, T. (2002). Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. *Birth*, 29: 225-250.
- Gau, M.L., Lee, T.Y. (2003). Construct validity of the Prenatal Attachment Inventory: a confirmatory factor approach. *Journal of Nursing Research*, 11(3): 177-186.

- Goldstein, L.H, Diener, M.L., Mangelsdorf, S.C. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology*, 10: 60-71.
- Gomez-Beneyto, M., Pedròs, A., Tomàs, A., Aguilera, K., Leal, C. (1993). Psychometric properties of the Parental Bonding Instrument in a Spanish sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28: 252-255.
- Gottlieb, G. (1976). Conception of prenatal development: behavioral embryology. *Psychological Review*, 83: 215-234.
- Grabe, H.J., Spitzer, C., Freyberger, H.J. (2004). Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 161: 1299-1301.
- Grace, J.T. (1989). Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 38: 228-232.
- Guana, M., Bonfanti, C., Vaccari, E. (2006). Test e procedure diagnostiche di base e in ambito ostetrico-ginecologico. In: Guana, M., Cappadona, R., Di Paolo, A.M., Pellegrini, M.G., Piga, M.D., Vicario, M. (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. McGraw-Hill, Milano.
- Guana, M., Cappadona, R., Di Paolo, A.M., Pellegrini, M.G., Piga, M.D., Vicario, M. (2006). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. McGraw-Hill, Milano.
- Gunzelmann, T., Kupfer, J., Braehler, E. (2002). Alexithymia in the elderly general population. *Comprehensive Psychiatry*, 43: 74-80.

- Han, K.E. (2002). *The Relationship of Maternal Self-esteem and Maternal Sensitivity with Mother–Infant Attachment*. Unpublished Master's Thesis, Hanyang University, Seoul.
- Haviland, M.G., Shaw, D.G., MacMurray, J.P., Cummings, M.A. (1988). Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50: 81-87.
- Heidrich, S., Cranley, M. (1989). Effect of fetal movement, ultrasound scans and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 38: 81-84.
- Hendryx, M.S., Haviland, M.G., Shaw, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56: 227-237.
- Hofer, M.A. (1978). Hidden regulatory processes in early social relationship. In: Bateson, P.P.G., Klopfer, P.H. (a cura di). *Perspective in Ethology*. Vol. 3. Plenum Press, London.
- Hofer, M.A. (1981). *The roots of human behaviour*. Freeman, San Francisco.
- Hofer, M.A. (1983a). The mother-infant interaction as a regulator of infant physiology and behavior. In: Rosenblum, L., Moltz, H. (a cura di) *Symbiosis in Parent-Offspring Interactions*. Plenum, New York.
- Hofer, M.A. (1983b). On the relationship between attachment and separation processes in infancy. In: Plutchik, R., Kellermann, H. (a cura di). *Emotion: theory, research and experience*. Academic Press, New York.
- Hofer, M.A. (1984). Relationships as regulators: a psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic medicine*, 46: 183-197.

- Honjo, S., Arai, S., Kaneko, H., Ujiie T., Murase S., Sechiyama H., Sasaki Y., Hatagaki C., Inagaki E., Usui M., Miwa K., Ishihara M., Hashimoto O., Nomura K., Itakura A., Inoko K. (2003). Antenatal Depression and Maternal-Fetal Attachment. *Psychopathology*, 36: 304-311.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., and Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48: 99-104.
- House, J.S., Robbins, C., Metzner, H. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116: 123-140.
- Imbasciati, A. (1998). *Nascita e costruzione della mente*. UTET Libreria, Torino.
- Imbasciati, A. (2004). A theoretical support for Transgenerationality. *Psychoanalytic Psychology*, 21: 83-99.
- Imbasciati, A. (2006a). *Il sistema Protomentale. Psicoanalisi cognitiva*, 2006, LED Edizioni, Milano.
- Imbasciati, A. (2006b). *Constructing a Mind. A new basis for psychoanalytic theory*, Brunner-Routledge, London.
- Imbasciati, A. (2007a). Le origini della mente. In: Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (2007). *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Piccin, Padova.
- Imbasciati, A. (2007b). Fantasmatica dell'allattamento e comunicazione. In: Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (a cura di). *Psicologia clinica*

perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi).

Piccin, Padova.

Imbasciati, A. (2008). *La mente medica e le altre (sue?) professioni.* Springer Verlag-Italia, Milano.

Imbasciati, A., Cena, L. (2007). *Psicosomatica della gravidanza e del parto.* In: Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (a cura di). *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi).* Piccin, Padova.

Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (2007). *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi).* Piccin, Padova.

Imbasciati, A., Margiotta, M. (2005). *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari.* Piccin, Padova.

James, W. (1890). *The principles of psychology.* Praeger, New York. Trad. it.: *Principi di psicologia.* Società Editrice Libreria, Milano, 1901.

Jodelet, D., Ohana, J. (1996). *Rappresentazioni sociali dell'allattamento materno: una pratica sanitaria fra natura e cultura.* In: Petrillo, G. (a cura di). *Psicologia sociale della salute.* Liguori, Napoli.

Kaiser, H.F. (1958). *The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis.* *Psychometrika*, 23: 187-200.

Kate, V.H., Page, C.K. (1986) *Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancy.* *Journal of obstetric and gynaecologic and neonatal nursing*, 16: 179-184.

Kennell, J., Klaus, J.H. (1976). *Maternal-infant bonding.* Mosby, St. Louis, MO.

- Kennell, J., Klaus, M.H. (1984). Mother-infant bonding: Weighing the evidence. *Developmental Review*, 4: 275-282.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M. (1993). Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics*, 34: 41-52.
- Kivijarvi, M., Raiha, H., Virtanen, S., Lertola, K., Piha, J. (2004). Maternal sensitivity behavior and infant crying, fussing and contented behavior: the effects of mother's experienced social support. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(3): 239-246.
- Kokkonen, P., Karvonen, J.T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M.R., Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6): 471-476.
- Koniac-Griffin, D., Lominska, S., Brecht, M.L. (1993). Social support during adolescent pregnancy: a comparison of three ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 16: 43-56.
- Kristal, H., Giller, E.L., Cicchetti, D.V. (1986). Assessment of alexithymia in post-traumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosomatic medicine*, 48: 84-94.
- Kuzela, A.L., Stifter, C.A., Worobey, J. (1990). Breastfeeding and mother-infant interactions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8: 185-194.
- Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P., Corcos, M. (2006). Alexithymia in infertile woman. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 27(1): 23-30.

- Lane, R.D., Sechrest, L., Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39: 377-385.
- Lavelli, M., Poli, M. (1998). Early mother-infant interaction during breast- and bottlefeeding. *Infant Behavior e Development*, 21: 667-684.
- Laxton-Kane, M., Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4): 253- 267.
- Le, H.N., Ramos, M.A., Muñoz, R.F. (2007). The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research*, 62: 215-222.
- Lebovici, S. (1983). *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*. Borla, Roma, 1988.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetics Psychology and Monographs*, 95: 55-96.
- Lester, E.P., Notman, M.T. (1986). Pregnancy, developmental crisis, and object relations: psychoanalytic considerations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 67: 3.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24: 203-217.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24: 203-217.
- Lipsanen, T., Saarijärvi, S., Lauerma, H. (2004). Exploring the Relations between Depression, Somatization, Dissociation and Alexithymia -

Overlapping or Independent Constructs? *Psychopathology*, 37(4): 200-206.

