

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA

Dottorato di Ricerca in Scienze della Formazione e Comunicazione

XXIII Ciclo



**I PROBLEMI DELLA MATERNITA' TRA DIAGNOSI E TRATTAMENTO.**

Coordinatore: Chiar.ma Prof.ssa Ottavia ALBANESE

Tutore: Chiar.mo Prof. Giorgio REZZONICO

Candidata:

Rossella DOLCE

Matricola: 027388

Anno Accademico 2011-2012

## ***Indice***

|   |        |
|---|--------|
| Riassunto   | Pag.6  |
| Abstract  | Pag.8  |
| Introduzione  | Pag.10 |
| Cap. 1 – Storia della conoscenza del disagio nel post partum                                      | Pag.14 |
| 1.1 Prime teorizzazioni sul disagio materno   | Pag.14 |
| 1.1.1.Caratterizzazioni del disagio   | Pag.15 |
| 1.2 La prevalenza dei disturbi  | Pag.16 |
| 1.2.1 - Prevalenza della depressione  | Pag.16 |
| 1.2.2. Prevalenza della Depressione Post Partum   | Pag.18 |
| 1.3 Le Ricerche sui fattori di rischio e protettivi   | Pag.19 |
| 1.4 Le Ricerche sui modelli di intervento   | Pag.26 |
| 1.4.1. Trattamento Psichiatrico   | Pag.26 |
| 1.4.2. Trattamenti Psicoterapeutici   | Pag.28 |
| Cap.2 – Situazione Attuale: la ricerca e l'assistenza   | Pag.40 |
| 2.1 Interesse sanitario - assistenziale   | Pag.40 |
| 2.1.1. Il comportamento relazionale della madre   | Pag.40 |
| 2.1.2. L'Attaccamento come sistema innato – Nardi (2008)  | Pag.41 |
| 2.1.3 - L'attaccamento in una prospettiva evolutiva – Guidano (1999)                              | Pag.42 |
| 2.1.4. - L'attaccamento come modello esplicativo - Crittenden (2002)                              | Pag.45 |
| 2.1.5. - Organizzazione delle informazioni ricavate dal legame d'attaccamento - Crittenden (2005) | Pag.46 |
| 2.1.6. - L'attaccamento nel disagio del post partum   | Pag.52 |
| 2.2 Interesse sociale – cronaca   | Pag.59 |
| 2.3 Interesse comunitario - Documenti programmatici   | Pag.63 |

|  |         |
|--|---------|
| Cap.3 – Diventare genitori   | Pag.66  |
| 3.1 Genitorialità – Maternità e Paternità  | Pag.66  |
| 3.1.1. - Transizione alla genitorialità: la coppia                                 | Pag.70  |
| 3.1.2. - Diventare madri e padri: stereotipi e narrative                           | Pag.72  |
| 3.2 Oltre il supporto al partner: la Cogenitorialità                               | Pag.76  |
| 3.2.1. - Gli studi sulla cogenitorialità   | Pag.77  |
| 3.3. Genitorialità e migrazione  | Pag.81  |
| 3.3.1. - Alcuni esempi di esperienze di lavoro nell'interculturalità               | Pag.89  |
| Cap.4 – Cosa aspettarsi nel trattamento del disagio nel post partum                | Pag.93  |
| 4.1 Difficoltà nel percorso di diagnosi  | Pag.93  |
| 4.1.1. Esperienze sul campo in Italia  | Pag.99  |
| 4.2 Vissuto soggettivo del disagio post partum                                     | Pag.103 |
| 4.2.1. Differenti percorsi per diventare madri: differenti narrative?              | Pag.103 |
| 4.2.2. Narrative delle madri   | Pag.107 |
| 4.2.3. Narrative dei padri   | Pag.110 |
| Cap. 5 – La Ricerca  | Pag.112 |
| 5.1 Descrizione del progetto   | Pag.112 |
| 5.1.1. Il servizio “Ambulatorio di Psicologia Clinica-Sportello Panda Onlus Monza” | Pag.112 |
| 5.1.2. Obiettivi   | Pag.116 |
| 5.2 Campione   | Pag.117 |
| 5.3 Strumenti  | Pag.118 |
| 5.3.1. Composizione Protocollo   | Pag.119 |
| 5.4 Metodologia e disegno di ricerca   | Pag.122 |
| 5.5 Risultati  | Pag.128 |
| 5.5.1. Dati anagrafici   | Pag.128 |

|  |         |
|--|---------|
| 5.5.2. Analisi dei fattori di rischio          | Pag.132 |
| 5.5.3. Considerazioni cliniche                 | Pag.135 |
| 5.5.4. Dati da protocollo                      | Pag.144 |
| 5.5.5. Dati sul servizio: attività e risultati | Pag.151 |
| 5.6 Discussione dei risultati                  | Pag.156 |
| Conclusioni                                    | Pag.164 |
| Bibliografia                                   | Pag.166 |
| Allegati                                       | Pag.194 |
| Allegato 1 – Cartella clinica                  | Pag.194 |
| Allegato 2 – Scheda di primo colloquio         | Pag.198 |
| Allegato 3 – Protocollo di ricerca             | Pag.200 |
| Allegato 4 – Scheda utente                     | Pag.208 |
| Allegato 5 – Intervista fine percorso          | Pag.210 |
| Ringraziamenti                                 | Pag.212 |

*Cosa sia una "buona madre" lo decidono gli altri. Il coro. Lo sguardo che approva e che rimprovera. Quelli che sanno sempre cosa si fa e cosa no. Cosa è giusto, saggio, utile. Ma quanti sono i modi di essere madre, o di non esserlo affatto?"*

(Concita De Gregorio, Una madre lo sa, 2006, Mondadori)

La ricerche sulle difficoltà legate alla maternità si sono concentrate per lungo tempo sulla patologia della depressione post partum e ne hanno descritto caratteristiche, prevalenze, insorgenze e conseguenze sul benessere della donna e del bambino. L'applicazione del modello multidisciplinare allo studio di queste tematiche ha poi allargato il campo di interesse ai fattori di rischio, protettivi, aggravanti e di mantenimento dello stato problematico inserendo nelle aree influenti le condizioni biologiche, sociali, psicologiche, ambientali proprie della neo mamma e appartenenti al suo nucleo familiare e allargato.

A partire dall'impostazione cognitivo costruttivista (Guidano, 1999), il progetto di ricerca ha indagato le rappresentazioni delle utenti afferenti ad un ambulatorio ospedaliero di supporto alla maternità situato presso l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza e gestito dall'Associazione Panda Onlus a sostegno della genitorialità. Gli obiettivi proposti sono stati la raccolta di dati epidemiologici locali su fattori di rischio, diagnosi, caratterizzazione del disagio, inoltre si è voluta costruire una modalità di valutazione dell'intervento per efficacia e soddisfazione dell'utenza.

La metodologia si è basata sulla modalità action research (Lewin, 1946; Contessa, 1998) che ha permesso di strutturare un impianto di screening e di valutazione in collaborazione tra le equipe di ricerca e quella clinica che ha mantenuto costantemente l'attenzione sul cogliere i significati soggettivi dati da ogni utente allo stato sintomatologico, alle difficoltà relazionali incontrate nell'accudimento del bambino e nel mantenimento dei ruoli familiari e sociali durante la gravidanza e nel puerperio.

Gli strumenti scelti ed utilizzati sono molteplici e forniscono dati qualitativi e quantitativi in grado di confrontare la sintomatologia con il vissuto soggettivo individuale dell'utente e si compongono di una scheda di accoglienza e primo colloquio e una cartella clinica compilati dal terapeuta, da un protocollo di raccolta dati che indaga la sintomatologia depressiva (EPDS), ansiosa (STAI-X1 e STAI-X2), ossessivo-compulsiva (MOCQ-R) e il grado di supporto sociale percepito (PPSQ), infine, la valutazione dell'efficacia dell'intervento è svolta tramite l'intervista semistrutturata sul cambiamento percepito (S. Di Nuovo, 2000) che fornisce un'indicazione della visione del paziente e anche del terapeuta di riferimento, protagonisti del percorso di cura.

I risultati riferiti ad un campione complessivo di 76 soggetti, hanno confermato le evidenze di letteratura sui fattori di rischio e in particolare hanno evidenziato l'importanza di un rapporto di coppia

supportivo e di un'attenzione particolare dedicata alle primipare e alle donne immigrate. La tipologia di utenza ha un'età media e un livello di scolarità maggiori di quelli segnalati dalla letteratura e si rivolge allo sportello in forma di auto invio in caso di secondo o terzo figlio mentre viene inviata al servizio se alla prima gravidanza da parte dei servizi di zona che funzionano dunque da filtro. Le ragioni che spingono le madri a chiedere aiuto sono le sensazioni emotive pervasive ed invalidanti di tristezza o ansia e le aree di maggiore compromissione risultano essere quelle legate al rapporto con il partner e la condivisione emotiva della quotidianità con bambino. L'intervento si focalizza sulla storia personale di sviluppo e sul percorso che ha portato alla maternità allo scopo di sostenere il senso di competenza materna, primo fattore di cambiamento secondo le review dedicate (Dennis, 2005). L'intervento è giudicato positivamente dalle utenti intervistate specie nell'aver saputo promuovere una modalità più funzionale di espressione e gestione delle proprie emozioni all'interno delle relazioni significative.

In conclusione, la metodologia e il disegno di ricerca si è dimostrato efficace nell'individuare i legami tra valutazioni cliniche diagnostiche sintomatologiche e vissuto soggettivo delle pazienti, la flessibilità della strutturazione degli strumenti utilizzati permette un'applicazione a diverse tipologie di intervento: screening, terapia individuale di coppia e di gruppo, psicoterapia e terapia farmacologica, psicoeducazione.

Studies in maternity disease usually describes characteristics, prevalence, onsets and consequences in the wellness of women and children. The multidisciplinary model applied to this issues focused new topics like risk factors, protective factors, aggravating factors and maintaining factors of suffering state. Applying the model to the multidisciplinary study of these issues has also widened the range of interest to risk factors, protective, aggravating and maintaining state in problematic areas by entering influential biological conditions, social, psychological, environmental and new mother's own belonging to her family and extended social group.

From constructivist and cognitive perspective (Guidano, 1999), the project of research investigated clients representations in a clinical surgery for maternity support located in San Gerardo Hospital in Monza that is managed by the Panda Onlus Association for parenting. Objectives was the collection of epidemiological local data on the risk factors, diagnoses, characteristics of disease. We also wanted to build a model for evaluating the efficacy and relaxation afforded to users.

The methodology was based on how action research (Lewin, 1946; Countess, 1998) which allowed to structure a system of screening and evaluation in collaboration between the team and the clinical research. That has consistently maintained a focus on the capture subjective meanings each user state to symptoms and the difficulties encountered in the relationship with the child and maintaining social and family roles during pregnancy and puerperium

The instruments selected and used are varied and provide qualitative and quantitative data can compare the symptoms with the individual's subjective experience and make a card of welcome. They are a first interview and a medical record compiled by the therapist, a protocol data collection investigating depressive symptomatology (EPDS), anxiety (STAI-X1 and STAI-X2), obsessive-compulsive (MOCQ-R) and the degree of perceived social support (PPSQ). Finally, the effectiveness of 'intervention is carried out through semi-structured interview on perceived change (S. Di Nuovo, 2000) which provides an indication of the vision of the patient and the therapist also reference, the protagonists of the care pathway.

The results reported for a total sample of 76 subjects, confirmed the findings of the literature on risk factors and in particular highlighted the importance of a relationship supportive and devoted



special attention to primiparas and to immigrant women. The type of user has an average age and educational level higher than those reported in the literature and is aimed at the counter in the form of car transmission in case of second or third child and is sent to the service if the first pregnancy by the services area of that work, therefore, as a filter. The reasons that lead mothers to seek help are pervasive and debilitating emotional feelings of sadness or anxiety and the greatest areas of impairment appear to be those related to the relationship with the partner and the emotional sharing of everyday life with baby. The intervention focuses on the personal history of development and the path that led to motherhood in order to support the maternal sense of competence, the first factor of change according to the dedicated review (Dennis, 2005). The intervention is judged positively by the users surveyed species in having been able to promote a more functional mode of expression, and manage their emotions in meaningful relationships.

In conclusion, the methodology and research design proved effective in identifying the links between clinical evaluations and diagnostic symptom with subjective experience of patients, the flexibility of structuring of the instruments used allows an application to different types of intervention: screening, individual therapy, couple and group psychotherapy and pharmacotherapy, psychoeducation.

Il contesto in cui nasce questo progetto è composto da molteplici interessi scientifici:

Il rischio di un crescente numero di casi di sofferenza psicologica a carattere depressivo riportato dalle maggiori linee guida internazionali negli ultimi dieci anni (World Health Organization, 2005) spinge a raccogliere le informazioni sulle cause eziologiche del malessere allo scopo di predisporre adeguati piani di intervento a livello comunitario.

I cambiamenti sociali che hanno portato ad una rinegoziazione dei ruoli materni e paterni ha portato alla luce nuovi scenari problematici nel periodo perinatale a carico delle neomadri, delle famiglie nel loro complesso e nello sviluppo dei bambini.

La caratterizzazione del disagio post partum risulta tutt'ora di difficile inquadramento teorico epidemiologico ed eziologico. L'approfondimento delle tematiche legate alla maternità e alla nascita in ottica multidisciplinare favorisce l'emergere di modelli di indagine volti a chiarire prevalenze e diffusione e ad individuare le chiavi di lettura più funzionali alla prevenzione e al trattamento.

La scarsa abitudine a considerare la possibilità di riscontrare delle difficoltà e sofferenze importanti in un momento di vita prevalentemente gioioso, specie su territorio nazionale, spinge a diffondere le conoscenze sui possibili stati di disagio in gravidanza e nel primo puerperio alla popolazione di riferimento. Inoltre, i programmi di prevenzione basati sul supporto sociale alla neo mamma evidenziano la necessità di estendere tale conoscenza alle famiglie d'origine e acquisite delle puerpere allo scopo di identificare in maniera precoce i casi di sofferenza o di predisporre una rete sociale forte che può diventare un fattore protettivo e non far emergere una sintomatologia invalidante.

Per queste ragioni, il lavoro in oggetto ha seguito l'indicazione data dal modello bio-psico-sociale (Milgrom, 2009) che considera fattori predisponenti, scatenanti e di mantenimento di una situazione di sofferenza psicologica ampliando il campo di indagine e intervento alle dimensioni sociali, lavorative, familiari in un'ottica multidisciplinare. Sono state allora esplorate inizialmente le maggiori teorie di riferimento sulla depressione post natale e sulle diverse patologie collegate, i fattori di rischio segnalati dalla ricerca specializzata in grado di favorire e mantenere lo stato di sofferenza per poi arrivare ad individuare i fattori protettivi dello stato di benessere materno e familiare. In questa fase, sono stati inoltre indagati i maggiori filoni trattamentali che si sono rivelati efficaci nell'intervento in

fase preventiva e acuta del disagio. Gli aspetti di maggiore interesse riguardano la differenziazione esistente rispetto alle caratterizzazioni possibili della sofferenza perinatale e l'efficacia riscontrata di un intervento di counselling nel trattamento specifico del sostegno della funzione genitoriale.

Più dettagliatamente, la letteratura di riferimento ormai non concerne esclusivamente la depressione post partum, forma maggiormente conosciuta e temuta dalle neo mamme ma anche stati d'ansia intensi, sindromi post traumatiche, sintomatologia da disadattamento, fino ad arrivare alle situazioni più complicate da un punto di vista clinico come episodi psicotici e disturbi di personalità. Una terapia farmacologica è indicata nei casi più gravi di invalidazione sociale lavorativa che impediscono la funzione genitoriale di tutela e cura.

Grazie alla somministrazione attenta a cura di un professionista delle nuove molecole in rapida diffusione, anche nella fase di gravidanza si può proseguire o iniziare un trattamento psichiatrico e farmacologico nei casi che lo richiedono. Le psicoterapie più indicate risultano essere quella cognitiva comportamentale, quella relazionale, l'approccio interpersonale che si declinano in forme di trattamento individuali, di gruppo, di coppia e in forme psicoeducazionali sulla relazione madre-bambino (Dennis, 2005; Green & Murray, 1994; Clement, 1998; Sharp, 1996; Wilson et al., 1996). Interventi di sostegno di tipo educativo come l'home visiting (Wickberg, 1996; Morrell, Slade et. al. 2009) sono inoltre particolarmente indicati nelle situazioni complicate da stati socio-economici insufficienti o nei casi di maternità in età giovanile.

La prospettiva cognitivo-costruttivista (Guidano, 1999) che ha guidato la strutturazione del progetto di ricerca, vede la psicopatologia in ottica funzionale e relazionale e per questo, nel secondo capitolo, la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1989; Ainsworth, 1969; Crittenden, 2000) è stata presentata attraverso le concettualizzazioni di Guidano e Crittenden (2004): il legame madre-bambino è inserito e osservato all'interno della strutturazione del sé che perdura nel ciclo di vita focalizzando gli aspetti di sviluppo di significati cognitivi ed emotivi e di strategie relazionali più o meno adeguate ai contesti sociali in cui il soggetto agisce.

Sono state poi presentate le maggiori alterazioni del legame di attaccamento in situazioni di depressione post partum sottolineando le rappresentazioni distorte delle madri in stato di sofferenza che sostengono comportamenti inadeguati di cura. Una rassegna della letteratura legata allo studio delle incidenze della patologia sullo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino evidenzia possibili ritardi nelle aree emotive, nelle competenze sociali e nelle performance scolastiche (Goldsmith e Rogoff, 1995; Murray, 1996, 2006; Stein, 2001; Dawson G, Ashman, 2003; Fonagy & Steele, Steele, 1996; van IJzendoorn & Bakermans- Kranenburg, 1996). A questo si aggiunge il crescente allarme

sociale che circonda l'argomento depressione post partum e che si manifesta nella diffusione di notizie incomplete o inesatte riguardo alle effettive caratteristiche della patologia e dei rischi associati.

Si può allora ritenere che si siano create le basi di conoscenza scientifica e di interesse comunitario per promuovere, sia a livello sociale che politico, l'importanza di proporre interventi di trattamento della diade, di adeguati percorsi di screening e di prevenzione.

Una riflessione e valutazione dei costi assistenziali a carico dei servizi ospedalieri a breve e lungo termine sostiene tale impostazione e trova un vantaggio nella presa in carico della madre o della coppia madre-bambino in epoca perinatale (con un trattamento che nella maggior parte dei casi dura fino a 6 mesi), piuttosto che nell'occuparsi a lungo termine della madre, del bambino in fase evolutiva, in adolescenza e successivamente in età adulta e del sistema familiare nel suo complesso (Letourneau et al., 2007; Whitton et al., 1996).

Il terzo capitolo esplora il percorso che porta a diventare genitori in una società in cui i ruoli sono stati modificati e in alcuni casi invertiti, in cui le donne appaiono più autonome e hanno maggiori possibilità di sfruttare le proprie capacità su più piani sociali sia lavorativi che privati o sociali con un senso di autodeterminazione importante.

In questo clima, il ruolo materno che implica un impegno fisico ed emotivo poco controllabile, specie in alcune fasi di gravidanza e del puerperio, incontra una rappresentazione di madre ancora legata ai miti tramandati dalle generazioni passate che poco o nulla riescono a descrivere dell'esperienza della maternità attuale. Anche i padri hanno il compito difficile di trovare una caratterizzazione del loro ruolo che si integri con i bisogni di cooperazione fin dai primi momenti con la propria compagna nell'accudimento del neonato e con la necessità di maggiore vicinanza emotiva e fisica al bambino che tale situazione comporta. In quest'ottica viene dunque presentata la teoria della cogenitorialità che trova la migliore applicazione pratica nel trattamento di coppia e familiare (Minuchin, 1978, McHale nel 1996, 2000, Cohen nel 2010).

L'assistenza alla genitorialità non può attualmente non essere influenzato dalla tematica della migrazione, visto che il tasso di nuovi nati in Italia negli ultimi anni vede un notevole incremento di bambini nati da coppia straniera (Fonte Istat, 2009). Un approfondimento di questa tematica nel nostro paese è stato effettuato secondo le linee di intervento proposte da Rose Moro (2009) che si riferiscono al lavoro svolto da più di dieci anni nel suo centro parigino con donne e coppie immigrate.

Una quarta parte è dedicata alla composizione del quadro di accoglienza e presa in carico che caratterizza i servizi nazionali e locali che si occupano di maternità attraverso la presentazione di

alcune realtà esistenti e operanti nei diversi ambiti collegati alla nascita. Lo scopo di questa indagine è stato quello di individuare le caratteristiche che vengono considerate nella disposizione di un piano di cura e le difficoltà riscontrate nel modificare e strutturare degli interventi innovativi che sfruttino le conoscenze apprese nella pratica clinica e nell'approfondimento scientifico fatto da queste strutture nel tempo. Gli interventi proposti per questo non riguardano solo la presa in carico della donna che presenta una sintomatologia perinatale ma anche l'accoglienza e il lavoro possibile con i padri, il sostegno alla diade genitoriale, oppure promuovono un piano di prevenzione e protezione a livello familiare. Alcuni lavori di ricerca sulla narrativa delle madri in contesti di cura differenti, in situazioni di disagio e non, sono state riportate per dare un'immagine delle diverse situazioni che il clinico si trova a fronteggiare nel momento della presa in carico e di anamnesi e sono state poi affiancate dalle narrative trovate nei forum di discussione di alcuni padri e compagni che si sono trovati a gestire una compagna con diagnosi di depressione post partum o affini. Risulta interessante notare come a differenti narrative corrispondano differenti modalità di chiedere aiuto, di cercare sostegno in altri nuclei familiari che abbiano affrontato tali situazioni e di agire nei confronti del compagno/a.

Verrà poi presentata la ricerca svolta all'interno del servizio ospedaliero Ambulatorio Progetto Panda Onlus a sostegno della genitorialità che ha voluto raccogliere le informazioni sulla tipologia dell'utenza, delle richieste di supporto, delle modalità di presa in carico e della caratterizzazione del disagio post partum a livello soggettivo. La procedura di costruzione del disegno di ricerca e della scelta e implementazione degli strumenti secondo i principi teorici di riferimento viene esplicitata in funzione degli obiettivi di ricerca e la progressiva acquisizione di dati e conoscenze cliniche da parte dell'equipe del servizio. I risultati presentati oltre ad identificare l'utenza e il disagio forniscono spunti di approfondimento sulle modalità di scelta e conduzione degli interventi.

## Cap. 1 – Storia della conoscenza del disagio nel post partum

### 1.1 - Prime teorizzazioni sul disagio materno

La depressione post natale è la patologia legata alla maternità più studiata a partire dagli anni 80 fino ad oggi. Si caratterizza come una condizione emotiva e mentale che colpisce in media il 10-12% (O'Hara e Swain 1999) della popolazione delle neo madri con sentimenti di tristezza, inaiutabilità, inadeguatezza, vergogna, scarso interesse nelle attività quotidiane, nelle relazioni sociali e nella cura del neonato, rabbia e nervosismo, sensi di colpa eccessivi e timore di sbagliare. So possono percepire ed osservare, nella donna, un'inerzia costante, difficoltà di concentrazione, agitazione o rallentamento motorio, disturbi dell'appetito o del sonno(classificazione da DSM-IV). Dal punto di vista diagnostico, la depressione post natale è considerata un episodio di depressione, che può essere classificato come minore o maggiore secondo i criteri del DSM-IV r, che si presenta in prossimità della nascita di un figlio, estendendosi poi per un periodo che può andare dai due mesi ai due anni (Cramer, 1998) e può presentare pensieri di morte. Può essere unipolare o bipolare se presenta anche ipomania o mania e si differenzia dal maternity blues o dalla psicosi post partum per sintomatologia, tempistica e insorgenza oltre che per prevalenza e ricorrenza della patologia.

In particolare, la maternity blues colpisce tra il 50 e l'80% delle donne nella prima settimana dopo il parto ed è causata da scompensi ormonali che provocano labilità d'umore e pianto per un periodo inferiore alle due settimane (Kennerley & Gaath 1989).

Molto raramente si instaura un disturbo psichiatrico con allucinazioni e deliri e compromissione generale del funzionamento della donna, si parla in questo caso, di psicosi post partum (Hipwell & Kumar 1997) e si tratta di una sintomatologia che riguarda il 1-2% delle madri

Queste, non sono però queste le uniche forme che il disagio nel periodo del post partum può assumere: sempre secondo la classificazione da DSM-IV, sono spesso diagnosticati a partire dal terzo trimestre della gravidanza fino all'anno di vita del bambino anche disturbi di asse primo legati alle emozioni di ansia e paura quali attacchi di panico e disturbo ossessivo-compulsivo o disturbo post traumatico da stress.

La ricerca su questa problematica pone l'attenzione su aspetti diversi e tutti ancora in una fase di definizione e ampliamento che caratterizzano l'interesse crescente della comunità scientifica in questo settore: diffusione e incidenza del disagio, sintomatologia, metodologie e strumenti di screening, rilevazione dei fattori di rischio e protettivi, sviluppo di interventi di prevenzione e trattamento efficaci, compromissione della relazione madre-bambino e dello sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino, ruolo del partner nella prevenzione o nel trattamento del disagio, sviluppo del ruolo genitoriale, possibili influenze sullo sviluppo di depressione paterna o di problematiche di coppia.

#### - Caratterizzazioni del disagio

Per avere una rappresentazione più completa del problema, possiamo ripercorrere gli studi condotti nelle diverse culture dagli anni 70 agli anni 90, con campioni di donne a cui è stata diagnosticata una forma di disturbo post partum, in Nigeria (Kelly, 1967) Cina (Pillsbury, 1978), India (Gautam et al, 1982), Giappone (Shinagawa, 1978) e Sudafrica (Chalmers, 1988). Questi lavori, hanno individuato, per lungo tempo, la depressione post natale come un fenomeno prettamente occidentale. Attraverso l'applicazione degli strumenti di screening di più recente sviluppo quali la Edinburgh PostNatal Depression Scale (EPDS; Cox et al, 1987) la loro traduzione e validazione nelle diverse culture, si è arrivati invece a raccogliere dati simili, per quanto riguarda la descrizione del disagio, in Europa, Africa, Nord e Sud America e Australia (Cox, 1983; Dennerstein et al, 1989; Jadresic et al, 1992; Thorpe et al, 1992; Aderibibge et al, 1993; Areias et al, 1996) e si sono rilevati punteggi lievemente più bassi nelle regioni orientali dell'Asia (Kit et al, 1997; Lee et al, 1998).

Risulta quindi ora possibile, avere una visione globale in cui tracciare le diverse rappresentazioni del malessere nel post partum nelle diverse culture per trovarne aspetti di similitudine o di specificità nella descrizione delle cause, del vissuto e delle sue conseguenze, a partire dalla gravidanza per arrivare al trattamento. Le meta-analisi condotte da Oates, Cox et al nel 2004, hanno indagato le percezioni delle relazioni sociali, dei cambiamenti fisici, del rapporto di coppia e della relazione madre-bambino. Possiamo trarne osservazioni interessanti nel confronto dei motivi di tristezza e di felicità citati dalle madri sia in riferimento alla gravidanza che al periodo immediatamente successivo al parto:

La sofferenza fisica legata alla nausea o al sonno disturbato e la scarsa disponibilità al colloquio del personale medico assistenziale sono i principali motivi di tristezza in gravidanza nei paesi europei,

americani e asiatici. Di contro, un benessere fisico e interventi di cura medicalmente e umanamente più adeguati non sono menzionati come causa di felicità.

Problemi nella gestione degli aspetti emotivi e di cura fisica del bambino sono considerati in maniera diversa in Europa rispetto le altre zone geografiche: l'allattamento a richiesta è visto come il motivo di stress maggiore se confrontato con i problemi di salute o il pianto del bambino.

Buoni rapporti sociali sono causa di felicità come una relazione di coppia soddisfacente in tutte le nazioni e al contrario la mancanza di supporto sociale e condivisione emotiva con i pari e con il partner è motivo di sofferenza. Eccetto la Svezia, a questo proposito, i rapporti con la suocera vengono visti come probabili fonti di stress nella gestione della quotidianità del bambino. In Africa più che negli altri paesi la soddisfazione nel rapporto di coppia è indicato come fattore discriminante nel primo post partum.

Nei paesi occidentali la ripresa di un peso corporeo usuale e del lavoro è un fattore di felicità mentre nelle nazioni asiatiche è esattamente il contrario e si vede più favorevolmente l'aver più tempo da dedicare esclusivamente alla cura del bambino senza pensare alle proprie attività e ruoli sociali.

Sul piano del trattamento, è universalmente riconosciuta l'importanza di condivisione delle difficoltà con il partner e con la rete sociale di supporto, nei paesi occidentali e in Giappone sono anche citati gli interventi professionali di psicologi, psichiatri, ostetriche, pediatri e ginecologi e in Particolare in Francia, Austria e America del nord.

La spirale d'emozioni negative tipica della depressione post partum, viene però descritta universalmente come "un tunnel", una serie di sensazioni, emozioni, pensieri e comportamenti inaspettati che finiscono per rappresentare una sorta di "living nightmare" (Beck, 2002).

## 1.2 - La prevalenza dei disturbi

### 1.2.1 - Prevalenza della depressione

Le stime mondiali sulla diffusione dei disturbi mentali, indicano che circa 300 milioni di persone soffrono attualmente di depressione e nelle rilevazioni annuali si trovano nuovi esordi di depressione maggiore per il 9-14% della popolazione mondiale adulta. Si pensa inoltre che nella prossima decade questo dato incrementi progressivamente fino ad arrivare nel 2020 ad una percentuale del 20%,



diventando così, la seconda causa di disagio mondiale. (Murray & Lopez, 1996; World Health Organization, 2005). Pare esserci una differenza di genere nella probabilità di sviluppare un disturbo depressivo durante l'arco di vita ed è più probabile nelle donne (20-26%) che negli uomini (8-12%) (Kessler et al., 1994; Szewczyk & Chennault, 1997).

La depressione, pare però incidere in maniera diversa nei 14 paesi considerati dalla World Health Organization e si assesta al 2,6% in Giappone fino al 15,9% del Brasile (Ormel et al., 1994). Questo tipo di patologia si associa poi ad una disabilità crescente portando al ritiro sociale, correlati ansiosi e conseguente aumento di utilizzo dei servizi assistenziali e dei costi relativi. Dal punto di vista socio politico è dunque importante impostare ora un piano di prevenzione e trattamento ed è per questo che the Global Burden of Disease e la commissione europea hanno definito la prevenzione e il trattamento di questo disturbo, come obiettivi prioritari a partire dal 2000 (Murray & Lopez, 1996).

Nelle prime ricerche condotte negli anni 80, si ipotizzava che nelle donne, la depressione post natale fosse più frequente della depressione stessa e di tutte le altre patologie cliniche (Cox et al., 1982; Kumar & Robson, 1984). Le evidenze trovate nei lavori successivi hanno invece evidenziato una sostanziale uguaglianza con tutti i disturbi affettivi (O'Hara, 1995). Numerosi lavori (Cooper et al., 1988; O'Hara et al., 1990; Troutman & Cutrona, 1990; O'Hara et al., 1991a; Whiffen & Gotlib, 1993; Cox et al., 1993a), dimostrano una equivalenza nella prevalenza di episodi depressivi maggiori per le donne con figli e senza figli, tuttavia, se la rilevazione avviene nei primi tre mesi successivi al parto, la prevalenza di disagio nelle donne primipare, triplica rispetto le donne senza figli (O'Hara et al., 1990; Cox et al., 1993a; Augusto et al., 1996). Un nucleo ricorrente e distintivo dei vissuti depressivi nelle neo-madri rispetto alla depressione generale, è la percezione di distanza che esiste tra le aspettative sviluppate nel periodo della presa di decisione di avere un figlio o durante la gravidanza e ciò che si osserva o si sente nella quotidianità del primo post partum: l'angoscia forte e continua che si associa alla sensazione di non essere madri adeguate o addirittura perfette, diverse dall'immagine sognata e da quella conosciuta precedentemente alla gravidanza, come se non bastasse diversa anche dalla rappresentazione di sé condivisa dal partner, dalle famiglie d'origine, dalla propria rete di amicizie e di conoscenze e infine da quella che la società estesa si aspetta per una madre. (Tammentie et al., 2004; Harwood et al., 2007).

### 1.2.2. - Prevalenza della depressione post partum

Sebbene si ritenga che la depressione post partum riguardi il 12-15% delle donne, la prevalenza varia dal 3% al 30% in funzione dei metodi e del momento della rilevazione di screening. Il filone americano, ha approfondito i dati di incidenza del fenomeno a partire dagli anni 2000 e ha dichiarato inizialmente una media intorno al 10%, (Halberich 2005-2006) per poi trovare che i dati nella sola America variano dal 3 al 48.6%; questa variabilità nei diversi stati è dovuta a fattori socio-culturali, approcci ai problemi psicologici e allo stigma che li circonda, nonché a fattori biologici e fisiologici legati alla sensibilità ormonale. Billing, negli stessi anni ha analizzato l'incidenza di DPP nel primo anno di vita del bambino e ha così trovato una media un po' più stabile intorno al 13%, valori più alti anche di ansia nei primi tre mesi di vita del bambino che tendono poi a scendere fino ad arrivare all'estremo minore dopo l'anno di vita. Sempre nei primi tre mesi dopo il parto, si riscontrano dal 40% al 70% degli esordi.

La durata dei disturbi persiste per diversi mesi, deve essere sempre trattata e la maggior parte (dal 25% al 60%) dei casi va in remissione dopo sei mesi, mentre il 15%-25% dopo un anno e il restante 10%-15% perdura non trovando beneficio dal trattamento proposto e può portare ad una cronicità (guide line -National Health and Medical Resource Council-, 2000).

Studi di follow-up ad un anno dall'esordio sintomatico, hanno trovato una probabilità di rischio allo sviluppo di disagi psicologici nel post partum più alta in persone con precedenti diagnosi di depressione maggiore. Questo dato si accorda alle ricerche che indicano la maggiore comorbidità per ansia e disordini depressivi in persone con episodi di depressione maggiore (Broadhead et al., 1990; Eisenberg, 1992).

Tuttavia, problemi d'ansia, disturbi ossessivi compulsivi e sintomi di disturbo post traumatico di stress, tendono a ripresentarsi in maniera costante nella fase del post partum e giungono all'osservazione clinica perché invalidanti per le neo mamme con conseguenze importanti nel benessere della relazione madre-bambino e in quella di coppia. (O'Connor et al., 2003)

Per queste tipologie di problema non sono stati condotti studi approfonditi e meta analisi in grado di fornire esaustive statistiche epidemiologiche. La stima dei casi di disturbi d'ansia legate alla maternità non è ancora stata validata ma si pensa sia superiore a quella della depressione post-partum (Wenzel, 2004). Per quanto riguarda invece i disturbi ossessivo compulsivi, pare che il 5-6% delle madri ne soffra, con una probabilità molto alta di incidenza (89%) nel caso esista una storia

pregressa con manifestazioni lievi del disturbo (Uguz et al., 2007). Quello della valutazione epidemiologica di queste sintomatologie è dunque un campo di ricerca attualmente in via di definizione ed evoluzione e costituisce un punto di accesso interessante nel panorama nazionale ed internazionale.

### *1.3 - Le Ricerche sui fattori di rischio e protettivi*

I fattori di rischio, sono tutte le condizioni o caratteristiche proprie della persona o della situazione ambientale in cui vive, che possono aumentare la probabilità di sviluppare un particolare stato di sofferenza rispetto ad un campione generico della popolazione equiparabile a lei per tutte le altre caratteristiche. I fattori protettivi, similmente, sono tutte quelle caratteristiche che possono migliorare o incidere sul rischio personale di sviluppare tale malessere.

Alcuni di questi fattori sono comuni nei diversi disturbi mentali: una storia familiare con episodi di disordini affettivi gravi, la presenza di importanti fonti di stress, bassi livelli di autostima, una condizione socio economica critica, sono sempre un fattore di rischio, mentre l'aver un alto funzionamento cognitivo, un'alta autostima, una situazione lavorativa ed economica stabile o il mantenere relazioni positive e affettivamente supportive nell'ambiente familiare ed amicale sono ritenuti sempre protettivi (Mrazek & Haggerty, 1994).

La ricerca sui fattori di rischio è complicata dalla variabilità dei diversi metodi di classificazione e di definizione del disagio nel post partum, il tempo in cui viene rilevata la presenza o la remissione dei fattori, la tipologia di strumentazione utilizzata per l'assessment e il tipo di campione utilizzato. Questi ultimi, vengono differentemente inclusi nelle metodologie di review che si occupano di questa tematica nei diversi paesi di interesse, causando problemi metodologici specifici non sempre trascurabili. Specie le differenze rispetto il livello di educazione, lo stato civile, il livello socioeconomico ed episodi di depressione precedente la gravidanza risultano molto variabili nei diversi campioni presi in considerazione (Arizmendi & Affonso, 1984). Risulta tuttavia evidente e generalizzabile, secondo Halberich (2005), che alcuni fattori soggettivi di vulnerabilità psicologica e gli eventi stressanti di vita sono critici almeno quanto le variabilità ormonali nell'esordio sintomatico. Thorp, nel 2006, ha indagato i fattori protettivi, individuando nel sostegno dato dal partner nel primo mese di gravidanza e nel suo grado di decisionalità riguardo alla crescita del bambino durante tutta la gravidanza e nei primi mesi del post partum, il fattore più discriminante per il benessere della donna. Nei primi mesi dopo la nascita risultano invece più importanti i livelli di sostegno sociale ed emotivo percepito dalla donna come adeguato sia dal punto di vista pratico che emotivo.

Per queste ragioni, è di attuale interesse la tematica della maternità in un paese straniero, situazione che potenzialmente riunisce molti fattori di criticità: scarso supporto familiare, possibilità ridotta di accedere alle strutture di assistenza, risorse economiche ristrette. Per queste ragioni e per la differenza di concezione del parto da cultura a cultura, spesso il personale ospedaliero si trova a gestire la gravidanza della donna straniera in tempi ristretti, senza la possibilità di svolgere il normale iter di assistenza alla nascita, con le tempistiche seguite dalle donne italiane e in situazioni d'emergenza clinica. Questo perché il ricorso al personale professionistico è identificato, dalle famiglie straniere, solo in termini di necessità medica impellente, spesso senza il supporto di un mediatore culturale per impossibilità di attivare il consulto in tale contesto. Alcune richieste degli assistiti, possono essere ritenute bizzarre dal nostro personale, in quanto derivanti da pratiche religiose o culturali legate alla nascita che risultano di intralcio nel nostro iter medico ed ostetrico. La scarsa o difficile comunicazione di questi aspetti può incidere sfavorevolmente nella rappresentazione del momento del parto come un'esperienza spaventante, vissuta in solitudine e in termini clinici traumatizzante e può quindi diventare fattore scatenante di una difficoltà emotiva nel post partum. Anche la poca possibilità di aiuto nei primi quaranta giorni successivi alla nascita incide nella stessa maniera sulle donne straniere che non accedono facilmente ai servizi locali territoriali attivati dai consultori o dai presidi ospedalieri come ad esempio le visite a domicilio delle ostetriche.

Come esplicitato nella tabella 1.1, i fattori di rischio vengono classificati sulla base dell'accordo ottenuto all'interno della comunità scientifica sul grado di generalizzazione che può statisticamente essere confermata e si suddividono quindi in: confermati (75% di accordo nei disegni di ricerca della stessa tematica), probabili con bisogno di analisi successive (dal 40% al 60% di accordo in peer-reviewed studies), possibili ma che presentano al momento solo dati confusi (con evidenza molto basse inferiore al 20%) e infine probabili e possibili fattori protettivi che necessitano in ogni caso di ulteriori conferme scientifiche.

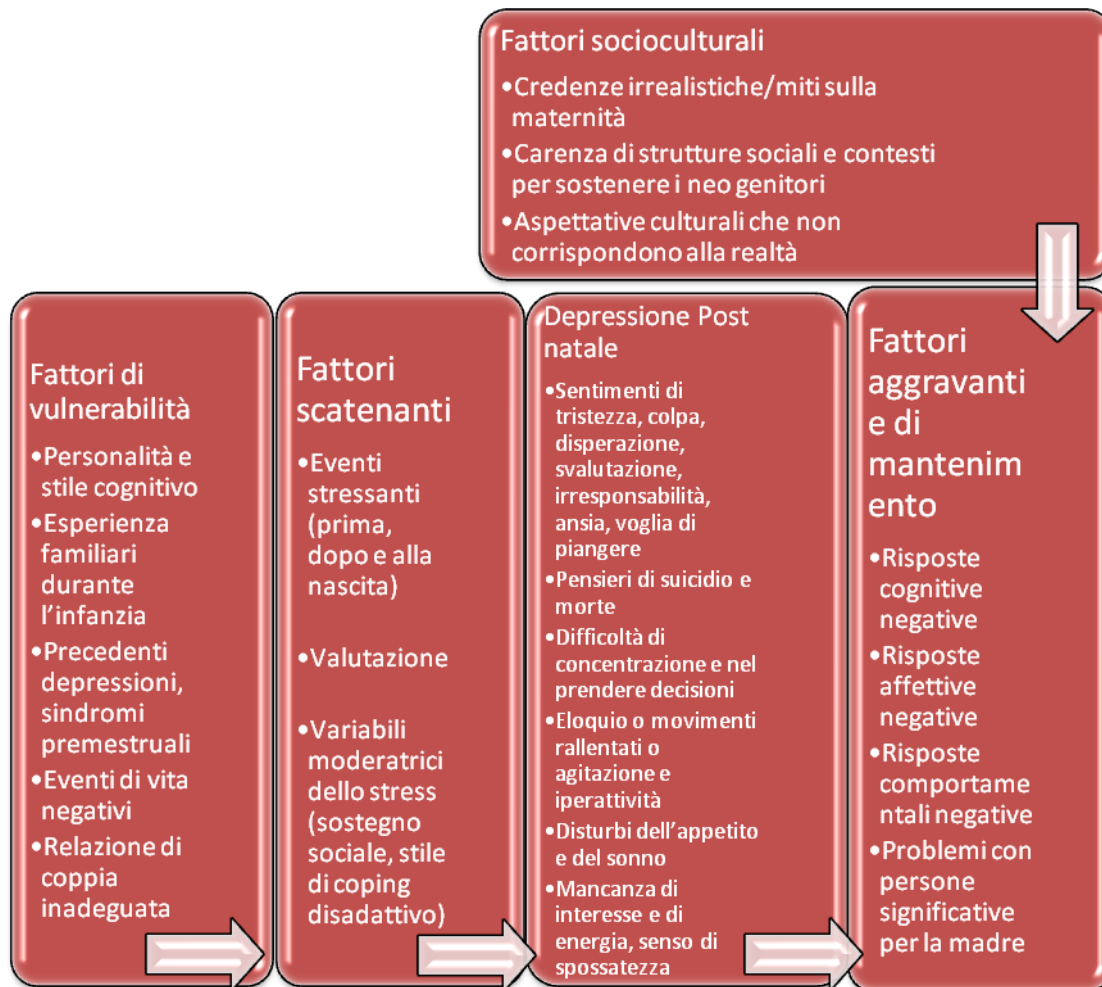
Tab. 1.1 RISK FACTORS FOR POSTNATAL DEPRESSION

| Confirmed risk factors         | Probable risk factors                         | Possible risk factors           | Protective factors         |
|--------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------|
| Personal history of depression | Family history of psychopathology             | Early discharge                 | Optimism and self-esteem   |
| Depression during pregnancy    | Single parenthood                             | Breastfeeding                   | Marital relationship       |
| Marital relationship           | Severe maternity blues                        | Thyroid dysfunction             | Availability of support    |
| Lack of support                | Personality characteristics                   | Hormonal changes                | Preparation for parenthood |
| Stressful life events          | Negative cognitive style                      | Poor relationship with parents  |                            |
|                                | Birth experiences and obstetric complications | Bereavement                     |                            |
|                                | Partner's level of depression                 | Maternal age                    |                            |
|                                | Infant health, temperament and behaviour      | Parity                          |                            |
|                                | Genetic vulnerability                         | Premature delivery              |                            |
|                                | Neurotransmitters                             | Cultural issues                 |                            |
|                                |   | Aboriginal women                |                            |
|                                |   | Women in rural and remote areas |                            |
|                                |   | Adjustment to parenthood        |                            |
|                                |   | Childhood sexual abuse          |                            |
|                                |   | Physical illness                |                            |

La conoscenza sviluppata da Engel negli anni ottanta, opposta al modello biomedico di dicotomia salute / malattia, fornisce un approccio e una descrizione della malattia attraverso un modello integrato di aspetti medici, psicologici, sociali familiari fra loro interagenti che modificano e determinano la sofferenza fisica. Questo è il modello bio-psico-sociale, che risulta applicabile e utile anche all'analisi della depressione post partum. Il modello in generale è sviluppato secondo la concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization) che pone l'individuo ammalato al centro del sistema di variabili influenti e concatenate tra loro che il medico deve tenere in considerazione in modo globale nell'impostare il metodo di trattamento. Facendo dunque riferimento all'applicazione di questo approccio alla nostra tematica di riferimento, si considerano rilevanti fattori ostetrici, fisiologici, psicologici, relazionali e sociali nella insorgenza e nel mantenimento della PPD. La definizione di tale configurazione, pone la depressione post partum come un Adjustment Disorder (Whiffen, 1991), cioè un disturbo che pur insorgendo in un momento di vita particolare della mamma, riguarda e coinvolge tutto il sistema familiare.

Possiamo inoltre osservare nel grafico 1.1, come, in questo modello, i fattori di rischio si distribuiscano nelle diverse categorie di appartenenza ora come fattori aggravanti o di mantenimento, di vulnerabilità, scatenanti oppure come fattori sociali e culturali (Milgrom, 2009). Alcuni di questi quindi, anche se non ritenuti certi secondo la categorizzazione di rischio, vengono tenuti in forte considerazione e monitorati costantemente nella popolazione di riferimento, allo scopo di determinare eventuali correlazioni anche non dirette con l'esordio, il mantenimento o la remissione della patologia stessa. Possono diventare poi dei fattori aggravanti o predisponenti ad una difficoltà di cura e in questo caso, identificano un intervento non adeguato al singolo caso all'interno un piano di prevenzione o di trattamento già in corso e predispongono al miglioramento delle strategie cliniche attualmente utilizzate.

Grafico 1.1 –MODELLO BIO PSICO SOCIALE PER LA DEPRESSIONE POST PARTUM  
(Milgrom,2009)



Gli argomenti che sono stati maggiormente sviluppati in questo senso dalla letteratura di riferimento, sono la capacità genitoriale percepita, la storia di attaccamento passata, una storia di disagio mentale in famiglia, la soddisfazione coniugale:

- Uno studio interessante della Columbia University del 2005 ha introdotto il concetto di soddisfazione della proprie competenze genitoriali come fattore predittivo importante di depressione post partum. I lavori di meta analisi svolti da Dennis nel 2005 e da Stewart nel 2006, hanno identificato sei fattori principali di rischio: la presenza di sintomi depressivi e/o ansiosi durante la gravidanza, recenti eventi di vita stressanti, la mancanza di supporto sociale (percepito o ricevuto) e conflitti con il coniuge, precedenti episodi depressivi, familiarità per depressione e senso di inadeguatezza in quanto madre. Studi svolti in Giappone e nei paesi asiatici in generale (Ontai et al, 2008) hanno trovato che la fiducia nelle proprie capacità genitoriali viene influenzata anche e soprattutto dalla presenza nella famiglia

allargata di problemi di salute mentale persistenti, specie per le persone che vivono in comunità ristrette di zone rurali con scarse possibilità di accesso ai servizi di assistenza e cura. Un fattore aggravante in questo caso, è la scarsa percezione di supporto sociale che deriva dal non poter fare affidamento né sulle persone appartenenti alla propria famiglia, né su amici e personale qualificato nella gestione del neonato. Sempre in riferimento allo sviluppo della competenza e sicurezza genitoriale, considerazioni particolari vanno fatte per i genitori single che pare sviluppino questa competenza in tempi più lunghi dei genitori che hanno una situazione stabile di coppia a parità di conoscenze e capacità di accudimento.

Uno studio di Talati et al. del 2007, ha tuttavia dimostrato che le madri single hanno maggiori probabilità di sviluppare una forma di sofferenza legata al parto e all'accudimento più gravoso del neonato durante il suo primo anno di vita.

- Lo studio sui fattori di rischio, è importante nella costruzione di strumenti di screening, ma anche nella programmazione di interventi di prevenzione e di trattamento della sintomatologia e dei fattori sottostanti. In Australia, il gruppo di Mc Mahon (2006), interessandosi proprio a questi argomenti e riconducendosi alla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1989), ha individuato nella relazione difficile con il partner e in un attaccamento insicuro nell'infanzia che porta ad uno stile relazionale ansioso le cause principali della mancanza di cure che la madre depressa fornisce al bambino e nel rapporto interpersonale caratterizzato da sfiducia, la causa di mantenimento della sintomatologia. Secondo l'autrice inoltre, la presenza di sintomatologia al quarto mese di vita del bambino è il fattore predittivo più importante di DPP dopo un anno e quindi di cronicizzazione. Secondo Catherine Monk (2008) la sicurezza di attaccamento della madre è addirittura l'unico fattore in grado di contribuire da solo allo sviluppo di disagi nel post partum. Anche se non ci sono ancora evidenze internazionali che confermino queste assunzioni, i programmi di prevenzione che si stanno sviluppando negli ultimi anni, prevedono all'interno della procedura di valutazione e screening, due momenti di rilevazione dello stile di attaccamento, la prima in gravidanza e la seconda nei primi tre mesi di vita del bambino. All'interno del contesto psico-educazionale inseriscono poi delle tecniche di modificazione delle strategie di accudimento e attaccamento.
- Per quanto riguarda il ruolo dei fattori di stress, in Canada negli ultimi anni, si sono studiate le associazioni tra DPP e fattori associati. Si sono trovate correlazioni con i



disturbi del sonno nella madre ma anche nel bambino (Ross 2004, Tennis 2004) e con una povertà di relazione che porta le madri ad utilizzare i servizi per la propria vita sociale. I correlati di vita personale e di vulnerabilità psicologica però risultano essere sempre presenti (Dennis 2005) nell'analisi globale della situazione specifica. I fattori di stress rientrano dunque nella maggior parte dei casi nella categoria fattori scatenanti o precipitanti.

- Il supporto sociale percepito, è da più autori (Saisto et al, 2001; Ross et al, 2004; Rich-Edwards et al, 2006) definito un fattore di rischio precipitante e aggravante, da parte della propria famiglia di origine, il partner e la rete sociale di riferimento. Una ricerca italiana (Saita et al, 2008), ha valutato che le donne che manifestano un disagio a 3-6 mesi dal parto, sono significativamente più insoddisfatte del supporto percepito per quantità e costanza ma anche tipologia dello stesso rispetto alle donne che non presentano sintomatologia. Avrebbero inoltre voluto più sostegno da parte dell'ostetrica, del ginecologo e delle altre neo mamme durante la gravidanza.
- Il ruolo del partner risulta anche fondamentale nella strutturazione di una nuova dinamica di coppia che permetta di comunicare rispetto alle funzioni genitoriali e l'aiuto reciproco che risulterà necessario fornire nei primi mesi dopo il parto. Evidenze sperimentali (Thorp et al, 2004) indicano infatti che il ritiro da parte del partner, percepito dalle donne in gravidanza in corrispondenza delle loro richieste di comunicazione sul cambiamento familiare è un fattore precipitante di stress.

Nell'individuazione delle donne a rischio si tiene dunque conto di tutti questi fattori e le batterie utilizzate a questo scopo includono spesso numerosi strumenti volti ad indagare la situazione psicopatologica e sintomatologica, il background familiare e sociale della donna, il grado di soddisfazione negli ambienti lavorativi familiari e nei diversi ruoli che riveste socialmente e in famiglia fino a giungere all'analisi dello stile di attaccamento e alla fiducia che si ritiene di avere come genitore. Sempre l'Australia ha svolto degli importanti studi sui metodi di screening nell'individuazione di donne in gravidanza a rischio. Matthey nel 2004, ha applicato come strumenti di assessment diagnostico alcuni tra i più diffusi strumenti di valutazione che valutano le scale di ansietà, di storia clinica passata, di legami con i famigliari, di supporto sociale percepito, e grado di depressione. Per quanto riguarda l'assessment clinico, il suo giudizio basato su validità e semplice integrazione nel processo diagnostico conferma che la Edimburg Post partum Depression Scale fornisce una valutazione migliore e che l'integrazione con uno strumento che valuti i livelli d'ansia è importante.

#### *1.4 - Le Ricerche sui modelli di intervento*

La ricerca sull'efficacia del trattamento della depressione post partum, si concentra su tre punti fondamentali:

La prevenzione dei fattori di rischio nella popolazione delle future mamme, specie in quelle situazioni in cui c'è un fattore di familiarità o in situazioni economiche disagiate e con scarso supporto sociale (Green & Murray, 1994; Sharp, 1996; Wilson et al., 1996). In questa fase è utile avere un programma di screening efficace, in grado di monitorare la presenza di rischi elevati nelle popolazioni a livello locale, in una fase precedente al parto, che permetta di creare una rete di sostegno assistenziale e familiare adeguata per tutta la durata della gravidanza e nell'immediato post partum.

Valutazione dell'efficacia dei singoli trattamenti individuali, familiari o di gruppo in funzione del singolo caso clinico. Si parla in questo caso di psicoterapie, terapie psichiatriche o percorsi di counselling.

Valutazione dei trattamenti multidisciplinari applicati in parallelo al singolo caso. Sono questi i casi in cui ad un approccio farmacologico sotto stretto controllo medico è affiancata una terapia individuale o di coppia oppure un intervento di gruppo o un sostegno portato direttamente a casa nella pratica quotidiana da parte di un counsellor o di un educatore adeguatamente formato (Clement 1998).

Il trattamento della depressione post partum prevede infatti nella maggior parte dei casi un approccio che combini diverse professionalità e stili di intervento: terapie farmacologiche e psicoterapie sono ora spesso utilizzate in modo complementare con l'assunzione di farmaci nella prima parte del trattamento e un percorso psicoterapeutico come mantenimento in una seconda fase.

##### 1.4.1. - Trattamento Psichiatrico:

In caso di depressione grave, i farmaci sono ritenuti indispensabili e i più utilizzati sono gli antidepressivi, a volte somministrati assieme ad ansiolitici, se è rilevante la componente ansiosa o l'insonnia è un sintomo frequente e ricorrente che invalida in modo significativo il ruolo materno e il funzionamento generale della paziente. Gli antidepressivi, seppur non presentano problemi di assuefazione o astinenza, vanno scelti con molta attenzione agli effetti collaterali eventualmente presenti per il bambino se la madre è in fase di gravidanza o allattamento. In particolare, anche se la quantità di antidepressivo o tranquillante che passa dal latte materno è minima, non esistono su tutti i farmaci, certezze assolute rispetto all'effetto negativo che possono avere sul piccolo. Per questo, è

richiesto l'intervento dello psichiatra nell'impostazione della terapia da seguire in modo da poter compiere la scelta più adeguata al caso e sicura per la salute del neonato. Questo fattore è molto importante nel panorama moderno, perché attualmente sta aumentando la conoscenza e sensibilità sociale al problema ma permane la ritrosia e scarsa attitudine a rivolgersi agli specialisti del settore preferendo comunque il medico di base per la permanenza di idee e pregiudizi che riguardano le persone che si rivolgono agli psichiatri e in parte minore agli psicologi, in caso di necessità. Esistono tre tipologie di antidepressivi:

- *tradizionali o triciclici*: i principi attivi di questa classe di farmaci sono la desipramina, nortriptilina, amitriptilina, cloripramina. Sono state queste le sostanze normalmente utilizzate nel trattamento della depressione maggiore dagli anni sessanta in poi e sebbene presentino maggiori effetti collaterali, specie per chi è affetto da patologie coronariche, rispetto i farmaci di nuova generazione sono ancora spesso ritenuti il trattamento d'elezione. Esistono anche molecole gli anti-MAO o IMAO e IMAO reversibili per i quali è necessario condurre una dieta specifica per non assumere sostanze che interagiscono con questi farmaci in maniera sfavorevole come i formaggi stagionati o il vino rosso.
- *Antidepressivi di ultima generazione*: sono le sostanze maggiormente utilizzate ora per la loro maggiore sicurezza e per i minori effetti collaterali. Sono i ricaptatori della serotonina (la fluoxetina, paroxetina, citalopram, fluvoxamina, sertralina, ecitalopram) o gli inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (venlafaxina, duloxetina, mirtazapina, reboxetina).
- *Gruppo misto*: trazone, bupropione, mianserina, l'amilosulpride.

In generale servono dalle 2 alle 5 settimane di assunzione per avere la percezione degli effetti del farmaco, anche se, fin dalle prime assunzioni, si può osservare un miglioramento dell'insonnia e dello stato di agitazione o di rallentamento motorio. Nel 70% dei casi il farmaco assunto come prima scelta si rivela adeguato senza necessità di modificazione della terapia e nell'80% dei casi il trattamento farmacologico porta beneficio. Nei casi in cui la depressione sia associata ad alti livelli di ansia, si ha una risposta più ritardata e meno efficace al trattamento antidepressivo (Hendrick, 2000).

#### 1.4.2. - Trattamenti psicoterapeutici:

Tra i trattamenti psicoterapeutici individuali, ritenuti dalla letteratura di riferimento maggiormente adatti alla tipologia di disagio, troviamo la terapia comportamentale, quella cognitiva, quella interpersonale. In alcuni casi, l'affiancamento durante o a fine terapia con un gruppo di confronto formato da 8-10 mamme può essere ritenuto una buona strategia di mantenimento e auto-osservazione, in quanto, il rapporto che si instaura con le altre persone del gruppo, aiuta a mantenere dei contatti sociali e a ridurre il senso di solitudine e inaiutabilità. Inoltre, la condivisione dei propri stati emotivi, ha un effetto di normalizzazione che fa sentire la donna compresa e riduce il senso di colpa. Un'altra metodologia simile è quella del gruppo di auto-aiuto formato in maniera indipendente da persone dello stesso territorio che si ritrovano regolarmente per parare e fornire reciprocamente del supporto tra pari. Negli ultimi anni, sono nati con questa impostazione e con lo stesso obiettivo, dei gruppi che si riuniscono via web formando dei forum di discussione e confronto regolare.

In caso di modificazione degli equilibri di coppia, incomprensioni e incapacità di comunicazione che precludono le capacità genitoriali, un percorso terapeutico di coppia, aiuta entrambi i genitori ad adattarsi nel miglior modo possibile alla nuova situazione. In caso di valutazione clinica che presenta rischi di autolesionismo per la madre o di possibili rischi di incolumità fisica o trascuratezza per il neonato, si procede al ricovero temporaneo in ospedale con l'aiuto del medico di famiglia, di uno psichiatra o tramite l'invio diretto al pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli studi sull'efficacia dei trattamenti, una review dell'inglese Boath del 2006 ha analizzato 7 diversi studi di efficacia di terapia cognitivo - comportamentale, 1 di trattamento farmacologico e 1 di trattamento con il carbonato di calcio. I risultati hanno evidenziato un miglioramento in tutte le situazioni ma non sono stati possibili degli studi comparativi per determinare il miglior trattamento. Di seguito una breve spiegazione delle diverse impostazioni negli approcci più diffusi:

1. La terapia comportamentale. Un percorso terapeutico si svolge nell'arco delle 15-20 sedute per un periodo di circa 25 settimane con sedute regolari di un'ora l'una. Ci sono diverse fasi di trattamento: la prima è la fase valutativa in cui viene fatta un'analisi dettagliata della sintomatologia, delle risorse e delle difficoltà presenti nel caso. Spesso, prevede la somministrazione di questionari che permettano di raccogliere informazioni sulla

sintomatologia, lo stile di personalità, il livello di sofferenza percepito, il rapporto con il bambino, la qualità e frequenza dei contatti sociali e il grado di coesione e disponibilità di parenti ed amici di fornire aiuto alla madre in difficoltà. La seconda fase, più specificatamente trattamentale, consiste nella scelta delle tecniche comportamentali più utili a rendere più funzionali le relazioni e le attività della madre e si concentra sul loro insegnamento e apprendimento. La collaborazione, in questo momento di terapia tra paziente e terapeuta è molto stretta ed attiva, poiché le tecniche vanno esercitate in maniera regolare ed eventuali difficoltà vanno riconosciute e riportate dal paziente per essere efficacemente ridotte con l'aiuto del terapeuta e renderne l'applicazione più efficace. In questa fase, sono frequenti i compiti a casa, volti a osservare gli effetti della depressione sulle attività quotidiane e a contrastare l'apatia e lo scarso interesse per le attività piacevoli che provocano il ritiro sociale e l'aggravarsi dello stato depressivo. La terza fase invece, prevede il monitoraggio dei progressi e dell'effettiva capacità della persona di applicare quanto appreso nei contesti e momenti appropriati e dura per 4-6 mesi con una frequenza di una seduta al mese fino a fine terapia. In questo momento è possibile affiancare un percorso di gruppo che sostenga l'autonomia ritrovata e porti la persona ad esprimere i propri sentimenti e pensieri all'interno di un contesto sociale allargato.

Principali strumenti usati nella fase di valutazione: EPDS. La Edimburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al. 1987), è un questionario di 10 domande autosomministrato che indaga i principali sintomi depressivi: ansia, senso di colpa, incomprensione, fallimento, tristezza e pianto, disturbo del sonno. Matthey nel 2004, ha confermato la validità e la facilità di somministrazione di questa scala confrontandola con altri strumenti di valutazione di ansietà, storia clinica passata, legami con i familiari, supporto sociale percepito e grado di depressione. Il suo giudizio indica che l'integrazione con uno strumento che valuti i livelli d'ansia è importante.

Altri possibili strumenti in grado di dare una misura attendibile del livello di sintomatologia sono il Beck Depression Inventory (Beck, 1988), il Beck Anxiety Inventory (Beck, 1989), il Center for Epidemic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977), che si sono dimostrati facili da somministrare e attendibili dal punto di vista clinico.

Grafico settimanale dell'umore: è un grafico da auto compilare giornalmente sempre alla stessa ora monitorando lo stato dell'umore attribuendo un valore da 0 (disperato) a 100 (euforico). Si annotano anche eventuali note su attività svolte, dieta seguita, eventi ritenuti importanti accaduti durante la giornata. Questo perché, se nella settimana ci sono valori significativamente

differenti dalla media tenuta abitualmente, le note aiutano a rintracciare cosa può aver influito sull'umore.

Schema delle attività: grafico da auto compilare giornalmente annotando tutte le attività svolte durante la giornata e il grado di piacevolezza e di utilità percepite nel farle. Questi strumenti aumentano la capacità di valutare criticamente la sintomatologia ansiosa e di verificare eventuali miglioramenti o difficoltà nel percorso terapeutico.

Principali tecniche comportamentali utilizzate: Gli obiettivi della terapia comportamentale prevedono di trovare il collegamento esistente tra attività svolte e andamento dell'umore in modo da poter rendere più funzionale questa associazione tramite la modifica delle stesse attività. Si sfruttano a questo proposito, le loro caratteristiche di quantità, frequenza o valenza (positiva e negativa) che assumono per la persona stessa. Per fare questo, si discute sulla tipologia di attività, le eventuali influenze reciproche, l'andamento dell'umore prima dopo e durante lo svolgimento delle stesse. Si procede poi all'aumento di quelle percepite come piacevoli pianificando tempo e modalità che permettano di trarne il maggior piacere possibile. Questo momento è visto spesso come difficile dalle mamme, in quanto gli impegni di accudimento del neonato spesso fanno slittare il momento programmato, ne impediscono lo svolgimento continuativo o rendono meno efficace il rilassamento necessario a goderne. Per questo è importante stabilire con il terapeuta alcune possibili strategie da utilizzare per rendere meno frequenti le interruzioni o distrazioni quali, il chiedere aiuto ad alcune persone specifiche che vengono coinvolte nel percorso, imparare a coinvolgere il partner nell'accudimento del bambino in modo da renderli autonomi durante il compito, ecc... anche la scelta delle attività è spesso una fase critica perché la sintomatologia di depressione non permette alla mamma di identificare l'aspetto gradevole della quotidianità. In questo caso è utile ricordare quali erano quelle attività considerate piacevoli prima della gravidanza e partire dal reintrodurre proprio queste ultime, in modo inizialmente anche forzato, per poi arrivare ad includere attività da svolgere con il bambino come il massaggio infantile e il gioco, che aiutano ad entrare in maniera più serena nel ruolo materno.

Altrettanto importante è saper ottenere uno stato di rilassamento ottimale che favorisce un accudimento più adeguato alle richieste del bambino e più sereno da parte della madre. Si insegnano dunque alcune tecniche di rilassamento muscolare, partendo dal riconoscimento della tensione presente o crescente nei diversi distretti corporei per poi arrivare a gestire la contrazione e il successivo rilassamento degli arti sia in maniera selettiva che progressiva.

Un ultimo intervento comportamentale prevede il monitoraggio critico dei propri modi di comunicare con le persone di riferimento, in modo da notare eventuali atteggiamenti aggressivi o passivi che provocano una difficoltà della relazione, della richiesta di aiuto e dunque un possibile aggravarsi della condizione emotiva depressiva. Si parla dunque di assertività e dell'importanza di inserire commenti positivi alle azioni dell'altro, motivazioni alle proprie critiche o richieste modulando il tono all'intenzione comunicativa che si vuole rendere esplicita all'altro. Questo intervento aiuta soprattutto il rapporto di coppia che è messo spesso in crisi dalla difficoltà di comprendere gli stati emotivi che portano la madre depressa a comportarsi in modo ora aggressivo ora compiacente e sempre con una connotazione di critica e biasimo.

I pensieri che caratterizzano la depressione post partum sono di genere esistenziale (riuscirò a essere una brava mamma) ma anche pratici (riuscirò a calmarlo quando si sveglierà piangendo) e sono tutti percepiti come estremamente angoscianti, senza soluzione e ricorrenti. La reazione che ne deriva è la sensazione di non poter agire in nessun modo, né occupandosi delle azioni quotidiane né cercando di risolvere o ridurre le emozioni negative suscitate dal programmare attività future. Una tecnica che può rendere più semplice iniziare a programmare e svolgere le attività di base di accudimento del bambino è il problem solving che può essere applicato dalle madri individualmente o essere condivisa all'interno della famiglia per definire i problemi e scegliere le soluzioni più adeguate in grado di soddisfare tutti i membri della famiglia. In questo caso è importante stabilire un orario in cui tutti possano partecipare e affrontare solo un problema alla volta. Il primo passo è definire il problema in termini di obiettivo perché questo tipo di riformulazione predispone a trovare soluzioni più mirate, sotto-obiettivi accessibili e meno "spaventanti" agli occhi della donna che soffre di depressione e non meno importante, collaborazioni possibili tra i membri della famiglia, in quanto viene a cadere l'aspetto di "colpa" insito nella definizione di "problema". A partire dall'obiettivo si apre poi la fase di brainstorming, in cui ognuno propone le idee che gli vengono in mente anche se possono sembrare assurde o poco realizzabili. Ogni proposta va poi valutata e completata anche con l'unione di più idee, fino a trovare la soluzione migliore. Si procede poi alla stesura del piano di azione per punti decidendo anche la tempistica e i protagonisti di ogni fase del programma. I risultati e le difficoltà che si potranno incontrare vanno discussi tutti insieme in modo da poter modificare il piano originale in maniera più funzionale.

