Rivista
dell'Ordine
Psicologi
della Regione
Marche

psicoin

anno XV
numero 1 2021

OPM
Ordine Psicologi delle Marche

Katia Marilungo
Federica Guercio

Arianna Buchi
Barbara Bagalini
Viridiana Colombo
Laura Lippolis
Sara Marcaccio
Erika Melchiorri
Elena Mini
Katiuscia Morelli
Eleonora Palma
Silvia Polenta
Sara Scarponi



psicoin
Rivista dell'Ordine Psicologi
della Regione Marche

Direttrice Responsabile
Katia Marilungo

Comitato Editoriale
Federica Guercio
Coordinatrice comitato editoriale

Katia Marilungo
Aquilino Calce
Ketti Chiappa
Ilenia Marinelli
Valentina Strippoli

Impaginazione:
Tipolitografia Emmepiesse snc - Ancona

Registrazione
Registrato il 19.06.2000
Presso il Tribunale di Ancona
con il n. 8/2000

Periodicità
Semestrale

Recapiti
Redazione
Ordine Psicologi della Regione Marche
Via Calatafimi 1 - 60121 - Ancona
info@ordinepsicologimarche.it

Per conoscere le norme redazionali
consultare il sito internet
www.ordinepsicologimarche.it

ISSN 2039-4101

Indice

La pagina della Presidente 5
Katia Marilungo

Editoriale 6
Federica Guercio
Coordinatrice Comitato Editoriale,
Ordine Psicologi della Regione Marche

Contributi

Lo psicologo perinatale: dalla prevenzione al sostegno. 8
Elena Mini, Silvia Polenta

Il ruolo dello psicologo nel reparto di ostetricia-ginecologia.
Tra realtà ed opportunità 12
Silvia Polenta, Elena Mini, Arianna Buchi

Lo psicologo in Terapia Intensiva Neonatale.
Prevenzione, sostegno e formazione 19
Viridiana Colombo, Erika Melchiorri, Arianna Buchi

Il viaggio interrotto… l'importanza del sostegno psicologico
nella fase di ritorno 28
Barbara Bagalini, Katiuscia Morelli

Transizione alla genitorialità. Attraversare la crisi tra mito e realtà 33
Eleonora Palma

Il feto come presenza in relazione 45
Laura Lippolis

Quando nasce un papà 51
Sara Marcaccio, Sara Scarponi



La pagina della Presidente

Katia Marilungo
Psicologa psicoterapeuta
Presidente Ordine Psicologi della Regione Marche

"Psicologia prenatale: è necessario aumentare il livello di attenzione"

Da ormai otto anni il nostro Ordine regionale è attento alla psicologia perinatale, lavorando per lo sviluppo di una rete professionale capace di assistere i genitori in un percorso completo, dal concepimento fino ai primi tre anni di vita del figlio. Lo psicologo perinatale garantisce un'attenzione speciale ai neogenitori durante la delicata fase del ciclo vitale della famiglia e grazie a lui piccole ma grandi problematiche come carenza di sonno, alimentazione, attaccamento, emozioni e comunicazione possono essere fin da subito affrontate. Questa figura professionale è a disposizione di mamme e papà nei reparti di ostetricia e ginecologia, senza contare il supporto fornito all'interno della Terapia Intensiva Neonatale, in cui fornisce informazioni su prematurità e possibili conseguenze, offrendo uno spazio per elaborare emozioni e vissuti rispetto all'evento improvviso e traumatico. Oltre alle attenzioni riservate alla mamma, nella società moderna in cui la famiglia è di tipo mononucleare, un ruolo cardine è ricoperto dal papà, chiamato a sostenere la diade madre-bambino nella complessa conoscenza reciproca, proteggendo al contempo la partner dalle ingerenze esterne.

Assistere la totalità della famiglia in questo percorso significa anche intervenire virtuosamente sul bilancio della sanità regionale: oltre a ridurre patologie e complicazioni cliniche, questo investimento avrà a cascata un notevole risparmio economico perché nel breve termine ci sarà un forte calo dei parti cesarei, una riduzione nelle mamme dei disturbi psicologici pre e postparto e una diminuzione di patologie neonatali per il bambino; nel lungo termine, invece, si abbatteranno il costo per i farmaci usati nella cura dei disturbi psicologici e per i disturbi psicosomatici.

La nostra società deve essere più rispondente ai bisogni delle famiglie: lo dimostra il forte calo delle nascite nel nostro Paese, dovuto principalmente alla mancanza di servizi a disposizione delle coppie.

La figura dello psicologo perinatale esiste già da un ventennio ed è nostra intenzione valorizzarla al meglio. Come categoria professionale desideriamo venire ascoltati e poter dare il nostro contributo."

Editoriale

Federica Guercio
Coordinatrice Comitato Editoriale Ordine Psicologi Marche

"La maternità è un'esperienza complessa, fisica ed emotiva. Ma solo nella madre possiamo trovare la salvezza dal senso di vuoto. . . .Le mani delle madri ci salvano dal vuoto, il loro sorriso ci apre al mondo"

M. Recalcati

L'idea di una rivista monografica sul tema nasce dall'intenso lavoro e produzione del gruppo, nonché dalla urgenza di informare e rendere più sensibile la comunità psicologica e non, circa l'importanza della psicologia perinatale.

Ogni sforzo che facciamo per migliorare la salute psicologica e lo stato d'animo delle mamme e dei neogenitori è un contributo alla stabilità familiare e alla salute delle generazioni future.

È una responsabilità che poggia sull'operato di molte figure professionali che lavorando in rete di supporto svolgono un ruolo fondamentale nella salvaguardia della salute perinatale.

Maternità e genitorialità rappresentano un impegno che richiede molte abilità, un'esperienza di vita emotivamente impegnativa e faticosa. La mamma nella maggior parte delle famiglie è anche la principale fonte di conforto di attenzioni di consigli e tutti i componenti della famiglia solitamente fruiscono della sua dedizione; e tutti, soprattutto i bambini, soffrono per la sua eventuale condizione di sconforto.

Oggi le nostre conoscenze sul disagio psicologico materna sono più dettagliate; maternity blues, depressione post partum, fino alla psicosi post partum sono aspetti più conosciuti più trattabili e quindi anche più prevenibili. Possiamo comprendere maggiormente che cosa non va nelle madri in difficoltà e intervenire in modo efficace.

Tanto è stato fatto in questi ultimi 30 anni ma altrettanto impegno occorre per approfondire alcuni aspetti ancora oscuri che connotano la sofferenza psicologica estrema che spesso emerge in gravidanza e nel post partum. La tutela della salute psicologica perinatale necessita di programmi di promozione di benessere attraverso azioni di sensibilizzazione da offrire alla comunità affinché si concretizzino sempre più maternità e paternità responsabili.

A seguire il primo articolo illustra gli obiettivi del lavoro e il contenuto dei successivi contributi.

Buona lettura



Lo psicologo perinatale: dalla prevenzione al sostegno.

Elena Mini, Silvia Polenta

Il gruppo perinatale si costituisce nell'ottobre del 2014 su proposta della dott.ssa Ketty Chiappa, tesoriere dell'Ordine degli Psicologi della Regione Marche.
Gli obiettivi del gruppo sono quelli di sensibilizzare ai fenomeni che accadono nel periodo che precede, accompagna e segue la nascita, con la finalità ultima di prevenire forme di disagio e sostenere le donne, le coppie, le famiglie che affrontano un periodo così denso di emozioni e cambiamenti.
È con questi presupposti che il gruppo lavora sin da subito all'organizzazione di un convegno che ad aprile 2016 vedrà per la prima volta l'Ordine degli Psicologi delle Marche e l'Ordine dei Medici di Ancona seduti allo stesso tavolo a parlare di *"Depressione post partum. Un approccio multidisciplinare".*
In parallelo a questo grande evento, il gruppo dà forma ad un progetto dal titolo *"Screening nel territorio marchigiano sullo stato di benessere psicologico della donna nel periodo pre e post partum"*.
Il progetto si pone come obiettivi quelli di individuare le donne a rischio di disagio per un eventuale invio ai servizi territoriali, e favorire la consapevolezza, la riflessione, la competenza sul fenomeno della depressione post partum da parte degli operatori del percorso nascita e della rete dei servizi sanitari.
Nel 2018 il gruppo lavora alla stesura di un poster per sensibilizzare la comunità al tema delle luci ed ombre della maternità e paternità.
Nel giugno 2019 il gruppo si arricchisce di nuovi elementi e decide di scrivere interamente un numero della rivista Psico-in, in edizione monotematica, sul tema della psicologia perinatale.
Intento di questo nuovo lavoro è quello di informare e rendere più sensibile la comunità psicologica e non, all'importanza della figura dello psicologo perinatale.
Con questi presupposti, vi guideremo nella scoperta di alcuni temi che riteniamo importanti ed utili da approfondire ed analizzare, per rendere questo delicato periodo della vita, un periodo da vivere al meglio delle sue possibilità.
Affronteremo sette argomenti sviluppati in altrettanti articoli, separati per comodità, ma correlati l'un l'altro.
Il filo conduttore è la gravidanza e la nascita ed anche le possibili complicanze, ma soprattutto la donna, l'uomo e le figure che ruotano intorno a questo evento ed ai vissuti che questa esperienza così pregnante suscita nelle persone coinvolte.
La gravidanza rappresenta una fase di passaggio che investe non solo la donna ed il suo bambino, ma anche il padre ed il contesto familiare e sociale nel quale

sono inseriti. Si tratta indubbiamente di un cambiamento fisiologico: il corpo della donna trova, attraverso delle mirabili modificazioni dettate dalla programmazione genetica della sua natura, lo spazio per accogliere un nuovo essere vivente (Braibanti, 1993; Odent, 2008). A questo proposito attualmente il sapere scientifico, per ciò che riguarda la medicina ginecologica e ostetrica, può vantare di un insieme di conoscenze approfondite sui cambiamenti fisici e ormonali che accompagnano lo sviluppo di una nuova vita nell'utero materno. Le fasi dello sviluppo embrionale, la ristrutturazione del corpo materno, i cambiamenti dei valori plasmatici e le oscillazioni ormonali rappresentano ambiti che possono essere monitorati, controllati ed indagati attraverso tecniche di misurazione affidabili e sempre più raffinate. Questo dovrebbe garantire alla "coppia in gravidanza" una sorta di tranquillità sulla crescita del bambino, sulla sua salute e su quella della madre. In realtà invece numerosi studi indicano come il periodo della gravidanza e del post-parto possano essere difficili e complessi (Milgrom, Martin e Negri, 2003, Eusebi e Gaddini, 2005). Complessi perché il suddetto passaggio da donna a madre, da uomo a padre e da coppia coniugale a coppia genitoriale non implica solo un cambiamento di numero o di ruolo, ma investe soprattutto una sfera emotiva che spesso, per motivi culturali, stereotipi e falsi miti ha difficoltà ad essere espressa (Marinopoulus, 2006).

Per la donna la nascita di una nuova vita dentro di sé implica inevitabilmente un susseguirsi di emozioni e pensieri che spesso sono in antitesi tra loro, la gioia del miracolo di un nuovo essere vivente si mescola con la paura di non essere all'altezza del compito; le aspettative, più o meno consce sul bambino e sul ruolo



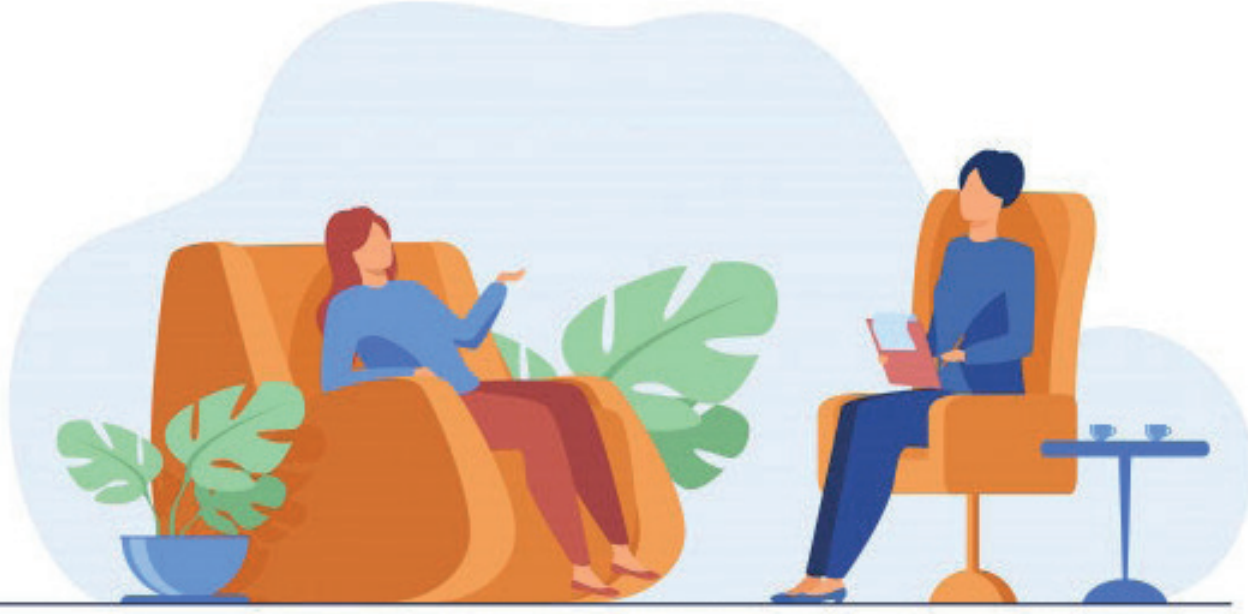
genitoriale, si riverberano in un'altalena di sensazioni che creano confusione se non hanno la possibilità di essere espresse. Vengono riattivate emozioni, vissuti e memorie che riguardano le relazioni con i propri genitori, si ampliano le sensazioni che derivano dal corpo ed emergono preoccupazioni e tensioni nuove (Vegetti Finzi , 2017; Stern, 1999, 2007).

E cosa dire di quando questa possibilità non riesce a concretizzarsi o passa attraverso vie tortuose e dolorosissime? Lo vedremo attraverso gli articoli che seguiranno.

Nel primo articolo "Il ruolo dello psicologo nel reparto di ostetricia-ginecologia", metteremo in evidenza quanto sia importante la presenza di uno psicologo perinatale in pianta stabile all'interno di un reparto, e nello specifico, un reparto di ostetricia-ginecologia. Analizzeremo le situazioni di cui si può occupare e che abitualmente incontra nel suo lavoro, soprattutto in un momento in cui le difficoltà non sono ancora sintomi.

"Il viaggio interrotto…l'importanza del sostegno psicologico nella fase del ritorno" affronta il tema degli aborti. Essi, sia di tipo spontaneo che volontario rappresentano un evento traumatico, scaturito da un lutto complesso che va ad intaccare, o che potrebbe intaccare, la sfera fisica e psicologica della donna e di tutto

il nucleo familiare.
Le situazioni di prematurità, con il conseguente ricovero in una TIN, costituiscono anch'esse un evento critico, sia per lo sviluppo del bambino che per il benessere materno e paterno, ma anche per l'adattamento alla genitorialità che avviene in un tempo immaturo e non sufficientemente elaborato dai neogenitori. Tale tema verrà affrontato in "Lo psicologo nel reparto TIN".
In reparto si possono incontrare anche situazioni in cui è necessario comunicare diagnosi di disabilità o presenza di gravi problemi rispetto alla salute del neonato. L'articolo che affronterà questo tema, partendo da un'intervista ad una coppia di genitori che ha ricevuto una diagnosi di handicap alla nascita del loro bambino, tratta l'argomento ponendo l'accento sul ruolo dello psicologo e di come egli in questo caso potrebbe avere la possibilità di stare accanto al dolore dei familiari e contenere la tragicità della diagnosi, ma avrebbe anche modo di fornire informazioni sulle caratteristiche della patologia, sulle "strade" da intraprendere e sulle risorse a cui il genitore potrà attingere successivamente alla fase di degenza ospedaliera.
Divenire genitori è un compito naturale ma anche faticoso e, a volte, non così immediato, quindi crediamo nell'importanza di diffondere sempre di più un'immagine sana e realistica della genitorialità. Promuovere e sostenere una miglior competenza emotiva e soprattutto un ambiente "sufficientemente buono" per le potenzialità evolutive del bambino rappresenta un obiettivo imprescindibile in tutte quelle attività in cui si pone al centro dell'attenzione lo sviluppo umano. Ciò sarà una delle riflessioni affrontate nell'articolo che si occuperà di genitorialità.
Nell'articolo "Il feto come presenza in relazione" si vuole sottolineare come la relazione tra feto ed ambiente sia così fondamentale tanto da influenzare una serie di apprendimenti necessari allo sviluppo psicofisico postnatale.
Un ulteriore argomento che verrà trat-





tato riguarda i disturbi affettivi perinatali nei padri. Si parla infatti spesso dei disturbi che caratterizzano la donna dopo la gravidanza, mentre si parla poco o addirittura si misconoscono i disagi emotivi a carico dei neopapà. Come per la donna, anche per l'uomo, il momento della nascita può costituire un periodo di vulnerabilità, pertanto, uno psicologo in reparto, potrebbe cogliere in modo precoce quei segnali che sottendono l'insorgenza di un malessere. Ma in questo articolo verrà anche sottolineata l'importanza dei padri come risorsa soprattutto per la donna, risorsa che ci auguriamo possa essere sempre più valutata e presa in considerazione.

La possibilità di portare alla luce i vissuti della mamma e del papà, di conferire a questi il giusto peso che occupano nella quotidianità del periodo prenatale, fa sì che oltre ad uno spazio fisico creato dal corpo materno, il bambino possa usufruire di uno spazio mentale condiviso dai suoi genitori: condizione essenziale per essere accolto.

In una società in cui le famiglie sono sempre più isolate e in cui sono sempre maggiori i tagli relativi ai servizi nell'ambito del Welfare State, risulta di fondamentale importanza poter offrire, da parte degli Enti Pubblici deputati a questo, un intervento che abbia l'obiettivo di accompagnare e sostenere la coppia in questa specifica fase del suo ciclo di vita. Un servizio di questo genere dovrebbe poter essere offerto gratuitamente e costantemente, per essere quindi usufruibile da una consistente fascia di popolazione, sulla base del diritto alla salute delle persone, da intendere secondo la definizione dell'OMS come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

Il passaggio alla genitorialità è attualmente ulteriormente messo in crisi dalle profonde trasformazioni subite dalla famiglia sul piano sociologico e culturale. Negli ultimi decenni si è passati da una famiglia patriarcale alla formazione di nuove tipologie di famiglia (nucleari, mononucleari, ricostruite, isolate a causa delle migrazioni interne,), caratterizzate da un indebolimento dei legami sia a livello intergenerazionale che sociale. Per questo si rende sempre più necessario un intervento attivo da parte dei servizi, soprattutto quelli finalizzati alla promozione del benessere della famiglia.