Lumley, J.M. (1982). Attitudes to the foetus among the primigravidae. *Australian Pediatric Journal*, 18: 106-109.

Mackinnon, A.J., Henderson, A.S., Adrews, G. (1993). Parental "affectionless control" as an antecedent to adult depression: a risk factor refined. *Psychological Medicine*, 23: 135-141.

Maestriperi D. (2001a). Biological bases of maternal attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 10: 79-83.

Maestriperi D. (2001b). Is there mother-infant bonding in primates? *Developmental Review*, 21: 93-120.

Maggioni, C. (2004). Fattori psicologici di rischio e patologie ostetriche. In: Benedetto, C., Massobrio, M. (a cura di). *Psicosomatica in Ginecologia e Ostetricia. Una medicina a misura di donna - la salute, il corpo e le emozioni*. CIC Edizioni Internazionali, Roma.

Maggioni, C., Mimoun, S. (2003). Ostetricia e psicosomatica. In: Mimoun, S., Maggioni, C. (a cura di). *Trattato di ginecologia ostetricia psicosomatica*. Franco Angeli, Milano.

Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Boringhieri, Torino, 1978.

Manfredi, P., Imbasciati, A. (2004). Il feto ci ascolta...e impara. Borla, Roma.

Mann, E.C. (1956). Psychiatric investigation of abitudinal abortion, preliminary report. *Obstetrician Gynaecology*, 7: 589.

- Mann, E.C. (1957). The role of emotional determinants in habitual abortion. *Surgical Clinics of North America*, 37: 447-458.
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Payot, Paris.
- Marty, P., de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 27: 1345-1356.
- Mercer, R.T., Ferketich, L.S. (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 15: 268-280.
- Mercer, R.T., Ferketich, L.S., May, K., De Joseph, J., Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing and Health*, 11: 83-95.
- Mikhail, M.S., Youchach, J., DeVore, N., Ho, G.Y., Anayaegbunam, A. (1995). Decreased maternal-fetal attachment in methadone-maintained pregnant women: Preliminary study. *Journal of Association for Academic Minority Physicians*, 6(3): 112-114.
- Mikulincer, M., Florian, V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies and mental health during pregnancy – the contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18: 225-276.
- Monk, C., Fifer, W., Myers, M.M., Sloan, R.P., Trien, L., Hurtado, A. (2000). Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate. *Developmental Psychobiology*, 36: 67-77.
- Monk, C., Fifer, W.P., Sloan, R.P., Myers, M.M (1999). Fetal heart rate is influenced by maternal stress and anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 61(1): 96.

- Montebarocci, O., Codispoti, O., Baldaro, B. and Rossi, N. (2004) Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36(3): 499-507.
- Monti, F., Agostini, F. (2006). *La depressione post-partum*. Carocci, Roma.
- Monti, F., Fagandini, P., Agostini, F., Vettori, D., La Sala, G.B. (2006). La complessità della nascita: genitorialità e modalità del parto. In: La Sala, G.B., Iori, V., Monti, F., Fagandini, P. (a cura di). *La "normale" complessità del venire al mondo*. Edizioni Guerini, Milano.
- Mosack, V., Schore, E.R. (2006). Screening for depression among pregnant and postpartum women. *Journal of Community Health Nursing*, 23(1): 37-47.
- Mueller, J., Buehner, M., Ellgring, H. (2003). Relationship and differential validity of Alexithymia and depression: a comparison of the Toronto Alexithymia and Self-Rating depression scales. *Psychopathology*, 36: 71-77.
- Müller, M.E. (1990). The development and testing of the Müller Prenatal Attachment Inventory (Doctoral Dissertation, University of California, San Francisco. 1989). *Dissertation Abstract International*, 50: 3404B.
- Müller, M.E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2): 199-215.
- Müller, M.E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 25: 161-166.
- Murray, L., Cooper, P. (1999). *Depression del post-partum e sviluppo del bambino*. CIC, Edizioni Internazionali, Roma.

- Myers, R.E. (1979). Maternal anxiety and foetal death. In: Zichella, L., Pancheri, P. (a cura di). *Psychoneuroendocrinology in Reproduction*. Elsevier, Amsterdam.
- Negri, R. (2000). Sensorialità e vita prenatale. In: Righetti, P.L., Sette, L. (a cura di). *Non c'è due senza tre*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Nemiah, J.C., Sifneos, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill, O.W. (a cura di). *Modern trends in psychosomatic medicine*. Butterworths, London.
- Newton, T.L., Contrada, R.J. (1994). Alexithymia and repression: contrasting emotion-focused coping style. *Psychosomatic medicine*, 56: 457-462.
- Norbeck, J.S., DeJoseph, J.F., Smith, R.T. (1996). A randomized trial of an empirically derived social support intervention to prevent low birthweight among African American women. *Social Science Medicine*, 43: 947-954.
- Norwood, S.L. (1996). The social support Apgar: instrument development and testing. *Research in Nursing and Health*, 19: 143-152.
- Nuckolls, K.B., Cassel, J., Kaplan, B.H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 95: 431-441.
- Nunnally, J.C., Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. McGraw Hill, New York.
- Palacio Espasa, F. (1991). Fantasie dei genitori e psicopatologia del bambino. In *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile. Borla, Roma.

- Pancheri, P. (1984). *Trattato di medicina psicosomatica*. USES Edizioni Scientifiche, Firenze.
- Panthuraamphorn, C., Dookchitra, D., Sanmaneechai, M., (1998). Environmental influences on human brain growth and development. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 12: 163–174.
- Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134: 138-147.
- Parker, G. (1982). Parental representational and affective symptoms, examination for an hereditary link. *British Journal of Medical Psychology*, 55: 57-61.
- Parker, G. (1983a). Parental affectionless control as an antecedent to adult depression. *Archives of General Psychiatry*, 40: 956-960.
- Parker, G. (1983b). *Parental overprotection: a risk factor in psychosocial development*. Grune & Stratton, New York.
- Parker, G., Fairley, M., Greenwood, J., Jurd, S., Silove, D. (1982). Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 141: 573-581.
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D. (1992). Parental representations of melancholic and non melancholic depressives: examining for specificity to depressive type and for evidence of additive effects. *Psychological Medicine*, 22: 657-665.
- Parker, G., Johnston, P., Hayward, L. (1988). Parental “expressed emotion” as a predictor of schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 45: 806-813.

- Parker, G., Tulping, H., Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52: 1-10.
- Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S., Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7: 221-232.
- Pascoe. J.M., Kototailo, P.K., Broekhuizen, F.F. (1995). Correlates of multigravida women's binge drinking during pregnancy. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 149: 1325-1329.
- Pasini, W. (1975). *Sessualità e ginecologia psicosomatica*. Piccin, Padova.
- Pennebaker, J.W. (2001). Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per la salute. In: Solano, L. (a cura di). *Tra mente e corpo*. Raffaello Cortina, Milano.
- Pennebaker, J.W., Beall, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95: 274-281.
- Perry, S.E. (1983). Parents' perceptions of their new-born following structured interactions. *Nursing Research*, 32: 285-289.
- Piaget, J. (1923). *Le langage et la pensée chez l'enfant*. Neuchâtel-Paris: Delachaux et Niestlé. Trad. it.: *Il linguaggio e il pensiero nel fanciullo*. Giunti-Barbèra, Firenze, 1962.
- Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Trad. it.: *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*. Giunti-Barbèra, Firenze, 1968.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45: 333-343.