Questa metodologia è proposta anche nella depressione post partum perché a partire dal clima relazionale favorevole che si crea nella collaborazione ad un progetto di famiglia può essere una buona esperienza di relazione per la madre in difficoltà oltre che un modo di stimolare il

supporto sociale intorno al compito di accudimento del bambino riducendo così gli effetti di un'attenzione non costante o poco partecipata della madre sul suo sviluppo emotivo e cognitivo e facendo sentire la madre stessa meno responsabile o in colpa per la sua situazione.

2. Trattamenti Cognitivi: La terapia cognitiva si basa sulle teorizzazioni di T.Beck riguardo il pensiero disfunzionale per la depressione. Secondo questo modello, questa particolare configurazione di sofferenza è caratterizzata da tre schemi di pensiero negativi sviluppati fin dall'infanzia fino a diventare automatiche: Pensieri negativi su sé stessi, sul mondo e sul futuro. Questa tendenza, che normalmente non provoca peggioramenti nello stile di vita, può diventare il motivo di innesco di una spirale emotiva negativa in presenza di avvenimenti stressanti, quali una rottura amorosa, un licenziamento e anche la nascita di un figlio con i cambiamenti di relazioni e l'assunzione di nuove responsabilità che comporta. I pensieri disfunzionali agiscono sulla capacità di reagire a tali cambiamenti riducendola sulla base del calo dell'umore dovuto alla convinzione di non essere all'altezza della situazione, che gli altri non siano in grado di capire e che non ci sia possibilità in assoluto di trovare una soluzione positiva. Normalmente pensieri positivi e negativi si compensano, ma in uno scompensamento depressivo, quelli negativi prendono il sopravvento determinando il momento di immobilità e apatia. Alcune modalità di interpretare le situazioni possono portare a rendere più frequenti ed importanti questi pensieri: generalizzare una situazione sfavorevole a tutti gli ambiti della propria vita, saltare subito alle conclusioni definitive e negative che gli altri possono avere del proprio comportamento, pensare in modo dicotomico alle cause che sostengono un comportamento degli altri, catastrofizzare ogni aspetto negativo della propria quotidianità portandolo alle conseguenze peggiori, cercare nella realtà solo gli aspetti che confermano il proprio punto di vista negativo, giudicare sé stessi sulla base delle proprie emozioni negative e infine sopravalutare un evento negativo passato nella predizione di quelli futuri. Questi errori di interpretazione, derivano spesso da convinzioni irrealistiche su come si dovrebbe essere o come ci si dovrebbe sentire in base a quanto socialmente si ritiene essere accettato, oppure a quali si pensano essere le aspettative delle persone più significative. Alcune di queste credenze riguardo la maternità sono tuttora molto sviluppate all'interno della nostra società e dipingono la figura della madre come una persona piena di energie e sentimenti positivi che accetta di sacrificarsi per amore della famiglia e trova realizzazione e felicità unicamente dal prendersi cura dei propri figli. Si dice inoltre che una madre è l'unica persona in grado di capire i bisogni del proprio figlio e ogni sua espressione. Quando invece, le donne si trovano in difficoltà, scoraggiate o insicure o spaventate dal non sapere cosa fare si sentono diverse da come una



madre dovrebbe essere e sentirsi. In questo modo, l'interpretazione data alla realtà della crisi normale nell'accudimento di un bambino diventa l'essere non capace, senza speranza come madre e diversa e non comprensibile alle altre persone e madri. In tabella 1.2, un esempio di schema disfunzionale.

Tecniche principali per il trattamento di pensieri disfunzionali: La terapia cognitiva ha dunque lo scopo di aumentare i pensieri funzionali e positivi in modo da poter contrastare e ridurre quelli disfunzionali negativi che innescano il processo depressivo e causano le emozioni negative e il blocco nelle attività comportamentali. Si porta dunque la paziente ad essere consapevole dei propri meccanismi di pensiero che a partire dalla situazione attivante portano alla spirale negativa riconoscendo gli errori di interpretazione e i pensieri disfunzionali più frequenti. Gli strumenti utilizzati a questo scopo sono delle metodologie di auto osservazione chiamati ABC e che portano ad annotare giornalmente per ogni situazione attivante (A), i pensieri disfunzionali collegati (B) e le conseguenze comportamentali o di risultato ottenute (C). A questo punto si valuta la coerenza e validità di ogni pensiero assegnandogli un valore di credibilità su scala da 0 a 100. Per ultimo, si cercano interpretazioni alternative più funzionali e prove di realtà che li sostengano.

| Evento Attivante (A)     | Possibili Pensieri Disfunzionali (B)   | Possibili Conseguenze emotive e comportamentali (C)   |
|--------------------------|--|---|
| <b>IL BAMBINO PIANGE</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono una cattiva madre perché non riesco a calmarlo</li> <li>• Lo fa apposta perché ce l'ha con me</li> <li>• Posso solo consolarlo, passerà</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansia e tristezza. Lascia il bambino e si chiude in bagno.</li> <li>• Rabbia. Lo sculaccia o urla.</li> <li>• Dispiacere. Lo tiene in braccio e lo coccola.</li> </ul> |

**Tab. 1.2 – Rappresentazione grafica di schema disfunzionale**

3. La Terapia Interpersonale: Questo approccio, considera la depressione post partum in un quadro relazionale, sociale e biologico considerando fattori incidenti tutti i fattori di rischio precedentemente considerati e focalizzando il trattamento su transizione al ruolo genitoriale, su ciò che si ritiene essere cambiato sia in positivo che in negativo in termini di perdita o di guadagno, la nascita del bambino, le capacità interpersonali, difficoltà specifiche di allattamento o di mancanza di sonno ecc.. Nella fase iniziale della terapia, accanto ad una valutazione delle capacità cognitive, emotive ed interpersonali della madre, si fa una prima diagnosi che confermi la presenza di depressione post partum e si procede alla spiegazione di tale patologia alla paziente secondo il modello bio-psico-sociale in modo da definire i primi

obiettivi condivisi sulla base delle particolari connessioni tra aree di relazione e sintomatologia che perpetuano la condizione di sofferenza nella singola madre.

Il metodo prevede una serie di obiettivi intermedi nel trattare ogni area di interesse: trovare il legame tra la problematica e la sintomatologia, esplorazione dei fattori negativi e positivi, esplorazione le possibilità di alternative nella modalità attualmente utilizzata, migliorare la comunicazione di questi aspetti e trovare supporto in maniera più efficace.

In tutta la terapia, è centrale il sostegno alla relazione madre-bambino che viene monitorata e valorizzata in ogni fase. La fine del percorso viene stabilito in base alla remissione della sintomatologia e del miglioramento del funzionamento relazionale stabiliti attraverso un confronto tra terapeuta e paziente sul lavoro svolto.

4. Altri trattamenti: Un dato che arriva da più studi (Gamble 2005, Boath 2005), ha individuato che diversi approcci di *counselling individuali*, se svolti anche per poche sedute, risultano essere un fattore protettivo decisivo quanto interventi rivolti alla coppia sulla genitorialità. Probabilmente questi dati possono essere spiegati con una teoria di Mc Mahon (2006) secondo la quale, lo stato mentale della madre rispetto la relazione con il bambino, è il fattore effettivamente in grado di modificare lo stile di attaccamento e favorire quindi una genitorialità ridefinita positivamente. Con un intervento di counselling e il supporto di un partner cooperante, si può modificare la relazione madre bambino in positivo fin dai primi mesi, se si inizia il trattamento in un tempo brevissimo dopo il parto. Inoltre, un trattamento di counselling ad approccio cognitivo, è risultato efficace anche in fase di gravidanza per le donne a rischio (Chabrol et al, 2001). In un gruppo di donne francesi che ha svolto un programma di supporto specifico in sei settimane sulla depressione post partum mirato ad innalzare il livello informativo delle partecipanti sugli aspetti meno scontati e faticosi della maternità ha implementato qualche tecnica per fronteggiare i momenti di maggiore crisi e incoraggiato l'espressione delle emozioni, anche negative, fin dalla gravidanza, per essere maggiormente in grado di chiedere aiuto alla rete familiare in caso di necessità nel post partum. I risultati indicano una riduzione dell'incidenza del 18% di depressione post partum nel gruppo di donne che ha svolto il programma rispetto al gruppo di controllo.

Lo studio di Cooper del 2003, è sicuramente il più famoso e citato lavoro di meta analisi sull'efficacia del trattamento della depressione post partum. Cooper, ha confrontato gli interventi di terapia cognitiva, counselling e terapia psicodinamica su tre gruppi di donne con diagnosi di depressione post partum giunte al servizio di pronto soccorso e ha poi ricavato il valore di efficacia

confrontando con metodologia pre-post-intervento, il grado di adeguatezza materna. Ha considerato a questo scopo i valori di interazione madre-bambino, tipologie di contatto rispetto ai bisogni del bambino, stile di attaccamento del bambino, problemi comportamentali del bambino a lungo termine. I risultati individuano *nel counselling la metodologia più adeguata per favorire un'interazione positiva tra madre e bambino e in grado di dare benefici maggiori ai bambini che risultano più adeguati nello sviluppo cognitivo ed emozionale a 18 mesi*. Tuttavia, questi risultati vanno mantenuti in una fase successiva da un percorso di terapia perché queste prestazioni in assenza di ulteriori trattamenti vanno progressivamente decadendo nei successivi 5 anni.

Questo dato è stato poi confermato, per quanto riguarda l'utilità di una metodologia di intervento di counselling, ma è stato spesso criticato dalla letteratura per la poca considerazione dei diversi obiettivi di ogni singola tipologia di trattamento considerata. Nello specifico, Mc Grath sempre nel 2003, ha sottolineato l'importanza di stabilire degli indici di rilevazione che si riferiscano a livelli di sofferenza che sono riferibili ad aspetti diagnostici, distinguendoli da quelli relativi all'interazione madre-bambino che sono strettamente connessi dal punto di vista clinico ma non equivalenti da quello della ricerca.

Anche un trattamento di counselling orientato all'ascolto empatico svolto a casa della puerpera da parte di ostetriche o di educatrici adeguatamente formate di 6 sedute nel primo post partum ha dato risultati positivi (Wickberg, 1996) nei casi di depressione non grave in una popolazione di donne primipare svedese. Sempre la tecnica del supporto svolto in home visiting da parte di professionisti formati e supervisionati da un team clinico, pare essere un metodo di prevenzione e di trattamento importante, perché in grado di ridurre i sintomi nei casi meno gravi e quindi di poter non cronicizzare la patologia, ma anche perché diventa un metodo di screening di alto livello per i casi più gravi.

In Inghilterra, uno studio importante (Morrell, Slade et. Al. 2007 ), durato tre anni e finanziato dalla Health Technology Assessment (UK) ha portato le osservazioni più importanti sul tema:

Gli Health Visitors sono delle ostetriche che si presentano come delle figure professionali molto flessibili che vanno a visitare la madre presso il suo domicilio a sua richiesta, con frequenze variabili ma in funzione del bisogno segnalato. Questo servizio è offerto dal sistema sanitario a tutte le partorienti. Vengono visitate donne con figli piccoli fino ai 5 anni a partire dal 14° giorno dopo il parto e in qualche caso anche prima del parto. Forniscono aiuto per aspetti legati al bambino ma

anche alla famiglia. Avvengono a casa ma il bambino può essere portato in ospedale in caso di necessità.

I 100 home visitors che hanno partecipato al progetto sono stati selezionati e formati secondo due approcci clinici di intervento e suddivisi in maniera randomizzata nei diversi corsi di formazione:

- 37 di controllo
- 29 formazione cognitiva-comportamentale
- 34 formazione approccio centrato sulla persona

Si è voluta così valutare l'efficacia di diversi interventi clinici per PPD in setting diversi di primary care (home visiting), ma non si sono riscontrate differenze di efficacia nelle due tipologie di approccio.

Lo strumento utilizzato è stato la scala EPDS a 6 e a 8 settimane nel post partum: chi è risultata due volte positiva con un cut off di rischio (fino a 12 o superiore) è stata considerata idonea al trattamento. Sono però state somministrate due EPDS, per eliminare falsi positivi visto che è una scala autosomministrata e si riferisce all'ultima settimana. Sono state comunque trattate tutte le donne che a parere degli operatori avrebbero potuto beneficiarne, privilegiando dunque l'aspetto clinico rispetto a quello di ricerca. L'intervento è avvenuto con una frequenza di una volta a settimana per 1 ora per una durata complessiva di 8 settimane. Nel complesso, 8716 donne sono state contattate, 2784 di queste hanno compilato e restituito il questionario.

I risultati a sei mesi dalla prima somministrazione, danno una visione complessivamente buona dell'intervento: nel gruppo a rischio il 33,9% ha riportato ancora il rischio dopo l'intervento, in quello di controllo il 45,6% ha presentato rischio dopo sei mesi. La differenza assoluta è dunque di 11,7% e si può concludere che per le madri visitate, il cut off dell'EPDS ha il 38% di possibilità in meno di essere superato rispetto al gruppo di controllo. Si sono però avuti miglioramenti anche in altre aree, quali l'ansia e lo stress e in totale, la probabilità di efficacia dell'intervento è dell'80%.

Un dato che rileva la difficoltà nell'implementazione di questo tipo di interventi è dato dal numero di drop out: tra 409 donne a rischio, a 203 è stato offerto l'intervento e 123 hanno accettato almeno e solo una visita (61%). In questo caso le visite specifiche per DPP sono molto basse, e sottolineano il bisogno di aumentare la capacità di agganciare le donne con questo disturbo. Un'ipotesi fatta dagli autori è che le madri si sentano stigmatizzate e pensino che l'home

visitor debba occuparsi del bambino e non di loro. Ma si è visto che le donne che presentano un rischio a 6 settimane lo sono anche a 6 mesi. L'home visitor dovrebbe dunque essere percepito come professionista specifico, sicuro della propria tecnica, che può essere usato in quanto parte di una routine di cura e quindi non stigmatizzante.

Anche chi ha rifiutato l'intervento psicologico è stato seguito con intervento Home Visiting di routine su aspetti più pedagogici e fisici. Il 12% del campione totale era ad uno scoring iniziale sopra la soglia depressione moderata o maggiore.

Si affiancano spesso agli interventi di counselling di gruppo, organizzati e condotti da uno specialista, i gruppi peer support, in cui gruppi di donne con esperienze passate di sofferenza post natale sono formate al supporto emotivo e all'ascolto empatico da professionisti e forniscono un servizio volontario alle neo madri in difficoltà. Su questo fronte, bisogna considerare che negli ultimi anni, la rete web, che ha permesso a questa modalità di aiuto di svilupparsi ad una velocità considerevole e di arrivare a contattare un gruppo numerosissimo di madri in cerca di supporto. Si sono così costituiti gruppi di confronto tra mamme che si ritrovano periodicamente in uno spazio virtuale e che includono donne che altrimenti non sarebbero mai arrivate ad un servizio di consultazione assistenziale istituzionalmente determinato.

Uno strumento di questo tipo, rappresenta un primo trattamento di sostegno in attesa di un intervento più specifico e diretto dello specialista; non è quindi alternativo ma collaterale agli interventi medici o psicologici fin qui presentati. Sono soprattutto spazi in cui trovare supporto emotivo, sostegno empatico e in cui condividere la propria storia con altri; c'è inoltre un senso di comunanza (*feeling of communality*) che nasce dalla comune problematica condivisa e che determina anche un basso livello di sospetto e emozioni negative favorendo invece un alto livello di comunicazione empatica (Tanis, 2008).

Sono molte le caratteristiche dei forum on line che ne fanno, agli occhi delle madri, un mezzo davvero interessante: la diversità degli utenti che provengono da contesti culturali, socio economici molto vari permettendo di intrecciare prospettive differenti; la possibilità di condividere molto più rapidamente informazioni, suggerimenti, consigli per far fronte alla situazione che si sta sperimentando aumentando al tempo stesso la conoscenza dei soggetti.

Una peculiarità dei forum on line è l'utilizzo della scrittura; pur potendo inserire smiles, icone o immagini, la comunicazione, essenzialmente asincronica, avviene sempre in forma scritta e senza il timore di essere interrotti. Questo aspetto rappresenta senza dubbio uno dei motivi per cui

questo strumento risulta così efficace nell'elaborazione degli stati emotivi negativi e nell'individuazione delle strategie per far fronte ad alcune difficoltà, come peraltro evidenziato in ambito di ricerca (Pennabaker, 1997; Grazzani et al., in stampa) da cui emerge come il mettere per scritto (attraverso diari o altri strumenti) i propri vissuti emotivamente carichi sia positivamente correlato al benessere fisico e mentale.

Una variabile importante in questi contesti virtuali, è la presenza o meno di un clinico esperto che interviene nelle discussioni in qualità di moderatore perché determina due differenti contesti. Il primo, caratterizzato da un moderatore esperto, è percepito come più competente in termini tecnici o clinici, e viene quindi vissuto come uno spazio verso cui indirizzare i propri dubbi tecnici (informazioni trovate su internet, o viste in televisione relative a nuovi trattamenti, farmaci etc.). Il secondo è caratterizzato generalmente dalla presenza di uno o più moderatori che non hanno competenze specifiche ma vivono o hanno vissuto in prima persona la problematica oggetto del forum; in questo caso la dimensione specialistica viene meno o passa comunque in secondo piano e assume maggiore rilevanza la condivisione dei vissuti personali e la ricerca di supporto relazionale.

Uno degli aspetti fondanti questo secondo tipo di gruppi di discussione on line è certamente l'autorganizzazione, cioè la capacità dei membri della comunità virtuale di mantenere un equilibrio cooperativo in un sistema di interazione che per sua natura è caratterizzato da dinamicità, discontinuità e complessità (Jadad et al., 2006). L'autorganizzazione è in qualche modo il collante che tiene uniti i membri della comunità virtuale oltre al tema oggetto di discussione.

Non è raro quindi che la richiesta di supporto o di informazioni arrivi quasi in punta di piedi ("non so se questo è il posto giusto") come se questa condizione esulasse dai contenuti del forum; senza dubbio questo processo di normalizzazione dei vissuti associati al disagio post partum porta con sé molti aspetti positivi (basti pensare anche solo alla semplice legittimazione dei vissuti di stanchezza o rabbia per le difficoltà associate alla gestione del bambino), tuttavia non è esente da possibili problemi legati ad un uso distorto dello strumento.

Si è visto infatti, che in caso di possibile strategie anticonservative forte non è indicato un sistema che richiede un contatto visivo immediato (Kraus, 2005) e che è meno facile mantenere una relazione terapeutica esclusivamente "virtuale" senza alcuni incontri faccia a faccia che permettano comunque di stabilire un contatto umano reale.

Per il momento sembra dunque più attuabile un gruppo di supporto che sia in parte in contatto on line ma che preveda degli incontri regolari tra i membri del gruppo in modo da favorire il sostegno sociale reciproco e la capacità di chiedere aiuto via chat ma di sostenere la capacità e possibilità di esporsi, portando gradualmente i sintomi e i sentimenti negativi della depressione post natale dallo schermo alla vita quotidiana nelle relazioni personali.

L'obiettivo di ogni intervento, specialistico, di supporto specifico o aspecifico (come nel caso dei forum) rimane infatti sempre e comunque il medesimo: favorire il riconoscimento del proprio malessere, accettare la momentanea situazione di difficoltà chiedendo sostegno alla propria rete sociale e se necessario ai servizi specialistici.

Il contatto on-line rimane comunque un potente mezzo di contatto in grado di incidere particolarmente su un fattore collegato alla depressione post partum: il senso di solitudine, inadeguatezza e isolamento che appesantiscono le giornate delle madri rendendole "inaffrontabili" e causando la spirale negativa in cui emozioni negative si susseguono autoalimentandosi e dando la sensazione di non essere in grado di reagire e di acquisire il ruolo materno. Una conferma a questo dato arriva da tutta la ricerca svolta in campo interculturale volta a determinare il peso effettivo del fattore migratorio come causa di depressione. Una collaborazione tra l'Università della California e quella di Taiwan (2001) sviluppata nella fase di trattamento su una popolazione di donne cinesi immigrate in California, ha permesso di evidenziare il ruolo delle difficoltà di integrazione tra le culture occidentali ed orientali rispetto alla concezione della maternità. Sono stati individuati alcuni nuclei centrali nella modalità di problem solving rispetto all'essere madri che possono essere riassunti come: gap tra aspettativa iniziale e essere genitori, mancanza di competenze genitoriali, necessità di cure del bambino e il conflitto tra la tradizione e la cultura in cui crescono il bambino.

La mancanza di competenze genitoriali e la difficoltà ad assumere il ruolo genitoriali sono nuclei delle narrative delle madri che soffrono di depressione post partum anche escludendo il fattore immigratorio. E' proprio su questo fattore che attualmente si sta lavorando sia in campo clinico che in quelli di ricerca e di valutazione e come vedremo nel prossimo capitolo, nell'ultimo decennio, sono questi i campi di maggiore interesse sociale e assistenziale all'interno della Comunità europea. Anche per queste ragioni, il tema dell'acquisizione della genitorialità sarà un tema molto importante discusso nel terzo capitolo.

## Cap.2 - Situazione Attuale: la ricerca e l'assistenza

### 2.1 - Interesse sanitario - assistenziale

*“ Il bambino non può esistere da solo,  
ma è essenzialmente parte di una relazione.....”*

*(D. Winnicott)*

#### 2.1.1 - Il comportamento relazionale della madre:

All'interno degli studi osservativi dell'interazione madre-bambino, nella descrizione e classificazione degli agiti materni, sia verbali che non verbali, si parla di interazioni negative e positive nello svolgimento della funzione parentale. Nel caso di sofferenza psicologica nel post partum, ci si aspetta un numero maggiore di interazioni negative e un numero minore di interazioni positive rispetto la popolazione di riferimento. Gli studi condotti allo scopo di verificare questa ipotesi hanno dimostrato questa tendenza nel caso di grave disagio:

- I comportamenti parentali negativi sono riferiti ad agiti intrusivi e controllanti oppure al contrario, distanti dallo stato del bambino e compiuti in un clima di non coinvolgimento (Garber et al. 1997; Lovejoy et al. 2000). Per esempio, le madri depresse, sono meno ingaggiate, utilizzano meno vocalizzazioni e abilità per ottenere e mantenere l'attenzione del bambino, non ne commentano le attività e le espressioni inserendo così nell'interazione maggiori pause (Sameroff et al. 2000).
- Nel caso invece di interazione positiva, si considerano le abilità utilizzate dalla madre per supportare il bambino nelle attività di problem solving. Goldsmith e Rogoff (1995) hanno osservato dei momenti di gioco che presentavano problemi di problem solving per le diadi madre-bambino e hanno registrato una minor sensibilità delle madri depresse nella identificazione del livello di comprensione dei bambini durante il gioco. Apparivano meno a loro agio rispetto il gruppo di madri non depresse nel ruolo di facilitatore e insegnante, davano soprattutto meno indicazioni e suggerimenti ai figli. Inoltre, utilizzavano meno domande, spiegazioni e incoraggiamenti, lasciando molto spesso che l'attenzione dei bambini si rivolgesse altrove. Questo atteggiamento, oltre a non stimolare



l'apprendimento delle strategie di problem solving, non previene né interviene nel regolare la frustrazione del bambino, premiandone un comportamento di rassegnazione e di ritiro (Murray, 2006).

Queste considerazioni, vanno inserite all'interno della cornice più ampia che considera le interazioni mamma-bambino come indicatori e costituenti del legame di attaccamento, influente nella caratterizzazione dello stile relazionale del bambino, nella sua capacità di socializzazione ed esplorazione dell'ambiente e dunque di crescita.

### 2.1.2 - L'Attaccamento come sistema innato – (Nardi 2008):

Il sistema di Attaccamento è il prodotto dell'attività di un'organizzazione di strategie comportamentali sociali e deriva dall'interazione con l'ambiente in cui si adatta ed evolve. Dal punto di vista funzionale, permette di mantenere la vicinanza alla madre o alla figura di riferimento e in generale all'ambiente di appartenenza. Il mantenimento della vicinanza o il tentativo di ripristinarla (seguire la madre che si muove in una certa direzione) è solitamente specie-specifico, ma può essere modificato da processi precoci di imprinting. La maggioranza dei bambini risponde in modo differenziato alla madre rispetto ad altre figure già a 3-4 mesi.

Il comportamento di attaccamento è innato e diventa evidente anche ad occhi inesperti dopo i 6 mesi: si esprime con pianti e proteste se la madre si allontana; sorrisi, gesti e grida di gioia quando lei si avvicina. Questo sistema complesso, matura e si attiva in modo da mantenere la prossimità mediante alcuni sottosistemi fisiologici che tra i 9 e i 18 mesi consentono di: - Succhiare - Aggrapparsi - Seguire - Piangere – Sorridere. Alcuni di questi comportamenti come l'aggrapparsi e seguire, avvicinano il bambino alla madre e la mantengono presso di sé, mentre piangere e sorridere richiamano la madre e la inducono alla vicinanza.

Questo comportamento consente altresì di differenziare un range di emozioni e di modularne l'intensità, la durata e la frequenza, di organizzarle in sentimenti sempre più orientati a definire un dominio emozionale soggettivo e uno stile affettivo - relazionale.

Viene definito come un modello comportamentale complesso perché mostra elevata plasticità, utilizza sia feedback che feedforward, seleziona i comportamenti individuali, attivandoli o inibendoli in modo di conseguire la massima prossimità possibile, quella più vantaggiosa sul piano adattivo.

### 2.1.3 - L'attaccamento in una prospettiva evolutiva – Guidano (1999):

*Io credo che alla categoria che chiamiamo “Amore” appartengano tutte le emozioni che noi conosciamo; ci mettiamo dentro paura, rabbia, colpa, vergogna, curiosità, quello che volete. Ognuno col suo pattern ben specifico ma, insomma, è quello spazio tra avvicinamento e allontanamento.*

*Il modo con cui costituisce lo stile affettivo di una persona, il suo personale stile di avvicinarsi e allontanarsi, che comprende, in una data persona, le varie categorie emotive sottostanti.*

*Ciò che volevo dire, è che l'amore è come la conoscenza, non fa differenza.*

*(V.Guidano, 1999)*

Nella Teoria di Bowlby (1989), l'attaccamento è visto come un sistema comportamentale che ha una lunga storia evolutiva; finalizzato al mantenimento di una prossimità inizialmente solo fisica alla “Base Sicura” che, poi si trasformerà in vicinanza sia fisica che emotiva. Nella teoria dell'attaccamento si utilizza il termine “base sicura” piuttosto di “genitori o figure parentali”. Questa distinzione permette di descrivere il sistema come l'insieme di strategie comportamentali attuate da un organismo che, in relazione ad una base sicura, inizia lentamente ad esplorare l'ambiente circostante che gli è completamente ignoto, e che gli diventa accessibile proprio in virtù di questo riferimento.

Accanto al repertorio comportamentale innato, il sistema si arricchisce con la crescita di atteggiamenti, attitudini e correlati, in grado di interconnettere i comportamenti con le emozioni, le strategie cognitive e metacognitive ed i pensieri.

Un'interessante impostazione nello studio dell'attaccamento è data, nella visione di Guidano, dal concepirlo come il funzionamento di un sistema che procede per vincoli positivi o negativi. I vincoli positivi, specificano il contenuto delle cose da fare, caratterizzano i sistemi artificiali e non quelli spontanei. Sono le costituenti di sistemi educativi più o meno direttivi che possono diventare nella loro massima rigidità, un'impostazione totalitaria, hanno la facoltà di limitare attivamente i margini di libertà dell'individuo. Un sistema spontaneo, è invece regolato da vincoli negativi che ne danno solo la direzionalità senza specificare i contenuti e soprattutto senza imporre cosa evitare o ricercare durante il cammino.

Il vincolo negativo che caratterizza il sistema di Attaccamento è “non rimanere soli”. La direzione è perciò quella di essere predisposti a trovare una modalità di vicinanza e condivisione fisica ed emotiva alle figure di riferimento. I diversi modi di stabilire tale reciprocità, come ben espresso dalla teoria,

sono molto diversificati: *“Si può essere attaccati a madri respingenti, a madri evitanti, a madri ignoranti, si può essere attaccati a padri evanescenti, comunque il tema è non stare soli”*.

Bisogna poi considerare che l'attaccamento umano è il più lungo nella durata di tutti gli altri, si è attivamente e costantemente impegnati nello stabilire la prossimità o lontananza dalla base sicura per tutta l'adolescenza e questo periodo dura, come minimo, diciotto anni, ma secondo altre ricerche, va anche ben oltre (Frankowski, 2004). L'uomo è dunque l'animale che ha la storia con i propri genitori più lunga e ricca. Questo fa presupporre che ci sia una funzione altamente adattiva che modula il sistema e che ne perpetua le caratteristiche. Ci deve allora essere un secondo obiettivo che regola l'attivazione del sistema di attaccamento, perché se si limitasse alla vicinanza alla base sicura bloccando ogni altra attività, ostacolerebbe in maniera decisiva e devastante l'esplorazione dell'ambiente e dunque la crescita del bambino.

Al contrario, il rapporto con la base sicura deve, in termini filogenetici, promuovere il comportamento e l'atteggiamento esplorativo, perché l'animale umano, tra tutti gli esseri viventi, ha i livelli di immaturità maggiori. Nasce con parti centrali del sistema nervoso che si devono ancora sviluppare completamente e mantiene per tutta la vita atteggiamenti, aspetti dell'emozionalità infantile. Si ha cioè una immaturità nello sviluppo e una immaturità nel corso della vita adulta.

Il ruolo che compete alla base sicura a questo scopo, è quello di creare un contesto sufficientemente protetto per l'esplorazione ovvero la possibilità da parte del bambino di apprendimento, diretto o vicariato dall'osservazione dall'esperienza, o nel rapporto con gli adulti.

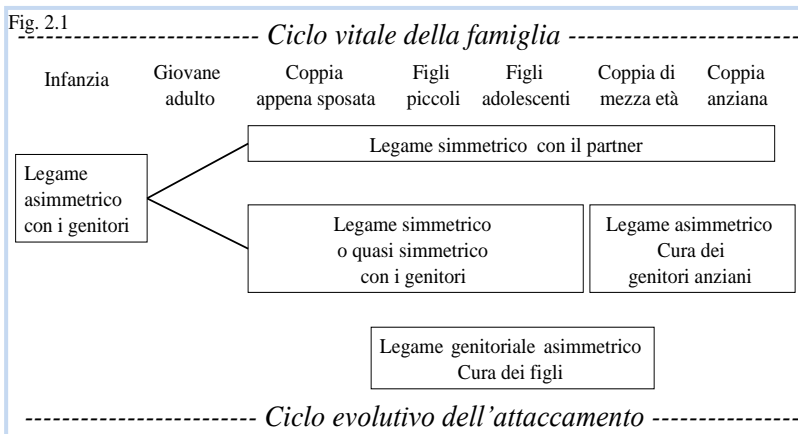
In secondo luogo, ma non meno importante, la base sicura è il mediatore che crea e sostiene il collegamento tra legame di attaccamento e costruzione del senso di sé, quindi del concetto di identità. Cooley (1891) è stato il primo ad osservare che il senso di sé si sviluppa attraverso il rapporto con gli altri attraverso un processo chiamato *“Looking Glass-Self”*, ovvero "il Sé che si riconosce attraverso lo specchio che gli altri sono".

Al momento della nascita, tutto è sconosciuto, non solo il mondo esterno, ma soprattutto sé stessi; il bambino non riconosce nemmeno il proprio corpo, impiega molto tempo per scoprirsi, ad esempio, il piede e solo tramite l'aiuto dell'adulto che gli fornisce attraverso il senso del tatto la sensazione fisica che stimola la sua esplorazione del piede. In questo modo costruisce il senso di essere e sentirsi vivo, soprattutto grazie al rapporto qualitativo con i genitori. È dal modo infatti con cui viene trattato che può iniziare a dare valore e senso alle proprie caratteristiche che gli altri gli riconoscono come persona e che con l'andare del tempo, gli permetteranno di auto-riconoscersi come persona. Il

campo esplorabile è in questo modo definito ed indicato al bambino dalla Base Sicura. Gli studi sulla Social Reference (Kalat e Shiota, 2007) indicano che, per lo meno nella prima parte dell'infanzia, l'elemento che esplicita tali confini e promuove la loro esplorazione è l'espressione facciale del genitore: è il sorriso congiunto che inizia a comparire alla fine del primo anno ed è caratterizzato dalla reciprocità di sguardi, che permette al bambino, in età precoce, di mantenere un attaccamento a distanza. Questa inizia ad essere la prima forma di attaccamento svincolata dal contatto fisico in senso tattile. È proprio il fatto che il bambino è in grado di reggere la separazione dalla madre, dai genitori, che permette all'Attaccamento di evolvere ancora di più, e di evolvere dalle forme di Attaccamento in senso di accudimento fisico, di contatto fisico, a quello più specificatamente relazionale in cui si è "attaccati" anche se si condividono le stesse cose, si è attaccati anche semplicemente nel raccontarsi le cose.

La separazione adolescenziale è una separazione fisiologica, cambia il rapporto con i genitori che non sono più le figure di base, per lo meno non in ciò che diventa importante nella scoperta di tutto il mondo esterno che diventa importante per l'adolescente: i coetanei, con cui stabilisce rapporti sentimentali, indipendenti dal suo ambiente familiare e che sono ai suoi occhi molto più interessanti di quelli con i propri familiari. Il distacco diventa quindi emotivo perché l'attenzione e l'investimento relazionale vengono totalmente proiettati all'esterno del nucleo familiare e non più sulla figura di riferimento privilegiata fino a quel momento. Il distacco è più sereno in caso di attaccamento sicuro con i propri genitori, un buon processo di identificazione, è infatti precursore di un distacco funzionale e non in antagonismo che presupporrebbe una scelta di parti. La dimensione privata e familiare viene cioè distinta da quella "sociale" amicale ed in questo modo riescono entrambe ad essere contemporaneamente fonte di sicurezza e di esplorazione. L'attaccamento in questo senso è continuativo e unitario per tutto il ciclo di vita, cambiano i contenuti, cambia la figura di riferimento, ma non cambiano i pattern e non cambiano le modalità di avvicinamento e allontanamento. Questo perché la modalità di relazionarsi ad una figura affettiva, la modalità di concepirla e di vederla, rimane, in assenza di difficoltà relazionali, quella dei pattern di Attaccamento originari (fig. 2.1)

Anche questa è una prova dell'attaccamento come organizzatore del senso di sé individuale:



Bowlby ha definito, nel suo linguaggio sugli studi sull'Attaccamento, il *Working Model*, cioè l'immagine che il bambino ha del genitore, che è in costante mutamento e definizione. Questa immagine ha carattere trasformativo, dà il senso del

genitore, il senso di sé stesso e il senso dell'ambiente circostante, perché è in grado di dare anche un'immagine di chi è il bambino, rispetto al genitore. Questo è il tema che costituisce la continuità per tutta la vita adulta: l'immagine che noi ci facciamo della figura di Attaccamento corrisponde sempre ad un modo di sentirci. In altri termini, più che essere in rapporto diretto con una persona, noi, in realtà, siamo in rapporto con l'immagine che ci siamo fatti di questa persona, agiamo *quindi in base al modo in cui la persona stessa e il nostro modo di vederla ci ricorda come modello infantile*. Anche in età adulta, più che scegliere una persona noi scegliamo il modo di sentirci con una persona, il modo di sentirci che l'immagine di quella persona ci dà, che abbiamo nello stare con quella persona.

#### 2.1.4. - L'attaccamento come modello esplicativo - Crittenden 2002:

Il Modello Dinamico Maturativo proposto da Patricia Crittenden, si basa sulla capacità di organizzazione auto-protettiva propria degli esseri umani in infanzia che in fase adulta si integra a quella di creare e mantenere una relazione affettiva e sessuale stabile in grado di poter garantire la formazione di una famiglia.

Si individuano dunque diversi momenti evolutivi in cui si compiono investimenti e si mettono in atto strategie relazionali diverse progressivamente più elaborate in grado di soddisfare bisogni sempre più complessi. La varietà, l'intensità e la coerenza delle strategie attuate dalla persona, la inseriscono automaticamente in una possibile categoria individuata del modello (fig.2.2).

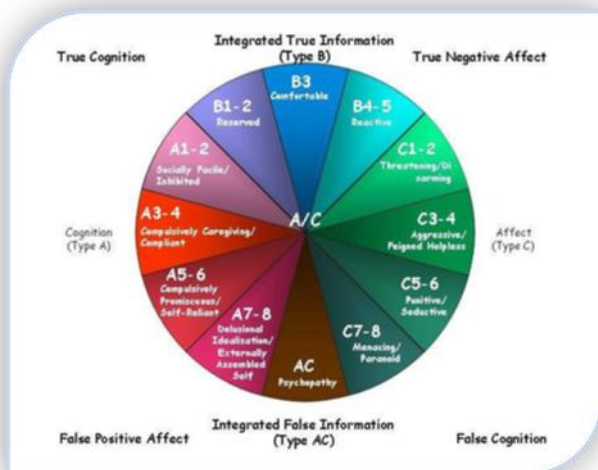


Fig. 2.2 – Rappresentazione grafica del Modello Dinamico Maturativo

Nell'infanzia, le figure di attaccamento provvedono alla protezione del bambino, ma anche a fornire un significato alle informazioni ricavate dall'ambiente circostante e in grado di dare una percezione di pericolo o sicurezza a situazioni, atteggiamenti, relazioni e interazioni.

Dopo la pubertà invece, tutte queste funzioni vengono svolte dal partner di riferimento con il quale queste informazioni vengono confrontate e in qualche caso modificate o ampliate allo scopo di crearne altre. Con la creazione di una nuova famiglia e il proprio diventare genitori, si mettono in atto tutte le strategie di accudimento del bambino e di rapporto con le altre figure adulte, in modo da tramandare la conoscenza di cosa è sicuro e cosa è pericoloso alle generazioni future. In questo modo, l'attaccamento viene trasmesso ai propri figli.

Ogni bambino però può interpretare i significati dati agli eventi e alle situazioni segnalate dai genitori in maniera differente a seconda della propria particolare storia evolutiva e delle proprie esperienze con figure di riferimento diverso.

*In questa cornice, i comportamenti scarsamente adattivi, relazionalmente problematici, piuttosto che francamente psicopatologici, vengono interpretati come tentativi non adeguati di creare situazioni di sicurezza e protezione del sé o nella ricerca del partner.* In questi comportamenti sono rintracciabili alcuni significati attribuiti agli eventi che non risultano coerenti con quanto accaduto sul piano di realtà, sono cioè delle previsioni distorte su intenzioni e potenziale pericolo riguardanti le relazioni o l'ambiente che si sta esplorando in maniera attiva nel qui ed ora (fig. 2.3).

#### 2.1.5. - Organizzazione delle informazioni ricavate dal legame d'attaccamento (Crittenden, 2005) :

Come vengono dunque selezionate, raccolte e organizzate le informazioni su ciò che ci circonda nei diversi stadi evolutivi? *Il problema fondamentale che ci troviamo ad affrontare in ogni fase, consiste nell'aver a nostra disposizione le sole informazioni inerenti la nostra storia passata, mentre quelle che ricerchiamo per poter sviluppare una corretta strategia di comportamento sono quelle inerenti il prossimo futuro.* Il ruolo centrale svolto dalla nostra mente è quello di estrapolare delle probabili rappresentazioni di quello che accadrà a partire dall'esperienza fatta in un particolare tipo di

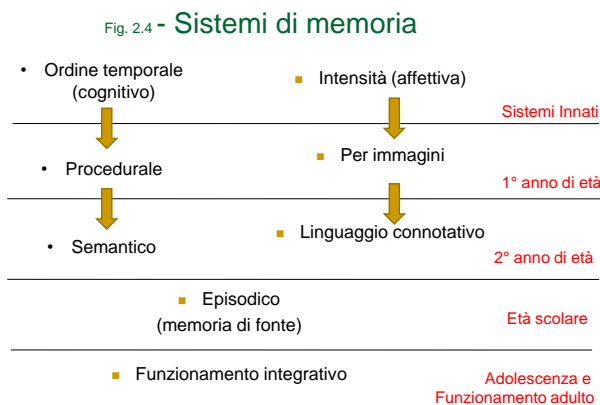
#### **Fig. 2.3 - Le cinque assunzioni alla base del Modello Dinamico-Maturativo:**

1. Le tipologie di attaccamento sono strategie di protezione del senso del sé (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).
2. Le strategie di protezione sono acquisite all'interno della interazione con le figure di riferimento protettive (figure di attaccamento, più spesso parentali).
3. I sintomi sono aspetti disfunzionali ma sviluppati in un contest diadico in cui sono stati funzionali alla protezione del sé (comportamenti di acting out, inibizione o compartimenti ansiosi).
4. Le strategie possono cambiare quando non si rivelano più funzionali nel contest in cui sono inserite.
5. Il focus del trattamento dovrebbe adeguare l'adattabilità e coerenza delle strategie al contest garantendo il Massimo senso di sicurezza e conforto.

esperienza uguale o assimilabile a quello presente.

Le informazioni utilizzate per svolgere questa operazione sono le rappresentazioni cognitive ed affettive date alla situazione stessa e come già detto in precedenza, tali rappresentazioni vengono inizialmente fornite dalla base sicura o dalle diverse figure di riferimento all'interno della relazione primaria di attaccamento-accudimento. I significati sono strutturati a partire più precisamente dalla struttura temporale degli stimoli e dalla loro intensità. Queste due diverse tipologie di informazione vengono processate in maniera separata da due sistemi di memoria che lavorano indipendentemente e parallelamente: il canale semantico e quello episodico. Più precisamente il canale semantico si riferisce all'ordine temporale e cognitivo dell'informazione e quello episodio utilizza invece le caratteristiche affettive di intensità e di immagine connotativa. Tali processi integrano una quantità di

informazioni più strutturate e complesse con il procedere dello sviluppo mentale e cognitivo (fig.2.4).



Ognuno di noi, al momento della nascita e secondo le influenze dello stile di attaccamento delle figure di riferimento, del proprio temperamento e delle condizioni ambientali, predilige basare le proprie predizioni sulla base di uno solo dei due canali: persone che hanno maggior

familiarità e accesso alle caratteristiche affettive e contestuali della situazione utilizzano il livello di arousal per preparare innanzitutto una strategia comportamentale fisica di reazione al pericolo e le emozioni maggiormente rilevate sono quelle relative all'area ansiosa, al contrario persone che reagiscono maggiormente a informazioni procedurali sull'ordine di presentazione degli stimoli ricercano un'elaborazione verbale coerente di risposta ai contenuti cognitivi dell'esperienza.

Alla base della formazione dello stile di attaccamento personale sono proprio questi due stili di elaborazione differenti: l'attaccamento C (ansioso-resistente o ambivalente) si riferisce al canale episodico, mentre l'attaccamento A (evitante) a quello semantico. Le strategie di tipo A sono organizzate in funzione del risultato atteso e minimizzano le sensazioni emotive che richiederebbero un accudimento fisico attivo, quali ad esempio la rabbia, per paura di venire puniti. I disturbi di inibizione e compulsione sono riferibili a questo tipo di comportamenti. Le strategie di tipo C invece, sono strutturate intorno alle sensazioni somatiche e poi emotive in modo da raggiungere la maggiore

vicinanza fisica possibile che è ritenuta l'unica in grado di essere protettiva in virtù di una figura di riferimento non prevedibile nei suoi comportamenti di vicinanza o allontanamento. Disturbi dell'area ansiosa sono più frequente associabili a questa tipologia.

In questo modello, l'attaccamento B (sicuro) è dato dall'integrazione delle due tipologie di informazioni e quindi delle due tipologie di strategie in virtù di un'interpretazione coerente dei significati. Il comportamento risultante è dato dall'apertura alla comunicazione organizzata e strutturata in maniera condivisibile delle proprie aspettative o previsioni e delle proprie sensazioni.

Il funzionamento integrativo, che sottende ogni fase evolutiva, ma si compie solamente a partire dalla fine del periodo adolescenziale fino indicativamente ai 30 anni di età, consiste proprio nell'integrare e negoziare i significati dati alle diverse esperienze all'interno del confronto interpersonale e di nuovi attaccamenti significativi nel corso della storia evolutiva. Tale tipo di conversazione è cruciale per evitare errori di interpretazione e ottenere un bilanciamento cognitivo ed affettivo in grado di essere un fattore protettivo allo sviluppo psicopatologico.

Nella struttura grafica del modello (fig.2.2) si possono così trovare sull'asse verticale gli stati di maggiore o minore integrazione: a partire dalla condizione di attaccamento sicuro nel punto più alto della ruota che corrisponde all'assenza di errori di interpretazione fino alla psicosi nel punto più basso che integra informazioni affettive e cognitive entrambe sbagliate. Sull'asse orizzontale invece, si ha sul lato sinistro la linea evolutiva che predilige l'integrazione cognitiva dell'attaccamento A, a destra invece ci sono le diverse tipologie di attaccamento C che integra quasi esclusivamente informazioni affettive.

Errori nella rappresentazione del pericolo: Perché si compiono errori di integrazione e di interpretazione? La funzione ricercata dai comportamenti di attaccamento è stimare il livello di pericolo per ottenere tramite il rapporto con la figura di riferimento la protezione necessaria, però in alcuni casi, per essere in grado di stimare la probabilità di pericolo, i bambini sono costretti da situazioni ambientali, inaccessibilità o imprevedibilità della figura di attaccamento o addirittura comportamento spaventante di quest'ultima, a sovrastimare il carattere di pericolosità. La distorsione delle informazioni in termini di pericolo estremo e imminente serve a prevenire questo tipo di comportamenti esterni minacciosi in quanto riduce le possibilità di sbagliare strategia quando un minimo errore non può essere tollerato. Qualche esempio può chiarire questo tipo di dinamica relazionale:

- Bambini più grandi possono omettere informazioni circa il passato e distorcere in questo modo le rappresentazioni in formazione sul future probabile. Possono essere omessi sia



dati affettivi che cognitivi allo stesso modo. Risultano non in grado di affrontare situazioni complesse da soli e ottengono così una costante vicinanza attenta anche se preoccupata della figura di riferimento.

- Ad un'età prescolare l'errore più grande è la distorsione di parti di informazioni già acquisite e l'esclusione di tali dati dalla strategia comportamentale; per esempio possono esagerare l'espressione di rabbia ed escludere completamente i segnali di bisogno di rassicurazione e di paura, ottenendo, invece che una sensazione di sicurezza desiderata, uno scontro con la figura di riferimento adulta e un probabile castigo. L'obiettivo è tenere agganciato l'adulto in un contesto molto attivante come quello della lite per non incorrere nel timore di abbandono in situazioni di bisogno di vicinanza e rassicurazione emotiva.
- Le informazioni, a questo stesso livello di sviluppo, possono anche essere falsificate: soprattutto bambini che utilizzano strategie evitanti trasformano consapevolmente e intenzionalmente le sensazioni affettive negative in stati comportamentali esibiti positivi e spesso compiacenti nei confronti dell'adulto di riferimento che si teme possa allontanarsi o punire le manifestazioni di bisogno di vicinanza emotiva.
- In un'età successiva, entro i primi anni di scuola, possono falsificare gli aspetti cognitivi fino ad esibire il comportamento contrario rispetto l'aspettativa che gli adulti hanno nei loro confronti, ingannandoli volontariamente in caso di timore di punizioni troppo severe e in presenza di adulti minacciosi.

Dal punto di vista descrittivo, i comportamenti relazionale considerati patologia nei bambini possono derivare da un attaccamento insicuro riprodotto in maniera rigida e costante con tutte le diverse figure di riferimento. Di seguito, una rappresentazione dei correlati comportamentali delle strategie di attaccamento rigidamente applicate, e in fig. 2.5 una rappresentazione delle diverse organizzazioni del comportamento interpersonale e degli atteggiamenti nelle due forme di attaccamento insicuro:

Strategia di Tipo C: è organizzata intorno al sentimento di paura e al desiderio di conforto, si esprime con posture e atteggiamenti alternativamente riferibili a vulnerabilità o aggressività. Sono dunque bambini che possono apparire timidi e attraenti per attirare l'attenzione dell'altro o con mento teso e proteso per suscitare l'attenzione. Dal punto di vista motorio sono molto attivi e competenti ma non si allontanano mai dalla figura di riferimento, utilizzano un tono di voce energico e generalmente entrano nell'interazione con un'espressione sicura e postura rigida ad esempio con

braccia incrociate e passo deciso e ampio. Le attività di gioco sono poco strutturate ma esasperate sotto il punto di vista evocativo e teatrale, risultando coinvolgenti e emotivamente molto attivanti.

Colgono tutte le occasioni per manifestare la rabbia sia su piano fisico che verbale se in presenza di adulti, se si ritrovano soli però l'espressione diventa completamente smarrita, molto infantile e bisognosa di cure, con toni disperati e sconsolati da "bambino inconsolabile". In caso di pericolo previsto, si avvicinano fisicamente alla figura di riferimento senza però manifestare paura fino a quando la situazione non diventa minacciosa per probabile allontanamento degli adulti protettivi. In caso di allontanamento non previsto o non evitato dalla figura di riferimento, presentano al ricongiungimento non il bisogno di rassicurazione ma un comportamento vendicativo e fastidioso interessandosi per esempio maggiormente ad un estraneo piuttosto che al genitore.

Questo tipo di strategia funziona con genitori che si attivano solo per grave bisogno del bambino (ad esempio una malattia o un comportamento relazionale fortemente negativo con i pari o con insegnanti) oppure quando vengono messi da parte. Con genitori di questo tipo, l'unico modo di rendere prevedibile la vicinanza affettiva desiderata è quindi continuare ad esprimere un comportamento fortemente negativo come l'aggressività. L'alternanza della rabbia e della disperazione servono a mantenere la vicinanza una volta ottenuta perché richiedono alternativamente gli unici due stili di accudimento conosciuti dai genitori: la cura molto attiva che porta anche a sostituirsi al bambino in attività già acquisite costringendolo ad atteggiamenti immaturi e il rimprovero che ha come obiettivo il ristabilire le gerarchie e l'autorità messe in discussione dal comportamento esasperato del figlio.

Se non modificato e reso più funzionale in adolescenza, questo stile porta in età adulta, ad un'incapacità nel parlare di sentimenti, ad una scarsa o falsificata integrazione di informazioni cognitive all'interno delle proprie rappresentazioni del mondo e delle persone di riferimento, ad un'attenzione costante ed esagerata alla gerarchia all'interno dei rapporti affettivi, formali e lavorativi. Nell'esasperazione della strategia, si arriva ad escludere altri componenti relazionali e in casi più gravi ad un atteggiamento provocatorio fino alla mancata consapevolezza del rischio.

Strategia di tipo A: Ogni agito è compiuto sulla base di *un'inibizione degli stati affettivi*, sono dunque organizzate in base a *cognizioni su come si fanno le cose*, ad esempio su come ci si incontra o si saluta. Anche nel gioco si riferiscono a questi modelli mentali, giocando in modo gradevole anche con un genitore che non risulta confortante. Vengono svolte *tutte e sole le attività che vanno fatte*, anche se non se ne ha voglia, per avere la certezza che in questo modo tutto funzionerà al meglio. Dal punto di vista dello scambio relazionale, esibiscono unicamente emozioni positive, provate o meno e in

questo caso si parla di *falsi stati positivi*. Si possono riconoscere per una postura tesa come l'espressione facciale che presenta una *muscolatura contratta* che non lascia trasparire un autentico senso di allegria, spesso si notano degli atteggiamenti e gesti di *auto conforto* durante il gioco individuale. In caso di stati emotivi positivi reali, questi vengono esasperati, aumentandone in modo incongruo con lo stimolo, l'intensità. Il tono di voce utilizzato nell'interazione è spesso alto, con un volume costante che risulta attivante per l'interlocutore ma mai aggressivo, vengono considerati e utilizzati molti giochi ed oggetti presenti nell'ambiente passando rapidamente da uno all'altro ma senza reale coinvolgimento in nessuna attività. *Non c'è un dialogo continuativo* con l'interlocutore e i passaggi a nuove attività servono a riempire i vuoti d'interazione. In caso di relazione prolungata, in questi momenti possono venire agiti dei *gesti ambigui* che potrebbero essere manifestazioni di ansia o nervosismo ma non vengono direttamente e completamente compiuti nei confronti dell'adulto, ad esempio possono colpire il pavimento con un martello e un'espressione arrabbiata ma per una sola volta, guardando nella direzione del genitore per poi sorridergli immediatamente, prima di una reazione negativa. Le emozioni che sembrano provocare tali comportamenti sono legate a vulnerabilità e rabbia ma la loro espressione se non inibita risulta confusa e inaccessibile per il carattere di ambiguità che la dirige. Con l'aumento della percezione del pericolo aumenta l'inibizione non la segnalazione di bisogno di accudimento, per cui ad allontanamento della figura di riferimento si dimostrano tranquilli e sereni ma non la guardano mai anche se iniziano a seguirla con lo sguardo quando non può più vederli. Il *contatto fisico anche nel gioco è limitato e nervoso*, vengono portati oggetti e scambiati, senza un reale tocco, si nota un disagio crescente nel contatto visivo che porta all'interruzione dell'attività e immediata ripresa della successiva.

Questo tipo di comportamento serve a mantenere legato e vicino un genitore che *accudisce in modo forzato, costantemente positivo ma non emotivamente partecipato*. Sono genitori che riescono a risultare protettivi perché si riferiscono a regole educative ben organizzate e si dimostrano molto attenti nel seguirle, tuttavia appaiono in difficoltà nei momenti di vicinanza fisica o nell'instaurare una comunicazione che includa aspetti di condivisione o rielaborazione sensoriale ed emotiva. I bambini, in questo caso, *non dimostrando i bisogni di accudimento nel momento di paura o disagio o rabbia, non creano quelle situazioni difficilmente gestibili dai genitori che potrebbero causarne l'allontanamento. Al contrario, dimostrando una piacevolezza anche irrealistica in loro presenza, lo compiacciono e rassicurano sulle sue competenze genitoriali, riuscendo a mantenere la vicinanza sufficiente alla loro protezione*.

In età adulta, in assenza di modificazioni a questo tipo di modello relazionale, si possono avere di conseguenza, uno *stile di comunicazione diretto e preciso ma non contestualizzato e mai relativo a*

|                  | A              | C              |
|------------------|----------------|----------------|
| Organizzato      | Cognitivamente | Affettivamente |
| Punto di vista   | Altro          | Sè             |
| Distanzia        | Sè             | Altri          |
| Preoccupato di   | Altro          | Sè             |
| Predizione       | Esagerata      | Info cognitive |
| Affetti negativi | Omette         | Esalta         |
| Problemi         | Minimizzati    | Enfaticizzati  |
| Passato          | Distanzia      | Conserva       |

|               | Tipo A  | Tipo C  |
|---------------|---|---|
| Prevedibilità | Prodotto Prevedibile  | Processo imprevedibile                                      |
| Verbalmente   | Distanziante  | Coinvolgente  |
| Compiace      | Gli altri   | Il sè   |
| Norme         | Interne   | Esterne   |
|               | In base alle esigenze altrui ma diventa interna una volta che la fonte è autorevole | Deve essere ribadita e rimessa in vigore da un ente esterno |

Fig. 2.5

*stati interni* (linguaggio manuale d'istruzioni), esasperazioni di *stati emotivi falsificati* e come effetto della dipendenza dall'approvazione del genitore nel dirigere i propri agiti, una particolare sensibilità nei confronti del *giudizio degli altri* e una percezione accentuata della *vergogna* in risposta ad attivazioni emotive negative reali che corrispondono, nello schema relazionale infantile, a previsioni di abbandono. Sono frequenti in questi casi *compulsioni ansiose, disturbi di somatizzazione e alimentari*.

#### 2.1.6. - L'attaccamento nel disagio del post partum:

Ci si aspetterebbe, in caso di depressione materna, uno stile di attaccamento evitante con scarso coinvolgimento emotivo nei confronti del bambino, una insicurezza sulle proprie capacità di accudimento e sulle pratiche educative, anche dovuta alla tendenza all'auto-svalutazione di ogni iniziativa e azione svolta nei confronti del figlio, caratteristica della condizione psicopatologica. In realtà i dati di ricerca paiono smentire tale convinzione, attribuendo un attaccamento ansioso resistente alle coppie madre-bambino con una frequenza pari o lievemente superiore (Cohn e Tronick, 1989). Questo probabilmente perché le componenti d'ansia vengono comunque attivate nel legame parentale nelle forme depressive legate alla maternità (Crittenden, 2005). Nelle forme invece di disturbi d'ansia compare con più frequenza l'attaccamento C, con una presenza e attenzione esagerata del genitore nel momento di attivazione ansiosa e un allontanamento rapido nel momento di risoluzione di questo stato. Nei disturbo ossessivo-compulsivi, invece prevale uno stile evitante più orientato all'impostazione e gestione delle regole di comportamento che non alla condivisione emotiva.

In tutte le tipologie di disturbo però, compresa la sindrome post traumatica da stress, le difficoltà cognitive o emotive legate allo stato patologico, incidono nella relazione tra madre e bambino, impedendo una comunicazione autentica e reciproca, l'instaurarsi di un rapporto significativo e partecipato che possa essere la base di creazione di significati condivisi nella pienezza della relazione e che è il presupposto di una tipologia di attaccamento sicuro.

Dall'attaccamento alla patologia infantile: Ciò che risulta necessario allo sviluppo ottimale del bambino, è un atteggiamento di cura sensibile e responsabile da parte di entrambi i genitori nei confronti del bambino (Murray, 2006). Nelle diverse fasi evolutive, questo corrisponde all'attuazione di diverse strategie educative e diverse attenzioni affettive. In infanzia, ad esempio, si traduce soprattutto nel fornire tutto ciò che serve al sostenimento, la protezione, il confronto e stimolazione all'interazione sociale. In una seconda fase, quando il bambino inizia a camminare e a parlare, i genitori provvedono a fissare dei limiti all'esplorazione rendendola appropriata alle capacità motorie e intellettive del bambino, ne incoraggiano lo sviluppo cognitivo, sociale e linguistico. In tutti i passaggi evolutivi, il mantenimento di un contesto emozionalmente supportivo è il compito più complesso per i genitori perché richiede una stabilità e padronanza emotiva che prima di tutto sia individuale e di coppia. La sintomatologia depressiva, come qualunque forma di sofferenza costituisce in questo senso una minaccia alle abilità parentali ottimali (Kessler, 2006; O'Hara MW, Swain AM, 1996). Soprattutto la definizione, spiegazione e negoziazione dei limiti appaiono influenzati dalla mancanza di propositività e iniziativa della depressione post partum. Per questo la relazione della diade, in presenza di sintomatologia cronica o grave, coincide con una valutazione di attaccamento insicuro che si basa su ritardi dell'evoluzione del linguaggio, dello sviluppo cognitivo. In particolare, le metodologie osservative di attaccamento quali la strange situation (Ainsworth, 1978) e la metodologia infant observation (Crittenden, 2005), utilizzano come indice privilegiato di sicurezza della relazione evidenze comportamentali ed affettive di cooperazione, quali la sintonizzazione dello sguardo, la reciprocità dei turni di parola o di vocalizzazione e di attività, la modalità condivisa di gestire pause e riprese di interazione nei momenti di distacco e riavvicinamento. Tutti questi indicatori sono carenti in presenza di depressione post partum e sono spesso sostituiti da una difficoltà a trattenere e controllare rabbia e agiti aggressivi (NICHD, 1999; Campbell SB et al., 2004) che devono dunque registrati nel contesto valutativo allo scopo di determinare eventuali rischi per il bambino. In questa situazione, un livello alto di sensibilità genitoriale può comunque essere un fattore protettivo, mentre condizioni socio-economiche sfavorevoli in presenza di eventi potenzialmente stressanti possono peggiorare le problematiche infantili (Dawson G, Ashman, 2003).

La teoria dell'attaccamento però, non coincide né con una tecnica di diagnosi, né con una strategia terapeutica. Questo perché fin dalla concezione iniziale di Bowlby, l'obiettivo principale degli studiosi di attaccamento è capire che cosa governa lo sviluppo mentale ed affettivo-emotivo in infanzia per poter favorire uno sviluppo compatibile con il benessere e non rintracciare le cause psicopatologiche di un disturbo in età adulta. In questo senso, la definizione dello stile di attaccamento può risultare di supporto o di approfondimento a dinamiche terapeutiche e favorire l'acquisizione di

un nuovo stile relazionale più funzionale potenzialmente applicabile a diversi contesti sociali. Il passaggio recente che si è osservato nella comunità scientifica riguardo l'atteggiamento da mantenere nell'osservazione di tali argomenti, consiste nello spostare l'attenzione dal "cosa fa la mamma e quale è l'effetto nel bambino", utilizzato nella *strange situation* a "quale è l'atteggiamento della mamma e quale atteggiamento mentale nella sicurezza sviluppa il bambino" (Ruberti, 2008). I principi, che governano l'osservazione dello stile interpersonale sono semplici nella formulazione Bowlbiana: se nella prima infanzia un bambino trova persone che si occupano di lui con calore, interesse ed impegno, svilupperà, con più probabilità, fiducia nei confronti delle persone che si occupano di lui. Questo gli permetterà di creare delle aspettative positive riguardo a quanto ci si può aspettare dagli altri e svilupperà delle competenze mentali più complesse. Soprattutto Mary Main (2008), all'interno dello studio delle competenze linguistiche, narrative e mentali dei bambini nell'età della scolarizzazione che presentavano un attaccamento sicuro, ne ha rintracciato le caratteristiche e la tempistica di sviluppo: questi bambini raccontano le cose in un modo migliore e più verosimile, fanno meno riferimenti a fantasie bizzarre per organizzare strategie cognitive e appaiono come racconti ricchi di strategie meta cognitive in grado di tenere in considerazione il punto di vista di sé e degli altri.

Sono narrative che lasciano intravedere una prima capacità di decentramento nella formulazione del proprio punto di vista. In questo senso, si ritiene che un attaccamento sicuro sia un fattore di protezione nello sviluppo di psicopatologia, anche non in modo assoluto, perché la teoria dell'attaccamento non è in grado di fornire indicazioni di previsione tra stile di attaccamento e tipologie specifiche di patologia, inoltre, all'interno dell'eziologia patologica concorrono altri fattori oltre l'attaccamento che non si possono escludere dal processo di diagnosi. In letteratura, il dibattito a questo proposito è tuttora molto animato ma solo 2 correlazioni sono risultate verificate da analisi statistica: tra attaccamento disorganizzato e disturbo borderline e attaccamento disorganizzato e alcuni disturbi dissociativi in adolescenza (Dozier et al., 1999).

Tra gli studi che ritengono che l'associazione tra depressione materna e attaccamento insicuro sia valida e abbia una causalità diretta ci sono quelli Lyons-Ruth et al (1999) riferiti a bambini di 12 mesi e quelli di Murray (2006) per bambini di 18 mesi in cui l'autore ha rintracciato segni di evitamento della relazione che considera precursori di uno stile insicuro evitante. Inoltre Teti (1990) ha confrontato le osservazioni del comportamento di bambini con madri depresse e di bambini con madri senza profilo di sofferenza psicologica trovando una differenza significativa tra i due gruppi e un attaccamento insicuro nel primo.

Contrastano questa rappresentazione, gli studi di Campbell e Choen (2004), svolti in un contesto a basso rischio e che non hanno confermato questa associazione e hanno rilevato una percentuale di attaccamento insicuro alta in entrambi i campioni considerati.

Un'altra interpretazione dei dati, associa le difficoltà genitoriali che sono accentuate in caso di patologia psicologica con una modificazione negativa dell'interazione e dunque indirettamente del legame di attaccamento. Tali difficoltà andrebbero associate secondo Weissman e Paykel (1980) alle compromissioni relazionali comuni in ogni patologia depressiva e a conferma di tale visione portano l'evidenza di un costante livello di irritabilità che permane nelle relazioni familiari di donne con storie passate di depressione non legate al momento della gravidanza e del parto. Questo fattore inoltre sarebbe in grado di spiegare il mantenimento nei bambini di uno schema relazionale disfunzionale nel lungo periodo indipendentemente dalla durata dell'episodio depressivo materno iniziale.

*Sarebbe allora la qualità dell'interazione materna e non il grado di compromissione psicologica ad influire sulla sicurezza o meno del legame con il bambino e si conseguenza sul suo sviluppo.* Choen et al. (1960) hanno infatti trovato che le forme di risposta dei bambini sono correlate al comportamento materno mostrando più agiti di protesta in corrispondenza di madri poco coinvolte nella relazione e di evitamento con madri intrusive. Comportamenti esternalizzanti sono associati con un calo di segnali positivi ed un aumento di segnali negativi da parte della madre (Heller and Baker, 2000). L'atteggiamento intrusivo e controllante può inoltre essere fonte di scarsa consapevolezza e accrescimento delle proprie capacità (Weinberg and Tronick ,1998).

Un'evidenza clinica, supportata in parte dalla letteratura di riferimento (Dozier et al. 1999) dimostra che chi ha un attaccamento sicuro, generalmente sviluppa molto meno degli altri delle condizioni psicopatologiche, soprattutto quelle più severe. Questo perché, una varietà di strategie relazionali coerenti e diversificate, aiutano ad affrontare i fattori di rischio stressanti, predisponenti o scatenanti la patologia nel momento in cui si presentano, ovviamente però non sono in grado di rendere una persona immune alla loro influenza (Ruberti, 2008). L'attaccamento sicuro favorisce dunque coerenza, verosimiglianza, plausibilità nella narrativa personale e dunque nella rappresentazione di sé e del mondo durante lo sviluppo cognitivo ed emotivo. Questo è un fattore protettivo anche in età adulta nell'acquisizione del ruolo genitoriale. Dello stesso parere, anche Lambruschi (2008) che spiega, in merito al trattamento di lutti e separazioni nei bambini, che "sponde relazionali calde e sensibili, in grado di condividere le emozioni tramite risonanza affettiva e cognitiva" sono funzionali ad una risoluzione positiva di un evento stressante potenzialmente disorganizzante. Non è allora la perdita che provoca la psicopatologia, ma la qualità del legame che la precede e

l'accompagna. E' l'incontro con legami insicuri, disturbanti, non confortanti o chiaramente spaventanti che crea il trauma. Questi contesti relazionali determinano poi l'uscita comportamentale del bambino che è una disregolazione del modello operativo interno già utilizzato dal bambino. In casi di legami insicuri, si notano segnali di attaccamento esasperati nella tempistica, frequenza e intensità. Sono bambini che mostrando dolore cronico (ambivalente) o assenza di dolore e autosufficienza compulsiva (evitante). Quando i segnali di dolore non si vedono più vengono incistati e non più espressi in segnali affettivo-motori, non attivano più soccorso nell'altro, non sono più funzionali alla relazione. Il lutto può essere dunque trattato:

- con strategie dismissing e danno origine a disturbi somatoformi e d'ansia ma la tristezza non si sente più,
- oppure con strategie preoccupate e dare luogo a disturbi della condotta provocatori e con effetti anti-depressivi nei genitori.

Sempre secondo l'autore, non sono i dati di realtà, in grado di modificare schemi dei modelli operativi interni e sentimenti collegati insicuri appresi in infanzia, ma l'esperienza emozionale correttiva può prendere forma solo all'interno di una relazione significativa quanto quella in cui c'era stato l'apprendimento disfunzionale.

