

Diagnosi prenatale: pensieri, emozioni e credenze delle mamme in attesa

Francesca Dabrassi, Antonio Imbasciati

Sommario

La gravidanza costituisce una delle esperienze più intense e complesse per la donna, momento di cambiamento significativo e non facile, carico di delusioni, timori, ambivalenze e frustrazioni. L'esperienza di un test diagnostico nel periodo prenatale se da un lato conferisce alla donna una possibilità di scelta e di controllo rispetto al discorso della riproduzione, dall'altro influisce enormemente sui pensieri, le emozioni e le credenze che essa ha rispetto alla gravidanza, alla salute del proprio bambino e al futuro rapporto con lui. Nel presente studio si è voluto esplorare, in un campione di donne che frequentano un corso di accompagnamento alla nascita e che fanno esperienza di diagnosi prenatale, alcune variabili di personalità già studiate in letteratura come indicative delle variazioni di stati psichici durante la gravidanza, per collegarle, o correlarle, a variabili psicosociali e riscontrare sulle prime e sulle seconde eventuali effetti dell'esperienza psichica della diagnosi prenatale. Ad un campione di 101 donne reclutate presso i corsi di accompagnamento alla nascita è stato pertanto valutato il livello di attaccamento prenatale, il grado di alessitimia e la presenza di sintomi depressivi, i livelli di locus of control, le credenze delle donne relative alla gravidanza e alla maternità, i malesseri fisici e psicologici associati alla gravidanza. Dai risultati emerge che le donne che accedono ai corsi di accompagnamento alla nascita non costituiscono un campione particolarmente a rischio. Interessanti sono le correlazioni emerse tra attaccamento prenatale e pensiero orientato verso l'esterno, tra le dimensioni dell'alessitimia e quelle della depressione, e queste ultime rispetto alle credenze patologiche e alla percezione di malesseri fisici e psichici legati alla gravidanza. Questi dati dovrebbero essere tenuti in considerazione nei programmi di promozione della salute e da tutti quei professionisti che, a vario titolo, operano nell'ambito della perinatalità.

Parole chiave: gravidanza, attese, credenze.

Abstract

Pregnancy is one of the most intense and complex experiences for a woman, being a moment of meaningful and difficult change, numerous disappointments, fears, ambivalences and frustrations. On the one hand a prenatal diagnostic test gives the woman the possibility of choice and control in relation to reproduction, while on the other hand it influences enormously on the thoughts, emotions and beliefs that the woman has about her pregnancy, her child's health and the future relationship with him. The present study aimed to explore, in a sample of women participating in childbirth education classes with the experience of prenatal diagnosis, some variables of personality already studied in literature as indicative of the variations of the psychic states during pregnancy, in order to connect or to correlate them, to psychosocial variables with the aim of finding in the first ones and on the second ones the possible effects of the psychic experience of a prenatal diagnosis. The level of prenatal attachment, the level of alexithymia and the presence of depressive symptoms, the levels of locus of control, the women's beliefs related to the pregnancy and to the maternity, the physical and psychological complaints associated to the pregnancy are therefore measured in a sample of 101 women recruited from prenatal education classes. From the results emerges that the women participating in childbirth education classes don't constitute a particular risk sample. Interesting are the correlations resulting between prenatal attachment and externally oriented thinking, among dimensions of the alexithymia and those of depression and among these above mentioned with pathological beliefs and perception of physical and psychic complaints in pregnancy. These data should be taken in consideration in the health promotion programs and for all the professionals that work in the perinatal area with various qualifications.

Key words: pregnancy, expectations, beliefs.

Résumé

La grossesse constitue une des expériences les plus intenses et complexes pour la femme, moment de changement significatif et pas facile, chargé de déceptions, peurs, ambivalences et frustrations. L'expérience d'un test diagnostique dans la période prénatale, si d'un côté elle confère à la femme une possibilité de choix et de contrôle respect au discours de la reproduction; de l'autre elle influe énormément sur les pensées, les émotions et les croyances qui elle a respect à la grossesse, à la santé du propre enfant et au rapport futur avec lui.

Dans la présente étude nous avons voulu explorer, dans un échantillon de femmes qui fréquentent un cours d'accompagnement à la naissance et qui font expérience de diagnostic prénatal, quelques facteurs de personnalités étudiées déjà en littérature comme indicatives des variations d'états psychiques pendant la grossesse, pour les réunir, ou les corrélér, aux variables psychosociales et relever sur les premières et sur les deuxièmes tous les effets de l'expérience psychique du diagnostic prénatal. Dans un échantillon de 101 femmes recrutées près des cours d'accompagnement à la naissance il a été donc évalué le niveau d'attachement prénatal, le degré d'alexithymie et la présence de symptômes dépressifs, les niveaux de «locus of control», les croyances des femmes relatives à la grossesse et à la maternité, les affections physiques et psychologiques associées à la grossesse. Les résultats suggèrent que les femmes qui accèdent aux cours d'accompagnement à la naissance ne constituent pas des échantillons notoirement au risque. Les corrélations émergentes sont entre attachement prénatal et pensée opératoire, entre les dimensions de l'alexithymie et celles de la dépression et ces dernières avec les croyances pathologiques et la perception des affections physiques et psychiques liés à une grossesse. Ces résultats devraient être tenus en considération dans les programmes de promotion de la santé et de tous ces professionnels que, au titre différent, ils opèrent dans le cadre périnatal.

Mots-clés: grossesse, attentes, croyances.

• Introduzione

Lo sviluppo di nuove tecnologie riproduttive ha reso ai giorni d'oggi la decisione della procreazione molto più complicata rispetto a un tempo perché, se da un lato ha conferito alle donne una maggiore possibilità di scelta e di controllo rispetto al discorso della riproduzione, dall'altro i test diagnostici (come l'amniocentesi, la villocentesi, il duo test) effettuati a livello prenatale hanno un impatto molto forte sull'esperienza stessa della gravidanza.

Al giorno d'oggi l'*amniocentesi* è la tecnica più conosciuta e utilizzata per evidenziare l'eventuale presenza di *malattie cromosomiche*, di infezioni e *malattie genetiche* quali ad esempio la *talassemia*, la *fibrosi cistica*, l'*emofilia*, la *spina bifida*, l'*albinismo*. Essa

consiste nel prelievo di una quantità di *liquido amniotico* che viene poi analizzata per ricostruire la *mappa cromosomica* del *feto* e quindi evidenziare la sua normalità. Di solito viene effettuata tra la 15esima e la 19esima settimana di gestazione quando l'amnios ha raggiunto dimensioni sufficienti perché la pratica non costituisca un rischio per il feto. Il rischio di *aborto spontaneo* connesso all'amniocentesi è di circa 1 su 300. È di solito consigliata alle donne che hanno un'età avanzata (superiore ai 35 anni) o anche a quelle più giovani che hanno una storia personale o familiare di condizioni genetiche tali da essere considerate ad alto rischio in gravidanza¹ (Heyman, Henriksen, 2001; Vicario *et al.*, 2006). Un'altra tecnica, invasiva, è quella della *villocentesi*. Anche in questo caso si mettono in coltura le *cellule* per evidenziarne la normalità, ma si tratta di cellule prelevate nei *villi coriali*. Si tratta della più precoce diagnosi prenatale che si possa effettuare in quanto si esegue fra la decima e la 12esima settimana di gravidanza. Il rischio di aborto è in questo caso di 1 su 100. Attraverso questa tecnica è possibile evidenziare la presenza di anomalie del cariotipo, quali la sindrome di Down, e la presenza di riarrangiamenti cromosomici visibili al microscopio.