Il ruolo dello psicologo nel reparto di ostetricia-ginecologia

Tra realtà ed opportunità

Silvia Polenta, Elena Mini, Arianna Buchi

L'articolo vuole mettere in evidenza l'importanza della presenza dello psicologo perinatale nei reparti di ostetricia-ginecologia. Descrive due realtà ospedaliere in cui questa figura è presente, ed illustra i vantaggi in termini individuali, familiari, sociali ed economici che tale opportunità comporta.

Ogni disturbo genitale femminile (organico o funzionale) o condizione fisiologica significativa, come la gravidanza, rappresentano, per le pazienti afferenti al reparto di ostetricia e ginecologia, dei modi di comunicare uno stato di sé che non possono essere ascritti solamente all'interno della sfera fisica.

Un'azione terapeutica finalizzata solo ad eliminare il sintomo ***"costituisce un intervento riparatore provvisorio"***. (Casadei, Righetti, 2007) L'obiettivo non è quindi solo "togliere qualcosa", ma fare in modo che la paziente riesca a far emergere risorse personali (e possibilmente anche familiari) capaci di farla adattare, durante tutto il percorso ospedaliero diagnostico e di cura, al periodo che sta vivendo: in una sola parola bisogna prestare attenzione alla sua qualità di vita attraverso l'accoglienza e il supporto del suo bagaglio emotivo-psicologico.

In quest'ottica si colloca lo psicologo di reparto in ostetricia e ginecologia; egli rappresenta una figura sanitaria che si inserisce in un'équipe formata da ginecologo, medico, paramedico e ostetrica con i quali vi è l'obiettivo comune di una presa in carico olistica delle utenti che afferiscono al reparto.

Per far sì che tale team sia efficiente e funzionale occorrono due presupposti di base interconnessi tra loro.

In primis è necessario che in reparto si costruisca una struttura mentale di base relazionale e psicologica per la quale risultino fondamentali i seguenti aspetti: ogni figura medica deve conoscere il ruolo ed il compito sanitario dei propri collaboratori, la cooperazione tra gli esperti del settore rappresenta quel quid imprescindibile che fa sentire l'utente al centro di una rete di sostegno, salda e partecipativa, alla quale si può affidare. Il contributo specifico e la stima reciproca di tutte le figure sanitarie del reparto, in-

cluso quindi lo psicologo, rappresentano due elementi determinanti nell'individuazione di ogni percorso diagnostico e di cura.
Il secondo presupposto riguarda un aspetto fondamentale: ogni paziente è una persona, non è né un numero di cartella, né un insieme di parametri medici, non è un sottoinsieme di un gruppo di pazienti che hanno in comune uno stesso sintomo. Ogni donna, sia essa gravida o che abbia patologie ginecologiche, ha diritto di poter usufruire di un percorso che tenga conto delle sue peculiarità e questo può essere fatto solo se, oltre ai parametri medici, possano essere considerati importanti, ai fini di un inquadramento globale ed esaustivo, tutti i parametri psicofisiologici e l'ascolto attivo/partecipativo del suo stato emotivo. In questo modo si può ideare un percorso diagnostico e terapeutico mirato ed efficace.
I settori di intervento in ostetricia e ginecologia nei quali lo psicologo opera riguardano diverse aree: turbe del ciclo mestruale, menopausa, dolori a carico dell'apparato ginecologico, disfunzioni riproduttive (inclusi i percorsi di PMA), tutto il periodo della gravidanza fino al parto e post partum e chirurgia oncologica. Essendoci tale pluralità di ambiti di intervento appare evidente che per ognuno di essi occorre creare un protocollo, ideato e visionato insieme al personale medico e paramedico, nel quale è descritto il percorso specifico di diagnosi e di cura: questo garantisce una modalità di intervento chiara e collaborativa in cui lo psicologo e gli operatori sanitari gestiscono in maniera efficiente ogni caso afferente al reparto.
Ovvio è che per poter attuare tali protocolli è necessario che ci sia un timing esecutivo per il quale lo psicologo segua quotidianamente momenti operativi precisi: giro mattutino del reparto, osservazione clinica della paziente e della relazione medico-paziente, rilevazione dei casi di interesse psicologico, discussione dei casi in équipe e definizione della diagnosi e del tipo di supporto psicologico necessario con eventuale presa in carico.
Per l'inquadramento diagnostico è utile seguire "l'assessment psicofisiologico multidimensionale" secondo il connubio dei modelli bio-medico e bio-relazionale (Fabbri, Casadei, 1991). Esso permette la rilevazione dei parametri medici, psicofisiologici e comportamentali che messi in relazione tra loro forniscono una diagnosi approfondita della paziente.
Il setting clinico in ospedale è indubbiamente diverso da quello di una stanza di terapia, quindi lo psicologo che opera nel reparto deve tener conto che ci sono dei tempi e delle modalità di incontro con le pazienti che riflettono l'ambiente in cui si è inseriti quindi anche i metodi di indagine quali il colloquio clinico, l'osservazione del comportamento manifesto e la somministrazione di reattivi (auto e/o eterovalutativi) debbono tener conto sia della condizione psicofisiologica analizzata che del contesto ambientale.
Non esistono molte realtà in Italia in cui sia presente lo psicologo in reparto. Per capire come funziona il servizio, quali possano essere i benefici della sua presenza in reparto in pianta stabile e quali siano i modelli di riferimento ai quali si ispira, siamo entrate direttamente in due strutture in cui il servizio è attivo, attraverso l'intervista agli psicologi responsabili che se ne occupano.
Abbiamo volutamente scelto di analizzare due strutture molto diverse tra loro per dislocazione territoriale e per essere una pubblica e l'altra privata.
Il dott. Pier Luigi Righetti, psicologo, psi-

coterapeuta e professore presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Padova, lavora presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Civile di Mirano (VE).

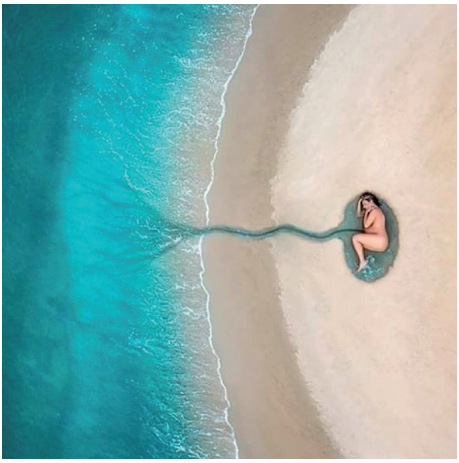
Presso questa Unità Operativa è stato promosso l'utilizzo della psicologia clinica in ambito ostetrico ginecologico e ci si occupa di tutte le possibili turbe somatiche a componente psicologica che possono emergere in tale ambito, quali: turbe del ciclo mestruale; menopausa; dolori in ginecologia; turbe della funzione riproduttiva (sterilità psicogena, abortività con componente psicogena); aspetti psicologici e sessuologici della chirurgia ginecologica; psicologia della gravidanza e disturbi della gravidanza; fobia della gravidanza e del parto; depressione puerperale; bioetica e procreazione medicalmente assistita e comportamentale della donna.

Tutte queste problematiche vengono trattate secondo la prospettiva del "***modello multidimensionale dell'assessment clinico il cui obiettivo è quello di promuovere una psicologia che si occupi non solo delle sintomatologie e delle patologie, ma anche della qualità di vita del malato"*** (Schiavon, Panzeri, Casadei, 2010).

La filosofia alla base del lavoro che guida i medici in questo reparto si può sintetizzare con una frase: "concentrarsi sul benessere e non sulla patologia".

Gli psicologi effettuano un primo giro di visite con i medici e successivamente fanno un secondo giro da soli nel reparto. In questo modo hanno un contatto diretto ma non richiesto, perché di prassi, con tutte le donne ricoverate, sollevando così ogni possibile reticenza alla richiesta di un eventuale aiuto.

Lavorare in questo modo, presuppone la creazione di una "filosofia relazionale psicologica", ben espressa da E. Schiavon,



M. Panzeri e D. Casadei (2010) che così scrivono:

"Per aumentare l'efficacia di ogni intervento si rende quindi necessaria la formulazione di precisi protocolli operativi nei quali la voce "psicologo" e "psicologia" occupino un ruolo primario, affinché il paziente divenga il cardine principale del vissuto clinico. Questi si rivelano particolarmente utili anche nel favorire la graduale collaborazione di tutto il personale, poiché consentono una maggior definizione dei ruoli e della conoscenza reciproca del lavoro svolto da ciascuno. Non è infatti sufficiente la creazione di un'équipe perché siano assicurati rispetto reciproco e scambi volti alla cooperazione, è necessario che tutte le persone coinvolte perseguano gli stessi obiettivi e che ciascuno dia valore al proprio contributo e a quello degli altri, al fine di migliorare la qualità di vita del paziente ospedalizzato, che risulta influenzata anche dal contesto relazionale in cui si trova a vivere all'interno del reparto."

La collaborazione medico-psicologo viene utilizzata da anni presso l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia di Mirano (VE), esplicata attraverso un "Intervento Multifocale Integrato" (Casadei e Fabbri, 1995; Casadei, Righetti, Maggino

e Marangon, 2000) in cui il lavoro dello psicologo è associato a quello dell'équipe medica. Tale intervento permette di superare la "chiusura in un metodo in favore dell'apertura alla metodologia" (Canevaro, 1992). La presa in carico della paziente, infatti, per permettere un'adeguata analisi dei fattori di realtà, dell'ambiente fisico, psicologico, sociale e relazionale, richiede l'uso di metodi e teorie varie al fine di offrire un servizio che ponga al centro dell'attenzione i bisogni e il benessere della donna e non solo la malattia.

I protocolli attivati nel Reparto di Ostetricia dal dr. Casadei e dalla sua équipe (Casadei, Franceschin, Marigo, Pasqualetto, Tuono et al., 2009) riguardano:

per l'area Prenatale:

- l'attivazione, nell'ambito della psicofisiologia clinica e della psicologia clinica, di protocolli di intervento specifico:
- percorsi particolareggiati di sostegno psicologico in caso di patologie e/o lunga degenza;
- supporto e consulenza per la preparazione agli interventi chirurgici con colloquio preparatorio, assistenza in sala operatoria in caso di anestesia locale e colloquio di assessment post-operatorio;
- supporto particolareggiato verso possibili problemi legati all'area della riproduttività (es. P.M.A);
- protocolli specifici in caso di gravidanza non fisiologica;
- attivazione di interventi inseriti nella Psicoprofilassi ostetrica;
- ideazione e attivazione di percorsi di Educazione Prenatale per le donne (Franceschin e Dileo, 2005) e di Educazione Prenatale per le coppie in attesa (Franceschin, 2008).

Per l'area Perinatale si sono applicati protocolli di intervento specifici riguardanti il travaglio di parto, il parto e attività di promozione della fisiologia del parto.

Per l'area Postatale si sono attivati protocolli riguardanti:

- strutturazione di incontri informativi e di confronto con le puerpere nel servizio di assistenza neonatale;
- la prevenzione della depressione puerperale.

Dal Veneto siamo poi approdate a Roma presso la struttura "Cristo Re", accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. Si tratta, quindi, di Ospedale privato convenzionato. Anche in questo caso incontriamo online le referenti del servizio, dott.ssa Triggiani Antonella (psicoterapeuta presso l'Ospedale Cristo Re Roma dal 2012, specialista in psicologia clinica perinatale); Di Stefano Flavia Adalgisa (docente presso l'università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e presso la scuola di specializzazione in Psicoterapia Psicosomatica dell'Ospedale Cristo Re di Roma. Psicologa clinica gruppoanalista, specialista in psicologia clinica perinatale); Veronica Toppi (psicologa clinica, psicoterapeuta specialista in psicologia clinica perinatale, psicosomatica e psicodiagnostica); Donatella Chiarelli (psicoterapeuta, specialista in psicologia clinica perinatale) che ci spiegano come è strutturato il reparto e quali servizi offrono alle donne che vi accedono.

In questa realtà, diversamente dal Veneto, le quattro psicologhe/psicoterapeute sono tutte libere professioniste, entrate in contatto con questo ambito attraverso la loro tesi di laurea. Frequentato il reparto per motivi di studio, viste le criticità del servizio, hanno poi proposto un progetto che è stato approvato dall'amministrazione e dal 2010 è attivo nell'Ospedale.

Anche in questo caso le psicologhe effettuano il giro visite, ma mentre inizialmente era condotto con i medici, attualmen-

te viene eseguito o prima o dopo di loro. Il contatto con le donne, contrariamente al Veneto, non è di routine, ma avviene attraverso richiesta della donna.

L'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Cristo Re di Roma, garantisce al suo interno un supporto psicologico attraverso il servizio di "Psicologia clinica perinatale".

Il servizio propone uno spazio di ascolto e sostegno psicologico chiamato "Parlando con mamma e papà" per le donne durante la gravidanza e nel post-partum. Il Servizio è aperto alle degenti che afferiscono all' U.O.C. e a utenti esterni e mira a coinvolgere anche i papà e le famiglie.

Inserendosi all'interno di un percorso di assistenza integrato, in collaborazione con l'attività medica, ostetrica, infermieristica e neonatologica, l'intervento psicologico si articola in:

- Partecipazione al giro visite di reparto per la conoscenza delle degenti e l'individuazione di eventuali casi per cui è necessario un approfondimento psicologico;
- Colloqui con le degenti per le quali è stata consigliata una consulenza psicologica o per coloro che spontaneamente ne fanno richiesta;
- Colloqui di coppia e/o individuali per difficoltà legate a quadri clinici dell'area medica contingenti la gravidanza (epatosi, diabete gestazionale…);
- Colloqui di supporto alla funzione genitoriale;
- Colloqui individuali, di coppia e famigliari;
- Presa in carico, attraverso psicoterapie brevi o counselling, per le donne che mostrano sofferenza psicologica a seguito del parto;
- Interventi di follow-up per i casi indice;
- Interventi di psicologia del puerperio nei corsi di accompagnamento alla nascita a cura del gruppo ostetrico della struttura;
- Screening iniziale ed eventuali invii ai Servizi Territoriali di competenza;
- Lo Sportello si propone di attivare un servizio di home visiting, laddove se ne intraveda la necessità, per accompagnare la mamma nelle prime interazioni con il bambino al rientro nell'ambiente domestico. Il Servizio effettua attività di ricerca in collaborazione con la "Scuola di Specializzazione in Psicosomatica" interna all'ospedale.

L'attività viene riconosciuta come unico centro di riferimento per la depressione postpartum nella Regione Lazio dall'Osservatorio Nazionale per la Salute della donna (ONDA).

È inoltre presente un "Servizio ambulatoriale di consultazione psicologica" per coloro i quali ne facciano richiesta.

Il Reparto di Ostetricia e Ginecologia costituisce un luogo all'interno del quale le donne, e la triade madre-padre-bambino, si trovano a vivere e ad affrontare intense esperienze, non solo dal punto di vista medico-sanitario, ma anche da quello emotivo, fisiologico, affettivo e psicologico (Casadei, 1996; Righetti, 1995). Ciò mostra quanto proprio l'Ostetricia e la Ginecologia siano due ambiti della medicina nei quali, più che in altri, integrare medicina e psicologia possa garantire un miglioramento qualitativo (Casadei, Righetti et al., 2000). In quest'ottica la prevenzione non può che assumere un ruolo molto importante.

Il periodo perinatale, che va dalla gestazione al primo anno di vita del bambino (Buist e Bilzstra, 2006), può presentare una molteplicità di disturbi mentali così rilevante da rendere necessaria un'adeguata identificazione e gestione (Bellantuomo e Imperadore, 2005), (Beyondblue, 2008).

Dalle linee guida per professionisti della salute in ambito di prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia prenatale (R. Anniverno, A. Bramante, G. Petrilli. C. Mencacci, 2014) emerge quanto sia importante sostenere i professionisti nel riconoscimento delle donne con necessità di supporto o di ulteriori approfondimenti riguardo la salute mentale, così da permettere in tempo utile ed in modo efficace di approntare un corretto intervento di aiuto (R. Anniverno, A. Bramante, G. Petrilli. C. Mencacci, 2014), considerando inoltre che circa il 16% delle donne soffre di un disturbo mentale nel periodo perinatale (Bellantuono e Imperadore, 2005).

I disturbi mentali non trattati nel periodo perinatale hanno un importante impatto sulla vita della donna, sul bambino, sulla relazione mamma-bambino e su tutto il sistema familiare (Beyondblue 2008), nonché sul sistema ospedaliero (sotto molteplici aspetti) (NICE-2007, Antenatal and Postnatal Mental health clinical management and service guidance, London).

Essendo stato dimostrato come elevati livelli di ansia nelle gestanti siano predittivi di un'incapacità nel gestire le paure e nell'affrontare il travaglio ed il parto, l'individuazione di gestanti con significativi livelli d'ansia ha permesso di concepire un protocollo sempre più psicofisiologico, atto a prevenire e contenere situazioni a rischio (Casadei et al., 1998).

Detto ciò, si può già comprendere quanto la presenza dello psicologo all'interno del Reparto di Ostetricia, realtà ancora poco diffusa nelle strutture sanitarie italiane, costituisca un'importante opportunità. Attualmente nella maggior parte degli ospedali italiani quando vi è la necessità di un supporto psicologico ci si rivolge, quando e se possibile, ad uno psicologo "generico" della struttura ospedaliera o del servizio territoriale, con l'ovvio rischio che si tratti di un professionista non specializzato in perinatalità (Casadei, Righetti, 2007). Proprio Casadei, Righetti et al. (2000) scrivono che nelle Divisioni di Ostetricia e Ginecologia nelle quali è stato attivato questo tipo di intervento specialistico integrato si sono avuti risultati importanti. Tra i più interessanti essi hanno individuato una riduzione dei parti con cesareo, travagli più fisiologici e con tempi ridotti, minor tempo di degenza, riduzione dei disturbi psicologici pre e post parto, un minor numero di patologie neonatali e migliori indici di benessere, parti meno ospedalizzati, ricerca prenatale sempre più aggiornata, supporto al personale medico e paramedico, una diminuzione dei giorni di degenza pre e post-operatoria.

Un ulteriore aspetto da non sottovalutare è che, oltre alla coppia genitoriale, anche la coppia "coniugale" può necessitare di essere supportata. Barin e Morosini (2005), illustrando la loro esperienza all'interno del reparto ospedaliero e i vissuti psicologici, emotivi e relazionali che emergono in un reparto di Ostetricia dopo il parto, scrivono che nella loro Unità Operativa il servizio di psicologia attiva dei protocolli di sostegno e consulenza particolareggiati per ogni coppia che ne abbia necessità fin dal periodo gestazionale. Si ritengono soddisfatte dei risultati ottenuti e ritengono che queste proposte cliniche costituiscano un elemento fondamentale per la costruzione della genitorialità anche quando la coppia si trova a dover far fronte a situazioni difficili (Barin, Morosini, 2005).