Le possibili conseguenze di un attaccamento insicuro sulle possibili *compromissioni dello sviluppo del bambino*, che sono state rintracciate negli ultimi 30 anni, sono diverse e sono riferibili ad aree differenti: uno studio di Mc Mahon (2000), ha evidenziato che nei primi mesi di vita fino all'anno è possibile osservare, nei figli di madri depresse, un ritardo nel linguaggio e nell'espressione psicomotoria che però non compromette le facoltà cognitive, mentre evidenzia che in questi casi i bambini non hanno la possibilità di sviluppare espressioni facciali ripetute anche perché ricevono meno contatto fisico. Questo dato trova conferma nella teoria di Crittenden (2004) secondo la quale una patologia depressiva porta a non inserire sufficienti stimoli nella relazione e una non responsività ai segnali del bambino che quindi smette di emetterne. La mancanza di sintonizzazione emotiva nella situazione presente può inoltre causare nel bambino delle difficoltà attentive e quindi incidere nella capacità di apprendimento (Murray e Cooper, 1997;). Più precisamente, i disagi infantili sono categorizzabili secondo tipologia di ritardo nell'acquisizione di abilità, autonomia, sicurezza, rapporti interpersonali:

Lo sviluppo cognitivo: livelli importanti di depressione materna sono correlate ad uno sviluppo cognitive e motorio più povero ad 1 anno di età, secondo la classificazione di Bayley (Bayley N., 1969).



A 18 mesi, la seconda valutazione, indica con più probabilità per i bambini di madri depressi un blocco evolutivo nella capacità di rappresentazione, alla fase di permanenza dell'oggetto secondo il modello di Piaget (1978). A questa età, inoltre, i maschi paiono maggiormente colpiti nello sviluppo motorio e cognitivo secondo la scala di Bayley (Murray L., 1992, 1996).

Lo sviluppo emotivo: Stain (1991), ha confrontato il comportamento di bambini di 19 mesi trovando che bambini di madri che esprimono bassi livelli di coinvolgimento affettivo, comportamento interattivo, scarsa concentrazione e più risposte negative associate alla capacità di socializzazione con gli sconosciuti. In associazione sono stati rilevati problemi del sonno e dell'alimentazione, di temperamento e difficoltà di separazione.

Effetti DPP sulla relazione a 2 mesi: le difficoltà nell'accudimento materno, si riscontrano entro i primi due mesi dalla nascita per le donne con depressione post partum e sono assimilabili alle difficoltà riscontrabili in caso di condizioni sociali ed economiche svantaggiate. Il legame di attaccamento però risulta compromesso non prima dei 18 mesi di vita del bambino (Murray, 2006).

Effetti DPP sulla relazione a 3 mesi: Marion Righetti-Veltema, 2001 hanno trovato che i primi effetti visibili nella relazione diadica, sono comunicazioni visive, vocali, fisiche più scarse e la frequenza minore del sorriso. A tre mesi questi segnali che da soli non bastano a diagnosticare una difficoltà, coincidono con condizioni materne critiche nei casi di depressione ad esordio tardivo entro i 6 mesi, l'anno di vita del bambino. In caso di donne primipare inoltre tali difficoltà si manifestano nella scarsa acquisizione di sicurezza nello svolgimento delle pratiche di accudimento, in donne multipare invece si traducono in un senso di stanchezza cronico e apatia.

Effetti sulla relazione con il padre: i bambini manifestano interesse per la madre e per il padre in egual misura nel comportamento di gioco, mentre la rappresentazione dei padri risulta indipendente dall'umore materno e associato invece al conflitto tra genitori (Verschueren e Marcoen, 1999). La rappresentazione del padre è un indice importante nella predizione dell'andamento scolastico del bambino fin dalla scuola d'infanzia in presenza di disagio post natale della madre. Questo perché l'influenza paterna, in presenza di sintomatologia depressiva della compagna, diventa un fattore protettivo e compensatorio nello sviluppo delle strategie relazionali del bambino e nello sviluppo delle capacità metacognitive in età scolare (Hossain et al., 1994). La possibilità di sviluppare diversi pattern di attaccamento con ogni figura di riferimento del bambino è il principale fattore protettivo del suo sviluppo e conferma che le rappresentazioni di sé stessi legate al rapporto con gli adulti che si occupano di lui, sono costantemente in sviluppo nel bambino in tutta la durata dell'infanzia (Steele, Steele, & Fonagy, 1996; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996).

Effetti a lungo termine: Secondo studi di follow up, i figli di genitori depressi, hanno un rischio più elevato della popolazione di riferimento di manifestare condotte distruttive e disturbi d'ansia. I figli di madri depresse con comorbidità con disturbi di panico e agorafobia sono più a rischio di sintomatologia depressiva e disturbi d'ansia (Pilowsky, 2010) e in generale, in casi di depressione genitoriale, si associano più frequentemente esperienze di disturbi psichiatrici in adolescenza e prima età adulta. la gravità e durata degli episodi di sofferenza psicopatologica pare correlare con la gravità del disturbi depressivo genitoriale (Leis, 2010).

Problemi di comportamento violento e autodistruttivo in adolescenza: Dale F. Hay, 2010 la maggior parte dei bambini esposti alla depressione materna in infanzia, vengono generalmente nuovamente a contatto con la stessa patologia nel corso della crescita e in età adulta, a causa delle ricadute psicopatologiche. Durante questi episodi l'equilibrio familiare e la possibilità di ampliare e coltivare relazioni significative all'esterno del nucleo, possono venire compromessi. Probabilmente a causa di queste dinamiche, la depressione in gravidanza correla con uscite psicopatologiche in adolescenza quali condotte antisociali e comportamenti violenti.

Difficoltà nel sonno: un sintomo molto particolare e specifico presentato dai bambini con madri depresse, è la difficoltà a prendere sonno o a mantenere lo stato di addormentamento sia durante il giorno che durante la notte. Una impostazione di ricerca interessante, è quella presentata da Daws (1989) che prende in considerazione la storia evolutiva dei genitori focalizzandosi particolarmente sui significati dati al sonno e all'addormentamento durante la loro infanzia: l'ipotesi che hanno confermato è che ricordi di separazioni traumatiche dai genitori associate ad insonnia possano dare origine ad un comportamento non verbale che trasmette nelle successive generazioni la stessa difficoltà ad affrontare l'addormentamento in maniera serena in quanto associato ad una separazione minacciosa e indesiderata tra genitori e bambino. A supporto di questa teoria, lo studio di Kl Armstrong et al (1997) che hanno provato l'associazione tra problemi del sonno nei neonati (numero di risvegli notturni, riposi giornalieri, età di conclusione dei riposini giornalieri, tempo di addormentamento, modalità di addormentamento) e lo stato emotivo della madre durante la gravidanza (condizioni mediche, impegno lavorativo durante la gravidanza specie nel terzo trimestre, assunzione di sostanze eccitanti o alcoliche, quantità e qualità del sonno notturno, livelli di ansia, depressione). In particolare, è stata confermata la relazione tra problemi di insonnia della madre e risvegli molto frequenti dei bambini. Esiste anche una correlazione tra sofferenza psichica materna e risvegli notturni infantili ma in questo caso non è chiara la direzione causale: potrebbero essere i risvegli che accentuano la depressione e il senso di stanchezza della madre come la stessa condizione di scarsa attenzione ai

bisogni di accudimento che rende più frequente il comportamento attivante del neonato anche nella notte.

Uno studio più recente sul legame tra esperienze sul sonno dei genitori e rappresentazioni sul comportamento notturno del bambino è quello di Tikotzky (2010) che ha utilizzato la metodologia di intervista per indagare i significati dati alle difficoltà nel sonno dai genitori durante la loro storia evolutiva e poi ha continuato l'intervento nel contesto familiare confrontando le diverse rappresentazioni e dimostrando l'efficacia di tale metodologia nel modificare il comportamento dei neonati diminuendo il numero di risvegli notturni. Le difficoltà maggiori a gestire il risveglio frequente notturno, sono dovute a reazioni emotive fortemente attivanti e negative al pianto e alla protesta del bambino (Daws, 1989; Sadeh, 2005), che viene considerato un segno di sofferenza insostenibile al distacco. Nelle narrative infantili di questi genitori compaiono spesso episodi di risvegli notturni frequenti e difficoltà della madre a gestire il riaddormento in modo sereno a causa di stanchezza intensa e costante e nervosismo che ha portato spesso ad allontanamento fisico prima dell'addormentamento subito dopo aver allattato con un correlato emotivo di isolamento e allontanamento (Lieberman et al., 2005).

## 2.2. - Interesse sociale – cronaca

Negli ultimi anni, anche l'attenzione della società si è intensificata sulla depressione post partum. In seguito ad una crescente mole di articoli, documentari, testimonianze, apparse su tutti i canali media, le persone sono venute a conoscenza di questa problematica indipendentemente da età, appartenenza etnica, interessi e titolo di studio. Al momento attuale, i sintomi principali di depressione post partum fanno parte della cultura popolare condivisa e all'interno dei reparti maternità si trovano volantini con le informazioni più importanti che permettono di identificare uno stato di malessere e di rivolgersi alle strutture che forniscono servizio di screening e trattamento.

I fatti che hanno innescato l'interesse giornalistico sono stati quelli in cui si è verificato un atto violento da parte delle mamme nei propri confronti o nei confronti del bambino. Questi episodi sono però riferibili all'area psicopatologica della psicosi post partum, forma di sofferenza più grave, con sintomi di delirio e allucinazioni che non sono compresi nella depressione post partum. Anche l'eziologia della patologia è diversa e spesso riguarda donne che hanno già avuto esperienze e manifestazioni psicotiche o disturbi di personalità gravi in adolescenza o in prima età adulta. Questa tipologia di sintomi riguarda inoltre una percentuale molto inferiore di donne: solo l'1-2% della popolazione in confronto al 15-20% della depressione post partum (Hipwell & Kumar 1997). Tuttavia,

giornali e televisioni hanno spesso parlato di queste condizioni riferendosi in maniera generale alla depressione post partum, scatenando una sorta di allerta generale agli stati di tristezza e sconforto che possono anche essere normali e transitori nei primi mesi di vita del bambino.

Da una ridotta ma esemplificativa rassegna dei titoli comparsi sui principali quotidiani nazionali e internazionali negli ultimi anni, associati alla depressione e al primo anno di vita dei bambini, è facile intuire come sentimenti di angoscia si sono diffusi assieme a conoscenze confuse e poco spiegate sulle cause del disagio post partum:

- Infanticidio all'Abetone La madre confessa (15 gennaio 2010, La Nazione)
- Altri due neonati morti lo spettro dell'infanticidio spaventa il Paese (7 dicembre 2007, Germania, Corriere della Sera)
- Neonato nel dirupo: ipotesi di infanticidio (28 ottobre 2007, Quotidiano.net)
- Infanticidio di Genova, i protagonisti dell'orrore (15 marzo 2011, Secolo XIX)
- Assolta la donna che annegò il figlioletto Per il Gup l'infanticida di Calcinato non in grado d'intendere e di volere (21 settembre 2001, quotidiano.net)
- Infanticidio: la madre aveva paura di perdere il lavoro (16 marzo 2010, La nazione)
- Madre soffoca il figlio nella culla perché piange troppo. La donna è stata arrestata per omicidio volontario aggravato. Ha confessato l'infanticidio: "Non riuscivo più a sopportare il suo pianto" (23 gennaio 2001, Corriere della Sera)
- Tragedia della follia: partorisce e annega il figlio (9 dicembre 2004, Corriere della Sera)

*"Non posso sopportare le lacrime di una madre" –  
(Virgil, Aeneid, IX, 289)*

*"...è terribile quando le madri vacillano..." Feud, (Al di  
là del principio del piacere, 1920).*

*La mano che fa dondolare la culla è la mano che regge  
il mondo. (William Ross Wallace, "What Rules The World")*

*Tutti i bisogni del bambino vengono proiettati sulla  
mamma. Lei, e solo lei, sviluppa una particolare sensibilità  
che le permette di sentire anche il piccolo sussulto quando tutti  
dormono. E' lei che, più di chiunque, "sente" il respiro del  
bambino e ne percepisce ogni necessità. (Tommaso Montini,  
"Me lo dici in bimbinese?")*

*Fig. 2.6*

Parallelamente, anche in campo artistico, registi e scrittori hanno trattato il tema a modo loro, a volte alimentando le inquietudini, più spesso approfondendo l'area emotiva legata alla maternità e alle

sue difficoltà, mettendo alla prova e la maggior parte delle volte disconfermando i principali miti legati alla maternità (Leveni et al., 2009) che così tanti problemi e dubbi insinuano nella mente delle neo-mamme. I cosiddetti “miti” sono concezioni irrealistiche legate alla maternità e più in generale alla genitorialità, che sono diffusi e amplificati dalla macchina del marketing, e ben accettati dalla società in ogni epoca, in quanto pare che l'accettazione di emozioni e sensazioni negative legate alla maternità risulti difficile e in qualche maniera “disorientante” o “angosciante”(vedi fig. 2.6). Forse è per questo che tali miti irreali di gioia assoluta, nascono spesso da confronti con altre donne che minimizzano o esaltano la loro esperienza passata, non tenendo conto delle differenze socio culturali in corso nella nostra società.

Ad esempio, il pensiero che la cura di un neonato non sia particolarmente pesante e faticosa non tiene conto della differente impostazione familiare attuale monoparentale in cui la madre si trova a gestire il bambino da sola per tutta la giornata; in confronto, nel passato, una stessa abitazione riuniva più nuclei familiari e rendeva attuabile la possibilità per la madre di aiuti pratici e momenti di riposo o stacco dalla funzione genitoriale. Analogamente, le tecniche educative utilizzate dalle generazioni passate erano riferite alle conoscenze mediche pediatriche ed pedagogiche che ora risultano modificate, ampliate e quindi in molti casi diverse. Ad esempio, la posizione da utilizzare per evitare la morte in culla era fino a poco tempo fa quella a pancia in giù, mentre ora è consigliata quella sulla schiena; l'introduzione graduale degli alimenti durante lo svezzamento ha passato varie modifiche negli anni fino ad arrivare al momento attuale con regole più nette e in qualche modo più restrittive, indicano più divieti e fasi di transizione da un alimento al successivo più lunghe e sono per questo più difficili da seguire, anche se più funzionali alla salute e al corretto sviluppo infantile.

Queste conoscenze, che non possono essere trasmesse dalle proprie madri o dalle suocere e spesso nemmeno da amiche, possono creare fraintendimenti, scontri sulla migliore educazione e scelta da seguire tra i coniugi o nella famiglia allargata. Tra i principali miti materni che provocano discussioni e nella donne possono essere motivo di insicurezza e svalutazione delle proprie capacità come madre, e si possono ricordare:

- Una buona mamma è felice di stare tutto il giorno con i propri figli e curare la casa per renderla un nido accogliente.
- Una buona mamma prova solo sentimenti positivi nei confronti del proprio figlio
- Solo la mamma è in grado di capire in ogni momento di cosa ha bisogno il suo bambino

- La gravidanza è il periodo più bello nella vita di una donna e non cambierà il mio stile di vita
- Avere un bambino migliora l'intesa della coppia e la rafforza senza cambiarla
- Una brava mamma pensa sempre ai propri figli mettendoli al primo posto
- Tutte le madri sanno affrontare da sole i momenti difficili e le situazioni inaspettate
- Per essere una buona madre bisogna solo affidarsi all'istinto materno innato

Iniziano ora a comparire manuali, libri di letteratura e opere cinematografiche che tendono a vedere queste convinzioni in chiave ironica o polemica, in ogni caso, ottenendo l'effetto di validare le sensazioni negative e le difficoltà incontrate dalle neo mamme allo scopo di trovare soluzioni alternative più attuabili ed efficaci nel contesto moderno. Esempi sono i lavori di Concita De Gregorio ("Una madre lo sa", 2008 Mondadori), Cristina Comencini ("Quando la notte", 2009 Feltrinelli, "Due partite", 2006 Feltrinelli), Alina Marrazzi ("Un'ora sola ti vorrei", 2005), da molto tempo attive nella produzione artistica e nell'approfondimento critico di queste tematiche.

Per una madre in difficoltà, il peso costituito dai discorsi delle altre donne che alimentano l'ideale di felicità assoluta e facilità istintiva del compito di accudimento, risulta impossibile riuscire a non attivare il pensiero di essere sbagliata come madre (Millgrom, 2003). La conseguenza è l'innescare della spirale depressiva che vede la fatica mentale e fisica, oppure lo smarrimento di fronte al non conosciuto, come prove di fallimento personale e di indegnità personale. Poter venire a conoscenza anche tramite letture, documentari e cinema può aiutare a non sentirsi sole, in una sorta di prima condivisione empatica delle negatività, alla quale può seguire un confronto attivo, sincero e rassicurante con le altre donne.

Tutto questo, per riuscire finalmente a ridurre l'importanza dei miti materni riconoscendone l'irrealtà e a trovare spiegazioni alternative alle situazioni critiche scatenanti, come il pianto ininterrotto del bambino durante le coliche, la fatica e la rabbia sperimentate dopo diverse notti in bianco, lo smarrimento nel non riuscire a capire nei primi mesi di vita del bambino ogni sua espressione facciale o vocale. La strategia più efficace e maggiormente attuata da ogni madre in ogni tempo, è infatti da sempre, quella di procedere con pazienza per tentativi fino a trovare legami tra espressione del bisogno, azione materna e benessere del bambino, con relativa rassicurazione di entrambi.

### 2.3 - Interesse comunitario - Documenti programmatici

*Negli ultimi dieci anni ho notato un aumento esponenziale di grandi scoperte e nuove idee di gadget per i bambini e di attrezzature volte a massimizzare il potenziale comfort, sicurezza e sviluppo del bambino. Abbiamo dimenticato che una madre ha il compito più importante del mondo? Speriamo che le mamme che sono l'esperienza più bella della vita all'inizio di un bambino, ora ricevano molta più attenzione e sostegno.*

*Dobbiamo portare più consapevolezza e più conoscenza del periodo dopo il parto, per fare in modo che arrivi alla pari con la conoscenza del progresso tecnologico di tutto il resto nel nostro mondo. Sarebbe anche nostro compito e farebbe un mondo di bene (e soprattutto aiuterebbe coloro che hanno subito il dolore), l'accettare che la malattia mentale è semplicemente un altro problema tecnico che come l'esperienza del corpo, o come qualsiasi altra malattia fisica deve essere osservato e curato.*

*Ma chi sono io per dirlo, io sono solo un'altra pazza mamma!*

*(Forum mamme, 2009)*

Costi della prevenzione rispetto alla cura: L'intervento preventivo è collegato a costi relativamente bassi se si pensa ad un trattamento di un mese effettuato nei primi 18 del post partum. Considerando inoltre i rischi di un impatto negativo nello sviluppo personale e la probabilità di avere un disagio psichico sia nella madre che nel bambino a lungo termine, il costo del trattamento complessivo della patologia post partum assume dei valori considerevoli in confronto a quelli della prevenzione (Petrou S, 2010).

Effetto del trattamento in ottica familiare: seguendo un campione di madri in trattamento e i loro figli per depressione post partum per un anno, Pilowsky, (2008) ha riscontrato che un terzo dei figli dai 7 ai 17 anni hanno sviluppato una psicopatologia, e in metà del campione considerato si sono presentati problematiche psichiatriche nel corso della vita. Considerando invece, a tre mesi e un anno di trattamento, la remissione della sintomatologia materna risulta associata ad un decremento della sintomatologia anche nei bambini mentre non si ha lo stesso andamento in caso di mantenimento della sintomatologia. Da segnalare in questo studio che oltre al trattamento, è risultato favorevole ad un miglioramento più rapido e duraturo, l'aver un rapporto di coppia stabile o una situazione abitativa affettivamente calda e supportiva. Questo dato conferma il supporto sociale come il più importante fattore protettivo e predisponente al cambiamento per il trattamento del disagio nel post partum. Secondo Campbell (2010), quando le madri possono sfruttare un aiuto familiare nella gestione

quotidiana, possono focalizzare l'attenzione sui loro bambini che risultano in questo modo maggiormente protetti dagli effetti della patologia sulla relazione.

Anche per questa ragione diventa importante impostare un percorso di terapia familiare o interpersonale nei casi in cui la sofferenza ha inciso nelle dinamiche familiari al punto da causare l'acquisizione di strategie disfunzionali, ritardi di sviluppo o condotte auto ed etero lesive nella prole. In un percorso di questo tipo, ad un follow-up a 9 mesi sui bambini, si è riscontrato un miglioramento nelle performance cognitive e la tempistica del cambiamento associato a quello delle madri è un'ulteriore prova dell'utilità di intervenire sulla condizione mentale delle donne anche in funzione di uno sviluppo mentale adeguato dei figli e dunque per prevenire futuri disagi psicologici gravi in tutta la famiglia. A questo scopo, specie in Inghilterra, ma in tutta Europa, negli ultimi dieci anni, le politiche sociali si sono mosse a favore della rilevazione e segnalazione ai servizi competenti delle donne a rischio tramite anche informazione e formazione dei servizi di primo accesso come pediatri, ostetriche e medici di base sulle caratteristiche e sugli effetti della depressione post partum. I programmi di prevenzione sviluppati hanno incoraggiato il coinvolgimento dei padri negli incontri sull'acquisizione del ruolo genitoriale, le necessità dei neonati i segni di sofferenza post natale da parte delle donne, ma tali strategie preventive riguardano solo una piccola percentuale di comunità perché sviluppati spesso a livello locale da singole organizzazioni ed associazioni o da enti pubblici isolati senza un reale programma nazionale o comunitario che gestisca a livello centrale l'organizzazione e il monitoraggio dei servizi (Campbell, 2010). Come ricordato dalle linee guida della World Health Organization (WHO, 2004a, 2004b) invece, per raggiungere un determinato obiettivo è fondamentale calibrare ogni azione prevista dal progetto sulla specifica popolazione a cui è diretto. Andrebbero dunque valutate le caratteristiche delle nuove famiglie, le difficoltà maggiori che si trovano ad affrontare nel passaggio che li porta ad essere genitori sotto il profilo lavorativo, sociale, di coppia. Sarebbe inoltre necessario inserire questo tipo di analisi all'interno del contesto socio-assistenziale in cui le famiglie si muovono, considerare i servizi pubblici e privati locali e nazionali, il loro livello di accessibilità, la loro possibilità di intervento in termini di tempistica e professionalità offerti, il loro costo e la loro capacità di lavorare in modo coordinato in caso di necessità.

Nell'ottica della promozione della salute, si sono pronunciati a favore del sostegno alle funzioni genitoriali tutti i maggiori organismi nazionali ed internazionali:

- La World Health Organization (WHO, 2009) ha raccolto in un documento di review, tutte le più recenti informazioni riguardanti le tematiche associate alla nascita da un punto di vista bio psico sociale evidenziando le possibili ripercussioni sulla salute mentale e il benessere delle



famiglie. All'interno degli obiettivi perseguiti dalla pubblicazione del documento, è dichiarato l'interesse nel creare le condizioni preventive e trattamentali più indicate per un'area "di crescente interesse per la salute pubblica" e gli interlocutori immaginati sono i professionisti dell'area assistenziale pubblica, i politici e i managers che possono stabilire un dialogo sulle nuove politiche sociali.

- L'Implementing Mental Health Promotion Action (IMPHA) network, stilando una lista delle dieci aree di promozione della salute ha indicato al primo posto il supporto alla genitorialità nei primi anni di vita di un bambino. Tra i criteri che definiscono la tipologia dell'intervento da compiere, la scelta di indirizzarlo a tutte le famiglie che si preparano alla nascita per la prima volta è sicuramente un fattore preventivo importante in quanto la preferenza delle politiche locali è quella di fornire consulenze solo alle famiglie che presentano dei fattori di rischio. L'obiettivo segnalato è quello di fornire informazioni a tutta la famiglia con particolare attenzione alla madre nel periodo immediatamente successivo al parto (Jané-Llopis & Anderson, 2005).
- Il Green Paper (2005) pubblicato dalla Commissione Europea indica come mezzo per migliorare la salute mentale della popolazione la formazione e applicazione di un modello di supporto all'attività genitoriale delle neo madri e di trattamento alle patologie post partum.
- La National Collaborating Centre for Mental Health ha steso nel 2005 delle linee guida sotto commissione della NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) allo scopo di fornire uno strumento unitario di rilevazione, riconoscimento e trattamento delle tipologie di disagio post partum nella popolazione femminile e di promuovere la formazione di una rete di servizi coerente che applichi tutti i trattamenti necessari alle diverse situazioni.
- Sul fronte nazionale italiano, Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, ha indicato tra gli obiettivi triennali la prevenzione della depressione post partum in ottica preventiva per il disagio infantile (Ministero della Salute, 2006). Nel 2008 invece, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia ha programmato e attuato il piano "Non lasciamole sole", un programma di prevenzione e formazione agli operatori che lavorano giornalmente con le donne in tutta la fase della gravidanza e nell'immediato post partum che ha voluto anche sensibilizzare la popolazione e soprattutto l'opinione pubblica a riguardo. Secondo Medina e Magnuson (2009), infatti, in Italia, la maternità e la paternità sono ancora visti esclusivamente come un lieto evento che non può essere di per sé causa di malessere o sofferenza.

## Cap.3 – Diventare genitori

*I bambini hanno bisogno di sentirsi amati e rispettati,  
non gestiti.  
(Siegel & Hartzell, 2005)*

### 3.1. - La Genitorialità – Maternità e Paternità

Gli ingredienti che compongono maternità e paternità, emergono nella storia di ognuno in funzione di esperienze e componenti caratteriali intime, da comportamenti e tradizioni legate alla famiglia di origine, da modalità di accudimento apprese direttamente all'interno del rapporto con i propri genitori, oppure, in modo indiretto nell'osservazione e compartecipazione all'esperienza di fratelli, cugini e amici. Anche il bambino partecipa alla creazione del proprio genitore, attraverso l'interazione reciproca e lo scambio precoce di segnali di affetto, bisogno, soddisfazione o insoddisfazione (Stern 1985) che creano prima una modalità di reciprocità e poi la relazione vera e propria su cui si inseriranno nel tempo la comunicazione e le azioni genitoriali a sostegno e cura dello sviluppo del bambino.

Siegel e Hartzell (2005), nel loro volume sulla comprensione della propria storia infantile nel processo di genitorialità, indicano quattro componenti della relazione genitore-figlio ottimale:

- La consapevolezza dei propri stati emotivi e dei propri pensieri, nonché di quelli dei propri figli nel momento presente. Questo atteggiamento aiuta ad essere percepiti come attivi nella relazione con gli altri e attenti alla loro individualità, fa sentire i figli coinvolti in uno scambio emotivo significativo e permette ai genitori di agire intenzionalmente scegliendo quei particolari comportamenti che corrispondono all'esigenza attuale.
- La disponibilità ad apprendere all'interno dello sviluppo della relazione, riflettendo sulle proprie esperienze passate a partire da nuovi punti di vista, da nuovi significati che sono potenzialmente fonti di arricchimento e modificazione positiva della propria storia di vita. Questa assunzione si basa sulla capacità di crescita e sviluppo sempre presente e attiva nell'essere umano grazie alla costante attenzione e propensione ai legami affettivi e alle relazioni più in generale. Permette inoltre, di insegnare un atteggiamento aperto e curioso nei confronti del mondo ai propri figli

nel momento in cui sono maggiormente impegnati nella scoperta dell'ambiente e delle relazioni sociali.

- La capacità di percepire le menti che si forma all'interno della comunicazione e dello scambio di pensieri, motivazioni, emozioni, ricordi, e che è alla base dello sviluppo di relazioni empatiche. Questa capacità, permette di comprendere segnali non verbali e di prendere in considerazione i contenuti profondi e non espliciti della comunicazione e del comportamento sia degli adulti che dei bambini. Un confronto tra genitori e figli che preveda anche la considerazione di tali aspetti è dunque importante per la comprensione reciproca ed una comunicazione più ricca.
- La gioia di vivere intesa come la capacità di trasmettere la passione, lo stupore e la curiosità derivanti dall'essere in un mondo pieno di possibilità e meraviglie; di condividere e ricordare le proprie esperienze per favorire il senso di essere compresi e considerati dei propri figli.

Per sviluppare una comunicazione coinvolgente, ricca ed educativa, che permetta una crescita reciproca di genitore e figlio, serve dunque procedere per gradi partendo dall'integrare e rendere coerenti gli aspetti fondanti la nostra storia, il nostro passato, per poi rendersi più consapevoli dei propri vissuti interiori nel presente e pronti a coglierne degli altri. Solo successivamente, si potrà pensare a rendere la condivisione di tali significati con gli altri un'esperienza viva e attraente con una relazione genitoriale adeguata e soddisfacente.

Il processo di comprensione della propria storia è spesso chiamato narrazione ed integra le *capacità semantiche dell'emisfero sinistro con quelle episodiche dell'emisfero destro*, fornendo un senso attraverso il racconto coerente alle singole esperienze di vita. In questo modo, quando raccontiamo ad un altro alcuni momenti particolari vissuti in passato, possiamo prendere le distanze dalle componenti sensoriali, corporei, emozionali dell'esperienza oppure focalizzare l'attenzione proprio su tali stati, dando la priorità dunque alle motivazioni e relazioni causali e temporali dell'avvenimento oppure alle emozioni, all'incoerenza e all'immediatezza. Quando però tentiamo di dare una spiegazione logica e coerente di quanto successo, dobbiamo dare uguale spazio a tutte queste funzioni in modo da rendere partecipe l'altro attraverso la condivisione emotiva e dare un senso rinegoziabile e fruibile nella relazione che sia dunque innanzitutto accessibile e comprensibile a livello semantico per essere poi modificato e allora utile ad entrambi.

Un secondo passo è costituito dalla comunicazione con il proprio figlio. Per rendere tale momento efficace e sereno è utile una consapevolezza dei propri stati emotivi, in quanto è più

facile *agire in maniera riflessiva ed adeguata nel presente se si ha la capacità di regolare le emozioni* più intense quali rabbia e frustrazione che possono transitoriamente svilupparsi nella relazione. Questo permette di dare anche una spiegazione ai figli di quanto avvenuto o in fase di compimento, all'interno del contesto, collegandolo ad un livello soggettivo emozionale non spaventante per il bambino. A livello educativo costituisce inoltre una solida base per il suo sviluppo empatico. Bisogna poi considerare che le emozioni sono presenti nella relazione fin dalla nascita e rappresentano la costante di ogni interazione per tutta la prima infanzia. Costituiscono dunque il primo momento di scambio non verbale del bambino e lo aiutano a comprendere la propria esperienza, dandogli innanzitutto una valenza positiva o negativa attraverso l'attribuzione "bello" e "brutto". A partire da questa prima valutazione, la mente impara una auto regolazione che ha lo scopo di mantenersi in un contesto sicuro e il più possibile piacevole, dando luogo a comportamenti di evitamento e distacco o di rifiuto attivo dalle situazioni pericolose e di ricerca di vicinanza per quelle piacevoli. Una comunicazione soddisfacente sotto questo punto di vista è dunque prima costituente del sentimento di sicurezza.

Queste capacità si riferiscono a livello cerebrale alle funzionalità dei neuroni a specchio, coinvolti nella percezione e nella risposta alle intenzioni degli altri. Le emozioni sono poi legate all'attivazione di precise e complesse aree cerebrali quali l'ippocampo, l'amigdala, il cingolato anteriore, e la corteccia orbito frontale. Sono dunque strutture che coinvolgono il tronco celebrale a livello profondo, il sistema limbico e la neocorteccia e che fanno intervenire nella comunicazione tra queste aree numerosi neurotrasmettitori e danno origine o sono influenzati da processi emozionali e somatici, pensieri astratti e percezioni.

*Emozioni, percezioni, astrazioni, rappresentazioni, sono alla base del nostro comportamento e influenzano in maniera importante la qualità delle nostre relazioni.* Anche il processo di accudimento è influenzato in questo modo da emozioni e stati d'animo immediate o legate al passato che possono interferire nel comportamento e dare luogo a esasperazioni di stati ansiosi o depressivi che caratterizzano gli attaccamenti insicuri presentati nel capitolo 2. Esistono poi particolari situazioni che possono rendere più difficile lo svolgimento di queste funzioni in un momento di transizione personale quale quello della genitorialità e far emergere delle problematiche specifiche di tipo emotivo o relazionale nei campi di comprensione di sé e dell'altro, della capacità di leggere la mente altrui e di rispondervi in maniera adeguata.

Negli ultimi anni, si è ritenuto che il rischio di sviluppare una depressione o un altro tipo di disagio in questa fase di cambiamento, fosse più probabile in presenza di alcuni dei fattori di rischio

individuati dalla letteratura. Dovrebbero dunque essere maggiormente esposte le giovani donne single con uno scarso aiuto pratico e morale da parte di familiari ed amici, al momento del primo figlio, che dovrebbero dunque riscontrare maggiori difficoltà nell'acquisizione del ruolo. Tutte le ricerche svolte nel campo dell'eziologia hanno trovato riscontri nell'emergere di patologie depressive importanti come visto nel capitolo 1, ma focalizzando maggiormente l'attenzione proprio sul particolare momento di acquisizione del ruolo, alcuni ricercatori hanno indagato le *cause di disagio all'interno della genitorialità intesa sia individualmente che come ruolo di coppia*.

Robin & Simon (2005) hanno svolto una ricerca importante su questo tema trovando che alcune tipologie di genitorialità sono associate più di altre a depressione e che in questi, si riscontrano stati mentali differenti nei due genitori della coppia anche in assenza di correlazioni con il genere sessuale.

In letteratura, alcuni lavori (Campbell, Converse, and Rogers 1976; Glenn and McLanahan 1981; Gove and Geerken 1977; Hughes 1989; McLanahan and Adams 1985; Radloff 1975) hanno trovato una correlazione positiva tra uno stato emotivo positivo e genitorialità, mentre altri hanno trovato la relazione opposta Andrews and Withey 1976; Cleary and Mechanic 1983; McLanahan and Adams 1985; Ross, Mirowsky, and Goldsteen 1990; Umberson and Gove 1989). Bisogna però differenziare le ricerche di tipo sociologico, che hanno avuto lo scopo di determinare il grado di benessere derivante dal cambiamento di ruolo sociale e quelle più di tipo psicopatologico che hanno studiato le correlazioni con lo sviluppo della sintomatologia. Il dato che per noi risulta più significativo è tuttavia *l'inesistenza di un legame diretto tra la percezione del benessere e la genitorialità*. Sembrano essere maggiormente rilevanti sotto questo punto di vista, l'insoddisfazione matrimoniale o lavorativa, in quanto si ritiene che, in una sorta di "bilancia emotiva", i costi associati al ruolo di madre o padre, pareggino i benefici (Gore and Mangione 1983; McLanahan and Adams 1987; Mirowsky and Ross 2003). La positività ricercata nel diventare genitori è allora da ricercare non negli aspetti emotivi sviluppati nei primi mesi di vita del bambino *ma nel senso dato dall'aver un figlio in termini di obiettivi di vita. Questo significato pare essere una gratificazione personale tale da promuovere il senso di benessere e successivamente lo sviluppo di emozioni prevalentemente positive* (Menaghan 1989; Sieber 1974; Thoits 1983).

Esistono poi delle differenze di genere nel modo di rappresentare la propria genitorialità: le *madri riescono a sopportare una condizione maggiore di stress a parità di condizioni sfavorevoli*, ad esempio, ritrovandosi a casa per la perdita di lavoro ad occuparsi di un figlio piccolo (Aneshensel et al. 1981; Bird and Rogers 1998; Campbell et al. 1976; Glenn and McLanahan 1981). La probabilità di

sviluppare sintomi di disagio, in seguito all'acquisizione di ruolo parentale, secondo Huges (1989), aumenta per i genitori single se sono uomini, ma la sintomatologia depressiva non segue questi stessi criteri e non si riscontrano differenze di genere nello sviluppo o meno della patologia in presenza di fattori di rischio psicopatologici. Differenze in questo senso paiono piuttosto riguardare alcune tipologie di genitorialità, quella maggiormente protettiva in questo senso, risulta essere quella in cui un genitore diventa casalingo e si dedica alla cura del figlio.

### 3.1.1. - Transizione alla genitorialità: la coppia

Una domanda che spesso si pone all'attenzione del ricercatore sul tema dell'acquisizione del ruolo genitoriale è quanto incida la soddisfazione per il proprio rapporto di coppia nello sviluppo di un senso di maternità o paternità. Come ben espresso da Petch e Halford (2008), "... la relazione di coppia è centrale nell'adattamento dei partner e predice la qualità dell'accudimento".

A partire dagli anni 70 numerosi lavori sono stati pubblicati per valutare il grado di correlazione tra soddisfazione familiare e grado di depressione post partum materna (Andrew et al., 1980; Bronfenbrenner, 1986, 1999; Gibaud, 1978) oppure di incidenza di problemi di adattamento al nuovo ruolo per entrambi i sessi. Secondo Belsky (1985) et al. e Feldman (1981), le coppie maggiormente a rischio di provare insoddisfazione nella vita a tre, sono quelle che già manifestano disagio nel periodo pre natale rispetto alla quotidianità di coppia. Questo dato sembra essere confermato da studi successivi (Cowan et al, 1991; Knauth, 2000) anche se il periodo di maggior decadimento della soddisfazione e quindi dell'eventuale richiesta di supporto di coppia pare essere quello dal quarto all'ottavo mese di vita del bambino e viene annunciato da scontri nei primi quattro mesi.

Il lavoro di Knauth (2000) dimostra che il senso di insoddisfazione per le dinamiche familiari incide maggiormente sul senso di competenza delle madri rispetto ai padri. In queste donne, le tematiche che creano preoccupazione e frustrazione nella dinamica di coppia sono la scarsa possibilità di trascorrere del tempo insieme, una vita sessuale meno ricca e l'insufficiente aiuto del compagno nella gestione domestica. In queste coppie, anche il partner rileva le stesse criticità e ammette uno scarso coinvolgimento nelle attività della donna. Un declino minore della soddisfazione è in effetti associato ad una competenza dell'uomo nell'accudimento del bambino. In questi casi, l'impegno della donna in attività sociali, corrisponde ad un interesse maschile nella gestione del neonato e della casa e ad un reciproco benessere nella relazione sessuale e nel tempo trascorso insieme, nonché nella percezione dell'equilibrio di coppia. Il grado di impegno richiesto dal partner che si occupa del neonato al suo/a compagno/a per l'aiuto nell'accudimento, in effetti pare essere secondo Nomaguchi and Milkie (2003) circa di 40 ore a settimana esclusivamente per le necessità contingenti e senza

considerare le richieste per la pulizia e il normale andamento della casa. Tale dispiego di tempo è correlato alla riduzione del tempo e delle energie spese dal partner all'interno della relazione e nel supporto emotivo reciproco (Halford et al. 2007). Nel caso di problematiche depressive sviluppate dalla madre nel corso della gravidanza e nel primo post partum, alcuni ricercatori( Monti e coll. 2004, Ammaniti 2000), hanno segnalato inoltre che il comportamento decisamente ritirato e focalizzato unicamente sui propri desideri e bisogni che manifestano queste madri, è dovuto proprio alla loro condizione di sofferenza: “una madre depressa è sommersa dall’ascolto inquieto e pervasivo dei propri bisogni e dei propri sentimenti, non avendo, così, spazio sufficiente per quelli del bambino”.

Una ricerca interessante sulle immagini che i futuri genitori e i neo genitori condividono rispetto ai cambiamenti che una gravidanza e la nascita di un figlio comportano, è quella svolta da E.Saita e coll. (2008) dal nome “Esperienza di nascita: dall’alcova al nido”. Tale studio ha raccolto in due fasi distinte le narrazioni dei genitori prima del parto e nei primi mesi di vita del bambino, indagando così le percezioni della gravidanza, le aspettative legate alla nascita, la rappresentazione del processo di gravidanza, del supporto , dei cambiamenti di vita, del corpo, la rappresentazione del parto, dei tratti che si pensa avrà il bambino (ereditarietà) e confrontandole poi con la narrazione del parto, la rappresentazione sul cambiamento di vita, del supporto ricevuto, la connotazione data al comportamento della famiglia di origine, il cambiamento e la situazione della coppia genitoriale, la rappresentazione del neonato, la qualità del ricordo nei diversi racconti.

I risultati della ricerca, hanno individuato tre possibili categorie descrittive delle coppie intervistate: la coppia può risultare in equilibrio, vulnerabile o in condizione grave. Si può avere una configurazione diversa a seconda dei contenuti e delle caratteristiche della narrazione per ogni singola tematica: attesa del parto, attese del post partum, supporto percepito, cambiamento di vita. Ad esempio, nelle coppie considerate come “vulnerabili” le attese nella prima fase di raccolta di informazione non risultano molto strutturate, danno nel complesso, l’impressione di una mancata elaborazione della tematica e nella seconda fase, queste coppie non riescono a definire il supporto di cui avrebbero bisogno o che hanno ottenuto dai familiari e amici. Questa configurazione rappresenta per questo un moderato isolamento nel contesto. Nella tabella 3.1, sono sintetizzati i possibili risultati di una coppia in equilibrio e di una vulnerabile: ciò che differenzia sostanzialmente i due racconti è la capacità immaginativa di coppia e quella di ridefinizione dei rapporti sia all’interno della famiglia appena costituita che di quella di origine ed allargata. Fanno seguito a difficoltà riscontrate in queste fasi e in questi compiti, la percezione di

fatica e di solitudine inaspettate e destabilizzanti per entrambi i partner, che possono essere fattori predisponenti ad una patologia nel post partum.

Tab.3.1 – due tipologie di coppie genitoriali

| IN EQUILIBRIO                             | VULNERABILI                          |
|---|--------------------------------------|
| Aspettative reali                         | Immaginazione difficile del parto    |
| Adeguate supporto                         | Supporto inadeguato                  |
| Cambiamento di vita vissuto come naturale | Estrema fatica                       |
| Riferimenti a “noi”                       | Difficoltà/Contrasti con Fam.Origine |
|   | Scarsi riferimenti a “noi”           |

### 3.1.2. - Diventare madri e padri: stereotipi e narrative

*In cima al monte della tua pancia non so decidere se la mia vita sta andando in salita o in discesa. Mi sembra di essere arrivato ad un punto cruciale, uno di quei momenti dove sai che stai per svoltare, ma non riesco ad immaginare se la svolta mi porta verso un nuovo innesto dell'autostrada della mia esistenza o mi spinge a fare una totale inversione di rotta.*

(Alberto Pellai, 2007)

Osservando le dinamiche che si instaurano a partire dal momento del concepimento, è interessante notare come molti autori (Davis-Floyd 1987; Martin 1987; Helman 1994; Lupton 1994) concordino nel ritenere che ci siano condizioni innanzitutto mediche e secondariamente, sociali e politiche, in grado di accompagnare la madre per tutto il periodo della gravidanza verso una graduale consapevolezza del cambio di ruolo che sta affrontando, mentre queste condizioni non esisterebbero per i padri. Ad esempio, dal punto di vista medico, le tecnologie che permettono di confermare la gravidanza o di monitorare lo sviluppo del feto, l'organizzazione di gruppi di confronto tra future mamme e di informazioni sulla nascita e sulla cura del neonato costituiscono il primo ambiente in cui le donne possono prepararsi al percorso di transizione sfruttando la competenza e l'esperienza di personale sanitario specializzato e il legame di collaborazione e di confronto attivo con le altre future mamme (Franklin 1991). Dal punto di vista sociale, i prodotti per la gravidanza, la tipologia di vestiario e il comportamento di evitamento di alcool o di alcuni cibi in situazioni condivise, segnalano la transizione in atto al contesto di parenti ed amici frequentato dalla futura mamma. Politicamente inoltre, in quasi tutti gli stati occidentali, anche se in misure e con agevolazioni diversissime, esistono leggi che preservano il posto di lavoro legittimando la maternità anche in questo contesto. Anche se queste accortezze non bastano ad evitare i rischi di disagio post partum e non garantiscono un'acquisizione di ruolo adeguata, servono a focalizzare l'attenzione della donna sulla relazione con il



bambino e sulla propria identità come madre. Non avviene lo stesso processo per quanto riguarda i futuri padri, che sembrano essere più isolati nel gruppo sociale maschile, infatti risulta più difficile per loro trovare gruppi o amici con i quali condividere la propria esperienza parlando del momento dell'attesa, dal punto di vista lavorativo. Per quanto riguarda la situazione italiana, sono previste meno agevolazioni per i neo padri che al massimo possono usufruire del congedo parentale per 3 mesi totali nei primi 3 anni di vita del bambino (legge 53/2000). Tra l'altro solo una bassissima percentuale di padri chiede tale permesso, nel 2008 in Lombardia sono 180 persone l'hanno fatto e dalle ricerche svolte sul tema pare che la motivazione non sia uno scarso interesse da parte dei padri ma una pressione sociale che indica tutt'ora l'uomo che rimane a casa ad accudire il proprio figlio come un lavoratore svogliato o scarsamente motivato. Questa opinione è condivisa non solo da colleghi e superiori ma anche dalle donne in generale e sorprendentemente anche dalle stesse mogli che sono state intervistate (Sasaki et al., 2010). Secondo gli autori, infatti, a monte di un minor coinvolgimento paterno nella cura del bambino concorre anche un atteggiamento materno che tende ad escludere il partner dalla quotidianità di cura, in modo da non perdere il primato di competenze che fino a pochi anni fa erano prettamente femminili. I fattori influenti nella difficoltà dell'acquisizione della paternità sono però diversi secondo la letteratura: la difficoltà nel lasciare il lavoro, un analfabetismo emotivo dovuto alla scarsa attitudine al confronto verbale, le continue deleghe alla madre dei compiti di accudimento dovuti in parte alle madri stesse che non lasciano lo spazio necessario alla relazione padre-bambino, infine, una difficoltà a svincolarsi dalla propria storia di figli che non permette di individuarsi come genitori autonomi e autorevoli. L'immagine moderna parla di padri assenti e madri sole, ma quali sono allora le immagini di padre e madre che influenzano nel comportamento di coppia e individuale come genitori?

Secondo l'articolo di Delforge del 2007, nella società occidentale contemporanea, sono ancora molto presenti e influenti nella rappresentazione della genitorialità gli stereotipi femminili e maschili classici, legati agli aspetti genetici che differenziano i sessi. Per le madri si parla di "preoccupazione materna primaria" intendendo nell'accezione di Winnicott ( ) la capacità istintiva di accudire il bambino dosando opportunamente il livello della frustrazione che gli infligge e comprendendo i suoi bisogni con puntualità, in modo da presentare gli oggetti e le cure primarie nel modo e con i tempi più chiari e comprensibili per lui (Wikipedia; 2010). A rinforzare l'importanza della qualità delle relazioni tra madre e bambino secondo la review "Le professionnels de l'enfance" (2010), il dato che vede le interazioni a 2 mesi di vita come predittive delle performances cognitive del bambino a 9 e 18 mesi. La madre rimane dunque la fonte principale di attaccamento, la figura che determina la sicurezza affettiva del bambino e che è l'unica in grado di rispondere ai suoi bisogni in maniera adeguata. Si parla in questo caso di

concezione “biologica” della maternità. Il padre invece, si pensa possa assumere il ruolo di facilitatore del distacco tra madre e figlio per promuoverne l’autonomia, lo presenta al mondo sociale e detiene l’autorità controllando il rispetto dei limiti imposti. Si parla dunque di concezione “sociale” della paternità.

Un problema che ci si trova ad affrontare anche nel nostro paese, riguarda la scarsa attenzione dei Servizi sanitari e sociali predisposti all’accoglienza ed accompagnamento della coppia che entrano tuttora in contatto quasi esclusivamente con la madre durante la gravidanza. Anche nei casi in cui il padre venga incluso nella progettazione di qualche incontro informativo, frequentemente l’interlocutrice principale resta la donna (WHO, 2007). In Italia, i Percorsi Nascita sono erogati più frequentemente dai Consultori Familiari e partono da circa l’ottavo mese di gravidanza per arrivare a seguire le donne fino ai primi mesi dopo la nascita. I padri vengono invitati solo ad alcuni incontri precedenti il parto, allo scopo di informarli sui vissuti relativi al parto e sui primi momenti di vita col bambino. Il tempo dedicato dunque agli uomini è insufficiente a predisporre un programma di prevenzione o formazione vero e proprio.

Dal punto di vista emotivo, poco è stato detto sulla transizione paterna durante l’attesa e nei primi mesi del bambino, uno studio relativamente recente di Paulson et al. (2006) ha indagato lo stato di salute mentale dei neo padri e ha individuato un indice del 10% per quanto riguarda la presenza di sintomi depressivi, all’interno di un campione di 5089 famiglie, specie in associazione ad una passata o presente depressione materna. In questi padri la sintomatologia pare essere assimilabile a quella più conosciuta delle madri, per caratteristiche ed effetti sulla relazione con il bambino. Anche uno studio di Ramchandani et al.(2005) ha dimostrato in una ricerca che ha coinvolto 8431 neo-padri che presentavano tratti depressivi all’ottava settimana di vita del figlio, che la depressione paterna nel periodo postatale è associata con disturbi emotivi e comportamentali che il bambino manifesta all’età di 3 anni e mezzo con particolare evidenza di disturbi della condotta nei figli maschi.

Da un punto di vista più soggettivo e parlando di paternità, son interessanti i pochi studi condotti nel 2006 e nel 2008 da Alberto Pellai, a proposito delle emozioni vissute dai padri nelle diverse fasi dalla gravidanza in poi: compare un’immagine positiva ma con notevoli spazi di incertezza, infatti la maggior parte si è dichiarato sereno durante la gravidanza, convinto di poter essere utile alla compagna durante il parto, ma poco sicuro di esserlo anche per il bambino. Questi padri sanno o immaginano che il neonato vorrà e avrà bisogno di essere preso in braccio anche da loro , tuttavia dubitano che tale comportamento sia corretto da parte loro e non costituisca invece un vizio per il bambino. Immaginano inoltre che la loro vita individuale e i loro spazi di autonomia cambieranno ma

non pensano che la stessa cosa accadrà per la vita di coppia, si fidano dell'intuito dei genitori nella cura del bambino ma sanno che avranno bisogno del supporto e aiuto della rete sociale allargata. Un campo ancora da scoprire per i padri durante il periodo di attesa è quello dei bisogni e necessità dei figli: le credenze sui neonati diffuse tra i futuri padri sono che non sanno vedere alla nascita né percepire o sentire (sentono invece dal terzo mese di gravidanza), prendere un bimbo in braccio quando piange è viziarlo, non pensano che un padre sappia sempre cosa vuole il bambino (a differenza della madre), riconoscono però che è necessario per l'equilibrio familiare che rimangano più tempo a casa non credono esista un istinto paterno pari a quello materno, si sentono poco preparati ad affrontare le trasformazioni emotive della donna nella prima fase dopo il parto, non si sentono coinvolti nei programmi di prevenzione per la depressione post partum. Dal punto di vista del benessere e della patologia, il 27% dei padri intervistati dalla ricerca del 2008, ha avuto problemi di sonno in attesa, indice di ansia in gravidanza. Sono state dunque prodotte delle Linee guida (Pellai, 2008) per partecipare alla paternità sia per il bambino che per la madre: è importante che il ruolo e la funzione paterna vengano accolte e divulgate anche dai mass media, che le informazioni sulla vita del bambino e la sua crescita siano un modo per informare e coinvolgere gli uomini fin dall'inizio al pari delle donne, e che quindi vengano coinvolti anche nei corsi pre parto direttamente e non solo come "accompagnatori" della donna, la comunità, inoltre, dovrebbe incoraggiare la paternità come un capitale sociale, la comunità scientifica, considerare le modificazioni del ruolo paterno in funzione di una collaborazione di entrambi i genitori, in modo da far emergere le risorse emotive e cognitive di entrambi nella relazione con il neonato, fattore questo che è correlato a performance in età scolare più ricche e strategie relazionali differenziate e più ampie.

Il processo che sta interessando la cultura attuale, pone dunque nuove attività e competenze paterne nella relazione con il bambino: gli si chiede di fornire in momenti di necessità delle cure affettive e di accudimento fisico, di iniziare precocemente l'interazione giocosa e di sostituire la madre dove possibile anche nell'allattamento, costruendo così un'intimità fisica che fino a pochi anni fa apparteneva unicamente alla rappresentazione del mondo genitoriale femminile. Questo tipo di sollecitazioni, a partire dall'introduzione della consuetudine a far partecipare il padre al momento del parto, vengono proposte con un'intensità bassa ma sempre più frequentemente all'interno della pubblicità per i prodotti per i bambini, nei momenti di confronto nei corsi pre e post parto, negli incontri informativi organizzati dagli asili nido, ecc. Lo scopo di tale cambiamento di visione della paternità vuole tendere a unificare i ruoli genitoriali, mantenendone un'identità precisa ma rendendo più uniformi le competenze pratiche e condividendo la responsabilità della crescita emozionale e

affettiva del bambino. Per questa ragione negli ultimi anni di tende a parlare non più di sviluppo della Genitorialità quanto della Co-genitorialità.

### *3.2. - Oltre il supporto al partner: la Cogenitorialità*

La variabile attualmente oggetto di analisi degli studiosi della famiglia è il grado di alleanza tra genitori nelle decisioni educative e gestionali riguardanti i figli. Fin dalla pubblicazione nel 1978 del volume di Minuchin "Famiglie terapia delle famiglie" è stato posto l'accento sulla collaborazione supportava degli adulti nel determinare una migliore adattabilità della famiglia stessa nell'affrontare cambiamenti e situazioni difficili. Nei suoi lavori, Minuchin parla di alleanza e non di cogenitorialità, tuttavia la sua teorizzazione delle dinamiche familiari tiene conto di livelli di antagonismo e conflitto oppure di supporto e accordo nel prendere le decisioni importanti tra i genitori e indica nella chiara e agita leadership degli adulti uno dei criteri importanti che influisce sul benessere della famiglia al completo. Quando la struttura familiare prevede invece una gerarchia poco chiara in cui le decisioni vengono prese autonomamente da uno degli adulti in accordo con le richieste dei figli, può succedere che uno dei genitori si trovi a rinunciare al suo status naturale di leadership e lasciandole al partner rinunci alle proprie responsabilità. Questa impostazione aumenta le tensioni e i livelli di antagonismo in famiglia, provocando confusione e un malessere generale che nei bambini può tradursi in problemi comportamentali o disagi emotivi.

A partire da questi concetti teorici, negli anni 90 i ricercatori hanno concretizzato delle modalità di osservazione dei nuclei familiari allo scopo di trarne i criteri fondamentali per la valutazione. A questo scopo sono stati utilizzate misure self report, questionari auto compilati e trascrizioni degli auto riferiti oltre che osservazione dei comportamenti verbali e non verbali di ognuno dei membri in una situazione di gioco o di interazione. *Si sono così stabiliti i primi costrutti in grado di descrivere la cogenitorialità che sono il grado di solidarietà, di antagonismo, di impegno reciproco e di suddivisione del lavoro.*

*La solidarietà* viene generalmente indagata con interviste semistrutturate e assume le etichette di armonia, senso di appartenenza ad una squadra, leggerezza nel confronto su temi importanti, senso di sicurezza nel prendere le decisioni. Questa dimensione corrisponde in effetti a quanto il genitore si sente supportato nel proprio ruolo dal partner, in sua presenza o meno e di quanto entrambi siano in concordi nel modo di gestire le decisioni e la modalità di comunicazione ai figli. Proprio nei confronti dei figli è importante questa variabile nel creare un senso di unità e unicità familiare in grado di farli sentire sicuri e protetti dalla conduzione degli adulti.

*L'impegno reciproco*, è una variabile in grado di mantenere un equilibrio tra il coinvolgimento dei genitori rendendoli entrambi partecipi ed evitando l'invischiamento o il ritiro di uno dei due. Nel primo caso, il genitore fa affidamento sui figli in prima battuta invece che sul partner per sostegno emotivo, caricandoli di una responsabilità e di un compito inadeguato all'età e al ruolo dei bambini e provocando una perdita di autorità del partner agli occhi dei figli. Nel secondo caso, il disimpegno di un genitore normalmente segue una fase di disaccordo della coppia su come educare o trattare i figli. A questo punto il grado di conflitto aumenta per poi dare vita ad una spirale di scontro e ritiro progressivamente sempre più importante. Luepnitz (1989), ha teorizzato l'ipotesi che la dinamica più sviluppata in molte culture sia quella madre invischiata che richiede conforto ai figli e padre disimpegnato all'interno del nucleo familiare. Questo pensiero è stato confermato da analisi della famiglia storica (McHale et al, 2002) anche se appare altrettanto chiaro che tale configurazione non è né intenzionale, né dovuta al comportamento di uno solo dei genitori quanto piuttosto dagli atteggiamenti di tutti i componenti della famiglia.

*La divisione dei compiti*, è un argomento molto importante soprattutto nella prima fase dopo il parto perché molte mamme lamentano uno scarso coinvolgimento del partner nei compiti di accudimento del neonato che così rimane responsabilità esclusivamente loro e corrisponde ad una transizione al ruolo genitoriale sfasato nella madre e nel padre. Altri lavori di ricerca indicano però che le stesse madri che si lamentano in questo senso del partner non gradirebbero una sua maggiore partecipazione attiva (Goldberg et al, 2004).

*Il grado di agonismo*, si traduce in litigi tra genitori, svalutazione delle decisioni genitoriali del partner, e tentativi di guidare l'attenzione dei bambini polarizzandola unicamente verso sé stessi. Il conflitto può essere aperto e chiaramente osservabile anche in sedute di registrazione delle interazioni familiari, oppure può essere mascherato da battute e prese in giro reciproche che sono difficilmente valutabili in sede di raccolta e classificazione dei dati. In questi casi, il lavoro di ricerca deve fare affidamento alla narrativa autoriferita della coppia genitoriale. Alcuni ricercatori, ritengono che alla base di questa dinamica ci sia un disaccordo sulle convinzioni di ognuno dei partners sulla genitorialità che si traducono in pratiche molto differenti nel trattare i figli e possono tra l'altro essere motivo di confusione e problemi comportamentali nei bambini (Block & Morrison, 1981).

### 3.2.1. - Gli studi sulla cogenitorialità

Osservazioni sulle abilità cogenitoriali sono state fatte a partire dagli anni novanta ad oggi anche sulla spinta dell'analisi delle conseguenze della crescita dei divorzi fin dagli anni 70 e della formazione delle cosiddette "famiglie allargate" composte da più nuclei familiari. In questo senso

ha preso piede l'idea già avanzata da McHale nel 1996 e prima da Cohen nel 1984, secondo la quale l'attenzione dei ricercatori andava spostata dallo studio della dinamica di coppia con l'alleanza coniugale, allo studio della dinamica tra genitori per poter arrivare alle cause dei rapporti disfunzionali dei bambini con i genitori e i pari. La ricerca di McHale del 2010, rivela che una cogenitorialità conflittuale ha caratteristiche e conseguenze diverse in funzione dell'età, dal numero e del sesso dei figli. Ad esempio è curioso notare che la conflittualità e competizione per l'autorità genitoriale è più alta in coppie con un figlio unico maschio che apparivano più aggressive, mentre nelle coppie con una figlia femmina appariva sostanzialmente diverso il grado di impegno.

Sicuramente il dato più importante rimane però quello relativo al tipo di conseguenze che possono avere questi disequilibri infatti, problematiche di cogenitorialità rilevati a 6 mesi dopo il parto predicono problemi coniugali nei successivi 3 anni e mezzo secondo Shoppe-Sullivan (2004) mentre non è rilevata la correlazione inversa. Anche il legame tra violenza coniugale, cogenitorialità compromessa e problematiche di depressione e ansia in tutta la famiglia e in età adolescenziale nei figli è studiata pare essere mediata dalla dinamica di coppia genitoriale ostile-ritirata secondo uno studio del 2004 di Katz e Low, se invece tali problemi non si riversano sui processi familiari rimanendo nella dinamica di coppia, i figli hanno meno probabilità di soffrirne. Da queste osservazioni, torna dunque la domanda fondamentale che ha guidato lo studio di Mc Hale sulla cogenitorialità e le sue implicazioni nello sviluppo emotivo e cognitivo dei bambini e sul benessere del nucleo familiare: *da cosa dipende il riversarsi o meno delle problematiche della diade di coppia sulla triade della famiglia?* A questo scopo, sono stati confrontati i dati di osservazione della famiglia con le misure self report sulla soddisfazione e il funzionamento della coppia, trovando una non corrispondenza dei dati congiunti con i singoli risultati alle diverse misure. Non sembra cioè esistere una correlazione diretta tra i singoli fattori e il disagio percepito.

Il disegno di ricerca che è stato a questo punto impostato, è un modello attualmente importante per chi vuole studiare le tematiche legate alla nascita perché ha considerato tutti i fattori che normalmente si ritengono importanti nel determinare o meno il disagio nel post partum nella donna e nel bambino per trovare la giusta combinazione di fattori che costituiscono l'equilibrio cogenitoriale ed conseguenza il benessere familiare. Lo studio è stato condotto poi in diverse fasi perché ha dovuto tenere conto delle diverse necessità e difficoltà che possono comparire nella creazione e gestione del nucleo familiare, a partire dalla nascita per arrivare al momento dello svezzamento, dei primi passi e del passaggio dei primi famosi "terribili due anni" del bambino e di eventuali altre nascite che ampliano e aumentano la complessità strutturale e procedurale del nucleo familiare. Allo stesso tempo, nell'analisi della cogenitorialità è importante

considerare il ruolo del padre e la relazione padre-figlio che è stata poco studiata vista la grande attenzione da sempre posta sulla diade madre-bambino dagli studi dell'attaccamento. Altre variabili tenute sotto controllo sono state il temperamento del bambino, possibili indicatori di depressione genitoriale pre e post natale, gravi problematiche coniugali e la presenza di malattie genetiche a trasmissione, caratteristiche di personalità dei genitori e loro stati della mente rispetto l'attaccamento, tutti fattori che possono influire sulla capacità dei genitori di fronteggiare eventuali difficoltà nel corso della crescita del nascituro. Interviste semistrutturate sono state utilizzate per raccogliere le rappresentazioni genitoriali a partire dal terzo trimestre della gravidanza. Nelle diverse fasi sono stati poi raccolti dati di soddisfazione coniugale, indici di depressione e ansia nei genitori, tipologia di attaccamento di entrambi con il bambino, la divisione dei compiti di accudimento, le aspettative di entrambi rispetto l'accudimento immaginato e quello effettivamente realizzato, il grado di alleanza nella coppia.

I principali risultati sono stati raccolti in 4 forti nuclei di considerazione:

- Fattori predittivi di una cogenitorialità negativa: Secondo Mary Main (1991), uno stato della mente del genitore in cui l'attaccamento è fonte di ricordi, percezioni e previsioni negativi dà minori capacità di riconoscere e rispondere ai bisogni del bambino in maniera adeguata. Nella ricerca di McHale, in effetti, è dimostrato che nel caso di sentimenti di rifiuto percepiti in infanzia, di incapacità a ricordare, di svalutazione dell'attaccamento stesso o di bassa coerenza tra stati emotivi e racconti durante l'intervista, i genitori hanno più difficoltà ad immaginarsi in una dinamica a tre. Sicuramente è interessante una nota che l'autore pone a questa rilevazione, ovvero il fatto che non sia sempre vero che un'aspettativa negativa dei genitori sulla loro capacità cogenitoriale, corrisponda ad una effettiva fonte di rischio, infatti in alcuni casi è unicamente la dimostrazione che la coppia sta riflettendo insieme sul tema e può diventare in questo caso un fattore protettivo. Per questo è fondamentale valutare l'andamento successivo della famiglia.
- Da cosa dipende una scarsa alleanza cogenitoriale: Nelle coppie che avevano delle aspettative negative durante la gravidanza, si ritrovano gli indici più bassi di coesione a 3 mesi dal parto. In particolare, le *aspettative negative della madre*, predicevano un successivo aumento dei livelli di agonismo e conflitto. In caso di stato della mente negativo del padre, si aveva invece, maggiore probabilità di ritiro del partner sulla base di un comportamento sprezzante e squalificante durante gli

scambi cogenitoriali. A 12 mesi, si notava un innalzamento dei livelli di conflittualità cogenitoriale nel caso di coppie in cui la madre aveva le aspettative peggiori e un livello più basso di solidarietà nel caso in cui le aspettative negative fossero del padre. *Le famiglie che hanno gestito in maniera più funzionale i problemi e cambiamenti di vita a 30 mesi, erano quelle in cui le coppie avevano ottenuto livelli di coordinazione e alleanza maggiore durante il primo anno di vita del bambino.*

- Dal punto di vista dell'attaccamento: A 12 mesi, i genitori appaiono molto impegnati nel conciliare il lavoro di entrambi e le esigenze della famiglia e dell'accudimento del bambino nell'instaurare un attaccamento sicuro con entrambi, in caso di attaccamento insicuro con la madre, in qualche caso, c'era una sorta di compensazione nell'attaccamento con il padre. Le difficoltà coniugali possono incidere maggiormente proprio nella solidarietà e coordinazione di questi molteplici compiti e nella negoziazione reciproca. I bambini che avevano più facilità nelle interazioni con gli adulti e con i pari dal punto di vista comportamentale, sociale ed emotivo sono figli delle famiglie che hanno ottenuto dei valori di buona alleanza cogenitoriale che risulta dunque favorevole ad uno sviluppo positivo del bambino.
- Quando la famiglia è *composta da 4 componenti*, alcuni fattori relativi alla struttura e modalità di interazione tra i genitori e i figli cambiano leggermente. In particolare, gli eventi positivi e negativi vengono ricordati con più precisione e in maniera più complessa nelle famiglie con due figli anche se quelli positivi sembrano meno frequenti. Questo probabilmente perché l'attenzione maggiore che catalizza un unico figlio permette di gioire in maniera più significativa di ogni progresso fatto. *Come risvolto negativo però, gli eventi negativi vengono generalmente attribuiti in maniera maggiore alla presenza del figlio e non alla famiglia nel complesso o a causalità esterne come nel caso di famiglie con 2 figli.* Dal punto di vista del benessere dei genitori, il senso di soffocamento e oppressione si ritrovano più spesso in associazione con la depressione e il senso di scarsa solidarietà cogenitoriale nella madre. Nelle descrizioni paterne, in caso di più figli, i racconti si concentravano su eventi positivi di relazione diadica tra i diversi componenti mentre nel caso di figli unici, i momenti più ricordati erano quelli che coinvolgevano tutta la famiglia. Nel caso di due bambini, i genitori sono risultati più coinvolti in modo congiunto con il primogenito e meno con il secondogenito pur mantenendo gli stessi



livelli di collaborazione o sostegno tra loro. Si concentravano di più sul ruolo del genitore nell'interazione con il primo figlio anche rimanendo negli stessi contesti di gioco o confronto. Dal punto di vista individuale, il coinvolgimento del padre e della madre con i due bambini rimaneva invariato a testimoniare il fatto che è una costruzione familiare cocostruita. Questo dato probabilmente si spiega con il fatto che i genitori alla prima esperienza si dimostrano più apprensivi e preoccupati e per questo maggiormente focalizzati sull'interazione con il figlio e sull'acquisizione di un ruolo e di una struttura familiare coordinata e supportiva, mentre con il secondo figlio, essendo più sereni rispetto la responsabilità di far crescere il bambino sono anche meno focalizzati sulla gestione della strategia condivisa che si è già resa funzionale in passato. In questi casi, il compito che la coppia genitoriale si trova ad affrontare è la divisione dei compiti e diventa fondamentale il supporto emotivo nella gestione dei molteplici impegni e nella coordinazione con gli aspetti lavorativi.