- Pines, D. (1980). Skin Communication: Early Skin Disorders and their Effect on transference and counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*. 61: 315-323
- Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psycho-Analysis*, 63: 311-319.
- Pines, D. (1988). Adolescent pregnancy and motherhood: psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Inquire*, 8: 234-251.
- Piontelli, A. (1992). *From fetus to child*. The New Library of Psychoanalysis, London.
- Piscicelli, U. (1979). *Psicosomatica ginecologica*. Piccin, Padova.
- Pollock, P.H., Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fatal abuse. *Child abuse and Neglect*, 23: 1345-1357.
- Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G.J. (1996). A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 41: 569-573.
- Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., Centoze, S., Taylor, G.J. (1995). Alexithymia in inflammatory bowel disease. A case-control study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64: 49-53.
- Previc, F.H. (1991). A general theory concerning the prenatal origins of cerebral lateralization in humans. *Psychological Review*, 98(3): 299-334.
- Prezza, M., Principato, C. (2002). La rete sociale e il sostegno sociale. In: Prezza, M., Santinello, M. (a cura di). *Conoscere la comunità*. Il Mulino, Bologna.

- Prezza, M., Sgarro, M. (1992). Stress-buffering factors related to adolescents coping: a path analysis. *Adolescence*, 34: 715-736.
- Priel, B., Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: dependency, self-criticism and the moderation role of ante-natal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18: 240-253.
- Quinlivan, J.A, Evans, S.F. (2005). Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of the best clinical practice. *Archives of Womens Mental Health*, 8: 191-199.
- Rank, O. (1924). *Das Trauma der Geburt Psychosozial*. GieBen.
- Raphael-Leff, J. (1980). Psychotherapy with pregnant women. In: Blum, B.L. (a cura di). *Psychological Aspects of pregnancy, birthing, and bonding*. Human Sciences Press, New York.
- Raphael-Leff, J. (1986). Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood. *British Journal of Medical Psychology*, 59: 43-55.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. Chapman e Hall, London.
- Raphael-Leff; J. (1983). Facilitators and regulators: two approaches to mothering. *British Journal of Medical Psychology*, 56: 379-390.
- Raphael-Leff; J. (1985). Facilitators and regulators; participators and renounces: mothers' and fathers' orientations towards pregnancy and

parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4: 169-184.

Regalia, A., Bestetti, G. (2006). Dolore fisiologico, dolore patologico, dolore iatrogeno: qualità del dolore ed esperienza delle donne. In: La Sala, G.B., Iori, V., Monti, F., Fagandini, P. (a cura di). *La "normale" complessità del venire al mondo*. Edizioni Guerini, Milano.

Righetti, P.L. (2007). Sull'inizio della vita psichica: la psicologia prenatale. In: Imbasciati, A., Dabrassi, F., Cena, L. (a cura di). *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Piccin, Padova.

Righetti, P.L., Dell'Avanzo, M.; Grigio, M., Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96: 129-137.

Righetti, P.L., Sette, L. (2000). *Non c'è due senza tre*. Boringhieri, Torino.

Riva Crugnola, C. (1987). La gravidanza ponte fra noto e ignoto. In: Scaparro, F. (a cura di). *Volere la luna*. Unicopli, Milano.

Rizzardi, M., Codispoti, M. (1994). *Stile di repressore, alessitimia e percezione fisiognomica*. VI Congresso Nazionale di Psicometria, Bologna.

Rodriguez-Vega, B., Byon, C., Franco, B., Canas, F., Graell, M., Salvador, M. (1993). Parental rearing and intimate relations in women's depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88: 193-197.

Rustico, M.A., Mastromatteo, C., Grigio, M., Maggioni, C., Gregor, D., Nicolini, U. (2005). Two-dimensional vs. Two-plus four-dimensional ultrasound in

pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound in Obstetric and Gynaecology*, 25(5): 468-472.

Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *The Journal of the American Medical Association*, 289(13): 1701.

Salk, L. (1960). The effects of the normal heartbeat sound on the behaviour of the new-born infant. *Implication for Mental Health*, 12: 168-175.

Sameroff, A.J., Emde, R.N. (1989). Relationships Disturbances in Early Children. A Developmental Approach. Basic Books, New York. Trad. it.: *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Boringhieri, Torino, 1991.

Sander, L. (1980). Investigation of the infant and its caregiving environment as a biological system. In: Greenspan, S.I., Pollock, G. (a cura di). *The Course of Life*, Vol.1. infancy Madison. International Universities Press, Connecticut.

Sander, L. (1983). To begin with-reflections on outogeny. In: Lichtenberg, J.D., Kaplan, S. (a cura di). *Reflections on Self Psychology*. The Analytic Press, New York.

Scinto, A., Marinangeli, M.G., Kalyvoka, A., Daneluzzo, E., Rossi, A. (1999). Utilizzazione della versione italiana del Parental Bonding Instrument (PBI) in un campione clinico ed in un campione di studenti: uno studio di analisi fattoriale esplorativa e confermatrice. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 8: 276-283.

- Siddiqui, A., Hagglof, B., Eisemann, M. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(4): 369-380.
- Siddiqui, A., Hagglof, B., Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18: 67-74.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of Alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22: 255-262.
- Sifneos, P. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specializations, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11: 287-292.
- Sjöström, K., Valentin, L., Thelin, T., Marsal, K. (2002). Maternal anxiety in late pregnancy: effect on fetal movements and fetal heart rate. *Early Human Development*, 67: 87-100.
- Slade, A., Grunebaum, L., Haganir, L., Reeves, M. (1986). The pregnancy interview. Dattiloscritto non pubblicato, The City College of New York.
- Smilkstein, G., Helsper-Lucas, A., Ashworth, C., Montano, D, Pagel, M. (1984). Prediction of pregnancy complications: an application of the biopsychosocial model. *Social Science and Medicine*, 18: 315-321.
- Solano, L. (2001). *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Raffaello Cortina, Milano.
- Solano, L. (2005). Psicoanalisi e ricerca empirica nell'ambito della salute. *Rivista di psicoanalisi*, 3: 695-718.

- Solano, L., Donati, V., Pecci, F., Persichetti, S., Colaci, A. (2003). Postoperative course after papilloma resection: effect of written disclosure of the experience in subjects with different alexithymia levels. *Psychosomatic Medicine*, 65: 477-484.
- Sontag, L.W. (1965). Implication of fetal behavior and environment for adult personalities. *Annals of New York Academy of Sciences*, 134(2): 782.
- Soulé, M. (1982). L'enfant dans la tete, l'enfant imaginaire. In: Brazelton, T.B., Kreisler, L., Shäppi, R., Soulé, M. (a cura di). *La dynamique du nourisson*. ESF, Paris.
- Soulé, M. (1990). La madre che lavora sufficientemente a maglia. Apologia del lavoro a maglia – il suo ruolo nella capacità fantastica della madre. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 57: 749-753.
- Stern, D.N. (1974). L'uso dello sguardo, della voce, e delle espressioni facciali nell'interazione diadica tra madre e bambino che giocano. In: Stern, D.N. (a cura di). *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- Stern, D.N. (1977). *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Armando, Roma, 1982.
- Stern, D.N. (1988). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York. Trad. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern, D.N. (1995). The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy. Basic Books, New York. Trad. it.: *La costellazione materna*. Bollati Boringhieri, Torino, 1997.

- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Tempfer, H., Froelich, H., Seidl, A. (1979). Psychosomatic disorder in patients with different forms of weight change in early pregnancy. In: Carenza, L., Zichella, L. (a cura di). *Emotion and reproduction*. Academic Press, London.
- Teti, D.M., Gelfand, D.M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child development*, 62: 918-929.
- Tibblin, G., Svardsudd, K., Welin, L., Larsson, B. (1986). *The theory of general susceptibility. Social Support-Health and Disease*. SO Isaccson
- Torresani, S., Favaretto, E., Zimmermann, C. (2000). Parental representations in drug-dependent patients and their parents. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2): 123-129.
- Tronick, E.Z. (1999). Le madri depresse e i loro bambini: l'insuccesso nella formazione degli stati di coscienza diadici. In Murray, L., Cooper, P. (a cura di). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- Valoriani, V., Benvenuti, P., Pazzagli, A. (2006). L'esperienza soggettiva della maternità: un'analisi qualitativa. In: La Sala, G.B., Iori, V., Monti, F., Fagandini, P. (a cura di). *La "normale" complessità del venire al mondo*. Edizioni Guerini, Milano.

- Van der Vijver, F., Leung, K. (1997). *Method and Data Analysis for Cross-Cultural Research*. SAGE Publications, London.
- Vanderveken, S. (1991). *L'alexithymie reconsidérée. Théorie et recherches*. Licencié en Psychologie Université Catholique de Louvain.
- Vaughn, B.E., Bradley, C.F., Joffe, L.S., Braglow, P. (1987). Maternal characteristics measured prenatally are predictive of ratings of temperamental "difficulty" of the Carey Infant Temperament Questionnaire. *Developmental Psychology*, 32: 152-161.
- Vegetti Finzi, S. (2007). Il corpo femminile e dolore (parte seconda). *Nascere*, 100: 22-34.
- Verissimo, R., Mota-Cardoso, R., Taylor, G.J. (1998). Relationship between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67: 75-80.
- Vicario, M., Di Paolo, A.M., Guana, M., Cinotti, A., Faden, D., Zatti, S. (2006a). Gravidanza, parto e puerperio: dimensione biologica. In: Guana, M., Cappadona, R., Di Paolo, A.M., Pellegrini, M.G., Piga, M.D., Vicario, M. (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. McGraw-Hill, Milano.
- Vicario, M., Di Paolo, A.M., Napolitano, M., Guana, M., Carfagna, M., Lojacono, A., Boschetti, D. (2006c). L'assistenza e la sorveglianza nel travaglio di parto a basso rischio. In: Guana, M., Cappadona, R., Di Paolo, A.M., Pellegrini, M.G., Piga, M.D., Vicario, M. (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. McGraw-Hill, Milano.

- Vicario, M., Di Paolo, A.M., Oro, R., Guana, M., Lojacono, A. (2006b). La gestione clinica della gravidanza a basso rischio. In: Guana, M., Cappadona, R., Di Paolo, A.M., Pellegrini, M.G., Piga, M.D., Vicario, M. (a cura di). *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*. McGraw-Hill, Milano.
- Wayland, J., Tate, S. (1993). Maternal-fetal attachment and perceived relationships with important others in adolescents. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 20: 198-203.
- Wearden, A., Cook, L., Vaughen-Jones, J. (2003). Adult attachment, alexithymia, symptom reporting, and health-related coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 55: 341-347.
- Webster, J., Linnane, J.W.J., Dibley, L.M., Hinson, J.K., Starrenburg, S.E., Roberts, J.A. (2000). Measuring Social Support in Pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth*, 27(2): 97-101.
- Weil, R.J., Tupper, C. (1960). Personality, life situation and communication: a study of habitual abortion. *Psychosomatic Medicine*, 22: 448-450.
- Wiesenfeld, A.R., Malatesta, C.Z., Whitman, P.B., Granrose, C., Uili, R. (1985). Psychophysiological response of breast- and bottlefeeding mothers to their infants' signals. *Psychophysiology*, 22: 79-86.
- Wilson, L.M., Reid, A.J., Midmer, D.K., Biringer, A., Carroll, J.C., Stewart, D.E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 154: 785-799.

- Wilson, M.E., White, M.A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 204-210.
- Winnicott, D.W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze.
- Winnicott, D.W. (1965). *The theory of the parent-infant relationship*. In: Winnicott, D.W. (a cura di). *The maturational processes and the facilitating environment*. International Universities Press. New York. Trad. it.: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Cortina, Milano, 1992.
- Winnicott, D.W. (1987). *I bambini e le loro madri*. Raffaello Cortina, Milano.
- Winnicott, D.W. (1989). *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Wise, T.N., Mann, L.S., Hryvniak, M., Mitchell, J.D., Hill, B. (1990). The relationship between alexithymia and abnormal illness behaviour. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54: 18-25.
- Wu, J.H., Eichmann, M.A. (1988). Fetal sex identification and prenatal bonding. *Psychological Reports*, 63:199-202.
- Zara, C., Polatti, F. (1998). *Nuove prospettive in ostetricia e neonatologia, aspetti del benessere fetale e interazioni biologiche madre-nascituro*. Università degli studi di Pavia.
- Zeaneah, C.H., Barton, M.L. (1989). Introduction: internal representations and parent-infant relationships. *Infant Mental Health Journal*, 10: 135-141.
- Zeaneah, C.H., Keener, M.A., Anders, T.F. (1986). Adolescent mothers' prenatal fantasies and working models of their infants. *Psychiatry*, 49: 193-203.

- Zichella, L. (1984). Psicosomatica ostetrico-ginecologica. In: Cancheri, P. (a cura di). *Trattato di medicina psicosomatica*. USES, Firenze.
- Zimet, G.L., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1): 30-41.
- Zimmermann, P. (1999). *Attachment and emotion regulation*. 2nd International Conference on The (non) Expression of Emotions in Health and Disease. Tilburg.
- Zimmermann, P., Grossmann, K.E. (1994). Attaccamento, emozioni e comportamento aggressivo. In: Attili, G. (a cura di). Attaccamento e disadattamento. *Età evolutiva*, 47: 92-98.
- Zweig-Frank, H., Paris, J. (1991). Parents emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148: 648-651.

APPENDICE

**Appendice 1. Versione italiana del *Prenatal Attachment Inventory (PAI)*:
Della Vedova, A.M., Dabrassi, F., Imbasciati, A. (in print)**

Le seguenti affermazioni descrivono pensieri, sentimenti e situazioni che le donne potrebbero provare durante la gravidanza. Siamo interessati alla vostra esperienza in quest'ultimo mese. Per cortesia, indicate con una crocetta il numero posto sotto la parola che meglio descrive la Sua esperienza.