In ultimo, ma non per questo meno importante, un'efficace presa in carico in ambito perinatale permetterebbe la riduzione dei costi nella Sanità pubblica,

non soltanto prevenendo e limitando patologie e complicazioni, ma anche limitando gli interventi (ad esempio il parto cesareo), le degenze (come quantità e durata) e gli accessi nei pronto soccorso, favorendo la compliance nel percorso terapeutico e la relazione con il personale sanitario, migliorando il lavoro multidisciplinare e rafforzando la continuità assistenziale e di rete con i servizi territoriali. Permetterebbe inoltre di essere fattore di sostegno e formazione nella gestione di situazioni complesse da parte di personale non specializzato, coinvolto in prima persona, riducendone il conseguente rischio di burnout.

"Si evince dunque che promuovere un intervento psicologico integrato a quello medico, che si occupi non solo di patologia e sintomatologia ma anche, e soprattutto, della qualità della vita del malato è non solo possibile, ma è anzi auspicabile, anche considerando gli aspetti preventivi che può muovere" (Casadei et al., 1998) (Righetti, Casadei, 2005).



Lo psicologo in Terapia Intensiva Neonatale

Prevenzione, sostegno e formazione

Viridiana Colombo, Erika Melchiorri, Arianna Buchi

Abstract

Quella della Terapia Intensiva Neonatale (TIN) è una realtà parzialmente parallela a quella del reparto di ostetricia e ginecologia, ma nella quale si vive una nascita prematura con l'impatto psicologico, socio-relazionale, logistico ed economico di un evento improvviso e traumatico.
Dal punto di vista psicologico, la nascita prematura rappresenta una variabile importantissima nello stile di attaccamento tra il neonato ed i genitori: il nato prematuro necessita di un ricovero di durata variabile (25 giorni in media), che ostacola il bonding, il contatto fisico e la relazione. Dal punto di vista economico e logistico, non è facile sostenere una permanenza a lungo termine lontano da casa, e dal proprio posto di lavoro. Capita spesso infatti, che la famiglia si senta sola a gestire questa mole di stress, trascurata dalla propria rete sociale e dallo Stato.
Tutti gli aspetti presi in considerazione, oltre ai non scontati esiti della prematurità sulla salute fisica della mamma, il benessere psicologico della coppia genitoriale ed il recupero e lo sviluppo del piccolo, rendono le mamme ed i papà più esposti a patologie ansiose e dell'umore. Non ultimi, i fratelli e sorelle del nato prematuro hanno a loro volta un bagaglio psicologico determinante da gestire nel migliore dei modi, per non costituire un fattore di rischio psicologico nel futuro.
Nell'ottica dell'economia sanitaria, i costi di una presa in carico tardiva ed inefficace di famiglie e bambini ospiti della TIN sono certamente maggiori di quelli che si potrebbero considerare per interventi preventivi.
A questo proposito è fondamentale parlare dei diversi ruoli e servizi che uno psicologo strutturato, all'interno di una rete di collaborazioni professionali con ostetriche, ginecologi, pediatri e assistenti sociali, potrebbe apportare all'interno di un reparto TIN. La sua presenza stabile e continuativa nel tempo garantirebbe la possibilità di creare e sostenere progetti di prevenzione ed interventi più efficaci a medio e lungo termine.

1. Quando nasce un bimbo prematuro…

Si definisce nascita pretermine ogni nascita che avviene prima del completamento della 37ma settimana di gestazione, o dopo meno di 259 giorni dall'ultima mestruazione (World Health Organization, 1977). Globalmente, negli ultimi decenni si è assistito a un incremento delle nascite pretermine (Chawanpaiboon et al 2019), che attualmente rappresentano l'11,1% delle nascite totali, ovvero circa 15 milioni di nascite pretermine ogni anno. In base ai dati Cedap 2016, in Italia si registrano mediamente 32.000 neonati pretermine all'anno, corrispondente a circa il 7% del totale dei nati vivi.

I bambini che nascono prematuramente hanno un organismo impreparato ad affrontare una vita extrauterina in autonomia (ossigenazione per via polmonare, alimentazione, temperatura…). Le cure specialistiche necessarie ai nati prematuri forniscono loro gli elementi fisiologici indispensabili per sviluppo e crescita, e sono erogate da specifici reparti ospedalieri: le Unità di Terapia Intensiva Neonatale – UTIN.

La **nascita pretermine** è **sempre più frequente** per una serie di motivi che vanno da fattori biologici e genetici, ai cambiamenti nello stile di vita delle mamme (e patologie connesse), all'aumento della loro età media, fino al maggiore ricorso a gravidanze medicalmente assistite. Tuttavia, gli attuali progressi in ambito tecnologico e scientifico riguardo alle cure intensive neonatali hanno reso possibile la sopravvivenza, in condizioni migliori, di neonati con età gestazionale e peso sempre inferiori (Imbasciati et al, 2009). La combinazione di questi aspetti ha reso necessario il passaggio dal concetto di "sanità" a quello di "salute": non è sufficiente occuparsi di assistenza medica; è fondamentale **umanizzare l'approccio al nato prematuro ed al "nido" che lo contiene**, prima e dopo le dimissioni (TIN e famiglia).

La nascita prematura, infatti, è un'esperienza che riguarda non solo la sopravvivenza fisica e la salute del neonato, ma anche l'equilibrio psicologico e relazionale della famiglia, ripercuotendosi sull'interazione neonato-madre-padre (a partire dallo stile di attaccamento), sulla coppia genitoriale e sulle dinamiche familiari con i fratelli/sorelle maggiori. Si tratta di un evento minaccioso e potenzialmente traumatico (Tracey, 2010) nel quale le relazioni sono connotate dall'assenza/carenza di rapporto precoce tra il bimbo e la sua famiglia e da una serie di vissuti quali angoscia di morte, sensi di colpa, rabbia, autosvalutazione delle capacità procreative e genitoriali, rifiuto del neonato (Imbasciati et al, 2007).

Da questa consapevolezza è derivata l'esigenza di intraprendere, nell'ambito della prematurità:

- un **approccio multifattoriale** nella ricerca, focalizzata sulla qualità dello sviluppo e della vita di questi bambini e delle loro famiglie, per poter garantire un'assistenza sempre più individualizzata e specializzata (Als et al 1994), e sui fattori di rischio e protezione che possano rendere questi bimbi "nati per vivere" meno vulnerabili medicalmente, psichicamente e psicologicamente (Muller-Nix e Ansermet, 2009);
- **interventi multidisciplinari** nelle Unità operative di terapia intensiva neonatale e nei reparti di Neonatologia, e negli ambiti privati che se ne occupano, favorendo collaborazioni tra neonatologi, ostetriche, ginecologi, infermiere, psicologi, pediatri.

Se nascita e transizione alla genitorialità

rappresentano eventi di per sé stressanti, lo risultano ancor di più in caso di parto prematuro. Il bambino nasce quando i genitori sono "prematuri psicologicamente" (Stern et al, 2000) poiché non hanno avuto il tempo necessario per riorganizzare le aspettative sul bambino desiderato e accogliere prontamente il figlio reale, dall'aspetto brutto e fragile, quello che Montobbio chiama "il bambino rotto" (cit. in Trombini, 2002, p.118), e che viene subito trasferito in un reparto attrezzato e allontanato dalla madre, la quale avverte un senso di vuoto che non può essere riempito nell'immediato.

La condizione della nascita pretermine fa sì che il genitore in prima linea in questa drammatica realtà sia il padre, investito da subito di grandi responsabilità connesse alle decisioni da prendere per la salute del figlio, ma anche al ruolo di filtro e mediatore tra l'equipe medica, la madre e gli altri componenti della famiglia. Il tutto, in una condizione di incertezza rispetto al buon esito delle proprie scelte. Fava Vizziello (1992) sottolinea l'imponente scissione interna del padre tra desiderio di stare vicino alla compagna, debilitata e frustrata, e bisogno di assistere il proprio piccolo da vicino. Preso dall'emergenza il papà non ha tempo per metabolizzare i propri vissuti o raccontarli a qualcuno, tanto che nel corso del tempo questo forte stato di disagio può trasformarsi in gravi patologie psichiche (Tracey, 2010).

Altra condizione peculiare della prematurità è il primo contatto di una mamma con il suo bimbo, che avviene in una condizione di sofferenza estrema. I nati prematuri sono infatti sottoposti ad una serie di interventi invasivi ma necessari, mediamente una ventina al giorno, che lo espongono al fastidio e al dolore in modo massiccio. Nelle madri "premature" l'incidenza di **patologie psichiche è molto maggiore** rispetto a quella nelle madri con figli a termine (Leigh Davis et al, 2003; Kersting et al, 2004). La letteratura scientifica afferma che lo stress emotivo risultante dall'esperienza di avere un bambino pretermine, e la seguente ospedalizzazione in TIN, possano contribuire alla messa in atto da parte dei genitori di risposte di tipo post traumatico da stress, associati ad alti livelli di depressione ed ansia (Nixon et al. 2004), anche a distanza di mesi dalle dimissioni.

Le profonde trasformazioni che interessano l'assetto psico-emotivo dei genitori in conseguenza della nascita pretermine e la loro **capacità di adattarsi e reagire al trauma ne influenza la capacità di prendersi cura del figlio**, durante il ricovero e dopo le dimissioni, e costituisce un fattore di rischio/protezione per lo sviluppo neuro-comportamentale e socio-emotivo del bambino.

Può accadere che il genitore non riesca ad attaccarsi al bambino e presenti degli atteggiamenti di distacco, disinteresse o ripugnanza nel toccarlo: si può innescare una sorta di lutto anticipato (Fava Vizziello, 1992; Tracey, 2010) come tentativo di limitare l'angoscia connessa alla possibile perdita. Ciò accentua le difficoltà nell'instaurare e mantenere la relazione con il bimbo, che rischia di vivere nel vuoto affettivo. Studi internazionali hanno evidenziato come alcune problematiche nello sviluppo psichico e socio-relazionale dei nati pretermine risentano delle modalità di cura e protezione dei caregiver durante i primi giorni/mesi di vita (Ansermet et al, 2007; Baldoni et al, 2007; Imbasciati e Cena, 2009) ed hanno confermato che l'atteggiamento positivo e caldo dei genitori verso il nato prematuro rappresenta un fattore curativo e migliora la prognosi (Ansermet, Muller-Nix et al, 2007; Baldoni et al., 2007; Imbasciati,

Cena, 2009). Il contatto fisico tra genitore e bimbo prematuro costituisce dunque un elemento cruciale per un efficiente sviluppo cerebrale, e nel lungo termine percettivo, cognitivo e sociale (Maitre e Key et al, 2017; Coppola e Cassibba, 2004).

La qualità della salute psicologica dei genitori rappresenta dunque una variabile fondamentale, di specifica competenza dello psicologo, che va monitorata per aumentarne la capacità di riconoscere i segni di stress/benessere del bambino e per guidarli nell'individuare la forma di stimolazione più adeguata in uno specifico momento, facilitando la costruzione di un buon attaccamento e lo sviluppo sereno del neonato. La conquista di un maggiore senso di efficacia nel care del proprio bambino, già durante il ricovero, è per i genitori un elemento protettivo e costituisce un primo mattoncino verso l'empowerment per affrontare il periodo che segue la dimissione, con il carico di responsabilità e stress che ne conseguono.

Altro equilibrio messo alla prova dalla nascita prematura è la dinamica di coppia. La condizione di emergenza obbliga infatti i partner a modificare la qualità del loro legame, passando da una relazione in cui sono predominanti gli aspetti romantici e di condivisione d'interessi ad una forma di intimità caratterizzata dalla condivisione di un progetto comune (il figlio), nonché dall'assunzione di responsabilità verso il nuovo nato (Guttmann e Lazar, 2004; Saita e Fenaroli, 2010). Se i partner non sono in grado di essere flessibili ridefinendo il proprio assetto relazionale e condividendo emozioni e vissuti psicologici, un deterioramento del legame di coppia sembra inevitabile.

2. Aspetti socioeconomici tra limiti e risorse

A nascere prematuro è un bambino su dieci in Europa e questo ha **pesanti ripercussioni sia sui budget sanitari che sui genitori e le famiglie**. Ciò implica un impegno notevole di risorse, umane ed economiche, da parte dei servizi sanitari nazionali, nel primo caso, e perdita di giornate di lavoro ed un immaginabile stress fisico ed emotivo nel secondo caso (Quotidiano sanità.it).

Per quanto riguarda **l'impegno economico da parte dei servizi sanitari** va considerato che, mentre la mortalità neonatale dei nati pretermine diminuisce, aumenta il numero di neonati da trattare, con una ripercussione sul Sistema Sanitario Nazionale, che significa anche un aumento dei costi a breve/lungo termine. Per ogni nato pretermine i costi oscillano tra i 50 e i 100 mila euro in fase acuta a seconda della patologia, ai quali vanno aggiunti i costi di eventuali interventi riabilitativi e di trasporto ("Corriere della sera", 2013). A questi costi si potrebbero accorpare anche quelli legati al rischio di **burnout del personale** sanitario inserito in un contesto a forte impatto emotivo, quale la TIN.

Per quanto riguarda le famiglie interessate da una nascita prematura occorre considerare che la stabilità familiare è messa a dura prova – oltre che dai vissuti psicologici di cui sopra – da una serie di **aspetti pratici, organizzativi ed economici** connessi alla natura improvvisa di questo evento.

In primo luogo, vanno tenuti presenti gli aspetti logistici e organizzativi relativi ad una permanenza dei bambini in reparto che può protrarsi anche per diversi mesi e in ospedali lontani dalla propria casa. Se è vero che le strutture che accolgono i

bambini prematuri, Neonatologie e Terapie Intensive Neonatali, sono localizzate prevalentemente all'interno delle Regioni di residenza delle famiglie, è altrettanto vero che nel 70% dei casi, trovandosi soprattutto nelle grandi città, esse non si trovino all'interno del proprio Comune (Quotidiano sanità.it).
Ciò fa sì che le famiglie debbano organizzarsi perlopiù autonomamente per garantire il più possibile la propria vicinanza e assistenza ai loro piccoli guerrieri, facendo fronte agli spostamenti, distanze, pernottamenti, gestione di eventuali fratelli maggiori, alla possibilità che mamma e bambino siano ricoverati in strutture differenti anche molto distanti tra loro.
In secondo luogo, molte sono le testimonianze di genitori che narrano gli **ostacoli in ambito lavorativo** che ne conseguono, **sia dal punto di vista burocratico che emotivo**. Molte mamme di bambini prematuri escono dall'ospedale oltre il tempo coperto dalla maternità. Il 68% delle mamme riferisce importanti ripercussioni sul proprio lavoro (Quotidiano sanità.it). Stessa cosa vale per i papà.
Aspetti psicologici e pragmatici vanno quindi ad influenzarsi a vicenda in un'ottica di **circolarità**.
Per questo l'**Associazione Vivere Onlus** si è fortemente battuta ottenendo ottimi risultati, il più importante dei quali è costituito dal **Decreto Legislativo 15 giugno, n.80**, che introduce novità preziose relative al parto prematuro e ai casi di ricovero neonatale. Grazie alla spinta del Coordinamento Nazionale Vivere Onlus, l'Italia è stato il primo paese al mondo che, accogliendo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla Strategia Globale della Salute della Donna e del Bambino, ha progettato, redatto e promosso "**Il Manifesto dei Diritti del Bambino Nato Prematuro**".
Le riforme legislative sono pertanto dimostrazione di quanto questo aspetto sia fondamentale per il benessere delle famiglie di bambini prematuri e sottolineano il supporto di cui esse necessitano, anche se molto a livello legislativo e sanitario si può e si deve ancora fare.

3. Il sostegno alla genitorialità in TIN

I reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) sono ambienti ad alta intensità emotiva, dove operatori e genitori dei bambini ricoverati condividono angosce di morte e di patologia (Negri, 1994; Reaside, 1997). Il ruolo dello psicologo in questi reparti è quello di muoversi tra genitori e operatori sostenendo entrambi, restituendo loro chiavi di lettura (Basile e Sandro, 2002) e restando sullo sfondo (Montanari, De Caro e Orzalesi, 1998).
Le ricerche sono concordi nel promuovere, come indicatori di sviluppo e fattori protettivi per la relazione genitore-bambino, le modalità di sostegno cognitivo e di supporto emotivo-affettivo-relazionale dei genitori (Mason e Kaplan, 2000; Cena, Imbasciati e Baldoni, 2011).
Studi internazionali evidenziano che, fin dall'inizio del ricovero ospedaliero del bambino, il sostegno psicologico ai genitori, l'assistenza neonatale e il monitoraggio psicofisico del piccolo prematuro nel tempo (attraverso follow-up prolungati), permettono una **prevenzione** precoce delle situazioni di rischio, favorendo lo sviluppo della relazione di attaccamento tra genitori e figlio pretermine e riducendo la possibile manifestazione di difficoltà affettivo-relazionali, problemi di sviluppo e psicopatologia nel bambino quali disturbi del comportamento alimentare, del sonno, del linguaggio

dell'attenzione e dell'educazione sfinteriale (Cena, Imbasciati e Baldoni; 2010; Poehlmann e Fiese, 2001).

La presenza dello psicologo in TIN può contribuire ad accogliere, supportare e accompagnare la coppia genitoriale durante il periodo di ricovero e nel post, al fine di offrire spazi di elaborazione del trauma e di favorire il legame d'attaccamento genitori-bambino, anche in presenza di barriere "psichiche" e "fisiche" (culletta termica, sondini, drenaggi).

Il trauma della nascita pretermine causa spesso una temporanea perdita dello spazio mentale necessario per l'elaborazione dell'esperienza. Lo psicologo può **ri-avviare il processo interrotto di transizione verso la genitorialità** aiutando i genitori a ricostruire uno spazio mentale di auto-osservazione e di osservazione del bambino, in cui le esperienze traumatiche, rappresentazioni e affetti possano essere pensati, offrendo la possibilità di affrontare il dolore (psichico ed emotivo) legato alla condizione del figlio prematuro (Stefana e Lavelli, 2016).

Lo psicologo in TIN può quindi **aiutare** i genitori: favorendo l'acquisizione di nozioni sulla prematurità (che non è in sé una condizione di malattia, bensì di pre – maturità) e sulle sue possibili conseguenze; offrendogli uno spazio in cui contattare ed elaborare emozioni e sentimenti; educandoli al contatto (quindi alla relazione) con il bambino ricorrendo a canali comunicativi verbali e non verbali ("Care" del neonato prematuro); rassicurandoli sulla propria capacità di rispondere adeguatamente alle esigenze attuali e future del figlio.

Attraverso colloqui individuali e di coppia, l'intervento di supporto consente alla coppia genitoriale di alleviare l'ansia e ridurre l'angoscia, attenuare la reazione depressiva, vincere la reazione di "rifiuto", eliminare il senso di colpa, instaurare un "nuovo" legame di attaccamento con il figlio "reale", elaborando il lutto.