### *3.3. - Genitorialità e migrazione*

Il modo di vivere la propria genitorialità diventa anche espressione dei propri valori culturali sotto forma di sapere collettivo, mitico o storico che sia, che guida le azioni e il significato soggettivo dato alla cura e alla crescita di un figlio. L'attenzione degli studiosi si sta gradualmente incentrando dunque, anche sui fattori culturali che costituiscono tale "conoscenza implicita" nei confronti della nascita e che sono particolari e propri della società di appartenenza.

Questi fattori che intervengono fin dal momento della scelta di avere un bambino, costituiscono il "parenting", la modalità di trasmissione di informazioni (Bornstein, 2003) e sono in grado di dare significato agli avvenimenti e sensazioni legate alla nascita: della gravidanza alla tipologia di parto, indicano le modalità di cura del neonato e della regolazione degli stati affettivi nella relazione diretta neonato-genitore. Rappresentano inoltre un riferimento privilegiato nella gestione e costruzione del proprio ruolo sociale e personale in evoluzione, anche se il loro contributo al senso d'identità personale, viene oggi sottovalutato. Questo forse perché in una società occidentale contemporanea che diventa progressivamente sempre più individualista e meno legata alle tradizioni del gruppo di origine, tali contributi, non sempre sono parte della consapevolezza della persona.

Una fonte di informazioni importanti in questo particolare settore è rappresentata dalle donne che vivono l'esperienza di maternità in un contesto sociale straniero molto differente da quello delle proprie origini. In questi casi è complicato far coesistere e convivere in maniera armoniosa strutture mentali differenti e legate a tradizioni e significati differenti quali sono gli stili educativi. Osserva

---

## DIVENTARE GENITORI

---

*La genitorialità proposta dai diversi gruppi culturali pone il futuro papà e la futura mamma in ruoli diversi all'interno della società e assegna compiti di protezione e responsabilità maggiore fornendo uno status diverso.*

---

### *Essere madri*

---

*Nel Maghreb, la donna è la guardiana delle tradizioni e dell'onore familiare, un suo problema nel concepimento, l'affrontare un aborto o l'aver un bambino all'esterno dal matrimonio sono segno di atti di disonore compiuti dagli antenati che si ripercuotono sulla famiglia. La decisione dunque rispetto al diventare o meno mamma attraverso la contraccezione o l'aborto o l'essere sterili incidono sulle dinamiche familiari e per questo diventano segrete e protette dal piccolo nucleo. Allo stesso modo, una gravidanza senza complicazione e la nascita di un figlio sano aumentano in modo significativo il potere decisionale della donna all'interno della propria famiglia e il suo status riconosciuto dal gruppo allargato.*

---

*Nello Sri Lanka, il figlio è riconoscimento e redenzione e libera da insicurezze, dubbi e vergogne dell'infertilità. Parla per mezzo del cuore della madre e quindi ogni desiderio della donna in gravidanza va riconosciuto ed assecondato. Le prescrizioni igieniche e mediche diventano fondamentali e la comunità tutta si preoccupa di prendersi cura della donna.*

---

### *Essere Padri*

---

*In Africa, il padre deve proteggere la sua famiglia da ogni possibile invidia, attacco di spiriti malvagi e disonore che possono causare il rifiuto del feto di diventare umano e quindi di nascere, per questa ragione gli uomini devono rimanere nella casa di origine creare il supporto pratico e spirituale necessario ad ogni componente. La condotta matrimoniale e sessuale deve essere mantenuta costantemente pena di conseguenze fisiche mediche nel bambino.*

---

*Nello Sri Lanka, il bambino sceglie i propri genitori dandogli modo di sdebitarsi verso gli antenati. Secondo la teoria del debito infatti, l'uomo nasce 3 volte debitore: verso gli dei, quindi deve svolgere sacrifici, verso i saggi per i quali deve imparare il Veda. e verso gli antenati ai quali deve dare un erede. Sono molto importanti dunque i riti pre-Ambrosini (1994) a tale proposito che al desiderio di ascesa sociale e integrazione corrisponde un voler controllare i comportamenti dei figli come mantenimento dei codici culturali di provenienza. Il contesto in cui viene giocata questa ambivalenza è quello casalingo, mediato più frequentemente dalle donne che diventano così un ponte tra le due culture in grado di mantenere la tradizione o introdurre modificazioni e nuovi codici educativi, diverse aspirazioni e norme di comportamento.*

In questa ottica, e considerando anche il momento storico che ci troviamo a vivere e che vede, nei paesi occidentali, un incremento delle nascite dato per gran parte, dalla natalità delle popolazioni immigrate (fonte ISTAT, 2008) è importante allora considerare l'esperienza della genitorialità in un paese straniero. Per avere una stima del fenomeno basta dare uno sguardo alle ultime rilevazioni del Dossier Caritas Migrantes del 2010 che stima la presenza di 4.919.000 migranti regolarmente soggiornanti che rappresentano più del 7% della popolazione del nostro paese e che sono per il 51,3% donne, che nella maggior parte dei casi hanno ottenuto il ricongiungimento familiare in seguito al matrimonio o alla nascita del primogenito. I nuovi nati da coppie straniere incidono sul tasso di natalità del nostro paese per il 13% delle complessive e quelli da coppie miste per il 3,5%. Lo scopo delle analisi di letteratura giuridica, psicosociale ed educativa è porre l'analisi di questo fenomeno in una prospettiva evolutivo-familiare in modo da valutarne gli aspetti processuali e relazionali implicati. La difficoltà nel compiere tale studio è arrivare a conoscere e poter comprendere cosa comporta dal punto di vista soggettivo di una persona migrante, l'assunzione di tradizioni e pratiche nuove proprie del paese ospitante e la decisione di integrarle in maniera coerente con quelle più assimilate e familiari del paese di origine.

Come indicato dalla letteratura infatti, uno dei maggiori fattori di rischio allo sviluppo di disturbi psicologici perinatali è l'essere straniero nel paese in cui avviene il passaggio alla genitorialità. Anche sintomatologie somatiche come il "vomito gravidico" in forma grave che prevede ospedalizzazione o l'insonnia che spesso vengono associati a stati ansiosi o depressivi in gravidanza sono più frequenti nella popolazione migrante. Secondo Bydloski (1991), questa maggior fragilità psichica è dovuta ad un'esasperazione del fenomeno della trasparenza psichica, secondo il quale, durante il periodo della gravidanza si ha un livello di funzionamento mentale più leggibile perché maggiormente conflittuale, ricco di pensieri emozioni e desideri tipici della donna ma normalmente meno intensi e frequenti. *Tale esasperazione sarebbe data proprio dal sentirsi estranei ed estraniati dalla cultura di riferimento in cui non trovano spazio le conoscenze e rappresentazioni della nascita appartenenti alla storia familiare dei genitori e in cui sono presenti altri modi di espressione delle emozioni e di agire difficilmente condivisibili.*

Nel progettare un contesto ospedaliero e ambulatoriale in grado di valutare e trattare eventuali problematiche legate alla perinatalità nelle situazioni di migrazione, si devono quindi considerare le difficoltà di applicazione del modello clinico standard attualmente in uso che ben si adatta alle esigenze degli appartenenti alla cultura dominante ma che non risulta efficace né rassicurante per i genitori migranti.

In questo senso, le pratiche mediche possono risultare poco chiare o spaventanti per chi non è informato sulle regole di accesso e cura dei servizi e allo stesso modo, le pratiche psicologiche e psichiatriche, possono dare luogo a sensazioni di disorientamento, estraneità e diversità e provocare allontanamento dalle cure assistenziali. La difficoltà specifica è data anche dalla modalità di valutazione e diagnosi che procede per individuazione di comportamenti, pensieri ed emozioni disfunzionali o incoerenti rispetto al contesto sociale, familiare e culturale in cui la persona è inserita. Nel caso di migrazione, il contesto culturale è significativamente diverso da quello familiare e dai comportamenti abituali della persona che si rivolge alla consultazione e quindi molti comportamenti, preoccupazioni e richieste che vengono esposte al personale curante possono apparire come segno di patologia se valutati a partire dal modello diagnostico socialmente condiviso (De Micco, 2004; Telfener, in stampa). Diventano invece fonte di integrazione e innovazione se condivisi e interpretati secondo la cultura e il significato proposto dalla persona migrante attraverso la mediazione culturale e la spiegazione delle pratiche di cura del paese ospitante e il confronto delle credenze assimilate nel paese di origine. Si delineano così due possibili percorsi di trattamento e cura a partire da queste diverse interpretazioni:

- La presa in carico terapeutica da parte del servizio di un paziente straniero che mette in atto comportamenti inopportuni spesso arrivando ad un atteggiamento diffidente ed aggressivo nei confronti del personale medico con un modello di trattamento poco applicabile e con la sensazione di forzare la persona alle azioni mediche assistenziali di base. In questi casi è frequente che alcune richieste quali non svolgere gli esami di routine durante la gravidanza, non praticare tecniche mediche specifiche durante il parto, la messa in atto di comportamenti di cura del neonato non conformi alla nostra cultura, vengano classificate come sintomi di disturbi di personalità, depressione post partum o psicosi post partum. L'applicazione del modello di cura procede dunque con presa in carico psicologica e psichiatrica, valutazione dell'adeguatezza delle cure genitoriali, probabile presa in carico dei servizi sociali di competenza.
- Presa in carico da parte del servizio di una persona straniera volta ad identificare le difficoltà nell'intraprendere il percorso di assistenza proposto dai servizi ospedalieri attraverso il confronto dei significati delle richieste poste al personale, la valutazione del grado di informazione che la persona straniera ha delle pratiche mediche e ginecologiche, gli eventuali ostacoli religiosi e culturali all'adesione a tali pratiche. A partire da questa valutazione si individuano percorsi di confronto e di informazione

con professionisti medici e di mediazione culturale in grado di determinare poi la necessità di un percorso di confronto ed integrazione oppure una presa in carico psicologica per problematiche specifiche che possono o meno essere collegate a tematiche di migrazione o di acquisizione del ruolo genitoriale. Il modello di trattamento è dunque più flessibile e si delinea solo dopo un'analisi attenta di quelli che possono essere rilevati come sintomatologia psicologica e psichiatrica.

Dal punto di vista della pratica clinica, questa seconda linea di funzionamento dei servizi richiede uno sforzo assistenziale e organizzativo significativo, in quanto prevede l'implementazione di personale specializzato nella mediazione culturale, tempistiche di valutazione più lunghe, metodologie di comunicazione tra professionisti diversi non sempre esistenti e in alcuni casi, la presenza di luoghi di confronto e di aggregazione specificatamente rivolti ai pazienti stranieri dove svolgere corsi e gruppi psico-educativi organizzati appositamente. Da un'indagine svolta a Palermo nel 2010 da Ciulla, Garro e Vinciguerra, compare nella narrativa delle madri straniere la difficoltà a rintracciare le fonti di informazioni sulla cura infantile nel paese ospitante: il 42% dichiara di aver imparato da sola, 24% alla madre ancora residente al paese d'origine, il 9% ha fatto riferimento alla datrice di lavoro, il 6% ad altre connazionali e di interesse per noi, solo il 18% si è rivolto a pediatri o ad altri specialisti operatori del nostro paese.

Quali sono dunque le difficoltà maggiori da affrontare nel caso di migrazione? Attraverso l'esperienza dei servizi territoriali è possibile rintracciare le conoscenze che i clinici hanno raccolto sviluppato e condiviso nell'assistenza alle donne e alla famiglia migrante. In particolare la Francia appare come modello di riferimento in questo campo, grazie al decennale lavoro del servizio ambulatoriale di Rose Moro, all'interno del servizio ospedaliero di Parigi, che costituisce tuttora il punto di riferimento clinico e teorico per tutte le strutture assistenziali anche italiane, che si trovano ora ad affrontare il problema migratorio. Proprio Moro, ha segnalato i momenti più critici per la famiglia migrante per quanto riguarda il processo d'integrazione, quelli che possono far emergere problematiche di relazione e conflittuali all'interno del nucleo familiare, stati di sofferenza nel figlio nato nel paese ospitante, oppure generare un deciso isolamento difensivo nelle proprie tradizioni ed un conseguente rifiuto della nuova cultura. Sono i momenti di passaggio per eccellenza, ovvero la nascita con l'adozione ed attuazione delle pratiche di cura e di accudimento proposte, l'inserimento alle scuole elementari con la prima influenza del sistema sociale di riferimento sul bambino e l'età adolescenziale con l'acquisizione dei valori dominanti attraverso il processo di filiazione con i pari.

Per quanto riguarda il tema della nascita che è di nostro interesse, è riportata di seguito una rassegna delle tematiche frequenti nella consultazione con una mamma migrante. Questi nuclei tematici, possono costituire un primo inquadramento delle necessità cliniche, sociali ed educative che ci si trova ad affrontare nel lavoro di presa in carico:

1. Diventare madri attraverso le co-madri: in molti paesi africani, medio-orientali ed orientali, il percorso della nascita viene affrontato dalla futura madre in stretta relazione con le altre donne della comunità che la seguono in ogni fase dalla gravidanza ai primi anni di vita del bambino istruendola e mostrandole i gesti e le tecniche abituali di cura del neonato formandola al ruolo materno. Questa funzione è svolta da donne anziane o comunque più esperte in quanto già madri ed è legata ad una tradizione di accudimento condiviso del nuovo nato che spesso si accompagna a convinzioni culturali circa la pericolosità di un rapporto stretto e privilegiato tra mamma e bambino. Il contesto occidentale vede invece l'accudimento esclusivo della madre come pratica abituale e preferenziale e si lega ad una visione indipendente ed emancipata della donna e ad un valore importante dato alle sensazioni, al contatto fisico e allo scambio affettivo della particolare relazione mamma-figlio. Si ha dunque in questo caso, un contrasto tra le funzioni di supporto del gruppo e la valorizzazione delle capacità individuali della madre. Nelle donne migranti questa forte valorizzazione dei fattori personali e delle abilità individuali come genitore che viene proposta o imposta in contesti occidentali, può essere percepito dunque come un carico di responsabilità eccessivo e spaventante, "un obbligo ad essere dei buoni genitori" in assenza di rassicurazioni culturali.
2. Accudimenti diversi: nelle diverse parti del Mondo, l'instaurare il rapporto tra adulto e bambino passa attraverso modi diversi di parlargli, di scambiare sguardi, di toccarlo o di tenerlo: in occidente è più frequente l'interazione distale che predilige l'uso degli scambi comunicativi quali voce e sguardo, mentre soprattutto in Africa predomina il contatto fisico molto stretto e costante lungo tutto l'arco della giornata e durante ogni attività lavorativa o fisica. Le pratiche di accudimento suggerite all'interno dei corsi pre parto in occidente, possono risultare quindi, agli occhi della donna migrante, incomprensibili, di un'importanza relativa e nel complesso l'esperienza di accompagnamento alla nascita risulta così poco educativa e in nessun modo supportiva.
3. Difficoltà specifiche della migrazione: può accadere che le donne che giungono a consultazione siano da poco o pochissimo tempo residenti nel paese ospitante perchè giunte per un ricongiungimento familiare al momento della scoperta della gravidanza o per celebrare le

nozze con il proprio compagno. In caso di paesi di provenienza in cui si praticano matrimoni combinati, la conoscenza del futuro padre del bambino è molto scarsa e si affianca ad una totale mancanza di conoscenza della lingua e delle abitudini sanitarie della nuova cultura. In casi più difficili si tratta di fughe all'estero da una situazione di guerra o di violenza. In tutti queste situazioni, la migrazione diviene un processo velocissimo, una sradicazione immediata che non ha tempo di essere immaginata, costruita nella mente della futura madre per essere poi facilitata da una preparazione linguistica e da un'informazione adeguata sulle pratiche culturali che ci si troverà ad affrontare. Si possono poi affiancare a queste, difficoltà di relazione con un partner che non si conosce ancora a fondo e con il quale non si è abituate a far fronte ai cambiamenti. Tutto questo rende ancora più difficile gestire un cambiamento di vita sostanziale quale la nascita di un bambino senza poter fare affidamento sulle pratiche ed abitudini assimilate nella famiglia e nella società di origine.

4. L'immagine del bambino e della famiglia: i controlli medici effettuati nelle culture occidentali si basano sulla rilevazione fisica di dati fisiologici, sia della madre che del bambino, che altrimenti risulterebbero "invisibili" ad occhio nudo: ecografie di diversa tipologia, analisi del sangue, monitoraggi del battito cardiaco, ecc. alla madre viene poi lasciata traccia di tali rilevamenti con immagini, registrazioni e documenti. Queste informazioni, per i genitori occidentali costituiscono un primo modo di entrare in contatto e di costruire, fin dal concepimento, la storia del proprio bambino e del rapporto con lui e diventano la base su cui costruire spazi, abitudini, fantasie riguardo al modo di essere genitori di quel bambino. Non è così per i genitori di origine africana o di alcune regioni asiatiche, per i quali possono risultare disorganizzanti e addirittura "traumatizzanti" dando origine ad una fuga dai luoghi di cura ed assistenza. Questo fattore è attribuibile a credenze religiose piuttosto diffuse in tali culture, secondo i quali, le pratiche mediche svelano aspetti considerati sacri e segreti: il bambino, viene visto a partire dal concepimento e fino a due o tre anni di età come un essere sovraumano, divino, appartenente ad un'altra dimensione di vita che si appresta a far parte della nostra nella quotidianità, incarnandosi e umanizzandosi gradualmente. In molte culture si aspetta che i piccoli possano camminare o parlare, in quanto queste attività sono riconosciute come accettazione del passaggio ad essere umano. Queste tradizioni sono probabilmente da attribuire alla mortalità infantile che colpisce in maniera dura queste popolazioni e sono dunque un fattore protettivo al lutto e alla perdita. Così, tutto ciò che viene svelato alla vista e all'udito umano, potrebbe causare la decisione del bambino stesso di non fare parte del nostro mondo e quindi di lasciare questa nostra dimensione, oppure potrebbe renderlo meno protetto dall'invidia di spiriti

malvagi o di altri esseri umani che per diverse ragioni non possono diventare genitori. La conoscenza che fa sentire un occidentale più sicuro, accolto e protetto diventa così minacciosa, ostile e da evitare per una persona migrante.

5. La concezione e la manipolazione del corpo: le pratiche mediche rivolte alle donne nel controllo del procedere della gravidanza dal punto di vista ginecologico, seppur rappresentano eticamente una presa in cura responsabile ed essenziale nel garantire la salute della madre e il corretto accrescimento del bambino e quindi garantiscono un percorso più sicuro, sono difficilmente prevedibili e comprensibili da parte delle migranti che non hanno mai avuto spiegazione degli aspetti tecnici e pratici di questi controlli. Le popolazioni più a rischio di trovarsi in imbarazzo o in alcuni casi addirittura sconvolte da tali pratiche sono quelle dell’Africa nera, Maghreb e Sri Lanka dove l’assistenza medica alle donne in gravidanza è scarsa se non nulla. Anche la posizione assunta durante il parto è vista come “pornografica” e per tale ragione gli uomini nella loro cultura non possono assistervi, tanto meno il compagno della donna e padre del bambino. Il fatto che invece nei paesi industrializzati venga considerata normale e positiva la presenza del padre in sala parto crea in queste donne un fattore di sorpresa e profonda vergogna il vedere il proprio compagno in un momento nel quale tra l’altro non riescono a comunicare la propria volontà al personale medico per difficoltà fisiche ma anche linguistiche. Similarmente, il parto cesareo è poi visto come una pratica invasiva irrispettosa nei confronti del bambino e pregiudicante la femminilità della donna, per tale ragione, i mariti coinvolti nella decisione di praticare tale tecnica in caso di necessità lottano fortemente con il personale medico chiedendo di non attuare il cesareo apparentemente agli occhi occidentali, senza pensare al bene della moglie e del bambino, in realtà dal loro punto di vista difendendo il futuro di entrambi.

Comprendendo il significato di queste differenze culturali e pensando al momento storico, psichico e quotidiano che caratterizza il vissuto migratorio è quindi possibile immaginare quanto sia importante creare un sistema di accoglienza, prima ancora che di cura, all’interno delle agenzie preposte che sia in grado di informare e spiegare alla donna (Gozzoli, Regalia, 2005; Lombardini, 2007) quello che verrà fatto a lei e al bambino in ogni fase della presa in carico sanitaria, in modo da facilitare l’abbandono di alcune pratiche della cultura di origine, il recupero di altre più facilmente integrabili nel nuovo contesto e soprattutto l’acquisizione di quelle pratiche sanitarie che possono risultare necessarie alla salute propria e del neonato, ma anche e non meno importante, possono costituire un miglioramento dell’esperienza che le porta alla genitorialità.



*Le credenze riguardo i momenti della nascita e della presentazione alla comunità, forniscono alla famiglia in crescita un significato della nascita e al bambino, un'identità all'interno del gruppo. Ogni membro è situato in funzione dei suoi rapporti affettivi e familiari e gli status dipendono dall'essere sposati o meno, genitori o meno, con più o meno fratelli, dall'essere donne o uomini, ecc. Alcune delle tradizioni usuali possono esplicitare le sensazioni di "malinconia e senso di smarrimento" riferiti dalle donne nel momento in cui si trovano separate dal gruppo di riferimento.*

---

#### *L'assegnazione del nome*

---

*In molti paesi Africani, la dimensione familiare è di tipo verticale e mette in collegamento diretto i neonati con gli antenati molto di più che con i genitori: il nome dato al bambino dipende dall'antenato a cui si ritiene che assomigli di più in termini fisici, perché si ritiene che l'angelo che ha disegnato i lineamenti del neonato lo abbia guardato di più tra gli altri, oppure è il nome della persona dalla quale deve venire protetto. Ancora, in momenti diversi di vita, a seconda delle necessità questo nome potrà essere modificato per chiedere l'intervento di altri personaggi della famiglia o del gruppo di riferimento.*

---

#### *La separazione dagli antenati*

---

*La cerimonia svolta al compimento dei primi mesi di vita del bambino che assegna un suo ruolo all'interno della comunità, segna il suo passaggio dal mondo degli antenati alla sua famiglia, alle cure esclusive dei genitori e in questo modo favorisce la creazione del legame mamma-bambino.*

---

#### *L'occhio*

---

*Per i primi momenti di gravidanza, la donna non condivide con nessuno la notizia per paura che invidie di altri membri della comunità possano gettare la maledizione dell'occhio sul bambino causandone la morte.*

---

### 3.3.1. - Alcuni esempi di esperienze di lavoro nell'interculturalità

Gli studiosi che si sono occupati negli ultimi 10 anni del lavoro interculturale nel campo della maternità hanno identificato 3 aree di interesse maggiore: il concetto di identità del migrante, il lavoro in gruppo come fonte di supporto reciproco, modelli clinici e relazionali in grado di identificare e trattare adeguatamente i temi cari alle persone migranti in difficoltà.

- Il senso di sé nella migrazione: come ben descritto da Losi nel 2000, il migrante è immerso in una “cultura in movimento” e si trova in bilico tra un passato che è fonte e luogo dei valori che sente propri ed un futuro ricco di aspettative ma profondamente incerto (Castiglioni 2001). In questo contesto, l’atteggiamento rigido di mantenimento delle proprie tradizioni anche in condizioni e contesti che non le favoriscono può essere visto come una estrema tutela al proprio senso di identità in una fase di cambiamento in cui confluiscono sentimenti di instabilità e solitudine. Proprio le emozioni legate alla mancanza di un gruppo familiare quali solitudine, sconforto e nostalgia, sono risultate costantemente presenti nella quotidianità e nella narrazione di sé di un gruppo di donne migranti alle quali Villano e Zani (2003) hanno chiesto di raccontare di sé nella propria lingua di origine, tecnica che aiuta il procedere dell’integrazione della propria esperienza nel paese ospitante. Allo stesso modo, Di Vita, Errante e Vinciguerra nel 2008, hanno identificato il modo di dare significato culturale agli avvenimenti legati alla nascita come il fattore più importante nel determinare o meno una vulnerabilità psichica. In questo senso, la mancanza di supporto percepito da parte di un gruppo di pari e la difficoltà di accesso e utilizzo dei servizi aumenta il vissuto di estraneità che già è presente per mancanza di contatto con una figura femminile di riferimento e per la percezione del cambiamento corporeo.
- Il lavoro in gruppo: diverse ricerche (Brolo e coll, 2007; Chinosi, 2006; Ciulla, Garro e Vinciguerra in stampa; Favaro, 2002) hanno identificato il gruppo come lo strumento privilegiato per far emergere i sentimenti di nostalgia e per costituire una rete di solidarietà di genere in grado di far percepire un supporto affettivo in grado di facilitare la mediazione tra valori, pratiche educative e di accudimento del passato e quelle del futuro. La mediazione attuata dal gruppo di pari arriva a co-costruire un nuovo linguaggio del migrante, che include alcune delle tradizioni e ne formula altre in un contesto condiviso in grado di costruire nuovi obiettivi genitoriali. In questo modo, l’azione del gruppo è mediatrice della funzione genitoriale e facilita il processo di cambiamento in un clima di accoglienza e riconoscimento delle proprie diversità e potenzialità, rinunciando alle posizioni di arroccamento nella cultura di origine e implementando alcune pratiche di quella in cui ci si trova immersi. A questo proposito sono interessanti le ricerche di Favaro che nel 2002 ha identificato diversi comportamenti da parte di donne casalinghe o più mature che prediligono comunque

la tradizione e di giovani donne lavoratrici che appaiono più affascinate e curiose nell'apertura al nuovo.

- Dal punto di vista del trattamento, i modelli che si stanno sviluppando, indicano come campi di indagine la famiglia di origine del migrante, il processo di passaggio culturale nelle diverse generazioni e l'utilizzo del mediatore culturale. In particolare è utile raccogliere la storia di migrazione e della famiglia di origine allo scopo di valutare gli obiettivi condivisi del nucleo affettivo di riferimento al momento della partenza, le aspettative che la persona migrante sente di dover rispettare, la differenza tra queste e la realtà trovata nel nuovo paese, i sentimenti e le difficoltà nel lasciare la propria patria, nell'affrontare il viaggio e nella successiva integrazione. In tutto questo processo infatti compare anche la *paura di non essere capiti*: dalla famiglia e comunità di origine che non è in grado di valutare comportamenti e cambiamenti del proprio familiare, della nuova comunità che si rivela così differente nei modi e nella lingua. Il ciclo familiare è poi messo a dura prova nella *trasmissione dei propri valori* nel momento in cui si crea una frattura tra i membri della famiglia di origine ancora nel paese natale e i nuovi nati durante la migrazione in un nuovo contesto: oltre al cambiamento nel senso di identità è anche difficile valutare cosa è importante trasmettere ai propri figli della cultura di origine e cosa far conoscere di quella nuova. Questi bambini sono stati chiamati da Favaro (2000) "*nati nel mezzo*", *perché a cavallo tra due momenti di vita, tra molteplici valori e punti di riferimento contrastanti, appunto nel mezzo tra passato e futuro, in un presente che non ha ancora stabilito un solido punto di partenza e di ritorno. In questo clima, la storia del piccolo nucleo familiare migrante è di vitale importanza perché costituisce l'unico riferimento per la crescita di questi bambini.*
- Jabbar (2000) e Balsamo (2003) parlano della figura del mediatore nella consultazione con la famiglia migrante come un facilitatore dei bisogni dei diversi membri, ma nella letteratura specifica, appare anche come principale attore di un counselling di supporto interculturale (Edelstain, 2002). Può infatti utilizzare la lingua madre nella ricostruzione della propria storia per le madri e infine può essere parte della triade terapeutica nel modello di Ciola e Rosenbaum (2004), dove terapeuta e famiglia sono gli altri protagonisti di un processo condiviso. L'interesse reciproco, il rispetto dell'alterità e la legittimazione culturale delle rispettive differenze sono le linee guida fondamentali per ottenere il cambiamento terapeutico. Anche alcuni gruppi di supporto tra pari

utilizzano la figura mediatrice del traduttore per poter stabilire e condividere il linguaggio di riferimento, quasi a ricercare e trovare un nuovo punto fermo all'interno del viaggio di migrazione che come abbiamo fin qui visto non termina con l'arrivo nel nuovo paese.

---

## IL LAVORO DI GRUPPO COME RITO DI PASSAGGIO

---

*L'esperienza maturata dall'equipe dell'Arbre a Palabres, nel centro maternità di Bleuets di Parigi, ha creato negli anni una metodologia in grado di rendere la consultazione clinica e terapeutica specialistica, più comprensibile agli occhi della mamma migrante e dunque più usufruibile attraverso alcune strategie relazionali in grado di essere percepite come la costruzione e condivisione di un rito comunitario.*

---

### *Il gruppo delle mamme*

---

*Le conduttrici del gruppo appartengono alla cultura del paese ospitante e sono professioniste ma si presentano alle mamme di culture e luoghi di provenienza esclusivamente come "mamme" mettendo in gioco loro stesso alcuni timori e tradizioni del proprio paese di origine e stimolando le altre a fare lo stesso. Una mediatrice culturale favorisce gli scambi verbali, ma termini e lingua prendono spesso forma con il procedere degli incontri creando un nuovo linguaggio "migratorio" appartenente a quello specifico gruppo in formazione. Anche i significati e sentimenti proposti e condivisi da tutte aiutano alla creazione di una nuova cultura meticcias in cui sono presenti tradizioni e rituali dal senso antico ma con forme nuove. Il gruppo di ascolto e confronto diventa quello sostitutivo della propria famiglia e riesce a rispondere ai bisogni specifici di tradizione e innovazione tipici della migrazione.*

---

### *Le pratiche mediche ambulatoriali*

---

*Il gruppo diventa il mediatore fondamentale dell'alleanza terapeutica anche per i professionisti medici che si dovranno occupare della madre individualmente e crea il passaggio all'assistenza in modo fluido. A questo punto, le pratiche mediche vengono svolte con alcuni accorgimenti: mantenendo costante l'ambulatorio e il suo arredamento per ogni tipologia di consultazione (le ecografie sempre nella prima stanza, i vaccini per i neonati nella seconda, ecc), accogliendo le madri sempre con le stesse parole di benvenuto e attribuendo una frase di inizio specifica ad ogni intervento medico, dando ai bambini lo stesso regalo a fine visita e congedandoli sempre con le stesse parole, utilizzando modi e toni di voce costanti nella consultazione, ecc. In questo modo viene creato un clima facilmente associabile ad un rito*

## Cap.4 - Cosa aspettarsi nel trattamento del disagio nel post partum

### 4.1. - Difficoltà nel percorso di diagnosi

In vent'anni di studi sulla depressione post partum, non si è arrivati a definire *l'esatta prevalenza del fenomeno*, infatti, si ritiene che ci sia una percentuale dal 10 al 15% di casi tra tutte le neomamme che soffre della patologia, ma in ogni studio di questo tipo, si indica anche una percentuale stimata del 15% di casi che non giungono a consultazione (Appleby et al. 1988) e non vengono trattati. Si hanno inoltre, diversi valori in diversi studi svolti nella stessa area geografica. Gli autori si sono spesso impegnati nella spiegazione di queste discrepanze formulando diverse ipotesi: sicuramente sono rilevanti le modalità soggettive, con le quali le donne appartenenti a culture differenti ma anche con storie evolutive le une diverse dalle altre, esprimono la sintomatologia. Nello studio epidemiologico di Lee et al. (2001) che ha coinvolto 959 madri, ad un mese dopo il parto, si sono rilevati il 5.5% casi di depressione maggiore e il 4.7% di depressione minore. La sintomatologia a cui si è fatto riferimento è stata in gran parte una condizione fisica più che emotiva, perché le narrative delle donne intervistate privilegiava questi aspetti ritenendoli indicatori importanti del malessere percepito. Si è parlato allora di mal di testa, di senso di annebbiamento, e della sensazione di "avere il vento nella testa", un'espressione utilizzata in maniera colloquiale nella quotidianità ad Hong Kong. I fattori socio-culturali, viene evidenziata anche dalle autrici di uno studio comparativo che ha indagato la diffusione di questo disturbo in Canada (Québec), Francia e Italia (Des Rivières-Pigeon et al., 2003). Il diverso tasso rilevato nei 3 Paesi, rispettivamente 16%, 11% e 9%, viene ricondotto in parte alle differenti situazioni presenti in essi rispetto al lavoro della madre dopo il parto, al sostegno che può o meno ricevere, alla possibilità di accesso a strutture di accoglienza per la prima infanzia. In un recente studio australiano (Buist et al., 2008), 12361 donne in diverse regioni del Paese sono state intervistate durante la gravidanza e 6-8 settimane dopo il parto. Il tasso di depressione rilevato mediante l'EPDS variava in funzione delle diverse zone di provenienza delle madri: maggiore per quelle del Queensland e dell'Australia meridionale, minore per quelle della parte occidentale. Punteggi più alti sono stati riscontrati fra le donne contattate nei servizi pubblici rispetto ai privati, probabilmente in relazione al fatto che le prime presentavano un peggiore livello socioeconomico ed erano meno istruite. Secondo gli autori, i punteggi relativamente più bassi di depressione rilevati in determinate aree possono essere in parte spiegati anche dalla presenza in quelle zone di una tradizione consolidata di screening e valutazione di questo disturbo prima e/o dopo il parto.

*Anche dal punto di vista del ricercatore*, alcuni problemi di misurazione, limitano la capacità di trovare dei valori più precisi e chiari. La scala maggiormente utilizzata per lo screening nella popolazione generica è la scala di valutazione EPDS (Cox et al., 1987), che si è rilevata valida nell'applicazione in diverse lingue e in diversi paesi, ma che è tuttora sotto sperimentazione in contesti rurali diversi dal mondo occidentale in cui è stata realizzata (Dennis, 2003). La review di Eberhard-Gran et al. (2001) su 18 lavori ha trovato dei problemi metodologici che limitano la loro veridicità. In più, il cut-off da utilizzare per la depressione se validato in contesti diversi non risulta lo stesso segnalato nel manuale (Cox et al., 1987)

*Dal punto di vista clinico*, invece, la diagnosi è complicata dal fatto che la depressione non è l'unica forma di disagio caratterizzata da sofferenza nel post partum e incoerenza affettiva nei confronti del bambino: altri disturbi riferibili all'area depressiva o ansiosa possono essere scambiati per depressione post partum. Gli indicatori che vengono considerati in un percorso di anamnesi e diagnosi dai clinici (Barile, 2008), sono molteplici e vengono attribuiti a disturbi post-traumatici da stress, le sindromi fobiche/ansiose/da disadattamento, sindromi affettive, disturbi della personalità, deficit cognitivi. La maggior parte delle aree indagate alla ricerca di sintomi valutati in questa fase sono: la presenza di disturbi somatici, di evitamento, la richiesta eccessiva di analisi, aprogettualità, comportamenti impulsivi, gravidanze interrotte, poliabortività, sterilità, gestione e mantenimento del quotidiano, cura del sé, uso incongruo di farmaci, senso di inutilità ed incompetenza, maternità "impulsiva", assunzione ed abuso di sostanze, dipendenza da figure di riferimento, precarietà lavorativa, interventi sociali e legali a carico, la modalità e disponibilità nell'adesione al progetto di cura, difficoltà di comprensione e gestione dei bisogni e delle richieste del bambino.

Recentemente, si ragiona sulla *correlazione con il disturbo post traumatico da stress* che pare anche essere un fattore scatenante e di mantenimento della sintomatologia depressiva ed essere anticipato da un'attivazione ansiosa moderata ma significativa durante la gravidanza, specie nell'ultimo trimestre (P.Slade, 2008). I sintomi sono associati a sensazioni di intrusione, evitamento e alto arousal. Il criterio necessario alla diagnosi possibile di PTSD è che l'evento traumatico venga percepito al di fuori della normale esperienza, che causi minaccia alla vita, e che tutto questo sia definito dalla risposta comportamentale, emotiva e cognitiva del soggetto. Per quanto riguarda la tematica di riferimento, la narrazione del parto, deve essere pervasa dalla sensazione di minaccia alla vita propria in primo luogo e poi del bambino in mancanza di supporto qualificato o affettivo. Nella pratica clinica, si osserva che è sufficiente che una persona percepisca la situazione in questi termini per determinare la risposta connotata in PTSD mentre la severità dell'evento non è in grado di essere un buon predittore. Sembrano allora centrali nella connotazione traumatica, le componenti relazionali

in gioco tra la madre e l'equipe, che vengono poi associate all'evento. Da una meta analisi pare che stati di dissociazione durante l'evento uniti al supporto sociale insufficiente percepito nel post parto, determinino l'esordio psicopatologico.

*Sintomi distintivi della patologia, compaiono spesso sovrapposti:* depressione e fobia sono accumulate dalla presenza di pensieri intrusivi, dalla strategia di evitamento, affiancati da un alto stato di arousal. Sembrano invece essere più tipici e distintivi di PTSD, il sintomo di "congelamento" e l'incapacità di provare emozioni. Si è a lungo pensato che il PTSD fosse un disturbo della memoria, una mancata rimozione che torna come flashback, ma se fosse vero riguarderebbe anche fatti ed eventi positivi e non solo quelli negativi, traumatici.

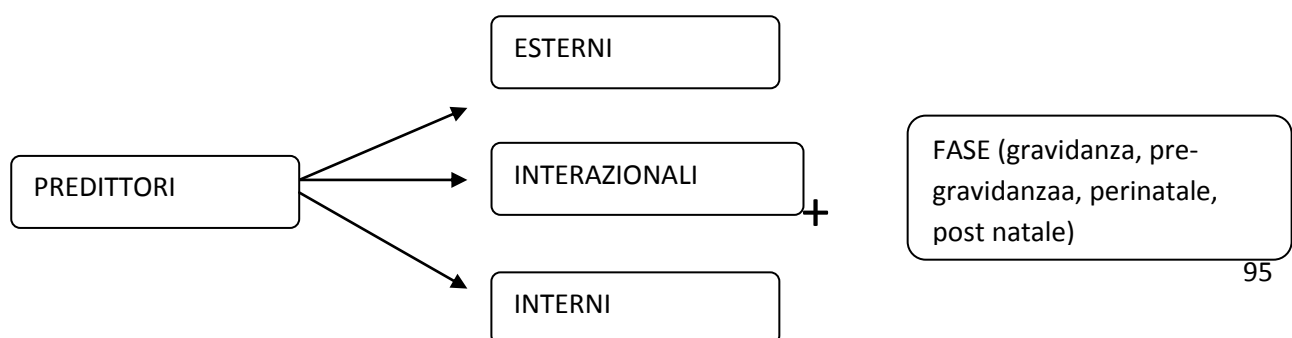
In tabella 4.1, sono confrontati i sintomi da DSM IV-r per la diagnosi di PTSD e la possibile interpretazione data al parto che può far pensare a questo evento come un evento traumatico. Principalmente, sono due le strade possibili per ricostruire il parto come PTSD:

1. Se i costrutti di intrusione, evitamento e arousal sono sperimentati nelle due situazioni (trauma e parto) nella stessa modalità, attribuendo lo stesso significato.
2. A partire dall'esperienza della donna /il suo stress legato al parto, vengono considerati il senso di perdita di fiducia, l'umiliazione, la vergogna, l'ansia.

Alcuni di questi sintomi sono normali dopo il parto: il 50% delle donne ha un alto arousal ma non diventa per loro un sintomo di patologia. Un problema metodologico in questo settore è dato dal fatto che per la PTSD non esistono scale adeguate a definire e rintracciare in modo efficace i sintomi.

Slade, nel 2006 ha definito la formula della triade per descrivere la situazione a rischio che comprende fattori predittori, predisponenti, precipitanti e di mantenimento:

1. fattori Predisponenti: disturbi psicologici (depressione) o abusi.
2. fattori Precipitanti: percettivi (paura, controllo, supporto partner/staff, informazioni scarse al momento del parto, aspettative deluse nell'esperienza, dolore); ostetrici (strumenti utilizzati, eventuali problemi fisici); aspetti dissociativi.
3. Fattori di Mantenimento: basso supporto sociale; attaccamento (nello specifico un'idea personale e nucleare di amabilità – sentirsi degno o non degno di amore)



L'attaccamento può influenzare i fattori di mantenimento, i precipitanti ed essere in questo senso un fattore predittore; ad esempio lo stile di evitamento può appartenere a modelli in cui gli altri non sono fidati. Il parto che avviene in un contesto sociale (famiglia e società) può dunque diventare minaccioso perché gli altri intorno diventano minacciosi.

| EVENTO TRAUMATICO SECONDO DSM                                | PARTO  |
|--|--|
| Inatteso   | Atteso   |
| Società lo vede negativamente                                | Società lo vede positivamente                        |
| Aspettative di risposta negative                             | Aspettative di risposta positive                     |
| Coinvolge 1 o più persone                                    | Massimo coinvolge mamma e bambino                    |
| Non prevede cura   | Staff medico segue l'evento                          |
| Può essere doloroso  | E' certamente doloroso e di intensità elevata        |
| Non ci sono medicinali disponibili ad alterare la percezione | Frequente uso di oppiacei che alterano la percezione |

**Tabella 4.1**

Wijma (2008) si è interrogato sul motivo per il quale per alcune donne la nascita è un trauma. In un articolo del 2007, afferma che dipenda dalla rappresentazione cognitiva data all'evento. La nascita, in questi casi, pare interrompere la via della vita, diventando un buco tra passato e presente. La sensazione riferita è che "tutte le persone siano dall'altra parte della riva e che la donna faccia avanti e indietro da una sponda all'altra con un'ansia intensa nella mente che la spinge lontano dagli altri". Le emozioni derivanti di paura, solitudine e inaiutabilità sono determinanti una condizione di sofferenza successiva di tipo ansioso o depressivo.

Un ulteriore fattore che complica il lavoro dei servizi e dei professionisti è la scarsa propensione delle donne che manifestano qualche sintomo di depressione post partum a parlare del proprio disagio, per vergogna o per scoraggiamento che a volte deriva proprio dall'atteggiamento superficiale degli altri significativi nei suoi confronti e nei confronti del suo malessere. Secondo Grazia Colombo, sociologa presidente Iris, (- Milano - Diventare madri, cura e bisogno di cura. Milano 2007- ) dipende dalla mancanza nella società italiana di una cultura della cura, specie per i problemi legati alla nascita: "Curare è, nell'immaginario sociale, una competenza al femminile, nonché un compito duro sia sul piano materiale che emotivo. È inoltre un impegno senza ricompensa né visibilità, se svolto nell'ambito domestico-familiare, ed anche un lavoro poco riconosciuto e poco pagato, se svolto in ambito professionale. Essere curati è indispensabile: tutti noi abbiamo bisogno di essere curati nella nostra



vita quotidiana, indipendentemente dall'età e dallo stato di salute. O ci curiamo da noi stessi, o qualcuno lo fa per noi per motivi amorevoli, o paghiamo qualcuno perché lo faccia”.

In questa affermazione, si rintracciano due fattori importanti: l'universalità del bisogno di cure e la scontatezza con cui si tratta il bisogno specifico delle neo mamme.

La società moderna, sta vedendo una nuova emancipazione femminile che toglie il primato della cura alle donne, a favore di un atteggiamento competitivo finalizzato alla gestione di ruoli sociali manageriali e ad una gestione del ruolo privato più libera e più ricca di possibili scelte.

La cura affettiva e accudente, è però rimasta nell'oblio, confermando una competenza esclusivamente femminile, invisibile e inaccessibile agli uomini. Di contro, l'atteggiamento delle donne è spesso quello di stimolare il coinvolgimento maschile sottraendosi del tutto o quasi ai compiti domestici e di accudimento. Tuttavia, anche in un clima conflittuale nella negoziazione dei ruoli e in un'epoca di progresso tecnologico, i bisogni di un neonato che impiega quasi un anno per camminare e attraversa giorni e notti di disagio per mettere il primo dentino, non sono cambiati e si esprimono con una frequenza e intensità che rendono necessaria la presenza costante di un adulto di riferimento. Anche ora, la persona che resta a casa a svolgere questo compito è, non sempre per scelta la madre. Con questi presupposti, diventare madre è sentito come un perdita e non come un guadagno. “Una perdita di tempo che scorre fra cose apparentemente inutili, di opportunità di lavoro e di carriera che se ne vanno, di libertà personale che si restringe”. La vita quotidiana col bambino, nei primi tempi e nel primo anno, per le caratteristiche di fatica e impegno, non sempre sembra poter risarcire di tali perdite. Se in passato, o nelle culture rurali anche nel presente, questo fattore è preso in considerazione nel momento della decisione di avere un figlio, va detto che si accompagna costantemente ad un atteggiamento della famiglia supportivo e attento all'aiuto pratico e al supporto emotivo, cosa che nei centri urbani più importanti delle culture occidentali avanzate, non è più presente. Il primo anno di vita del bambino, può diventare così in modo inaspettato, estremamente faticoso e altamente responsabilizzante, facendo sentire le madri come delle giovani donne tagliate fuori dalla società, dai passatempi e dagli obiettivi familiari e lavorativi abituali, con un'enorme carico di lavoro non riconosciuto e condivisibile.

I litigi di coppia nati dalle richieste della donna al padre del bambino di un accudimento in senso stretto del figlio, può essere dunque letto come condivisione di un obbligo e, in fondo, anche come risarcimento di una perdita. Proprio la riorganizzazione della coppia diventa importante nella gestione quotidiana e nell'accoglienza serena del nuovo nato. Spesso infatti, nella pratica clinica, il bambino viene descritto come un intruso nella coppia, invece che come un completamento familiare desiderato

e questo anche da parte degli uomini compagni di donne che soffrono di depressione post partum (Iacchia, 2008). Un altro fattore poco considerato è l'avvicinamento alle famiglie di origine a cui si assiste in questo periodo che è finalizzato a fornire il massimo aiuto possibile ma che in assenza di una frequentazione abituale precedente può risultare spesso complicato da gestire. Le lamentele più comuni da parte delle donne riguardano la percezione degli atti e dei consigli di genitori e suoceri come una sotterranea e costante critica alla sua fase di apprendimento e alle sue modalità di agire lo "stile" materno.

Se tutte queste dinamiche vengono a creare uno stato emotivo di scarsa autostima, solitudine, risentimento e preoccupazione, raramente si assiste ad una richiesta di aiuto spontanea, perché le difficoltà che si affrontano vengono viste come sintomo di incapacità e irrealizzazione personale, di cui ci si vergogna e per questo da non esprimere. Giungono dunque a consultazione solo i casi più gravi, in cui la paura di fare male al bambino o a sé stesse è il sentimento prevalente o dove degli agiti disfunzionali sono stati agiti in presenza di altre persone creando un allarme familiare o nella rete amicale (Barile, 2008).

Particolarmente interessante a questo è l'affermazione di Sabina del Verme (2008), che sintetizza il sentimento degli operatori nell'organizzare la consultazione con queste donne: "Sono donne che stanno affrontando le tappe cruciali della loro vita a partire dal tema della libertà: libere di scegliere, di decidere, di sentire se stesse e di portare se stesse nel mondo. Tuttavia, ai nostri occhi di operatori, sembrano più timorose, più impreparate a convivere con la forza dell'evento maternità, che è sia dolore sia gioia nonché grande potere e che non finisce col parto in sé: ci sembrano, queste donne partorienti di oggi, meno in grado di trovar da sé la propria forma e modalità, più dipendenti dal parere medico. E questo legittima gli operatori a considerare ancor più le neo madri di oggi come incompetenti, come persone cui tutto va insegnato e da cui nulla si può imparare".

Il trattamento deve essere poi organizzato sulla base di queste valutazioni iniziali e avvenire, secondo i pareri della comunità scientifica ma anche degli operatori clinici (Dennis, 2004; Wheatley, Brugha, Shapiro, 2002), secondo il modello di lavoro in rete, unendo tutte le possibili competenze che possono risultare efficaci nel caso specifico. Si includono dunque nella cura, pediatri, medici di base, psicologi, psichiatri, educatori, assistenti sociali, puericultrici, ostetriche e ginecologi ad un livello professionistico e le famiglie di origine e acquisite, gli amici e i parenti più importanti a livello personale. Questo lavoro interdisciplinare è certamente favorito all'interno di un ospedale che può sfruttare la collaborazione dei reparti di maternità, neonatologia e patologia neonatale per invii e

supporto alla terapia, ed ha un coordinamento più agile e competente che include riunioni interne d'equipe con facili contatti tra professionisti del territorio.

Il processo sul territorio risulta a parità di efficienza, più lungo e difficoltoso: ad un invio da parte di medici di medicina di base, consultori, comuni e ambulatori specialistici, corrisponde un coinvolgimento che richiede dei tempi di attesa più lunghi per ginecologi, pediatri, psichiatri, educatori ed infermieri. Il coordinamento deve poi riferirsi ad un supervisore centrale che deve organizzare le comunicazioni tra specialisti attraverso comunicazioni parziali che spesso avvengono via lettera, mail o con brevi telefonate di aggiornamento. Ciò che viene a mancare in questi casi, una coerenza di impostazione comune a tutti gli operatori coinvolti. Questo fattore, non determina di per sé una qualità minore dell'intervento anzi, è sfruttabile come una ricchezza di possibilità e punti di vista diversi che possono essere seguiti dalle donne secondo la necessità più urgente, ma deve essere trattato dagli operatori stessi con frequenti aggiornamenti e rispetto reciproco del lavoro svolto.

Le due impostazioni, differiscono anche per il protocollo applicato alla gestione del caso clinico: in ospedale si parte dalla formazione del personale medico, infermieristico ed ostetrico, per arrivare all'implementazione di interventi di psicoterapia o terapia di supporto, di consultazione familiare, di psicoterapia di gruppo. Questi interventi procedono per valutazione clinica, presa in carico con ricovero o partecipazione a progetti terapeutici differenti.

In contesto territoriale privato, le professionalità specifiche sono in genere psicologi ed educatori che possono fornire servizi di screening della popolazione all'interno dei progetti di supporto alla genitorialità come gruppi tra mamme, corsi di massaggio infantile, incontri a tema, ecc. in rari casi si ha la presa in carico diretta se non per brevi percorsi di terapia di supporto, invece per i casi più complessi, dopo una valutazione di assessment, si procede alla discussione in equipe e ad un invio presso strutture più specializzate.

#### 4.1.1 - Esperienze sul campo in Italia:

Alcuni progetti sviluppati nell'ultimo decennio con obiettivo il sostegno delle neo madri sono particolarmente interessanti perché rappresentano nella realtà nazionale e locale le esperienze più innovative sul tema. Di seguito una breve descrizione di tre di queste realtà ottenute tramite contatto diretto con gli organizzatori e le associazioni che le gestiscono:

Padri più coinvolti: Tra Dicembre 2007 e Ottobre 2008, presso il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" di Trieste, è stato realizzato uno studio randomizzato controllato per verificare l'efficacia di un intervento di supporto diretto a padri, volto a migliorare la

comunicazione e il sostegno reciproco nella coppia, e a promuovere il benessere di madri e padri dopo la nascita di un figlio (Laura Pomicino, 2009). L'intervento ha presentato numerosi aspetti innovativi: si è rivolto ai padri, ha utilizzato un opuscolo informativo e il mezzo telefonico, la metodologia inoltre ha permesso di adattare l'intervento, nei contenuti, ai bisogni degli individui a cui era rivolto. L'intervento è stato implementato nella struttura ospedaliera con successo: su 145 padri, 119 hanno ricevuto l'intervento telefonico, in 151 casi c'è stata, inoltre, un'interazione telefonica anche con le madri. L'intervento è stato inoltre valutato favorevolmente da entrambi i genitori. In particolare, la lettura dell'opuscolo è stata giudicata in modo positivo sia dai padri che dalle madri: per alcuni ha migliorato la relazione di coppia, mentre per altri ha rappresentato un utile spunto di riflessione. Entrambi hanno valutato in modo estremamente positivo i contatti avuti con la ricercatrice, mostrando che il telefono può rappresentare un canale d'elezione per garantire, con poca invasività e costi contenuti, una buona adesione ai programmi di intervento diretti a neo genitori. Da sottolineare che pochi padri sono entrati spontaneamente in contatto con la ricercatrice, confermando la difficoltà di coinvolgere gli uomini in progetti che li riguardano in prima persona (WHO, 2007). Analogamente, poche madri hanno utilizzato spontaneamente il numero telefonico a disposizione. In parte, ciò può essere dovuto al fatto che l'intervento era presentato come rivolto esclusivamente agli uomini. Tuttavia, questa reticenza delle madri è in linea con i numerosi studi che rilevano la difficoltà delle donne nel chiedere aiuto in questo periodo della propria vita, in particolare riguardo i sintomi depressivi (Letourneau et al., 2007; Whitton et al., 1996). Per quanto riguarda l'efficacia dell'intervento, i risultati mostrano che, 6 mesi dopo il parto, le madri del gruppo sperimentale riportano meno tristezza, meno preoccupazioni per gli altri bambini, meno sentimenti negativi rispetto all'allattamento. Riportano inoltre maggiori fonti di sostegno sociale e un minor ricorso, per consigli e supporto, all'ostetrica. Benché non ci siano differenze nei numerosi indicatori della relazione di coppia, le madri del GS sono più consapevoli dello scarso aiuto dei loro partner nel lavoro domestico. Non sono state rilevate invece differenze per quanto riguarda il punteggio all'EPDS. Per quanto concerne i padri, l'intervento non ha avuto alcun effetto, né positivo né negativo, eccetto che su due indicatori: riportano maggiori fonti di sostegno, e sono più consapevoli di aiutare poco in casa, condividendo quindi la valutazione fatta dalle loro compagne. E' bene sottolineare che questa maggiore consapevolezza della scarsa partecipazione maschile non è stata tuttavia associata a maggior conflitti nella coppia.

Gruppi per papà. A partire dal 2005, presso il Consultorio Familiare di Somma Lombardo (ASL di Varese), è stato messo a punto un primo modello di intervento preventivo, in ambito italiano, rivolto agli uomini e definito "Il cerchio dei papà". Questo progetto vuole sostenere la funzione paterna nel

periodo della gravidanza e del primo semestre di vita del neonato ed è progettato in ogni sua fase per stimolare il coinvolgimento emotivo-affettivo del padre nell'accudimento del proprio figlio.

L'organizzazione e la gestione degli incontri segue la modalità dei gruppi di auto-aiuto e in ogni cerchio vengono invitati e messi a confronto papà appartenenti a tre diversi sottogruppi: papà che stanno per diventare papà per la prima volta; papà che lo sono diventati per la prima volta da poche settimane o mesi; papà che lo stanno per diventare per la seconda o terza volta. La conduzione è affidata ad una psicologa ed un medico specializzando psicoterapeuta, entrambi genitori, che oltre a "fornire informazioni competenti ed a fungere da contenitore emotivo", ripropongono ai presenti il modello della coppia coniugale e genitoriale: uomo/donna e madre/padre. Sono previsti 3 incontri a cadenza settimanale e un 4° dopo qualche mese dall'esperienza di coppia genitoriale.

Le emozioni sono le protagoniste assolute in ogni gruppo e in ogni incontro, viene infatti richiesto ai partecipanti di riflettere e condividere i propri sentimenti nel momento di transizione che si trovano ad affrontare. Nel primo incontro si parla dei primi momenti in cui si pensa di diventare padre, si ricostruisce il percorso che ha portato i partecipanti ad abbracciare l'idea della paternità con la proposta di alcune domande guida, ad esempio: Nel momento dell'annuncio, pensieri ed emozioni di fronte al test di gravidanza positivo. Come è successo? Qualcuno ricorda quel momento ed eventuali pensieri negativi. E' cambiato qualcosa nelle giornate seguenti? Quali sono le differenze tra uomini e donne di fronte all'evento nascita, e quali sono le differenze tra uomini e donne della famiglia o della cerchia di amici di fronte alla nascita di un figlio. Come hanno reagito gli amici, attraverso riti, parole e reazioni e i colleghi di lavoro? come possono essere un sostegno o, al contrario, come la cultura "maschile" impedisce lo sviluppo di una solidarietà? Nel secondo incontro vengono considerati tutti i cambiamenti sui tempi della famiglia, del lavoro e del tempo libero che comporta la nascita di un figlio, ma viene inoltre chiesto di parlare dell'esperienza propria di figli, pensando alla possibilità di riproporre il proprio modello genitoriale o di modificarlo. Le domande guida allora diventano: Chi lavora e ha un figlio che problemi incontra o incontrerà nella professione una volta diventato padre? Quali "precauzioni" è utile adottare "preventivamente" per non farsi travolgere dal lavoro? Cosa ricordi del padre che hai avuto? Cosa manterresti e cosa cambieresti nella tua personale esperienza di paternità, di ciò che hai sperimentato con tuo padre nella veste di figlio? Al termine di questo incontro, viene proposto di scrivere una lettera al proprio figlio che sta per nascere o che è nato da poco. In alternativa, se un uomo lo desidera, può scrivere una lettera al proprio padre, con l'idea di dirgli cose di sé e di fargli conoscere aspetti che non è mai riuscito a condividere. Il terzo incontro è dedicato ai cambiamenti all'interno del rapporto di coppia e all'equilibrio familiare con l'arrivo di un nuovo membro. Viene letta la lettera scritta a casa in modo da rendere affettivamente intensa e rilevante la

conclusione del corso. Il quarto incontro invece, viene attivato solo su desiderio dei padri stessi se si vuole attuare un incontro anche con le compagne. Il riscontro in questi anni di attività è positivo: i padri sembrano molto interessati e disponibili al coinvolgimento e confronto e soprattutto, l'autore riscontra una necessità crescente di condividere informazioni e opinioni in un gruppo maschile che sostenga l'acquisizione del ruolo paterno.

La migrazione: Sabina del Verme della Cooperativa Crinali, ha presentato in occasione di un convegno sul tema (Diventare madri, cura e bisogno di cura. Monza - 2008), il centro di ascolto che a Milano si occupa della problematica della maternità in contesto migratorio a Milano (Centri di salute e ascolto per le donne migranti e i loro bambini aperti dal 2000 presso gli ospedali San Paolo e San Carlo di Milano<sup>1</sup>). utilizzando il metodo dell'equipe di Rose Moro (2010, vedi cap. 3). Accanto alle usuali tematiche e attività proposte alle donne che giungono a consultazione in ogni sportello di ascolto familiare, il centro deve fare attenzione a mantenere alcune modalità relazionali in grado di creare un'alleanza in grado di resistere alle numerose paure e incomprensioni che possono manifestarsi durante la consultazione con utenti provenienti da una cultura spesso poco conosciuta, molto distante e ricca di tradizioni inattuabili nel contesto italiano. A tale scopo, i momenti in cui l'equipe si dimostra particolarmente sensibile alle necessità delle donne, sono l'accoglienza, la proposta di iniziare un percorso terapeutico, la conduzione dei gruppi:

I colloqui di accoglienza: alla presenza di una mediatrice culturale, si spiega cosa sia il centro e il servizio offerto sottolineando il vincolo al segreto professionale che vale per tutta l'equipe. Solo successivamente si incoraggia il racconto senza porre domande dirette che sono spesso vissute come un interrogatorio. La presenza della mediatrice consolida l'involucro culturale della signora sia per la lingua sia per la condivisione dell'universo culturale e dell'esperienza della migrazione, inoltre, il colloquio a tre è considerato più protettivo di quello a due.

Ogni intervento clinico che si vuole intraprendere, di tipo sanitario, medico o psicologico va presentato tenendo conto dell'importanza che il corpo, in una fase iniziale, assume nell'espressione della sofferenza: in assenza di possibilità di utilizzare la propria lingua di origine spesso le somatizzazioni o le richieste ad ostetriche, infermiere e medici, racchiudono significati psicologici e dubbi sull'impostazione educativa e culturale da instaurare in famiglia, che vengono esplicitati solo in un secondo momento. Per questa ragione si deve aspettare di avere una buona alleanza con la donna e proporre in modo chiaro il professionista come un aiuto, per il referente della donna, alla cura. Soprattutto bisogna escludere la possibilità che il messaggio venga interpretato come un giudizio delle

sue capacità mentali o linguistiche: “sono io che ho bisogno della mediatrice e della psicologa per prendermi cura di te, non vuol dire che sei pazza o stupida”.

Nei gruppi, si passa dall'utilizzo di una lingua all'altra, si portano elementi culturali quali modi di dire e di fare, leggende, riti di protezione della mamma e del bambino, si parla dell'esperienza della migrazione per ridurre il senso di incertezza e confusione. Si parla del paese e della nostalgia, delle famiglie d'origine e della casa lontana, della vita qui e della migrazione. Si tessono legami tra le due culture e tra il passato e il presente. Si rafforza la fiducia delle donne nelle loro capacità materne, secondo la loro cultura; si manda il messaggio che il “nostro” piuttosto che il “loro” modo di allevare i bambini è uno fra gli altri, ma non è migliore degli altri. Si cerca di valorizzare il coraggio e le risorse delle mamme raccontando la migrazione in termini “epici” come una grande avventura, in modo che esse stesse ripensino la propria storia in termini positivi. Si favorisce la trasmissione al bambino della lingua materna e degli elementi culturali, in modo da nutrire le sue radici nella storia della famiglia e nella cultura d'origine. In sintesi si consolida l'involucro culturale delle donne migranti. Sono così particolarmente importanti nell'accoglienza, aggancio e nel contenimento di alcune donne sofferenti, che non sono però disponibili ad un lavoro psicoterapeutico.

#### *4.2. - Vissuto soggettivo del disagio post partum*

##### 4.2.1. - Differenti percorsi per diventare madri, differenti narrative?

Attualmente, nel nostro paese, alcune donne scelgono di partorire seguendo un percorso diverso da quello ospedaliero classico, rivolgendosi cioè alle Case di Maternità, che sono molto diffuse in Europa e pochissimo in Italia. Sono luoghi gestiti da ostetriche ed educatrici in grado di seguire le donne per tutto il percorso della nascita, dalla gravidanza, al travaglio e parto, all'allattamento. L'attenzione è posta sul rendere il più possibile naturale e non ospedalizzato questo momento particolare nella vita della donna. Da uno studio di Camussi e Leccardi (2005) ci è possibile avere una prima immagine delle differenti narrative di donne che si sono rivolte a questo tipo di strutture confrontate con quelle di donne che hanno seguito il percorso ospedaliero. Le proposte di temi da trattare sono stati i rapporti con le altre donne e madri, il grado di conciliazione tra ruolo privato e lavorativo, il pensiero di sé dopo la maternità e il rapporto con la società a partire dall'essere madre. Ricordando brevemente invece il percorso ospedaliero standard, si osservano alcune azioni tipiche: l'accertamento della gravidanza da parte di un ginecologo/a ospedalieri, si chiedono a tale ginecologo informazioni sulla sua struttura di riferimenti per poi sceglierla nella speranza che possa accompagnarla durante il parto; a partire dal settimo mese la donna partecipa ad un corso (facoltativo)

pre-parto in ospedale; la relazione con la struttura ospedaliera solitamente termina dopo il parto, con la dimissione.

Ci si aspettano delle narrative più ricche e consapevoli dalle donne che hanno seguito il modello delle case di maternità che propongono momenti più focalizzati sulla esplorazione e legittimazione dei vissuti in ogni fase del percorso. L'analisi è stata fatta tramite il metodo dell' "Associazione di parole" e la suddivisione in clusters. Sono così emersi i temi principali di confronto, ovvero i momenti e gli argomenti più importanti che manifestano una significativa differenza nell'attribuzione data loro all'interno del racconto: La fatica, L'esperienza del parto, I primi mesi, Il travaglio e la relazione con il personale ospedaliero, La mancanza di supporto alle madri nella società contemporanea.

Soprattutto la fatica intesa sia in termini fisici che emotivi e cognitivi, costituisce il centro di discussione principale: i bisogni del bambino e la scarsa possibilità di riposare sono le caratteristiche fisiche di questa esperienza, mentre la fatica nel non sentirsi supportata a livello sociale in termini di politiche sociali, ma anche strutture e servizi e in qualche caso anche per una famiglia d'origine lontana. In termini più soggettivi, inoltre, esiste la fatica psicologica di sentirsi sbagliate, inadeguate e lontane dall'immagine di madre che è insita nei modelli ancora attuali e irraggiungibili, che si rifanno al vecchio detto "non si insegna ma si sa" e alla concezione della maternità come istinto naturale.

In questi casi, le relazioni con la struttura ospedaliera, riferite dal gruppo che ha seguito questo percorso, non sembrano peraltro facilitare l'assunzione del ruolo materno. Si riscontra spesso la mancanza di una "cultura dell'accoglienza e una scarsa attenzione alla relazione di cui, invece, le donne avvertono un crescente bisogno". L'ospedale poi non incita la condivisione dei compiti di cura e dei sentimenti in gravidanza con il proprio partner, situazione che può aumentare il senso di pesantezza e solitudine dell'esperienza,

Altra è la fatica data dalle continue scelte che si devono compiere verso le quali ci si sente sempre troppo inesperte oppure costrette nella scelta spesso obbligata tra maternità e lavoro: i percorsi di preparazione alla nascita ospedalieri ancora una volta non risultano utili in questo senso perché non trattano questi argomenti. Pare, invece, che i percorsi proposti nelle Case di Maternità abbiano avuto riscontri più positivi perché aiutano le donne a prendere coscienza della propria condizione, delle proprie capacità e dell'importanza per sé stesse e i nascituri delle singole scelte. Favoriscono inoltre l'incontro tra donne e la costruzione di reti "tra pari", fattore protettivo tra i più importanti nella prevenzione dell'isolamento e delle sindromi depressive (Nice, 2006). A detta delle partecipanti i corsi in ospedale risultano improntati quasi esclusivamente sulla fisiologia del parto,



mentre non vengono considerate tematiche psicologico-relazionale. Poco spazio continua comunque ad essere dato al ruolo che le diverse figure (le ostetriche, il ginecologo, la partoriente) ricoprono nello svolgersi di un parto naturale, nonché ai protocolli ospedalieri (spesso diversi da città a città e nelle metropoli da ospedale ad ospedale) che impongono ritmi, definiscono tempi di attesa, favoriscono o meno le forme di analgesia, prefigurano il grado di probabilità di un parto cesareo.

Da questa realtà molto medicalizzata e spesso spersonalizzante desiderano normalmente allontanarsi le donne che ricercano delle alternative, come raccontano le partecipanti al “gruppo Casa di Maternità”, che hanno sentito l’esigenza di uscire dal percorso “tradizionale”, per cercare una situazione più rispondente alle loro esigenze. Sebbene questa opportunità costituisca un’interessante proposta per la prevenzione del disagio nel post partum, le problematiche relative ai costi significativi di questi percorsi e la scarsa diffusione delle strutture non permette ancora una valutazione reale dell’efficacia delle Case di Maternità.

Importanza della narrativa in psicoterapia: Duccio Demetrio, nell’introduzione di “Storie di vita. Metodologia di ricerca per le scienze sociali” (Alheit e Bergamini,), riflettendo sulla formazione e condivisione della propria storia di vita, afferma che “L’esercizio della riflessività che si determina nel discutere, non da soli, sulle proprie storie di formazione produce pratiche trasformative mediante la variazione dei punti di vista, la presa di distanza affettiva, i distacchi dal proprio passato, dal presente, dallo stesso futuro”. All’interno della relazione terapeutica, questo processo di revisione sulle proprie storie viene svolto allo scopo di raggiungere coerenza e capacità di acquisire un nuovo modo di raccontare e raccontarsi il significato delle esperienze. Questo perché una narrativa coerente pare essere legata ad uno sviluppo dell’autostima e della capacità di problem solving, entrambi fattori importanti nel poter raggiungere una modalità di attribuzione di significati più funzionale. Le sensazioni correlate a tale miglioramento, sono efficacia e sicurezza, molto importanti in una terapia per depressione post partum che ha come obiettivo indiretto il miglioramento delle capacità di gestione pratica della quotidianità e dei bisogni del bambino.