1 = Quasi mai 3 = Spesso

2 = Qualche volta 4 = Quasi sempre

	<i>Quasi mai</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Quasi sempre</i>
1 <i>Mi chiedo come sia adesso il bambino</i>	1	2	3	4
2 <i>Mi immagino di chiamare per nome il bambino</i>	1	2	3	4
3 <i>Mi piace sentire il bambino che si muove</i>	1	2	3	4
4 <i>Penso che il bambino abbia già una sua personalità</i>	1	2	3	4
5 <i>Lascio che altre persone mettano le mani sulla pancia per sentire il bambino che si muove</i>	1	2	3	4
6 <i>So che il bambino risente delle cose che faccio</i>	1	2	3	4
7 <i>Progetto le cose che farò con il bambino</i>	1	2	3	4
8 <i>Dico agli altri quello che il bambino fa dentro di me</i>	1	2	3	4
9 <i>Immagino quale parte del bambino sto toccando</i>	1	2	3	4
10 <i>So quando il bambino dorme</i>	1	2	3	4
11 <i>Posso far muovere il bambino</i>	1	2	3	4
12 <i>Compro/faccio cose per il bambino</i>	1	2	3	4
13 <i>Provo amore per il bambino</i>	1	2	3	4
14 <i>Provo a immaginare cosa il bambino stia facendo là dentro</i>	1	2	3	4
15 <i>Mi piace stare seduta con le braccia attorno alla pancia</i>	1	2	3	4
16 <i>Sogno il bambino</i>	1	2	3	4
17 <i>So perché il bambino si muove</i>	1	2	3	4
18 <i>Accarezzo il bambino attraverso la pancia</i>	1	2	3	4
19 <i>Condivido dei segreti con il bambino</i>	1	2	3	4
20 <i>So che il bambino mi sente</i>	1	2	3	4
21 <i>Sono molto emozionata quando penso al bambino</i>	1	2	3	4

Appendice 2.: 20-Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Bressi e coll., 1996)

Seguendo le istruzioni sotto elencate indichi quanto è d'accordo o meno con ciascuna delle seguenti affermazioni segnando una **X** sopra il numero corrispondente.

Segnare una sola risposta per ciascuna frase.

- 1= NON SONO PER NIENTE D'ACCORDO**
2= NON SONO MOLTO D'ACCORDO
3= NON SONO NE' D'ACCORDO NE' IN DISACCORDO
4= SONO D'ACCORDO IN PARTE
5= SONO COMPLETAMENTE D'ACCORDO

1. Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo	1	2	3	4	5
2. Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
3. Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono	1	2	3	4	5
4. Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
5. Preferisco approfondire i problemi piuttosto che descriverli semplicemente	1	2	3	4	5
6. Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a	1	2	3	4	5
7. Sono spesso disorientato dalle sensazioni che provo nel mio corpo	1	2	3	4	5
8. Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché sono andate in quel modo	1	2	3	4	5
9. Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare	1	2	3	4	5
10. E' essenziale conoscere le proprie emozioni	1	2	3	4	5
11. Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri	1	2	3	4	5
12. Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti	1	2	3	4	5
13. Non capisco cosa stia accadendo dentro di me	1	2	3	4	5
14. Spesso non so perché mi arrabbio	1	2	3	4	5
15. Con le persone preferisco parlare di cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni	1	2	3	4	5
16. Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico	1	2	3	4	5
17. Mi è difficile rivelare i miei sentimenti più profondi anche ad amici più intimi	1	2	3	4	5
18. Riesco a sentirmi vicino ad una persona, anche se ci capita di stare in silenzio	1	2	3	4	5
19. Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali	1	2	3	4	5
20. Cercare significati nascosti in films o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo	1	2	3	4	5

Appendice 3. Versione italiana del Maternity Social Support Scale (MSSS):
 Dabrassi, F., Della Vedova, A.M., Imbasciati, A. (in progress)

Per ciascuna delle seguenti affermazioni, segni con una crocetta quella che meglio esprime il Vostro pensiero sulle vostre relazioni.

	Spesso	La maggior parte del tempo	Qualche volta	Raramente	Mai
1 <i>Ho buoni amici che mi sostengono</i>	5	4	3	2	1
2 <i>Posso sempre contare sulla mia famiglia</i>	5	4	3	2	1
3 <i>Mio marito/il mio partner mi aiuta molto</i>	5	4	3	2	1
4 <i>C'è conflitto con mio marito/il mio partner</i>	1	2	3	4	5
5 <i>Mi sento controllata da mio marito/dal mio partner</i>	1	2	3	4	5
6 <i>Mi sento amata da mio marito/dal mio partner</i>	5	4	3	2	1

PUNTEGGIO TOTALE _____

Appendice 4.: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)
(Fava, 1982)

La preghiamo di dirci se nella scorsa settimana si è sentito in una delle seguenti maniere. Metta una croce solo su una tra le quattro possibili risposte.

- 1= Non mi è capitato mai o quasi (meno di 1 giorno)**
2= Mi è capitato solo qualche volta (1-2 giorni)
3= Mi è capitato spesso (3-4 giorni)
4= Mi è capitato sempre o quasi sempre (5-7 giorni)

DURANTE LA SCORSA SETTIMANA:	meno di 1 giorno	1-2 giorni	3-4 giorni	5-7 giorni
1. Sono stato preoccupato da cose che generalmente non mi preoccupano.	1	2	3	4
2. Non mi andava di mangiare; l'appetito era scarso.	1	2	3	4
3. Ho sentito che non potevo scuotermi dalle mie malinconie, anche con l'aiuto della mia famiglia o dei miei amici.	1	2	3	4
4. Ho sentito che valevo quanto gli altri.	1	2	3	4
5. Ho avuto difficoltà a stare attento a quel che facevo.	1	2	3	4
6. Mi sono sentito depresso.	1	2	3	4
7. Ho sentito che qualsiasi cosa che facevo era uno sforzo.	1	2	3	4
8. Avevo speranze per il futuro.	1	2	3	4
9. Ho pensato che la mia vita è stata un fallimento.	1	2	3	4
10. Ho avuto paura.	1	2	3	4
11. Il mio sonno era agitato.	1	2	3	4
12. Ero felice.	1	2	3	4
13. Ho parlato meno del solito.	1	2	3	4
14. Mi sono sentito solo.	1	2	3	4
15. La gente non era amichevole.	1	2	3	4
16. Mi sono divertito.	1	2	3	4
17. Ho avuto dei momenti in cui scoppio a piangere.	1	2	3	4
18. Mi sono sentito triste.	1	2	3	4
19. Ho sentito che non piacevo alla gente.	1	2	3	4
20. Non ce la facevo ad ingranare.	1	2	3	4

Appendice 5.: Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker e coll., 1979)

Questo questionario elenca vari comportamenti e atteggiamenti dei genitori. A fianco di ciascuna affermazione troverà dei quadratini che corrispondono a differenti valutazioni (molto probabile, probabile, poco improbabile, improbabile). In base a come ricorda sua MADRE nel corso dei suoi primi 16 anni ponga una crocetta sulla valutazione che ritiene più appropriata per quella affermazione.

	Molto probabile	Probabile	Poco probabile	Improbabile
1. Mi parlava con voce calda e amichevole	↑	↑	↑	↑
2. Non mi dava l'aiuto di cui avevo bisogno	↑	↑	↑	↑
3. Mi lasciava fare ciò che mi piaceva	↑	↑	↑	↑
4. Era emozionalmente fredda nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
5. Sembrava comprendere i miei problemi e le mie preoccupazioni	↑	↑	↑	↑
6. Era affettuosa nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
7. Preferiva che fossi io a prendere le decisioni	↑	↑	↑	↑
8. Non voleva che diventassi adulto/a	↑	↑	↑	↑
9. Cercava di controllare tutto ciò che facevo	↑	↑	↑	↑
10. Invadeva la mia vita privata	↑	↑	↑	↑
11. Le piaceva discutere le cose con me	↑	↑	↑	↑
12. Mi sorrideva spesso	↑	↑	↑	↑
13. Mi trattava come un bambino/a	↑	↑	↑	↑
14. Non sembrava capire ciò che volevo o di cui avevo bisogno	↑	↑	↑	↑
15. Mi lasciava decidere le cose da solo/a	↑	↑	↑	↑
16. Mi faceva sentire non desiderato/a	↑	↑	↑	↑
17. Riusciva a farmi sentire meglio quando ero turbato/a	↑	↑	↑	↑
18. Non parlava molto con me	↑	↑	↑	↑
19. Cercava di rendermi dipendente da lei	↑	↑	↑	↑
20. Sentiva che non potevo badare a me stesso senza che lei fosse presente.	↑	↑	↑	↑
21. Mi dava tutta la libertà che volevo	↑	↑	↑	↑
22. Mi lasciava uscire tutte le volte che volevo	↑	↑	↑	↑
23. Era iperprotettiva nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
24. Non mi ha mai lodato	↑	↑	↑	↑
25. Mi lasciava vestire come preferivo	↑	↑	↑	↑

Questo questionario elenca vari comportamenti e atteggiamenti dei genitori. A fianco di ciascuna affermazione troverà dei quadratini che corrispondono a differenti valutazioni (molto probabile, probabile, poco probabile, improbabile). In base a come ricorda suo PADRE nel corso dei suoi primi 16 anni ponga una crocetta sulla valutazione che ritiene più appropriata per quella affermazione.