Entrambe le tecniche sono di tipo invasivo, ma esistono anche tecniche non invasive. Lo sviluppo dell'*ecografia*, ad esempio, ha permesso di mettere a punto alcune tecniche diagnostiche ad alta sensibilità, quali il combinato (duo test e *translucenza nucale*) ed ultimamente lo test (screening prenatale per le aneuploidie fetali), ambedue basati sulla misurazione ecografica di parametri anatomici e funzionali del feto e sul risultato di esami ematochimici. Questi test sono esami di *screening*, quindi non danno una risposta certa, ma hanno un valore statistico molto accurato che

1 Tra i vari *fattori di rischio in gravidanza* indicati dall'OMS vi sono precedenti morti endouterine fetali o neonatali, storie di tre o più aborti spontanei, età materna minore di 16 anni o maggiore di 40, gravidanze multiple, abuso di sostanze.

può indirizzare verso ulteriori esami diagnostici. Possono rientrare nelle metodiche di diagnosi prenatale anche l'ecografia del secondo trimestre di gravidanza, quella detta morfologica, che può evidenziare eventuali malformazioni o anomalie fetali, e quella che analizza il cuore del feto non solo *anatomicamente*, ma anche dal punto di vista dinamico-funzionale. Queste tecniche non sono, però, in grado di individuare malattie genetiche. In generale, l'ecografia fa parte degli screening prenatali usualmente eseguiti e, in una gravidanza senza fattori di rischio, viene effettuata per tre volte, una per trimestre. Non esistono prove scientifiche che questa comporti rischi per la madre o per il feto. In letteratura (Bricker *et al.*, 2000; Ritchie *et al.*, 2004) si riscontra di solito il parere favorevole delle donne e dei loro partner relativamente all'ecografia ostetrica in gravidanza. L'ecografia permette di far conoscere il feto anche ad altri membri della famiglia, di avere la prova "concreta" di aspettare veramente un bambino e, infine, di acquisire informazioni sul benessere del feto. Per questo motivo non è considerata come variabile all'interno di questo studio.

Le donne, invece, che hanno avuto l'esperienza di particolari tecniche di diagnosi prenatali, soprattutto di quelle invasive come l'amniocentesi, riportano che il periodo dell'attesa del risultato dei test è l'aspetto più difficile dell'esperienza stessa (Dixson *et al.*, 1981) e che riescono a tenere l'ansia sotto controllo solo mantenendo una certa "distanza emotiva" verso il bambino in pancia (Leifer, 1977; Spencer, Cox, 1988; Katz-Rothman, 1993). La donna è, infatti, consapevole che nel momento in cui l'esito dei test rivelasse la possibilità di qualche patologia, si troverà a dover decidere se avere un'interruzione della gravidanza o, invece, portarla a termine correndo il rischio di avere/far nascere un bambino con una malattia genetica (Schwartz-Cowan, 1994). Come abbiamo visto, l'esito di questi test si ha di solito proprio tra la 17esima e la 20esima settimana di gestazione, quando si sta sviluppando al massimo quel particolare investimento affettivo

che una gestante prova nei confronti del suo “bambino in pancia” (Grace, 1989). Questo legame materno-fetale viene chiamato “attaccamento prenatale” (Muller, 1996; Della Vedova, 2005, 2007) e inizia a partire alla decima settimana di gestazione (Caccia *et al.*, 1991) per poi aumentare fortemente intorno alla 16esima settimana (Grace, 1989). Questo legame è considerato essenziale per il buon proseguimento della gravidanza e base del futuro rapporto della madre con il suo bambino, riconosciuto dalla letteratura scientifica come matrice del buon sviluppo psichico (e psicosomatico) del bambino stesso (Della Vedova, Imbasciati, 2005; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007; Imbasciati, Dabrassi, 2009a, b). Il tipo di investimento affettivo che la madre prova verso il proprio bambino in pancia ha implicazioni non solo rispetto alla relazione dopo la nascita (Leifer, 1977; Muller, 1996; Siddiqui, Haeggloef, 2000), ma anche rispetto alla compliance delle donne rispetto alle pratiche sanitarie (Condon, Dunn, 1988; Lindgren, 2001).

Sappiamo dalla letteratura che questo aspetto della compliance è fortemente legato alle credenze delle donne rispetto alla gravidanza e al concetto di locus of control (Levenson, 1974; Rotter, 1966), ovvero alla percezione che la gestante ha di poter davvero influenzare la salute del proprio feto. In particolare se le donne sentono che loro stesse (locus of control interno) o che gli operatori sanitari a cui chiedono assistenza (locus of control esterno – altri) hanno possibilità di influenzare la salute del loro bambino, saranno più portate a ingaggiare pratiche sanitarie positive rispetto a quelle donne che ritengono invece che la salute e il benessere del loro feto dipenda dal fato o dal destino (locus of control esterno-chance) (Labs, Wurtele, 1986; Stewart, Streiner, 1994, 1995; Haslam *et al.*, 2003). Labs e Wurtele (1986) suggeriscono che le donne che hanno un locus of control interno basso siano più propense a mettere a rischio la salute dei loro bambini non ancora nati. Quest’ipotesi è stata supportata dai risultati di altre ricerche da cui emerge che il locus of control chance è positivamente correlato con il basso numero di visite di

controllo effettuati nel periodo prenatale, l'uso di droghe o di sigarette (Tinsley *et al.*, 1993; Reisch, Tinsley, 1994), mentre quello interno è positivamente associato a comportamenti positivi quali una dieta sana, l'igiene, il riposo, gli esercizi (Haslam *et al.*, 2003) o il frequentare un corso di accompagnamento alla nascita (Labs, Wurtele, 1986). In altri termini se una donna si affida al "destino", non cura più di tanto la propria gravidanza. Altre ricerche hanno trovato come il locus of control chance ha valori significativamente più alti fra le donne che hanno sperimentato aborti spontanei (Bielawska-Batorowicz, 1993), complicazioni durante il parto, o complicazioni mediche durante gravidanza (Spirito *et al.*, 1990; Reisch, Tinsley, 1994). Si può, cioè, inferire che disgrazie e delusioni favoriscono un affidarsi al destino (locus of control chance).

L'utilizzo di test diagnostici specifici del livello prenatale potrebbe essere considerata come pratica di salute positiva, che fa parte dei comportamenti di cura che si possono effettuare a livello prenatale. L'affidarsi o comunque avere esperienza di un test diagnostico potrebbe modificare la loro percezione di controllare la situazione: potremmo pertanto riscontrare che questi possono avere influenza sul concetto di locus of control. Tale assunzione non ci risulta sia stata investigata. Inoltre in letteratura, mentre vi sono un gran numero di studi sugli aspetti medici della diagnosi prenatale, ben pochi hanno invece esaminato le implicazioni psichiche e psicosociali che questa ha per le donne. Tra questi, Moorhead, Owens e Scott (2003) hanno riscontrato come determinate credenze - ispirate a ideali di perfezione, di approvazione da parte degli altri, di controllo sulle proprie emozioni e sul proprio corpo, di adeguatezza in ogni situazione che la maternità porterà a dover affrontare, ecc. - siano collegate alla possibilità di una vulnerabilità alla depressione postpartum.

Nell'ottica di un corso di accompagnamento alla nascita, che ha lo scopo di promuovere la salute e il benessere globale della donna e del neonato, diventa pertanto fondamentale considerare i suddetti processi, sia psichici che psicosociali. Elementi salienti possono es-

sere rintracciati sia nella struttura di personalità della gestante – alessitimia², depressione, attaccamento prenatale – sia in altre situazioni relazionali e psicosociali come per esempio nella qualità del rapporto di coppia, nel supporto emotivo fornito dal contesto in cui la donna si trova inserita (Laxton-Kane, Slade, 2002).

Questi fattori riguardano ognuno situazioni complesse in cui concorrono dimensioni plurime esterne e interiori, per le quali non esiste uno strumento che singolarmente possa dare un indice esaustivo dei fattori considerati. Ci sembra tuttavia che tali fattori meritino attenzione: di qui parte questo nostro studio, che assume pertanto un valore esplorativo. In una rassegna sulla letteratura in proposito si trovano strumenti che rilevano dimensioni che possono, insieme ad altre, concorrere a dare un'idea globale di quanto ricercato. Tra questi si è effettuata una scelta compatibile con un setting accessibile alle utenti.