La narrativa delle donne che giungono a consultazione lascia emergere tutti i segnali di fragilità emotiva che costituiscono la loro sofferenza. In particolare, sono storie brevi e poco articolate, stranamente povere perché riferite ai primi mesi di vita del proprio bambino che sono per definizione ricchi di avvenimenti, difficoltà e scoperte per entrambi. Spesso è presente il tema della delusione per delle relazioni interpersonali percepite come non sufficientemente supportive: la figura del partner, altri familiari, altre donne con figli piccoli e il personale sanitario, tra cui infermiere, ostetriche, ginecologi (Stuchbery et al., 2004). Secondo Cigoli et al. (2006), la donna particolarmente fragile

chiede nel momento del parto e nei mesi successivi, una condivisione emotiva, che diventi una conferma della propria competenza generativa, che si esprima attraverso un supporto fiducioso (Cigoli et al., 2006).

Una ricerca italiana (E.Saita, 2008), ha raccolto le descrizioni di tre o quattro avvenimenti in madri in stato di depressione e madri che non presentavano segni di sofferenza psicologica, allo scopo di notare le differenze e le caratteristiche delle narrazioni depressive. Il campione considerato corrisponde alla media proto tipica delle neomadri in Italia: un'età media di 33.9 anni con valori minimi e massimi pari a 24 e 42 anni) un livello d'istruzione medio-alto, e uno status socio-economico medio-alto. Anche i partner presentano Livelli d'istruzione e status socio-economico simili. La maggior parte delle donne (60.7%) è primipara, per il 90% del campione la gravidanza si è svolta senza particolari problemi o complicazioni.

L'analisi dei dati sottolinea tre aree tematiche importanti: la capacità di mantenere uno sguardo complessivo sulla famiglia nel momento della transizione, l'espressione dell'affettività ed emotività, il bambino.

le donne del gruppo a rischio di depressione appaiono più focalizzate su se stesse, non sembrano possedere una visione della dimensione familiare: raccontano meno del bambino, non includono nelle loro narrazioni il partner o eventuali altri figli. L'attenzione ai propri stati di malessere non permette cioè di distogliere lo sguardo da sé includendo altri significativi nel racconto.

L'affettività contenuta nei racconti delle madri depresse non è significativamente più negativa di quella delle donne non a rischio, ma è molto più intrisa di sentimenti di smarrimento e paura sul tema specifico della maternità. "Sembrano riflettere meno sulla propria esperienza, privilegiando scene di vita quotidiana, nelle quali sono spesso sottolineate la stanchezza fisica e la concreta difficoltà nel gestire il nuovo assetto familiare". Si sentono meno aiutate e quindi più sole, compare il desiderio di essere maggiormente seguite da ginecologo, ostetriche, partner, famiglia di origine, ecc....

Nel rapporto madre-neonato, tendono a non nominare mai le parole "mio figlio" rivolgendosi al bambino, sostituendo questi termini con formule affettivamente, ne descrivono meno i momenti di interazione e mai i momenti di contatto fisico.

Particolarmente interessante inoltre, è la considerazione fatta dalle autrici, rispetto gli "elementi bizzarri" che possono essere elementi incoerenti come ad esempio, la verbalizzazione di vissuti di sofferenza, seguita, nel momento immediatamente successivo, dall'espressione di emozioni positive, "anomali" ad esempio descrivendo abilità e competenze del neonato, oggettivamente

piuttosto irrealistiche, oppure mistici nella descrizione di situazioni, in cui la mamma avverte una presenza quasi divina accanto a sé e al bambino.

#### 4.2.2. - Narrative delle madri

All'interno dei forum dedicati, si possono rintracciare narrative di depressione sia di donne che hanno superato l'esperienza sia il racconto dei loro partners. All'interno di queste storie possiamo rintracciare tutti gli argomenti citati fino a qui e che si incontrano durante i primi colloqui terapeutici clinici:

Come posso pensare questo?

In generale, ho sempre amato i bambini e Rowan non è solo carina e sveglia, ma anche meraviglioso. I suoi tratti, sono disegnati perfettamente e lei assomiglia ad un angelo. Ma io non sento di apprezzare questo piccolo miracolo. Io non la odio, ma non ero sicura di volerla con noi. In aggiunta, visti il peso e la massa raggiunta, non posso stare in piedi da sola per molto tempo. Se avessi ancora il senso dell'umorismo potrei paragonarmi ad un lottatore di sumo, ma l'ho perso. Sono diventata rigida e impacciata perché la mia schiena si è espansa e irrigidita moltissimo. Le mie anche e fianchi si sono allargati come se avessi delle fasce elastiche intorno a loro. Dietro al fatto che non sono psichicamente capace di svolgere molte delle abilità materne di base, c'è il fatto che io non mi sento vicina a Rowan. Io non sono spaventata dalla sua fragilità, solo non ho mai sentito il desiderio di prenderla in braccio. Tutte le volte che mi sono trovata vicino ad un bambino, qualunque bambino, ho sempre voluto prenderlo ed abbracciarlo. Mi ha sconvolta, il non voler prendere la mia bambina. Ho sperato e ho sognato di avere la forza della mia amica Jeannine e di poter perdermi finalmente in un abbraccio caldo e affettuoso con la mia bambina. Invece mi sento sempre più distante e insensibile.

*Pensieri nella notte:*

Ho guardato Chris, avevamo finito il pannolini, e io mi sentivo come una balena arenata. Mi stavano venendo a mancare le cose che, secondo la credenza popolare, dovevano essere più naturali nella vita di una donna. Non ero mai stata a disagio stando vicino ai bambini, e loro mi hanno sempre risposto positivamente. In realtà, diverse persone si sono sorprese perché i loro bambini mi hanno aperto le braccia così velocemente. Tutti mi hanno sempre detto che avrei fatto la mamma alla grande un giorno. Ho cercato di razionalizzare, di pensare che dovevo darmi una pausa, ma non avevo alcun desiderio di cura e protezione questo bambino. Ero stata colpita, mi sentivo sconfitta e provavo disgusto per me stessa, avevo voglia di rompermi la testa contro il muro. Ho sentito poi la voce di Chris che mi ha detto di distendermi e tornare a letto. Una volta lì, il mio pianto è ricominciato e ho iniziato a

credere fortemente che non potevo essere una madre. Stavo già dimostrando di non essere competente e il bambino non era stato a casa un giorno! Cosa avevo fatto? Perché non voglio essere vicino al mio bambino?

*Momenti di silenzio-cambiamenti nella coppia:*

Chris e io eravamo soli, e c'era una grande quantità di silenzio tra i miei attacchi di pianto. Spesso avrebbe rotto il silenzio chiedendomi di dirgli per favore che cosa è andato storto. La mia risposta sarebbe potuta essere quella di scuotere la testa e di dire che non lo sapevo. Ci sono molte volte in cui Chris e io stiamo insieme e non parliamo. E 'una cosa confortante che i nostri silenzi non sono mai stati di disagio. Questo silenzio invece è stato molto diverso. E 'stato pesante.

*...e gli altri non si accorgono/non capiscono:*

Tutti mi dicevano "sei più rilassata con il secondo" ma non lo ero, ero stata molto rilassata con la mia prima, ma con il numero due mi preoccupava tutto, ero preoccupata e stressata. Ci sono voluti più di due settimane per tornare a casa dall'ospedale e una volta iniziato il periodo di allattamento ero molto distratta dalla sorella, che mi ha fatto infastidire nei confronti di questo bambino. Ho vissuto con 4 ore di sonno al giorno per settimane, piangevo ed urlavo per le piccole cose, ed avevo smesso di uscire di casa perché era troppo duro portare i ragazzi dentro e fuori la macchina. Sono diventata davvero nevrotica, per i ragni ad esempio, e non intendo quelli grandi, intendo quelli piccoli piccoli. La gente ha cercato di aiutare, sono stati di supporto e mio marito è stato buono come meglio non poteva essere. Ma ho ottenuto solo stanchezza e stanchezza e poi non ero in grado di andare a dormire, anche quando ne avevo l'occasione. Così, sempre più persone mi hanno suggerito di smettere l'allattamento al seno, per molte ragioni, hanno pensato che il bambino potesse dormire meglio succhiando da una bottiglia e hanno pensato che potesse darmi più energia. Ma io non ho mai accettato questo fatto e non me ne pento. Penso che non avrei saputo gestire il biberon, il kit di lavaggio e di sterilizzazione, era più facile tirare su solo il mio top e dargli il seno ogni volta che ne aveva bisogno e poi ho anche voluto dare a lui le stesse cose che ho fatto per sua sorella.

*Ho bisogno di aiuto:*

In quel momento ho pensato di uccidermi per la prima volta nella mia vita. Ho sentito che la mia famiglia meritava di meglio. Poi ho pensato al peso che avrei lasciato sulle spalle di mio marito.

Allora, nel buio mi sono stesa nel letto accanto a lui e gli ho detto: "Tesoro, io non penso di poter più sopportare tutto questo". Lui si è arrabbiato. Avevamo discusso molto ultimamente. Ho detto, "Non importa". Lui se ne è andato scontroso. Poi, gli ho detto che dovevo chiedere aiuto. Gli ho detto di voler fare del male a me stessa per non ferire il nostro bambino. Non mi ricordo bene la conversazione, ma mi ricordo che finalmente ha capito che non era colpa sua e che c'era qualcosa di molto sbagliato in me

*Cosa non mi aspettavo:*

Avevo letto tutti i libri sulla gravidanza e sull'assistenza all'infanzia e sentivo che ero pronta a prendermi cura di questa creatura indifesa che era arrivata nella mia vita. Quello a cui non ero stata preparata erano i sentimenti di tristezza, indifferenza verso il bambino, e il panico che ho appena iniziato a sperimentare. In ospedale, ho avuto attacchi di pianto, a volte della durata di un'ora buona. Le infermiere hanno detto che questo era normale e di aspettarsi episodi di pianto per le prossime settimane. Mia madre è venuta a casa per stare con noi per la prima settimana, e lei si è presa cura del bambino durante la notte per diverse notti così ho potuto recuperare alcune delle sonno che avevo perso in ospedale. Ma ho trovato quasi impossibile dormire. Ho dovuto prendere sonniferi sotto prescrizione anche in quella prima settimana, anche se sapevo che non avrei dovuto alzarmi per il bambino. Mia madre se ne andò la settimana seguente. Io e mio marito ci siamo alternati nell'alimentazione del bambino ogni 3 ore durante la notte, anche se lui doveva andare a lavorare. Ha visto lo stato di difficoltà in cui ero quando dormivo molto poco. Durante il giorno, mi sono presa cura del bambino come se fossi un robot. Alimentazione, cambiare, l'alimentazione di nuovo. Ho cercato di fare dei pisolini mentre il bambino dormiva come tutti i libri dicono, ma era impossibile. Appena ci provavo, iniziavo a pensare ad un milione di cose che dovevo fare e al panico che mi avrebbe presa. Ho cominciato a prendere lo Xanax, che era una vecchia ricetta che avevo a casa per il panico. A volte volevo piangere in maniera incontrollata, perché mi sentivo il più grande fallimento del mondo. Non sapevo perché ero così infelice! Le neo mamme dovrebbero sentirsi felici e contenute, giusto? Mio marito tornava a casa la sera e trovava sia il bambino che me in lacrime. Ho anche chiamato il mio medico e mi ha detto ho avuto la "baby blues" e che sarebbe passata in poche settimane. Ho provato a uscire con il bambino per le passeggiate e infine ho iniziato ad andare con lui al negozio di alimentari, solo per andare da qualche parte. Ma tutto ciò che ho fatto è stato aggiungere ansia alla mia ansia. Mi immaginavo tutte le cose brutte che potevano accadere al bambino durante le nostre uscite.

#### 4.2.3. - Narrative dei padri:

##### *Doccia fredda:*

"John .... Io non voglio farlo più". ... "Cosa?" ... "Continuare a vivere". Questa è stata la mia introduzione al mondo della depressione post-partum (PPD). Come la maggior parte persone che avevo sentito parlare di PPD, ma non avevo idea di quanto grave fosse. Non ho mai pensato di certo che mia moglie avrebbe mai potuto perdere la speranza, al punto che voleva porre fine alla sua vita. Non ho neanche avuto la minima idea di come ottenere aiuto. Niente nella mia vita si è avvicinato a questo, a preoccuparsi molto, e poi la rabbia, la frustrazione, la disperazione e la paura di come trattare con la PPD ..

##### *Durante il trattamento di coppia:*

Mentre nei mesi del primo anno di Kevin le crisi andavano e venivano, dopo divennero sempre più difficili per Chris. Lei si stava godendo Kevin e la maggior parte delle meraviglie della maternità, ma la sua mancanza di sonno e l'isolamento continuato hanno pesato sulla sua psiche. Chris aveva uno o due "buoni" giorni, seguiti da uno o due "cattivi" giorni. Aveva esperienze grande di gioia un momento e poi di estrema depressione il prossimo. Ho ricevuto molte chiamate al lavoro da una donna scoraggiata che stava chiaramente chiedendo a me di aiutarla a trovare la sua strada. Questo da una donna che è stata sempre molto indipendente. La mia risposta era semplice e diretta. Volevo farle capire come la mancanza di sonno alterava il suo giudizio, volevo incoraggiarla dicendole quanto coraggiosa fosse e che stava facendo un grande lavoro quale quello della maternità. Di tanto in tanto, volevo lasciare il lavoro per confortarla, sempre, avrei voluto fare in modo che Chris potesse riconoscere e dirmi la ragione del perché si sentiva in questo modo. Ripetendole questo mi è sembrato di confortarla e ha iniziato a riconoscere che i suoi sentimenti anomali erano in realtà normali, date le circostanze.

##### *Effetti del trattamento*

Oggi, Chris ha iniziato la sua terapia pratica offrendo alle donne in gravidanza e dopo il parto la sua esperienza. Il problema del sonno non è andato via ma sta andando meglio, di conseguenza gli sbalzi d'umore appaiono meno spesso. Continuo a cercare di sostenere i suoi sforzi attraverso le discussioni e insistendo sul fatto che ci vorrà del tempo anche per se stessa, lei però è ancora riluttante a prenderselo. Chris è completamente a suo agio con il baby sitter di Kevi, mentre tutti noi siamo ancora nella fase di regolazione e di coping, siamo arrivati a gestire le nostre aspettative sul sonno, sul

tempo ... .. quindi non siamo delusi e stressati se le cose non sempre ancora funzionano. Ma soprattutto, Kevin è al 100% sano e molto felice, e ha compiuto 1 anno di età.

*Diffidenza:*

Anche se mia moglie ha avuto già esperienza PPD, temo che ci siano problemi più seri. Il verdetto non è ancora arrivato, ma ho il sospetto di un disturbo della personalità. Quando mio figlio è arrivato, mia moglie non era più al centro dell'attenzione. Lei è un maestro nel proiezione, menzogna e nella manipolazione. Invece del materiale sulla PPD, alcuni uomini dovrebbero studiare libri come "Popolo della menzogna", "Bambini di donne egoiste", "Stop camminare sulle uova", ecc. PPD, BPD, NPD, o qualsiasi altra cosa, la raccomandazione è la stessa – salvate i vostri bambini. Utilizzare qualsiasi cosa possa essere utile, ma non credete che la PPD sia sempre il problema.

*Allontanamento:*

Non ho mai capito cosa stesse succedendo fino a quando ho sentito da un mio amico che avrebbe potuto essere depressione post partum. Ho cercato sul web informazioni per vedere anche se qualcuno prima di me si sentisse rifiutato dalla propria moglie. È come se si sentisse infastidita da me dopo aver avuto la sua bambina e se si fosse concentrata solo su di loro, non sulla nostra relazione. Mi ha detto che si è sentita sola per tutti i nove mesi e che ora è abituata a pensare a fare da sola. Io ho investito gli ultimi tre anni andando all'università, al lavoro e poi ad amare lei e la nostra bambina.

*Due settimane dopo, terapia di coppia iniziata:*

Grazie per avermi risposto e aiutato così in fretta sono rimasto impressionato per la tempestività. Mia moglie ed io siamo usciti venerdì sera a cena. E 'stato molto bello, abbiamo bisogno di bei tempi in cui solo lei e io possiamo stare insieme senza altre preoccupazioni. E 'come se lei fosse pronta per farmi tornare a casa ma mi trovo riluttante a tornare indietro, ho paura penso proprio come lei. So che il PPD è ancora lì, ma ho esitato a parlarne con lei perché i pensieri negativi potrebbero essere ancora lì che la attraversano. Sono disposto a fare qualsiasi cosa per renderla felice e darle il tempo di cui mi ha detto che ha bisogno.

### 5.1 – Descrizione del progetto:

Il progetto in oggetto, si avvale della collaborazione dello sportello di ascolto per la depressione post partum “Panda”, aperto nel 2007 presso l’ospedale San Gerardo di Monza. Questa struttura, ha istituito diversi servizi tra i quali, la prevenzione tramite divulgazione di informazioni alle coppie del territorio, il servizio di counselling individuale, del counselling di gruppo, terapia psicofarmacologica e di psicoterapia individuale. Il lavoro di ricerca prevede di monitorare l’attività dello sportello raccogliendo dati epidemiologici relativi all’utenza, evidenziando gli interventi più efficaci e ampliando le informazioni sul disagio nel post partum attraverso la raccolta della caratterizzazione clinica delle situazioni in carico.

#### 5.1.1. - Il servizio “Ambulatorio di Psicologia Clinica-Sportello Panda Onlus Monza”:

Lo sportello di ascolto Panda Onlus Monza, nasce come un servizio ambulatoriale situato presso l’ospedale San Gerardo di Monza. Si occupa delle forme di disagio psicosociale che possono manifestarsi durante la gravidanza e dopo il parto, fino ai 3 anni di vita del bambino.

Il servizio si rivolge alla madre e alla coppia genitoriale, e mette a disposizione diverse competenze e modalità di intervento in relazione al livello di rischio rilevato e alle risorse presenti nelle singole situazioni. Lo sportello è a libero accesso e offre gratuitamente prestazioni cliniche e di prevenzione. Il servizio raccoglie un’utenza proveniente dall’intera provincia di Monza e Brianza, opera in collaborazione con gli altri servizi della zona, e mira a integrarsi con altre realtà pubbliche e private presenti sul territorio e a valorizzarne le specifiche competenze. Gli obiettivi principali che si propone sono:

- a. Offrire un sostegno alla genitorialità con la prevenzione e il trattamento delle forme di disagio connesse al diventare genitori.
- b. Integrazione con il lavoro degli altri servizi pubblici e privati.
- c. Formazione agli operatori del settore materno-infantile sul tema del disagio psicologico in gravidanza e dopo il parto: fattori di rischio, strumenti di prevenzione, diagnosi e intervento.
- d. Sensibilizzazione dell’opinione pubblica sul tema del disagio legato alla maternità.



- e. Rilevazione di dati a livello locale sull'incidenza del problema e sull'efficacia degli interventi clinici e preventivi.
- f. Confronto con gli operatori ospedalieri sui temi della genitorialità e condivisione degli obiettivi e le attività previste dal progetto.

Questo tipo di iniziativa è uno dei diversi servizi proposti sul territorio dall'Associazione Panda Onlus per il sostegno alla genitorialità, al momento sono attivi infatti altri 6 progetti tra le provincie di Milano, Monza e Brianza e Varese. Tutti i progetti sono accumulati dall'obiettivo comune di sostenere le donne e le famiglie nel percorso della genitorialità, fornendo una competenza multidisciplinare di alto livello in maniera accessibile alla popolazione locale. I team dei diversi progetti sono costituiti da psicologi psichiatri, psicoterapeuti ed educatori con formazione ed esperienza maturata nell'ambito del disagio della donna in gravidanza, del puerperio e di quello dell'età evolutiva. Oltre a tali operatori, fanno parte dell'Associazione altre figure professionali che operano nell'ambito dell'associazionismo no-profit e del volontariato dell'area assistenziale e socio-sanitaria. L'attenzione degli operatori, è in grado così di concentrarsi a seconda del bisogno riscontrato, sul contesto familiare e sociale della donna, della coppia e della famiglia, fin dal periodo di sviluppo psicologico ed emotivo precedente la nascita del bambino.

Le diverse strutture Panda, forniscono supporto psicologico e psichiatrico, servizi di *home visiting*, incontri di formazione per operatori sociali, osservazione della diade madre-bambino, valutazione e terapia del bambino, ambulatori *low cost* pediatrici, incontri informativi e di discussione aperti ai genitori e neo-genitori. L'associazione si propone inoltre, come partner di integrazione nelle situazioni già operanti sul territorio per alimentare la collaborazione professionale tra diverse realtà pubbliche o private.

Il modello seguito dall'associazione segue un'impostazione bio-psico-sociale (Millgrom, 2009), che considera e include nel trattamento tutte le figure familiari, identificando i motivi predisponenti, scatenanti e di mantenimento che caratterizzano la sofferenza riportata. L'intervento proposto si struttura successivamente sulla base della valutazione delle risorse e dei fattori protettivi rintracciabili nell'individuo, nella famiglia o nella trama sociale di riferimento, allo scopo di favorirne l'utilizzo all'interno del contesto relazionale e familiare della mamma, della coppia o del bambino.

Dal punto di vista terapeutico, l'orientamento di riferimento è quello cognitivo-costruttivista (vedi capitolo 1 e capitolo 2) che identifica tre principi di conduzione dell'intervento:

- Innanzitutto si ritiene che ciò che caratterizza ogni processo psicologico e ogni sistema del sé è legato al modo di costruire il senso personale, il significato dato a se stessi, agli altri, agli avvenimenti della realtà. In questo modo ognuno struttura una rappresentazione del mondo e di sé nel mondo. Tale processo avviene nel tempo e in funzione delle esperienze relazionali che il soggetto si trova a sperimentare. Sarà dunque ricco di significati correlati al personale modo di sentirsi e di essere in relazione con gli altri significativi. *Per questa ragione è un approccio che tiene in considerazione la soggettività del paziente e che utilizza le relazioni come un campo di indagine, scoperta, cambiamento e sperimentazione.*
- I processi di sviluppo dell'infanzia e della adolescenza sono molto importanti nell'inquadramento dei processi e degli schemi relazionali sviluppati nell'arco dell'intero ciclo di vita. All'interno dell'indagine dei momenti critici evolutivi e di cambiamento che si compongono e maturano gli schemi soggettivi personali che caratterizzano il modo individuale di esplorare la realtà e le relazioni alla ricerca di riferimenti di significato che modulano il comportamento in ogni fase di vita. *Si indagano così il modo di strutturare il sé, le emozioni prevalenti caratterizzanti campo emotivo, l'andamento dell'immagine del mondo di riferimento e del rapporto con il sé.*
- La psicopatologia non è vista in funzione di una classificazione iconografica come quella del DSM-IV o dal ICD-10 che viene ritenuta descrittiva e funzionale alla discussione anamnestica ma troppo statica per essere utilizzata all'interno del dialogo clinico. Viene allora affiancata a tale descrizione sintomatologica, una processuale-esplicativa. In tale visione è di centrale importanza la spiegazione del rapporto tra sintomo e organizzazione di significato che lo produce, del modo in cui il sintomo si inserisce all'interno della coerenza interna dell'organizzazione individuale e la mantiene. *Il sintomo non deve allora essere solamente cancellato ma inquadrato all'interno della struttura di personalità e legato a comportamenti, emozioni e pensieri che di quella particolare struttura sono fondamento. Normalità e psicosi sono ritenute infatti espressioni più o meno funzionali e armoniche di una stessa configurazione psicologica più o meno organizzata.*

Tutti i servizi hanno un programma di monitoraggio e valutazione dell'attività svolta e i risultati ottenuti vengono periodicamente presentati in sessioni plenarie che riuniscono tutti gli operatori e durante convegni o iniziative organizzati insieme ai partner locali pubblici e privati aperti a professionisti e alla popolazione.

Nello specifico, *il team di Panda Monza* è costituito da un'equipe clinica formata da 1 psichiatra, 2 volontari con formazione specifica nell'ambito psicologico e 7 psicoterapeuti, dei quali 6 donne e 1 uomo. Questa scelta è stata fatta per venire incontro alle esigenze delle neo mamme che generalmente preferiscono la consultazione con una professionista femminile e anche dei neo papà che giungono al servizio per invio individuale o per colloqui di coppia.

*Un'equipe di ricerca* è stata creata appositamente nel 2009 per seguire l'andamento del progetto e garantire la reperibilità in caso di prese in carico immediate e relativo bisogno di somministrazione del protocollo ad un massimo di 48 ore di distanza dal primo colloquio clinico. A tale scopo, due laureandi in psicologia, sono stati formati alla somministrazione dei protocolli e delle interviste di fine percorso e sono stati affiancati al lavoro di dottorato.

L'organizzazione interna dello sportello prevede una supervisione clinica settimanale a cura del direttore dell'Unità Operativa della Psicologia dell'età adulta dell'ospedale San Gerardo, in cui vengono presentati e discussi i casi in carico e vengono scelte le strategie di cura ritenute più adeguate per le singole situazioni cliniche. A cura invece del responsabile del servizio, è la riunione d'equipe quindicinale che ha lo scopo di organizzare le diverse attività, condividere le comunicazioni e iniziative dell'Associazione anche rispetto agli altri progetti Panda Onlus, raccogliere le impressioni degli operatori e stabilire le priorità coordinando i ruoli e le mansioni dei singoli.

In queste due occasioni, è stato possibile comunicare con l'equipe al completo per svolgere una *formazione specifica clinica e una di ricerca*, in modo da riuscire a coordinare le diverse anime dello sportello lavorando il più possibile in rete tra servizio psichiatrico, psicologico e di ricerca. Sono stati dunque informati tutti gli operatori circa gli obiettivi e le metodologie del progetto di ricerca e si è ottenuto con l'andare del tempo, un linguaggio comune per la comunicazione in tempi reali ai clinici dei risultati ai test somministrati alle pazienti in carico e per un commento in plenaria di tali dati. Sono stati inoltre implementate modificazioni alle modalità di conduzione dell'intervento in virtù di questi momenti di confronto.

Sono state stabilite delle *collaborazioni interne ed esterne all'ospedale* per poter svolgere un lavoro efficace ed in rete, secondo le recenti indicazioni della letteratura sul tema: compaiono tra i partners Istituzionali l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza con l'Unità Operativa Psicologia Clinica dell'Età Adulta, l'Università degli Studi di Milano Bicocca per l'attività di ricerca, la Scuola di specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Milano Bicocca. Nell'ambito del privato sociale è attiva la collaborazione tra l'Associazione Panda Onlus al servizio della genitorialità, la Fondazione Monza e Brianza come ente capofila progetto e la Cooperativa Novomillennio che fornisce

un supporto specifico per i casi in cui l'interculturalità risulta un tema chiave nella consultazione clinica grazie all'esperienza maturata in anni di consulto con donne straniere e con i loro bambini.

#### 5.1.2. – Obiettivi:

Il progetto si propone di tracciare una mappa del fenomeno sul nostro territorio ed un profilo di intervento che valuti l'efficacia del servizio, tenendo delle diverse situazioni personali delle madri in consultazione e dei diversi vissuti della sintomatologia depressiva.

Tre obiettivi principali costituiscono questo interesse di ricerca:

- Ottenere dei dati epidemiologici locali sulle caratteristiche della DDP, attraverso l'analisi delle richieste di consultazione allo sportello e nel particolare, tra i casi diagnosticati di depressione, saranno rilevati i dati segnalati dalla letteratura come fattori di rischio e influenti nella dinamica psicopatologica: età delle madri, n° di gravidanza, status socio-economico, nazionalità, gravità sintomatologica, periodo di consultazione (gravidanza, primi tre mesi, sei mesi, un anno, 18mesi, più di 18 mesi), stato della coppia genitoriale (sposati, conviventi, fidanzati, madre sola), precedenti problemi psicologici, gravidanza problematica, storia di sterilità, da quanto tempo è presente la sintomatologia.
- Ottenere un profilo per aree e tematiche principali per ogni madre: saranno valutati i fattori meta cognitivi (capacità riflessiva, pensieri negativi, rielaborazione della propria storia di attaccamento, visione delle proprie capacità genitoriali) quelli relazionali (supporto sociale, supporto del partner, rapporto con il bambino) e quelli emotivi (senso di inadeguatezza, di impotenza, solitudine, vergogna, ansia, rabbia)
- Ottenere una valutazione dell'intervento (counselling di gruppo, counselling individuale, psicoterapia individuale) direttamente dalle madri e nel confronto della sintomatologia presentata pre e post intervento stesso. Il giudizio sarà suddiviso per aree di trattamento che normalmente vengono attuate all'interno del percorso clinico: Normalizzazione, Validazione, Attribuzione di significato, Vissuto rispetto ai temi emotivi, Invalidazione (sociale, lavorativa, di ruolo materno o nella coppia), Vissuti rispetto al bambino, Supporto sociale.

## 5.2 Campione:

Sono stati raccolti i dati, previo consenso informato, di tutti gli utenti che si sono rivolti allo sportello per una consultazione clinica, sia su auto invio, sia per invio da parte di altri servizi pubblici o privati. I criteri di esclusione hanno previsto la presenza di patologie psichiatriche gravi incompatibili con la compilazione dei questionari previsti nel protocollo o un problema di incomprensione linguistica che non permetta la comprensione delle domande proposte. Per queste ragioni, sono stati annullati 8 protocolli. La partecipazione ai diversi percorsi offerti dalla struttura non ha comportato la somministrazione differenziata di protocolli proposti ad hoc perché non influenti nella rilevazione di nostro interesse.

Nel complesso, hanno partecipato alla ricerca a partire da marzo 2008 fino a marzo 2012, 76 utenti di cui 74 donne e 2 uomini. Di tutti, abbiamo raccolto i dati di cartella e della scheda di primo colloquio.

Per la metodologia di ricerca scelta in accordo con l'equipe, il servizio è stato in grado di implementare in maniera adeguata la batteria nella pratica quotidiana di lavoro, solo ad un anno e mezzo dall'inizio delle attività (Figura 5.1), è stato dunque possibile proporre il protocollo di ricerca completo, comprendente la batteria di test autosomministrati, a 35 utenti a partire da gennaio 2010 e l'intervista di fine percorso è stata somministrata a soli 6 utenti. Le ragioni di questa scarsa partecipazione alla valutazione di fine terapia è da attribuire in parte al fatto che molti percorsi risultano ancora aperti in relazione ad una situazione di criticità patologica e in parte alla difficoltà riscontrata dall'equipe di ricerca nell'ottenere, in 4 situazioni, il consenso delle utenti che in quanto ripresi tempi e attività lavorative abituali non si sono dimostrate raggiungibili (Grafico 5.1).

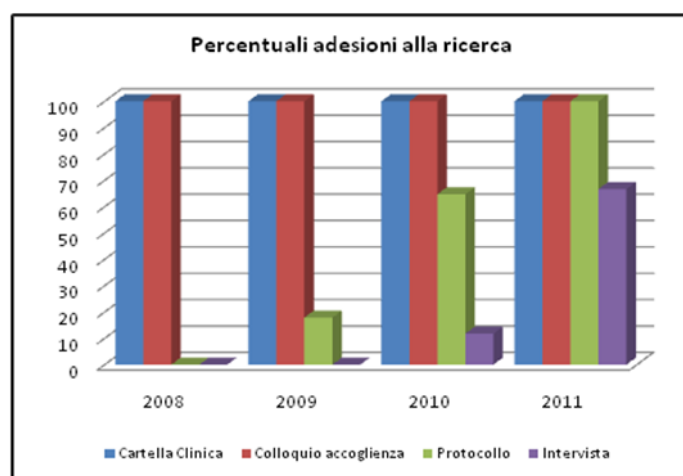


Grafico 5. 1 – Grado di adesione alle diverse fasi di ricerca

### 5.3. Strumenti:

Gli strumenti predisposti a scopo di archivio presso lo sportello, una scheda di accoglienza e la cartella clinica (allegati 1 e 2), sono stati implementati nell'impianto di ricerca ampliando le parti di maggior interesse con alcune domande integrative. Entrambi gli strumenti sono compilati dal clinico che svolge il primo colloquio con la paziente, dopo un aver ottenuto un accordo sulla presa in carico. La compilazione richiede circa 20 minuti. I dati ricavati in questo modo costituiscono la base anamnestica e descrittiva della situazione attuale della paziente e include aspetti relazionali, psicopatologici, epidemiologici:

- Scheda di primo colloquio : 17 domande che raccolgono le percezioni e i disagi della madre nel ricostruire lo stile relazionale attuale e il racconto del percorso che l'ha portata a diventare madre. Le domande prevedono una risposta aperta che permette di ricostruire anche lo stile narrativo della donna. Alcune delle domande di questa sezione sono: Come definirebbe il rapporto con il partner, con il bambino, con altri significativi?, Si sente sola?, Nella gestione del bambino, sente che qualcuno la aiuta, in che modo? Come è stato il parto? Com'è ricordarlo ora? E la gravidanza? Quali sono gli aspetti positivi e negativi dell'essere madre?. In caso di difficoltà nel formulare una risposta complessa, il clinico stimola l'esplorazione di alcuni aspetti prototipici: Come è andata la storia con il partner? Come avete deciso di avere un bambino? E lei l'aveva già desiderato in precedenza? Quali sono stati i momenti più brutti e più belli della gravidanza? Il parto è andato come si aspettava quando lo immaginava in gravidanza? Cosa l'ha sorpresa? Ci sono stati dei problemi fisiologici od ostetrici? Aveva un ginecologo privato? Le è piaciuto il corso pre parto? Ha conosciuto altre mamme durante la gravidanza? Sulla base di questa griglia di domande, predisposta in accordo tra clinici e il ricercatore, sono raccolti dati sensibili che caratterizzano la percezione emotiva e soggettiva del disagio, in una modalità sufficientemente standardizzata ma più approfondita e attendibile di un self-report tramite auto compilazione.
- Cartella clinica: Tutti i dati anagrafici, l'anamnesi psicopatologica personale e familiare, la condizione lavorativa ed abitativa ed una ipotesi diagnostica vengono raccolti in questo documento, la diagnosi viene poi aggiornata con il procedere della terapia se necessario e dopo una discussione in supervisione clinica.

Questi due strumenti ci hanno permesso di formulare un primo database con numerose informazioni che ha raccolto i dati di tutti i pazienti giunti allo sportello fin dalla sua apertura e di poter

seguire in questo modo l'andamento e la mole delle attività dello sportello, la tipologia degli invii, la gravità sintomatica riscontrata, le metodologie di intervento applicate.

Il secondo passo è stato quello di costituire un protocollo ad hoc, applicabile ai tempi del servizio, che non costituisse un intralcio alla terapia e potesse avere anche una ricaduta clinica utilizzabile dal terapeuta nelle sedute con le pazienti. Questo perché, nel trattamento delle mamme nel post partum, ogni momento ricavato all'interno della cura del neonato richiede un impegno ed un costo emotivo significativo per la donna, spesso familiari o amici vengono attivamente coinvolti nell'accompagnamento alle sedute. Da considerare inoltre, nel proporre alla paziente altri compiti o semplicemente attività, la difficoltà di aggancio e collaborazione al percorso terapeutico in caso di depressione post partum: anche la mezz'ora richiesta per la compilazione in presenza del ricercatore dei questionari proposti è vista come un carico aggiuntivo fonte di fatica e potenzialmente frustrante o destabilizzante. Per queste ragioni, è stato possibile arrivare alla formulazione attuale del protocollo solo a partire dalla fine del 2009 e alla somministrazione costante solo a metà del 2010 dopo aver trovato il metodo di proposta e le tempistiche di somministrazione adeguati oltre all'impiego di personale formato specificatamente sul protocollo.

Ora i questionari vengono proposti alla donna subito dopo il primo colloquio con il clinico di riferimento e vengono presentati all'interno dei passi della terapia stessa. L'appuntamento viene fissato il giorno della seduta terapeutica successiva, un'ora prima della seduta stessa, in modo da poter risolvere eventuali dubbi o malesseri generati dalla compilazioni con il proprio terapeuta.

Per quanto riguarda l'intervista di fine percorso che così poche adesioni ha riscontrato fino ad inizio 2011, ora viene anticipato, fin dal primo colloquio, che nel momento stesso in cui verrà concordata la fine del percorso con il proprio terapeuta, verrà fissata una data con i ricercatori per una valutazione del servizio. Si motiva tale impegno come la richiesta dallo sportello stesso per garantire alle utenti una migliore assistenza ma anche come la richiesta del terapeuta per poter confrontare le opinioni reciproche sul lavoro svolto e per dare l'opportunità di ripercorrere i passi fondamentali che hanno portato alla risoluzione dello stato problematico. In questo modo, si è ottenuta una collaborazione nell'ultimo anno significativamente più alta e molto più costante delle mamme.

#### 5.3.1. - Composizione del Protocollo:

Attraverso la somministrazione dei test, si è voluto ottenere un profilo completo della sintomatologia della mamma e un approfondimento dell'area relazionale e del supporto percepito

dalla donna nei compiti materni e domestici da parte degli altri significativi, familiari e amici oltre che da parte della rete di servizi locali dedicati.

A partire dalla lettura della letteratura di riferimento, si sono selezionati i due principali strumenti per la misurazione del grado di *sintomatologia depressiva*, il Beck Depression Inventory e l'Edinburgh Post Natal Depression Scale (Edinburgh Post-Natal Depression Scale- Versione Italiana, 1999). Il primo è una scala di 21 items in grado di valutare: i sentimenti di tristezza, fallimento, delusione, speranza per il futuro, grado di soddisfazione per le cose fatte, senso di colpa o di punizione, irritazione, interesse per gli altri, preoccupazione per la salute, idea del proprio aspetto e della propria persona come peggiore degli altri, alcuni comportamenti relativi a sonno, pianto, alimentazione e sessualità. Questo strumento è generalmente utilizzato nella diagnosi clinica perché gli intervalli dettagliati di punteggio permettono distinzioni più fini tra sintomatologia grave, lieve e sospetta. Il secondo è una scala di 10 items che valutano la mancanza di sonno non correlata a stanchezza, sentimenti di ansia, paura e panico; tristezza; sentimenti di fallimento; anedonia; pensieri suicidali; Viste le finalità della ricerca che non necessita di una fine distinzione tra gravità della patologia è stata scelta la EPDS che permette inoltre di essere somministrata in modo incrociato ai partner delle donne in consultazione per avere un dato ulteriore sul supporto familiare percepito. Questo strumento nel nostro caso, ha presentato inoltre il vantaggio di poter essere utilizzato come punto di supporto all'intervista del primo colloquio. Secondo studi Australiani e inglesi (Dennis, 2006), è la miglior scala per raccogliere dati epidemiologici e per l'uso clinico, anche se deve essere affiancata da una scala sull'ansia. La versione italiana è stata validata da Benvenuti et.al. (1999) che ha trovato un Cut-off sia per lo screening che per uso clinico pari a 12 che abbiamo utilizzato nella fase di analisi dei dati.

Per indagare *gli aspetti ansiosi* sono state scelte le scale STAI-X1 e STAI-X2 (schede 2 e 3 del protocollo CBA, 1997; tradotte, revisionate ed adattate della State-Trait Anxiety Inventory scale di Spielberg, 1970) che valutano rispettivamente l'ansia di stato (come il soggetto si sente nel momento della compilazione del protocollo) e l'ansia di tratto (come il soggetto si sente normalmente). Sono due scale di 20 items ciascuna che danno punteggi da 20 ad 80. Maggiore è il punteggio ottenuto, maggiore è il grado di ansia rilevato. Il cut-off che segnala uno stato psicopatologico è dato dal novantesimo percentile. Dal punto di vista della validità, secondo la review di Tilton (2008), le due scale correlano positivamente con le scale Anxiety Sensitivity Index (Peterson & Reiss, 1987) e Conjugate Lateral Eye Movements test (De Jong, Merckelbach & Muris, 1990). Anche la validità concorrente indica una buona correlazione tra le due scale STAI e le altre misure di ansia come la Anxiety Scale Questionnaire (ASQ) e la Manifest Anxiety Scales (MAS) (Spielberger, et al, 1995). I risultati di



affidabilità sono alti (.54 per la STAI-X1 e .86 per la STAI-X2) (Rule & Traver, 1983). Dagli studi cross-culturali, la scala risulta poter essere applicata ad adulti indipendentemente da lingua, cultura di appartenenza, religione (Mindgarden, 2008).

La scheda 9 del CBA, la MOCQ-R è stata inserita per la misurazione dei *tratti ossessivo-compulsivi* ed è la versione adattata della MOCQ di Hodgson e Rachman (1977). Il punteggio ottenuto riassume tre sottopunteggi relativi alla presenza di pensieri intrusivi e rimuginio (Ruminating, MOCQ-R3), ossessioni di pulizia e contagio (Cleaning, MOCQ-R2), comportamenti continui di controllo ripetitivo e superfluo (Checking, MOCQ-R1). Questa misura consente dunque di ottenere un indice di disturbo ossessivo compulsivo complessivo e tramite le sottoscale, una misura specifica delle tre tendenze che il disturbo può assumere.

Il supporto sociale è indagato con il Post Partum Support Questionnaire (PSSQ, Hopkins J., Campbell S.G., 2008), una scala autosomministrata di 51 domande in grado di restituire il grado di supporto sociale percepito dalla madre e riferito al partner, alla famiglia di origine, alla famiglia acquisita, agli amici o altri significativi. I dati di validità e affidabilità con una somministrazione ripetuta a due mesi, sei mesi e dieci mesi mantengono valori piuttosto alti e costanti (Hopkins J., Campbell S.G., 2008). Questo suggerisce che la qualità e quantità del supporto sociale non vari in maniera significativa durante il primo anno di vita del bambino e che quindi la scala sia utilizzabile in tutto questo arco di tempo senza subire modificazioni significative.

L'intervista sul *cambiamento percepito* è impiegata a conclusione del percorso per ottenere la valutazione della soddisfazione per il servizio offerto (riadattata dall' "Intervista sul cambiamento terapeutico" di S. Di Nuovo 2000). Si tratta di una scala semi-strutturata che misura l'efficacia percepita rispetto ad alcune aree di cambiamento rilevato (ad esempio si ritrovano tematiche di supporto sociale, di andamento nelle relazioni, del rapporto con il bambino, ma anche di senso di inadeguatezza e gestione delle emozioni, ecc..). L'intervista è stata la forma di misurazione scelta come metodologia sia qualitativa che quantitativa in funzione dell'oggetto di studio: un lavoro terapeutico non può essere valutato con una procedura solamente qualitativa o quantitativa, infatti, gli strumenti psicometrici che sono utili in un'ottica di confronto pre-post, ma non forniscono indicazioni per la comprensione del processo terapeutico e gli strumenti self-report o i report del terapeuta vanno incontro a rilevanti problemi di attendibilità e validità – desiderabilità sociale, autoinganno, bias sistematici nelle risposte ecc. – che la letteratura al riguardo ha ampiamente sottolineato (Paulhaus, 1986; Meier, 1994; Kelly et al., 1996; Danziger, 1997).

| <b>Aree individuate</b>             | <b>Strumenti utilizzati per la rilevazione</b> | <b>Quando avviene la rilevazione</b> | <b>Chi svolge la rilevazione</b> |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| fattori di rischio                  | cartella clinica/scheda primo colloquio        | 1° colloquio                         | Clinico                          |
| anagrafica                          | cartella clinica                               | 1° colloquio                         | Clinico                          |
| sintomatologia depressiva           | EPDS   | 2° colloquio                         | Equipe ricerca                   |
| sintomatologia ansiosa              | STAI-X1/STAI-X2                                | 2° colloquio                         | Equipe ricerca                   |
| sintomatologia ossessivo-compulsiva | MOCQ-R   | 2° colloquio                         | Equipe ricerca                   |
| diagnosi                            | cartella clinica                               | 1° colloquio                         | Clinico                          |
| supporto sociale                    | PSSQ   | 2° colloquio                         | Equipe ricerca                   |
| andamento rapporti                  | PSSQ/scheda primo colloquio                    | 1° /2° colloquio                     | Clinico/ Equipe ricerca          |
| rapporto con il bambino             | scheda primo colloquio                         | 1° colloquio                         | Clinico                          |
| valutazione intervento              | Intervista sul Cambiamento Percepito           | Ultimo colloquio                     | Equipe ricerca                   |

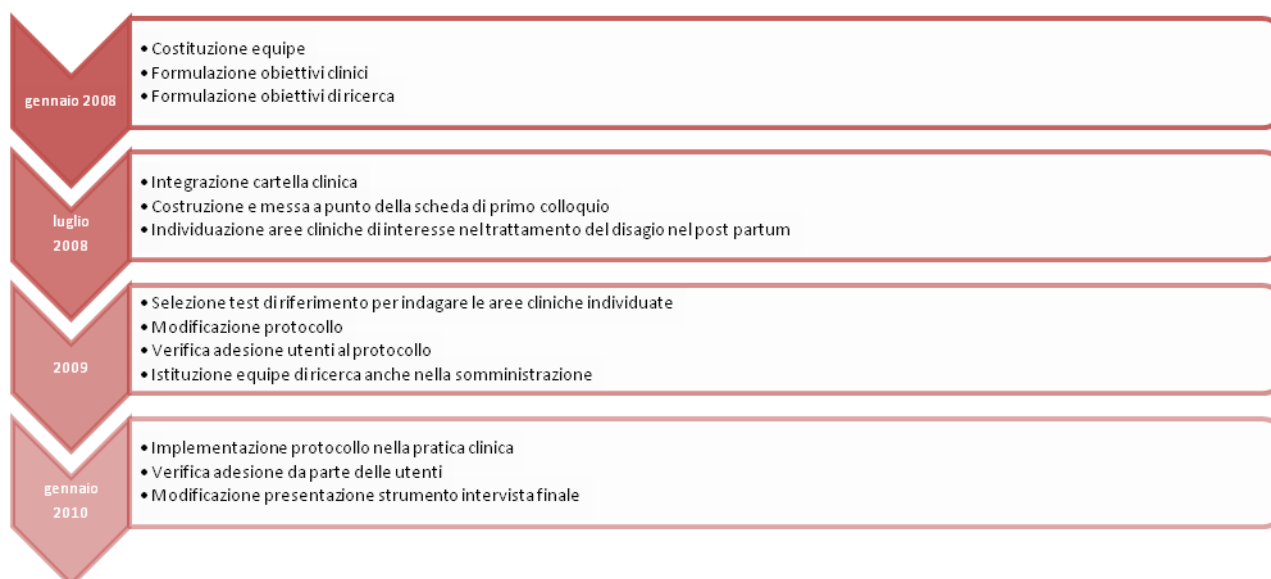
**Tabella 5.1 – Procedura testistica**

#### *5.4. Metodologia e disegno di ricerca:*

Questo progetto di ricerca, implementato nel 2010 nella sua forma definitiva, è andato costituendosi durante 2 anni a partire da gennaio 2008, seguendo due aspetti teorici di riferimento che lo caratterizzano, fino ad assumere la forma attuale (Figura 5.1):

- La visione olistica del disagio materno che si traduce in una valutazione diagnostica sintomatologica affiancata ad una valutazione riferita dalla madre stessa e legata alla sofferenza percepita nelle relazioni con la famiglia, il bambino, il partner, gli amici o i riferimenti locali per il sostegno socio-psicologico ma anche ai vissuti ancora recenti legati alla gravidanza e al parto (profilo soggettivo di sofferenza).
- La valutazione di efficacia incrociata: paziente e terapeuta sono i protagonisti che condividendo lo stesso campo di esperienza e attraverso la loro interazione rendono il cambiamento terapeutico possibile.

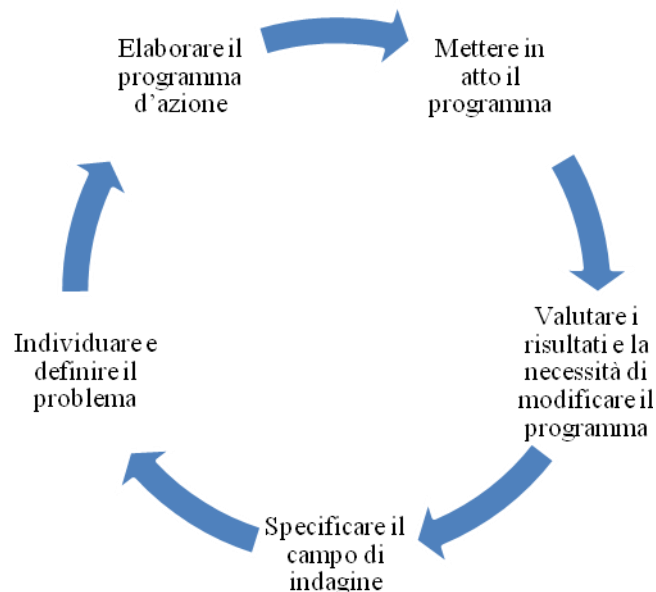
La metodologia di analisi dei dati prevede per questo, una descrizione dei dati anagrafici e anamnestici da cartella clinica, una valutazione qualitativa delle domande contenute nella scheda di primo colloquio, una valutazione quantitativa svolta con JMP riferita ai dati di protocollo.



**Fig.5.1 – Fasi della strutturazione del disegno di ricerca**

A partire da gennaio 2009, la strutturazione definitiva del disegno di ricerca come *action research* (Lewin,1944; Contessa, 1998), ha permesso di integrare gli obiettivi sperimentali con le esigenze cliniche dello sportello di trattamento che collabora alla ricerca. In letteratura, questa metodologia è stata spesso chiamata “ricerca partecipativa” per sottolineare il carattere collaborativo del procedimento e infatti richiede la partecipazione attiva di tutti gli attori coinvolti, nel nostro caso: dell’equipe clinica, di ricerca e del personale volontario.

Ciò che caratterizza il disegno di ricerca costruito secondo questa teoria di riferimento, è il procedere per *strategie successive di problem solving* tramite una serie di incontri di riflessione e valutazione del team che si occupa del progetto. Si individuano gradualmente i problemi, per poi pensare alle possibili alternative con le quali modificare la struttura delle regole che guidano l’intervento. Sebbene siano richiesti tempi più lunghi, una continua ricerca della forma finale di ricerca e un impegno di più persone, la funzione della metodologia è quella di migliorare l’attività di realtà già in atto, rendendole più agili ed efficaci in funzione degli obiettivi di equipe.



**Fig. 5.2 - Diagramma di Gerald Susman (1983) esplicitivo del processo di action research**

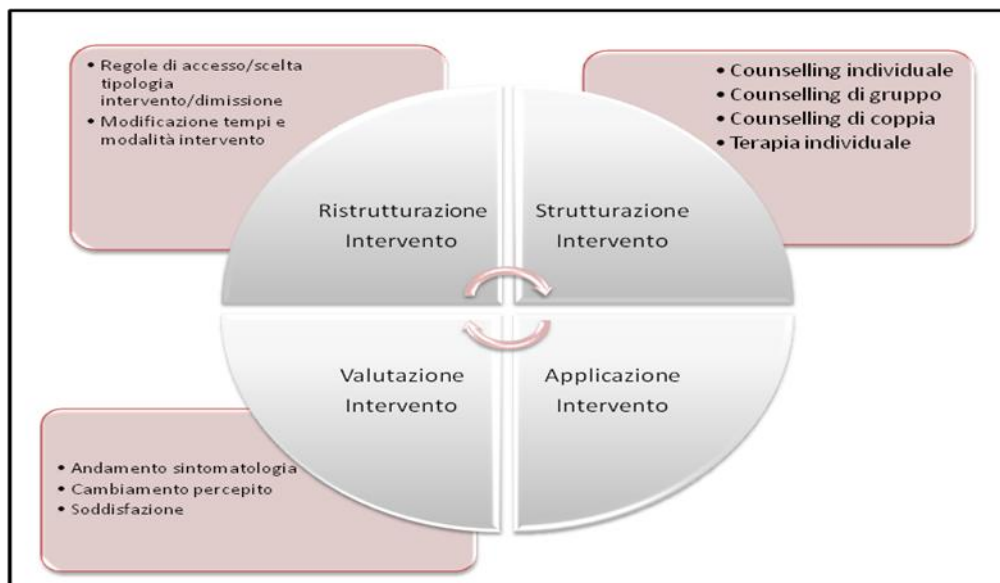
Per questo, una ricerca così impostata è stata anche chiamata “learning to do”, termine che si riferisce ad una conoscenza acquisita attraverso la pratica attiva. Il vantaggio pratico più importante, in grado di determinare il cambiamento e il miglioramento è infatti il coinvolgimento consapevole e specializzante di tutte le professionalità all’interno del campo di ricerca, in quanto lo scopo comune diventa quello di individuare e imparare a risolvere problematiche cliniche e di impostazione legate allo specifico oggetto di studio, attraverso le indicazioni derivanti dalla ricerca. I principi che hanno guidato la nostra equipe sono stati quelli individuati da Winter (1989):

1. Riflessione critica: il primo principio, assicura che le persone dell’equipe riflettano sui temi e sui processi di maggiore interesse. Lo scopo è rendere, all’interno dell’impostazione metodologica, il più esplicite possibili, tutte le interpretazioni, i pregiudizi, le ipotesi e le preoccupazioni che sono alla base di giudizi, aspetti poco considerati e potenziali fonti di scorrette rilevazioni in un contesto sociale. In questo modo, i dati ricavati, possono dare origine a considerazioni teoriche realmente legate all’oggetto di studio.
2. Dialettica: il contesto terapeutico, in quanto realtà sociale, è condiviso attraverso il linguaggio. Gli eventi di interesse cioè, avvengono all’interno del dialogo. Una critica dialettica è necessaria per comprendere le relazioni tra il fenomeno e il suo contesto, e tra i singoli elementi costitutivi del fenomeno. Gli elementi su cui focalizzare l’attenzione sono quelli instabili, o in contrasto tra loro.

3. Ricerca Collaborativa: Tutti i partecipanti a un progetto di ricerca-azione sono co-ricercatori. Il principio della risorsa collaborativa presuppone che le idee di ogni persona siano ugualmente importanti come potenziali risorse per la creazione di categorie interpretative di analisi. Questo, rende possibile che la molteplicità delle intuizioni raccolte, possa evidenziare per poi eliminare le contraddizioni che all'interno di un unico punto di vista potrebbero invece non apparire in maniera evidente.
4. Rischio: Il processo di cambiamento minaccia potenzialmente tutti le precedenti metodologie consolidate. Si ha dunque il rischio che i singoli professionisti temano di dover mettere in discussione le proprie opinioni per poi venire disconfermati dagli altri. Bisogna allora spiegare chiaramente che questa metodologia è fonte di nuovi apprendimenti per tutti e che tutti hanno il medesimo grado di autorevolezza in quanto la conoscenza si svilupperà proprio all'interno di tali confronti.
5. Struttura molteplice: La natura della ricerca rappresenta una molteplicità di opinioni, commenti e critiche. Questa struttura di indagine richiede un testo condiviso in costante aggiornamento che faccia da supporto e diventi poi guida nelle discussioni in corso fra i collaboratori.
6. Teoria, Pratica e Trasformazione: La teoria e le ipotesi teoriche influiscono sulla pratica modificandola e viceversa. Spetta ai ricercatori, esplicitare le giustificazioni teoriche che sostengono le azioni e mettere in discussione le basi di queste giustificazioni in caso di valutazione negativa delle attività. Le applicazioni successive pratiche che seguono sono sottoposte ad ulteriori analisi, in un ciclo di trasformazione che alterna continuamente questi due aspetti.

Questi principi, hanno guidato la strutturazione del disegno di ricerca e hanno caratterizzato la modalità di discussione all'interno dell'equipe nel primo anno di sperimentazione fino a portare alla costituzione dei documenti utilizzati, della modalità di somministrazione standard da utilizzare, alle tempistiche proposte attualmente e alle metodologie di analisi dei dati. Nello specifico, nel diagramma 5.3 una sinterizzazione delle fasi che hanno caratterizzato il nostro modo di procedere e che ha visto nelle regole e modalità di accesso al servizio i maggiori interventi di modificazione, mentre la struttura dell'intervento proposto ha sempre valutato il migliore tra i precorsi di counselling individuale, di coppia o di gruppo piuttosto che la terapia individuale sia psichiatrica che psicologica. La valutazione delle necessità di ristrutturazione del progetto è stata basata su giudizi dell'equipe sull'andamento

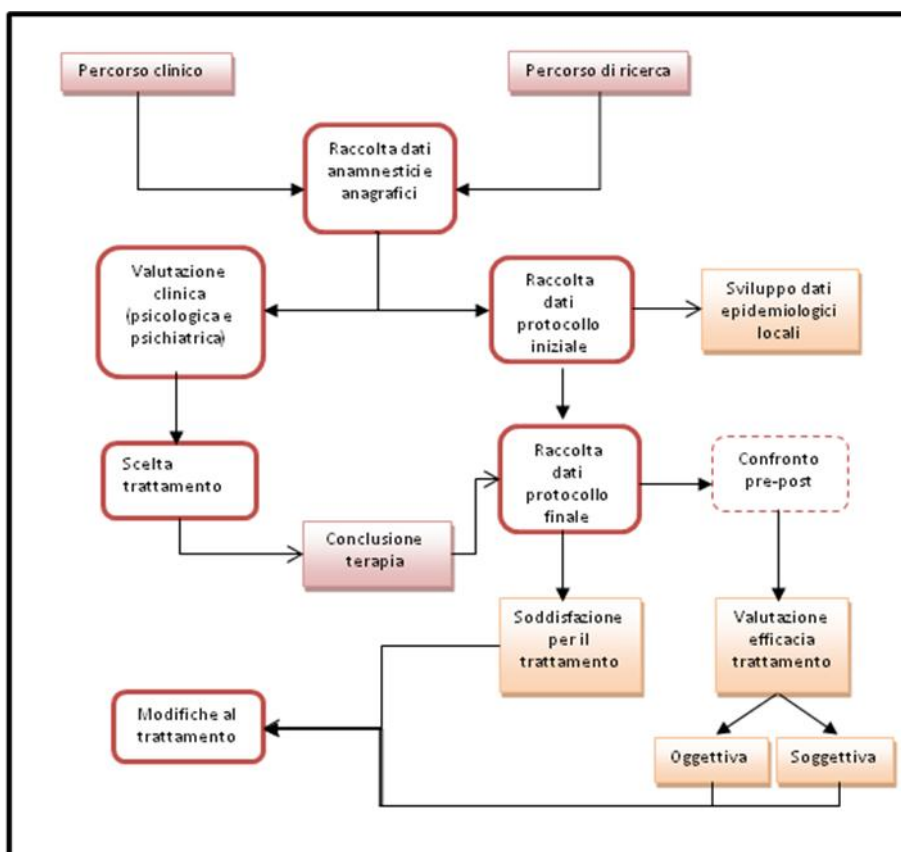
della terapia, della sintomatologia e recentemente anche sulla base delle opinioni raccolte dalle utenti che hanno partecipato all'intervista di fine percorso.



**Fig. 5.3 – Procedimento action research applicato al progetto**

Nel diagramma 5.4, viene presentato il nostro disegno di ricerca-azione che ha mantenuto costantemente il focus nel procedere delle fasi di ricerca, in funzione di questa integrazione clinico-teorica: a partire da un primo colloquio in cui vengono raccolti i dati anagrafici e anamnestici, viene somministrato per la prima volta il protocollo di questionari, si procede poi ad una valutazione che nella dimensione di ricerca costituisce la raccolta dei dati epidemiologici e in quella clinica la formulazione di una diagnosi descrittiva e funzionale del disagio.

Viene dunque scelto l'intervento ritenuto più funzionale (tra terapia individuale, terapia di coppia, counselling individuale e counselling di gruppo), al termine del quale viene nuovamente somministrato il protocollo assieme ad un'intervista sulla soddisfazione e sull'efficacia percepita. Questi dati ci hanno permesso un confronto di risultati pre-post sui sintomi rilevati e sulla percezione di disagio nella madre oltre che una valutazione più soggettiva dell'esito della terapia.



**Diagramma 5.4 – Disegno di ricerca**

Le considerazioni e riflessioni sperimentali a questo punto, sono state utilizzate anche dai clinici che si occupano della terapia per migliorare e rendere più mirato il loro intervento. Il passaggio di informazioni continuo sul singolo caso ma anche sull'andamento generale, fa in modo che anche gli utenti percepiscano tutte le attività proposte all'interno di una stessa cornice di trattamento e aumenta la fiducia nell'equipe al completo e nel processo di cura. Come sarà esposto più avanti, nella nostra indagine, questo fattore ha inciso nel determinare un incremento di prese in carico anche in casi anche gravi e un aumento delle adesioni all'intervista finale.

Rimane di centrale importanza il carattere di flessibilità che rende questo modello di ricerca applicabile a varie strutture di supporto clinico indipendentemente dal loro orientamento teorico di base e che lavorino in rete con più professionisti interni ed esterni. A questo obiettivo concorrono anche gli strumenti scelti, infatti, il protocollo proposto è costituito dai più diffusi e attualmente utilizzati test di screening per le tematiche di nostro interesse e la scheda di primo colloquio è costruita sulla base della letteratura sui fattori di rischio e può essere facilmente utilizzata anche da clinici dopo una breve formazione da parte dell'equipe di ricerca.

## 5.5. Risultati

Di seguito, una presentazione per aree tematiche dei principali risultati di ricerca che hanno stimolato maggiormente il dialogo e il confronto nell'equipe favorendo l'acquisizione di un sapere teorico e pratico condiviso. I commenti ai dati riportati seguono dunque i commenti e le azioni che si sono rivelate funzionali nelle riunioni quindicinali di equipe.

### 5.5.1. - Dati anamnestici:

L'utenza è formata da 74 donne e 2 uomini, con un'età media di 34 anni, in maggior parte italiana (63%) e più frequentemente appartenente alla provincia di Monza e Brianza o Milano (Grafico 5.2). Solo in due casi è stato necessario rivolgersi ad un'interprete per la conduzione del colloquio con madre straniera.

| Utenza | MEDIA | MAX | MIN | DEVIAZIONE |
|--------|-------|-----|-----|------------|
| Età    | 34    | 47  | 23  | 6,02       |

Tab.5.2 – Distribuzione campione per età

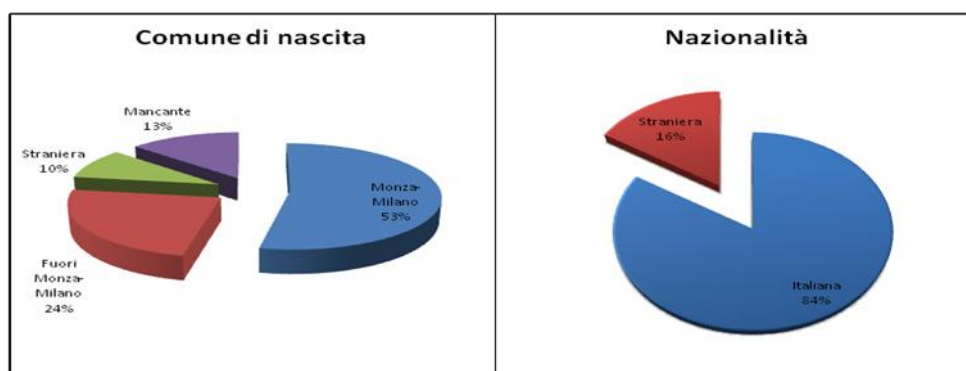


Grafico 5.2 – Descrizione campione per comune di nascita e nazionalità

Il 68% lavora (Grafico 5.3), la maggior parte come dipendente (63%) e per quanto riguarda le condizioni economiche rispetto alla capacità di gestione familiare il 50% ha sufficienti disponibilità economiche, il 30% presenta una buona situazione e il 20% una condizione insufficiente. In caso di impossibilità economica, si valuta con le pazienti un'eventuale attivazione dei servizi competenti di zona.



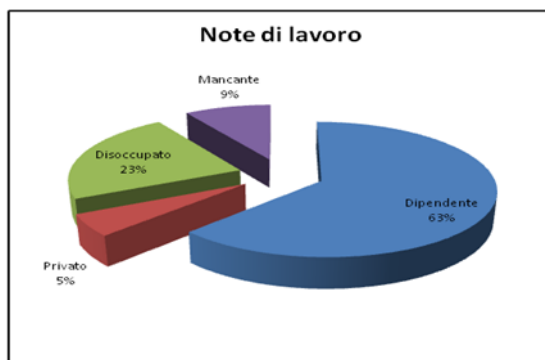


Grafico 5.3 – Descrizione campione per occupazione

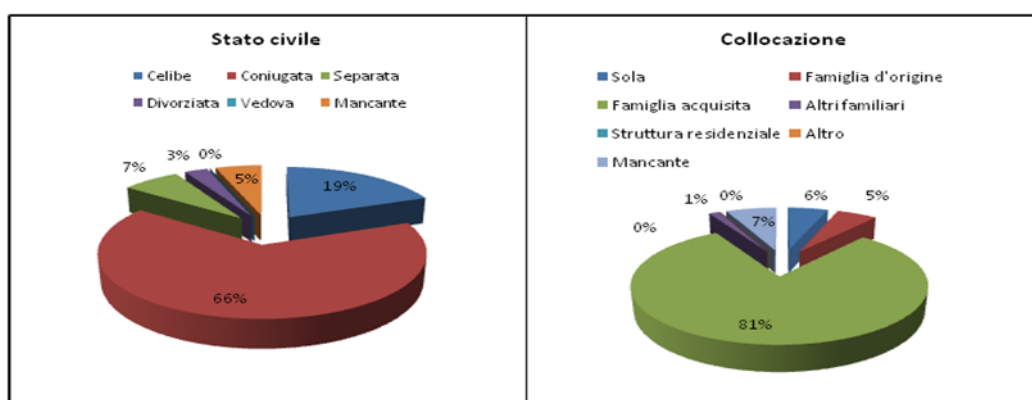


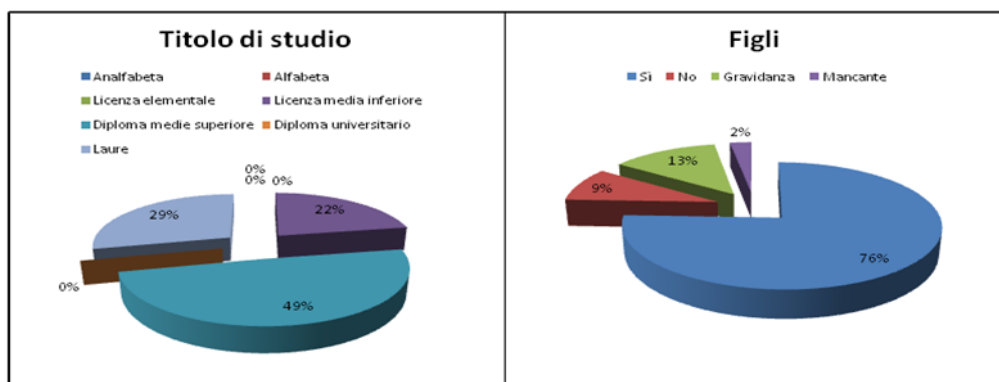
Grafico 5.4 – Descrizione campione per stato civile e collocazione abitativa

Secondo lo stato civile (Grafico 5.4), la maggior parte delle donne del campione risulta coniugata o convivente e vive con la famiglia acquisita in una casa di proprietà. La famiglia tipo è composta dalla donna, il suo compagno e un figlio.