Una prima parte dell'intervento di sostegno potrebbe avvenire all'interno del reparto di Ostetricia e Ginecologia, rivolgendosi in particolare alla madre in gravidanza allettata per minaccia di parto pretermine. Lo scopo sarebbe quello di proteggere la formazione di un ruolo materno e paterno e l'elaborazione del trauma generato dalla comunicazione di patologia o criticità. La seconda parte dell'intervento psicologico avverrebbe in terapia intensiva neonatale dove i genitori vanno aiutati a sviluppare delle competenze genitoriali mirate, valorizzando la relazione precoce con il bimbo.

La presenza dello psicologo non solo è fondamentale per i genitori, e quindi per la cura dei neonati, ma anche per gli operatori che devono confrontarsi quotidianamente con questa difficile realtà.

Attualmente nella regione Marche non è presente la figura dello psicologo strutturato nello staff multidisciplinare del Reparto di Ostetricia e Ginecologia, e neppure all'interno della TIN.

Un anello particolarmente fragile nella catena dell'assistenza al neonato prematuro ed ai suoi familiari riguarda poi il periodo post-ospedaliero. Terminata la degenza in TIN, infatti, le famiglie rimangono senza supporto psicologico a gestire una quotidianità che è certamente più impegnativa di quella di un post parto con gravidanza a termine, ed anche nel privato ci sono poche risorse a disposizione. Da questo punto di vista ci si deve affidare a privati o ad alcune associazioni sul territorio che si occupano di supportare le famiglie di bambini nati prematuri e sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema, la più importante delle quali è Vivere Onlus.

5. La testimonianza

A sostegno di quanto detto, abbiamo raccolto le parole di Barbara Vannoni, co-fondatrice dell'Associazione "La Prima Coccola", in prima linea per la TIN dell'Ospedale Infermi di Rimini, e mamma di una bimba prematura. Questa associazione, riconoscendo l'importanza dello psicologo, ne finanzia l'attività di osservazione dello stato emotivo dei genitori e della loro relazione con il bambino e di follow-up attraverso colloqui clinici e test standardizzati psicomotori fino al secondo anno di età dei bambini dimessi dal Reparto. Attraverso questi controlli è possibile individuare precocemente alterazioni dello sviluppo, per cui i bambini possono essere inviati precocemente a trattamenti riabilitativi volti a migliorare lo sviluppo a distanza. Si tratta quindi di un virtuoso esempio di come il privato collabora con il pubblico, laddove non riesca ad arrivare, al fine di occuparsi del benessere dei cittadini.

"Il 31 marzo sono stata ricoverata presso l'ospedale Infermi, durante la mia seconda gravidanza, perché qualcosa non andava. Quando è nata la nostra piccola Mia, il 3 aprile, ero alla 28esima settimana + 1, e la sorella maggiore aveva 9 anni. Purtroppo poco dopo il parto d'urgenza ho accusato un forte malessere e mi hanno diagnosticato una emorragia cerebrale per la quale sono stata trasferita presso un'altra struttura ospedaliera a Cesena, dove sono rimasta fino al 7 maggio. Per tutto questo lasso di tempo non ho mai potuto vedere le bambine, né vivere la piccola, e mio marito ha dovuto occuparsi da solo di tutto, ma con l'appoggio del reparto nel quale aveva molta fiducia: era diventata la sua seconda famiglia! L'infermiera della TIN formata con metodo Nidcap, Natascia, faceva osservazioni regolari su Mia e mio marito me le faceva leggere: era come se fossi lì. Dal canto mio non pensavo che a riprendere la mia vita in mano il prima possibile per poter finalmente vedere Mia. E' stato un periodo molto difficile e pieno di paure e solitudine. In quella circostanza abbiamo chiesto aiuto alla psicologa del reparto, perché non sapevamo come gestire con la sorella maggiore questa nascita improvvisa, e per un primo momento gliel'abbiamo tenuta nascosta. La dottoressa ci ha invece consigliato di dirle la verità e coinvolgerla in questa circostanza, perché l'atteggiamento protettivo che ci sentivamo di adottare non era in realtà facilitante per lei, per approcciarsi a questo evento e alla sorellina. Da questa esperienza, ci siamo fortificati come coppia e famiglia, ed è nato il desiderio di essere di aiuto per altri genitori come noi, e di dimostrare la nostra gratitudine a tutto il personale della TIN".

Bibliografia

Als H. (1984). ***Manual for the naturalistic observation of newborn behavior (preterm and fullterm),*** The Children's Hospital, Boston.

Audit perinatale dell'Emilia Romagna (2007-2008). In corso di pubblicazione.

Baldoni F (2005) ***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, pp 79-102.

Baldoni F (2009). ***La famiglia incompleta: attaccamento di coppia e crisi della genitorialità.*** In: Crocetti G, Tavella S (a cura di) ***Intimità e solitudine della coppia-famiglia nella cultura del clamore***. Ed. Città Aperta, Troina, pp 103-130

E. Beolchini, M.F. Coletti, A.M. Dall'Oglio, M. Sergo, A.M. Guadagni et al. (2006). *Il sostegno alla genitorialità in Terapia Intensiva Neonatale: proposta di uno strumento di lavoro per la formazione degli operatori. Psicologia Clinica dello Sviluppo.* Il Mulino.

Basile, N., Sandro, T. (2002). *Osservare ed educare.* In F. Scotti (a cura di), *Quaderni di Psicoterapia Infantile,* n. 46. *Osservare e comprendere.* Roma, Borla, pp. 213-221.

Blencowe H, Lawn JE, Vazquez T, Fielder A, Gilbert C (2013). *Preterm-associated visual impairment and estimates of retinopathy of prematurity at regional and global levels for 2010.* Pediatric Research 74, 35-49.

Bowlby J (1969). A*ttaccamento e perdita: l'attaccamento alla madre.* Trad. It. Boringhieri, Torino 1983.

Caplan G, Mason E, Kaplan DM (2000). *Four studies of crisis in parents of prematures.* Community Mental Health Journal, 36, (1), 25-45.

Cena, Imbasciati A, Baldoni F (2010). *La relazione genitore-bambino - Dalla psicoanalisi infantile a nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento,* Springer Italia.

Coppola G, Cassibba R (2004). *La Prematurità.* Carocci, Roma.

Engel GL (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.* Science 196:701-708.

Facondini E, Romeo N, Russo M, Baldoni F (2007). *Essere fratelli di neonati pretermine.* Atti XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia (Rimini, 20-23 maggio 2007), Bio-media, Milano, p 254.

Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, ... Lewis C (2019). *Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis.* Lancet Global Health 7, e37-e46.

Fava Vizziello G, Bricca P, Cassibba R (1992). *L'assistenza psicologica ai genitori.* In Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M (1992). *Figli delle macchine.* Masson, Milano.

Harrison MS, Goldenberg RL (2016). *Global burden of prematurity.* Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 21, 74-9.

Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (2007). *Psicologia Clinica Perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita*. Piccin, Padova.

Imbasciati A, Pecorelli S, Chirico G, Cena L, Gasparoni A, Lojacono A, Angeli A, Zerbi F, Tralli N, *Bambini pretermine: nati per vivere.* Nascere, 2009, XXIX, 108, 21-25.

Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Lüdorff K, Witthaut J, Ohrmann P, et al. (2004). *Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant.* Journal of Psychosomatic Research, 57, (5), 473-476.

Latmiral S, Lombardo C (2000). *Pensieri prematuri.* Roma: Borla

Leight Davis (2003). *The impact of very premature birth on the psychological health of mothers.* Early Human Development 73 (1-2) 61-73.

Maitre NL, Key AP et al. *The Dual Nature of Early-Life Experience on Somatosensory Processing in the Human Infant Brain.* Curr Biol. (2017).

Marinopoulos S (2006). *Nell'intimo delle madri.* Feltrinelli, Milano, 2007.

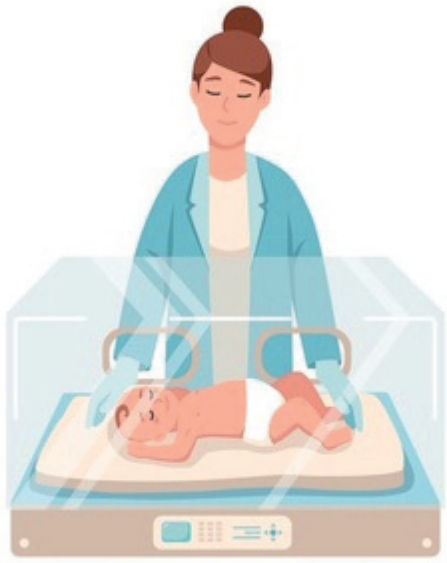
Missonnier S (2005). *La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita.* Cortina, Milano.

Magrini M (2002). *La questione del trauma nella relazione genitoriale e professionale con il neonato patologico.* In E. Trombini (Ed.), *Il dolore mentale nel percorso evolutivo* (pp.113-123). Urbino: Edizioni Quattro Venti.

Montanari S, De Caro B.M, Orzalesi M (1998). *I genitori dei neonati «a rischio»: L'intervento dello psicologo nei reparti di Terapia Speciale e Terapia Intensiva Neonatale.* Età Evolutiva, 60, 37-50.

Muller-Nix C, Ansermet F (2009). *Prematurity, risk and protective factors.* In: Zeanah C., *Handbook of Infant Mental Health,* Guilford Press, New York.

Negri R (1994). *Il neonato in terapia intensiva.* Milano: Raffaello Cortina.



Nixon R, Resick P e Nishith P (2004). *An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder.* Journal of Affective Disorders, 82, 315-20.

Poehlmann J, Fiese BH (2001). *Parent-infant interaction as a mediator of the relation between neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infanta t 18 months of age.* Pediatrics, 118, 1, 115-23.

Soubieux MJ, Soulè M (2007). *La psichiatria fetale.* Franco Angeli, Milano.

Stefana A, Lavelli M. *I genitori dei bambini prematuri. Una prospettiva psicodinamica.* Medico e Bambino 2016, 5: 327-332.

Stern M, Karraker KH, Sopko AM, Norman S (2000). *The prematurity stereotype revisited: Impact on mothers' interactions with premature and fullterm infants.* Infant Mental Health Journal, 21, 495-509.

Tracey N. *Genitori di neonati prematuri.* In: Quagliata E, Reid M, eds. *Diventare Genitori.* Vol. Roma: Astrolabio; 2010:56-79.

Trombini E (2002). *Nascita pretermine e desiderio di reinfetazione.* In E. Trombini (Ed.), *Il dolore mentale nel percorso evolutivo* (pp.125-136). Urbino: Edizioni Quattro Venti.

World Health Organization (1977). *Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths, Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976.* Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.

Il viaggio interrotto… l'importanza del sostegno psicologico nella fase di ritorno

Barbara Bagalini, Katiuscia Morelli

Aborto spontaneo e volontario rappresentano la brusca interruzione di quello che simbolicamente potrebbe essere definito come un "viaggio", dunque un evento traumatico, scaturito da un lutto complesso che inevitabilmente intacca la sfera fisica e psicologica della donna. Ma la presenza di un sostegno competente nell'immediato potrebbe agevolare ed aiutare il percorso di rielaborazione innescando un processo più sereno di ritorno alla vita?

"A me è capitato. Quando ho perso il mio primo bambino, all'ottava settimana dell'attesa, dopo i primi giorni di buio totale ho sentito il bisogno di parlare di lui, sì perché sono convinta fosse un maschietto! E poi del ricovero in ospedale, delle ostetriche che quasi non mi calcolavano perché in quel reparto c'erano cose più importanti da fare…ad esempio far nascere i bambini…vivi… **Avevo tanto da raccontare, ma quasi nessuno era disposto ad ascoltare."**

B. ha lo sguardo nel vuoto e la mano sulla pancia, racconta questo dolore avvolta su sé stessa, il suo corpo sembra ricordare molto di più di quello che le parole raccontano. Le mani contattano parti di sé, il respiro si ferma per un attimo per poi ripartire con un lungo sospiro…

Il racconto di B. narra uno stralcio di narrativa comune a tante donne, a tante coppie e spesso, in strutture ospedaliere in cui ovviamente c'è moltissimo da fare in tempi veloci, per cui le emozioni parcheggiate e poi ingoiate nel cuore e nel corpo, restano lì trattenute o distillate in lacrime che spesso sgorgheranno in vari momenti successivi.

"La radice etimologica della parola aborto è nel termine latino ***abortus***, da ***ab-orior***, letteralmente "venir meno nel nascere, non nascere, morire"; con questo termine, che è il contrario di ***orior***, nascere, si intende dunque la fine del percorso vitale del bambino in utero**"**. (Claudia Ravaldi, 2013)

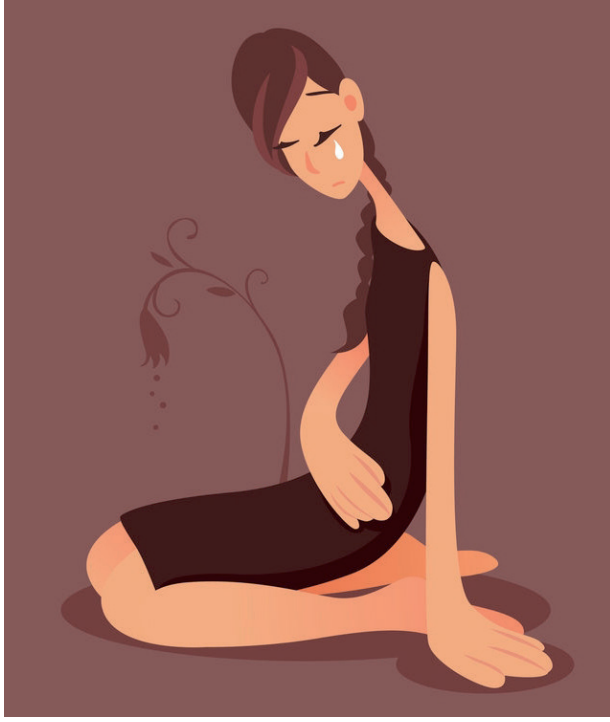
Secondo la legislazione italiana, l'aborto procurato deve avvenire prima di tre mesi dal presunto concepimento e può essere attuato se sussiste pericolo fisico o psichico per la salute della madre. Dopo tale periodo, l'Interruzione Volontaria, può essere praticata solo in specifici casi, ossia quando la gravidanza o il parto costituiscano un grave pericolo per la vita della donna e nel caso di processi patologici accertati, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della

donna.
Ma quali sono gli effetti sulla salute psichica e fisica delle donne dopo un aborto?
Secondo uno studio recente condotto su donne colpite da aborto spontaneo (American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2019) i sintomi di stress post-traumatico sono presenti in quasi un terzo delle donne dopo un mese, persistendo in circa il 20% del campione anche dopo 9 mesi dalla perdita. Allo stesso modo si è osservato che anche i sintomi di ansia tendono a persistere dopo 9 mesi in oltre il 15% dei casi. Per quanto riguarda i sintomi depressivi, essi risultano presenti in una donna su 10 dopo circa un mese persistendo ancora dopo 9 mesi nella proporzione di una su cinque.
Diversi studi (Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. Clin Psychol Rev 2003; 23:929-958), svolti invece su donne che avevano abortito volontariamente, hanno rilevato che circa il 45% del campione presentava significativi livelli di ansia e il 20% circa presentava sintomi depressivi già prima dell'intervento. Più del 30% del campione mostrava disturbi emotivi dopo un mese. Vi sono poche ricerche ad oggi che hanno preso in considerazione l'impatto dell'aborto sulla dimensione relazionale e sulla sfera sessuale, tuttavia, come facilmente immaginabile, esse evidenziano effetti negativi per più del 20% dei soggetti presi in esame.
Ogni gravidanza che sia desiderata, cercata, accolta o meno, racconta sempre la storia di un viaggio, quello di individui che prima di diventare genitori hanno alle spalle un contesto storico- sociale sempre diverso e sempre importante ai fini di qualsiasi scelta e nella gestione di qualsiasi evento.
Ed è proprio all'interno di diverse cornici che nascono viaggi e storie di gravidanze che, a volte, si interrompono.
Possono interrompersi per vari motivi, a volte perché frutto di scelte, a volte per un destino che sembra incomprensibile; eppure, molti genitori ed in particolare molte madri si trovano immobili, dopo aver navigato per un po' ed essere giunte in un nuovo porto dove non ci sono più punti fermi… non è il porto dal quale sono partite e che conoscevano bene e non è quello festante dove ci si immagina di approdare … è un luogo freddo e grigio dove vagano navi fantasma con vele logore e scolorite.
Ed a quel punto cosa si fa?
Nella migliore delle ipotesi una barca di affetto (anche se purtroppo, spesso non è così) vagherà in cerca del porto per poter trarre in salvo una donna la cui attesa è stata interrotta bruscamente ma in ogni caso sarà lei e lei sola a dover alzarsi, raggiungere il faro e segnalare la sua presenza… ed è così che molte ritornano da quel luogo lasciandovi comunque una parte di sé che forse decideranno di andare a riprendere un giorno, o forse no.