Nella presente indagine abbiamo pertanto scelto di valutare a) il livello di attaccamento prenatale, b) il grado di alessitimia, c) la presenza di sintomi depressivi, già studiate della gravidanza e allo scopo di verificare le nostre ipotesi abbiamo scelto d) i livelli di

- 2 L'alessitimia, che letteralmente significa “assenza di parole per esprimere le emozioni” (Nemiah, Sifneos, 1970; Sifneos, 1973), si riferisce ad un tratto di personalità caratterizzato, in particolare, da una difficoltà ad identificare e a descrivere i sentimenti, ad una limitata capacità immaginativa e ad uno stile di pensiero orientato verso la realtà. Si tratta, pertanto di quel tipo di funzionamento mentale caratterizzato da una mancanza di capacità di elaborare, rappresentare ed esprimere gli stati emotivi e che, a sua volta, influenza la regolazione e la qualità delle esperienze interpersonali. Numerose ricerche hanno messo in luce come l'alessitimia sia fortemente connessa con l'insorgere di diverse psicopatologie, in particolari quelle psicosomatiche, psichiatriche, sessuali e riproduttive (Zimmermann, 1999; Taylor *et al.*, 1997; Porcelli *et al.*, 1995; Porcelli *et al.*, 1996; Verissimo *et al.*, 1998), così come risulta essere profondamente associata a limitate capacità interpersonali e a stili di attaccamento insicuro (Lamas *et al.*, 2006) e, infine, essere positivamente correlata a sintomi depressivi durante il periodo perinatale (Le *et al.*, 2007).

locus of control, e) le credenze delle donne relative alla gravidanza e alla maternità, f) i malesseri fisici e psicologici associati alla gravidanza. In tal modo ci siamo proposti di esplorare se e come tali variabili siano collegabili all'esperienza di test di tipo diagnostico effettuata a livello prenatale. La nostra ricerca si è avvalsa di donne che accedono ai corsi di accompagnamento alla nascita organizzati dal Consultorio di Lovere e sede distaccata di Sarnico (Bg) e dal distretto sanitario di base n. 3 dell'Ulss 20 di Verona. Sono state inoltre indagate altre variabili psicosociali, tra cui l'età gestazionale, il numero di precedenti aborti spontanei e interruzioni di gravidanza, il vissuto dei malesseri in gravidanza, il numero di bambini avuti, l'importanza di diventare genitori, l'intenzione di richiedere l'analgia epidurale, il desiderio di allattare al seno.

• Campione

La partecipazione all'indagine è stata proposta ad un campione di convenienza costituito da tutte le donne (N=101) che si sono recate ai corsi di accompagnamento alla nascita programmati presso i tre luoghi di reclutamento (i due consultori della provincia di Bergamo e il distretto sanitario n.3 dell'Ulss 20 di Verona). Tutte le donne, cui è stata proposta la partecipazione, hanno aderito allo studio. Le caratteristiche sociodemografiche e quelle relative alla gravidanza del campione sono illustrate nei risultati in quanto considerati fattori psicosociali importanti a livello prenatale.

• Procedura e strumenti

Le donne, che hanno dato il loro consenso a partecipare alla ricerca, hanno compilato una batteria di test alla fine del primo incontro del corso in modo che le risposte non fossero influenza-

te dalle informazioni avute durante il corso stesso; la partecipazione all'indagine era volontaria e avveniva in forma anonima.

La batteria comprendeva i seguenti questionari:

Il *Prenatal Attachment Inventory* (**PAI** – Muller, 1993; Della Vedova *et al.*, 2008) volto ad indagare il livello di investimento emotivo delle gestanti nei confronti del bambino che stanno attendendo. È una scala di autovalutazione i cui punteggi totali possono andare da 21 a 84: un punteggio alto indica un alto livello di attaccamento prenatale.

Il *20-Toronto Alexithymia Scale* (**TAS-20** – Bressi *et al.*, 1996) è una scala di autovalutazione che misura il grado di alessitimia intesa come difficoltà da parte di un soggetto a riconoscere ed esprimere i sentimenti propri ed altrui. Ha una struttura a tre fattori: il primo (F1) descrive la difficoltà a identificare le emozioni e a distinguerle dalle sensazioni somatiche che accompagnano l'attivazione emozionale; il secondo (F2) esprime la difficoltà a descrivere le emozioni alle altre persone; il terzo (F3) indica il pensiero orientato all'esterno. Pertanto è possibile ottenere tre punteggi relativi ai tre fattori e un punteggio globale. Sono considerati alessitimici quei soggetti che ottengono un punteggio superiore a 61; borderline i soggetti con un punteggio compreso tra 51 e 60 e sicuramente non alessitimici quelli con punteggio inferiore a 50.

Il *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (**CES-D** – Fava, 1982) è uno strumento autovalutativo che valuta la presenza di sintomi depressivi nei soggetti. Il punteggio può variare da 0 a 60 dove un livello alto segnala un maggior livello di depressione; si utilizza il cut-off di 23 per segnalare i casi di maggiore depressione, e tra 16 e 22 sono considerati i soggetti a maggior rischio di depressione. La scala è composta da quattro fattori: sintomi somatici, affetto positivo, affetto depresso e, infine, sintomi interpersonali.

Il *Fetal Health Locus of Control* (**FHLC** – Labs, Wurtele, 1986) è un questionario autovalutativo che valuta la credenza delle madri di poter controllare o meno lo stato di salute del bambino atteso ed è, quindi, legata al comportamento che la donna mette-

rà in atto durante la gravidanza. È costituito da tre scale che misurano il locus of control interno (FHLC_I), cioè la credenza che la gestante ha di poter influire sulla salute del feto con i suoi comportamenti; il locus of control esterno-chance (FHLC_C), cioè la credenza che solo la fortuna, il destino, il fato hanno potere di decisione sulla salute del bambino, il locus of control esterno-altri (FHLC_P), cioè la credenza che altre persone, come gli operatori sanitari, possono influire sulla salute del feto.

Il *Pregnancy Related Beliefs Questionnaire* (PRBQ - Moorhead *et al.*, 2003) indaga quali sono le credenze delle donne relative alla gravidanza e alla maternità. In particolare fa riferimento ad aspetti quali il perfezionismo, l'adeguatezza, l'approvazione, l'aspettativa di non avere o incontrare problemi nel ruolo di madre, la responsabilità, ecc. Il punteggio può andare da 54 a 378 e un punteggio alto indica che il livello di credenze è disfunzionale e vi è una maggiore possibilità di vulnerabilità alla depressione post-partum.

Il *Pregnancy Complaints* (Malesseri - Huizink *et al.*, 2002) è uno strumento che valuta diversi malesseri, fisici e psicologici, che potrebbero essere associati alla gravidanza. È una scala di valutazione composta da 33 item da cui è possibile ottenere un punteggio globale.

Una *scheda socioanamnestica* volta ad indagare le caratteristiche sociodemografiche e relative alla gravidanza del campione: età della donna, nazionalità, livello di istruzione, stato occupazionale, stato civile, anni di relazione, supporto sociale, settimana di gestazione, parità, gravidanza a rischio, desiderio e pianificazione della gravidanza, importanza di diventare genitori, importanza della fede religiosa, esperienze di diagnosi prenatale, aborto spontaneo, e interruzione volontaria di gravidanza.

I primi tre questionari da noi scelti (PAI, TAS-20, CES-D) hanno già una taratura italiana, effettuata dagli autori indicati; i valori di riferimento sono riportati nella Tabella 3. Per le altre misure che intendevamo effettuare non vi sono per ora strumenti disponibili nella letteratura italiana: pertanto si è provveduto alla tra-

duzione alla standardizzazione psicometrica dei test FHLC, PRBQ, Malesseri il metodo della translation-backtranslation (Van der Vijver, Leung, 1997). I risultati sono in corso di stampa.

Le analisi sono state effettuate utilizzando la versione 14 del programma SPSS per Windows. È stata condotta un'analisi descrittiva delle informazioni raccolte e i punteggi ottenuti nei singoli questionari sono stati confrontati con i valori di riferimento indicati dagli autori dei test. È stata anche calcolata l'affidabilità di ogni strumento utilizzato attraverso l' α di Cronbach. Infine, sono state valutate le correlazioni esistenti tra i punteggi globali del PAI, del PRBQ, del FHLC, dei MALESSERI, del CES-D e del TAS-20 insieme alle sue tre sottoscale (F1=difficoltà a riconoscere i sentimenti; F2=difficoltà a descrivere i sentimenti; F3=pensiero orientato all'esterno).