Per quanto riguarda la formazione scolastica (grafico 5.5), il campione si attesta su livelli medio-alti di istruzione, infatti, il 65% ha un titolo di studio superiore e non ci sono nel campione, casi di analfabetismo o licenza elementare. La maggior parte è alla prima gravidanza e in una fase del post partum. Bisogna però considerare che a partire dal 2010, con l'incremento di invii da parte della rete di servizi locali rispetto agli auto invii, la percentuale di donne in gravidanza è aumentata in modo significativo (42% considerando gli anni 2010 e 2011 rispetto al 13% che corrisponde al totale).

Questo dato diventa importante in una prospettiva preventiva, infatti, durante la gravidanza, solo un professionista del settore formato nel riconoscere i segnali di malessere ed allarme è in grado di valutare in maniera appropriata la necessità di un intervento di supporto psicologico e/o psichiatrico in grado di ridurre le probabilità di sviluppare una sofferenza importante nel post partum. Affidandosi unicamente all'informazione sulla depressione post partum rivolta alle donne in gravidanza, al

compagno e in qualche caso, alla famiglia di origine, si hanno più casi di auto invio che avvengono generalmente in una fase del secondo post partum (6 mesi) e presentano una sintomatologia più evidente con un carico di sofferenza potenzialmente più grave. Si conferma in questo modo l'utilità di un lavoro costante svolto in rete per tutti i servizi dedicati al benessere psicologico della popolazione locale. Le donne che si rivolgono spontaneamente al servizio inoltre, raramente sono primipare, come invece quelle inviate dai servizi. Questo fattore può essere indice del fatto che un'esperienza maggiore corrisponde anche ad una maggiore capacità di chiedere aiuto nei momenti di crisi riconoscendone la necessità e forse sentendosi maggiormente autorizzate delle neo mamme ad ottenerlo.



**Grafico 5. 5 – Descrizione campione per titolo di studio e n° figli**

Questi dati anamnestici indicano già di per sé, al terapeuta che ha in carico il paziente, alcune tematiche che si dovranno affrontare nel percorso di supporto, in quanto segnalano, in presenza di fattori socio-ambientali critici, la probabile presenza di difficoltà relazionali o nell'acquisizione del ruolo materno:

- Dal punto di vista lavorativo: nelle donne che hanno lavorato a lungo prima di iniziare la gravidanza, o che hanno sempre investito molto nel ruolo sociale ricoperto e nella propria indipendenza economica, si può riscontrare una difficoltà nella coordinazione del ruolo lavorativo con i compiti materni, una sorta di "non abitudine" al ruolo casalingo e ad una ridotta retribuzione. D'altro canto, spesso al rientro sul posto di lavoro, alcune donne si trovano a dover affrontare, specie nei casi di occupazione dipendente, situazioni di mobbing che appesantiscono ed esasperano la percezione della fatica richiesta nel mantenere un livello di performance lavorativa e di accudimento del bambino soddisfacenti, spesso portando ad una sensazione di solitudine: "non ho nemmeno il tempo di respirare, non vedo più nessuno e sono tagliata fuori da tutte le relazioni sia con amici che al lavoro", oppure: "con il bambino quando torno a casa nessuno mi aiuta, mio marito è ancora come se non si fosse accorto che sono tornata al lavoro e faccio la sua stessa fatica durante il giorno e si aspetta ancora di

tornare a casa e mettersi sul divano”. Tuttavia, durante il periodo di maternità, gradualmente si instaurano dei nuovi ritmi che sostengono un rapporto privilegiato con il bambino e sono in grado di favorire l’acquisizione di una percezione di sé nuova come madre. In questo senso, la difficoltà a “staccarsi” dalla quotidianità casalinga per tornare ai ritmi lavorativi può rivelarsi simile a quella affrontata in gravidanza ad inizio maternità.

- Osservando le diverse strutture familiari invece, si trovano pochi casi di genitore single e più frequentemente situazioni di coppia conflittuale. Si propongono allora riflessioni sui temi di funzione genitoriale, ripercorrendo il percorso che ha portato singolarmente e in coppia alla decisione di avere un figlio e delle difficoltà incontrate successivamente ponendo l’attenzione sulle possibili ricadute di tali scontri sull’emotività del bambino, sulle percezioni di madre e padre che può aver sviluppato e sul clima familiare instaurato. Si valuta anche la possibilità di effettuare colloqui di coppia per formulare strategie relazionali funzionali oppure per discutere dell’eventuale gestione di una separazione o del divorzio della coppia che tuteli il ruolo genitoriale di entrambi. In caso di bambini più grandi, si affrontano anche gli argomenti di comunicazione della decisione ai figli, e si valutano le metodologie di organizzazione pratica del tempo dedicato da ognuno dei genitori agli aspetti ludici, educativi e di tutela dei minori.
- In una fase di gravidanza, vengono valutate la presenza di preoccupazioni eccessive o al contrario di una mancata riflessione, rispetto le proprie capacità personali nell’affrontare l’accudimento del bambino, il parto, il cambiamento nella vita quotidiana. Questi tre argomenti infatti, costituiscono delle fasi critiche: il parto come momento di stress fisico ed emotivo inaspettato e con un impatto molto forte, l’accudimento continuo specie nel primo mese in cui molte donne si sentono costrette dagli orari e dai bisogni del bambino fino a sentirsi annullate nei propri, il cambiamento del ritmo e della routine quotidiana che può dare un senso di disorientamento. Una scarsa riflessione razionale sui significati di tali azioni e sulla normalità di queste sensazioni può essere la causa del non sapersi riconoscere né nel ruolo abituale privato e pubblico, né nel nuovo ruolo di genitore che spesso lamentano le neo-madri durante i primi colloqui clinici associando a questi pensieri, un senso di colpa e di incapacità costanti.
- In tutti i casi, ma soprattutto in quelli di infertilità e in gravidanze non desiderate, si propone una riflessione sulla scelta di avere un bambino e sul ruolo che nella propria vita può avere il diventare madre per dedicarsi alla crescita del proprio figlio. Ad un livello più complesso, si cerca di coinvolgere anche il punto di vista del partner per identificare i ruoli reciproci nella decisione di sottoporsi a metodologie di concepimento faticose ed impegnative oppure nella

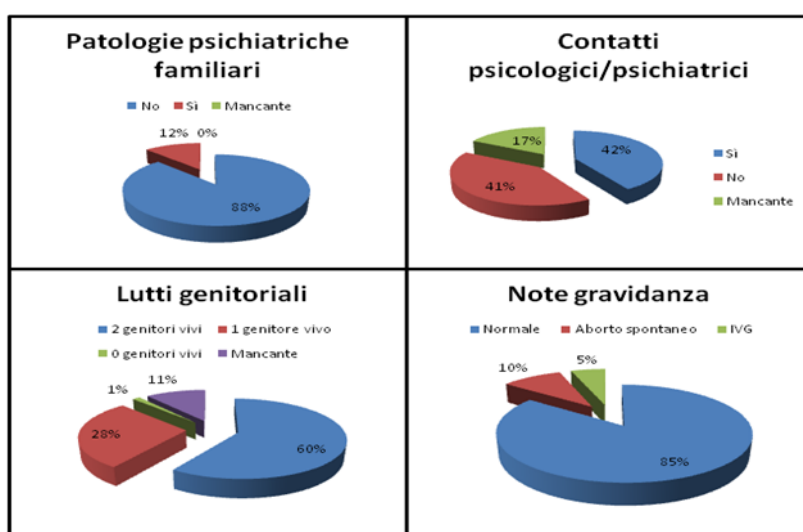
scelta di proseguire la gravidanza. Sono questi i casi di infertilità in cui si può riscontrare il grado di maggior contrasto tra i membri della coppia che però non viene esplicitato: a fronte di un'iniziale accordo, può capitare che uno dei due senta in maniera esagerata l'impegno richiesto e continui nella ricerca del figlio principalmente per accontentare il/la compagno/a. Al contrario, nei casi di gravidanze non desiderate da parte di uno dei due, i contrasti vengono esasperati, al punto da non riuscire a mantenere un clima sufficientemente adeguato ad una presa di decisione così importante. La separazione della coppia è per questo frequente.

- In ogni fase, pre o post parto, viene valutato il grado di sostegno e supporto pratico ed emotivo percepito dalle pazienti da parte dei compagni, della famiglia di origine, di eventuali suoceri, amici o altri familiari che si rendono disponibili a sostenere il compito della madre. Spesso però, questa percezione non corrisponde alle disponibilità effettive della rete familiare ma semplicemente a difficoltà di comunicazione che rendono poco chiari i bisogni della donna e le possibili azioni di supporto pratico ed emotivo che potrebbero rivelarsi efficaci. Si propone dunque una considerazione sull'andamento dei rapporti prima, durante la gravidanza e nel post partum, sulla propria capacità di individuare e comunicare le proprie necessità, sulla possibile reazione delle persone di riferimento a tali richieste. In qualche caso, si propone un colloquio di coppia o familiare proprio per affrontare insieme queste tematiche. Le maggiori difficoltà riscontrate nella nostra ricerca, secondo la cartella clinica, sono state:
  - Una richiesta di aiuto inadeguata alla situazione, aggressiva o esagerata nei toni
  - Una costante svalutazione dell'azione dell'altro e quindi scarsa fiducia nell'affidarsi
  - Un rifiuto dell'altro a svolgere certe mansioni per incapacità dichiarata o per scelta
  - Volontà o convinzione di non dover chiedere aiuto in questa fase della vita o nella situazione specifica di accudimento del neonato
  - Scarso accordo tra le parti riguardo alle modalità di cura e gestione quotidiana

#### 5.5.2. - Analisi dei fattori di rischio:

Secondo la letteratura specifica (Millgrom, 2009), sono più a rischio di sviluppare un disagio post partum le donne molto giovani, in una situazione economica, abitativa e di coppia non stabile, con bassa scolarità e con una gravidanza complicata, in cui ci sono stati problemi medici ed ostetrici, con lutti importanti in tempi recenti, che hanno avuto altre problematiche psicologiche o psichiatriche nel passato o con storie di patologia psichiatrica in famiglia.

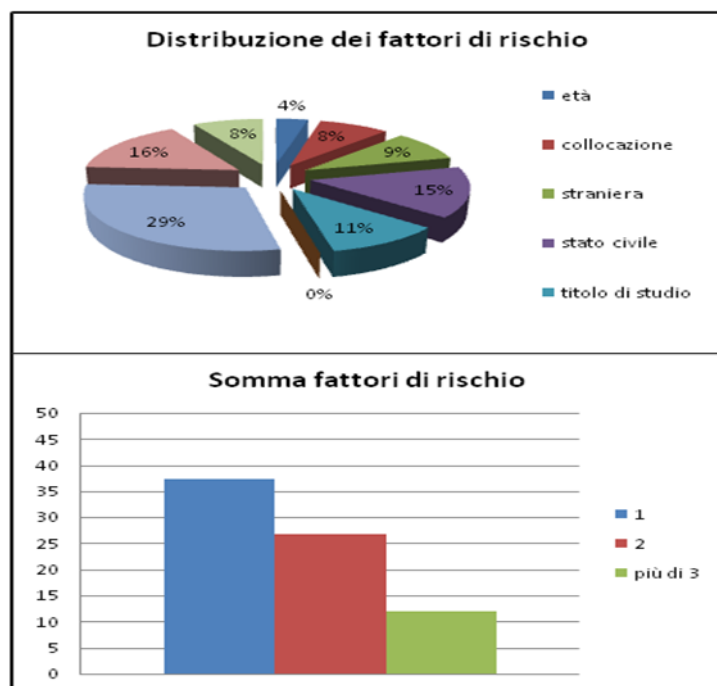
Come si nota dai grafici 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5, nel nostro campione, non si ha una prevalenza di tale configurazione, infatti le nostre pazienti hanno in media un'età tra i 28 e i 35 anni, un livello buono o alto di scolarità e una condizione sociale ed affettiva stabili. Non risultano significative presenze nel campione di patologie psichiatriche a carico della famiglia che riguardano solo il 12% del campione, lutti genitoriali in fase di gravidanza o problematiche ostetriche e fisiche riscontrate in gravidanza (grafici 5.6). Sembra invece confermata, nel 41% delle pazienti del servizio, una sensibilità alle storie di patologia psicologica e psichiatrica personale pregressa. Nell'30% di questi casi si tratta di precedenti depressioni, nel 40% di storie di attacchi di panico e ansia generalizzata e il restante 30% si suddivide in disturbi post traumatici, disturbi di personalità e disturbi ossessivo-compulsivi.



**Grafico 5.6 – Distribuzione di alcuni fattori di rischio**

Ritenendo quindi, che a monte di una patologia diagnosticata clinicamente e riferita dalle pazienti ci fosse una determinazione di alcuni o solo uno di questi fattori in grado di assumere un'importanza significativa nell'eziologia del disturbo, si è calcolata la distribuzione dei fattori di rischio per i singoli casi (Grafici 5.7). I risultati mostrano una media di un fattore di rischio presente, che risulta l'essere primipara. Il 26% del campione ha due fattori di rischio associati e solo il 12% del campione totale presenta tre fattori associati.

I fattori presenti più frequentemente in associazione sono l'essere alla prima gravidanza, avere avuto lutti importanti, essere single, avere una storia di gravidanza/e difficili. Vengono dunque ad essere confermati in questo modo i principali fattori predisponenti segnalati dalla letteratura.



**Grafico 5.7 – Elaborazione fattori di rischio**

Nel nostro campione, il 17% delle donne fa parte di una coppia mista, dove cioè uno dei partner è italiano mentre l'altro appartiene ad una cultura di riferimento diversa e nel 15% dei casi è la parte straniera della coppia, mentre il compagno è italiano. Anche se rimane un fattore relativamente poco diffuso nel campione, pare associarsi molto spesso (60%) ad altri fattori di rischio. Nella maggior parte dei casi, si riscontrano anche situazioni di bassa scolarità, lontananza dalla famiglia di origine, essere alla prima gravidanza o l'aver subito lutti genitoriali. Nella presa in carico clinica, risulta dunque necessario predisporre anche una rete di supporto sociale in grado di limitare la sofferenza emotiva derivante dalla lontananza dalla propria famiglia e cultura di riferimento. La partecipazione a gruppi post partum, il coinvolgimento del compagno e della sua famiglia durante la gravidanza e nei colloqui successivi al parto possono rivelarsi importanti fattori di contenimento e protettivi.

Qualche volta, il problema riportato da queste donne riguarda proprio gli aspetti di integrazione all'interno della coppia che si riflettono nella gestione delle scelte educative nei confronti del bambino (60%). Il terapeuta e l'equipe si trovano in queste situazioni a svolgere anche le funzioni di mediatore culturale, proponendo spesso l'apertura all'approfondimento comunicativo nella coppia stessa e individuando le formule verbali che talvolta vengono fraintese per appartenenze a significati culturali non esplicitati. Si favorisce il confronto delle pratiche educative di entrambi i partner che hanno caratterizzato la loro infanzia e se ne discutono le ricadute comportamentali ed affettive dal punto di vista dei bambini, in maniera di facilitare il processo di scelta e aumentare il grado di condivisione delle scelte e dunque di accordo.

### 5.5.3. - Considerazioni cliniche

Successivamente alla presa in carico, viene effettuata una *diagnosi clinica* ad opera del terapeuta di riferimento e viene affiancata dalla valutazione testistica svolta con questionari autosomministrati che avviene in presenza dell'equipe di ricerca e raccoglie i livelli di ansia, depressione, supporto sociale percepito e presenza di pensieri ossessivi o comportamenti di compulsione.

Dal punto di vista clinico, nel nostro campione, è rilevante la presenza di disturbi dell'umore associati alla gravidanza o all'evento del parto con caratteristiche sia depressive che ansiose, seguono poi i disturbi da disadattamento e una percentuale minore di disturbi di personalità (Grafico 5.8).

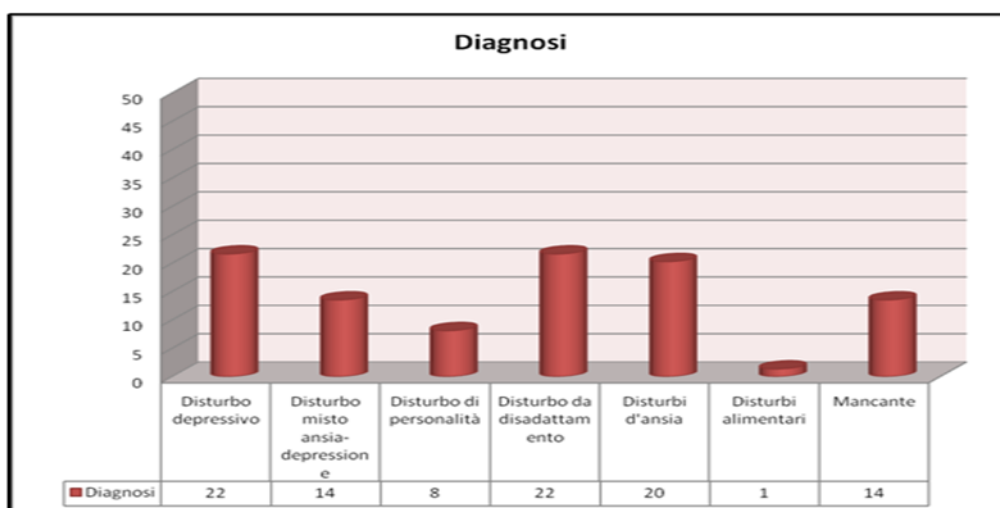


Grafico 5. 8 – Distribuzione utenza per diagnosi

Nel trattamento di queste differenti tipologie di disagio, vengono attivati diversi percorsi di trattamento, che prevedono nei casi più gravi:

- l'affiancamento di psicoterapia e terapia farmacologica,
- la collaborazione con gli specialisti del servizio pubblico locale come assistenti sociali, ostetriche e infermieri dei consultori ma anche pediatri e medici di base che hanno in cura la madre o il bambino.
- In caso di precedenti trattamenti svolti in ambito pubblico o privato vengono contattati, con il consenso della paziente, gli specialisti che hanno seguito l'intervento.

- Per garantire la tutela del minore oltre che il supporto efficace da parte dei familiari alla madre, vengono predisposti incontri di famiglia in cui si valutano eventuali aiuti nell'accudimento e nella prosecuzione più funzionale della terapia.

Nei casi di sintomatologia invalidante nella quotidianità e nella cura del minore, si tenta di ridurre sia l'intensità di tali sintomi che l'incidenza dei fattori scatenanti con un affiancamento psichiatrico, ma anche ottenendo dove possibile, il supporto dei familiari. Si prosegue poi nella psicoterapia affrontando le tematiche di maggior rilievo nella storia specifica della paziente.

In circa la metà dei casi, inoltre, da parte dei terapeuti, sarebbe stato richiesto, nelle prime fasi di consultazione, una valutazione della coppia madre-bambino allo scopo di valutare le maggiori difficoltà di gestione e la eventuale necessità di un percorso psicopedagogico. Non sono stati trovati referenti non privati sul territorio per poter usufruire di tale valutazione che prescinde da rischi di tutela e segnalazione ai servizi di assistenza sociale. Attualmente, è in progetto lo sviluppo di un servizio di questo tipo a carico di una associazione privata in accordo con le cooperative di zona al quale l'ambulatorio conta di prendere parte.

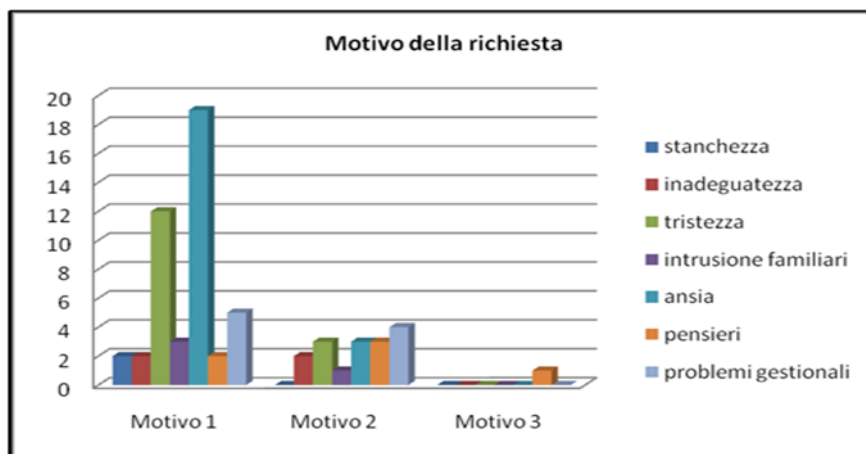
I dati che seguono si riferiscono alle risposte aperte date dalle utenti del servizio durante il primo colloquio. Le categorie di risposta sono state individuate nel primo anno di ricerca tramite l'utilizzo del software T.Lab. Nell'insieme, si è voluto dare un'immagine sfaccettata del vissuto soggettivo che caratterizza il disagio del post partum.

*Il motivo che conduce le madri a richiedere un intervento specialistico sono soprattutto sentimenti di tristezza e ansia persistenti e costanti durante la giornata e solo secondariamente la presenza di pensieri invalidanti, sentimenti di intrusività nella gestione quotidiana da parte della famiglia di origine, senso di inadeguatezza e stanchezza sia fisica che mentale (Grafico 5.9).*

Al primo colloquio capita quindi spesso che vengano richiesti per prima cosa prescrizioni farmacologiche per il trattamento di depressione e ansia, anche perché grazie alla possibilità di consultare siti internet specializzati, la maggior parte delle utenti si presenta allo specialista avendo già una convinzione rispetto la propria condizione sintomatologica. Sensazione di agitazione, difficoltà a dormire e sentimenti di tristezza sono i sintomi che vengono riferiti dalle madri che ritengono di soffrire di depressione post partum, mentre, stato di agitazione e insicurezza nella gestione del bambino motivano la richiesta di un trattamento per l'ansia.

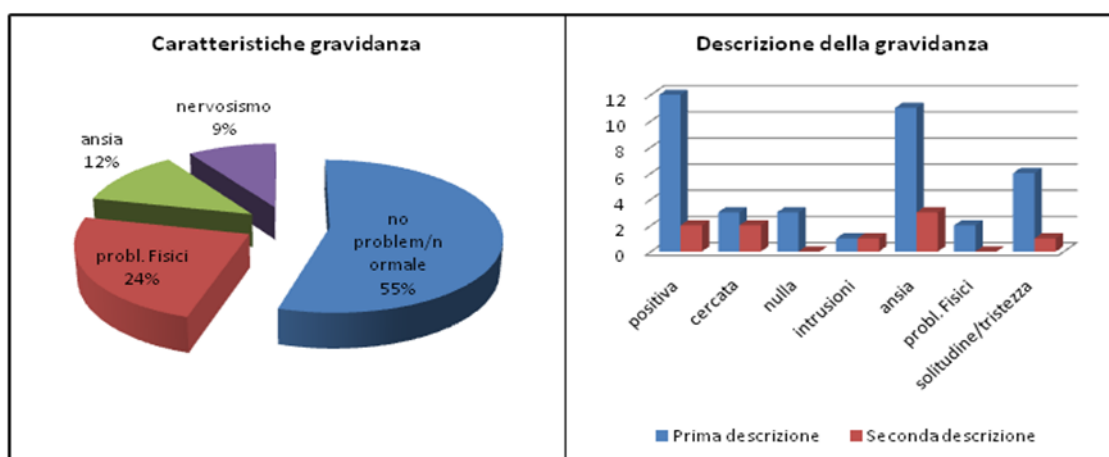


Il primo intervento clinico, di conseguenza pare essere la normalizzazione di alcune sensazioni e il seguente ampliamento della narrativa della donna per riuscire a raccogliere tutti gli indizi che portano a formulare la diagnosi.



**Grafico 5. 9 – Motivi della richiesta di consulto specialistico**

Si comincia dunque a ripercorrere la storia della maternità chiedendo di descrivere l’andamento della gravidanza (Grafico 5.10). Molte donne trovano difficoltà a rispondere formulando un racconto, spesso ricordando solamente parte degli avvenimenti e polarizzando i racconti inserendo fattori emotivi e cognitivi, solo positivi o solo negativi. La frequenza di mancate risposte (32%) rimane comunque uno dei più alti della batteria, assieme al racconto in chiave soggettiva del momento del parto (31%).



**Grafico 5. 10 – Ricordo della gravidanza**

In entrambe le tematiche, a partire nella maggior parte dei casi, da una condizione fisica positiva (Grafici 5.10 e 5.11), la rievocazione che segue, fa comparire stati mentali ed emotivi ambivalenti in cui alla sensazione di gravidanza cercata e positiva si associano sensazioni di ansia o solitudine e accanto ad un giudizio “positivo” del parto descrizioni di stati d’ansia, stanchezza, tristezza,

non positività emotiva e in alcuni casi, dopo approfondimento addirittura sensi di colpa per non aver avuto un parto naturale e sospetto di aver vissuto un trauma più emotivo che fisico: “...vabbè io avevo anche l’epidurale, però non è stato tanto il male, che mi aspettavo, ma nessuno ti dice che c’è una specie di tsunami emotivo...” .

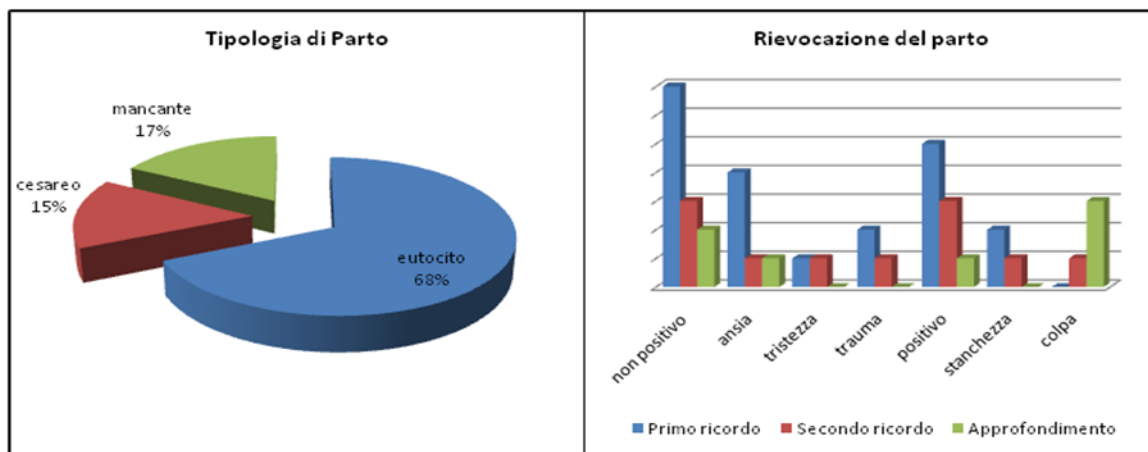


Grafico 5. 11 – Ricordo del parto

Un altro aspetto importante indagato nelle prime fasi del colloquio è la possibilità di trovare aiuto e collaborazione nella rete familiare ed amicale. Si chiede dunque alla donna chi si è dimostrato fino a questo momento un punto di riferimento importante nella gestione della quotidianità e nell’aiuto pratico e fisico sia in gravidanza che soprattutto nel primo post partum.

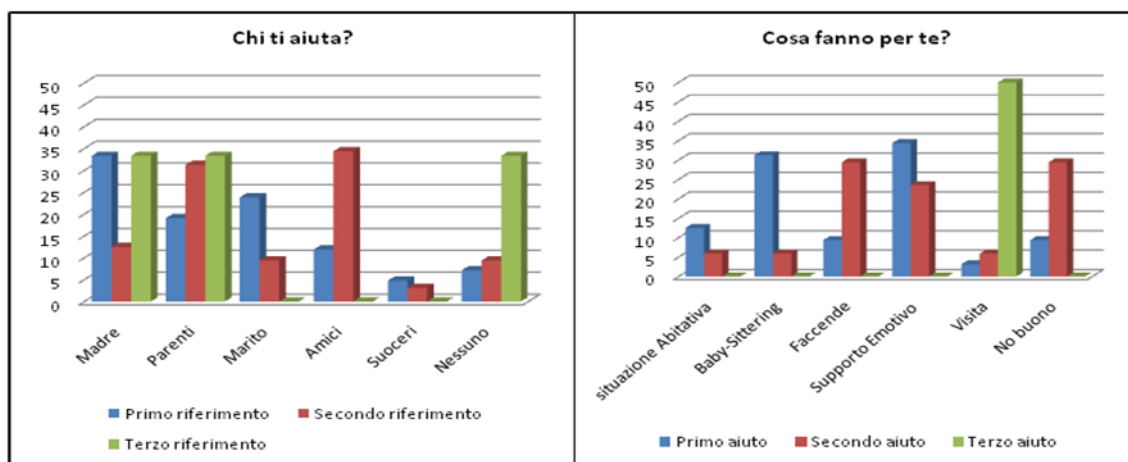


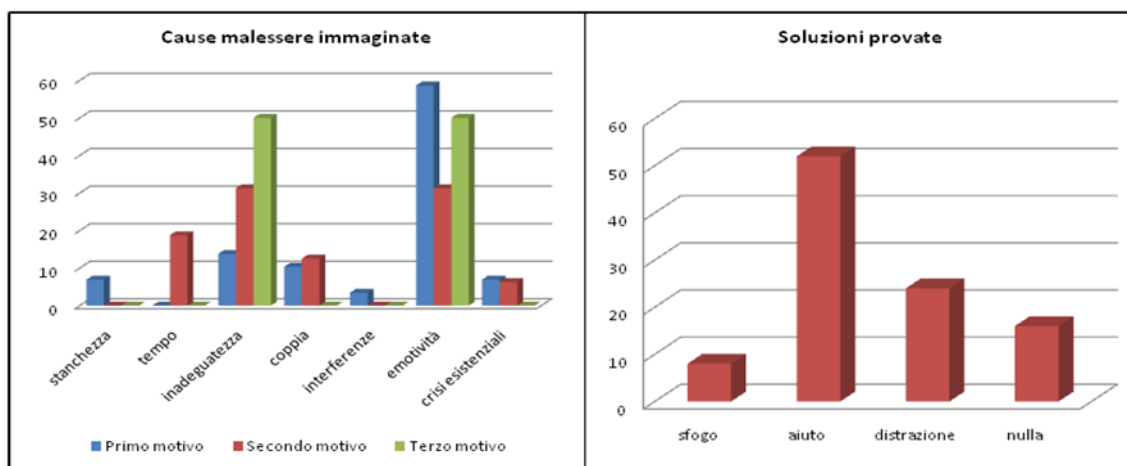
Grafico 5. 12 – Rete di supporto della madre

A partire dai risultati (Grafici 5.12), si nota come, per le future e neo mamme, la principale fonte di supporto non sia il compagno, come ci si aspetterebbe e che appare come secondo riferimento, ma la propria madre. Nelle discussioni cliniche d’equipe è stata in effetti segnalata in molti casi l’importanza di potersi confrontare durante il periodo di attesa e nei primi compiti di accudimento

con la propria mamma per trovare comprensione o incoraggiamento più dei consigli. Un dialogo in gravidanza con questa figura pare poi avere un effetto tranquillizzante nel ripercorrere la propria storia di nascita e nel condividere ansie ed aspettative dell'attesa.

Quasi sempre vengono citate due figure di riferimento, solo una persona, nel campione ne ha segnalate tre. Tolti la propria madre e il compagno, il supporto arriva maggiormente dalla famiglia di origine della donna e in qualche caso da amici della coppia. Le attività maggiormente desiderate e percepite come effettivamente utili sono il primo luogo il supporto emotivo, poi l'aiuto nell'accudimento del bambino e al terzo posto, nelle faccende di casa. Sono percepite di aiuto anche le visite a casa o le telefonate, purché avvengano sotto richiesta della donna stessa.

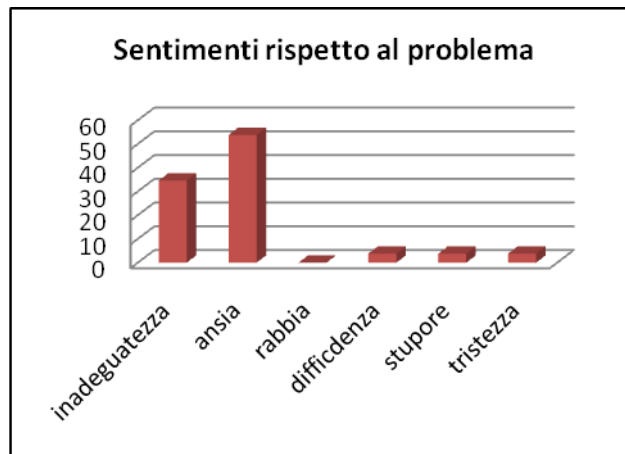
All'interno della scheda di primo colloquio, viene anche chiesto quali siano le ipotesi che la donna ha fatto riguardo *le cause del suo malessere* e quali soluzioni fino al momento della richiesta sono state provate da lei o dai suoi familiari (Grafici 5.13). Le ragioni vengono spesso identificate nello stato emotivo provato che viene percepito troppo intenso, ricco e ambivalente e nel complesso fastidioso. Le emozioni negative sono poi viste come motivo di inadeguatezza come madre, una frase che le neo madri dicono spesso in questa situazione è "se mi togliessero tutte queste emozioni starei bene e non ci sarebbe nessun problema". Solo secondariamente sono citate la stanchezza e la mancanza di tempo di per sé stesse.



**Grafico 5. 13 – Cause attribuite al malessere e Soluzioni Provate**

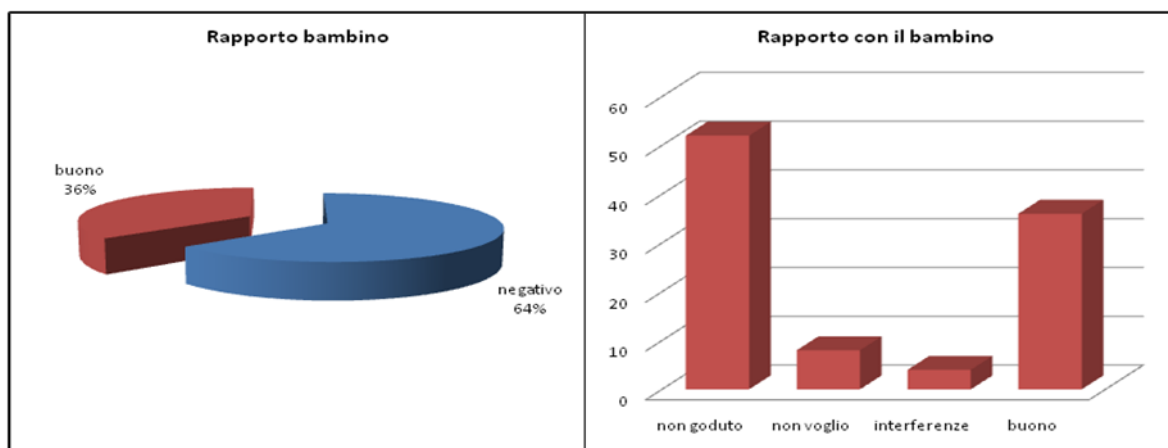
Sono poche le soluzioni provate fino al momento della presa in carico: la risposta più frequente (50%) è: "ho telefonato qui per chiedere aiuto" oppure "ho cercato in internet e ho trovato il vostro indirizzo, quindi ho scritto una mail". Raramente (6%) le madri parlano del proprio stato con il partner se non con modalità aggressive, accusandolo di non essere abbastanza presente e supportivo. La motivazione data a questo comportamento è in genere: "avevo bisogno di sfogarmi". Più spesso

tentano di distrarsi dalla propria condizione emotiva (22%), dichiarando però di sentire la fatica di tenere a bada ogni pensiero e di trattenere le lacrime in presenza di altri familiari. Il 12% dichiara di non aver fatto nulla e di essere giunte a consultazione sotto pressione del compagno o di altri familiari.



**Grafico 5. 14 – Emozioni riferite alla condizione di sofferenza**

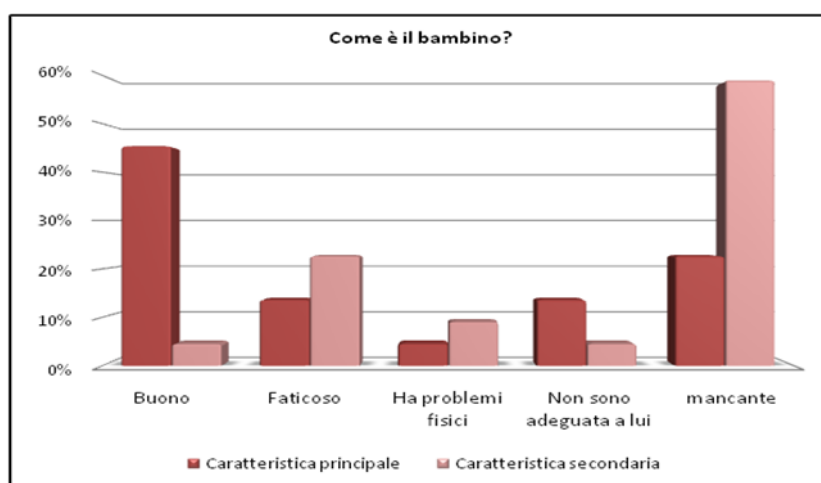
Per il fatto di stare male e per non riuscire a immaginare la soluzione del proprio stato, le donne sono *molto in allarme*, si preoccupano per le proprie capacità di curare il bambino e in qualche modo dichiarano di sentirsi “minacciose” nei suoi confronti (Grafico 5.14). Un altro fronte di preoccupazione è dato proprio dal non conoscere e non saper descrivere il proprio stato, di conseguenza, non credono di poter sentirsi meglio e guarire. Tutto questo riporta ai sentimenti di inadeguatezza spesso citati come conseguenza di altre emozioni percepite.



**Grafico 5. 15 – Descrizione del rapporto con il bambino**

Il fatto di indagare tutte le aree di interesse attraverso lo strumento della scheda di primo colloquio vuole anche essere un modo per creare una cornice di significati a sostegno dei sentimenti della donna, che sia in grado di chiarire le rappresentazioni che si stanno formando sulla sua situazione e di ridurre la confusione e il senso di disorientamento che caratterizza il periodo che stanno vivendo.

Un fattore che appesantisce tutta la sintomatologia presente è la percezione di un *rapporto difficoltoso con il bambino* (Grafici 5.15) per la maggior parte dei casi (64%), tradotto spesso dalle donne con una incapacità di goderne, sia per scarso interesse che per timore di instaurare un legame più intimo. Questa descrizione si ritrova sia in fase di gravidanza “non riesco ad interagire con lui perché sono sempre attenta ai miei pensieri e continuo ad agitarmi, quando si muove mi agito di più”, che nel post partum “dovrei pensare a lui e non preoccuparmi per me”. Questa realtà è totalmente differente da quella immaginata nel momento di scegliere di avere un bambino e pare essere attribuibile alla focalizzazione della madre sui suoi stati interni disfunzionali tipica del disagio nel post partum.

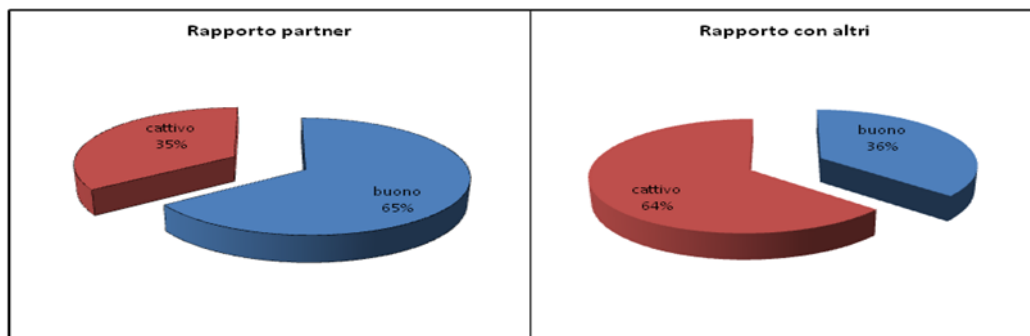


**Grafico 5. 16 – Descrizione del bambino**

Tuttavia, nessun ruolo viene dato al temperamento del *bambino* o ad eventuali problematiche date da un accudimento difficoltoso, per esempio di un bambino malato o che presenta qualche deficit cognitivo (2%). Nella descrizione di come è il proprio figlio, il giudizio che viene espresso è solo “buono” e viene generalmente seguito da frasi che ne sottolineano l’estraneità allo stato di malessere: “no, non è per lui/lei, anzi dorme e mangia non piange neanche tanto, sono io che non sopporto nulla”. L’unico aggettivo che segnala una difficoltà è “faticoso” che viene affiancato alla stanchezza fisica e alla mancanza di sonno.

In questa domanda si riscontra però una difficoltà ad ottenere una risposta complessa, infatti solitamente viene attribuito solo un aggettivo e non si riesce a risalire nel 60% dei casi nemmeno ad una seconda caratteristica del piccolo. Per questo, è un tipo di domanda che si rivela importante nell’identificazione di uno stato di difficoltà significativo, infatti, colpisce molto l’attenzione dell’interlocutore una impossibilità di rintracciare nella memoria recente di una neo mamma avvenimenti in grado di rendere un’immagine del proprio bambino, per la quantità di eventi che

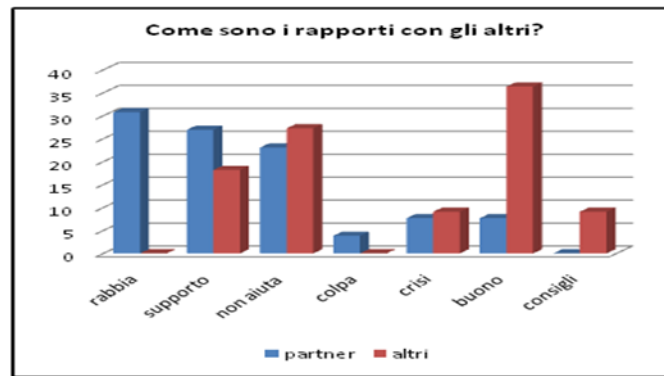
inevitabilmente costringono ad una vicinanza fisica ed emotiva e per l'attenzione che normalmente ci si aspetta venga data a tali situazioni.



**Grafico 5. 17 – Andamento dei rapporti significativi**

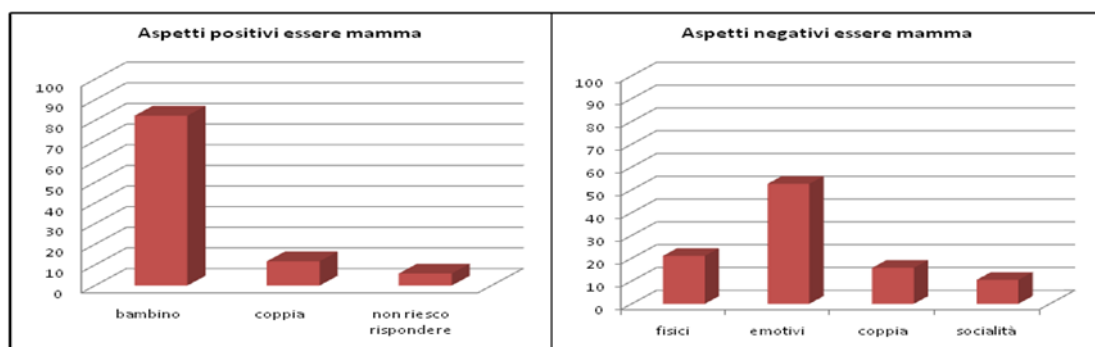
Anche il *rapporto con gli adulti significativi* risulta influenzato dall'atteggiamento ritirato e indifferente delle madri in crisi (Grafici 5.17), con una distinzione fatta in un momento iniziale dell'analisi tra il proprio partner e gli altri famigliari o amici, infatti se nel 65% dei casi il rapporto di coppia pare essere ancora buono, in percentuale simile (64%) quello con gli altri è definito negativamente.

Ad un approfondimento però (Grafico 5.18), la situazione pare peggiorare leggermente questa cornice: compaiono dei forti sentimenti negativi anche nei confronti del partner che svelano di un nucleo emotivo non esplicitato. Parlarne apertamente nella coppia infatti si immagina possa alimentare lo stato di insicurezza generale: "se glielo dico però poi lui non mi crede più, pensa che voglio attaccarlo e non che sto male e io non saprei più cosa fare se mi lascia sola con il bambino". Le emozioni più frequentemente riferite al compagno sono quelle di rabbia e di incapacità nel risultare realmente d'aiuto. Chi si sente comunque supportata dal partner rimane essere il 31%, anche se spesso, a conferma della forte ambivalenza riscontrabile durante i primi incontri, gli aspetti negativi e quelli positivi convivono nello stesso momento rivelando, più che un reale stato emotivo stabile, la tendenza narrativa delle singole donne: "ottimista" nei casi in cui prevale l'accento su quanto ancora funzionale piuttosto che "pessimista" nei casi in cui si ritrovano riferimenti maggiori ad episodi di incomprensione e scontro.



**Grafico 5. 18 – Approfondimento dei rapporti interpersonali**

Infine, in questa fase, viene indagata la rappresentazione di *sé stessa come mamma* per una prima valutazione dello stato mentale ed emotivo nell’acquisizione del nuovo ruolo (Grafici 5.19). La frequenza di risposta a tale domanda pare abbastanza alto (95%) evidenziando una riflessione già in atto prima della consultazione. La caratteristica positiva, è costituita per quasi tutte (90%) dall’ideale di famiglia che ha motivato la scelta di incominciare una gravidanza: nell’80% dei casi viene detto che il bambino è l’aspetto migliore dell’essere madre: “... insomma ora c’è lui/lei in casa ed è bello” oppure “anche se io non riesco a esserne felice è proprio bello/a il/la mio/a bambino/a, tanto che non me lo aspettavo così”. Analogamente, il 10% cita il non essere più solo una coppia o l’essere riusciti a realizzare un progetto condiviso: “... bhe’ ora siamo sul serio una famiglia, era quello che volevamo”, “mi sembra di essere comunque più vicina al mio compagno ora che abbiamo un figlio”. Solo il 10% dichiara di non saper trovare nemmeno un fattore positivo. Tra i fattori negativi, torna l’insofferenza rispetto la condizione emotiva, la stanchezza fisica, il dover ritrovare un equilibrio di coppia e una difficoltà nel ritrovare un ruolo sociale. Viene dunque riproposta la caratterizzazione del disagio fin qui esplorato: “il negativo è che non sto bene”, “insomma è come sono io”.



**Grafico 5. 19 – Descrizione della nuovo ruolo**

#### 5.5.4. -Dati da protocollo:

I valori medi riportati nella batteria di test (tabella 5.3), non segnalano livelli complessivamente patologici, anche se depressione, ansia di stato e di tratto appaiono piuttosto alti. Risultati più esplicativi risultano ad una analisi dei singoli test:

- I punteggi sopra la soglia di 18 indicata nel manuale EPDS come la più funzionale ad uno screening adeguato della popolazione, rappresentano il 46% del totale. Considerando invece la soglia di 12 che è considerata da alcuni autori la migliore nello screening di donne nei primi 6 mesi del post partum, si ottiene un sospetto di depressione per il 71% delle utenti del servizio.
- I livelli di ansia di stato patologica sono ben il 66% dei casi a segnalare uno stato di attivazione molto alto comune alle donne che giungono a consultazione.
- L'ansia di tratto, che si riferisce ad una caratteristica di atteggiamento costante nell'arco della vita e non al periodo specifico della rilevazione, riguarda il 34% del nostro campione.
- Il disturbo ossessivo compulsivo è poco presente, con un punteggio complessivo significativo per il 14% delle utenti, composto dalle sottoscale checking (3%) e clearing (6%).
- Il supporto percepito risulta in media sul valore centrale (3,5 su scala da 1 a 7) e il 26% dei casi si attesta su valori complessivi molto bassi, inferiori a 3.

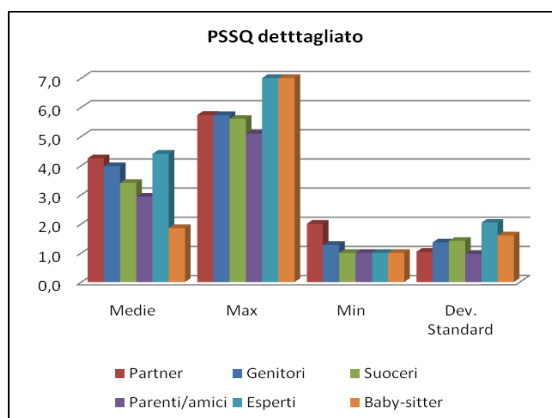
| Test                 | EPDS |    | STAI-X1  |    | STAI-X2  |    | MOCQ-R   |   | MOCQ-1   |   | MOCQ-2   |   | MOCQ-3   |   | PSSQ |    |
|----------------------|------|----|----------|----|----------|----|----------|---|----------|---|----------|---|----------|---|------|----|
| Valore Soglia        | 12   |    | 90° perc |    | 95° perc |    | 95° perc |   | 95° perc |   | 95° perc |   | 95° perc |   | 2    |    |
| <b>Medie</b>         | 15,1 |    | 89,0     |    | 79,8     |    | 45,4     |   | 44,1     |   | 36,7     |   | 59,5     |   | 3,5  |    |
| <b>Sopra soglia</b>  | Freq | %  | Freq     | %  | Freq     | %  | Freq     | % | Freq     | % | Freq     | % | Freq     | % | Freq | %  |
|                      | 25,0 | 71 | 23,0     | 66 | 4,0      | 11 | 3,0      | 9 | 0,0      | 0 | 1,0      | 3 | 2,0      | 6 | 9,0  | 26 |
| <b>Max</b>           | 27,0 |    | 100,0    |    | 99,1     |    | 99,3     |   | 92,4     |   | 99,7     |   | 96,0     |   | 5,0  |    |
| <b>Min</b>           | 2,0  |    | 17,4     |    | 36,8     |    | 0,7      |   | 7,1      |   | 5,2      |   | 18,8     |   | 1,9  |    |
| <b>Dev. Standard</b> | 6,0  |    | 13,5     |    | 16,7     |    | 31,4     |   | 26,4     |   | 32,0     |   | 25,8     |   | 0,7  |    |

Tab.5.3 – Risultati protocollo



Proprio nell'analisi dei risultati sul supporto colpisce favorevolmente i professionisti del settore perché i punteggi più alti sono attribuiti proprio gli operatori con cui la mamma entra in contatto: per quanto riguarda la fase pre-parto sono il ginecologo, l'ostetrica del consultorio, l'ostetrica che tiene il corso pre-parto e nel post partum diventano la puericultrice, il pediatra, lo psicologo, ecc... Anche se nell'intervista finale, viene sottolineato che ci sono ancora poche strutture di supporto alla genitorialità, il servizio offerto risulta dunque essere apprezzato.

Altre figure d'aiuto sono soprattutto il compagno e la propria famiglia d'origine, mentre suoceri e altri parenti o amici anche se presenti risultano poco efficaci nel risultare effettivamente un punto di riferimento. Dove è presente, anche l'aiuto della baby-sitter è ritenuto positivo dalle neo mamme.



**Grafico 5.20 – PSSQ dettagliato**

Le scale relative all'ansia, mostrano una scarsa varianza per la scala di stato, ed uno stile di risposta più differenziato nella scala per l'ansia di tratto. Per quanto riguarda i sentimenti positivi di sicurezza, tranquillità e serenità, sono leggermente più alti in quella di stato. Gli aspetti negativi come tensione nervosismo e preoccupazione, raggiungono una media di stato di 2.5 rimanendo stabili, mentre nella descrizione di ansia di tratto compare molto più alto degli altri lo stato di tensione e turbamento (4,8).

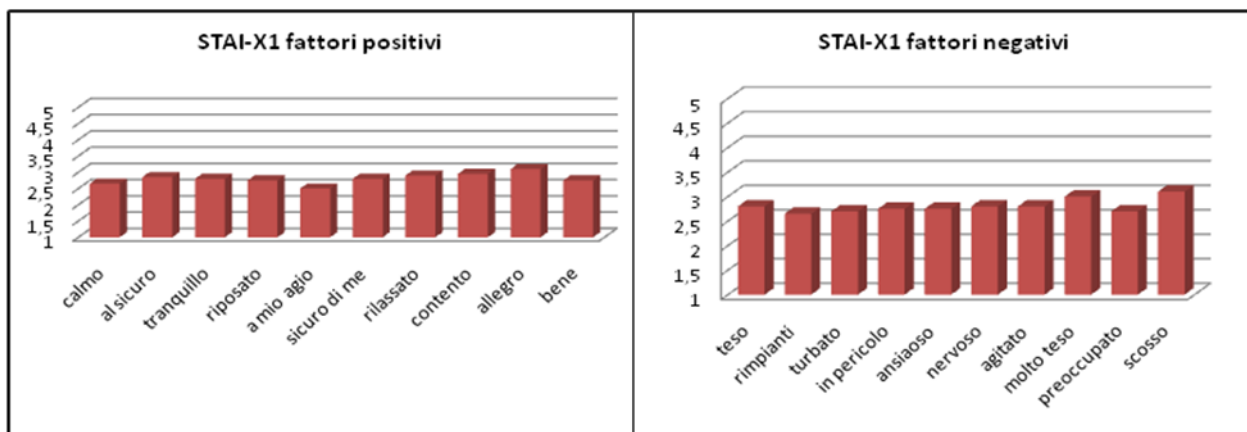


Grafico 5.21 – STAI-X1 dettagliata

Nella caratterizzazione emotiva soggettiva delle utenti del servizio, l'attivazione significativa e pervasiva che si osserva nella scala di stato, è probabilmente attribuibile alla tipicità del periodo perinatale che le donne stanno vivendo, in cui sia sentimenti positivi che negativi risultano globalmente più intensi a causa dei cambiamenti frequenti che devono affrontare. A questo però, corrisponde uno stato normale, che ha interessato tutto l'arco di vita, comunque caratterizzato da un'allerta costante di tensione e nervosismo.

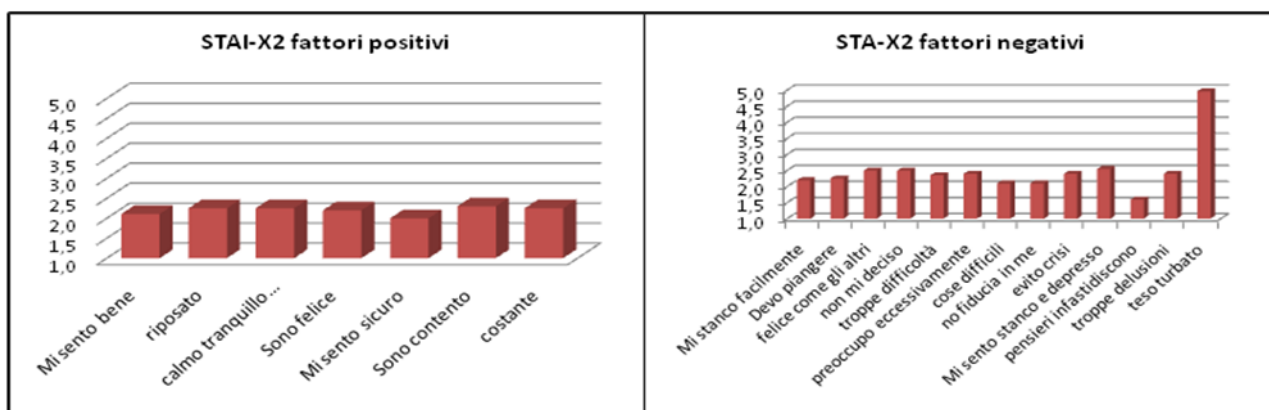


Grafico 5.22 – STAI-X2 dettagliata

Il test per la valutazione della depressione mostra le risposte più alte all'interno protocollo nel suo complesso. In particolare, il sentimento di tristezza e gli episodi di pianto incontrollato e improvviso sono citati dalla gran parte delle utenti con un'intensità significativa (4,8). Anche la sensazione di non riuscire a fronteggiare le difficoltà e i momenti di crisi, evidenzia lo stato di sofferenza e preoccupazione costanti.

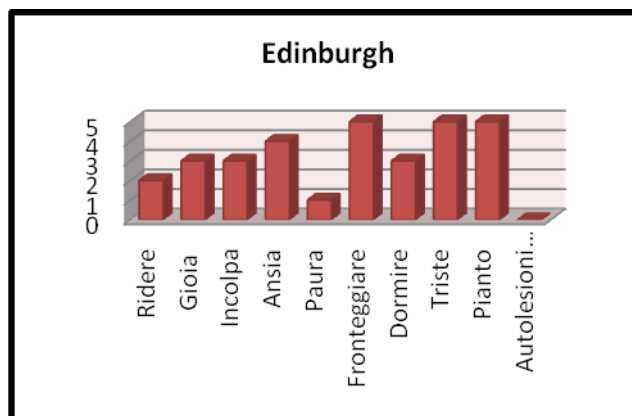


Grafico 5.23 – EPDS dettagliata

I parametri per la valutazione dell'ossessività più alti riguardano l'uso di detersivi e di detersivi eccessivi che corrispondono ad una paura di contaminazione. Anche l'aver dei dubbi sulla correttezza o meno, l'adeguatezza o meno di attività, azioni, operazioni, già svolte e controllate in precedenza sono descrittori importanti nel campione.

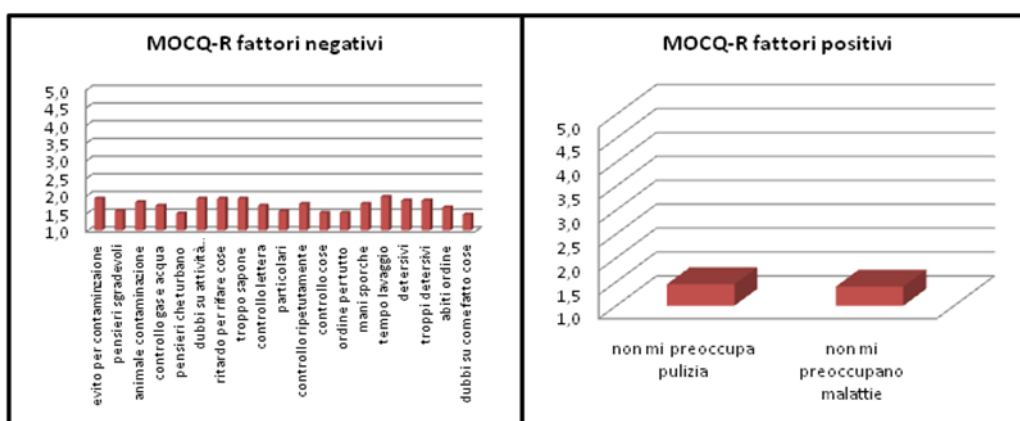


Grafico 5. 24 – MOCQ-R dettagliato

Si è ipotizzato che i *fattori di rischio* individuati nelle analisi fin qui svolte, incidessero anche sui risultati ottenuti nel protocollo di osservazione sintomatica. Per verificare quali fossero tali fattori e in quale misura fossero in grado di modificare lo stile di risposta delle utenti alla batteria è stata svolta una analisi di regressione (tab. 5.4):

- livelli di significatività più alti si trovano per la variabile “nazionalità” che risulta discriminante per i test di ansia di tratto, depressione, supporto sociale percepito.
- Anche la variabile “problemi di coppia” corrisponde ad uno stato di ansia più alto nella scala di stato ma non in quella di tratto.

L'essere straniera predispone dunque ad una maggiore vulnerabilità sia per gli stati d'ansia che per quelli della depressione. Il fatto di non avere legami con la famiglia di origine stabili e sfruttabili nella quotidianità è probabilmente la ragione di valori di supporto sociale scarso.

Non si rilevano invece, a differenza dalle aspettative dettate dalla letteratura di riferimento, influenze del trovarsi in una situazione abitativa precaria, l'aver subito lutti importanti nel periodo di gravidanza e primo post partum, l'aver avuto contatti psichiatrici precedenti o l'essere alla prima gravidanza.

Le cause della situazione di sofferenza anche se diverse non caratterizzano in maniera importante evoluzioni di disagio più o meno grave, con l'unica eccezione fatta per l'essere straniera nel paese in cui si affrontano gravidanza, parto e periodo perinatale.

|  | STAI-X1     | STAI-X2     | EPDS        | PSSQ        | MOCQ-R |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| <b>Nazionalità</b>                     |             |             |             |             |        |
| t test                                 | -1,25       | 2,41        | -2,07       | 2,04        | -0,62  |
| p.(t)                                  | 0,23        | <b>0,03</b> | <b>0,05</b> | <b>0,06</b> | 0,54   |
| media ita                              | -3,64       | -3,26       | 12,56       | 3,63        | 5,88   |
| media stra                             | -3,58       | -3,89       | 19,25       | 2,82        | 7,50   |
| <b>Situazione abitativa</b>            |             |             |             |             |        |
| t test                                 | -0,80       | 0,82        | -0,03       | 0,64        | 1,40   |
| p.(t)                                  | 0,44        | 0,42        | 0,98        | 0,53        | 0,18   |
| media stabile                          | -3,65       | -3,24       | 13,83       | 3,64        | 8,33   |
| media instabile                        | -3,62       | -3,45       | 13,93       | 3,39        | 5,29   |
| <b>Contatti psicologici precedenti</b> |             |             |             |             |        |
| t test                                 | 1,00        | -0,57       | -0,44       | -0,90       | -1,06  |
| p.(t)                                  | 0,33        | 0,58        | 0,66        | 0,38        | 0,30   |
| media no                               | -3,60       | -3,47       | 13,13       | 3,28        | 4,88   |
| media sì                               | -3,64       | -3,33       | 14,42       | 3,59        | 7,08   |
| <b>Problemi di coppia</b>              |             |             |             |             |        |
| t test                                 | 2,20        | 0,56        | 0,09        | 0,23        | -1,14  |
| p.(t)                                  | <b>0,04</b> | 0,59        | 0,93        | 0,82        | 0,27   |
| media no                               | -3,59       | -3,33       | 14,00       | 3,50        | 5,25   |
| media sì                               | -3,67       | -3,47       | 13,75       | 3,42        | 7,63   |
| <b>Primo figlio</b>                    |             |             |             |             |        |
| t test                                 | -0,49       | -0,55       | -1,11       | 0,35        | -0,35  |
| p.(t)                                  | 0,63        | 0,59        | 0,28        | 0,73        | 0,73   |
| media no                               | -3,64       | -3,47       | 12,00       | 3,54        | 5,75   |
| media sì                               | -3,62       | -3,33       | 15,17       | 3,42        | 6,50   |
| <b>Presenza di lutti</b>               |             |             |             |             |        |
| t test                                 | 0,36        | 1,27        | -1,15       | 0,33        | -1,00  |
| p.(t)                                  | 0,72        | 0,22        | 0,27        | 0,74        | 0,33   |
| media no                               | -3,62       | -3,25       | 12,45       | 3,52        | 5,27   |
| media sì                               | -3,63       | -3,55       | 15,67       | 3,40        | 7,33   |

Tab. 5. 4 – Analisi incidenza fattori di rischio

Per quanto riguarda l'andamento dei *fattori protettivi* (tab 5.5), il vivere in seno alla propria famiglia acquisita aumenta significativamente la percezione del supporto, soprattutto quello ricevuto da parte del partner e degli esperti del settore materno.

La presenza in casa del padre del proprio figlio può facilitare la gestione delle quotidiane incombenze inerenti all'accudimento del neonato e aumentare, di conseguenza, la possibilità della donna di trovare tempo ed energie per rivolgersi ad altre figure professionali di supporto. Inoltre, sembra che l'utenza che vive da sola o convive con la propria famiglia di origine si avvalga maggiormente dell'ausilio di una baby-sitter.

L'assenza di lutti genitoriali inoltre, sembra ben disporre le neomamme a ricevere supporto anche dall'entourage familiare del proprio partner.

Per quanto riguarda la capacità di chiedere aiuto alla rete di supporto sociale, le neomamme del nostro campione che non esercitano un'attività lavorativa sembrano trarre maggiore giovamento dal supporto dei suoceri rispetto alle mamme lavoratrici.

L'utenza multipara ha ottenuto, invece, punteggi mediamente maggiori nelle sottoscale del PSSQ relative al supporto proveniente dai parenti/amici e dagli esperti: una maggiore competenza nel campo della maternità, dovuta, per esempio, ad una storia di gravidanze precedenti, può rendere la mamma maggiormente abile nel fruire efficacemente e tempestivamente del supporto proveniente da risorse sociali di tipo amicale e professionale.

Il periodo di accesso al servizio varia i punteggi ottenuti al PSSQ nelle risposte rivolte ai propri genitori: prima del parto, i valori dichiarati sono significativamente maggiori rispetto a quelli raccolti in una fase successiva.

Sempre questa voce del PSSQ ottiene risultati maggiori in donne con status socio-economico più alto che sembrano più apprezzare l'aiuto morale dei genitori in assenza di preoccupazioni finanziarie.