	Molto probabile	Probabile	Poco probabile	Improbabile
1. Mi parlava con voce calda e amichevole	↑	↑	↑	↑
2. Non mi dava l'aiuto di cui avevo bisogno	↑	↑	↑	↑
3. Mi lasciava fare ciò che mi piaceva	↑	↑	↑	↑
4. Era emozionalmente freddo nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
5. Sembrava comprendere i miei problemi e le mie preoccupazioni	↑	↑	↑	↑
6. Era affettuoso nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
7. Preferiva che fossi io a prendere le decisioni	↑	↑	↑	↑
8. Non voleva che diventassi adulto/a	↑	↑	↑	↑
9. Cercava di controllare tutto ciò che facevo	↑	↑	↑	↑
10. Invadeva la mia vita privata	↑	↑	↑	↑
11. Gli piaceva discutere le cose con me	↑	↑	↑	↑
12. Mi sorrideva spesso	↑	↑	↑	↑
13. Mi trattava come un bambino/a	↑	↑	↑	↑
14. Non sembrava capire ciò che volevo o di cui avevo bisogno	↑	↑	↑	↑
15. Mi lasciava decidere le cose da solo/a	↑	↑	↑	↑
16. Mi faceva sentire non desiderato/a	↑	↑	↑	↑
17. Riusciva a farmi sentire meglio quando ero turbato/a	↑	↑	↑	↑
18. Non parlava molto con me	↑	↑	↑	↑
19. Cercava di rendermi dipendente da lui	↑	↑	↑	↑
20. Sentiva che non potevo badare a me stesso senza che lui fosse presente.	↑	↑	↑	↑
21. Mi dava tutta la libertà che volevo	↑	↑	↑	↑
22. Mi lasciava uscire tutte le volte che volevo	↑	↑	↑	↑
23. Era iperprotettivo nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
24. Non mi ha mai lodato	↑	↑	↑	↑
25. Mi lasciava vestire come preferivo	↑	↑	↑	↑

Appendice 6.: SCHEMA SOCIOANAGRAFICA E ANAMNESTICA

Informazioni generali

Età (indicare l'anno di nascita): 19

Sesso: Maschio Femmina

Nazionalità:

- Italiana
 Altro paese europeo occidentale (indicare quale:
.....)
 Europa orientale
 Paese extra-europeo (indicare quale:
.....)

Comune in cui abita attualmente:

Qual è il Suo titolo di studio più elevato?

- Nessun titolo
 Licenza elementare
 Licenza media inferiore
 Qualifica professionale
 Licenza media superiore
 Diploma universitario
 Laurea
 Specializzazione post-laurea o master

Professione attuale:

- Disoccupazione
 Impiego operaio
 Attività impiegatizia
 Libera professione
 Occupazione part-time
 Studente
 Altro:

Stato civile:

- Sposato
 Convivente
 Non sposato, solo
 Non sposato, con una relazione stabile
 Separato
 Separato risposato
 Vedovo
 Vedovo risposato
 Altro:

Anni di matrimonio:

Anni di convivenza:

Anni di relazione complessiva con il suo partner:

Ha altri figli?

- Sì (quanti:)
 No

Con chi vive attualmente?

- Da solo
- Con genitore/genitori
- Con coniuge/convivente
- Con figlio/figli
- Con coniuge/convivente e figlio/figli
- Altra situazione:

A che settimana di gestazione si trova la gravidanza:

Questa maternità è stata:

- Desiderata
- Capitata

La gravidanza è stata pianificata:

- Sì
- No

Per quanto riguarda la gravidanza attuale, si tratta:

- Della prima gravidanza
- Della seconda gravidanza
- Della terza gravidanza
- Della quarta gravidanza
- Della quinta gravidanza
- Altro:

Si tratta di una gravidanza:

- Ad alto rischio
- A basso rischio

Ha avuto:

Gravidanze precedenti ad alto rischio	Sì	No
Aborti spontanei	Sì	No
Interruzioni volontaria di gravidanza	Sì	No
Morte perinatale	Sì	No
Lutti e/o traumi gravi nell'ultimo anno	Sì	No
Altro:	Sì	No

Ha mai sofferto di:

Ansia	Sì	No
Depressione	Sì	No
Problemi alimentari	Sì	No
Patologie croniche (quali ipertensione, diabete, ...)	Sì	No
Altro:	Sì	No

I dati, raccolti in forma anonimi, saranno conservati presso la Cattedra di Psicologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia in conformità alla Legge sulla privacy (L. 196/03).

L'equipe di ricerca ringrazia per la vostra preziosa collaborazione.

Appendice 7.

Università degli Studi di Brescia
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Dipartimento Materno Infantile

Sezione di Psicologia Clinica

Gentile Signora, Le chiediamo di fornirci alcune informazioni rispetto a Lei, al rapporto che ha con il padre del bambino e con il bambino che attendete. Siamo interessati a come Lei vive l'esperienza dell'attesa del Suo bambino e ad alcuni dati riguardanti il Suo nucleo familiare. La preghiamo di rispondere a tutte le domande che troverà nel seguente questionario; i Suoi dati saranno conservati nel rispetto delle norme della privacy (*L.196/03*) e utilizzati al solo scopo di ricerca.

La ringraziamo per la preziosa collaborazione.

Nome e cognome:

Età:

Data di nascita: - - Luogo di nascita:

Abitazione attuale: Via n°.....

Comune: Prov. C.A.P.