"Dove finisce il viaggio?
In che luogo di minacce e spavento
In che dolcezza di braccia bianche e sorrisi
In che posto di paura anche per l'albero
In che arrendevole naturale meta?
In che eternità procedere con la memoria
Che perdòno accordare al se stesso afflitto
Che silenzio subire angoscioso assoluto
E che duro giudizio dopo un continuo illudersi?"
(Jaqueline Miu)

Il viaggio compiuto fisicamente e nel proprio immaginario, indipendentemente dalla sua durata, è stato interrotto. ***"Qualunque esperienza di perdita in gravidan-***

za si accompagna a reazioni tipiche del lutto, indipendentemente dall'epoca di gravidanza, dall'aver scelto o meno di interromperla, dalla presenza di patologie materne o fetali" (Claudia Ravaldi, 2014).
Esso è in ogni caso un lutto complesso, un evento traumatico che, come tale, ha bisogno di essere elaborato. Ma in che modo ciò può avvenire?
Innanzitutto, evitando di far finta di niente e **legittimare il dolore per la perdita in un'atmosfera di assenza di giudizio, accettante e rassicurante.**
"Sentivo qualcosa di ostile. Qualcosa di non definito, soltanto una sensazione. Qualcosa di inquietante simile ad una nuvola nera" (Banana Yoshimoto)
Proprio in virtù delle proprie esperienze e di ciò che le circonda, ogni donna reagisce in modo diverso ma ci sono fattori di rischio e di protezione che possono fare davvero la differenza.
Sul numero di aprile 2011 del Lancet, tradotta dall'Associazione CiaoLapo, è riportato: "I risultati di una grande indagine condotta via web tra operatori sanitari e genitori in 135 paesi mostra che gran parte dei bambini morti in utero sono allontanati dai genitori senza riconoscimenti o rituali quali l'imposizione del nome, le cerimonie funebri, la possibilità di tenerli in braccio o vestirli. Una credenza diffusa è quella che la morte in utero sia la "selezione naturale" di bambini che non sarebbero vissuti. Per circa un terzo delle morti in utero la colpa è addirittura attribuita alla madre stessa o a spiriti maligni."
Per non parlare del trattamento di freddezza riservato spesso a chi non si sente nella possibilità di portare avanti una gravidanza.
Ancora una volta alle donne viene rivolto l'invito a tacere, a non riconoscere il proprio dolore, a catalogare un'esperienza così dolorosa come fatto normale, statisticamente assai probabile "Nella nostra società non c'è posto per il lutto perinatale e chi ne parla mette a disagio gli altri. È come se ti obbligassero a metterlo in un angolino della memoria, perché tutti ti dicono che non devi pensarci più" (testimonianza su "Il fatto quotidiano", 4 giugno 2020).
D'altronde, come spiega bene Nicoletta Polla-Mattiot "il silenzio è un attributo femminile da secoli e nelle diverse culture".
Legittimare il proprio dolore significa poterne parlare, riconoscere il proprio stato emotivo. La parola è uno dei principali percorsi in cui secondo Bion "l'informe emozionale trova la trasformazione che lo possono rendere pensabile, e in parte consapevole, e comunque comunicabile" (Imbasciati, Dabrassi, Cena, "Psicologia Clinica Perinatale).
"Date al dolore la parola; il dolore che non parla sussurra al cuore affranto e gli dice di spezzarsi." William Shakespeare, Macbeth: IV, 3.
Come si giunge a legittimare il dolore?
"Pena, rabbia, colpa, rimpianto, perdita di interesse per la realtà circostante e stato di abbandono sono tra le emozioni più frequenti e destabilizzanti, per la loro intensità e pervasività. I sentimenti del lutto possono anche avere effetti fisici come un senso di tensione muscolare o di rigidità, di oppressione nel petto, profonda stanchezza, ansia, insonnia o sonnolenza eccessiva, diminuzione drastica o aumento smisurato dell'appetito." (Claudia Ravaldi).
Non è semplice chiedere aiuto e comprendere a quali figure e in che tempi. Molte donne consumate dai sensi di colpa, pensano addirittura di meritare tanto dolore, di dover "scontare" una punizione senza tempo per aver commesso qual-



cosa di inaccettabile. Altre ancora vivono in una sorta di "negazione" rispetto a quanto loro accaduto trascurando anche qualsiasi messaggio venga veicolato dalla sofferenza del corpo. E allora qual è il momento di chiedere aiuto? Può essere lo stesso per tutte?

"Si svegliava durante la notte e non riusciva a riaddormentarsi. Era senza energia e aveva perso interesse per la maggior parte delle cose […] Nonostante la madre e il marito la spronassero a cercare aiuto, lei non lo fece" (O'Hara, 1995)

In realtà ogni persona ha i suoi tempi nel chiedere aiuto e bisogna sicuramente affermare che spesso nelle narrative dei percorsi psicoterapici si rintracciano i racconti di tali vissuti, ma pensare che possa esserci la presenza di figure competenti, che offrano informazioni e sostegno nell'immediato potrebbe rappresentare una via più rapida di riconoscimento e di rielaborazione del dolore, un argine per i sensi di colpa, o più semplicemente una ulteriore possibilità di richiesta di aiuto.

Quel viaggio interrotto bruscamente resta spesso sospeso in un altrove dove a volte non si osa entrare o da cui altre volte non si osa tornare.

"Mi sono sentita accompagnata per mano… la psicologa non mi ha mai lasciata da sola quel giorno! Mi ha spiegato tutto quanto stava accadendo anticipandomi anche quali sarebbero stati i sintomi fisici che con molta probabilità avrei avvertito. Mi ha rasserenata sapere che non solo non c'era giudizio per quanto mi stava accadendo ma che ero accolta da una donna che aveva accompagnato allo stesso modo altre donne" (M., di ritorno da un noto ospedale del Nord Italia)

Capita a volte, di incontrare in quel porto grigio vecchi lupi di mare che si avvicinano con una lucina sulla prua delle loro modeste imbarcazioni … offrono un passaggio silenzioso, non hanno la pretesa di cambiare il viaggio o la sua traiettoria ma nella loro piccola stiva ci sarà un po' di umanità, qualche grammo di calore e casse di comprensione. Chi vi salirà sceglierà tempi e modi della navigazione ma con buona probabilità imparerà ad ascoltare il vento e a ritrovare tutto il necessario per risalire sulla propria barca per approdare in un altro luogo, quello in cui ritrovarsi.

"Anni dopo ho ripreso in mano quel dolore per riaffrontarlo e sono stata di nuovo in quei luoghi freddi da cui forse non ero mai realmente tornata. È stato un lavoro intenso con un terapeuta con cui ho rimesso insieme alcuni pezzi … certo il ricordo c'è ancora ma la ferita sembra non essere più così dolorante, ho compreso e sono andata avanti, mi sono posta nuovi obiettivi come madre e come donna … mi sento serena, sembra una parola grande ma direi… felice …" così oggi racconta B. molto tempo dopo quel lutto, su una barca che seppur vissuta, sembra ben robusta e pronta per intraprendere nuovi viaggi.

Bibliografia

Badenhorst W, Hughes P, (2007) *Psychological Aspects of Perinatal Loss*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, Vol. 21, No. 2, pp. 249-259.

Bion WR, (1962) *Apprendere dall'esperienza*, Ed. Armando, Roma.

Bradshaw Z, Slade P (2003) *The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature.* Clin Psychol Rev; 23:929-958

Bulleri L, De Marco A (2013). *Le madri interrotte. Affrontare e trasformare il dolore di un lutto pre e perinatale.* Ed. Franco Angeli.

Ciaolapo onlus (2013). *Eri già con noi, le parole dell'amore 2012*. Ed. Iperteato Edizioni Verona.

Di Paolo S (2018) *Il non riconoscimento del lutto nell'aborto precoce, possibili interventi terapeutici.* State of Mind. Il giornale delle scienze psicologiche.

Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, et al. (2019) *Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multi-center, prospective, cohort study*. American Journal of Obstetrics and Gynecology.

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

Liotti G, Farina B (2011). *Sviluppi traumatici*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Piron R (2017) *Il dramma silenzioso del lutto prenatale: le conseguenze psicologiche nelle madri che affrontano la morte prenatale. Il lutto prenatale genera nelle donne emozioni di colpa e vergogna e vissuti di solitudine; per questo è opportuno fornire supporto alla coppia.* State of Mind. Il giornale delle scienze psicologiche.

Polla-Mattiot N (2019) *Singolare femminile. Perché le donne devono fare silenzio. Accademia del silenzio*, Taccuino n.43 Ed Mimesis (Milano-Udine).

Ravaldi C (2013). *Il sogno infranto. Affrontare il lutto perinatale. Una guida da genitore a genitore.* Ed. Iperedizioni.

Ravaldi C (2014). *Piccoli Principi. Perdere un bambino in gravidanza e dopo la nascita. Le parole dei genitori e le riflessioni degli specialisti in psicologia del lutto perinatale.* Officina Grafica Edizioni.

Righetti PL, Casadei D (2005). *Il sostegno psicologico in gravidanza*. Ed. Scientifiche Ma Gi., Collana Forma Mentis, Roma.

Yoshimoto Banana (2010) *Delfini*. Ed. Feltrinelli, Milano.

Sitigrafia

www.ciaolapo.it

www.stateofmind.it

www.ilfattoquotidiano.it

www.emdr.it

Transizione alla genitorialità
Attraversare la crisi tra mito e realtà

Eleonora Palma
Psicologa Psicoterapeuta

ABSTRACT

A fronte del bombardamento di informazioni e attenzioni riversate sulla neo-mamma in fase prenatale, nell'immediato post-parto il nuovo nucleo familiare si ritrova solo ad affrontare quella che è una vera e propria rivoluzione, tanto identitaria quanto materiale. La transizione alla genitorialità presenta peculiarità e potenzialità, sia fisiologiche che patologiche, per ognuno dei diversi livelli e componenti del nucleo familiare (singolo genitore, coppia, triade). L'articolo si prefigge di sottolineare l'importanza di diffondere sempre di più un'immagine sana e realistica della genitorialità e in particolare di non lasciare soli i genitori nel post-parto. Sostenere i bisogni emotivi della neonata famiglia, aiutarla ad affrontare ambivalenze ed incertezze, intercettare eventuali evoluzioni psicopatologiche e poter così intervenire tempestivamente, permette di promuovere e sostenere sia una miglior competenza emotiva ed un maggiore benessere individuale e familiare, sia un ambiente sufficientemente buono per le potenzialità evolutive del bambino.

Keywords: transizione genitorialità; solitudine perinatale; crisi; identità; idealizzazione maternità.

1. INTRODUZIONE

"In cima al monte della tua pancia non so decidere se la mia vita sta andando in salita o in discesa.
… Fino ad oggi la vita mi ha abituato ad avere sempre tutto sotto controllo. Il mio lavoro lo faccio scorrere lungo il binario del prevedibile. Ora tu vieni, invece, a portare una nuova regola: la regola della non regola. Non so chi sei, non so come sarai, so solo che ci sei. E questo a volte mi fa sperimentare una vertigine assoluta. Mi sembra di camminare come un acrobata che muove lentamente i suoi passi su una fune sospesa a metri da terra. … E una grandissima paura, che nasce dal profondo, da un luogo sotterraneo e nascosto dentro di me - cui io non riesco ad avere accesso - mi paralizza e ferma il mio cammino. Ho paura, ho una enorme paura".

(A. Pellai, 2007)

Al momento del ritorno a casa nel dopo parto, il neonato nucleo familiare sembra essere accolto da un grande vuoto. Fino al momento della nascita, generalmente ci si ritrova in un carosello di attenzioni che investono soprattutto la mamma, anche se per lo più si tratta di attenzioni di natura prettamente medica e di informazioni improntate alla ***performance*** e all'***efficientismo***. Una volta nato il bambino, tornati a casa, dopo tanti mesi di grande fermento e preparazioni, ci si ritrova spesso soli a fronteggiare una situazione di incertezza e di estrema vulnerabilità emotiva. Particolarmente nel caso del primo figlio, la domanda che accoglie i neogenitori sulla soglia della loro nuova vita in tre è: e ora? Già le prime ore e giorni dopo la nascita, ancora in ospedale in un ambiente che ci si aspetterebbe dover accogliere e tutelare la diade madre-bambino appena costituita, capita di doversi invece scontrare con pareri e informazioni spesso contrastanti che alimentano confusione e senso di inadeguatezza. (Grandolfo, 2012) Soprattutto in una società in cui il mandato mediatico sembra essere quello di una maternità zuccherosa e di esaltazione dell'abnegazione in mancanza di qualsivoglia affettività "negativa", ritrovarsi a dover costruire la relazione col nuovo membro della famiglia mentre nel contempo si attraversano oscillazioni emotive intense può sembrare paradossale.

Genitore e ***bambino reale*** sono, inizialmente, sconosciuti e può essere difficile e doloroso rendersi conto che dove ci si aspettava una sintonia automatica ed immediata ad attendere ci sono invece un rapporto ed una conoscenza quasi interamente da costruire. (Stern, Bruschweiler-Stern, 1999, Marinopoulos, 2006)

Se mamma e bambino stanno bene, pochi giorni dopo il parto rientrano a casa insieme al papà, in un ambiente che è contemporaneamente vecchio e nuovo e che tutti insieme dovranno imparare ad abitare. Per quanto si pensi di essersi preparati durante la gravidanza, non si è mai veramente pronti a ciò che significa l'arrivo reale di un piccolo essere umano in carne, ossa e bisogni che vanno ad incrociare e sovrastare i propri. La nascita del bambino reale nella mente della madre e del padre, così come quella dell'assetto interno genitoriale, ha tempi diversi da quelli della nascita fisica: il figlio può nascere pienamente quando trova uno spazio per vivere non solo nel mondo reale ma anche nello spazio mentale di chi si prende cura di lui. (Cardinali, Guidi, 1992; Stern, Bruschweiler-Stern, 1999; Marinopoulos, 2006; Bezzi, 2018) Questo tempo di costruzione e cambiamenti nelle dinamiche e nell'organizzazione familiare, oltre che nella propria identità, è scandito da emozioni estreme, in cui l'amore per il proprio figlio a volte rischia di rimanere soffocato dall'altra faccia della medaglia: pianti inconsolabili, ritmi sonno-veglia completamente sballati e inadeguati, stanchezza, frustrazione, sbalzi d'umore, paure ed incertezze che, se non trovano il giusto spazio di espressione, possono diventare un carico intollerabile. Lo stravolgimento dei ritmi, delle abitudini, degli spazi fisici e mentali e l'inevitabile quanto inaspettata ambivalenza emotiva del post parto, possono rappresentare un vero e proprio shock per i neogenitori, le cui risorse, tanto individuali quanto di coppia, sono messe a dura prova. La solitudine, reale o esperita che sia, nella quale spesso tutto questo viene affrontato può alimentare il naturale senso di inadeguatezza, gravando tanto sulla qualità della vita dei genitori quanto sulla possibilità di creare un ambiente psichico e di cure adeguato per la cresci-

ta del bambino.
Ad amplificare la portata dello shock, per così dire, fisiologico, contribuiscono diversi fattori. La genitorialità è infatti un costrutto complesso, a cui partecipano componenti culturali, sociali, giuridiche che incontrano altre componenti più private, individuali e familiari, non sempre amalgamandosi ma, anzi, talvolta entrando dolorosamente in conflitto. A livello sociale e culturale, l'immagine idealizzata della genitorialità, soprattutto materna, spesso non permette ai personali vissuti reali di trovare ascolto, espressione, dignità d'essere senza sentirsi profondamente in difetto, mancanti e, perciò, sbagliati. Nell'immaginario comune la madre è sin da subito capace di sintonizzarsi con il proprio bambino, che viene subito sentito come figlio e con il quale instaura un idillio di gioia e amore che annulla ogni altra cosa. Ritrovarsi perciò nello scenario, più comune di quanto la società sia disposta ad accettare, in cui il mito dell'istinto materno non compie immediatamente la propria magia, provoca doloroso stupore, portando la donna a pensare di avere qualcosa che non va. L'idealizzazione della maternità contribuisce inoltre all'incapacità di accettare, senza sentirsi in colpa, gli inevitabili momenti di stanchezza, irritazione, insofferenza, rabbia nei confronti del bambino; ma anche l'aggressività è una componente della maternità e dell'amore genitoriale. Poter riconoscere e dialogare con l'ambivalenza è fondamentale per non lasciarsi annientare e rischiare di agirla. In un momento di enorme vulnerabilità psichica, in cui la madre avrebbe bisogno di sentirsi sostenuta e accolta in tutta la propria estrema fragilità sulla quale gravano un modello ed un mandato sociali pericolosi nella loro rigidità e sordità, tutto questo ostacola, piuttosto che favorire, il processo di conoscenza e di sintonizzazione con i bisogni del bambino, oltre che con i propri, e l'assunzione graduale dell'identità genitoriale. (Marinopoulos, 2006; Dabrassi, Imbasciati, Della Vedova, 2009; Galimberti, 2009; Sbezzi, 2018)

2. TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ COME CRISI DEL CICLO DI VITA

L'arrivo di un neonato comporta uno dei cambiamenti più profondi e stravolgenti rispetto all'intero ciclo di vita della famiglia: nuovi ruoli da assumere e integrare nella propria identità, nuovi livelli della relazione con il partner e con il proprio ambiente in generale, responsabilità dello sviluppo di un altro essere umano totalmente dipendente per la propria sopravvivenza psichica e fisica. (Nyström, Ohrling, 2004; Cadei, Simeone, 2010) Il periodo perinatale è quindi di per sé un tempo della vita eccezionalmente trasformativo e vulnerabile, al di là dell'eventuale presenza di complicazioni specifiche: è quello che si definisce un momento di ***crisi evolutiva***, con tutto il corollario di complicazioni e potenzialità. È sbagliato assegnare automaticamente, come comunemente avviene, una connotazione negativa al termine: crisi è un processo di cambiamento conseguente alla rottura di un equilibrio preesistente che si rivela non più adeguato. L'esito non è né definibile a priori, né necessariamente evidente. Di per sé il processo di crisi è intrinsecamente ambiguo, contenendo un doppio potenziale maturativo e patogeno. Mentre la crisi è in atto, chi si trova ad attraversarla non sa come finirà; lo sbocco verso cui tenderà il nuovo assetto di funzionamento dipenderà

da risorse e vulnerabilità interne legate al proprio assetto identitario, ma anche da fattori esterni legati alle risorse ambientali. Nell'economia incerta e delicata che caratterizza ogni processo di crisi, la rivoluzione della genitorialità è una di quelle situazioni in cui i fattori ambientali possono giocare un ruolo decisivo nella minor o maggiore difficoltà di transizione e nella percezione soggettiva delle difficoltà. (Racamier, Taccani, 1986; Cadei, Simeone, 2010; Molgora, Saita, Fenaroli, 2010; Umberson, Pudrovska, Reczek, 2010)

Se la risoluzione positiva della crisi corrisponde ad un nuovo equilibrio e a nuove identità funzionali e soddisfacenti, è anche vero che il modo di raggiungere tali conquiste può essere molto diverso e più o meno doloroso, anche quando non francamente psicopatologico.

Osservando coppie che affrontano i primi mesi della loro nuova vita accanto al proprio bambino, è possibile osservare non solo l'***idillio***, ma anche la drammaticità dell'incontro fra persone che solo col tempo diverranno pienamente madre, padre e figlio. (Sbezzi, 2018)

Soprattutto il primo anno di vita con il bambino, richiede un dispendio di energie e risorse interne ed esterne tale da assumere caratteri soverchianti. Da decenni le ricerche in campo sociale evidenziano come in termini di effetti sul benessere dei genitori, almeno per quanto riguarda i primi anni di vita, i costi sembrano addirittura superare i benefici[1]. Ricerche più recenti e avanzate hanno poi integrato sia una diversificazione delle dimensioni di benessere che considerato fattori ambientali, personali e familiari che contribuiscono alla percezione soggettiva di benessere richiamando l'attenzione sull'assenza, nella società occidentale, di adeguato sostegno del servizio pubblico. (Umberson, Pudrovska, Reczek, 2010)

Una review della letteratura (Nyström, Horling, 2004) che si proponeva di descrivere l'esperienza genitoriale materna e paterna nel primo anno di vita del bambino, ha evidenziato non solo le specificità nei vissuti e nelle difficoltà affrontate dai due partner per far fronte alla sopraffazione, ma soprattutto l'importanza del fornire ai neo-genitori un supporto. Dalla review emerge come entrambi i partner siano aiutati, nel fronteggiare l'eccessiva fatica e tensione della situazione, oltre che dal sostegno del partner e della propria rete di riferimento, anche dalla possibilità di discutere e riflettere su di sé e la propria esperienza della genitorialità in spazi dedicati, necessari tanto più nella famiglia e società odierna.