**Tab. 5.5 – Analisi fattori protettivi**

| Collocazione socio-ambientale | Da solo |      | Famiglia di origine |      | Famiglia acquisita |      | F-value |
|-------------------------------|---------|------|---------------------|------|--------------------|------|---------|
|                               | Media   | DS   | Media               | DS   | Media              | DS   |         |
| PSSQ (media)                  | 2,40    | 0,42 | 3,60                | 0,00 | 3,54               | 0,67 | 0,081*  |

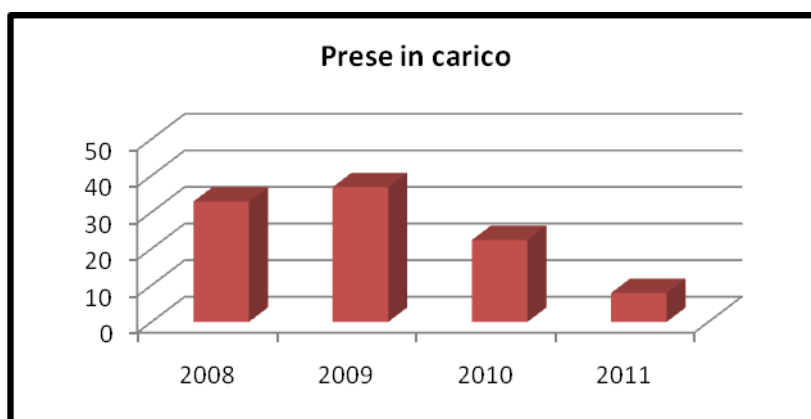
|                    |      |      |      |      |      |      |        |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|--------|
| PSSQ (partner)     | 1,75 | 1,06 | 3,00 | 0,00 | 4,39 | 0,87 | <0,001 |
| PSSQ (esperti)     | 2,00 | 1,41 | 1,00 | 0,00 | 4,52 | 1,91 | 0,056  |
| PSSQ (baby-sitter) | 2,00 | 1,41 | 6,00 | 0,00 | 1,84 | 1,55 | 0,042  |

| Lutti genitoriali      | Entrambi genitori |      |             |      | Un solo genitore |      | F-value |
|------------------------|-------------------|------|-------------|------|------------------|------|---------|
|                        | Media             | DS   | Media       | DS   | Media            | DS   |         |
| PSSQ (media)           | 3,6               | 0,6  | 2,9         | 0,5  |                  |      | 0,008   |
| PSSQ (partner)         | 3,3               | 1,3  | 2,2         | 1,1  |                  |      | <0,046  |
| Occupazione            | sì                |      |             |      | no               |      |         |
|                        | Media             | DS   | Media       | DS   |                  |      | F-value |
| PSSQ suoceri           | 2,84              | 1,24 | 4,00        | 1,70 |                  |      | 0,060   |
| N° gravidanza          | Primipara         |      | Multipara   |      | Senza figli      |      |         |
|                        | Media             | DS   | Media       | DS   | Media            | DS   | F-value |
| PSSQ (genitori)        | 4,50              | 1,19 | 3,71        | 1,76 | 1,40             | 0,00 | 0,056   |
| PSSQ (parenti/amici)   | 3,07              | 0,88 | 3,50        | 1,01 | 1,00             | 0,00 | 0,040   |
| PSSQ (esperti)         | 3,77              | 1,95 | 5,45        | 1,69 | 2,00             | 0,00 | 0,036   |
| Periodo consultazione  | Pre parto         |      | Post partum |      |                  |      |         |
|                        | Media             | DS   | Media       | DS   | F-value          |      |         |
| PSSQ (media)           | 3,95              | 0,31 | 3,37        | 0,72 | 0,064*           |      |         |
| PSSQ (genitori)        | 5,20              | 0,59 | 3,93        | 1,53 | 0,056*           |      |         |
| Status socio-economico | Basso             |      | Medio       |      | Alto             |      |         |
|                        | Media             | DS   | Media       | DS   | Media            | DS   |         |
| PSSQ (genitori)        | 0,86              | 0,82 | 0,21        | 0,36 | 5,18             | 0,98 | 0,040   |
|                        |                   |      |             |      |                  |      |         |

### 5.5.5. - Dati sul servizio: attività e risultati

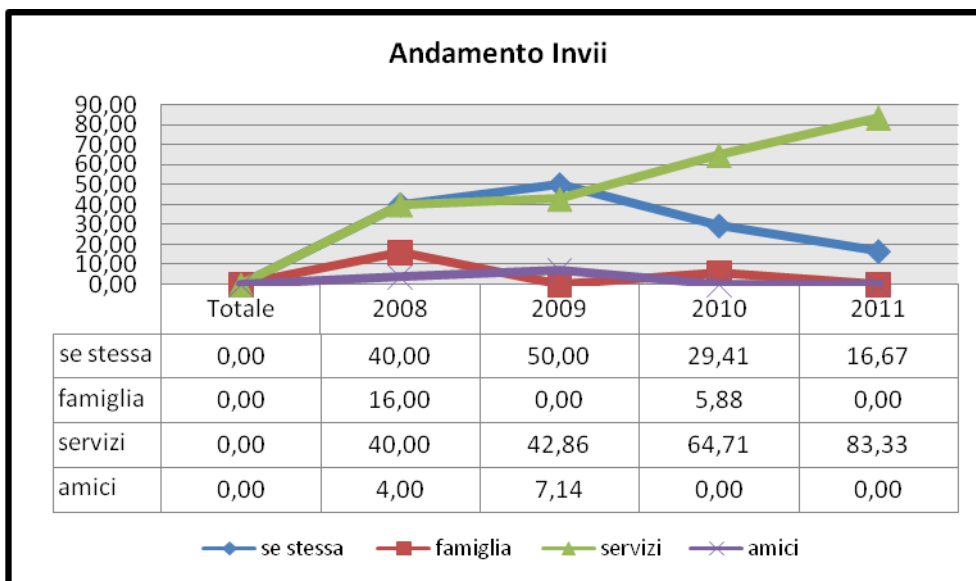
Andamento attività clinica:

A partire dall'apertura, fino al mese di maggio 2011, 76 colloqui hanno portato alla presa in carico presso il servizio. I percorsi intrapresi (Grafico 5.25) sono stati 25 nel 2008, 28 nel 2009, 15 nel 2010 e 8 da gennaio ad aprile 2011. Il calo rilevato negli ultimi 2 anni è dovuto soprattutto alla sospensione dei gruppi per le mamme con bambini da 1 a 3 anni per mancanza di richieste, ma anche ad una minore pubblicizzazione del servizio, a partire dal trasferimento di sede, rivolta direttamente alle mamme a favore di una pubblicizzazione presso i servizi invianti. Si può infatti osservare nel Grafico 5.26 come, negli ultimi due anni, sono aumentati gli invii presso lo sportello da parte della rete di assistenza, sia privata che pubblica locale. Questo perché si è pensato di favorire la crescita in rete del servizio per poter operare maggiormente in linea con gli obiettivi dichiarati dall'Associazione Panda che si pone come strumento di trattamento e prevenzione e come collegamento tra servizi nella promozione di un intervento multidisciplinare.



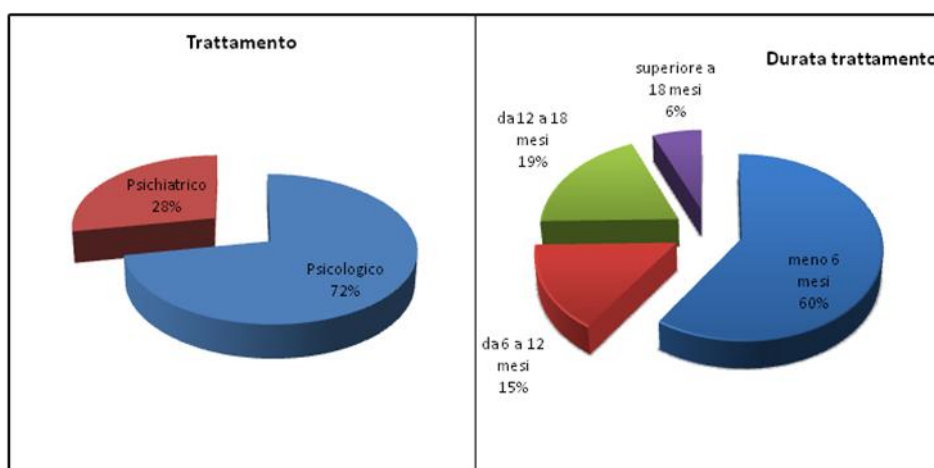
**Grafico 5. 25 – Andamento delle prese in carico per anno**

Questa scelta ha dato buoni risultati, con un incremento di invii specialistici sul totale, costantemente in crescita (+2,86 nel 2009, +21,85 nel 2010, + 18,63 nel 2011) ma ha progressivamente portato ad una perdita di auto-invii (+ 10 nel 2009, -20,59 nel 2010, -12,75 nel 2011). Questo dato ha dunque spinto l'equipe a riprendere anche una pubblicizzazione rivolta alla popolazione a partire da giugno 2011.



**Grafico 5. 26 – Andamento invii per anno**

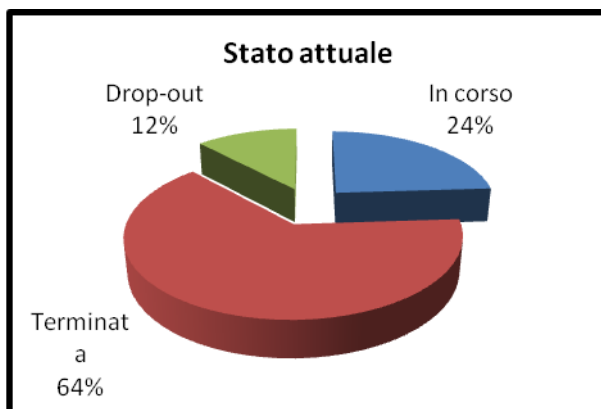
Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi (Grafico 5.27), il consulto psicologico è stato il più utilizzato (72%) con una durata media di trattamento di 6 mesi. Durata media simile anche per il trattamento psichiatrico (7 mesi) utilizzato nel 28% dei casi, tuttavia considerando il campione totale, la deviazione standard che indica la variabilità di durata nei diversi percorsi è abbastanza alta (7 mesi). Confrontando i dati relativi alle diagnosi con la tipologia di trattamento, si ritrova un doppio invio, sia ad operatori di formazione psicologica che a specialisti psichiatri, più frequentemente quando la sofferenza psicologica lamentata dalle pazienti prevedesse una componente ansiosa (diagnosi di disturbo misto ansioso-depressivo e disturbo d'ansia tout court) o quando il clinico ha giudicato il disagio psicologico della paziente come un disturbo dell'adattamento in risposta al parto come fattore stressante. Sono stati, invece, affrontati unicamente con una psicoterapia i disturbi dell'umore nell'86% dei casi, mentre i disturbi di personalità e quelli alimentari nella totalità delle situazioni.



**Grafico 5. 27 – Caratteristiche intervento**

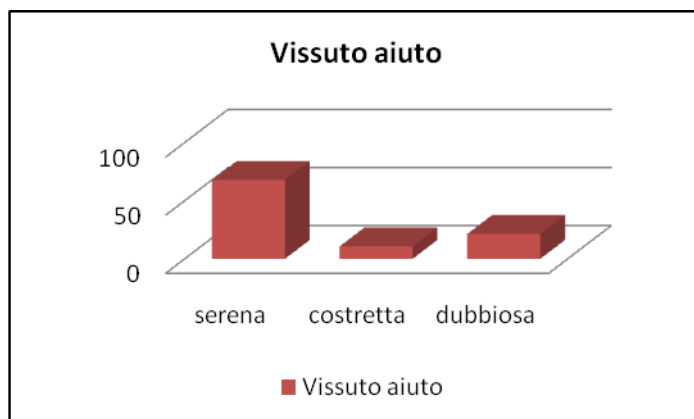


Attualmente (Grafico 5.28) sono in carico 18 pazienti, con una frequenza di colloqui per più della metà dei casi settimanale, nel restante 20% dei casi, bisettimanale. In tre anni abbiamo avuto una frequenza di drop-out del 12% dovuto a cambiamenti di vita delle pazienti e in due a casi ad abbandono della terapia dopo un cambio del terapeuta. Nella maggior parte dei casi, le neo madri si rivolgono al nostro servizio in una fase del post partum (76%) e in genere al primo figlio (80%).



**Grafico 5. 28 – Stato attuale terapie presso ambulatorio**

Quasi tutti i primi colloqui (96%) hanno portato ad una presa in carico presso il servizio, ottenendo dunque un buon livello di adesione al percorso proposto e un aggancio clinico efficace. Tuttavia, alla domanda “come si sente ad iniziare questo percorso?” in circa un terzo dei casi compaiono delle incertezze o sentimenti negativi. Meno del 10% dichiara di essere “costretta” dalle pressioni familiari o dalla condizione di sofferenza stessa a fare di tutto per curarsi e tornare alla propria routine domestica, circa il 20% invece si dimostra dubbiosa rispetto le proprie capacità di trovare una soluzione oppure incerta delle reali potenzialità di una terapia psicologica e psichiatrica. La maggior parte delle utenti però dichiara di sentirsi serena e finalmente supportata nel condividere con un professionista i propri pensieri e le proprie inquietudini.



**Grafico 5. 29 – Sentimenti legati alla presa in carico**

Pur non avendo modo di fornire attualmente dei dati di valutazione significativi ed attendibili per il numero esiguo di interviste di fine percorso somministrate, di seguito un breve commento sulle impressioni ricavate fino ad ora.

Le interviste, segnalano globalmente una buona soddisfazione per il servizio offerto, e in particolare vengono segnalati come punti di forza dell'intervento, la possibilità di affiancare in modo costante o nel momento di crisi maggiore una terapia farmacologica e psichiatrica al consulto psicologico, la disponibilità a fissare gli incontri secondo le esigenze di accudimento pur trattandosi di un servizio ospedaliero, l'essere seguiti sempre dallo stesso professionista.

Per facilitare l'emergere delle tematiche affrontate in terapie e le aree che hanno risentito di un cambiamento durante e dopo il trattamento, è stata predisposta una griglia con alcuni input possibili (fig. 5.5) che viene compilata dalle mamme durante l'intervista e rappresenta un sostegno alla discussione che poi viene consegnato alla mamma stessa per aver modo di ricordare i momenti più significativi e le strategie elaborate all'interno del colloquio clinico.

Nell'indicare le aree in cui si è riscontrato un cambiamento maggiore, la tematica dei rapporti interpersonali è citata in quasi tutti i casi (5), seguita da immagine di sé (4) e da labilità emotività (3):

- **Rapporti:** Il rapporto con il bambino è quello che sembra migliorare maggiormente con una capacità crescente di individuare le sue esigenze e rispondervi in maniera adeguata, una piacevolezza nell'accudimento che limita i sentimenti di affaticamento e inadeguatezza provati e stimola un contatto fisico più affettuoso. In due casi anche il rapporto con il partner e la famiglia di origine risultano essere stati di centrale importanza, secondo il giudizio delle utenti, nel determinare un miglioramento terapeutico. La comunicazione dei propri sentimenti e pensieri risulta ora più fluida e non porta più a comunicazioni aggressive.
- **Immagine di sé:** La sensazione di riuscire a padroneggiare meglio i compiti materni predispone ad una minor incertezza e paura nell'affrontare i compiti futuri. Due mamme hanno espresso di sentirsi "come tutte le altre, insomma non sono certo la peggior mamma che gli poteva capitare, e come tutte ci provo", ponendo l'accento sulla capacità di tollerare possibili fallimenti e di non sentire più il bisogno di affidare il bambino ad altri per la paura di non essere in grado di accudirlo. A questo proposito, un esempio portato a sostegno della narrativa soggettiva ed emotiva ha segnalato un cambiamento notevole nell'atteggiamento della mamma: "prima non gli cambiavo

neanche il pannolino, ora sono io che l'ho svezzato e il mio compagno credo non sappia preparargli nemmeno la pappa. Mi diverto io a farlo e lui mentre mangia, anche se si sporca tutto, ride, mi guarda e ride, allora vorrà dire che va bene e rido anch'io, pulirò dopo”.

- Anche se preoccupazioni temporanee persistono, non risultano invalidanti nella vita sociale e lavorativa e non sono motivo di crisi emotive. Rimane una sensibilità ai cambiamenti e momenti di transizione in generale con attivazioni ansiose di lieve entità che però vengono attribuite al proprio funzionamento cognitivo ed emotivo e vengono condivise con il compagno o con la rete amicale, trovando nella maggior parte dei casi risoluzione in tempi brevi.

Solo un utente non segnala alcun cambiamento percepito, dichiarandosi scarsamente soddisfatta dell'intervento ma sollevata per una diminuzione della sintomatologia depressiva. Per gli operatori dell'equipe, non è stato un dato sorprendente, in quanto in questo caso, a partire da una diagnosi molto grave di disturbo della personalità con i maggiori livelli di depressione riscontrati nel campione, sono stati attivati diversi servizi cercando di sostenere una capacità genitoriale scarsa e tutelando dunque sia il minore che la paziente stessa: è stata proposta una psicoterapia che però non ha ottenuto una adesione sufficiente agli incontri proposti, una terapia farmacologica che invece è stata seguita correttamente anche grazie ad un controllo familiare ed un intervento volto a stabilire una rete di supporto con collaborazione dei servizi sociali di zona e il coinvolgimento del partner nell'impostazione quotidiana domestica familiare.



Fig. 5. 5 – Mappa dei possibili cambiamenti percepiti suddivisi per aree tematiche

### 5.6. Discussione dei risultati:

Rispetto agli obiettivi di ricerca, sono stati ottenuti dati interessanti rispetto la caratterizzazione del disagio post partum dal punto di vista epidemiologico, sono stati raccolti i profili di sofferenza che caratterizzano il vissuto soggettivo emotivo e cognitivo delle madri in difficoltà e si sta iniziando a strutturare la fase di valutazione sintomatologica con confronto pre e post intervento e la valutazione della soddisfazione rispetto l'intervento.

Questi dati, nel complesso confermano solo in parte la letteratura specifica sul tema e dove non sono in linea con le aspettative iniziali, rappresentano un punto di partenza per sviluppare nuove ipotesi di approfondimento.

Dal punto di vista epidemiologico, il dato che risulta maggiormente inaspettato riguarda la descrizione anagrafica dell'utenza media del servizio: ci si aspettava una prevalenza di donne single, alla prima esperienza di genitorialità, con scarso supporto sociale e possibilità economiche svantaggiate, di giovane età con scarsa formazione scolastica (Dennis, 2005 e Stewart, 2006). Tale immagine racchiude anche una distribuzione significativa dei fattori di rischio (Milgrom, 2009) all'interno della stessa situazione. Non è così nel nostro campione di riferimento, dove l'età media si

attesta intorno ai 34 anni, la situazione lavorativa appare tutt'altro che precaria con una formazione scolastica e professionale medio-alta e dal punto di vista affettivo si rileva una stabilità abitativa e di coppia. In prevalenza le utenti sono italiane e la famiglia di origine è disponibile a fornire un aiuto pratico nel periodo perinatale.

Tuttavia, associazioni di due o tre fattori di rischio si sono rilevati determinanti nelle singole situazioni di disagio: l'essere alla prima gravidanza se associato ad una situazione di immigrazione risulta essere motivo di scarso supporto sociale e di una emotività caratterizzata da tristezza e solitudine. Anche l'essere single o l'aver affrontato durante la gravidanza o in un periodo precedente di 6 mesi la morte di un genitore sono fattori che presenti in associazione alla mancanza di esperienza rappresentano una criticità importante.

Secondo la valutazione di protocollo, l'essere straniera è fattore di vulnerabilità e di aggravamento sia per sintomatologie depressive che ansiose e si associa ad una scarsa percezione di supporto sociale. Una problematicità nel rapporto di coppia sottende poi stati di agitazione ed una scarsa percezione di supporto che influiscono sulla sintomatologia ansiosa.

Si conferma anche nella nostra rilevazione, che l'aver avuto episodi pregressi di sofferenza psicologica o psichiatrica rappresenta un fattore di vulnerabilità importante con una probabilità maggiore di sviluppare nuovamente sintomatologie ansiose o depressive negli ultimi mesi della gravidanza e nel primo post partum (Ontai et al, 2008). Soprattutto le donne che arrivano a consultazione su invio di servizi di zona presentano una storia precedente di attacchi di panico o episodi depressivi maggiori associata al riacutizzarsi di tali sintomi nell'ultimo trimestre di gravidanza.

Dal punto di vista diagnostico, è confermato che le tipologie di sofferenza più diffusa associata alla maternità sono le sintomatologie ansiose e quella depressiva (guide line -National Health and Medical Research Council-, 2000), con una percentuale nel nostro caso rilevante di sintomatologie miste ansioso-depressive. Si rilevano poi disturbi di adattamento dati da una difficoltosa reazione e organizzazione della quotidianità a fronte dei numerosi cambiamenti da affrontare. Alcuni casi più gravi, quali i disturbi di personalità, sono meno diffusi ma raggiungono comunque un percentuale significativa (8%) evidenziando la prevalenza di un'utenza che richiede un'attenzione e un trattamento clinicamente impegnativo con un'impostazione multidisciplinare. Anche per questa ragione, il servizio nostro oggetto di indagine, ha deciso di affidare i primi colloqui allo psicoterapeuta responsabile in modo da ottenere una valutazione diagnostica accurata da parte di una professionalità specializzata.

Nella raccolta delle caratterizzazioni soggettive del disagio, attraverso l'analisi delle principali tematiche oggetto di sofferenza e trattamento, abbiamo ritrovato ciò che la letteratura di riferimento indica come caratteristiche del periodo perinatale. Il nostro approfondimento ha trovato dei legami tra i diversi argomenti e livelli che formano il vissuto soggettivo di ogni donna.

Come da aspettative iniziali, abbiamo trovato che in ogni fase del trattamento, ciò che le donne indicano come tematica principale è la gestione dell'intensità e dell'ambivalenza emotiva che segna in maniera particolare ogni fase dell'acquisizione della maternità (Wijma, 2009): a partire dal desiderio di avere un bambino che vede l'emergere di sentimenti di tenerezza e realizzazione ma anche di paura, nel parto e nel primo accudimento si sviluppano momenti di forti insicurezze, dubbi, gioie, paure e scontri. Nel clima che caratterizza la nascita ricco di eventi in rapida successione, il dover affrontare compiti importanti e urgenti quali sono le operazioni di cura del neonato diventa molto impegnativo aggiungendo a questo carico emotivo sensazioni fisiche di stanchezza.

Il ruolo di genitore poi, aumenta la frequenza ed intensità delle emozioni legate all'accudimento (O'Connor et al., 2003): la preoccupazione per quanto può accadere e nuocere al bambino o al sistema familiare nel complesso aumenta e si lega a tentativi di prevedere eventi negativi e attuare delle operazioni difensive a volte esasperate o messe in atto nell'evitamento di situazioni non modificabili come ad esempio evitare incidenti al proprio compagno. Per questo le ragioni e la tipologia dei pensieri e delle azioni compiute in questo senso sembrano legate a "riti" che ricordano di più la scaramanzia che un pericolo reale.

Un approfondimento dell'aspetto cognitivo, ha fatto emergere che le ragioni attribuite a tali sensazioni vengono spesso ritrovate in una incapacità gestionale del bambino oppure ad una inadeguatezza come madre. Nel confronto con altre donne, ci si trova mancanti questo causa un riacutizzarsi di tristezza e rabbia. Riconoscere e distinguere l'emergere di ogni stato particolare d'umore può aiutare a dare un significato al modo in cui ci senti diverso e più legato alla realtà dei fatti in maniera coerente con quanto si deve affrontare quotidianamente.

Altri pensieri che si ritrovano frequentemente sono legati al futuro immaginato per sé e per il bambino che però risultano fortemente influenzati dal tipo di attività compiute nel presente. Ad esempio si può pensare che non passerà mai il senso di stanchezza con la conseguente mancanza di concentrazione e di sicurezza nel compiere attività che prima della gravidanza venivano percepite come abituali. Oppure ci si può preoccupare di non essere più in grado di ritrovare la facilità a stabilire legami sociali per la mancanza di tempo da dedicare a familiari ed amici o ad attività di svago. Anche il

tempo da dedicare a sé stesse viene visto come impossibile da recuperare e il fatto di volerne ancora per potersi rilassare e distrarre viene visto inizialmente come un'altra prova di incapacità materna.

Spesso dunque, questo argomento viene affrontato solo dopo un invito del terapeuta e una rassicurazione sulla normalità di tali sensazioni e solo dopo aver discusso precedentemente dell'adeguatezza dei gesti effettuati nei confronti del neonato come madre. Questo risultato si ottiene anche portando nella discussione clinica, storie di allattamento, di gestione del momento del bagnetto, dell'addormentamento, ecc. che non seguono una normalità e facilità presentate nei corsi pre parto o nei manuali per la gravidanza ma che trovano nel tempo e procedendo per errori e tentativi diversi, modalità più specifiche ed efficaci nella particolare coppia madre-bambino, più apprezzate dal bambino stesso. Tali esempi vengono trovati o nella produzione artistica letteraria, cinematografica oppure nell'esperienza di altre madri che hanno partecipato a corsi post partum condividendo difficoltà, sensazioni di smarrimento e paura ma anche capacità di reazione e di messa in atto di strategie alternative.

L'altro aspetto importante è lo stato e l'andamento delle relazioni significative. Tale fattore può essere in un caso, il motivo di attivazioni di tristezza, solitudine e rabbia, nell'altro un punto di supporto fonte di fiducia in sé stesse e nel prossimo, di conforto nella riduzione e risoluzione degli aspetti più critici (Thorp et al, 2004). In genere, al momento della presa in carico, non vengono citati episodi di crisi coniugale o aspetti problematici nella relazione con la famiglia di origine, i suoceri o con il gruppo di riferimento amicale. Tutto il malessere è auto-riferito, come a concentrare forzatamente l'attenzione propria e degli altri su di sé attraverso le dichiarazioni di disperazione e incapacità. L'aiuto che le donne vogliono ottenere in questa fase è spesso richiesto esasperando la componente emotiva e rendendola costante nell'arco della giornata, totalizzante nella propria quotidianità e nella propria mente. Non appaiono spesso in grado di rintracciare episodi positivi di relazione o viceversa di scontro a prescindere dal proprio stato.

La narrativa che contraddistingue questi racconti ha pochi soggetti coinvolti, spesso nemmeno il bambino viene citato, è scarna e piena di riferimenti all'impossibilità di cambiare una situazione che non si desiderava né immaginava in questo modo così faticoso e negativo per sé. Questo aspetto è attribuito in letteratura (Saita et al. 2009) alla depressione post partum che limita le capacità cognitive, meta cognitive, riflessive e di astrazione che permetterebbero di svincolarsi dal proprio punto di vista e osservare le situazioni da diverse prospettive. Nella nostra indagine è stato riscontrato in maniera forte nei casi di depressione ma in maniera più frammentata o lieve anche nei disturbi d'ansia e in modo incostante ed intenso nei disturbi di personalità.

Per queste ragioni, il lavoro sul supporto e sviluppo della competenza genitoriale che certamente viene affrontato nel trattamento delle neo madri in difficoltà esplicita il bisogno crescente di un'attenzione da rivolgere anche ai partner in un'ottica co-genitoriale (McHale, 2010) che valorizzi e integri le capacità e funzioni specifiche di ognuno in modo da aumentare il grado di condivisione di responsabilità e autorità all'interno della coppia genitoriale. Questo fattore può aumentare la percezione del supporto sociale della madre e diventare così un fattore protettivo e di cambiamento.

Anche il rapporto con il neonato risente di tali difficoltà (Murray, 2006) alle quali si aggiunge il non riuscire ad ammettere aspetti negativi dell'esperienza di maternità: la descrizione delle sue caratteristiche fisiche e caratteriali è molto ridotta, in genere limitata ad un buono e bello, qualche volta bellissimo o più bello di quanto immaginassi; in ogni caso mai riferita ad abitudini, preferenze, emozioni, manifestati dal bambino stesso. Ad esempio non viene mai detto dalle madri "che caratteraccio..." mai citato un episodio in cui il temperamento del bambino si è rivelato di difficile gestione, una tendenza alla protesta che renda difficile l'assunzione dei pasti, una fame talmente vorace che costringe ad un allattamento a richiesta con frequenze di poppata difficili da sostenere fisicamente. Non appaiono nemmeno momenti di vicinanza emotiva o fisica (Crittenden, 2004), le coliche o la risata vengono descritte con lo stesso stile analitico procedendo per eventi senza far intravedere aspetti di partecipazione e condivisione. La vicinanza fisica viene vista in parte come una forzatura non essendo coscienti di un'attivazione emotiva derivante dalla relazione stessa e il momento dell'allattamento diventa così un'azione meccanica ripetuta e stressante nel momento in cui diventa fonte di stanchezza.

Con un approfondimento di indagine dei momenti di relazione mamma-bambino si osserva gradualmente il crescere del desiderio di avere un'interazione positiva e potenzialmente formativa per il bambino: a partire da un senso di colpa per l'incapacità di sostenere la relazione, si passa alla focalizzazione dei momenti in cui si desidererebbe una condivisione di stato positivo per poi arrivare alla prova di attività piacevole svolta con il bambino e all'analisi delle reazioni comportamentali ed emotive nelle madri. Non è detto che tali reazioni siano sempre positive, almeno in un primo momento, specie se fanno comparire delle paure o criticità fino a quel momento non evidenti.

Nel caso di difficoltà specifiche come il momento della pappa e della nanna, compaiono in questa fase delle difficoltà proprie della madre riferibili al momento del pasto e dell'addormento, sviluppate nel corso della vita, come ad esempio la difficoltà a stabilire dialoghi e relazioni familiari durante i momenti condivisi del pasto oppure episodi di insonnia frequenti in infanzia o in età adulta. Tali problematiche, una volta individuate devono allora essere staccate dalla tematica maternità e dal



rapporto in sé con il proprio figlio per essere ricondotte e ridimensionate sul piano individuale già conosciuto.

Secondo i riferiti dei terapeuti, nel momento in cui i momenti di intimità vengono riconquistati e goduti dalla madre con il proprio bambino, la propria capacità materna risulta un fattore protettivo che favorisce la ripresa delle attività abituali, riporta i livelli di autostima ad un grado soddisfacente producendo un effetto positivo “a cascata” sulle altre tematiche affrontate (Cooper, 2003).

Un discorso a parte va fatto per le donne che appartengono ad una coppia mista, infatti in questi casi, il supporto sociale percepito risulta fortemente compromesso da difficoltà nella condivisione di scelte, problemi e soluzioni da parte della coppia per impedimenti a volte religiosi e a volte derivanti da una comunicazione problematica in cui il grado di comprensione è molto scarso. Questi fattori, di norma richiederebbero una relazione maggiormente ricca di momenti di confronto e spiegazioni reciproche sui comportamenti specifici tenuti nei confronti del bambino ma anche di medici, educatori e professionisti in genere. In una situazione di disagio post partum invece diventano motivo ulteriore di negatività, esasperano i sentimenti di abbandono e solitudine, concorrono a dipingere una situazione di inaiutabilità e impossibilità che sono caratteristiche dello stato depressivo (Moro, 2000). Le colpe della situazione vengono date al compagno, alla sua formazione e cultura oppure alla famiglia di origine e nel momento in cui viene chiesto di provare a instaurare una comunicazione più efficace viene risposto che è proprio il compagno che non sopporterebbe tale richiesta e reagirebbe in maniera svalutante o aggressiva.

La mancanza di una famiglia d'origine disponibile ad intervenire nel gestire i primi momenti dopo la nascita, è un fattore che porta a concentrare maggiormente l'attenzione su questi pensieri riducendo la possibilità di vedere altre possibili interpretazioni della situazione.

La mancanza di un confronto con la propria madre fin dalla gravidanza appare anche in assenza di problematiche di coppia, un fattore importante nell'eziologia del disagio del post partum, infatti, anche nel nostro campione, i fattori di rischio riferibili alla mancanza della figura materna risultano in associazione con l'essere alla prima gravidanza. Nel colloquio clinico si traduce in una scarsa condivisione con altre donne delle sensazioni e preoccupazioni tipiche della gravidanza, un'insofferenza nei confronti delle altre persone di riferimento e con un senso di inadeguatezza e stranezza nell'immaginarsi madre. Sembra così che la propria madre abbia la funzione e la capacità di approvare la propria decisione di diventare genitore riconoscendo e sostenendo il proprio desiderio e “normalizzando” eventuali difficoltà affrontate.

Nella valutazione servizio abbiamo riscontrato che la difficoltà maggiore che determina o meno l'accesso è la scarsa motivazione delle donne in difficoltà a rivolgersi ad un ambulatorio specializzato sulle tematiche che riguardano la maternità (Del Verme, 2008). Gli invii infatti arrivano maggiormente da altri servizi locali che sono in grado di valutare le situazioni maggiormente a rischio e giungono in contatto con le donne in fase di gravidanza o nel primo post partum grazie ai corsi pre parto o ai servizi consultoriali per la pesatura del neonato. Una maggiore condivisione con questi servizi a livello territoriale delle metodologie di rilevamento, screening, valutazione e accesso, ha portato ad un effettivo incremento di collaborazioni e nel periodo di un anno a modalità di invio e aggiornamento tra servizi più agile e tempestivo.

Gli auto invii avvengono invece tra il quarto e il sesto mese di vita del bambino, quando ormai la condizione di disagio si è fatta evidente e non può essere negata o nascosta a parenti e conoscenti, oppure è diventata invalidante al punto di interferire nelle capacità genitoriali, familiari, casalinghe o lavorative. La letteratura trova la causa di questo atteggiamento nel sentimento di vergogna tipico della sindrome di depressione post partum. A questo si aggiunge nel nostro paese una diffidenza nei confronti della cura psicologica e psichiatrica o la convinzione che solo problemi psichici gravi richiedano tale intervento. Il periodo di maggiore crisi risulta dunque a partire da queste osservazioni, in linea con i dati di Dennis et al. (2004), quello tra il terzo mese e il primo anno di vita del bambino, tuttavia risulta anche evidente all'interno della consultazione clinica che il disagio è presente da un periodo medio di 6 mesi e investe così anche la gravidanza.

L'informazione crescente che sta interessando la popolazione interessata sulla depressione post partum ha l'obiettivo di ridurre tale effetto e incrementare l'effetto preventivo di un intervento agito durante la gravidanza alla comparsa dei primi segnali di agitazione. Il fatto che gli auto invii al nostro servizio aumentino in corrispondenza di iniziative rivolte proprio alla conoscenza e l'informazione conferma l'utilità preventiva dell'attività informativa. Funziona anche, come evidenziato dagli studi di Pomicino ed al. (2009) la conoscenza di comportamenti e possibili esternazioni sintomo di disagio nei compagni delle puerpere effettuata presso i servizi ospedalieri, infatti in qualche caso, le donne si sono rivolte al nostro servizio su consiglio del partner o dopo un contatto stabilito direttamente da lui. Il coinvolgimento attivo del partner aumenta poi la percezione del supporto nei momenti di crisi diventando dunque un fattore protettivo in fase di trattamento.

Il trattamento scelto nella maggior parte dei casi è quello psicologico, mentre la consulenza psichiatrica viene generalmente affiancata nei casi che richiedono l'intervento farmacologico. Una terapia psichiatrica individuale è stata scelta per l'8% delle utenti del servizio, su loro preferenza

oppure sulla base di una valutazione iniziale che ha escluso almeno in una fase iniziale, la possibilità di trarre beneficio da colloqui psicologici o di counselling. In questi casi, una scarsa capacità introspettiva o una sintomatologia acuta molto invalidante, può far propendere per la presa in carico esclusivamente psichiatrica. Nel 3% dei casi invece, il nostro professionista è stato affiancato ad una terapia psicologica già in atto presso altri servizi locali ed ospedalieri in modo da non interrompere un percorso e un legame terapeutico già avviati.

La durata media di un intervento è di 6 mesi, un tempo indicato anche dalle ultime ricerche sull'efficacia dei trattamenti nel disagio post partum come la più indicata ed efficace (Cooper, 2003). Se la presa in carico avviene inoltre nella fase di gravidanza o alla comparsa precoce dei primi sintomi, la durata si riduce a 4 mesi rientrando nella dicitura di counselling. A fronte dunque di una situazione potenzialmente molto invalidante quale è la forma acuta di depressione post partum, con conseguenze per il rapporto madre bambino e per lo sviluppo cognitivo ed emotivo di quest'ultimo, si hanno ormai le conoscenze e potenzialmente le capacità cliniche di intervenire in modo veloce ed efficace evitando ogni conseguenza a lungo termine per tutto il nucleo familiare.

L'investimento in attività preventive primarie e secondarie e sullo sviluppo di luoghi di cura dedicati facili da contattare e raggiungere, diventa allora una misura economicamente valida perché ottiene degli effetti positivi in tempi e con costi contenuti se paragonati al dover intervenire a livello ospedaliero su madre, bambino, coppia genitoriale nel tempo (Petrou S, 2010). La letteratura sugli esordi psichiatrici in adolescenti con madri che hanno avuto diagnosi di depressione tardiva indicano infatti (Campbell, 2010) maggiori probabilità di sviluppare disturbi della condotta, comportamenti antisociali e aggressivi in genere.

Confrontando i differenti servizi offerti, è interessante notare che chi ha svolto un percorso di gruppo e chiede un intervento terapeutico per difficoltà personali (5%), richiede un intervento di coppia e non una terapia individuale. Probabilmente l'approccio relazionale tipico della struttura di gruppo predispone e incanala la richiesta verso una dimensione interpersonale. Bisogna però considerare che chi sfrutta l'occasione del gruppo presenta generalmente una intensità sintomatologica minore e dunque una capacità di lavorare in gruppo o in coppia più elevata.

Anche se non è stato possibile valutare l'efficacia dell'intervento tramite confronti pre e post, la soddisfazione nelle utenti che hanno concluso il percorso sembra essere alta come l'accordo con il terapeuta di riferimento rispetto i momenti significativi e l'importanza di alcuni cambiamenti ottenuti nelle aree di interesse clinico.

## Conclusioni

Il progetto di ricerca in oggetto ha avuto l'obiettivo di valutare la tipologia di utenza e di disagio rilevato da un ambulatorio di trattamento per le sindromi perinatali nel contesto locale di riferimento della provincia di Monza e Brianza. Il servizio, aperto nel 2008, non aveva un modello di raccolta dati e di analisi stabilito e presentava la necessità di valutare la propria diffusione, efficacia e utilità sulla base delle richieste ricevute, del trattamento proposto e dei risultati ottenuti.

A tale scopo, la metodologia della ricerca-azione ha permesso di iniziare a raccogliere e valutare i primi dati fin dal momento dell'apertura e di costruire il modello di ricerca più adatto procedendo per valutazioni e modifiche successive.

A partire dai dati di descrizione anagrafica e diagnostica delle utenti, si è trovata una metodologia di accoglienza ed assessment che avviene entro due settimane dal primo contatto e permette di cominciare un percorso clinico trattamentale strutturato. La diversificazione delle professionalità ha permesso di affiancare più tipologie di cura a seconda dei casi specifici. Per questa ragione si sono scelti strumenti ad hoc in grado di raccogliere la caratterizzazione soggettiva del malessere delle donne prese in carico in modo da poter agevolare le scelte cliniche del terapeuta di riferimento ed individuare le aree più importanti da indagare.

Si sono rintracciate le principali problematiche che conducono le neo mamme alla consultazione clinica, è stata indagata la distribuzione dei fattori di rischio all'interno del campione e si sono valutate le incidenze di tali fattori sulla presenza e gravità di sintomatologia depressiva e ansiosa e sulla percezione del supporto sociale da parte delle neo mamme.

Il più grande vantaggio del disegno di ricerca è rappresentato dalla strutturazione stessa delle fasi di ricerca, dalla scelta del protocollo e delle schede di raccolta dati che permettono un'applicazione alle diverse realtà cliniche che normalmente presentano impostazioni diverse di intervento a seconda del riferimento teorico clinico utilizzato. Il fatto poi di essere costruito sulla base delle necessità di tutta l'equipe e delle caratteristiche dell'utenza, permette di restituire l'immagine di una realtà complessa, che si avvale dei contributi professionali dei diversi membri del team ma anche dei riferiti delle utenti. Si crea così una conoscenza condivisa e molto specializzata che ha anche una valenza formativa e coinvolgente nel raggiungimento dell'obiettivo condiviso.

Il fatto di strutturare il modello di ricerca nel tempo ha però determinato una differente numerosità di campioni nell'applicazione degli strumenti implementati in momenti di attività successivi. Questo fattore non ha permesso a questo momento di ottenere una valutazione pre post intervento in grado di dare una valutazione dell'efficacia del trattamento basato sull'andamento della sintomatologia.

L'intervista di fine percorso inoltre è stata introdotta nella pratica clinica con qualche difficoltà e solo da qualche mese è in grado di raccogliere valutazioni attendibili in maniera tempestiva e standardizzata. Un'applicazione del modello di ricerca così strutturato potrà tuttavia in un anno di attività riuscire ad integrare questi aspetti ancora in fase di completamento.

La quantità di dati raccolti, richiede un'analisi qualitativa e quantitativa piuttosto impegnativa specie in momenti di attività più frenetica dello sportello di ascolto in corrispondenza dei periodi di maggiore frequenza di invii. Per ottenere una raccolta dati corretta e tempestiva è dunque richiesta la partecipazione di più sperimentatori che devono essere ugualmente formati e che devono assimilare le loro modalità di intervista nel tempo. La formazione dell'equipe clinica alle metodologie di ricerca e viceversa è utile nell'ottenere un linguaggio comune e di conseguenza un allineamento nella conduzione delle diverse attività ma richiede un impegno individuale e collettivo costante, sia nel tempo sia nell'intento di individuare ogni problematica o fonte di miglioramento e di strutturare strategie alternative condivise.

## Bibliografia

“Aiuto alle donne in gravidanza e depressione post-partum”. Documento approvato nella seduta Plenaria Consiglio Dei Ministri del 16 dicembre 2005.

Achenbach T.M., McConaughy S.H., Howell C.T. “Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity”. *Psychol Bull* 1987; 101:213–232.

Ackerman, J.P., & Dozier, M. “Good investments: Foster parent representations of their foster children”. In O. Maysless (Ed.), *Parenting representations: Theory, research, and clinical implications* 2006; pp. 296-318. New York: Cambridge University Press.

Aderibibge Y. A., Gureje O. & Omigbodun O. “Postnatal emotional disorders in Nigerian women: a study of antecedents and associations”. *British Journal of Psychiatry*, 1993; 163, 645 -650.

Adewuya O., Afolabi O.T. “The course of anxiety and depressive symptoms in Nigerian postpartum women”, *Arch Womens Ment Health*, 2005; 8:257–259.

Adler J.M., Wagner J.W., Dan P. McAdams “Personality and the coherence of psychotherapy narratives”. *Journal of Research in Personality* 41, 2007; 1179–1198.

Ainsworth M.D., Wittig B.A. “Attachment and exploratory behaviour in one-year-olds in a strange situation.” In: Floss B.M., ed. *Determinants of infant behaviour*. London: Methuen, 1969;4.

Ainsworth, M.D., Blehar, M., Waters, E., & Walls, S. “Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation”. Hillsdale, 1997; NJ: Erlbaum.

Altshuler L., Hendrick V., Cohen L.S. “An update on mood and anxiety disorders during pregnancy and Post Partum Periods”, *Journal of clinical Psychiatry*, 28, 2000.

American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding. “Breastfeeding and the use of human milk”. *Pediatrics* 1997; 100:1035-1039.

Ammaniti M., Speranza A. M., Tambelli R., Odorisio F., Vismara L. “Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia”. *Infanzia adolescenza*, vol. 6, n. 2, 2007.

Ammaniti, M., Cimino, S., Trentini, C. “Quando le madri non sono felici. La depressione post partum”. *Il Pensiero scientifico Editore*, 2007; Roma

Appleby L, Hirst E, Marshall S, Keeling F, Brind J, Butterworth T, Lole J. “The treatment of postnatal depression by health visitors: impact of brief training on skills and clinical practice”, *J Affect Disord* 2003; 77:261–266.

Appleby L., Gregoire A., Platz C., Martin P., Kumar R. “Screening women for high risk of postnatal depression”. *J Psychosom Res* 1994;38:539-45.

- Appleby L., Warner R., Whitton A., Faragher B. "A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression". *BMJ* 1997;314:932-6.
- Appleby, L., Fox H., Shaw M. & Kumar R. "The psychiatrist in the obstetric unit: establishing a liaison service", *British Journal of Psychiatry* 1988; 154, 10-515.
- Appleby, L., Warner, R., Whitton, A. & Faragher, B. "A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression". *British Medical Journal* 1997; 314, 932-936.
- Areias M.E.G., Kumar R., Barros H., Figueiredo E. "Correlates of postnatal depression in mothers and fathers". *British Journal of Psychiatry*, 1996; 169, 36-41.
- Areias M. E.G., Kumar R., Barros H., et al "Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers". *British Journal of Psychiatry*, 1996; 169, 30-35.
- Armstrong K.L., O'Donnell H., Mc Callum R., Dadds M. "Childhoods sleep problems: Association with prenatal factors and maternal distress/depression", *J. Pediatr. Child Health*. 1998; 34, 263-266.
- Armstrong, K. L., Fraser, J. A., Dadds, M. R. & Morris, J. "A randomized controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns". *J of Affective Disorders* 1999; 53, 137-141.
- Arnott, B., & Meins, E. "Links between antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security: A preliminary study of mothers and fathers". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2007; 71, 132-149.
- Assael M.I., Namboze J.M., German G.A. et al. "Psychiatric disturbances during pregnancy in a rural group of African women". *Social Science and Medicine* 1972; 6, 387-395.
- Baldoni F. "Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura", In: Bertozzi N., Hamon C. (a cura di): *Padri & paternità*. Edizioni Junior, Bergamo, 2005: 79-102.
- Ballard C, Davies R. "Postnatal depression in fathers". *Int. Rev. Psychiatry*, 1996; 8, 65-71.
- Barnett B.E.W., Matthey S., Boyce P. "Migration and motherhood: a response to Barclay and Kent (1998)". *Midwifery* 1999; 15, 203-207.
- Bayley N. "The Bayley scales on infant development", New York: The Psychological Corporation, 1969.
- Beardslee W.R., Versage E.M., Gladstone T.R. "Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*" 1998; 37:1134-1141.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F. & Emery, G. "Cognitive Therapy of Depression". Guilford 1979; Press : New York.
- Belsky, J. "Exploring individual differences in marital change across the transition to parenthood: The role of violated expectations". *Journal of Marriage and the Family*, 1985; 47, 1037-1046.
- Belsky, J., Spanier, G. B., & Rovine, M. "Stability and change in marriage across the transition to

parenthood". *Journal of Marriage and the Family*, 1983; 45, 553–556.

Belsky, J., Ward, M., & Rovine, M. "Prenatal expectations, postnatal experiences, and the transition to parenthood". In R. Ashmore & D. Brodzinsky (Eds.), *Thinking about the family 1986*; pp.139–145. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bennett L. "Narrative Methods and Children: Theoretical Explanations and Practice Issues". *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2008 ; 21, Number 1, 13–23.

Bernazzani O., Marks M. N., Bifulco A., Siddle K., Asten P., Conroy S. "Assessing psychosocial risk in pregnant/postpartum women using the Contextual Assessment of Maternity Experience (CAME) Recent life adversity, social support and maternal feelings", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40, 497–508.

Bernazzani O., Sauciera J-F., David H., Borgeata F. "Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women", *Journal of Affective Disorders* 46, 1997; 39–49.

Blumenthal S.J., Nadelson C.C. "Mood changes associated with reproductive life events: an overview of research and treatment strategies". *J Clin Psychiatry* 1988; 49, 466-468.

Bogetto F., Salvi V., Maina G. "Disturbi d'ansia e disturbi dell'umore in gravidanza: terapie farmacologiche e non farmacologiche cic", Edizioni Internazionali.

Borjesson K., Ruppert S., Bagedahl-Strindlund M. "A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors", *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 232–242.

Bowlby J. "Una base sicura", Raffaello Cortina Editore 1988.

Boyce P., Stubbs J., Todd A. "The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Australian sample". *Aust N Z J Psychiatry* 1993; 27, 472-476.

Boyce P., Stubbs J. "The importance of postnatal depression". *Medical Journal of Australia*, 1994; 161: 471—472.

Brazelton T.B. "Neonatal behavioural assessment scale", 3rd Ed. *Clinics in Developmental medicine* No 137. London: McKeith Press, 1995.

Brennan P.A., Hammen C., Katz A.R., Le Brocque R.M. "Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes". *J Consult Clin Psychol* 2002; 70, 1075–1085.

Brennan, P. A., LeBrocque, R., & Hammen, C. "Maternal depression, parent–child relationships, and resilient outcomes in adolescence". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000; 42, 1469–1477.

Brennan, P., Hammen, C., Andersen, M. J., Bor, W., Najman, J. M., & Williams, G. M. "Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at age 5". *Developmental Psychology*, 2000; 36, 759–766.

Brent D.A., Shear M.K. "Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment", *Am J Psychiatry* 2008; 165, 1155–1162.



- Briscoe M.E., Williams P. "Emotional problems in the clients of health visitors". *Health Visitor* 1985;5 8, 197-8.
- Brockington I. "Postpartum psychiatric disorders". *Lancet* 2004; 363: 303–10.
- Brody, G. H., Pellegrini, A. D., & Sigel, I. E. "Marital quality and mother–child and father–child interactions with school-aged children". *Developmental Psychology*, 1986; 22, 291–296.
- Browne G, Steiner M, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Dunn E, Bell B, Mills M, Chalklin L, Wallik D, Kraemer J. "Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs", *J Affect Disord* 2002; 68, 317–330
- Burt S., Krueger R.F., McGue M., Iacono W. "Parent-child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders". *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:505–513.
- Burt S., Krueger R.F., McGue M., William G. "Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: the importance of shared environment". *J Abnorm Psychol* 2001; 110, 516–525.
- Buttolph M.L., Holland A.D. "Obsessive-compulsive disorders in pregnancy and childbirth." In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, eds. *Obsessive-compulsive disorder: theory and management*, 2nd edn. Chicago: Yearbook Medical Publishers, 1990; 89–95.
- Cahbar, Zagmutt A. "Evolución de la terapia cognitiva posracionalista. / The evolution of post-rationalist cognitive therapy". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2006; 15, 235-245.
- Campbell S.B. "Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues", 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- Campbell S.B. "Maternal Depression and Children's Adjustment in Early Childhood", *encyclopedia on Early Childhood Development*, 2010.
- Campbell S.B., Brownell C.A., Hungerford A, Spieker S.I., Mohan R, Blessing J.S. "The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months", *Development and Psychopathology*, 2004; 16, 231-252.
- Campbell S.B., Cohn J.F. "Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers". *J Abnorm Psychol* 1991; 100, 594-599.
- Campbell S.B., Cohn J.F. "The timing and chronicity of postpartum depression: implications in infant development". In: Murray L., Cooper P.J., eds. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press, 1997; 165-197.
- Campbell S.B., Cohn J.F., Meyers T." Depression in first-time mothers:mother-infant interaction and depression chronicity". *Developmental Psychology* 1995;31, 349-357.
- Camussi E. "Di cosa parlano le donne quando parlano di maternità? Una ricerca sulle rappresentazioni sociali di due gruppi di madri" in "Le questioni sui generi in psicologia sociale. Abstract Book.", febbraio 2009, Parma.

- Carleton, M., Rotman, T., Fish, K., & McHale, J.P. "Linking observational and narrative indices of coparental coordination and collaboration at 3 months postpartum". Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, 2001; Minneapolis, MN.
- Carro, M. G., Grant, K. E., Gotlib, I. H., & Compas, B. E. (1993). "Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience". *Development & Psychopathology*, 1993; 5, 567–579.
- Chabrol H., Teissedre F., Saint-jean M., Teisseyre N., Roge B., Mullet E. "Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk". *Psychological medicine*, 2002; 32, 1039±1047
- Chalmers B. "The Pedi woman's experiences of childbirth and early parenthood". *Curationis*, 1988; 11, 12-19.
- Choua F.H., Avantb K.C., Kuoc S.H., Fetzer S.J. "Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey". *International Journal of Nursing Studies* 45. 2008; 1185–1191.
- Clark R, Tluczek A, Brown R. "A mother-infant therapy group model for postpartum depression". *Infant Mental Health Journal*, 2008; 29, 514-536.
- Clarke G.N., Hornbrook M., Lynch F., Polen M., Gale J., Beardslee W., O'Connor E., Seeley J. "A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents". *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:1127–1134.
- Clayton P.J. "The comorbidity factor: establishing the primary diagnosis in patients with mixed symptoms of anxiety and depression". *J Clin Psychiatry* 1990; 51, 35–39.
- Clement S. "Psychological perspectives on pregnancy and childbirth". Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998; 7-24.
- Cohen L.S., Wang B., Nonacs R., Viguera A.C., Lemon E.L., Freeman M.P. "Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum", *Psychiatric Clinics of North America*, June 2010; 33 (2): 273-293.
- Cohen M.M., Schei B., Ansara D., Gallop R., Stuckless N., Stewart D. E. "A history of personal violence and postpartum depression: is there a link?", *Arch Womens Ment Health*, 2002; 4: 83–92.
- Cohn J.F., Campbell S.B., Matias R., Hopkins J. "Face-to-face interaction of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months". *Developmental Psychology* 1990; 26, 15-23.
- Cohn J.F., Matias R., Tronick E.Z., Connell D., Lyons-Ruth D. "Face-to face interactions of depressed mothers and their infants". In: Tronick E.Z., Field T, eds. *Maternal depression and infant disturbance. New directions for child development*. San Francisco: Jossey-Bass, 1986:34.
- Cohn J.F., Tronick E.Z." Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression". *Child Dev* 1983; 54, 185-193.
- Cohn J.F., Tronick E.Z. "Specificity of infants' response to mothers' affective behaviour", *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 1989; 28, 242-248.

Coleman, P., Nelson, E. S., & Sundre, D. L. "The relationship between prenatal expectations and postnatal attitudes among first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1999; 17, 27–39.

Commissione delle comunità europee - Libro verde. "Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". Bruxelles, 14.10.2005; COM(2005) 484.

Condor B. "Living Well: Parental depression affects the entire family". 2004; available on [www.evergreenmonthly.com](http://www.evergreenmonthly.com)

Contessa G. "Attualità di Kurt Lewin" 1998, Città Studi Edizioni.

Cooley C., "The Social Significance of Street Railways", *Publications of the American Economic Association*, 1891; 6, 71-73.

Cooper P.J., Campbell E.A., Day A., Kennerley H., Bond A. "Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature". *Br J Psychiatry* 1988; 152:799-806.

Cooper P.J., Murray L. "Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept". *Br J Psychiatry* 1995;166:191-5.

Cooper P.J., Murray L. "Prediction, detection, and treatment of postnatal depression". *Arch Dis Child* 1997;77:97-9.

Cooper P.J., Murray L. "The course and recurrence of postnatal depression". *Br J Psychiatry* 1995;166:191-5.

Cooper P.J., Murray L. "The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development". In: Murray L., Cooper P.J. eds. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford, 1997; 201-20.

Cooper P.J., Murray L., Hooper R., West A. "The development and validation of a predictive index for postpartum depression". *Psychol Med* 1996;26:627-34.

Cooper P.J., Murray L., Stein A. "Postnatal depression". In: Seva J, ed. *The European handbook of psychiatry and mental health*. Zaragos: Anthropos, 1991; 1255-62.

Cooper P.J., Murray L., Wilson A., Romaniuk H. "Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: Impact on maternal mood". *The British Journal of Psychiatry*, 2003; 182: 412-419.

Cooper, P. J. & Murray, L. "Prediction, detection, and treatment of postnatal depression". *Archives of Disease in Childhood* 1997; 77, 223±226.

Copeland D. B., Harbaugh B. L. "Transition of Maternal Competency of Married and Single Mothers", *Early Parenthood Journal of Perinatal Education*, 13(4), 3e9.

Copeland, A. "Behavioral differences in the interactions between Type A and B mothers and their children". *Behavioral Medicine*, 1990; Fall, 111–117.

- Costello E.J., Foley D.L., Angold A. "10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders, II: developmental epidemiology". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:8–25.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A." Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 1995; 44, 412–423.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., Cohen, N., Pruett, M. K., & Pruett, K. "Supporting fathers' engagement with their kids. In J. D. Berrick & N. Gilbert (Eds.), *Raising children: Emerging needs, modern risks, and social responses*". 2008; (pp. 44 – 80). New York: Oxford University Press.
- Cox J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. "Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale". *British Journal of Psychiatry*, 1987; 150, 782–786.
- Cox J.L., Murray D., Chapman G. "A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression". *Br J Psychiatry* 1993; 163:27–31.
- Cox, A. D., Pickering, C., Pound, A., & Mills, M. " The impact of maternal depression in young children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1987; 28, 917–928.
- Cox, M. J., Paley, B., Burchinal, M., & Payne, C. C. "Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood". *Journal of Marriage and the Family*, 1999; 61, 611–625.
- Crittenden, P.M. "The Process of Constructing the Self and Its Relation to Psychotherapy".*Revista de Psicoterapia*, 2000; 41, 67-82, 2000 dedicated to Vittorio Guidano.
- Crittenden P.M. "Attachment theory, information processing, and psychiatric disorder". *World Journal of Psychiatry*, 2002; 1, 72-75.
- Crittenden P.M. "Attachment theory, Psychopatology and Psychotherapy: The Dynamic-Maturational Approach". *Psicoterapia*, 2005; 30, 171-182
- Crittenden P.M. "Il modello Dinamico Maturativo dell'attaccamento". Edizioni Libreria Cortina Milano, 2008.
- Crittenden P.M. "Raising parents: attachment, parenting and child safety. *infant mental health journal*". 2010; vol. 31(1), 118–120.
- Cutrona C. "Social support and stress in the transition to parenthood". *J. Abnorm. Psychol.* 1984; 93: 378–90.
- Cutrona C., Troutman B.R. "Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression", *Child Dev* 1986; 57:1507-18.
- Czarnocka J., Slade P. "Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth". *Br J Clin Psychol* 2000; 39: 35–51.
- Dawson G., Ashman S.B., Panagiotides H., Hessel D., Self J., Yamada E., Embry L. "Preschool outcomes of children of depressed mothers: Role of maternal behavior, contextual risk, and children's brain activity". *Child Development* 2003; 74(4):1158-1175.

- Dayton C.J., Levendosky A.A., Davidson W.S., Bogat G.A. "The child as held in the mind of the mother: the influence of prenatal maternal representations on parenting behaviours". *Infant mental health journal*, 2010; Vol. 31(2), 220–241.
- De Gregorio C. "Una madre lo sa". 2006, Mondadori.
- Del Verme S., Barile F. in " Fare rete per la genitorialità". Monza, 2008; abstract book.
- Delforge S., "Images et représentations du père et de la mère Dans les revues adressées aux professionnel(le)s de l'enfance, *Informations sociales*, 2006/4 n° 132, p. 100-105.
- Demers S., Bernier A., Tarabulsky G.M., "Provost m.a. maternal and child characteristics as antecedents of maternal mind-mindedness". *Infant Mental Health Journal*, 2010; 31(1), 94–112.
- Dennerstein L., Lehert P., Riphagen F. "Postpartum depression - risk factors". *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology supplementary*, 1989; 10, 53–65.
- Dennis C-L. "Peer support within a health care context: a concept analysis". *International Journal of Nursing Studies* 40 2003; 321–332.
- Dennis C-L. "Preventing Postpartum Depression Part II: A Critical Review of Nonbiological Interventions Can", *J Psychiatry* 2004; 49:526–538.
- Dennis C-L. 2005 "Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: A systematic review". *British Medical Journal*, 2005; 331, 7507-7515.
- Dennis C-L., Lee L.C. "Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review." *BIRTH* 33:4 December 2006.
- Dennis C-L., Hodnett E., Reisman M., Kenton L., Weston J., Zupancic J., Stewart D. E., Love L. "Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial", *BMJ* 2009; 338-364.
- Dimaggio, G., Semerari, A. "Disorganized narratives: The psychological condition and its treatment". In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy*, 2004; pp. 263–282. London: Sage.
- Di Nuovo S. "Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: l' intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott". *Ricerca in Psicoterapia*, 2000; 3, 2-3.
- Dohrenwend, B., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Navah, G., Link, B. G., Skodol, A. E., Stueve, A. "Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation- selection issue. *Science*, 1992; 255, 946–952
- Douglas M., Teti Donna M. Gelfand. "Behavioral Competence among Mothers of Infants in the First Year: The Mediational Role of Maternal Self-Efficacy". *Child Develop*, 2001; 62, 918-929.
- Downey G., Coyne J.C. "Children of depressed parents: an integrative review", *Psychol Bull* 1990; 108, 50-76.
- Drew, E., Emerek, R. Mahon, E. "Women, Work and Family in Europe, 2002; London: Routledge.

- Dutra, L., Schuder, M. Bianchi, I. "From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences?". In *Dissociative Disorders*, ed. R. Chevetz. *Psychiatric Clinics of North America*, 2006; 29: 63–86.
- Edhborg M. "Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers". *Scand J Caring Sci*; 2008; 22; 186–195.
- Eley T.C., Deater-Deckard K., Fombone E., Fulker D.W., Plomin R. "An adoption study of depressive symptoms in middle childhood". *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39:337–345.
- Elliott S.A., Leverton T.J., Sanjack M., et al. „Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression". *Br J Clin Psychol* 2000; 39: 223–41.
- Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J. "Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth", *BMJ* 2001; 323;257-260.
- Ewell Foster C.J., Garber J.,Durlak J.D. "Current and Past Maternal Depression, Maternal Interaction Behaviors, and Children’s Externalizing and Internalizing Symptoms". *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36:527–537.
- Eysenbach G., Powell J., Englesakis M., Rizo C., Stern A. "Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions". *BMJ* 2004;328;1166.
- Fendrich M., Warner V., Weissman M.M. "Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring". *Dev Psychol* 1990; 26:40–50.
- Fergusson D.M., Lynskey M.T. "The effects of maternal depression on child conduct disorder and attention deficit behaviours". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28, 116–123.
- Field T., Healy B., Goldstein S., et al. "Infants of depressed mothers show ‘depressed’ behaviour even with nondepressed adults". *Child Dev* 1988; 59: 1569-1579.
- Field T., Healy B., Goldstein S., Guthertz M. "Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions in nondepressed versus depressed dyads". *Develop Psychol* 1990; 26, 7-14.
- Field T.M. "Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers". *Infant Behaviour Dev* 1984; 7, 517-522.
- Field T.M., Healy B., Goldstein S., Perry S., Bendell D., Schanberg S. "Infants of depressed mothers show depressed behavior even with nondepressed adults". *Child Dev*, 1988; 59, 1569-1579.
- Field T.M., Sandberg D., Garcia R., Vega-Lahr N., Goldstein S., Guy L. "Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions". *Dev Psychol* 1985; 21, 1152-1156.
- Finley G.E., Aguiar L.J. "The effects of children on parents: adoptee genetic dispositions and adoptive parent psychopathology". *J Genet Psychol* 2002; 163, 503–506.

- Fisher J.R.W., Feekery C.J., Rowe-Murray C.J. "Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit". *J. Paediatr. Child Health* 2002; 38, 140-145.
- Fleming A.S., Klein E., Corter C. "The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers". *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 685-98.
- Fletcher R., Vimpani G., Russell G., Keatinge. D. "The evaluation of tailored and web-based information for new fathers". *Child, care and healthand development*, 2004.
- Fonagy P., Steele H., Steele M. "Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age". *Child Development* 1991;62:891-905.
- Fonagy P., Steele M., Steele H., & Target, M. "Reflective function manual for application to Adult Attachment Interviews". Unpublished manuscript, University College London, 1997.
- Fonagy P., Steele M., Steele H., Leigh T., Kennedy R., Mattoon G., Target M., Gerber A. "The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996; 64, 22-31.
- Forgays D.K., Ottaway S.A., Guarino A., D'Alessio M. "Parenting Stress in Employed and At-Home Mothers in Italy". *Journal of Family and Economic Issues*, 2001; Vol. 22(4).
- Frank S., Olmstead C., Wagner A. "Child illness, the parenting alliance, and parenting stress". *Journal of Pediatric Psychology* 1991; 16:361-371.
- Frankowski B. L., "I pediatri americani, l'orientamento sessuale e gli adolescenti (Sexual Orientation and Adolescents)", *Pediatrics*, Vol. 113, 6 giugno 2004, pp. 1827-1832.
- Freeston M.H., Pléchaty M. "Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: is it still relevant for the 1990s?" *Psychol Rep.* 1997; Oct;81(2):419-34.
- Gamble J., Creedy D., Moyle W., Webster J., McAllister M., Dickson P. "Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial", *Birth* 32:1 march 2005.
- Garvey M.J., Tuason V.B., Lumry A.E., Hoffman N.G. "Occurrence of depression in the postpartum state". *J Affective Disorders* 1983; 5:97-101.
- Gautam S., Nijhawan M. & Gehlot P. S. "Post partum psychiatric syndromes: an analysis of 100 consecutive cases". *Indian Journal of Psychiatry*, 1982; 24, 383-386.
- Gaynes B. N., Gavin N., Meltzer-Brody S., Lohr K. N., Swinson T., Gartlehner G., Brody S., Miller. W. C. "Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes", *Evidence Report/Technology Assessment Number 119*.
- Glatigny-Dallay E., Valoriani V., Kammerer M.H., Henshaw C.A., Bifulco A., Figueiredo B., Guedeney N., Gorman L.L., Hayes S., Muzik M. "Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study". *The british Journal of Psychiatry* 2004; 184: 31-37.

- Goldsmith D.F., & Rogoff B. "Mothers' and toddlers' coordinated joint focus of attention: Variations with maternal dysphoric symptoms". *Developmental Psychology*, 1997; 33, 113–119.
- Goldsmith D.F., & Rogoff B. "Sensitivity and teaching by dysphoric and nondysphoric women in structured versus unstructured situations". *Developmental Psychology*, 1995; 1995, 388-394.
- Gonzales M.B., Forsythe L., Sveda S.A. "Children in adoptive families: overview and update". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44, 987–995.
- Goodman S.H. "Depression in mothers", *Annual Review of Clinical Psychology* 2007; 3:107-135.
- Goodman S.H. "Influence of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction". *Infant Mental Health Journal* 2008; 29(6):624-643.
- Goodman S.H., Gotlib I.H. "Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment". Washington, 2002; DC: APA.
- Goodman S.H., Gotlib I.H. "Risk for psychopathology in children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission". *Psychological Review* 1999; 106,458-490.
- Gordon R.E., Gordon K.K. "Social factors in the prevention of postpartum emotional problems". *Obstet Gynecol* 1960; 15, 433–438.
- Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., & Adrian, C. "Observations of interactions of depressed women with their children. *American Journal of Psychiatry*, 1989; 146, 50–55.
- Green J.M., Murray D. "The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria". *Perinatal Psychiatry*. London, 1994.
- Gregoire A.J.P., Kumar R., Everitt B., Henderson A.F., Studd J.W.W. "Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression". *Lancet* 1996;347:930-3.
- Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. "Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment". *Attachment and Human Development*, 2005; 7(3), 299-311.
- Grigoriadis S., Ravitz P. "An approach to Interpersonal psychotherapy for postpartum depression focusing on interpersonal changes". *Canadian Family Physician* 2007; Vol 53.
- Gruen D.S. "A group psychotherapy approach to postpartum depression". *International Journal of Group Psychotherapy* 1993; 43:191-203.
- Guidano V.F. *Lezioni del I anno di Training di formazione in Psicoterapia Cognitiva*, materiale non pubblicato.
- Hamilton, E. B., Jones, M., & Hammen, C. "Maternal interaction style in affective disordered, physically ill, and normal women. *Family Process*, 1993; 32, 329–340.



- Hammen C., Brennan P.A., Shih J.H. "Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed women". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:994–1002.
- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V. & Sandler, M. "Links between early post-partum mood and post-natal depression". *British Journal of Psychiatry* 1992; 154, 777-780.
- Harrington R., Fudge H., Rutter M., Pickles A., Hill J. "Adult outcomes of childhood and adolescent depression, I: psychiatric status". *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:465–473.
- Hart R., McMahon C.A. "Mood state and psychological adjustment to pregnancy", *Archives of women's Mental Health*, July 2006; 9 (6): 329-337.
- Harwood K., McLean N., Durkin K. "First-time Mother's Expectations of Parenthood: What happens when Optimistic Expectations Are not Matched by Later Experiences?". *Developmental Psychology*, 2007; 43(1), pp.1-12.
- Hawkins, A. J., Lovejoy, K. R., Holmes, E. K., Blanchard, V. L., & Fawcett, E."Increasing fathers' involvement in child care with a couple focused intervention during the transition to parenthood". *Family Relations*, 2008; 57, 49–59.
- Hay D. F., Pawlby S., Waters C. S., Perra O., Sharp. D., "Mothers' Antenatal Depression and Their children's Antisocial Outcomes", *Child Development*, January/February 2010, Volume 81, Number 1, Pages 149–165.
- Hay, D. "Postpartum depression and cognitive development". 1997; In L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 85–110). New York: The Guilford Press.
- Hedman B., Ahlstrom, Ingela Skarsa , Ella Danielson. "The meaning of major depression in family life: the viewpoint of the ill Parent". *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 19, 284–293.
- Helms P.J., Williams J. H. G., Poobalan A. S., Aucott L.S., Ross L., Cairns W., Smith S. "Systematic review: Effects of Treating postnatal depression on mother\_infant interaction and child development", *The British Journal of Psychiatry*, 2007; 191, 378-386.
- Helms-Erikson, H. "Marital quality ten years after the transition to parenthood: Implications of the timing of parenthood and the division of housework". *Journal of Marriage and the Family*, 2001; 63(4), 1099–1110.
- Hendrick V., Altshuler L, Strouse M., Grosser S., " Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment depression and anxiety". 2000; 11, 66–72.
- Hendrick V., Altshuler L.L. "Biological determinants of postpartum depression. In: Miller L, editor. *Postpartum mood disorders*". Washington, D.C.: American Psychiatric Press. 1998; 65–82.
- Heron J, Craddock N, Jones I. "Postnatal euphoria: are 'the highs' an indicator of bipolarity?", *Bipolar Disord* 2005; 7, 103–110.
- Hock, E. & Demeis, D. K. „Depression in mothers of infants: The role of maternal employment". *Developmental Psychology*, 1990; 26, 285–291.