• Risultati

Caratteristiche del campione:

1) *Variabili sociodemografiche*

L'età media dei soggetti è di 30.89 ± 4.290 anni (range=21-42); in particolare, le donne con età superiore ai 35 anni sono 22 (22.2%), di cui solo una con età superiore ai 40 anni. La maggior parte delle donne (95%) è di nazionalità italiana, un titolo di studio equivalente alla media superiore (37.6%) o alla laurea (32.7%) e svolge un'attività lavorativa (91%). Si tratta di donne che hanno una relazione stabile con il padre del bambino (100%), la maggior parte delle quali non ha altri figli (86%).

Per quanto riguarda il sostegno sociale, come riportato dalla tabella 1 le donne riferiscono di poter contare come prima scelta sulla propria madre (89.1%), come seconda scelta sulla madre del partner (49.5%) e, infine, come terza scelta o su altri parenti (26.7%) o nel caso su nessuno (33.7%).

Tabella 1.: percentuale di frequenza relativa all'aiuto su cui la gestante pensa di poter contare

	Prima scelta	Seconda scelta	Terza scelta
Propria madre	90 (89.1%)	2 (2%)	1 (1%)
Madre del partner	4 (4%)	50 (49.5%)	5 (5%)
Proprio padre	3 (3%)	27 (26.7%)	22 (21.8%)
Padre del partner	-	2 (2%)	2 (2%)
Altri parenti	1 (1%)	7 (6.9%)	27 (26.7%)
Amici	2 (2%)	3 (3%)	6 (5.9%)
Colleghi/vicini di casa	-	-	3 (3%)
Nessuno	1 (1%)	10 (9.9%)	34 (33.7%)

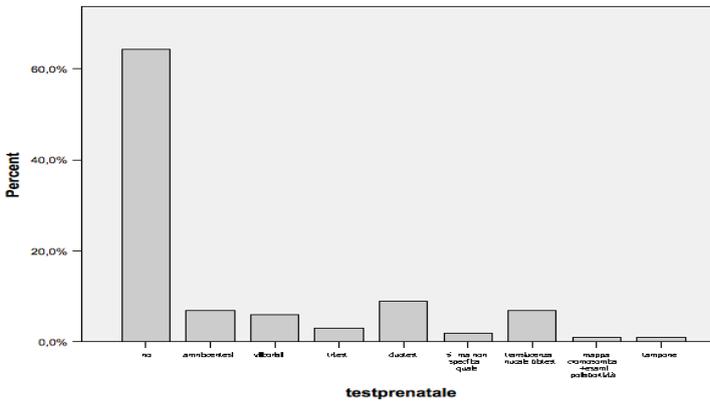
2) Variabili relative alla gravidanza

Il 51% delle donne che partecipa ai corsi di accompagnamento alla nascita si trova tra la 28esima e la 32esima settimana di gestazione, il 28.6% tra la 20esima e la 27esima, il 20.4% tra la 33esima e la 37esima. Il 91.1% delle donne segnala che la maternità è stata desiderata, il 68% che si tratta di una gravidanza pianificata e l'85.1% che è a basso rischio.

Tutte le donne riportano che è importante per loro diventare genitori (78.8% estremamente, 21.2% abbastanza) e, per quanto riguarda l'importanza della fede religiosa, le donne rispondono nel seguente modo: per nulla importante (n=5, 5.1%), abbastanza non importante (n=8, 8.1%), né importante né non importante (n=25, 25.3%), abbastanza importante (n=29, 29.3%), estremamente importante (n=32, 32.3%).

Come si può vedere dal grafico (Figura 1) sotto riportato, la maggior parte (64.4%) dei soggetti segnala di non aver fatto test prenatali per quanto riguarda la gravidanza in corso, 7 di aver fatto l'amniocentesi, 9 il duo test, 7 la translucenza nucale, 3 il tri test, 6 i villicoriali e 2 non specifica quale test prenatale. Sei (6%) donne affermano di aver fatto test prenatali precedentemente (2 i villicoriali, 1 il tri test, 3 la translucenza nucale). Nessuna ha avuto come diagnosi un feto con malattia. In precedenza 15 donne (14.8%) hanno avuto un aborto spontaneo, 4 (4%) un'interruzione volontaria di gravidanza.

Figura 1: percentuale di frequenza relativa ai tipi di diagnosi prenatali effettuate



26 (25.7%) donne hanno intenzione di richiedere l’analgisia epidurale, 72 (71.3%) di non farlo e tre (3%) sono indecise. Per quanto riguarda l’allattamento, quasi tutte le donne (n=99, 98%) hanno intenzione di allattare al seno, 2 donne (2%) al biberon. La maggior parte delle donne (42.2%) ha intenzione di allattare il più possibile, il 43.5% dai 5 mesi all’anno, il 7.2% meno di cinque mesi, il 6.2% non ha idea al momento della risposta del questionario.

Per quanto riguarda i malesseri in gravidanza, le risposte delle donne sono riportate nella Tabella 2:

Tabella 2: percentuale di quali malesseri sono stati vissuti dalle donne durante l'ultimo mese di gravidanza

MALESSERI	MAI	RARAMENTE	QUALCHE VOLTA	SPESSE	MISSING
Nausea	57 (57.6%)	25 (25.3%)	10 (10.1%)	7 (7.1%)	2
Vomito	81 (81.8%)	8 (8.1%)	8 (8.1%)	8 (8.1%)	2
Perdita di sangue	94 (94.9%)	3 (3%)	2 (2%)	-	2
Stitichezza	34 (34%)	18 (18%)	23 (23%)	25 (25%)	1
Diarrea	64 (64.6%)	25 (25.3%)	10 (10.1%)	-	2
Perdita di appetito	64 (64.6%)	24 (24.2%)	11 (11.1%)	-	2
Aumento di appetito	18 (18.2%)	33 (33.3%)	35 (35.4%)	13 (12.9%)	2
Netta preferenza di cibi	28 (28%)	36 (36%)	22 (22%)	14 (14%)	1
Disgusto di cibi	43 (43%)	26 (26%)	27 (27%)	4 (4%)	1
Acidità gastrica	16 (16%)	23 (23%)	22 (22%)	39 (39%)	1
Emorroidi	66 (67.3%)	14 (14.3%)	11 (11.2%)	7 (7.1%)	3
Bisogno di urinare	1 (1%)	7 (7%)	31 (31%)	61 (61%)	1
Capogiri	52 (52%)	25 (25%)	17 (17%)	6 (6%)	1
Pressione sanguigna	59 (59%)	21 (21%)	13 (13%)	7 (7%)	1
Mal di schiena	14 (14%)	23 (23%)	31 (31%)	32 (32%)	1
Gonfiore gambe/arti	15 (15%)	35 (35%)	33 (33%)	17 (17%)	1
Dolori muscolari	21 (21%)	31 (31%)	34 (34%)	14 (14%)	1
Prurito vaginale	54 (54%)	21 (21%)	17 (17%)	8 (8%)	1
Varici	82 (82.8%)	8 (8.1%)	5 (5.1%)	4 (4%)	2
Sensazioni di freddo/caldo	39 (39%)	24 (24%)	29 (29%)	8 (8%)	1
Raffreddore	50 (50%)	27 (27%)	17 (17%)	6 (6%)	1
Dolore ai seni	44 (44%)	25 (25%)	26 (26%)	5 (5%)	1
Fiato corto	13 (13%)	23 (23%)	43 (43%)	21 (21%)	1
Iperattiva	36 (36.4%)	26 (26.3%)	28 (28.3%)	9 (9.1%)	2
Maggiore desiderio sessuale	28 (28.3%)	32 (32.3%)	34 (34.3%)	5 (5.1%)	2
Minore desiderio sessuale	35 (33.3%)	26 (26.3%)	27 (27.3%)	13 (13.1%)	2
Essere lontano	29 (29.3%)	21 (21.2%)	41 (41.4%)	8 (8.1%)	2
Pianti improvvisi	41 (41%)	29 (29%)	26 (26%)	4 (4%)	1
Spavento	44 (44%)	31 (31%)	11 (11%)	6 (6%)	1
Mal di stomaco	41 (41%)	27 (27%)	20 (20%)	12 (12%)	1
Perdita di liquido scuro	97 (98%)	1 (1%)	-	1 (1%)	2
Tachicardia	56 (56%)	20 (20%)	18 (18%)	6 (6%)	1
Contrazioni	55 (55%)	24 (24%)	15 (15%)	6 (6%)	1

3) Variabili psicologiche

Per quanto riguarda i risultati emersi dai test, in particolare rispetto al costrutto dell'alessitimia il 63.3% (n=62) delle donne non presenta difficoltà a riconoscere le proprie emozioni, l'11.2% (n=11) risulta alessitimica e il 25.5% (n=25) nell'area intermedia (tendente alessitimica).