L'assetto familiare occidentale moderno può infatti rappresentare terreno fertile per l'amplificazione, da parte delle aspettative irrealistiche a cui sono sottoposti i genitori da più parti, del normale vissuto di inadeguatezza dato dalla transizione alla genitorialità che andrebbe piuttosto normalizzato, accolto ed elaborato per salvaguardare il benessere dell'adulto, del nucleo familiare e del sano sviluppo psicofisico del bambino. (Galimberti, 2009)

3. SOLITUDINE MODERNA E RICERCA DI NUOVI MODELLI

Sono molteplici le modifiche subite dalle famiglie nel corso del secolo passato in funzione delle radicali trasformazioni sociali, demografiche e culturali: inurbamento, ***nuclearizzazione*** familiare, minor numero di figli, ruolo della donna, etc.

1 Rapporto che si ribalta nelle ricerche in famiglie con bambini più grandi: superati i primi anni, i figli hanno effetti positivi sulla percezione di benessere dei genitori.

Tutti questi fenomeni di rapida modifica e complessificazione della società occidentale hanno avuto diverse conseguenze, ancora in evoluzione, sulle modalità di transizione alla genitorialità, in particolare sulle modalità di trasmissione, acquisizione ed elaborazione delle conoscenze oltre che sulla definizione della progettualità educativa. (Nyström, Ohrling, 2004; Andreoli, 2009a; Crittenden, Landini, 2012; Zambianchi, 2012; Grussu, Bramante, 2015) In passato, infatti, in famiglia si faceva esperienza del rapporto con neonati e bambini nel proprio contesto familiare, che era spesso quello di famiglie estese, e nel rapporto con le altre donne e famiglie del proprio contesto di vita. I nuclei familiari e il loro quadro di riferimento ambientale comprendevano molte persone di diverse età: i primogeniti spesso imparavano a prendersi cura dei fratelli successivi, mentre gli ultimi figli si occupavano dei nipoti nati nel frattempo dai fratelli più grandi o dai cugini; oggi non è raro che i neogenitori non abbiano mai preso un bambino in braccio prima del proprio figlio. Questo tipo di esperienza familiare, oltre a fornire una sorta di preparazione di base, una conoscenza di ciò che vuol dire allevare un bambino e delle sue richieste e necessità, rappresentava anche una rete di sostegno per madre e figlio. Un altro fattore che ha contribuito alla perdita di modelli di riferimento è l'innalzamento dell'età media in cui si diventa genitori. Ciò ha infatti contribuito al divario fra modelli e nozioni genitoriali passate e moderne. Tutte queste modifiche socio-culturali hanno determinato la perdita progressiva di una rete di riferimento e sostegno a cui potersi aggrappare nei momenti di incertezza e spaesamento, contribuendo in alcuni casi a rallentare l'adattamento relazionale fra genitori e bambino. (Molinar Min, Tosco; 2005Andreoli, 2009a; Crittenden, Landini, 2012)

D'altro canto, negli stessi anni l'aumento generalizzato della scolarizzazione, delle scoperte e divulgazione scientifica in ambito evolutivo hanno portato ad una attenzione sempre maggiore per le esperienze precoci infantili nella consapevolezza della loro influenza per lo sviluppo psicofisico del bambino. Ciò ha dato impulso per la dinamicizzazione e personalizzazione dello stile genitoriale ma, nello sforzo a volere il meglio per il proprio figlio ed essere genitori migliori, ha anche alimentato insicurezza, dubbi, paura di sbagliare e la ricerca spasmodica di risposte e modelli rassicuranti da seguire. (Andreoli, 2009a; Andreoli, 2009b; Battaglia, 2009; Soavi, 2009; Crittenden, Landini, 2012; Zambianchi, 2012)

La sempre maggior conoscenza delle dinamiche evolutive se da una parte ha determinato la possibilità per il figlio di acquisire dignità di soggetto attivo fin da prima della nascita fisica, dall'altra, passando attraverso le maglie della moderna società e degli ideali di ricerca di perfezione e controllo, è stata spesso e volentieri (mal)tradotta nel modello poco flessibile, pedagogizzante e deterministico del "bravo genitore", concentrandosi generalmente sulle supposte mancanze e poco o nulla sulle risorse degli individui ***in giudizio*** e senza lasciare spazio alla sana possibilità di sbagliare e riparare. Genitore e figlio hanno infatti bisogno di poter fare esperienza dell'errore e della fallibilità umana e relazionale per elaborare le proprie capacità riparative di risposta. (Stern, Bruschweiler-Stern, 1999 Crittenden, Landini, 2012; Cicchiello, 2017)

Il grande fiorire di risposte standardizzate che radicano e diffondono nell'immaginario sociale, con l'aiuto della comuni-

cazione massmediologica, una causalità lineare tra benessere e sano sviluppo infantile e l'adesione spersonalizzata alle prescrizioni manualizzate, non fa che alimentare i vissuti di colpevolizzazione e di inadeguatezza cui si propone di dare risposta, non essendo possibile corrispondere senza inevitabile scarto ad un modello non calato sulle specificità dei bisogni, delle preferenze e delle risorse del singolo nucleo familiare. Anche quando i principi alla base di tali modelli sono corretti, derivanti da evidenze scientifiche e dalle moderne conoscenze della ricerca in ambito evolutivo, il pericolo sta nel presentarli come ***ricette*** e ***istruzioni*** da seguire pedissequamente e non come linee guida cui attingere e riferirsi a partire dal proprio personale vissuto e dall'esperienza familiare specifica. Non solo: per poter realmente modificare eventuali modalità relazionali disfunzionali, a nulla serve ***educare*** comportamenti coscienti se non si agisce a livello della struttura emozionale implicita su cui si innesta la comunicazione e il contatto con il bambino, che passa attraverso canali prevalentemente pre-verbali. (Imbasciati, 2012)

I neogenitori sono spesso portati a tradurre la propria insicurezza in una tendenza alla ricerca di qualcuno che possa dire loro cosa fare e come, qualcuno più ***bravo*** di loro. Sarebbe auspicabile che almeno i professionisti dell'area materno-infantile, nell'accogliere il bisogno e lo smarrimento di chi si rivolge loro, non concorrano ad alimentare questa tendenza alla delega e alla ricerca di ***comportamenti educabili***. Spostandosi dal tradizionale modello assistenziale cosiddetto di curing che asseconda interventi di tipo sostitutivo, a modelli di caring, in cui l'impostazione relazionale e di tipo "orizzontale" miri non a rinforzare l'idea che ci sia qualcuno che sappia come "fare meglio il genitore" ma a sostenere i genitori nella ri-scoperta e nella stimolazione delle risorse personali passando per una conoscenza e dinamicizzazione del proprio ***assetto affettivo***. Aiutare i genitori a strutturare un ambiente relazionale e mentale ***sufficientemente buono*** per il proprio figlio e per sé stessi, passa innanzitutto per l'accettazione che tale spazio psichico non è ***educabile***. Poter sostenere le esigenze di cura del neonato ed essere non ***genitori bravi ed efficienti*** ma ***genitori sufficientemente buoni***, richiede aver cura innanzitutto del proprio assetto mentale. Questo passaggio di consapevolezza è necessario e non banale, in quanto occorre innanzitutto poter depotenziare il "latente ed oscuro senso di colpa dei genitori che impedisce loro di vedere quando la relazione col bambino non va bene … (e che) procede dal riduttivismo coscienzialista per cui si vivono le proprie capacità mentali come fossero coscienti e controllabili con una cosciente responsabilità". Gli approcci educativi e prescrittivi appaiono rassicuranti sul momento, ma quanto aiutano i genitori sul lungo periodo? (Imbasciati, 2007; Battaglia, 2009; Imbasciati, 2012; Zambianchi, 2012)

Ciò di cui ogni neogenitore avrebbe allora piuttosto bisogno è uno spazio e un tempo di attenzione alla ***perinatalità psichica*** del nucleo familiare. Uno spazio e un tempo per la condivisione e socializzazione dei propri vissuti, che da un lato possa fornire esempi e modelli cui attingere per affrontare il proprio personale modo di diventare ed essere genitore e dall'altra dia modo di normalizzare le ansie, angosce ed ambivalenze nel confronto con quelle degli altri genitori che vivono lo stesso smarrimento. Uno spazio e un tempo in cui lavorare sulle

proprie rappresentazioni interne e sulle proprie ***memorie implicite***. Uno spazio e un tempo per poter pervenire ad una riflessione onesta e compassionevole su di sé e sulla relazione con il proprio bambino e col proprio partner, in modo da poter attingere alle informazioni interne oltre che a quelle esterne e potersi sperimentare come competente e capace di amare, al di là delle molteplici voci che intorno spiegano quando, come e cosa sia ***più giusto*** sentire con e per il proprio figlio. (Stern, Bruschweiler-Stern, 1999; Andreoli, 2009b; Imbasciati, 2012; Gioia, 2017)

4. PRENDERSI CURA DELLO SPAZIO-TEMPO PERINATALE

"I primi mesi e anni di vita del bambino sono un periodo critico anche per la formazione di una madre e di un padre; un aiuto, se competente e fornito al momento giusto, può servire molto e i vantaggi di un trattamento su un bambino molto piccolo ci sono a questo punto ben noti; ora auspichiamo che anche i genitori ricevano un aiuto appena «nati»"

(Bowlby, 1979, p.21)

Da tutto quanto detto discende l'importanza di potersi prendere cura di questa sofferenza, fornendo alla coppia (prima) e alla triade (poi) spazi di elaborazione che testimonino un'attenzione per la genitorialità psichica almeno analoga a quella che negli anni si è sempre più manifestata per la genitorialità fisica, superando il deleterio dualismo mente-corpo; senza rinnegare le grandi conquiste derivate dalla medicalizzazione della gravidanza ma superandone i limiti attraverso il recupero di tutta l'area psichica, nel tempo chirurgicamente estromessa a spese della salute di tutti gli autori coinvolti. (CNB, 2005; Marinopoulos, 2006; Imbasciati, 2007; Grandolfo, 2012; Alderdice, 2018)
Perché se è vero che sono molti i genitori che si adattano con relativa facilità alla nuova vita e alle nuove richieste, è



altrettanto vero che le difficoltà e sofferenze in quest'area sono spesso taciute e nascoste per paura del giudizio sociale e per timore di essere considerati genitori incapaci. Per non dire della grande quantità di vere e proprie condizioni psicopatologiche, sia materne che paterne, che non arrivano a diagnosi per le stesse motivazioni, con le conseguenze a carico di genitore, bambino e intero sistema sanitario. Un dato su tutti: una delle prime cause di mortalità materna è la mancanza di trattamento della depressione perinatale. Ma senza arrivare a tanto, ne va della qualità della vita dell'intero nucleo e dello sviluppo psicofisico del bambino, per non parlare della relazione di coppia. (Cardinali, Guidi, 1992; Molgora, Saita, Fenaroli, 2010; Baldoni, 2016; Bramante, 2018)

La gamma di esperienze e di modalità di reagire al riassetto è ampia ma porre attenzione al benessere psicologico e allo spazio-tempo della genitorialità psichica ha ricadute positive ad ognuno dei livelli di questo continuum. Non si tratta di far passare un profilo di esperienza psichica perinatale valido per tutti, ma di far sì che ogni futuro genitore, con le proprie fragilità e con le proprie risorse, conosca e sia consapevole delle dinamiche sottese, trovando contestualmente la possibilità di accedere a spazi in cui poterle attraversare insieme ad altri. (Grussu, Bramante, 2018) Anche perché c'è un aspetto che colpisce e che emerge spesso dalle ricerche: il disagio psichico di questo momento della vita così particolare, risponde a minime sollecitazioni. Lo aveva già visto la Bibring (1961): anche le perturbazioni ***maternali*** che spesso e volentieri evocavano modalità psichiche simil-psicotiche reagivano in modo favorevole a misure psicoterapiche di portata modesta, in ragione dell'estrema sensibilità e reattività del periodo puerperale all'ambiente reale. (Racamier, Taccani, 1986) La fragilità di questo periodo, se adeguatamente supportata psicologicamente, da fonte di pericolo può infatti trasformarsi in fonte di creatività e di ristrutturazioni benefiche (Cena, Imbasciati, 2012a)

È importante potersi prendere cura degli stati interni e mentali propri e del proprio bambino, coltivando le proprie capacità metacognitive e di riparazione attraverso un lavoro che permetta di entrare in contatto, ascoltare ed esprimere le proprie emozioni. La capacità riparativa, infatti, è un atto creativo fondamentale nello sviluppo della perinatalità psichica del nucleo familiare, che permette di non soccombere agli inevitabili errori di sintonizzazione e contatto nella relazione ma piuttosto di riparare gli effetti delle componenti aggressive. Capacità di comprendere gli stati mentali, funzioni metacognitive e capacità riparative sono tutte funzioni che si esercitano primariamente su dati affettivi, nella nostra società spesso poco favorite e veicolate. Ma è proprio questo lo spazio e il tempo che occorrerebbe poter fornire in epoca perinatale nei servizi. Insieme alla possibilità di elaborare e pervenire ad una rilettura delle proprie esperienze infantili e nella relazione con i propri genitori, che hanno una influenza diretta sulle aspettative e sulle rappresentazioni interne della genitorialità, e alla condivisione di tutto questo con altri che stiano attraversando le stesse ambivalenze e insicurezze. (Stern, Bruschweiler-Stern, 1999; Manfredi, 2007; Imbasciati, 2012)

Una offerta di questo tipo presuppone e necessita di una formazione adeguata e continua di tutti coloro che operano, a diversi livelli e con specifici ruoli, in area perinatale. Ciò rappresenta un primo

step di difficoltà, da affrontare anche tramite un cambiamento concettuale che miri a sanare la già citata inopportuna cesura mente-corpo e a partire dai percorsi formativi universitari e di specializzazione e da proseguire con aggiornamenti costanti. (Cena, Imbasciati, 2012b)
Gli sforzi in tal senso sono più che mai necessari, come investimento sia in termini di salvaguardia del benessere e della salute della popolazione ma anche in termini economici e in reale applicazione di POMI e LEA. Perché la salute perinatale non dovrebbe essere un lusso per pochi, frutto di incontri fortunati e casuali con operatori formati per sensibilità personale, ma diritto dell'intera comunità. (Grandolfo, 2012; Quatraro, Grussu, 2018)

5. CONCLUSIONI

Porre attenzione alla "vulnerabilità parentale" (Soulè, Noël, 1999) fornendo un sostegno al carico psichico rappresentato dalla transizione alla genitorialità attraverso spazi di condivisione e riflessione in cui i neo-genitori sentano accolti i propri vissuti, è un compito che dovrebbe prefiggersi chiunque si occupi di salute perinatale. In quest'ottica, la psicologia perinatale porta un corpus di competenze che sarebbe auspicabile poter integrare nei servizi forniti alla popolazione in ottica di prevenzione tanto primaria quanto secondaria e terziaria. Primaria: attraverso screening su fattori di rischio noti integrabili anche nelle visite di ginecologi, pediatri e MMG, lavorando sin dal pre-parto con i genitori e a livello di divulgazione in modo da contribuire a veicolare un'immagine della genitorialità più realistica nella sua complessità, nella formazione degli operatori per contribuire ad una continuità dell'assistenza che sia il più coerente ed attenta possibile; secondaria: fornendo spazi di condivisione post-parto che favoriscano una transizione alla genitorialità sostenuta nella varietà dei vissuti, tanto per coloro che necessitano ***semplicemente*** di una risposta alla solitudine o a difficoltà transitorie, quanto per coloro i quali le risorse individuali e familiari mostrano maggiore fragilità nel processo di riassetto identitario, permettendo in tal modo anche di individuare e intervenire precocemente a seconda del minore o maggiore rischio di eventuali evoluzioni patologiche; terziaria: intervenendo in quei casi in cui sia già in atto una condizione di inadeguata sintonizzazione sia con i bisogni emotivi del/degli adulto/i che con quelli psicofisici del bambino, quando non una vera e propria psicopatologia. (CNB, 2005; Marinopoulos, 2006; Cena, Imbasciati, 2012a,b; Bramante, 2018; Biaggi, Pariante, 2018; Quatraro, Grussu, 2018)
La possibilità di fornire uno spazio e un tempo per l'accoglienza psichica dell'intero nucleo familiare, passa anche attraverso una ridefinizione concettuale che pensi al momento della nascita come parte di un percorso processuale di vera e propria perinatalità: dai ***vecchi*** corsi di preparazione al parto, agli attuali percorsi di accompagnamento alla nascita per arrivare a servizi continuativi che integrino coerentemente almeno anche il puerperio se non il primo anno post parto e che coinvolgano in modo significativo tutti i livelli del nucleo: madre, padre, coppia e triade con possibilità di personalizzazione dei percorsi al bisogno. (Cardinali, Guidi, 1992; Grassi, Guana, 2007; Imbasciati, 2007; Cena, Imbasciati, 2012a,b; Grandolfo, 2012) Tutto ciò concorre alla creazione di un ambiente ***sufficientemente buono*** non solo per il bambino ma per l'intero sistema, fornendo soste-

gno alle potenzialità evolutive sia del figlio che può pienamente diventare tale che di chi si prende cura di lui che può così pienamente e fecondamente diventare genitore. Supportare la transizione alla genitorialità prendendosi cura tanto delle vulnerabilità quanto delle risorse di ogni nucleo familiare, significa in ultima analisi, favorire le potenzialità evolutive degli adulti di oggi e di quelli di domani e, pertanto, dell'intera comunità.

Bibliografia

Alderdice Fiona (2018), ***Prefazione***, in (a cura di) Quatraro Rosa Maria, Grussu Pietro (2018), ***Psicologia clinica perinatale – dalla teoria alla pratica***, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.

Andreoli Simonetta (2009a), ***Genitorialità a confronto***, in Centro di Documentazione GIFT – U.O. politiche Familiari e Genitorialità, ***Essere genitori oggi – Contesti che cambiano, difficoltà di sempre,*** Quaderno GIFT, Comune di Ferrara

Andreoli Simonetta (2009b), ***Il tempo per le famiglie – Intervista a Susanna Mantovani***, in Centro di Documentazione GIFT – U.O. politiche Familiari e Genitorialità, ***Essere genitori oggi – Contesti che cambiano, difficoltà di sempre***, Quaderno GIFT, Comune di Ferrara

Baldoni Franco (2016), ***I disturbi affettivi perinatali nei padri***, in (a cura di) Grossu Pietro, Bramante Alessandra (2016), ***Manuale di psicopatologia perinatale – Profili psicopatologici e modalità di intervento***, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.

Battaglia Antonella (2009), ***Cambiano i contesti, cambiano i genitori?*** in Centro di Documentazione GIFT – U.O. politiche Familiari e Genitorialità, ***Essere genitori oggi – Contesti che cambiano, difficoltà di sempre***, Quaderno GIFT, Comune di Ferrara

Biaggi Alessandra, Pariante Carmine M. (2018), ***Fattori di rischio per la depressione e l'ansia nel periodo perinatale***, in (a cura di) Grussu Pietro, Quatraro Rosa Maria (2018), ***Psicologia clinica perinatale – Dalla teoria alla pratica, Edizioni*** Centro Studi Erickson, Trento.