Tel.:

1. Data
2. Luogo dell'intervista
3. Somministratore
.....

4. Settimana di gestazione:
5. Data presunta del parto:
6. Si tratta della Sua prima gravidanza? Sì No

7. Titolo di studio:

- Nessun titolo
- Licenza elementare
- Licenza media inferiore
- Qualifica professionale
- Licenza media superiore
- Diploma universitario
- Laurea
- Specializzazione post-laurea o master

8. Professione attuale:

- Disoccupazione (da quanto tempo:)
- Impiego operaio
- Attività impiegatizia
- Libera professione (specificare quale:)
- Occupazione part-time
- Studente
- Altro:

9. Stato civile:

- Nubile
- Convivente
- Separata
- Coniugata
- Vedova

10. Al momento attuale, vive stabilmente con il padre del bambino? Sì No

11. Indichi in che misura, su una scala da 1 a 4, pensa di poter contare durante la gravidanza e dopo la nascita del bambino sui seguenti tipi di aiuto:

11.1	Assistenza durante la gravidanza	1	2	3	4
11.2	Sostegno emotivo	1	2	3	4
11.3	Aiuto economico	1	2	3	4
11.4	Aiuto nella gestione familiare	1	2	3	4
11.5	Aiuto nelle incombenze domestiche	1	2	3	4
11.6	Aiuto nei primi accudimenti del neonato	1	2	3	4
11.7	Aiuto nel tenere il bambino in sua assenza	1	2	3	4
11.8	Aiuto nel tenere il bambino alla ripresa lavorativa	1	2	3	4

12. Lei desiderava un bambino?

Molto falso Abbastanza falso Abbastanza vero Molto vero

13. La decisione di avere questo bambino è stata programmata?

Molto falso Abbastanza falso Abbastanza vero Molto vero

14. Durante questa gravidanza ci sono stati avvenimenti che l'hanno molto impegnata o preoccupata, come (*sono ammesse più risposte*):

nessun problema matrimonio conflitti famigliari
 problemi economici problemi di lavoro separazione
 malattia di una persona cara morte di una persona cara problemi di salute
 altro:

15. Ha mai sofferto di depressione, forte ansia o altri disturbi emotivi? Sì No

15.b E' stata necessaria una terapia? Sì No

15.c Se sì, di che tipo?

Psicologica Farmacologia Entrambe

16. Qualcuno nella sua famiglia ha sofferto o soffre di disturbi emotivi? Sì No

16.a Se sì, chi ne ha sofferto?

Madre Padre Compagno Altri:

17. Ha avuto problemi di salute durante la gravidanza o particolari disturbi? Sì No

17.a Se sì, quali?.....
.....

18. Ha vissuto bene i malesseri della gravidanza?

Molto falso Abbastanza falso Abbastanza vero Molto vero

19. Ha vissuto bene le modificazioni del suo corpo durante la gravidanza?

Molto falso Abbastanza falso Abbastanza vero Molto vero

20. Ha effettuato l'amniocentesi? Sì No

21. Il suo compagno era con lei durante le ecografie? Sì No

22. E' stato importante per lei vedere il bambino in ecografia?

Molto falso Abbastanza falso Abbastanza vero Molto vero

23. Pensa di frequentare un corso di accompagnamento alla nascita?

Sì No Non so

24. E' importante per lei avere un parto naturale?

Molto falso Abbastanza falso Abbastanza vero Molto vero

25. Chi desidera avere accanto durante il parto? Compagno Altro:
.....

26. Ci sono stati degli eventi che hanno avuto per lei una particolare importanza in questa gravidanza? Sì No

26.a Se sì, quali?

.....
.....

27. Pensa di allattare il bambino? Sì No

27.a Se no, per quale motivo?

.....

.....

27.b Se sì, per quanti mesi indicativamente le piacerebbe allattare?

.....

Informativa sulla riservatezza (Legge 196/03).

La informiamo che i Suoi dati personali saranno custoditi dalla Cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia con l'impegno a non cederli a terzi e trattati unicamente per scopo di ricerca. La preghiamo di apporre la Sua firma in calce alla presente quale consenso al trattamento dei Suoi dati.

Data,

.....

Firma:

Appendice 8.: Documento sulla privacy (L. 196/03)



SPEDALI CIVILI - BRESCIA
AZIENDA OSPEDALIERA
U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI

Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia
Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia

Informativa all'assistito per il trattamento dei dati personali e sensibili a scopo di ricerca (art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003)

Gentile Signora,

la informiamo che il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera di Brescia, porta avanti di concerto con la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia, un progetto di ricerca dal titolo "*relazione gestante-feto e vicende perinatali*", il quale si propone di studiare le possibili correlazioni tra variabili psicologiche e andamento della gravidanza, del parto e del puerperio.

Il trattamento avrà ad oggetto i dati personali tra cui in particolare i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale

I dati verranno raccolti e trattati esclusivamente dal personale sanitario incaricato dell'Azienda Ospedaliera e dagli psicologi della facoltà di medicina e chirurgia che compongono l'equipe responsabile del progetto.

I risultati della ricerca non potranno essere diffusi se non nel rispetto dell'assoluto anonimato.

Il conferimento dei Suoi dati in relazione al progetto di cui sopra, è **facoltativo** ed un eventuale rifiuto da parte sua non ha alcuna conseguenza sulle cure o prestazioni sanitarie cui Lei ha diritto;

Lei potrà rivolgersi, all'Azienda Ospedaliera "Spedali Civili" di Brescia, per far valere in relazione al trattamento dei dati, i suoi diritti così come indicato all'art.7 del D.lgs. n.196 del 30 giugno 2003, tra i quali in particolare il diritto di ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la richiesta può essere rinnovata, salva l'esistenza di giustificati motivi, con intervallo non minore di novanta giorni;
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati.
- di opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che la riguardano.

25123 Brescia - Piazzale Spedali Civili, 1 - tel. 030/39951 - fax 030/303300

CENTRO STAMPA SPEDALI CIVILI - A 08 49 001



FORMULA DI CONSENSO

La sottoscritta (cognome e nome) _____ nata il _____
a _____ residente(indirizzo) _____

dichiarando dopo essere stata informata ai sensi all'art. 13 del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003,

- AUTORIZZA
 NON AUTORIZZA

l'Azienda Ospedaliera ed i componenti dell'equipe interdisciplinare responsabile del progetto di ricerca dal titolo "*relazione gestante-feto e vicende perinatali*", a trattare i propri dati sensibili, con le modalità e per le finalità descritte nell'informativa.

Data, _____

Firma della paziente

Appendice 9.: Scheda di rilevazione dati sala parto

SCHEDA RILEVAZIONE DATI SALA PARTO			
COGNOME	NOME	ETA'	PESO
		38	73
EPP	DATA INGRESSO	W INGRESSO	
		7,2	
PROM	L.A.	AMNIORESSI	AMNIOINFUSIONE
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> LIMPIDO <input type="checkbox"/> CITRINO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> MECONIO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
AMNIORESSI CM	OSSITOCINA CM	INDICAZIONI AMNIOINFUSIONE	
5	1	<input type="checkbox"/> OLIGOAMNIOS <input type="checkbox"/> MECONIO <input type="checkbox"/> DECELERAZIONI <input type="checkbox"/> ALTRO	
OSSITOCINA	INDICAZIONI INDUZIONE	MODALITA' INDUZIONE	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PROTRATTA <input type="checkbox"/> OLIGOAMNIOS <input type="checkbox"/> MACROSOMIA <input type="checkbox"/> ALTRO	<input type="checkbox"/> AMNIORESSI <input type="checkbox"/> OSSITOCINA <input type="checkbox"/> PGE	
INDOTTO	PGE VAG		
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
DURATA I STAGE	DURATA II STAGE	DURATA TRAVAGLIO	
405	69	654	
DURATA INDUZIONE PARTO	DURATA PROM INDUZIONE	DURATA PROM PARTO	
DATA PARTO	PARTO	INDICAZIONI TC	
2/8/09	<input checked="" type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> KR	<input type="checkbox"/> SOFF. FETALE <input type="checkbox"/> ITERATIVO <input type="checkbox"/> DISTOCIA CERVICALE <input type="checkbox"/> MANCATO IMPEGNO <input type="checkbox"/> ARRESTO PROGRESSIONE <input type="checkbox"/> MACROSOMIA <input type="checkbox"/> PODALICO <input type="checkbox"/> GEMELLARE <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE <input type="checkbox"/> IUGR <input type="checkbox"/> PREVIA <input type="checkbox"/> DISTACCO <input type="checkbox"/> MALPRESENTAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO	
W PARTO	KR		
6,2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
PERINEO	LACERAZIONI	SECONDAMENTO	
<input type="checkbox"/> INTEGRO <input type="checkbox"/> EPISIO PARA <input type="checkbox"/> EPISIO MEDIANA	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> II GRADO <input type="checkbox"/> III GRADO <input type="checkbox"/> IV GRADO	<input checked="" type="checkbox"/> SPONTANEO <input type="checkbox"/> MANUALE	
DURATA III STAGE	PERDITA EMATICA	RCU	
5	600	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
SESSO	APGAR 5'	PESO	pH
<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	9/4	3580	7,2
ACCOMPAGNATORE	CHI		
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> MARITO <input type="checkbox"/> MAMMA <input type="checkbox"/> SORELLA <input type="checkbox"/> AMICA <input type="checkbox"/> ALTRO		
PUERPERIO			
COMPLICANZE	IPERTERMIA	INFEZIONE FERITA	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EMATOMA FERITA	ISTERECTOMIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	ANTIBIOTICOTERAPIA	IPERTERMIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	UTI	IN TRAVAGLIO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
LATTAMENTO PRECOCE			
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
NOTE			