Prendendo in considerazione la valutazione degli stati depressivi, l'8.4% (n=8) presenta un punteggio superiore a 23, 7.4% (n=7) un punteggio borderline, compreso tra 16 e 22.

La tabella 3 mostra le medie, le deviazioni standard, i range e gli α di Cronbach dei punteggi di tutti i questionari inseriti nella batteria di test insieme ai valori di riferimento così come indicati dagli autori dei test.

Tabella 3: Medie, deviazioni standard, range e α di Cronbach dei test PAI, PRBQ; FHLC; MALESSERI, TAS-20 e CES-D e relativi valori di riferimento così come indicati dagli autori dei test

N=60	Medie, dev. st., range	Valori di riferimento così come indicati dagli autori dei test
PAI	58.78±9.986 (range=34-83) α di Cronbach= .893	Range: 21-84 α di Cronbach= .869
PRBQ	194.99±25.575 (range=144-257) α di Cronbach= .804	191.5±29.6 (range=128-245) α di Cronbach= .85
FHLC:		
- Internal	29.94±8.027 (range=6-49) α di Cronbach= .644	46.86±5.76 α di Cronbach= .88
- Chance	34.81±9.561 (range=15-54) α di Cronbach= .740	24.56±10.44 α di Cronbach= .83
- powerful others	25.22±8.217 (range=5-51) α di Cronbach= .643	26.76±10.24 α di Cronbach= .76
MALESSERI	68.01±12.220 (range=45-95) α di Cronbach= .824	- α di Cronbach= .80
TAS-20:	44.51±10.787 (range=23-70) α di Cronbach= .798	44.7±11.3 α di Cronbach= .893
- F1: riconoscimento dei sentimenti	15.97±6.156 (range=7-32)	> 61: alessitimia
- F2: descrizione dei sentimenti	11.20±3.956 (range=5-21)	51-60: borderline
- F3: pensiero orientato verso l'esterno	17.34±3.907 (range=8-33)	< 51: non alessitimia
CES-D:	10.68±7.183 (range=0-38) α di Cronbach= .834	12.92.57±7.84 α di Cronbach= .85
- Sintomi somatici	4.09±2.817 (range=0-13)	≤ 15: non a rischio
- Affetto positivo	3.93±2.844 (range=0-11)	16-23: borderline
- Affetto depresso	2.39±3.057 (range=0-15)	≥ 23: rischio di depressione maggiore
- Sintomi interpersonali	0.27±0.691 (range=0-4)	

Dalle analisi condotte (*t* test) non emergono differenze significative tra il gruppo di donne che hanno effettuato una diagnosi prenatale rispetto al gruppo di controllo in nessuna delle dimensioni Alessitimiche e depressive, nel livello di attaccamento, né in quello relativo alle credenze patologiche o rispetto ai malesseri percepiti, e nemmeno in alcuno dei tre fattori del locus of control ($p > .05$).

Per quanto riguarda le correlazioni tra i punteggi globali dei test i principali risultati emersi indicano che:

- il livello di attaccamento prenatale (PAI) risulta aumentare al diminuire del fattore dell'alessitimia che misura il “pensiero orientato verso l'esterno” (F3) ($r = -.313$; $p = .002$), all'aumentare della somma dei malesseri ($r = .238$; $p = .023$), all'aumentare del locus of control interno (FHLC-I) ($r = .220$; $p = .037$) e al diminuire del fattore della depressione che misura l'affetto positivo ($r = -.217$; $p = .039$).
- il livello di credenze patologiche (PRBQ) in gravidanza risulta correlato positivamente con il livello di Alessitimia ($r = .378$; $p = .000$) e con i fattori “difficoltà a riconoscere i sentimenti” (F1) ($r = .319$; $p = .002$) e “difficoltà a comunicare i sentimenti” (F2) ($r = .379$; $p = .000$). Inoltre risulta correlare positivamente anche con il livello dei malesseri percepiti dalle donne ($r = .270$; $p = .013$), con il livello di depressione ($r = .232$; $p = .033$), con il fattore della depressione che misura i sintomi sintomatici ($r = .316$; $p = .003$) e quello che misura l'affetto depresso ($r = .250$; $p = .021$). Infine, il livello di credenze patologiche risulta correlare con il livello di locus of control interno ($r = .466$; $p = .000$) e il livello di locus of control esterno ad altri ($r = .378$; $p = .000$), fattori che a loro volta sono tra di loro associati ($r = .448$; $p = .000$).
- il livello degli stati depressivi (CES-D) risulta direttamente correlato al livello di malesseri percepiti dalle donne ($r = .485$; $p = .000$), al livello di Alessitimia ($r = .411$; $p = .000$) e ai fattori “difficoltà a riconoscere” (F1) ($r = .463$; $p = .000$) e “descrivere” (F2) ($r = .439$; $p = .000$) i sentimenti.

Per quanto riguarda tutte le altre correlazioni si veda la tabella 4:

Tabella 4: correlazioni tra i test

PAI, PRBQ; FHLC; MALESSERI, TAS-20 e CES-D e le loro componenti

	PAI	PRBQ	FHLC_I	TAS-20	TAS_F1	TAS_F2	CES-D	CES_SS	CES_AP	CES_AD	CES_SI
MALES-SERI	.238*	.270*		.266*	.323**	.240*	.485**	.532**		.440**	.312**
CES-D		.232*									
CES_SS		.316**									
CES_AP	-.217*										
CES_AD		.250*									
FHLC_I	.220*	.466**						.308*			
FHLC_C											
FHLC_PO		.378**	.448**								
TAS-20		.378**					.411**	.323**	.323**	.307**	.276**
TAS_F1		.319**					.463**	.341**	.278**	.442**	.324**
TAS_F2		.379**					.439**	.371**	.260*	.376**	.323**
TAS_F3	-.313**									-.228*	

* $p < .05$; ** $p < .01$

LEGENDA:

- PAI: Prenatal Attachment Inventory
- PRBQ: Pregnancy Related Beliefs Questionnaire
- FHLC: Fetal Health Locus of Control (FHLC_I: internal; FHLC_C: chance; FHLC_PO: powerful others)
- CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES_SS: sintomi somatici; CES_AP: affetto positivo; CES_AD: affetto depresso; CES_SI: sintomi interpersonali)
- TAS: Toronto Alexithymia Scale (TAS_F1: incapacità a riconoscere i sentimenti; TAS_F2: incapacità a descrivere i sentimenti; TAS_F3: pensiero orientato all'esterno)

• Discussione

Lo scopo di questo studio esplorativo è quello di rilevare il livello di attaccamento prenatale, i livelli di locus of control, il grado di alestitimia, la presenza di sintomi depressivi, insieme a tutte quelle variabili psicosociali e relative alla gravidanza in relazione all'esperienza di test di tipo diagnostico effettuato a livello prenatale rispetto alla gravidanza in corso.

I risultati della nostra ricerca non sembrano evidenziare una popolazione particolarmente a rischio, risultati peraltro prevedi-

bili dato che il campione riguarda una popolazione che si è selezionata nella scelta stessa di accedere al corso. Chi si avvicina ai corsi sono soprattutto donne italiane, con età compresa tra i 21 e i 42 anni, istruzione superiore alla scuola media superiore, con occupazione lavorativa, con una relazione stabile con il padre del bambino, la possibilità di poter avere un buon supporto sociale e, soprattutto, con gravidanze a basso rischio. Questo profilo è coerente con quello riportato dall'ultimo Rapporto Ministeriale CeDAP (Certificato di Assistenza al Parto) relativo all'evento nascita in Italia nel 2006. Quasi la totalità delle donne afferma che la gravidanza è stata desiderata, dato confermato anche dalla percentuale elevata relativa al desiderio di diventare genitore e dal fatto che per la maggior parte dei casi la gravidanza è stata pianificata.