Bibring Grete L, Dwyer Thomas F, Huntington Dorothy S, Valensteinv Arthur F (1961), ***A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest Mother-Child relationship, in "The psychoanalitic study of the child"***, 16/1961:1:9-27.

Bowlby John (1979), ***The making and breaking of affectional bonds,*** Trad. It. (1982), ***Costruzione e rottura dei legami affettivi,*** Raffaello Cortina Editore, Milano.

Bramante Alessandra (2018), Screening e identificazione precoce delle donne a rischio di psicopatologia perinatale, in (a cura di) Grussu Pietro, Quatraro Rosa Maria (2018), ***Psicologia clinica perinatale – Dalla teoria alla pratica***, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.

Cadei Livia, Simeone Domenico (2010), ***Diventare genitori. Fantasie e narrazioni in un'epoca tecnologica***, in "Education Sciences & Society", 1:2:130-144

Cardinali Federico, Guidi Gabriella (1992), ***La coppia in crisi di gravidanza – Sulla necessità di ripensare l'intervento istituzionale,*** in "Terapia Familiare", 38/1992

Cena Loredana, Imbasciati Antonio (2012a), ***L'intervento in psicologia clinica perinatale. Integrazione con i percorsi di cura in ostetricia, neonatologia, pedia-***

tria, neuropsichiatria infantile, in Cena Loredana, Imbasciati Antonio, Baldoni Franco (2012), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*, Springer, Milano.

Cena Loredana, Imbasciati Antonio (2012b), *Prendersi cura della generatività, genitorialità e cogenitorialità con gli operatori socio-sanitari per una profilassi psicoeducativa*, in Cena Loredana, Imbasciati Antonio, Baldoni Franco (2012), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*, Springer, Milano.

Cicchiello Stefania (2017), *La depressione perinatale materna e paterna. Fattori di rischio, aspetti clinici e possibili interventi*, in "Cognitivismo Clinico", 14:1:22-45.

CNB – Comitato Nazionale per la Bioetica (2005), *Aiuto alle donne in gravidanza e depressione post partum*, Documento approvato nella seduta plenaria del 16 Dicembre 2005 disponibile all'indirizzo http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/aiuto-alle-donne-in-gravidanza-e-depressione-post-partum/

Dabrassi Francesca, Imbasciati Antonio, Della Vedova Anna Maria (2009), *Il supporto Sociale in Gravidanza: validazione Italiana e valutazione dello strumento*, in "Giornale di Psicologia", 3:2:141-152.

Galimberti Umberto (2009), *I miti del nostro tempo*, Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano.

Gioia Cecilia (2017), *Diventare genitori altrove*, https://www.unicef.it/media/corso-universitario-unicef-cosenza-2017/

Grandolfo Michele (2012), *Percorso nascita e corsi di accompagnamento alla nascita: basi conoscitive, progettazione operativa, implementazione e valutazione delle attività*, in (a cura di) Lauria Laura, Lamberti Anna, Buoncristiano Marta, Bonciani Manila, Andreozzi Silvia (2012), *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Rapporti ISTISAN 12/39, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Grassi Lucia, Guana Miriam (2007), *Educazione alla salute e al benessere nel percorso nascita*, in Imbasciati Antonio, Dabrassi Francesca, Cena Loredana (2007), *Psicologia Clinica Perinatale – Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi),* Piccin Nuova Libraria, Padova.

Grussu Pietro, Bramante Alessandra (2015), *Introduzione*, in (a cura di) Grussu Pietro, Bramante Alessandra (2016), *Manuale di psicopatologia perinatale – Profili psicopatologici e modalità di intervento*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.

Imbasciati Antonio (2007), *Dalla psicoprofilassi alla psicologia clinica perinatale*, in Imbasciati Antonio, Dabrassi Francesca, Cena Loredana (2007), *Psicologia Clinica Perinatale – Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin Nuova Libraria, Padova.

Imbasciati Antonio (2012), *Curare i genitori per aver cura dei bambini*, in Cena Loredana, Imbasciati Antonio, Baldoni Franco (2012), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori – La ricerca clinica per l'intervento*, Springer-Verlag Italia, Milano.

Manfredi Paola (2007), *Uno sguardo sulla genitorialità tra lo psichico ed il sociale*, in *Psicologia Clinica Perinatale – Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin Nuova Libraria, Padova.

Marinopoulos Sophie (2006), ***Nell'intimo delle madri***, Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano.

Molgora Sara, Saita Emanuela, Fenaroli Valentina (2010), ***Genitorialità: dai fattori critici ai percorsi di transizione – I. Orientarsi nella ricerca***, in "Rivista di Psicologia clinica", 2:197-208.

Nyrstöm Kerstin, Ohrling Kerstin (2004), ***Parenthood experiences during the child's first year: literature review***, in "Journal of Advanced Nursing", 46:3:319-330

Molinar Min Monica, Tosco Elena (2005), ***Ruolo socio-sanitario dell'ostetrica nell'Organizzazione e nell'accompaganamento della puerpera, del partner e del bambino al "ritorno a casa",*** in ***Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – Vol. LXXXI***, Critical Medicine Publishing, Roma.

Pellai Alberto (2007), ***Sul monte della tua pancia. Le emozioni di un uomo in attesa di un figlio***, Edizioni San Paolo, Milano.

Quatraro Rosa Maria, Grussu Pietro (2018), Introduzione, in (a cura di) Grussu Pietro, Quatraro Rosa Maria (2018), ***Psicologia clinica perinatale – Dalla teoria alla pratica***, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.

Racamier Paul-Claude, Taccani Simona (1986), ***La crisi necessaria. Il lavoro incerto***, Franco Angeli Editore, Milano.

Sbezzi Maria Luisa (2018), ***Il puerperio – oltre la poesia***, in Donatella Lisciotto (a cura di), ***I volti della maternità***, "Società Italiana Psicoterapia Psicoanalitica", quaderni 1-2018.

Soavi Giulia (2009), ***Essere genitori – un difficile confronto con gli attuali modelli culturali***, in Centro di Documentazione GIFT – U.O. politiche Familiari e Genitorialità, ***Essere genitori oggi – Contesti che cambiano, difficoltà di sempre***, Quaderno GIFT, Comune di Ferrara.

Soulè Michel, Noël Janine (1999), ***La prevenzione medico-psico-sociale precoce,*** in Lebovici Serge, Diatkine René, Soulè Michel, ***Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza***, Borla, Roma.

Stern Daniel Norman, Bruschweiler-Stern Nadia (1998), ***The Birth of a mother***. Trad.It. 1999, ***Nascita di una madre – Come l'esperienza della maternità cambia una donna***, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.

Umberson Debra, Pudrovska Tetyana, Corinne Reczek (2010), ***Parenthood, childlessness, and well-being: a life course perspective***, in "Journal of Marriage and Family", 72:612-629.

Zambianchi Elena (2012), ***Supporto alla genitorialità: tipologie di intervento e percorsi formativi***, in "Formazione e insegnamento", X:3:79-94.



Il feto come presenza in relazione

Laura Lippolis

Abstract

Il feto alla nascita ha già nove mesi di vita. Con questa espressione si vuole sottolineare una serie di esperienze in relazione tra feto e ambiente circostante che favoriscono una serie di apprendimenti necessari allo sviluppo psicofisico postnatale. I segnali biochimici tra madre e feto, le stimolazioni sensoriali favorite da un graduale sviluppo fetale degli organi di senso elicitano lo sviluppo di strutture neurologiche atte a preparare il piccolo uomo ad affrontare il mondo. All'interno di queste primordiali ed ancestrali esperienze, il ruolo del padre non rimane in disparte: attraverso una rivalutazione e ricollocazione all'interno della diade madre-figlio, il padre può trovare la giusta dimensione e stimolare quei processi primari di attaccamento tanto preziosi al benessere di un sano sviluppo psichico futuro.

Key Words: relazione, apprendimento prenatale, esperienze sensoriali, messaggeri biochimici, comunicazione madre-feto, imprinting neurobiologico, triade madre-padre-bambino

La relazione materno-fetale

L'uomo può essere considerato un essere sociale sin dai suoi albori, un essere in grado di entrare in comunicazione già in fase di sviluppo uterino con la propria madre, il proprio padre, i fratelli e tutto l'ambiente esterno. Il feto è un essere attivo che possiede delle capacità sensoriali per entrare in relazione con la madre e con l'ambiente esterno (Righetti & Sette, Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità, 2000). Il feto non vive uno stato di isolamento in utero ma gli organi di senso gli permettono di interagire con sè stesso e con l'esterno. L'interesse per le fasi della vita che precedono la nascita ha avuto, a partire dagli anni Ottanta, una grande diffusione da quando si è scoperto che la comunicazione e la relazione della madre con il suo bambino inizia molto prima della sua nascita. Per molto tempo il mondo intrauterino è stato esplorato da un punto di vista esclusivamente medico, fondamentale per assicurarsi che il feto si sviluppasse in modo normale. L'attenzione è stata rivolta principalmente alle condizioni fisiche della madre e al suo stato di salute, tralasciando tutti quegli aspetti psicologici, sociali, emozionali che essa vive e che di conseguenza vengono avvertiti anche dal suo bambino. Per troppo tempo l'immagine del feto è stata quella di un essere che vive protetto nell'utero materno, che come uno scrigno lo custodisce, isolandolo da ogni contatto col mondo

esterno.
Nel mondo occidentale gli inizi della genitorialità sono stati oscurati dal materialismo pervasivo della medicina e della psicologia che hanno dubitato dello stato cognitivo del neonato e che hanno negato gli aspetti umani del comportamento fetale. La ricerca scientifica ha messo in evidenza che, durante la gestazione, il feto è in grado di vedere, udire, fare esperienza, toccare, apprendere ma soprattutto è in grado di provare sensazioni e di rispondere agli stimoli esterni positivi ma anche di pericolo, di sofferenza e di dolore e di attivare i suoi sistemi di allarme e di difesa. Numerosi studi, in collaborazione interdisciplinare tra ginecologia, psichiatria e psicologia hanno cominciato a far luce sui processi di interazione madre-bambino in fase prenatale e su tutto il mondo intrauterino che si è rivelato essere ricco e dinamico. Le ricerche hanno dimostrato che tutto ciò che la madre vive viene percepito anche dal feto: il bambino nel corso della gestazione evidenzia una grande sensibilità unita ad un elevato livello di competenze psicofisiologiche e neuropsicologiche. Si è scoperto che anche il bambino in fase prenatale è in grado di apprendere. L'apprendimento prenatale è il risultato di un insieme di sollecitazioni e di stimoli che il feto riceve dalla madre durante tutta la gravidanza (Mancuso 2009). La relazione madre feto è fondamentale per il successivo sviluppo cognitivo e la salute psicofisica della madre. Il feto memorizza queste esperienze in relazione alla graduale maturazione del suo sistema nervoso centrale, che già all'inizio del terzo trimestre di vita intrauterina raggiunge i livelli di evoluzione simili a quelli che presenterà il neonato. Gli stimoli che il nascituro riceve dalla madre derivano da un insieme di messaggi ormonali che entrano nel suo organismo passando immodificati attraverso la barriera placentare. Il feto percepisce questi ritmi ormonali e li traduce in stati comportamentali in condizione di sonno e veglia, similmente come avverrà dopo la nascita. Durante la veglia attiva il feto compie i movimenti respiratori, muove gli arti e la frequenza cardiaca segue un tipico andamento di accelerazione e rallentamenti in dipendenza dai rumori e dagli stati emotivi materni trasmessi dai neuro mediatori. Durante queste fasi il feto recepisce le informazioni esterne mentre nelle fasi di quiete struttura le sue esperienze e le immagazzina. Al termine della gravidanza il feto sa stabilire la sua presenza nello spazio ed è consapevole della dimensione spaziale dell'utero che lo contiene (Mancuso 2009). Di tutte queste esperienze che il feto fa in relazione all'ambiente esterno e alla madre egli ne conserverà il ricordo remoto associato a stati emotivi (Chamberlain, 1998).
L'idea dell'esistenza di una relazione madre-feto fu un concetto ipotizzato da Deutsch nel 1945 e successivamente ampliato da successive ricerche. Verny (2001) individua tre tipi di comunicazione madre-feto: fisiologica, comportamentale e simpatica. La prima fa riferimento allo scambio biologico madre-feto all'interno dell'ambiente uterino compreso il passaggio del sangue e di tutto ciò ivi contenuto compresi per esempio gli ormoni legati allo stress. La comunicazione comportamentale fa riferimento a tutti gli atti che la mamma compie in verso il bambino in pancia: carezze, canzoni, storie raccontate e che sono essenziali per stabilire una relazione di reciprocità; infine la comunicazione simpatica che riguarda invece la capacità della madre di influire sullo stato d'animo del feto. Durante la vita fetale vi è un

imprinting neurobiologico, dato che nel corso della gestazione l'emisfero cerebrale destro, responsabile della socialità, emozioni, si forma e si struttura in modo dipendente dal suo ambiente condiviso, cioè l'utero materno e, in senso più generale, la madre. Gli ormoni materni regolano l'espressione di geni nel cervello fetale. Le primissime esperienze affettive di interazione madre-feto influenzano direttamente la maturazione dell'emisfero cerebrale destro fetale che è connesso allo sviluppo prenatale del sistema nervoso autonomo e all'asse ipotalamo-adreno-pituitario che regola la risposta individuale allo stress.

L'esperienza prenatale di interazione con l'ambiente influisce sulla struttura del sistema nervoso centrale e sull'architettura del cervello in evoluzione. La simbiosi profonda tra la madre e il feto fa sì che fattori psicosociali, emotivi, affettivi, vissuti dalla madre durante la gestazione, ricadano inevitabilmente sulla relazione e sull'attaccamento madre- bambino, creando delle tracce mnestiche che si conserveranno intatte nella psiche del bambino e di conseguenza in quella del futuro adulto. L'utero non è solo la prima culla per il bambino ma è anche il suo primo vero mondo e il modo in cui lo sperimenta incide sulla formazione della sua futura personalità (Soldera, Le emozioni della vita prenatale, 2000). Una delle capacità più importanti della mente umana è quella del sapersi relazionare, e questo è ciò che si verifica tra madre e figlio durante il periodo della gestazione. Dalla qualità del legame in questo delicato periodo di sviluppo prenatale dipenderà la struttura psichica del futuro bambino e adulto. Lo sviluppo del feto dipende in gran parte dagli apprendimenti precoci che derivano da questa relazione. Il bambino si sviluppa durante tutti i nove mesi anche grazie agli stimoli che gli giungono dall'esterno: quindi ne deduciamo che anche il feto è un essere socievole. Attraverso l'utero e per mezzo delle capacità sensoriali che va via via acquisendo il feto entra in contatto con l'ambiente esterno direttamente e/o mediato dalla percezione e dagli stati emotivi vissuti dalla madre. Si pensa che tutto ciò che la donna vive e sperimenta viene sperimentato anche dal feto: autori come Soldera (1995), DiPietro (2010) ritengono che "ogni forma di esperienza emotiva materna venga trasmessa al feto: se lo stato emotivo è piacevole e positivo il feto ne trae benefici: se invece lo stato emotivo è negativo, ansiogeno, il feto non riceve alcun beneficio, anzi può essere vittima di una forte scarica ormonale e probabilmente di un senso di frustrazione psichica". I sistemi comunicativi e relazionali del feto sono costituiti dalle competenze fisiologiche e sensoriali (per la ricezione dello stimolo), dalle competenze del SNC sommate a quelle psicologiche (per l'elaborazione dello stimolo), dal movimento e dalla frequenza cardiaca (come risposta), dall'ambiente intra ed extra uterino(come ambiente di apprendimento) e dalla relazione stretta con la madre e allargata con l'ambiente esterno. Attraverso gli odori del liquido amniotico il feto apprende gli odori a lui famigliari che lo predisporranno a riconoscere olfattivamente la presenza della madre. Le carezza sulla pancia che vanno a modificare le modulazioni del tessuto addominale gli offriranno una stimolazione tattile e motoria che lo predisporranno ai movimenti post natali e gli offriranno la sensazione piacevole del movimento. L'ascolto della voce e delle parole della madre lo aiuteranno nell'acquisizione del linguaggio materno e lo predisporranno a emozioni positive

alla nascita durante il periodo di accudimento materno. L'ascolto della musica lo rilasserà. Il bambino in utero, dal VI mese, è in grado non solo di sentire e ricordare ma anche di apprendere brani musicali. Il feto sarebbe in grado di riconoscere non solo frequenze ma anche configurazioni sonore. I genitori possono, dunque, offrire intenzionalmente con una determinata frequenza occasioni di specifiche esperienze musicali che rafforzano il vincolo affettivo madre-padre-bambino. Attraverso l'esposizione del grembo materno alla luce il piccolo sperimenterà delle nuove sensazioni visive che associerà a stati emotivi sperimentati dalla madre. Molti studi indicano che i neonati preferiscono stimoli simili a quelli dell'ambiente uterino: suoni, temperatura, contenimento, movimento, penombra: questo sta a significare l'impatto delle esperienze intrauterine vissute in relazione con il mondo esterno e la capacità del feto di apprendere le abitudini di vita della madre (Gatts, 1995). Tutte queste esperienze contribuiscono ad incrementare dei legami relazionali che poi saranno ripresi ed approfonditi nel periodo neonatale e che pongono le basi per un sano attaccamento non solo con la figura materna ma con tutti coloro che hanno interagito con la madre e la sua condizione di gestante e che entreranno a far parte del gruppo del caregivers.

La relazione con altre figure di riferimento: il padre

è di fondamentale importanza il ruolo del sostegno emotivo e sociale che la gestante sente di poter ricevere da altre persone accanto a lei, dai famigliari, dal partner. Queste riflessioni sono supportate da alcuni studi che hanno osservato una significativa associazione tra sostegno sociale e sintomi depressivi in gravidanza (Della Vedova, Ducceschi, Pelizzari, Cesna, & Imbasciati, 2008). Durante la gravidanza anche il partner assume un ruolo fondamentale nel momento in cui apprende a svolgere la funzione di contenitore della relazione madre-bambino. Nel mondo onnipotente e totalizzante della simbiosi madre-figlio, il padre rappresenta l'altro mondo rispetto a quello materno, è il garante dell'uscir fuori, del separarsi. Quando il padre non è né escluso, né estraneo, ma esterno, funge a sua volta da "contenitore", da "grembo buono" per la madre e per il figlio. E' fondamentale che i genitori condividano il possesso del figlio fin dal momento del concepimento e si allenino a viverlo e a superarlo aiutandosi nel rispetto e nella fiducia reciproci. Il padre è una presenza necessaria per una crescita sana e armoniosa dei figli ed è una presenza fondamentale per la madre e per i figli durante tutta la gravidanza, la nascita e la vita neonatale, fino all'età adulta. La triade (padre-madre-bambino) fondata sulla reciprocità e sull'amore circolare è il superamento dell'amore come possesso e simbiosi. Il padre non vive le sensazioni corporee legate alla gestazione, tutti questi vissuti corporei vengono a lui raccontati, ma non fanno veramente parte di lui perché non derivano dalla sua diretta esperienza. Eppure, esiste una gestazione paterna: si tratta di una gestazione mentale, di avere il feto come ospite dentro di sé, dentro la sua mente. Tanto la donna esperisce la gravidanza nel corpo e nel sentimento, tanto il padre può farne viva esperienza a livello mentale, facendo del suo pensiero un "utero" buono e accogliente per il figlio che nasce e che cresce nel grembo materno.