- Holden J.M., Sagovsky R., Cox J.L. "Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression". *British Medical journal* 1989;298:223-226.
- Hopkins J., Campbell S.B. "Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period". *Arch Womens Ment Health* , 2008; 11: 57–65.
- Howell E.A., Mora P.A., Di Bonaventura M.D., Leventhal H. "Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms", *Archives of Women's Mental Health* 2009; 12(2):113-120.
- Iacono W.G., Carlson S.R., Taylor J.T., Elkins I.J., McGue M. "Behavioral disinhibition and the development of substance use disorders: findings from the Minnesota Twin Family Study". *Dev Psychopathol* 1999; 11:869–900.
- Innamorati M., Sarracino D., Dazzi N. "Motherhood constellation and representational change in pregnancy". *Infant mental health journal*, 2010; Vol. 31(4), 379–396.
- Ispa, J. M., Sable, M. R., Porter, N., & Csizmadia, A. "Pregnancy acceptance, parenting stress, and toddler attachment in low-income Black families". *Journal of Marriage and Family*, 2007; 69:1–13.
- Istvan J. "Stress, anxiety and birth outcomes: a critical review of the evidence". *Psychol. Bull.* 1986; 100: 331–48.
- Jadresic E., Jara C., Miranda M., et al "Emotional disorders in pregnancy and the puerperium: a prospective study of 108 women". *Revista Childena Neuropsiquiatria*, 1992; 30, 99-106.
- Johan C.H., Van Bussel A., Spitz B., Demyttenaere K. "Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations". *Journal of Affective Disorders* 114, 2009; 232–242.
- Juffer F., Van Ijzendoorn M.H. "Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis". *JAMA* 2005; 293:2501–2515.
- Kach, J.A., & McGhee, P.E. "Adjustment to early parenthood: The role of accuracy of pre-parenthood experiences". *Journal of Family Issues*, 1982; 3, 375–388.
- Kaimal G., Beardslee W.R. "Emerging Adulthood and the Perception of Parental Depression". published online 7 June 2010; *Qual Health Res.* <http://qhr.sagepub.com/content/early/2010/06/03/1049732310371625>
- Kalat J., Shiota M. 2007 "Emotion". Wadsworth Pub Co.
- Kane P., Garber J. "The relationship among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis", *Clin Psychol Rev* 2004; 24, 339-360.
- Kaplan P.S., Danko S.M, Diaz A. "A Privileged Status for Male Infant-Directed Speech in Infants of Depressed Mothers?". *Role of Father Involvement Infancy*, 2010; 15(2), 151–175.

- Kelly J.V. "After office hours: the influences of native customs on obstetrics in Nigeria". *Obstetrics and Gynaecology*, 1967; 30, 608-612.
- Kendell R.E. "Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders". *J Psychosom Res* 1985;29:3-11.
- Kennerley H., Gath D. "'Maternity blues': detection and measurement by questionnaire". *Br J Psychiatry* 1989; 155:356-73.
- Kessler R.C. "The epidemiology of depression among women", In: Keyes C.L., Goodman S.H., eds. "Women and depression: A handbook for the social, behavior, and biomedical sciences". New York: Cambridge University Press; 2006; 22-37.
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Walters E.E. "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication". *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593-602.
- Keyes M., Sharma A., Elkins I., Iacono W.G., McGue M. "The mental health of US adolescents adopted in infancy". *Arch Pediatr Adolesc Med* (in press).
- Khazan I., Mc Hale J. P., Decourcey W. "Violated wishes about division of childcare labor predict early coparenting process during stressful and nonstressful family evaluations". *Infant mental health journal*. 2008; Vol. 29(4), 343-361.
- Kim-Cohen, J., Moffit, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. J., & Caspi, A. "Maternal depression and children's antisocial behavior: Nature and nurture effects". *Archives of General Psychiatry*, 2005; 62, 173-181.
- Kissane D., Ball J. "Postnatal depression and psychosis – A mother and baby unit in a general hospital". *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 1988; 28: 208-12.
- Kit L.K., Janet G., Jegosothy R. "Incidence of postnatal depression in Malaysian women". *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997; 23:85-89.
- Klein D.N., Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R., Olino T.M. "Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression". *Psychol Med* 2005; 35:353-365.
- Kolak, A. M., & Volling, B. L. "Parental expressiveness as a moderator of coparenting and marital relationship quality". *Family Relations*, 2007; 56, 467-478.
- Konold T.R., Abidin R. "Parenting Alliance: A Multifactor Perspective". *Assessment*, 2001; Vol.8 n°1, p.47-65.
- Kraemer J. "Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs", *J Affect Disord* 2002; 68:317-330.
- Kroelinger, C. D., Oths, K. S. "Partner support and pregnancy wantedness". *Birth*, 2000; 27, 112-119.

- Kubicka, L., Roth, Z., Dytrych, Z., Matejcek, Z., & David, H. P. "The mental health of adults born of unwanted pregnancies, their siblings, and matched controls: A 35-year follow-up study from Prague, Czech Republic". *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 2002;190, 653–662.
- Lamb, M. E. "The father's role: Cross-cultural perspectives". Hillsdale, 1987; NJ: Erlbaum.
- Laranjo, J., Bernier, A., & Meins, E. "Associations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: Investigating the mediating role of maternal sensitivity". *Infant Behavior and Development*, 2008; 31(4), 688-695.
- Lawrence E., Nylén K., Cobb R.J. "Prenatal Expectations and Marital Satisfaction Over the Transition to Parenthood". *Journal of Family Psychology* Copyright 2007; Vol. 21, No. 2, 155–164.
- Lawrence, E., Rothman, A., Cobb, R. J., Rothman, M., & Bradbury, T. N. "Marital satisfaction across the transition to parenthood. Manuscript submitted for publication". 2007.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. "Postnatal Depression: Prevalence, Mother's Perspectives, and Treatments". *Archives of Psychiatric Nursing*, 2007; 21, 91-100.
- Leary A., Katz L.F. "Coparenting, family-level processes, and peer outcomes: The moderating role of vagal tone". *Development & Psychopathology* 2004;16, 593–608.
- Leis J.A., Mendelson T. "Intergenerational transmission of psychopathology: minor versus major parental depression", *J Nerv Ment Dis.* 2010; 198, 356-361.
- Letourneau, N., Fedick, C., Willms, J.D., Stewart, M., & White, K. "Longitudinal study of socio-environmental predictors of behavior: Children of adolescent and older mothers compared". *Canadian Studies in Population*, 2007; 34, 1-27.
- Leveni D., Morosini P., Piacentini D. "Mamme Tristi. Vincere la depressione post partum", *erickson*, 2003.
- Lewin, K. "Action Research and Minority Problems" In *Journal of Social Issues* 3. 1946.
- Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R.E., Seeley J.R., Andrews J.A. "Adolescent psychopathology, I: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students". *J Abnorm Psychol* 1993; 102, 133–144.
- Lewis J., Owen M., Cox M. "The transition to parenthood, III: Incorporation of the child into the family". *Family Process* 1988; 27:411–421.
- Liang K.Y., Zeger S.L. "Longitudinal data analysis using generalized linear models". *Biometrika* 1986; 79:13–22.
- Lieb R., Isensee B., Hofler M., Pfister H., Wittchen H.U. "Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study". *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:365–374.
- Liotti, G. "Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders". *Dissociation*, 1992; 4:196–204.

- Lis A., Zennaro A. "A Semistructured Interview with Parents-to-be Used During Pregnancy: Preliminary Data". *Infant Mental Health Journal*, 1997; Vol. 18(3) 306–323.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. "Maternal depression and parenting: A meta-analytic review". *Clinical Psychology Review*, 2000; 20, 561–592.
- Lundgren I. "Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth", *Scand J caring Sci*; 2004; 18; 368–375.
- Lyons-Ruth K., Zoll D., Connell D., Grunebaum H.U. "The depressed mother and her one-year-old infant: environment, interaction, attachment and infant development". In: Tronick E.Z., Field T., eds. *Maternal depression and infant disturbance. New directions for child development*. San Francisco: Jossey-Bass, 1986: 34.
- Lyons-Ruth, K. "The Interface Between Attachment and Intersubjectivity: Perspective from the Longitudinal Study of Disorganized Attachment", *Psychoanalytic Inquiry* 2006; ,26:4,595 — 616.
- Maina G., Vaschetto P., Ziero S., Di Lorenzo R., Bogetto F. "Il postpartum come fattore di rischio specifico per l'esordio del disturbo ossessivo-compulsivo: studio clinico controllato". *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001; 10: 90–95.
- Malone J.C., Levendosky A.A., Dayton C. J., Bogat G. A. "Understanding the "ghosts in the nursery" of pregnant women experiencing domestic violence: prenatal maternal representations and histories of childhood maltreatment", *Infant Mental Health Journal*, 2010; 31, 432–454.
- Markowitz J. C. "Depressed Mothers, Depressed Children", *Am J Psychiatry* 2008; 165-169.
- Matthey S., Barnett B. "Parent–infant classes in the early postpartum period: need and participation by fathers and mothers *infant mental health journal*". 1999; 20, 278–290.
- Matthey S., Barnett B., Howie P., Kavanagh D.J." Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?" *J Affect Disord* 2003; 74: 139–147.
- Matthey S. "Detection and treatment of postnatal depression (perinatal depression or anxiety)". *Current Opinion in Psychiatry*, 2004; 17, 21-29.
- Mbiye D. "Aspettare un figlio in terra straniera". *Immigrazione - Dossier Statistico 2007*, Caritas/Migrantes.
- Mc Hale J.P. "La sfida della cogenitorialità", Raffaello Cortina Editore, 2010.
- McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A., & Bowman, P. T. "When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative, and their relation to psychosocial adaptation in midlife adults and in students". *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2001; 27, 472–483.
- Mcbride, B.A. "Parent education and support programs for fathers: Outcome effects on paternal involvement". *Early Child Development and Care*, 1991; 67, 73–85.
- McConnell M., Kerig P. "Assessing coparenting in families of school-age children: Validation of the Coparenting and Family Rating System". *Canadian J of Behavioural Science* 2002; 34, 4-58.

McElwain, N. L., & Booth-LaForce, C. "Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother security". *Journal of Family Psychology*, 2006; 20, 247–255.

McGue M., Elkins I., Walden B., Iacono W.G. "Perceptions of the parent-adolescent relationship: a longitudinal investigation". *Dev Psychol* 2005; 41:971–984.

McGue M., Keyes M., Sharma A., Elkins I., Legrand L., Johnson W., Iacono W.G. "The environments of adopted and non-adopted youth: evidence on range restriction from the Sibling Interaction and Behavior Study (SIBS)". *Behav Genet* 2007; 37:449–462.

McHale J. "Co-parenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender". *Developmental Psychology* 1995;31:985–996.

McHale J. "Overt and covert coparenting processes in the family". *Family Process* 1997; 36:183–210

McHale J., Kazali C., Rotman T., Talbot J., Carleton M., Lieberman R. "The transition to coparenting: Parents' pre-birth expectations and early coparental adjustment at three months post-partum". *Development and Psychopathology* 2004;16:711–733.

McHale J., Kuersten-Hogan R., Lauretti A., Rasmussen J. "Parental reports of coparenting and observed coparenting behavior during the toddler period". *Journal of Family Psychology* 2000; 14:220–236

McHale J., Rotman T. "Is seeing believing? Expectant parents' outlooks on coparenting and later coparenting solidarity". *Infant Behav Dev.* 2007; 30(1): 63–81.

McHale, J.; Khazan, I.; Erera, P.; Rotman, T.; DeCoursey, W.; McConnell, M. "Coparenting in diverse family systems. In: Bornstein, M., editor. *Handbook of Parenting*". 2. New Jersey: Erlbaum; 2002; p.75-107.

McHale, J.; Kuersten, R.; Lauretti, A." New directions in the study of family-level dynamics during infancy and early childhood. In: McHale, J.; Cowan, P., editors. *Understanding how family-level dynamics affect children's development: Studies of two-parent families*". San Francisco: Jossey-Bass; 1996; p. 5-26.

Meins, E., & Fernyhough, C. "Linguistic acquisitional style and mentalising development: The role of maternal mind-mindedness". *Cognitive Development*, 1999; 14(3), 363-380.

Menage J. "Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: a consecutive series of 30 cases of PTSD". *J Reprod Infant Psychol* 1993; 11: 221–28.

Meneghini S., Greco A., M. Diku, R.C. "Considerazioni psicosociali legate al parto delle donne immigrate": Forleo. In press.

Millgrom J., Burrows G., Snellen M., Stamboulakis W., Burrows K. "Psychiatric illness in women: a review of the function of a specialist mother-baby unit". *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1998; 32:680–686.

- Millgrom, J., Westley, D. T., & Gemmell, A. W. "The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development". *Infant Behavior & Development*, 2004; 27, 443–454.
- Millgrom, J., Martin P.R., Negri L. M. "Depressione postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico", 2009, Edizioni Erickson.
- Miller R. L., Pallant J. F., Negri L. M. "Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression?" *BMC Psychiatry* 2006; 6:12.
- Miller W.B., Sable M.R., Csizmadia A. "Pregnancy Wantedness and Child Attachment Security: Is There a Relationship?". *Matern Child Health J* 2008; 12:478–487.
- Mincy, R., & Pouncy, H. "The responsible fatherhood field: Evolution and goals". In C. S. Tamis-LeMonda & N. J. Cabrera (Eds.), *Handbook of father involvement: Multidisciplinary Perspectives*, 2002 ; 555–597. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Minuchin S., Rosman B. L., Baker L. "Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context". Oxford, England: Harvard U Press. 1978.
- Molinari E., Saita E. "Avere un figlio: dinamiche relazionali e rischio di disturbo psicologico". 2008.
- Monk C., Leight K. L., Fang Y. "The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment", *Arch Womens Ment Health* 2008; 11:117–129.
- Montague, D. P. F., & Walker-Andrews, A. S. "Mothers, fathers, and infants: The role of person familiarity and parental involvement in infants' perception of emotional expression". *Child Development*, 2002; 73, 1339–1352.
- Moro M.R., Neuman D., Réal I. "Maternità in esilio. Bambini e migrazioni". Raffaello Cortina Editore, 2010.
- Morrell C.J., Slade P. "Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care". *BMJ*. 2009; 338: a3045.
- Morris J. "Group psychotherapy for prolonged postnatal depression". *Brit J Medical Psychol* 1987; 60:279–281.
- Mrazek P. J., Haggerty R. J. "Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research". Washington, DC, US: National Academy Press, 1994.
- Mulvaney C., Kendrick D., "Depressive symptoms in mothers of pre-school children", *Effects of deprivation, social support, stress and neighbourhood social capital Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40, 202–208.
- Murray L. "The impact of postnatal depression on infant development". *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33, 543-61.

- Murray L., Carothers A.D. "The validation of the Edinburgh postnatal depression scale on a community sample". *Br J Psychiatry* 1990; 157, 288-290.
- Murray L., Cartwright W. "The role of obstetric factors in postpartum depression". *J Reprod Inf Psychol* 1993;11:215-219.
- Murray L., Cooper J. "Treating maternal depression?", *British Journal Of Psychiatry* 2003; 183, 459–465.
- Murray L., Cooper P. "Intergenerational transmission of affective and cognitive processes associated with depression: infancy and the preschool years" in Goodyer I, ed. *Unipolar depression: a lifespan prospective*. Oxford University Press, 2003.
- Murray L., Cooper P.J. "Effects of postnatal depression on infant development". *Arch Dis Child* 1997; 77, 99-101.
- Murray L., Fiori-Cowley A., Hooper R., Cooper P. "The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome". *Child Development*, 1996; 67,2512-2526.
- Murray L., Kempton C., Woolgar M, Hooper R. "Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development". *J Child Psychol Psyc* 1993; 34, 1083-1101.
- Murray L., Stmiley C., Hooper R., Agiiese F.K., Fiori-Cowley. "The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions". *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1996; 38, 109-119.
- Neiderhiser J.M., Reiss D., Hetherington E.M. "The Nonshared Environment in Adolescent Development (NEAD) project: a longitudinal family study of twins and siblings from adolescence to young adulthood". *Twin Res Hum Genet* 2007; 10:74–83.
- NHMRC. "Postnatal depression A systematic review of published scientific literature to 1999". (2000).
- Nice Clinical Guideline 45. "Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance". National Institute for Health and Clinical Excellence, February 2007.
- NICHD Early Child Care Research Network. "Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child outcomes at 36 months." *Developmental Psychology* 1999; 35(5):1297-1310.
- Nickman S.L., Rosenfeld A.A., Fine P., Macintyre J.C., Pilowsky D.J., Howe R.A., Derdeyn A.,
- O'Connor T.G., Heron J., Golding J., Glover V., and the ALSPAC Study Team. "Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis" *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003; 44, 1025–1036.
- O'Donnel, J. P., & Van Tuinen, M. V. "Behavior problems of preschool children: Dimensions and congenital correlates". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1979; 7, 61–75.



- O'Hara M.W., Stuart, S., Gorman, L. L. & Wenzel, A. "Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression". *Archives of General Psychiatry* 2000; 57, 1039-1045.
- O'Hara M.W. "Oral contribution to Perinatal and postpartum depression: a top priority". at Annual Conference of Obstetricians and Gynecologists, May 2010; The American Congress of Obstetricians and Gynecologists website.
- O'Hara M.W. "The nature of postpartum depressive disorders". In: Murray L., Cooper P.J., eds. *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford, 1997; 3-31.
- O'Hara M.W., Rehm L.P., Campbell S.B. "Postpartum depression: a role for social network and life stress variables". *J Nerv Ment Dis* 1983; 171:336-41.
- O'Hara M.W., Schlechte J.A., Lewis D.A., Varner M.W. "A controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables". *J Abnorm Psychol* 1991;100:63-73.
- O'Hara M.W., Swain A.M. "Rates and risks of postpartum depression – a meta-analysis". *Int. Rev. Psychiatry* 1996; 8: 37–54.
- O'Hara M.W., Zekoski E.M., Phillips L.H., Wright E.J. "A controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women", *J Abnorm Psychol* 1990; 99:3-15.
- Oates M. R., Cox J. L., Neema S., Asten P., Glangeaud-freudenthal N., Figueiredo B., Gorman L., Hacking S., Hirst E., Kammerer M.H., Klier C.M., Seneviratne G., Smith M., Sutter-dallay A.L., Valoriani V., Wickberg B., Yoshida K., and the TCS ^PND Group. "Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study". *British Journal Of Psychiatry* 2004; 18 4 (suppl.46), s10 ^ s16.
- Olds D., Henderson C.R., Kitzman H.J., Eckenrode J.J., Cole R.E., Tatelbaum R.C. "Prenatal and home visitation by nurses: Recent findings". *The Future of Children* 1999; 9, 44-65.
- Ontai L., Sano S., Hatton H., Conger K. J. "Low-Income Rural Mothers' perceptions of Parent confidence: The Role of Family Health Problems and Partner Status", *Family Relations*, 2008; 57, 324–334.
- Oppenheim, D., Goldsmith, D., & Koren-Karie, N. "Maternal insightfulness and preschoolers. emotion and behavior problems: Reciprocal influences in a therapeutic preschool program". *Infant Mental Health Journal*, 2004; 25, 352-367.
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Sagi, A. "Mothers empathic understanding of their preschoolers. internal experience: Relations with early attachment". *International Journal of Behavioral Devel- opment*, 2001; 25, 16-26.
- Paulson J.F., Dauber S., Leiferman J.A. "Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behaviour". *Pediatrics* 2006; 118:659-668
- Paykel E.S., Emms E.M., Fletcher J., Rassaby E.S. "Life events and social support in puerperal depression". *Br J Psychiatry* 1980; 136:339-46.

Pellai A. "Sul monte della tua pancia". Edizioni San Paolo, Milano 2007.

Pérez-Edgar K., Fox N. A., Cohn J. F., Kovacs M. "Behavioral and Electrophysiological Markers of selective Attention in Children of Parents with a History of Depression". *Biol Psychiatry* 2006; 60:1131–1138.

Petrou S., Cooper P., Murray L., Davidson L.L. "Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression". *Cambridge Journals*, 2006; vol.22.

Pillsbury B.L.K. "“Doing the month”: confinement and convalescence of Chinese women after childbirth". *Social Science and Medicine*, 1978; 12, 11-22.

Plomin R., Bergeman C.S. "The nature of nurture: genetic influence on “environmental” measures". *Behav Brain Sci* 1991; 14: 373–427.

Pomicino L. "Promozione del benessere di madri e padri dopo la nascita di un figlio: un intervento con i padri". 2009, dottorato di ricerca, Trieste.

Prendergast J, Austin M.P. "Early childhood nurse-delivered cognitive behavioural counselling for post-natal depression". *Australasian Psychiatry*. 2001; 9, 255-259.

Pruett, K. D. "Fatherneed: Why father care is as essential as mother care for your child". New York: Free Press, 2000.

Radloff L. S. "The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population". *Applied Psychological Measurement*, 1977; 1, 385-401.

Rahman A., Iqbal Z, Bunn J et al. "Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a color study". *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:946-952.

Ramchandani P., Stein A., Evans J., O'Connor T.G. and The ALSPAC study team. "Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study". *Lancet* 2005; 365:2201-05

Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. "The effects of pre- and postnatal depression in fathers: A natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring". *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2002; 49, 1069–1078.

Ramchandani, P., Stein, A., O'Connor, T.G., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. "Depression in men in the post-natal period and later child psychopathology: A population cohort study". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008; 47,390–398.

Reale E., Barbato A. "Libro verde commentato dal punto di vista di genere", Commissione Delle Comunità Europee Bruxelles, 14.10.2005.

Reich W. "Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:59–66.

Rezzonico G.V., Ruberti S., Lambruschi F., Iacchia E. in "La clinica dell'attaccamento nell'adulto e nel bambino" Varese, 28 maggio 2008, abstract book.

- Rice F., Harold G.T., Shelton K.H., Thapar A. "Family conflict interacts with genetic liability in predicting childhood and adolescent depression". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45, 841–848.
- Rice F., Harold G.T., Thaper A. "Assessing the effects of age, sex, and shared environment on the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence". *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43, 1039–1051.
- Richman N., Graham P. "A behavioural screening questionnaire for use with three-year old children: preliminary findings". *J Child Psychol Psychiatry* 1971; 12, 5-33.
- Richman, J.A., Raskin, V.D., & Gaines, C. "Gender roles, social support, and postpartum depressive symptomatology". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991; 179, 139–147.
- Righetti-Veltama M., Conne-Perreard E., Bousquet A., Manzano J. "Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old", *Journal of Affective Disorders* 70, 2002; 291–306.
- Rosen G.M., Lilienfeld S.O. "Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions". *Clinical Psychology Review* 28, 2008; 837–868.
- Ross L.E., McLean L.M. "Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review". *The Journal of Clinical Psychiatry*, August 2006; 67 (8): 1285-1298.
- Ross M., & Holmberg, D. "Are wives' memories for events in relationships more vivid than their husbands' memories?" *Journal of Social and Personal Relationships*, 1992; 9, 585-604.
- Ruble D.N., Fleming A.S., Hackel L.S., Stagnor C. "Changes in the marital relationship during the transition to first-time motherhood: Effects of violated expectations concerning division of household labor". *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 55:78–87.
- Russell, G., James, D., & Watson, J. "Work/family policies, the changing role of fathers and the presumption of shared responsibility for parenting". *Australian Journal of Social Issues*, 1989; 23, 249–267.
- Rutter M. "Psychiatric disorder in parents as a risk factor for children. In: Schaffer D, Philips I, NB Enger NB, eds. *Prevention of mental disorder, alcohol and other drug use in children and adolescents*". Rockville, Maryland: Office for Substance Abuse, USDHHS, 1989.
- Rutter M., Moffitt T.E., Caspi A. "Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects". *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47:226–261.
- Rutter M., Quinton D." Parental psychiatric disorder: effects on children". *Psychol Med* 1984;14:853-80.
- Saisto T., Salmela-Aro K., Nurmi J-E., Halmesmäki E. "Goal reconstruction and depressive symptoms during the transition to motherhood: Evidence from two cross-lagged longitudinal studies". *Journal of Personality and Social Psychology*, 2001; 81, 1144-1159.
- Saita E., Fenaroli V., Rusca C. "Depressione post partum e narrazioni materne una ricerca esplorativa sui vissuti delle donne e sulla percezione di supporto ricevuto". 2008.

Salomonsson B., Sled M. "The ages & stages questionnaire: social-emotional: a validation study of a mother-report questionnaire on a clinical mother-infant sample". *Infant mental health journal*, 2010; Vol. 31(4), 412-431.

Salt, J. "Current Trends in International Migration in Europe", Strasbourg: Council of Europe, 2000.

Sameroff A.J. "The social context of development". In: Woodhead M., Carr R., Light P., eds. *Child development in social context: becoming a person*. Open University Reader E820. London: Routledge, 1991.

Sandretto M., Alliaud I., Musso S., Faggiana A., Gaddò S., Gazzera G. "I gruppi di auto mutuo aiuto: sono una valida risposta ai problemi del post-nascita? *Quaderni acp* 2011; 18(2): 55-57.

Save the Children. "Women on the Front Lines of Health Care. State of the World's Mothers 2010". May, 2010; [www.savethechildren.com](http://www.savethechildren.com).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. "PostNatal Depression e Puerperal Psychosis". Anational clinical guideline, 2002.

Seeley S., Murray L., Cooper P.J. "The outcome for mothers and babies of health visitor intervention". *Health Visitor* 1996; 69, 135-138.

Sheeber L., Hops H., Alpert A., Davis B., Andrews J. "Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression". *J Abnorm Child Psychol* 1997; 25, 333-344.

Shinagawa N. " Social and medical discussion on Satogaeri Bunben". *Nihonishikai Zasshi*, 1978; 80, 351-355.

Siegel D.L. Hartzell M. "Errori da non ripetere. Come la conoscenza della propria storia aiuta a essere genitori". Raffaello Cortina Editore, 2005.

Slade, A., Belsky, J., Aber, J.L., & Phelps, J.L. "Mothers. representations of their relationships with their toddlers: Links to adult attachment and observed mothering". *Developmental Psychology*, 1999; 35, 611-619.

Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. "Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study". *Attachment and Human Development*, 2005; 7, 283-298.

Smith L. E., Howard K. S. "Continuity of Paternal Social Support and Depressive Symptoms Among New Mothers". *Journal of Family Psychology* 2008; Vol. 22, No. 5, 763-773.

Spinelli A., Donati S. "Salute delle donne immigrate, Contributo per la Commissione Salute e Immigrazione" del Ministero della Salute-2007.

Spitzer R.L., Endicott J., Robins E. "Research diagnostic criteria: rationale and reliability". *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:773-782.

Spitzer R.L., Williams J.B.W., Gibbon M. "Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)". New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1987.

Stamp G.E., Williams A.S., Crowther C.A. "Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized controlled trial". *Birth* 1995; 22:138-143.

Stein A, Gath D.H., Bucher J., Bond A., Day A., Cooper P.J. "The relationship between postnatal depression and mother-child interaction". *The British Journal of Psychiatry* 1991;158, 46-52.

Steiner M. "Female-specific mood disorders". *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:599-611.

Stice E., Ragan J., Randall P. "Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support?". *Journal of Abnormal Psychology* 2004; Vol. 113, No. 1, 155–159.

Stoolmiller M. "Implications of restricted range of family environments for estimates of heritability and nonshared environment in behavior-genetic adoption studies". *Psychol Bull* 1999; 125:392–409.

Stright A, Neitzel C. "Beyond parenting: Coparenting and children's classroom adjustment". *International Journal of Behavioral Development* 2003;27:31–39.

Stuart S., O'Hara M.W. "Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy (letter)". *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:75–76.

Swartz H.A., Frank E, Zuckoff A, Cyranowski J.M., Houck P.R., Cheng Y., Fleming M.A., Grote N.K., Brent D.A., Shear M.K. "Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment". *Am J Psychiatry* 2008; 165:1155–1162

Szewczyk M, Chennault S.A. "Women's health. Depression and related disorders". *Prim Care*. 1997; 24:83-101.

Talati A., Pilowsky D.J., Wickramaratne P.J., Rush A.J., Hughes C.W., Garber J., Malloy E., King C.A., Cerda G., Sood A.B., Alpert J.E., Wisniewski S.R., Trivedi M.H., Carlson M.M., Liu H.H., Fava M., Weissman M.M. "Children of currently depressed mothers: a STAR\*D ancillary study", *J Clin Psychiatry*, 2006;67(1):126-36.

Talati A., Wickramaratne P. J., Pilowsky D. J., Alpert J. E., Cerda G., Garber J., Hughes C. W., King C. A., Malloy E., Bela Sood A., Trivedi M. H., Rush A. J., Weissman M. M., Tang M., Alpert J. E., Fava M., Wisniewski S. "Children of Depressed Mothers 1 Year After the Initiation of Maternal Treatment: Findings From the STAR", D-Child Study. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1136–1147.

Talati A., Wickramaratne P. J., Pilowsky D. J., Alpert J. E., Cerda G., Garber J., Hughes C. W., King C. A., Malloy E., Sood A.B., Verdelli Madhukar H., Trivedi M.H., Rush A. J., Weissman M. M. "Remission of maternal depression and child symptoms among single mothers". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:962–997.

Tannenbaum, L., & Forehand, R. "Maternal depressive mood: The role of the father in preventing adolescent problem behaviours". *Behaviour Research and Therapy*, 1994; 32, 321–325.

Teti D.M., Gelfand C.M., Messinger D.S., Isabella R. "Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers, and their mothers". *Developmental Psychology* 1995;31:364-76.

Teti D.M., Gelfand D.M. "Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy". *Child Dev* 1991;62:918-29.

Teti D.M., Gelfand D.M., Pompa J. "Depressed mothers' behavioural competence with their infants: demographic and psychosocial correlates". *Developmental and Psychopathology* 1990;2:259-70.

Thiessen, E. D., Hill, E. A., & Saffran, J. R. "Infant-directed speech facilitates word segmentation". *Infancy*, 2005; 7, 53–71.

Thorpe K.J., Drangonas T. & Golding J. "The effects of psycho-social factors on the mother's emotional well being during early parenthood: a cross-cultural study of Britain and Greece". *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1992; 10, 205-216.

Tikotzky L., Sharabany R., Hirsch I., Sadeh A. "Ghosts in the nursery: infant sleep and sleep-related cognitions of parents raised under communal sleeping arrangements". *Infant mental health journal*, 2010; vol. 31(3), 312–334.

Toth S.L., Rogosch F.A., Manly J.T., Cicchetti D." The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial". *J Consult Clin Psychol* 2006; 74:1006–1016.

Trifiletti, R., Pratesi, A., and Simoni, S. "Care Arrangements in Immigrant Families". 2007; National Report: Italy, SOCCARE Project Report Available at: <http://www.uta.fi/laitokset/sospol/soccare/reports.htm>.

Troutman B.R., Cutrona C.E. "Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers". *J Abnorm Psychol* 1990;99:69-78.

Tully E.C., Iacono W.G., McGue M. "An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders". *Am J Psychiatry* 2008; 165:1148–1154.

Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. "Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review". *Journal of Marriage and the Family*, 2003; 65, 574–583.

Uguz F., Akman C., Kaya N., Savas Cilli A., "Postpartum onset Obsessive-Compulsive Disorder: Incidence, Clinical Features and related factors". *Journal of clinical Psychiatry*, 68, 2007.

Uguz F., Gezgincb K., Zeytincia I.E., Karataylia S., Askina R., Gulerc O., Sahind F.K., Emulc H.M., Ozbulutc O., Gecicic O. " Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy." *Comprehensive Psychiatry* 48, 2007; 441–445.

Upadhyaya A., Creed F., Upadhyaya M. "Psychiatric morbidity among mothers attending well-baby clinic: a cross-cultural comparison". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989; 81: 148-15L.

Van Egeren L. "The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood". *Infant Mental Health Journal* 2004;25, 453–477.

Van IJzendoorn M. H.; Bakermans-Kranenburg M. J. "Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996; 64, 8-21.

Veroff, J., Sutherland, L., Chadiha, L., & Ortega, R. „Predicting marital quality with narrative assessments of marital experience". *Journal of Marriage and the Family*, 1993; 55, 326-337.

Volta A., Bussolati N., Capuano C., Ferraroni E., Novelli D., Pisani F. "Paternità: un'indagine sulle emozioni dei "nuovi" padri". *Quaderni acp* 2006; 13(4): 146-149.

Wall K., São José J. "Managing Work and Care: A Difficult Challenge for Immigrant Families". *Social Policy & Administration*, 2004; 38, 591-621.

Warren, S.L. "Narratives in risk and clinical populations". In R.N. Emde, D.P. Wolf, & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives*". Oxford University Press, 2003; 222-239

Waterston, L.; Babigian, R.; McHale, J. "Parents' stories about their families reflect individual and family functioning at infant age 12 months; Paper presented at the meetings of the World Association for Infant Mental Health"; Amsterdam, the Netherlands. 2002.

Weinberg, M. K. & Tronick, E. Z. "The impact of maternal psychiatric illness on infant development". *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59 (suppl. 2), 53-61.

Weissman M.M., Klerman G.L." Sex differences and the epidemiology of depression". *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34, 98-111.

Weissman M.M., Leaf P.J., Holzer C.E., Myers J.K., Tischler G.L." The epidemiology of depression: update on sex differences in rates". *J Affect Disord* 1984; 7, 179-188.

Weissman M.M., Markowitz J.C., Klerman G.L. "Comprehensive Guide to Interpersonal psychotherapy". New York, Basic Books, 2000.

Weissman M.M., Paykel E.S. "The depressed woman:a study of social relationships". Chicago University of Chicago Press, 1974.

Weissman M.M., Pilowsky D.J., Wickramaratne P.J., Talati A., Wisniewski S.R., Fava M., Hughes C.W., Garber J., Malloy E., King C.A., Cerda G., Sood A.B., Alpert J.E., Trivedi M.H., Rush A.J.; STAR\*D-Child Team. "Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR\*D-Child report". *JAMA* 2006; 295, 1389-1398.

Weissman M.M., Wickramaratne P., Nomura Y., Warner V., Pilowsky D., Verdeli H. "Offspring of depressed parents: 20 years later". *Am J Psychiatry* 2006; 163, 1001-1008.

Weissman S., Cohen R. "The parenting alliance and adolescence". *Adolescent Psychiatry* 1985; 12, 24-45.

Welner Z., Reich W., Herjanic B., Jung K.G., Amado H. "Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26, 649-653.

- Wenzel A., Haugen E. N., Jackson L. C., Brendle J. R. "Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum" *Anxiety Disorders* 19, 2005; 295–311.
- Wenzel A., Haugen E.N., Jackson L.C., Robinson K. "Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum". *Arch Women Ment Health* 2003; 6: 43–49.
- Wheatley S.L., Brugha T.S., Shapiro D.A. "Exploring and enhancing engagement to the psychosocial intervention 'Preparing for Parenthood'", *Arch Womens Ment Health* 2003; 6, 275-285.
- Whiffen V.E. "The comparison of postpartum with non-postpartum depression: a rose by any other name". *J Psychiatry Neurosci.* 1991; 16, 160–165.
- Whitton, A., Appleby, L., Warner, R. "Maternal Thinking and the Treatment of Postnatal Depression". *International Review of Psychiatry*, 1996; 8, 73-78.
- Wickberg, B. & Hwang, C. P. "Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample". *Journal of Affective Disorders* 1996; 39, 209-216.
- Williams K.E., Koran L.M. "Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and the premenstruum". *J Clin Psychiatry* 1997; 58, 330–334.
- Williamson V., McCutcheon H. "Postnatal depression: a review of current literature". *J.ACM* 2004; 17 (4):11-16.
- Winnicott D.W. "Colloqui con i genitori". Raffaello Cortina Editore 1993.
- Winnicott D.W. "I bambini e le loro madri", Raffaello Cortina Editore, 1987.
- Wisner K.L., Parry B.L., Piontek C.M. "Clinical practice: Postpartum depression". *New England Journal of Medicine* 2002; 347:194-199.
- Wisner K.L., Peindl K.S., Gigliotti T., Hanusa B.H. "Obsessions and compulsions in women with postpartum depression". *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 176–180.
- Wisner K.L., Perel J.M., Findling R.L. "Antidepressant treatment during breast-feeding". *Am J Psychiatry* 1996; 153:1132-1137.
- Wisner K.L., Perel J.M., Findling R.L., Hinnes R.L. "Nortriptyline and its hydroxymetabolites in breastfeeding mothers and newborns". *Psychopharmacol Bull* 1997; 33:249-251.
- Woolgarl M, Murray L. "The representation of fathers by children of depressed mothers: refining the meaning of parentification in high-risk samples". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51:5, 621–629
- World Health Organization "Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Summary Report of Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses". 2005, Geneva.
- World Health Organization. "Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature". WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2009.



Xie R.H., Liao S., Xie H., Guo Y., Walker M., Wen S.W. “Infant sex, family support and postpartum depression in a Chinese cohort”. *JECH Online First* 2010.

Yarcheski A., Mahon E.N., Yarcheski T.J., Hanks M.H., Cannella B.L. “A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment”. *International Journal of Nursing Studies* 46, 2009; 708–715.

Zlotnick C., Johnson S.L., Miller I.W., Pearlstein T., Howard M. “Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention”. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 638–640.

Zvi Eisikovits and Chaya Koren. „Approaches to and Outcomes of Dyadic Interview Analysis”. *Qual Health Res OnlineFirst*, 2010.

*Allegato 1. Cartella clinica*

Dati anagrafici

Cognome e nome

Sesso

Domicilio

Comune di nascita/nazionalità

Data di nascita/età

Anamnesi ottenuta da:

utente                       parente                       altra persona

**padre** anno di nascita \_\_\_\_\_ vivente, condizioni di salute \_\_\_\_\_  
 deceduto all'età di \_\_\_\_\_ cause \_\_\_\_\_

**madre** anno di nascita \_\_\_\_\_ vivente, condizioni di salute \_\_\_\_\_  
 deceduta all'età di \_\_\_\_\_ cause \_\_\_\_\_

**fratria**                      1° fratello M  F                       2° fratello M  F                       3° fratello M  F                       4° fratello M  F   
 anno nascita \_\_\_\_\_ anno nascita \_\_\_\_\_ anno nascita \_\_\_\_\_ anno nascita \_\_\_\_\_

**figli**                      1° M  F                       2° M  F                       3° M  F                       4° M  F   
 nascita \_\_\_\_\_ nascita \_\_\_\_\_ nascita \_\_\_\_\_ nascita \_\_\_\_\_

**Stato civile**                      Celibe/Nubile                       Coniugato/a                       Separato/a                       Divorziato/a   
    Vedovo/a

**Titolo di Studio**                      Analfabeta                       Licenza elementare                       Licenza media inferiore   
    Diploma media superiore                       Diploma universitario                       Laurea

**Collocazione Socio Ambientale**                      da solo                       famiglia origine                       famiglia acquisita   
    con altri familiari                       struttura residenziale                       altro  \_\_\_\_\_

**Occupazione**                      se non occupato (disoccupato , casalinga , studente , pensionato , invalido , altro )  
    Se occupato alle dipendenze (dirigente , quadro direttivo , impiegato tecnico , capo  
 operaio / operaio/ bracciante , altro lavoratore di pendente , apprendista , lavoratore a  
 domicilio per conto di imprese , militare , altro )

Se occupato in conto proprio (imprenditore, lavoratore in proprio, libero professionista, socio di cooperativa, familiare coadiuvante)

Ramo di occupazione (agricoltura, industria, commercio/alberghi, servizi pub.ammistrazione, condizione non professionale)

### Contatti Psichiatrici

**Contatti Psichiatrici precedenti** sì (anno \_\_\_\_\_) no ignoti

**Contatti Psicologici precedenti** sì (anno \_\_\_\_\_) no ignoti

**Se sì:**

solo ambulatoriali solo/anche ricovero

Se il paziente è stato ricoverato, **in quali strutture psichiatriche** sono avvenuti i ricoveri? (anche più scelte)

SPDC del PO o altre UOP

Altre strutture residenziali (CRAA, CP)

Ex Ospedali Psichiatrici

Ospedale Psichiatrico giudiziario

Reparti del NPI

Altro

### Inviante Principale per primo contatto

MMG

Ospedale Militare

Ospedale Generale(PS)

Carcere

Ospedale generale (struttura di degenza)

Familiari

UONPIA

Conoscenti, Vicini, Amici

NOT, SERT, NOA

Altro\_\_\_\_\_

Distretto, Consultorio

Altro Servizio ASL

UO Psichiatria

Istituto Lungo Degenza Psichiatrica

Ospedale Psichiatrico Giudiziario

SS-SS. Comunali

Residenza Sanitaria Assistenziale

Magistratura o Forze dell'Ordine



.....  
.....  
.....

Risorse socioeconomiche.....

**Descrizione del problema**

- sua descrizione e interpretazione del disagio (da quando, ipotesi sulle motivazioni, tipo di attribuzione, etc)

.....  
.....  
.....

- modalità di tentata soluzione del problema (se presenti)

.....  
.....  
.....

- vissuti rispetto al problema (paura, vergogna, ansia,...)

.....  
.....  
.....

- vissuti rispetto all'attuale richiesta di aiuto

.....  
.....  
.....

Come va col bambino? Come il disagio interferisce – se interferisce - nel suo rapporto quotidiano con lui? E nel suo rapporto col partner (e con gli altri significativi)?

.....  
.....  
.....

Come gli altri (ad es. il marito, la suocera, etc) vivono questo momento di difficoltà della mamma? Sono eventualmente disponibili a essere coinvolti nell'affrontare il problema?

.....  
.....  
.....

Quali cambiamenti indotti dalla sua maternità sono da lei vissuti positivamente e quali negativamente?

.....  
.....  
.....



**Descrizione del problema**

- sua descrizione e interpretazione del disagio (da quando, ipotesi sulle motivazioni, tipo di attribuzione, etc)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- modalità di tentata soluzione del problema (se presenti)

.....  
.....  
.....

- vissuti rispetto al problema (paura, vergogna, ansia,...)

.....  
.....  
.....

- vissuti rispetto all'attuale richiesta di aiuto

.....  
.....  
.....

Come va col bambino? Come il disagio interferisce – se interferisce - nel suo rapporto quotidiano con lui? E nel suo rapporto col partner (e con gli altri significativi)?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Come gli altri (ad es. il marito, la suocera, etc) vivono questo momento di difficoltà della mamma? Sono eventualmente disponibili a essere coinvolti nell'affrontare il problema?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Quali cambiamenti indotti dalla sua maternità sono da lei vissuti positivamente e quali negativamente?

.....  
.....  
.....

*Allegato 3. Protocollo di Ricerca*

## Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) – Versione Italiana

Nome: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Data di nascita del bambino: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Attraverso le domande che troverai di seguito, vorremmo sapere come ti senti ora che sei in gravidanza o hai avuto da poco il tuo bambino.

Segna le risposte che si avvicinano maggiormente al tuo stato emotivo, cercando di riferirti non solo al tuo umore di oggi ma tentando di descrivere al tuo stato d'animo negli ultimi 7 giorni.

Di seguito un esempio di domanda compilata, ti chiediamo di completare le altre in modo simile:

Mi sono sentita felice:

- Sì, sempre.
- Sì, la maggior parte del tempo.
- No, non molto tempo.
- No, mai.

Che significa: "Mi sono sentita felice gran parte del tempo durante la settimana scorsa."

- 1) Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose
  - Come facevo sempre.
  - Adesso, non proprio come al solito.
  - Adesso, decisamente un po' meno del solito.
  - Per niente.
- 2) Ho guardato con gioia alle cose future
  - Come ho sempre fatto.
  - Un po' meno di quanto ero abituata a fare.
  - Decisamente meno di quanto ero abituata a fare.
  - Quasi per nulla.
- 3) Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male
  - Sì, il più delle volte.
  - Sì, qualche volta.
  - Non molto spesso.
  - No, mai.
- 4) Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo
  - No, per niente.
  - Quasi mai.
  - Sì, qualche volta.
  - Sì, molto spesso.
- 5) Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo
  - Sì, moltissimi.
  - Sì, qualche volta.
  - No, non molti.
  - No, per niente.



Operatore \_\_\_\_\_

- 6) Mi sentivo sommersa dalle cose
- Sì, il più delle volte non sono stata affatto capace di far fronte alle cose
  - Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
  - No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene.
  - No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre.
- 7) Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire
- Sì, il più delle volte.
  - Sì, qualche volta.
  - Non molto spesso.
  - No, per nulla.
- 8) Mi sono sentita triste o infelice
- Sì, il più delle volte.
  - Sì, abbastanza spesso.
  - Non molto spesso.
  - No, per nulla.
- 9) Sono stata così infelice che ho perfino pianto
- Sì, il più delle volte.
  - Sì, abbastanza spesso.
  - Solo di quando in quando.
  - No, mai.
- 10) Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente
- Sì, molto spesso.
  - Qualche volta.
  - Quasi mai.
  - Mai.

Data \_\_\_\_\_

# Post Partum Social Support Questionnaire

Hopkins J., Campbell S.G. 2008

Di seguito troverai alcune domande le domande che si riferiscono a come ti senti ora che hai avuto da poco il tuo bambino. Ti chiediamo di valutare per ogni domanda quanto spesso accade il comportamento descritto segnando da 1 a 7 una crocetta. Tieni conto che 1 equivale a "mai" 2 a "molto raramente" 3 a "raramente" 4 a "qualche volta" 5 a "abbastanza spesso" 6 a "molto spesso" e 7 a "sempre".

Di seguito un esempio di domanda compilata, ti chiediamo di completare le altre in modo simile:

Quanto spesso esci la sera?:

|   |   |   |              |   |   |   |
|---|---|---|--------------|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | <del>4</del> | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|--------------|---|---|---|

Che significa "Esco la sera qualche volta"

- |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Quanto spesso il tuo partner ti aiuta a prendersi cura del bambino?                        | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 2. Quanto spesso gioca con il bambino?  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 3. Quanto spesso riesce a calmare il bambino?   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 4. Quanto spesso resta con il bambino in modo da lasciarti del tempo libero?                  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 5. Quanto spesso ti aiuta nelle altre faccende domestiche?                                    | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 6. Quanto spesso ti aiuta nel preparare i pasti per la famiglia?                              | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 7. Quanto spesso ti aiuta nel fare la spesa?  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 8. Quanto spesso è in disaccordo con te sul modo di "maneggiare" il bambino?                  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 9. Quanto spesso dice che è difficile occuparsi del bambino?                                  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 10. Quanto spesso manifesta insoddisfazione per il cambiamento nella vostra routine?          | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 11. Quanto spesso manifesta insoddisfazione per il poco tempo da passare insieme in coppia?   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 12. Quanto spesso parli del bambino con il tuo partner?                                       | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 13. Quanto confidi nel tuo partner?   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 14. Quanto il tuo partner confida in te?  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 15. Trovi che in generale il tuo partner è stato supportivo nei tuoi confronti dalla nascita? | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 16. Quanto spesso hai contatti con i tuoi genitori?   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 17. Quanto spesso i tuoi genitori ti aiutano con il bambino?                                  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |
| 18. Quanto spesso i tuoi genitori ti aiutano come baby-sitter?                                | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |

|  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. Pensi di potere contare sui tuoi genitori per un aiuto economico?                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Quanto spesso ti aiutano nelle faccende domestiche?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Quanto spesso il tuo bambino passa del tempo con i tuoi genitori?                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Quanto spesso confidi nei tuoi genitori?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Quanto spesso i tuoi genitori confidano in te?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Quanto spesso i tuoi genitori ti danno consigli o orientamenti per gestire il bambino?         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Quanto spesso discuti del bambino con i tuoi genitori?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. Trovi che in generale i tuoi genitori siano stati supportavi nei tuoi confronti dalla nascita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. Quanto spesso hai contatti con i tuoi suoceri?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. Quanto spesso i tuoi suoceri ti aiutano con il bambino?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. Quanto spesso i tuoi suoceri ti aiutano come baby-sitter?                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. Pensi di potere contare sui tuoi suoceri per un aiuto economico?                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 31. Quanto spesso i tuoi suoceri ti aiutano nelle faccende domestiche?                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32. Quanto spesso il tuo bambino passa del tempo con i tuoi suoceri?                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 33. Quanto spesso confidi nei tuoi suoceri?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 34. Quanto spesso i tuoi suoceri confidano in te?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 35. Quanto spesso i tuoi suoceri ti danno consigli o orientamenti per gestire il bambino?          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 36. Quanto spesso hai contatti con altri parenti o amici?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 37. Quanto spesso gli altri parenti o gli amici ti aiutano con il bambino?                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 38. Quanto spesso gli altri parenti o gli amici ti aiutano come baby-sitter?                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 39. Pensi di potere contare sui tuoi parenti o sugli amici per un aiuto economico?                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 40. Quanto spesso gli altri parenti o gli amici ti aiutano nelle faccende domestiche?              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 41. Quanto spesso il tuo bambino passa del tempo con gli altri parenti o gli amici?                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 42. Quanto spesso tu passi del tempo con gli altri parenti o gli amici?                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 43. Quanto spesso confidi nei tuoi parenti o amici?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 44. Quanto spesso i tuoi parenti o amici confidano in te?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 45. Quanto spesso i tuoi parenti o amici ti danno consigli o orientamenti per gestire il bambino?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 46. Quanto spesso parli con i tuoi parenti o amici del bambino                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

47. Senti di avere qualcuno a cui rivolgerti per un consiglio esperto sul bambino? 

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

48. Hai qualcuno al di fuori della famiglia e degli amici che può aiutarti come baby-sitter? 

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

49. In generale, i parenti ti sono stati di supporto a partire dalla nascita? 

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

50. In generale, gli amici ti sono stati di supporto a partire dalla nascita? 

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

51. In generale pensi che ci siano adeguate strutture/associazioni/organizzazioni/fondazioni in grado di sostenere le madri in difficoltà sul territorio? Quanto sono disponibili/accessibili? Ti rivolgeresti a loro?

| Chi sono | Sono raggiungibili   | Mi rivolgerei a loro |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
|----------|--|----------------------|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
|          | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1        | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
| 1        | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
|          | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1        | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
| 1        | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
|          | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1        | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
| 1        | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
|          | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1        | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
| 1        | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
|          | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1        | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |
| 1        | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |

Monza, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Grazie per la Gentile Collaborazione,

Il team di ricerca.

**Istruzioni:**

Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni la risposta che indica come lei si sente ADESSO, cioè in questo preciso momento, mentre sta iniziando a compilare questo test.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Risponda a TUTTE le domande

Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e scelga la sua risposta tra le seguenti:

<sup>1</sup> = PER NULLA; <sup>2</sup> = UN POCO; <sup>3</sup> = ABBASTANZA; <sup>4</sup> = MOLTISSIMO

|  | PER NULLA                             | UN POCO                               | ABBASTANZA                            | MOLTISSIMO                            |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 2.1 Mi sento calmo .....                                       | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.2 Mi sento sicuro .....                                      | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.3 Sono teso .....  | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.4 Ho dei rimpianti .....                                     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.5 Mi sento tranquillo .....                                  | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.6 Mi sento turbato .....                                     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.7 Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie ..... | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.8 Mi sento riposato .....                                    | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.9 Mi sento ansioso .....                                     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.10 Mi sento a mio agio .....                                 | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.11 Mi sento sicuro di me .....                               | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.12 Mi sento nervoso .....                                    | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.13 Sono agitato .....  | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.14 Mi sento molto teso .....                                 | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.15 Sono rilassato .....                                      | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.16 Mi sento contento .....                                   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.17 Sono preoccupato .....                                    | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.18 Mi sento sovraeccitato e scosso .....                     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.19 Mi sento allegro .....                                    | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 2.20 Mi sento bene .....                                       | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

CBA 2.0 — SCHEDA 3

*Istruzioni:*

*Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta la risposta come Lei si sente ABITUALMENTE. Risponda pensando a come Lei è di solito, non al momento attuale. Risponda a TUTTE le domande scegliendo la risposta tra le seguenti:*

<sup>1</sup> = QUASI MAI; <sup>2</sup> = QUALCHE VOLTA; <sup>3</sup> = SPESSO; <sup>4</sup> = QUASI SEMPRE

QUASI MAI  
QUALCHE VOLTA  
SPESSO  
QUASI SEMPRE

- |      |   |                                       |                                       |                                       |                                       |
|------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 3.1  | Mi sento bene .....   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.2  | Mi stanco facilmente .....  | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.3  | Mi sento come se dovessi piangere .....   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.4  | Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri .....                     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.5  | Spesso perdo delle occasioni perché non riesco a decidermi abbastanza in fretta ... | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.6  | Mi sento riposato .....   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.7  | Io sono calmo, tranquillo e padrone di me .....                                     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.8  | Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare .....           | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.9  | Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza .....                | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.10 | Sono felice .....   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.11 | Tendo a considerare «difficili» le cose .....                                       | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.12 | Manco di fiducia in me stesso .....   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.13 | Mi sento sicuro .....   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.14 | Cerco di evitare di affrontare crisi o difficoltà .....                             | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.15 | Mi sento stanco e depresso .....  | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.16 | Sono contento .....   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.17 | Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono .....     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.18 | Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa ... | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.19 | Sono una persona costante .....   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 3.20 | Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni .....           | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

*Istruzioni:*

*Legga attentamente ognuna delle seguenti affermazioni e scelga la sua risposta tra le seguenti:*

V = VERO;  F = FALSO

|   | VERO                       | FALSO                      |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 9.1 Evito di usare il telefono pubblico perché c'è possibilità di contaminazione .....                                      | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.2 Ho frequentemente dei pensieri sgradevoli e non riesco a sbarazzarmene .....  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.3 Se tocco un animale mi sembra di essere contaminato .....   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.4 Devo controllare ripetutamente certe cose<br>(es. rubinetti dell'acqua, del gas, porte, ecc.) .....                     | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.5 Quasi ogni giorno mi vengono in mente pensieri spiacevoli contro la mia volontà e<br>ne sono turbato .....              | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.6 Solitamente ho seri dubbi circa semplici cose che faccio ogni giorno .....  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.7 Nel mio lavoro sono spesso in ritardo perché mi perdo a fare e rifare una stessa cosa<br>più volte del necessario ..... | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.8 Impiego una quantità eccessiva di sapone per lavarmi .....  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.9 Devo sempre controllare e ricontrollare più volte una lettera prima di imbucarla .....                                  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.10 Non sono eccessivamente preoccupato per la pulizia .....   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.11 Uno dei miei maggiori problemi è quello di prestare moltissima attenzione ai particolari                               | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.12 Un mio grande problema è quello di controllare ripetutamente le cose .....   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.13 Non mi creo preoccupazioni inutili per i germi e le malattie .....   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.14 Ho la tendenza a controllare le cose più di una volta .....  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.15 In ogni cosa che faccio seguo un ordine molto preciso .....  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.16 Mi sento le mani sporche dopo aver usato del denaro .....  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.17 Il mattino impiego parecchio tempo per lavarmi completamente .....   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.18 Ho un consumo eccessivo di detersivi e disinfettanti .....   | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.19 Ogni giorno trascorro molto tempo a controllare le cose più e più volte .....  | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.20 La sera, prima di andare a letto, devo appendere e piegare con cura i miei abiti .....                                 | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |
| 9.21 Anche se faccio una cosa molto attentamente, mi pare spesso di non averla fatta bene ..                                | <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> F |

☆

Allegato 4 Scheda Utente

| SCHEDA UTENTE                    |                       | ID:                                       |   |                                      |
|----------------------------------|-----------------------|---|---|--------------------------------------|
| Nome:                            |                       | Cognome:                                  |   |                                      |
| Età:                             |                       | Età:                                      |   |                                      |
| N° Gravidanza:                   |                       | Situazione Abitativa:                     |   |                                      |
| Note:                            |                       | Note:                                     |   |                                      |
| <b>QUESTIONARI SOMMINISTRATI</b> | Data Somministrazione | Test somministrato                        | Operatore                                 |                                      |
|                                  |                       | Postpartum Social Support Questionnaire   |   |                                      |
|                                  |                       | Edinburgh Postnatal Depression Scale      |   |                                      |
|                                  |                       | STAI-X1 (Ansia di stato)                  |   |                                      |
|                                  |                       | STAI-X2 (Ansia di tratto)                 |   |                                      |
|                                  |                       | CBA scheda 9 (Dist. Ossessivo-Compulsivo) |   |                                      |
|                                  |                       | Intervista sul Cambiamento Terapeutico    |   |                                      |
| <b>PUNTEGGI SINGOLI</b>          | Sintomatologia        | Depressione                               | Pre                                       |                                      |
|                                  |                       |   | Post                                      |                                      |
|                                  |                       | Ansia di Stato                            | Pre                                       |                                      |
|                                  |                       |   | Post                                      |                                      |
|                                  |                       | Ansia di Tratto                           | Pre                                       |                                      |
|                                  |                       |   | Post                                      |                                      |
|                                  | Ossessivo-Compulsivo  | Pre                                       |   |                                      |
|                                  |                       | Post                                      |   |                                      |
|                                  | Supporto Sociale      | Compagno                                  | Pre                                       |                                      |
|                                  |                       |   | Post                                      |                                      |
|                                  |                       | Genitori                                  | Pre                                       |                                      |
|                                  |                       |   | Post                                      |                                      |
|                                  |                       | Suoceri                                   | Pre                                       |                                      |
|                                  |                       |   | Post                                      |                                      |
| Amici                            |                       | Pre                                       |   |                                      |
|                                  |                       | Post                                      |   |                                      |
| Professionisti                   |                       | Pre                                       |   |                                      |
|                                  |                       | Post                                      |   |                                      |
| Media                            |                       | Pre                                       |   |                                      |
|                                  |                       | Post                                      |   |                                      |
| <b>TRAT</b>                      | COUNS. SINGOLO        | COUNS. DI COPPIA                          | COUNS. DI GRUPPO <input type="checkbox"/> | ALTRO <input type="checkbox"/> _____ |



*Allegato 5. Intervista sul cambiamento percepito*

**Tipologia di terapia:**

Counseling di gruppo  Durata (n°sedute) \_\_\_\_\_

Counseling individuale  Durata (n°sedute) \_\_\_\_\_

Terapia individuale  Durata (n°sedute) \_\_\_\_\_

---

**Data**

---

**Intervistatore**

---

**Intervista trascritta da**

---

**INTERVISTA SUL CAMBIAMENTO PERCEPITO\***

**1 Domande generali:**

1.a In che cosa consiste il percorso che ha svolto presso la nostra struttura?

1.b Come le è sembrato?

1.c Come lo sta vivendo?

1.d Come lo valuta in generale?

**2 Descrizione di sé:**

2a. Come descriverebbe se stesso, com'è adesso? (Se la descrizione è troppo sintetica o generica, chiedere: «Può darmi un esempio?»; e alla fine: «Vuole aggiungere altro?»)

2b. Come la descriverebbero le altre persone che la conoscono meglio?

2c. Se potesse cambiare qualcosa di sé, cosa cambierebbe?

### **3 Cambiamenti percepiti:**

3a. Quali cambiamenti ha notato in se stesso da quando ha iniziato a frequentare lo sportello?

3b. Pensa, prova sentimenti e emozioni in modo diverso da prima? Se sì, quali?

3c. Ha ricevuto degli spunti riguardo al modo di pensare a sé e agli altri? Se sì, quali?

3d. Altre persone le hanno fatto notare dei cambiamenti avvenuti in lei e nel suo comportamento?

[L'intervistatore prende appunti su quanto detto per riutilizzarli poi al punto 4]

3e. Qualcosa per lei è cambiata in peggio o in meglio da quando ha iniziato a frequentare lo sportello?

3f. C'è qualcosa che avrebbe voluto cambiare, e che non è cambiata, da quando ha iniziato a frequentare lo sportello?

4. **Valutazione quantitativa dei cambiamenti** [Riprendere uno a uno i cambiamenti indicati e farne indicare una valutazione quantitativa nella scheda allegata, in base alle tre scale indicate]:

4a. Per ciascuno dei cambiamenti rilevati, indichi quanto se lo aspettava, o quanto ne è rimasto sorpreso.

Usi questa scala di valutazione:

(1) Me lo aspettavo sicuramente.

(2) Era abbastanza atteso.

(3) Non me lo aspettavo ma non ne sono sorpreso.

(4) Ne sono rimasto abbastanza sorpreso (era alquanto inatteso).

(5) Ne sono rimasto molto sorpreso (era del tutto inatteso).

4b. Per ciascuno dei cambiamenti rilevati, indichi quanto ritiene probabile che sarebbe avvenuto se non fosse stato all'interno degli incontri/terapia.

(1) Molto probabile anche senza la terapia/gli incontri (sarebbe avvenuto comunque).

(2) Abbastanza probabile anche senza la terapia/gli incontri (forse sarebbe avvenuto lo stesso).

(3) Né probabile né improbabile (niente da dire al riguardo).

(4) Abbastanza improbabile senza la terapia/gli incontri (forse non sarebbe avvenuto).

(5) Molto improbabile senza la terapia/gli incontri (non sarebbe avvenuto affatto).

4c. Per ciascuno dei cambiamenti rilevati, indichi quanto importante o significativo lo considera per lei personalmente.

(1) Per nulla importante.

(2) Poco importante.

(3) Abbastanza importante.

(4) Molto importante.

(5) Estremamente importante.

### **5. Attribuzioni:**

5.a In generale, cosa pensa abbia causato questi cambiamenti? In altre parole, cosa pensa che abbia potuto provarli? (Consideri fattori sia al di fuori sia interni alla terapia/gli incontri).

### **6. Aspetti utili del percorso comunitario:**

6.a Può riassumere in che cosa finora ritiene che la terapia/gli incontri l'abbia/no aiutata? Porti degli esempi specifici.

### **7. Aspetti problematici:**

7a. Quali aspetti della terapia/gli incontri sono stati per lei di ostacolo, non utili, negativi o spiacevoli? Porti

degli esempi specifici.

7b. Ci sono state delle cose della terapia/gli incontri difficili o spiacevoli, ma tuttavia utili? Quali?

7c. È mancato qualcosa durante la terapia/gli incontri che avrebbe potuto aiutarla? In altre parole, che cosa avrebbe potuto renderlo più utile ed efficace?

### 8. *Suggerimenti:*

8.a Ha suggerimenti specifici circa della terapia/gli incontri? Vuole dire altro?

Intervista adattata dall' "Intervista sul cambiamento terapeutico" di S. Di Nuovo (2000)

### **ELENCO DEI CAMBIAMENTI RISCONTRATI**

| TIPO DI CAMBIAMENTO | IL CAMBIAMENTO E' STATO |                          |                               |                            |                 | SENZA TERAPIA/CORSO SAREBBE STATO |                               |                                     |                             |                        | IMPORTANZA     |             |                   |              |                   |
|---------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|--------------|-------------------|
|                     | <i>Atteso</i>           | <i>Abbastanza atteso</i> | <i>Né atteso, né inatteso</i> | <i>Abbastanza inatteso</i> | <i>Inatteso</i> | <i>Improbabile</i>                | <i>Abbastanza improbabile</i> | <i>Né probabile, né improbabile</i> | <i>Abbastanza probabile</i> | <i>Molto probabile</i> | <i>Nessuna</i> | <i>Poca</i> | <i>Abbastanza</i> | <i>Molta</i> | <i>moltissima</i> |
| 1                   | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 2                   | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 3                   | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 4                   | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 5                   | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 6                   | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 7                   | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 8                   | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 9                   | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 10                  | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 11                  | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 12                  | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 13                  | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |
| 14                  | 1                       | 2                        | 3                             | 4                          | 5               | 1                                 | 2                             | 3                                   | 4                           | 5                      | 1              | 2           | 3                 | 4            | 5                 |

## Ringraziamenti

Questo progetto deve la sua ideazione e realizzazione nell'ambito del lavoro dell'Associazione Panda Onlus che oltre a fornire l'occasione e il sostegno all'attività di ricerca presso il suo ambulatorio, ha seguito tutte le fasi di implementazione dell'intervento mettendo a disposizione competenze specifiche quando necessario e verificandone i risultati. Lo spirito che anima l'attività di Panda Onlus appare anche all'interno della strutturazione del disegno di ricerca alimentando la sensazione in chi se ne occupa di utilità e originalità del proprio operato.

Molto lo si deve, all'equipe al completo dell'ambulatorio che si è sempre dimostrata disponibile a fornire il proprio contributo alla ricerca anche andando oltre alle aspettative iniziali. Un grazie in particolare al direttore dell'Unità Operativa della Psicologia dell'Età Adulta dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo: il Dott. Umberto Mazza che ogni lunedì è pronto a confrontare dati di protocollo e considerazioni cliniche e a creare così una conoscenza comune preziosa per il progetto ma soprattutto per la formazione di chi scrive.

Le madri che hanno fornito la loro esperienza con coraggio e impegno sono le vere anime del progetto e per questo indispensabili fonti di ispirazione e principali giudici di forma e risultati ottenuti.

Considero poi una gran fortuna che io non trovi in questo spazio, parole formali per le persone che mi hanno sostenuta, sopportata e consigliata lungo il mio percorso di dottorato. Tutto il Multimedia Health Communication Laboratory, seguendo l'esempio e lo spirito dei suoi comandanti in capo Prof. Rezzonico e Prof.ssa Strepparava, è diventato infatti per me occasione e luogo di ispirazione e confronto, sperimentazione e verifica, affetto e guida, insomma di tutto ciò che fa venir voglia di costruirsi le ali e crescere. Mi trovo a ringraziarvi per la competenza, le forme, i contenuti e lo spirito di ogni conversazione o richiesta o discussione che mi sia stata necessaria e mai negata in ufficio come a pranzo, al telefono, per via telematica, ecc. Grazie soprattutto a tutti gli "MHCL's addicted" per essere le persone che mi fa piacere vedere al mattino, pur nella nebbia monzese.

Alla mia famiglia ristretta, allargata ed espansa, quella di nascita e quella scelta negli anni, grazie per la capacità di essermi stati sempre vicino in ogni sfida sensata o meno che io abbia intrapreso, indipendentemente dalla personale approvazione e condivisione delle mie scelte. Ovviamente grazie per aver sopportato gli sbalzi d'umore durante la scrittura della tesi ma anche per aver sviluppato la capacità di fingere saltuario ma vivo interesse anche verso le tematiche di ricerca specifiche nelle conversazioni serali. Ad Antonio grazie per l'alternanza dei ruoli di sostenitore accanito e revisore inflessibile impersonati a regola d'arte con tempistiche più che perfette.