Appendice 10.: esempio di intervista semistrutturata telefonica

Come è andato il parto?

Benissimo

Me lo può descrivere un pochino?

Ho iniziato il travaglio alle 10 di sera, avevo chiesto di fare l'epidurale, ma ero già dilatata di 6 cm, avrebbero voluto anche farmela, se avessi voluto io, ma ho preferito di no, la bambina è nata.....cioè dalle due....poi si è bloccato il travaglio, mi hanno fatto una flebo di ossitocina alla mattina alle 7 e la bambina è nata alle 8,03.

In totale è duratoun 6 ore dalle due, o... dalle 10 di sera?

Dalle dieci di sera.....però fino a che sono arrivata a dilatazione 6 ho avuto dolori, ma non fortissimi, ho avuto un travaglio abbastanza tranquillo

Le hanno messo la bambina subito vicina?

Sì

Ha provato ad attaccarla?

Ma no guardi poichè mi stavano suturando ho preferito di no, o... che.... è successo una cosa.....che avvenisse un pochino più avanti, perché avevo un pò di dolore e quindi ho preferito così

Il bagnetto lo ha fatto subito o prima che lei la potesse prendere in braccio?

lo l'ho presa quando era già lavata.L'ha presa mio marito...

Suo marito era con lei in sala parto?

Sì, è arrivato alle 3 di notte ed è stato con me fino a che non è nata la bambina

Quando ha rivisto la bambina?

L'ho rivista alle 13

In quel momento l'ha attaccata?

Sì

Come è andato?

Bene...non c'era niente....., qualcosina, però è andata bene, anche adesso va benissimo con l'allattamento

Sto facendo allattamento naturale?

Sì

Come va con le richieste, con i tempi dell' allattamento?

La mia è adesso una situazione un pò particolare, perché la bambina sta soffrendo di coliche, almeno si presume che siano coliche, giovedì ho una ecografia addominale.....e l'allattamento è a richiesta, anche perchè lei si attacca, rimane un pò e poi si addormenta, è abituata a mangiare non tantissimo e poi si ferma e magari dopo mezz'ora tre quarti d'ora mi richiede di nuovo ad attaccarsi,..... si potrae un pochino in più... il momento del pasto, ho chiesto anche al pediatra e mi ha detto che non è la situazione migliore ma se a lei sta bene così e per la bambina va bene così, posso anche continuare eventualmente.....fortunatamente cresce, ha questo problemino di coliche ..è un po' sofferente

E con gli altri ritmi, con il sonno come va?

Se lei non ha le coliche devo dire che ho detto a mio marito facciamo un altro figlio...è così bello avere un bambino, però c'è questo problema delle

coliche...che un po' ha distrutto i ritmi che si erano creati, se lei non ha dolore riesce a mangiare e stare eventualmente anche 3 ore, 3 ore e mezza e a farsi un riposino di tre ore, quando poi ha questi dolori si falsa tutto per cui lei ha questa esigenza di attaccarsi al seno perché vuole consolarsi .. è tutto sfalsato..non ci godiamo in pieno questi momenti

Ha usufruito della dimissione protetta?

Sì

E' venuta l'ostetrica in casa?

Sì, è stata molto carina

Si è trovata bene?

Devo dire che mi sono trovata bene in tutto, dal ginecologo che mi assistito durante la gravidanza, nel momento del parto, dalle ostetriche che ho trovato in sala parto e anche dopo, sono stata molto contenta

C'è qualcuno che la aiuta a casa nella organizzazione della giornata?

Fino a poco fa c'è stato un andirivieni di parenti, devo dire che queste cose turbano un po' l'equilibrio familiare, adesso sono io mio marito e la bimba e devo dire...sto benissimo, anche perché fisicamente sono stata bene da subito, per cui a volte sa avere delle persone in casa è più un fastidio che altro...

Magari uno si organizza..

Ci aiutiamo a vicenda.....

RINGRAZIAMENTI

La stesura di questa tesi di dottorato si pone a conclusione di un lungo lavoro di ricerca, in cui sono intervenute più persone a vario titolo. Innanzitutto, vorrei ringraziare il prof. Antonio Imbasciati, supervisore scientifico di questo progetto di ricerca e della mia crescita professionale, che insieme alla dott.a Anna Della Vedova ha collaborato anche alla sua realizzazione. Inoltre, vorrei ringraziare Benedetta Ducceschi, Loredana Cena, Jenovia Smith, tutte le ostetriche e i ginecologi (in particolare la prof. Miriam Guana, il dott. Andrea Lojacono e l'ost. Luigina De Franceschi) che hanno contribuito a definire gli strumenti, al reclutamento delle gestanti e all'inserimento dei dati. Vorrei anche ringraziare gli Spedali Civili di Brescia, l'ospedale S. Orsola di Brescia e il distretto n. 3 dell'Ulss 20 di Verona in cui è stato possibile reclutare i soggetti. Un sincero ringraziamento va anche alle mamme e ai loro bambini, che hanno reso possibile questo lavoro.

Infine, un abbraccio va alla prof. Lynne Murray e al prof. Peter Cooper dell'Università di Reading (UK) per la bellissima esperienza di ricerca vissuta e per l'affetto che mi è stato dimostrato. Un abbraccio vanno agli amici conosciuti David, Florence, Christine, Ray, e a quelli che da sempre ci sono e che mi hanno accolto nella loro casa facendomi sentire meno in un "paese straniero", Alessandro e Massimo.

Last but not least, un ringraziamento speciale va ai miei migliori amici Giovanni e Manuela. Un abbraccio a Daniela, Chiara, Paola, Giorgio, Michela,

Angela, Anita, Alessia, Nene, Gabriella, Anna, Luisa, Ernesto, Claudio, Anna, Marica e tutto il gruppo del Dipartimento Metodi Quantitativi, che con il loro affetto e la loro pazienza non hanno mai smesso di credere in me e mi hanno sempre incoraggiato e sostenuto.

Alla mia mamma e al mio papà, a Ilvia e Leo... quei genitori che ho imparato ad amare e apprezzare sempre di più e che da sempre stimo profondamente.

Alla mia nonna, che per prima ha apprezzato il mio libro "Psicologia Clinica Per-i(l)-natale".