Per quanto riguarda la gravidanza in corso quasi un terzo del campione riporta di aver effettuato un test prenatale (amniocentesi, duo test, translucenza nucale, tri test, villicoriali) in linea con il fatto che il 22% delle donne ha un'età superiore ai 35 anni. Il fatto che non emergano differenze significative tra il gruppo di donne che ha effettuato una diagnosi prenatale e il gruppo di quelle che hanno fatto solo le ecografie di screening, a differenza di quanto emerge in letteratura, potrebbe essere dovuto al fatto che l'esito dei test, peraltro per tutte favorevole, era già stato ricevuto al momento della compilazione del questionario. Una percentuale ridotta (6%) riporta di aver già avuto esperienza di test prenatali in occasioni di gravidanze precedenti ma nessuna ha avuto una diagnosi di feto con malattia. Il 14.8% delle gestanti riporta di aborti spontanei avuti in concepimenti precedenti in linea con la stima del 12.7% riportata dal rapporto CedAP, e il 4% di interruzione volontaria di gravidanza.

Il 25% delle donne riporta di aver intenzione di richiedere l'analgesia epidurale durante il travaglio di parto, dato che ci fa supporre una disinformazione rispetto alla funzione fisiologica del dolore nel parto e su quali aspetti positivi e/o negativi derivino dall'utilizzo di interventi volti ad alleviare o evitare il dolo-

re (per una rassegna si confronti Imbasciati, Dabrassi, 2009a, b). Quasi tutte hanno intenzione di allattare al seno; la maggior parte riferisce la volontà di allattare “il più possibile”, non specificando in base a quali considerazioni verrà presa la decisione.

Per quanto riguarda i malesseri sofferti nell'ultimo mese di gravidanza, circa metà del campione afferma di non aver mai o raramente provato i sintomi proposti e l'altra metà segnala qualche volta o spesso per i seguenti: stitichezza, aumento di appetito, bisogno di urinare frequentemente, stanchezza, pesantezza alle gambe, minor desiderio sessuale, poca concentrazione. Tali malesseri sono piuttosto comuni tenuto conto della settimana di gestazione in cui sono le donne al momento della compilazione del questionario.

Il profilo positivo del campione emerge anche dagli alti livelli riscontrati nella scala dell'attaccamento prenatale (PAI) e di percentuali che rientrano nella norma nel livello di credenze patologiche relative alla gravidanza (PRBQ), di alessitimia (TAS-20), di depressione (CES-D). In particolare, la prevalenza di alessitimia (punteggio superiore a 61 nel TAS-20) è dell'11.2% in linea con i risultati dello studio di Honkalampi e dei suoi collaboratori (2000). La prevalenza di sintomi depressivi è dell'8.4% nelle donne che al test CES-D hanno ottenuto un punteggio superiore a 23 e del 7.4% per le donne con punteggio compreso tra 16 e 22, percentuali in linea con i dati dello studio di Evans e collaboratori (2001) che indicano il 10-20%.

Non c'è da stupirsi da questi risultati in quanto anche in altri studi presenti in letteratura (Mercer, Ferketich, 1990; Dabrassi *et al.*, 2007, 2009; Della Vedova *et al.*, 2008) emerge che le donne che vengono individuate presso i corsi di accompagnamento alla nascita tendono a mostrare i più alti punteggi di risposta per quanto riguarda l'attaccamento nei confronti del loro bambino non ancora nato e il supporto sociale su cui sentono di poter contare le donne.

Il dato che risulta interessante, e che ci proporremmo ad approfondire, è il basso punteggio medio di fetal locus of control interno (FHLC_I)

e l'alto punteggio medio di fetal locus of control chance (FHLC_C) ottenuto dal nostro campione rispetto alla media di riferimento indicata dagli autori dei test. Siccome crediamo che le donne che decidono di accedere ad un corso di accompagnamento alla nascita siano interessate e motivate alla salute (propria e del bambino), così come dimostrano i dati precedentemente esposti, riteniamo che una spiegazione possa risiedere in una differenza culturale: il test americano misurerebbe variabili culturali non presenti nella cultura italiana e la nostra traduzione, per quanto rigorosa, rileva una differenza di campioni dovuta appunto a tali fattori. D'altra parte il nostro campione è particolarmente selezionato: ci riserviamo il confronto con altri campioni. In ogni caso, data l'improbabilità che l'esperienza stessa di effettuare una diagnosi prenatale non abbia ripercussioni emotive, possiamo ipotizzare che lo strumento, nonostante la scelta sia stata ponderata rispetto a quanto è attualmente a disposizione, non colga le dimensioni di locus of control indicate, come si afferma per la popolazione americana. L'ipotesi è sostenuta anche dai bassi valori riportati nel calcolo della consistenza interna (Tabella 3).

Infine, prendendo in considerazione i risultati emersi dalle correlazioni vediamo che il livello di attaccamento prenatale (PAI) risulta correlato negativamente con la dimensione dell'alessitimia che misura il "pensiero orientato verso l'esterno" (F3): questo in linea con i dati trovati in precedenti ricerche (Della Vedova *et al.*, 2008). La capacità di fantasticare, simbolizzare e sapersi rappresentare mentalmente il bambino atteso permette alla madre di pensare il bambino non come un'entità astratta, ma come un essere "visibile", con una vera e propria fisionomia umana e, quindi, di entrare in relazione con lui. Se questa capacità è bassa, consequenziale appare una diminuzione dell'attaccamento. Si potrebbe pensare che queste donne, caratterizzate da un pensiero fortemente pragmatico, corrispondono a quelle madri che Raphael-Leff (1986) definisce "regolatrici", cioè quelle donne che considerano la gravidanza come un periodo pressoché normale della propria vita che non prevede par-

ticolari cambiamenti, donne che avvertono i movimenti fetali come una presenza estranea, a volte confondendoli con i malesseri della gravidanza, e che sono poco in grado di fantasticare sul feto e, di conseguenza, di sviluppare un attaccamento. Questa interpretazione potrebbe essere confermata anche dal nostro risultato che mostra una correlazione positiva tra PAI e una percezione maggiore dei malesseri in gravidanza. Si ricorda che la somministrazione del questionario è avvenuta all'incirca nell'ottavo mese di gravidanza per cui ci si aspetta che l'immagine del bambino sia già costituita e differenziata e i malesseri fisiologici scomparsi. Il fatto poi che l'attaccamento prenatale risulti correlato negativamente con il fattore che valuta l'"affetto positivo" (cioè un indice contrario a quelli depressivi), misurato dal questionario del CES-D, potrebbe essere dovuto all'avvicinarsi del periodo del parto: l'associazione attaccamento prenatale e affetto positivo normalmente incontrata potrebbe essere stata compromessa dalle paure e dalle ansie che l'evento parto comporta (Slade *et al.*, 1986; Breen, 1992; Ammaniti *et al.*, 1995). Nella stessa direzione possiamo leggere il risultato per cui i malesseri sono fortemente correlati positivamente con il livello di depressione e tutte le sue componenti (sintomi somatici, affetto depresso e sintomi interpersonali). Peraltro, come è noto dalla letteratura (Duddu *et al.*, 2003; Gunzelmann *et al.*, 2002; Mueller *et al.*, 2003; Le *et al.*, 2007), anche dai nostri risultati emerge che alessitimia e depressione sono fortemente correlate tra di loro.

Infine, per quanto riguarda le credenze che le donne hanno in gravidanza, vediamo che esse sono tanto più patologiche (PRBQ) quanto più sono connesse alla presenza di sintomi alessitimici (TAS-20), in particolare all'incapacità di riconoscere (F1) e descrivere i propri sentimenti (F2), e alla presenza di sintomi depressivi (CES-D), in particolare con la dimensione legata ai sintomi somatici e all'affetto depresso, in linea con i risultati di Moorhead (Moorhead *et al.*, 2003).