L'esperienza della prima ecografia è importante per il padre, in particolare, che esperisce concretamente la presenza viva del feto, ne riscontra l'esistenza vera e tangibile (Righetti, 2003). Nei mesi successivi, durante il corso della gestazione, il padre avrà modo di relazionarsi con il feto attraverso il tatto, carezzando la pancia della donna, sentendo il movimento fetali poggiandovi sopra la mano e l'orecchio, giocando con il bimbo in grado di rispondere agli stimoli esterni come ad esempio la voce. L'uomo, avendo una struttura psichica orientata all'azione e al pragmatismo, tende a pensarsi padre di un bimbo cresciuto, grande abbastanza da potersi relazionare con lui attraverso lo scambio e il gioco, attraverso l'attività; la donna, invece, orientata al mondo interiore, si pensa madre di un bimbo da accudire, indifeso, bisognoso di cure e attenzioni. Il padre ha cominciato a modificare il suo atteggiamento tendenzialmente distaccato verso il figlio. In passato il suo ruolo di delega della funzione educativa alla madre lo aveva messo in una condizione di grande disagio senza consentirgli di provvedere alla soddisfazione dei suoi bisogni relazionali più profondi, di vivere la sua naturale empatia verso il figlio (Condon, Boyce, & Corkindale, The first time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood, 2004). Non tutti gli uomini trovano facile questa condivisione; alcuni possono percepire il feto come un 'rivale', soprattutto se (come è il caso con la maggior parte delle coppie) un calo del rapporto sessuale si verifica durante la gravidanza. Una consulenza semplice della coppia può aiutare il maschio ad essere più tollerante nella condivisione e sviluppare un rapporto più positivo sia con il feto e il suo partner. La concettualizzazione di sé come 'padre' è un altro compito fondamentale. La transizione verso la paternità comporta inevitabilmente l'abbandono e la perdita. Un padre non può funzionare come tale se egli stesso è ancora emotivamente un bambino bisognoso. In quest'ultimo caso, egli potrebbe inconsciamente guardare al bambino come sorgente di gratificazione dei suoi bisogni, ed è probabile che dentro possa esperire esperienze di sentirsi truffato, disilluso e arrabbiato. Durante la gravidanza, soprattutto la prima, il padre ha bisogno di iniziare a lavorare su sè stesso e sviluppare un senso di accettazione dei cambiamenti dello stile di vita attesi e un apprezzamento delle realtà della paternità in termini di aspetti positivi e negativi. Rispetto alle donne e alle loro madri, gli uomini meno frequentemente emuleranno i loro padri che vogliono emulare i loro padri nel rapporto con il loro futuro bambino. Inoltre, molti uomini non hanno un modello di ruolo di un 'buon padre', o una base su cui costruire uno stile accettabile di paternità. La gravidanza è il periodo più stressante per la maggior parte degli uomini rispetto al postnatale. Molti dei più importanti cambiamenti nella vita dei padri alla loro prima esperienza in termini di stress, relazione con il partner sono già avvenuti nel terzo trimestre di gravidanza. Tuttavia, la capacità di saper vivere una buona relazionalità con la donna e con l'esperienza sensoriale del feto renderà questo periodo più sereno e fluente mettendo le basi per una sicura relazione di attaccamento futuro (Condon & Dunn, 1987).

Bibliografia

Chamberlain D (1998). *I bambini ricordano la nascita. i segreti della mente del tuo*

straordinario neonato. Pavia: Bonomi.

Condon J, Dunn D (1987). Nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early postnatal period. ***J Am Acad Child Adolesc Psychiatry***, 27, 293-299.

Condon J, Boyce P, & Corkindale C (2004). ***The first time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood***. Aust N.Z. J. Psychiatry, 38, 56-54.

Della Vedova A, Ducceschi B, Pelizzari N, Cesna B, & Imbasciati A (2008). ***Sintomi d'ansia e depressione in gravidanza: rivelazione in un campione di donne italiane.*** Psychofrenia, 19, 109-145.

Di Pietro J (2010). ***Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternale-fetal relationship.*** Infant and Child Development, 19, 27-38.

Gatts JD (1995). ***Reducing crying and irritability in neonates using a continuosly controlles early environment***. Journal of Perinatology.

Mancuso S, & Zezza M (2009). La prima casa. Vermezzo: Poletto Editore.

Righetti P, & Sette L (2000). ***Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità.*** Torino: Boringhieri.

Righetti P (2003). ***Elementi di psicologia prenatale.*** Roma: Edizioni Magi.

Soldera G (2000). ***Le emozioni della vita prenatale***. Diegaro di Cesena: Macro Edizioni.

Soldera G (1995). ***Conoscere il carattere del bambino prima che nasca.*** Pavia: Bonomi.

Verny T (2001). ***La scienza della psicologia pre e peri natale. Giornale Italiano*** di Psicologia e di Educazione Prenatale, 1, 29-45.



Quando nasce un papà

Sara Marcaccio, Sara Scarponi

L'articolo proposto vuole illustrare il ruolo paterno nel periodo peri e post natale, mettendo in luce le sue potenzialità e criticità, considerando anche il necessario riassetto della coppia in questa preziosa e delicata fase della vita.

In merito ai ruoli genitoriali vi è molta letteratura riguardo la mamma, il legame di attaccamento madre-bambino, mentre poco è scritto sui papà, figura spesso marginale. Quest'ultimo è un ruolo che è rimasto un po' nell'ombra, soprattutto per un retaggio culturale del secolo scorso: il papà era colui che si occupava soprattutto del sostentamento economico della famiglia relegando l'educazione e la cura dei figli alla mamma.

Attualmente le cose sono cambiate, gli uomini sono sempre più partecipi nella vita dei figli fin dal concepimento, condividendo in maniera più consapevole e partecipativa le emozioni con la propria partner. Vi sono molti papà che accompagnano la partner nel travaglio, che assistono alla nascita e si prendono cura del nascituro, instaurando così un rapporto profondo già dai primi giorni. Nonostante ciò l'esperienze emotiva dei nuovi padri rimane ancora un mistero inesplorato, un evento interiore di cui si sa pochissimo: va esplicitato che diventare padri, non vuol dire necessariamente "sentirsi padri". Mentre l'essere padre implica assumersi una serie di impegni e di doveri dal punto di vista legale ed educativo, sentirsi padre significa invece riconoscere uno status interno che autorizza l'uomo a immaginarsi e percepirsi come figura di attaccamento del proprio bambino (Pellai, 2007).

In effetti, un uomo che decide di avere un figlio va incontro ad una fase del proprio ciclo di vita che ha un enorme potenziale di trasformazione. Diventare genitori comporta, infatti, una definitiva trasformazione della propria identità: insieme al proprio bambino un uomo vede nascere un "nuovo se stesso". E' una trasformazione che comporta la necessità di ri-costruire un'immagine mentale di sé modellata su nuovi ruoli e nuovi funzioni. L'uomo che diventa padre diventa un individuo nuovo "a se stesso", ma anche alla e per la propria compagna. L'annuncio della nascita di un figlio, specie se il primo, suggellato da un test di gravidanza positivo, dà origine ad una cascata di eventi interni che in modo parallelo coinvolgono il mondo emotivo e profondo di entrambi i futuri genitori. I nove mesi dell'attesa rappresentano il periodo in cui si inizia a costituire "lo spazio fisico e mentale" per un terzo soggetto della propria storia famigliare, processo che connota un impegnativo passaggio, quello in cui una coppia affettiva adulta

da diade diventerà triade. Se le trasformazioni che interessano il mondo dei pensieri e delle emozioni delle future mamme è stato a lungo oggetto di approfondite ricerche, ben poco, invece, si sa dell'equivalente versante maschile. Per molti uomini, in effetti, non sempre è facile accogliere l'esperienza della paternità a braccia e a cuore aperto: impegni professionali, analfabetismo emotivo, delega alle madri e precedenti esperienze negative vissute quando si rivestiva il ruolo di figli sono gli elementi che possono precocemente limitare e mettere a rischio l'esperienza paterna, rendendola complessa e difficile. Per molti uomini "diventare padre" è una conquista a lungo sognata, un obiettivo della vita che si realizza. Per altri, invece, è un evento a lungo evitato, spesso rimandato, non sempre cercato e voluto. Per molti uomini, diventare padre spaventa perché viene interpretato come un'interruzione del proprio ciclo di vita, un ostacolo nei confronti di tutto ciò che è stato conquistato fino a quel momento: dalla posizione e stabilità professionale alla libertà di usare il tempo libero a proprio piacimento. Tutti gli uomini vivono esperienze emotive profonde in prossimità dell'evento nascita del proprio figlio, ma ciò che colpisce è che quasi nessun uomo riesce davvero a raccontare e parlare di tutto questo in modo autentico con qualcuno. L'esperienza emotiva dei nuovi padri rimane ancora un mistero, un vissuto interiore inesplorato di cui si sa pochissimo.

Come per la donna anche per l'uomo il momento della nascita può costituire un periodo di vulnerabilità. Poiché la base su cui si innesta tutta la sintomatologia del neonato è associata ad una compromissione della qualità delle cure genitoriali, con una ridotta interazione genitore-bambino, possiamo immaginare che anche la depressione paterna possa giocare un ruolo significativo in questa direzione. Sono stati pubblicati diversi studi sui disturbi depressivi perinatali paterni volti a valutarne la sintomatologia, l'epidemiologia, il legame con lo stato emotivo della madre e la correlazione con i disturbi emotivi e comportamentali che il bambino manifesta nella prima infanzia. I padri soffrono di disturbi affettivi perinatali con una frequenza che nel mondo varia dal 2 al 31%, con una media del 10.4% nel 2010 (Paulson & Bazemore, 2010). Il 10% manifesta sintomi depressivi durante il periodo perinatale con un aumento significativo della sintomatologia dai 3 ai 6 mesi dopo la nascita. Con il termine Depressione Perinatale Paterna si indica la manifestazione nel padre di una sintomatologia depressiva nel periodo che va dall'inizio della gravidanza al primo anno dopo il parto. La sua espressione clinica è differente da quella Materna: la sintomatologia depressiva è più lieve e i disturbi tendono a essere meno definiti essendo caratterizzati da vaghi vissuti di tensione, di tristezza, di sconforto e, solo nei casi più gravi, da stati di impotenza, di disperazione e di malinconia. I disturbi depressivi descritti più frequentemente sono l'umore depresso, l'irrequietezza, l'irritabilità, la preoccupazione costante riguardo l'andamento della gravidanza e la salute del bambino, la perdita di interessi, le difficoltà di concentrazione e di rendimento sul lavoro, l'isolamento sociale, l'aumento o la diminuzione dell'appetito, il calo del desiderio sessuale e l'insonnia. Clinicamente si manifesta con vissuti di tensione, tristezza, sconforto e, nei casi più gravi, con stati di impotenza, disperazione e malinconia (Baldoni e Ceccarelli, 2010, 2013).

Ramchandani e colleghi (2005) hanno dimostrato in una ricerca che ha coin-

volto 8431 neo-padri studiati nei loro tratti depressivi grazie all'utilizzo della Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) somministrata 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 (OR 2.09, 95% IC 1.42-3.08) con particolare evidenza di disturbi della condotta nei figli maschi (OR 2.66, IC 1.67-4.25). Questo studio dimostra che la depressione paterna, al pari di quella materna, gioca un ruolo specifico e persistente nella genesi precoce di problemi comportamentali e di sviluppo emotivo nei bambini. Altre ricerche, hanno pure dimostrato che i figli di padri depressi hanno un'aumentata prevalenza di manifestazioni psicopatologiche, ma quella di Ramchandani è attualmente l'unica disponibile in grado di dimostrare l'effetto precoce che la depressione paterna produce quando compare in tempi molto vicini alla nascita del figlio.

È evidente che queste alte percentuali di neo-padri depressi nascondono una "fatica emotiva" non indifferente ad accogliere gli importanti cambiamenti intrapsichici che un uomo deve affrontare nel momento in cui si trasforma" in padre. Sostenere il ruolo, le funzioni e la competenza emotiva dei neopapà significa investire in un fattore protettivo di salute di primaria importanza, non solo per il nascituro, ma anche per la coppia genitoriale come è stato ben dimostrato da più studi. Gli effetti protettivi della competenza paterna, tra l'altro, sono evidenti anche in una prospettiva a medio e lungo termine.

In generale il ruolo dei padri rimane insostituibile nel percorso di crescita del proprio figlio. Nei primi mesi di vita il padre assolve alla funzione di sostegno alla diade madre-bambino sia tramite l'apporto all'interazione diretta con l'infante che attraverso la sua funzione di regolazione dell'ambiente famigliare.

Non va trascurato, del resto, che se l'uomo prova a stare sulla scena sin dai momenti più precoci, a guadagnarne in qualità e intensità potrebbe essere anche il rapporto madre-figlio visto che, come afferma J. Bowlby (1988), l'uomo offrendo sostegno emotivo alla propria compagna, fungerà per lei da base sicura, divenendo al tempo stesso anch'egli figura di attaccamento. Come scrivono Lis & Zennaro (1998) tra l'altro, il supporto del padre aiuta la madre a migliorarsi sia come genitore che come persona. Non appare casuale, infatti, che molte madri soffrano di un grave arresto dello sviluppo personale proprio in ragione della latitanza paterna, in concomitanza della nascita del proprio figlio. Nei primi mesi di vita il padre assolve alla funzione di sostegno alla diade madre-bambino sia tramite l'apporto all'interazione diretta con l'infante che attraverso la sua funzione di regolazione dell'ambiente famigliare.

Del resto, la simbiosi tra madre e bambino è spesso così intensa e totale che un uomo può inserirsi al suo interno solo grazie alla disponibilità della propria compagna a farsi da parte per chiamarlo in causa, lasciando momenti diretti di interazione tra padre e figlio e fidandosi della sua capacità di essere presente e di prestare cure altrettanto premurose, sebbene dissimili da quelle che avrebbe adottato lei. Questo coinvolgimento del padre deve essere facilitato il più precocemente possibile: è importante offrire loro un sostegno, volto a validare il loro importante ruolo di "grande Utero".

La mamma deve "attivare" questo dispositivo di accudimento che nell'uomo scatta in modo meno automatico, rispet-

to a quanto succede alla donna. Infatti, il sentirsi padre e la capacità di "costruire una propria immagine di sé assieme al bimbo" così da soddisfare adeguatamente ai suoi bisogni, sembra essere, nel maschio, associato all'opportunità di interagire precocemente con il proprio figlio. E cruciale sembra essere un'interazione padre-neonato che passa anche attraverso il contatto fisico. Se questo "meccanismo" riesce ad essere attivato, la coppia affettiva si trasforma in un amorevole triangolo famigliare, in cui ogni membro gioca un ruolo che auto-mantiene la relazione affettiva all'interno del "nuovo sistema famiglia" e che permette al padre di abbracciare a tutto tondo la sua nuova dimensione genitoriale, connotata da una modalità emotiva sempre più personalizzata e amorevole, che ha fatto parlare di una paternità affettiva (Maggioni, 2000). È questa la rivoluzione dei nuovi papà, così diversi dai padri del passato, che erano "caricati" di una forte valenza normativa, ma assai scarsi nell'assolvimento di funzioni affettive, la cui mancanza ha spesso lasciato affamati di "amore di padre" i figli delle passate generazioni.



Bibliografia

Baldassarre I (2006). *C'è anche il papà.* Erickson.

Baldoni F (2005). *Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura.* In: N Bertozzi & C Hamon (Eds.), *Padri & paternità.* Bergamo, Edizioni Junior, 79-102.

Baldoni F (2012). *Funzione di base sicura e disturbi affettivi paterni nel periodo perinatale. Psicologia e Psicopatologia del Benessere Bambino*, Anno 1, n.2: 9-20.

Baldoni F & Ceccarelli L (2010). *La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica*. Infanzia e Adolescenza, 9 (2):79-92.

Baldoni F & Ceccarelli L (2013) *La depressione perinatale nei padri*. In: Caretti V, Ragonese N, & Crisafi C. *La depressione perinatale. Aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità a rischio.* Roma, Giovanni Fioriti, pp. 145-173.

Baldoni F & Landi G (2015). *La funzione del padre nel periodo perinatale. Attaccamento, adattamento e psicopatologia. Quaderno di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente.* Università di Bologna, Vol. 41, pp. 73-96.

Bramante A & Grussu P (2016). *Manuale di Psicopatologia Perinatale.* Erickson.

Bowlby J (1988). *A secure base*. London, Routledge. Trad. it. *Una base sicura*. Milano, Raffaello Cortina, 1989.

Lis A, Zennaro A, (1998). *Riflessioni sulla paternità: dalla transitino to fatherhood ai primi anni di vita del bambino*. Psicologia clinica dello sviluppo. Padova 3: 401.

Maggioni G (2000). *Padri nei nostri tempi. Ruoli, identità, esperienze.* Donzelli, Milano.

Paulson JF & Bazemore SD (2010). *Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression.* JAMA, 303(19), 1961-1969.

Pellai A (2007). *Sul monte della tua pancia*. Edizione San Paolo, Milano.

Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG and The ALSPAC study team (2005). *Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study.* Lancet 2005; 365:2201-05.

Ragusa P. *Come si è evoluto il ruolo del padre*, UPPA.it. https://www.uppa.it/educazione/pedagogia/evoluzione-del-ruolo-del-padre/

psicoin
Rivista dell'Ordine Psicologi
della Regione Marche

Direttrice Responsabile
Katia Marilungo

Comitato Editoriale
Federica Guercio
Coordinatrice comitato editoriale

Katia Marilungo
Aquilino Calce
Ketti Chiappa
Ilenia Marinelli
Valentina Strippoli

Impaginazione:
Tipolitografia Emmepiesse snc - Ancona

Registrazione
Registrato il 19.06.2000
Presso il Tribunale di Ancona
con il n. 8/2000

Periodicità
Semestrale

Recapiti
Redazione
Ordine Psicologi della Regione Marche
Via Calatafimi 1 - 60121 - Ancona
info@ordinepsicologimarche.it

Per conoscere le norme redazionali
consultare il sito internet
www.ordinepsicologimarche.it

ISSN 2039-4101