Meno facile da interpretare è il dato emerso per cui le credenze patologiche relative alla gravidanza sono connesse alla pre-

senza di fetal health locus of control interno (FHLC_I) e quello legato al potere che hanno gli altri (FHLC_PO). Visto i dati che si trovano in letteratura, in realtà ci saremmo aspettati che il PRBQ fosse associato con il fetal health locus of control chance, piuttosto che con il FHLC Interno e con il Potere agli altri, cioè ci saremmo aspettati una correlazione di segno opposto. Un'ipotesi che possiamo avanzare concerne ancora il nostro campione: il modo con cui il corso viene presentato potrebbe aver fatto artificiosamente aumentare nelle donne i due fattori, nonostante che esse abbiano potuto conservare alte credenze patologiche.

Questo risultato dovrebbe far riflettere gli operatori che si occupano dell'area perinatale, in particolare le ostetriche, di solito responsabili dei corsi di accompagnamento alla nascita, che dovrebbero fornire, da un lato una corretta informazione sui processi fisiologici, fisici ed emotivi della gravidanza, del parto e del puerperio, e dall'altro sui limiti che ogni ausilio assistenziale può fornire. Medesima riflessione si impone per i ginecologi che indirizzano le signore a prendere decisioni relative alle tecniche di screening a cui sottomettersi, a richiedere l'analgesia epidurale, ecc. Possiamo supporre sia che tali consigli aumentino eccessivamente la convinzione di poter influenzare la salute del loro bambino in utero, o che i medici cui si affidano abbiano potere quasi illimitato sulla salute di quest'ultimo, sia che tutte queste informazioni non eliminino le credenze patologiche. In altri termini sorge un ragionevole interrogativo circa la correttezza dell'informazione e dell'orientamento dato alle donne da ostetriche e ginecologi. Dobbiamo inoltre tenere in considerazione i risultati ottenuti nel calcolo della consistenza interna di questo strumento (FHLC), come si vede dalla Tabella 3, che sono risultati inferiori in tutte e tre le dimensioni rispetto ai valori indicati dagli autori dei test e, in particolare, in quella "interno" e quella "potere agli altri" rispetto a quella soglia ($>.70$) indicata dalla comunità scientifica come indice di buona affidabilità (Nunnally, Bernstein, 1994). Altra ipotesi infine che possiamo avanzare è

che vi siano delle differenze culturali di lingua, di contesto socioculturale, di “forma mentis” tra la popolazione italiana e quella americana, per cui il significato di sentirsi “responsabile” della salute del proprio feto potrebbe risultare differente nelle due culture (italiana e americana), a dispetto di qualunque traduzione linguistica adeguata.

In conclusione, i dati emersi dall’indagine esplorativa da noi effettuata confermano l’idea che la gravidanza sia un momento peculiare nella vita di una donna caratterizzato da dimensioni psichiche affettive complesse, non facilmente coglibili dagli strumenti psicometrici disponibili. Considerando le possibilità di campionamento a disposizione non era d’altra parte possibile impegnare le donne per troppo tempo: sono stati pertanto scelti strumenti quanto più esaustivi compatibilmente con la situazione. La scelta è ricaduta su questionari autovalutativi, nonostante la nostra consapevolezza che il loro utilizzo per indagare variabili psicologiche così complesse sia un grosso limite in quanto, come sappiamo, sono “soggetti a processi difensivi difficilmente controllabili” (Solano, 2005). I nostri risultati non sono quindi generalizzabili e la ricerca è da considerarsi uno studio pilota, che attende conferme, perfezionamenti e risorse.

Nello stesso tempo siamo convinti che indagini di questo tipo siano importanti non solo per la ricerca ma anche per la pratica clinica, sia per meglio indirizzare i servizi di prevenzione offerti alle donne in gravidanza (come ad esempio i corsi di accompagnamento alla nascita), sia per offrire agli operatori del settore strumenti in grado di aiutarli ad individuare le gestanti a rischio nella pratica routinaria.

È da tempo che questi servizi sono riconosciuti come uno degli elementi fondamentali per ridurre gli esiti negativi per la salute sia della madre che del bambino. Questi tipi di corsi hanno lo scopo di aumentare non solo le conoscenze delle donne rispetto alla gravidanza e al parto, ma anche di renderle più consapevoli dell’esperienza intrauterina che il loro bambino sta vi-

vendo in modo da favorire lo sviluppo della relazione madre-bambino. Questo è ancor più indispensabile per tutti quei casi di gravidanze a rischio in cui si rendono necessarie diagnosi prenatali di tipo invasivo, in cui l'instaurarsi di un legame di attacco con il proprio feto è più complicato e difficile. I corsi di accompagnamento alla nascita sono proposti nell'ultimo periodo di gravidanza (settimo-ottavo mese), quando una buona parte dei processi psichici legati alla maternità, come l'accettazione del feto e l'attaccamento prenatale, sono già avvenuti e quando l'esperienza di test diagnostici a livello prenatale è già stata fatta. Interessanti sono le associazioni emerse dal nostro studio, in particolare quelle tra attaccamento prenatale e pensiero orientato verso l'esterno, tra le dimensioni dell'alessitimia e quelle della depressione, e queste ultime con le credenze patologiche e la percezione di malesseri fisici e psichici legati alla gravidanza. Questi dati dovrebbero essere tenuti in considerazione da tutti quei professionisti che, a vario titolo, operano nell'ambito della perinatalità con lo scopo di poter ripensare e riprogrammare al meglio questo tipo di servizi di promozione della salute.

Ringraziamenti

Si ringrazia per la loro collaborazione:

Annalisa Dal Forno, Francesca Filippini, Marisa Trentin, Antonio Isolan,

Distretto sanitario di base n°3 Ulss 20 di Verona;

Maria Beatrice Gattoni, Maurizio Brighenti

Servizio di NPI-PEE dell'Ulss 20 Verona)

Giuseppina Almici, Viviana Marcovich, Carla Vender, Roberto Alfieri, Fabrizio Barcella

(Consultorio Familiare di Lovere e sede distaccata di Sarnico, Bergamo)

Insieme a tutte le future mamme che hanno aderito alla ricerca.

Riferimenti bibliografici

- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R., *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Raffaello Cortina, Milano 1995.
- Bielawska-Batorowicz E., The effect of previous obstetric history on women's scores on the Fetal Health Locus of Control Scale (FHLC), *Journal of Reproductive and Infant Technology*, 1993, n.11, 103-106.
- Breen D., Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale, in Ammaniti M. (a cura di), *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1992.
- Bressi C., Taylor G., Parker J., Bressi S., Brambilla V., Aguglia E., Allegranti I., Bongiorno A., Giberti F., Bucca M., Todarello O., Callegari C., Vender S., Gala C., Invernizzi G., Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study, *Journal of Psychosomatic Research*, 1996, n.41, 551-559.
- Bricker L., Garcia J., Henderson J., Mugford M., Neilson J., Roberts T., Martin M. A., Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost effectiveness and women's views, *Health Technology Assessment*, 2000, n.4, 16, 1-195.
- Caccia N., Johnson J. M., Robinson G. E., Barna T., Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis, *American Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1991, n.165, 1122-1125.
- Condon J. T., Dunn D. J., Nature and determinants of parent to infant attachment in the early postnatal period, *Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry*, 1988, n.28, 293-299.
- Dabrassi F., Della Vedova A. M., Imbasciati A. (2007), A quali donne sono diretti i corsi di accompagnamento alla nascita? Esperienza dell'Uss20 di Verona. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, inserto BEN Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 20(10), on-line www.epi-centro.iss.it/ben, ottobre.
- Dabrassi F., Imbasciati A., Della Vedova A. M., Il supporto sociale in gravidanza: validazione italiana e valutazione dello strumento, *Giornale di Psicologia*, 2009, n.3, 2, 141-151.
- Della Vedova A. M., The construct of "parental-fetal attachment": a review on the current knowledge. *Imago*, 2005, n.12, 4, 341-359.

- Della Vedova A. M., L'attaccamento prenatale, in: Imbasciati A., Dabracchi F., Cena L. (a cura di), *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin, Padova 2007.
- Della Vedova A. M., Dabracchi F., Imbasciati A., Assessing prenatal attachment in an Italian women sample, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2008, n.26, 2, 86-98.
- Della Vedova A. M., Imbasciati A., *Le origini della mente*, in Imbasciati A., Margiotta M. (a cura di), *Compendio di psicologia per operatori socio-sanitari*, Piccin, Padova 2005.
- Dixson B., Richards T. L., Reinsch S., Edrich V. B., Matson M. R., Jones O. W., Midtrimester amniocentesis. Subjective maternal responses, *The Journal of Reproductive Medicine*, 1981, n.26, 10-16.
- Duddu V., Isaac M. K., Chaturvedi S. K., Alexithymia in somatoform and depressive disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 2003, n.54, 435-438.
- Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J., Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth, *British Medical Journal*, 2001, n.323(7307), 257-60.
- Fava G.A., *Versione italiana del CES-D per la valutazione degli stati depressivi*, Organizzazioni Speciali, Firenze 1982.
- Grace J. T., Development of maternal-fetal attachment during pregnancy, *Nursing Research*, 1989, n.38, 228-232.
- Gunzelmann T., Kupfer J., Braehler E., Alexithymia in the elderly general population, *Comprehensive Psychiatry*, 2002, n.43, 74-80.
- Haslam C., Lawrence W., Haefeli K., Intention to breastfeed and other important health-related behaviour and beliefs during pregnancy, *Family Practice*, 2003, n.20, 5, 528-530.
- Heyman B., Henriksen M., *Risk, age and pregnancy: A case study of prenatal and genetic testing*, Palgrave, New York 2001.
- Honkalampi K., Hintikka J., Tanskanen A., Lehtonen J., Viinamäki H., Depression is strongly associated with alexithymia in the general population, *Journal of Psychosomatic Research*, 2000, n.48, 99-104.
- Huizink A. C., de Medina P. G. R., Mulder J. H., Visser G. H. A., Buitelaar J.K., Coping in normal pregnancy, *Annuals of Behavioral Medicine*, 2002, n.24, 2, 132-140.
- Imbasciati A., Dabracchi F., Dolore nel parto, cure materne e sviluppo del futuro individuo: ipotesi per la rilevazione di indici predittivi. *Minerva Psichiatrica*, 2009a, in print.

- Imbasciati A., Dabrassi F., Il dolore nel parto: quale valutazione? *Rivista di psicologia clinica*, 2009b, in print.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L., *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin, Padova 2007.
- Katz-Rothman B., *The tentative pregnancy: How amniocentesis changes the experience of motherhood*, Norton & Company, New York 1993 (2nd ed.).
- Labs S.M., Wurtele S.K., Fetal Health Locus of Control Scale: development and validation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, n.54, 6, 814-819.
- Lamas C., Chambry J., Nicolas I., Frydman R., Jeammet P., Corcos M., Alexithymia in infertile woman. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2006, n.27, 1, 23-30.
- Laxton-Kane M., Slade P., The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2002, n.20, 4, 253-267.
- Le H.N., Ramos M.A., Muñoz R.F., The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology, *Journal of Psychosomatic Research*, 2007, n.62, 215-222.
- Leifer M., Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood, *Genetics Psychology and Monographs*, 1977, n.95, 55-96.
- Levenson H., Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control, *Journal of Personality Assessment*, 1974, n.38, 377-383.
- Lindgren K., Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy, *Research in Nursing and Health*, 2001, n.24, 203-217.
- Marty P., de M'Uzan M., La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 1963, n.27, 1345-1356.
- Mercer R.T., Ferketich L.S., Predictors of parental attachment during early parenthood, *Journal of Advanced Nursing*, 1990, n.15, 268-280.
- Moorhead S.R.J., Owens J., Scott J., Development and piloting of the pregnancy related beliefs questionnaire (PRBQ), *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2003, n.3, 207-213.
- Mueller J., Buehner M., Ellgring H., Relationship and differential validity of Alexithymia and depression: a comparison of the Toronto Alexithymia and Self-Rating depression scales, *Psychopathology*, 2003, n.36, 71-77.

- Muller M.E., Development of the Prenatal Attachment Inventory, *Western Journal of Nursing Research*, 1993, n.15, 2, 199-215.
- Muller M.E., Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation, *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 1996, n.25, 161-166.
- Nemiah J.C., Sifneos P.E., Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders, in Hill O.W. (a cura di), *Modern trends in psychosomatic medicine*, Butterworths, London 1970.
- Nunnally J.C., Bernstein I.H., *Psychometric theory*, McGraw Hill, New York 1994.
- Porcelli P., Leoci C., Guerra V., Taylor G.J., A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease, *Journal of Psychosomatic Research*, 1996, n.41, 569-573.
- Porcelli P., Zaka S., Leoci C., Centoze S., Taylor G.J., Alexithymia in inflammatory bowel disease. A case-control study, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1995, n.64, 49-53.
- Raphael-Leff J., Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood, *British Journal of Medical Psychology*, 1986, n.59: 43-55.
- Reisch L.M., Tinsley B.J., Impoverished women's health locus of control and utilization of prenatal services, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1994, n.12, 223-232.
- Ritchie K., Boynton J., Bradbury I., Foster L., Iqbal K., Kohli H., Love C., Penney G., Quinn S., Reid M., Slattery J., Wright D., *Routine ultrasound scanning before 24 weeks of pregnancy*, Health Technology Assessment Report 5. Glasgow: NHS Quality Improvement Scotland, 2004.
- Rotter J.B., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs: General and Applied*, 1966, n.80, 1-28.
- Schwartz-Cowan R., Women's roles in the history of amniocentesis and chorionic villi sampling, in Rothenberg K., Thomson E. (a cura di), *Women and prenatal testing: Facing the challenges of genetic technology*, Columbus, OH: Ohio State University Press, 1994, 1-8.
- Siddiqui A., Haeggloef B., Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 2000, n.59: 13-25.
- Sifneos P., The prevalence of Alexithymic characteristics in psychoso-

- matic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, n.22, 255-262.
- Slade A., Grunebaum L., Haganir L., Reeves M., *The pregnancy interview*, dattiloscritto non pubblicato, The City College of New York, 1986.
- Solano L., Psicoanalisi e ricerca empirica nell'ambito della salute, *Rivista di psicoanalisi*, 2005, n.3, 695-718.
- Spencer J.W., Cox D.N., A comparison of chorionic villus sampling and amniocentesis: acceptability of procedure and maternal attachment to pregnancy, *Obstetric and Gynecology*, 1988, n.72: 714-718.
- Spirito A., Ruggiero L., McGarvey S.T., Coustan D.R., Low K.G., Maternal and fetal health locus of control during pregnancy: A comparison of women with diabetes and nondiabetic women, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1990, n.8, 195-206.
- Stewart D.E., Streiner D.L., Alcohol drinking in pregnancy, *Canadian General Hospital Psychiatry*, 1994, n.16, 406-412.
- Stewart D.E., Streiner D.L., Cigarette smoking in pregnancy, *Canadian Journal of Psychiatry*, 1995, n.40, 603-607.
- Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A., *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge University Press, Cambridge, UK 1997.
- Tinsley B., Trupin S.R., Owens L., Boyum L.A., The significance of women's pregnancy-related locus of control beliefs for adherence to recommended prenatal health regimens and pregnancy outcomes, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1983, n.11, 97-102.
- Van der Vijver F, Leung K., *Method and Data Analysis for Cross-Cultural Research*, SAGE Publications, London 1997.
- Verissimo R., Mota-Cardoso R., Taylor G.J., Relationship between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1998, n. 67, 75-80.
- Vicario M., Di Paolo A.M., Oro R., Guana M., Lojacono, A., La gestione clinica della gravidanza a basso rischio. In: Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M., Pellegrini M.G., Piga M.D., Vicario M. (a cura di), *La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione*, McGraw-Hill, Milano 2006.
- Zimmermann P., *Attachment and emotion regulation*. 2nd International Conference on The (non) Expression of Emotions in Health and Disease, Tilburg, 1999.