

# PREPARARSI ALLA NASCITA

Proteggere la salute psicologica in gravidanza e nel post-partum

Erica Melandri

Psicologa Perinatale - Psicoterapeuta

328 2483490 [info@ericamelandri.it](mailto:info@ericamelandri.it) [www.ericamelandri.it](http://www.ericamelandri.it)

Questa brochure è uno strumento di **prevenzione** che promuove la salute psicologica in epoca perinatale. **Informare** i futuri genitori sulle vulnerabilità che possono incontrare nel percorso verso la nascita del loro bambino, può aiutarli ad accoglierla con maggiore preparazione e ad affrontare eventuali imprevisti **senza esserne travolti**. **Guidare** i futuri e i neo genitori a **riconoscere tempestivamente** i campanelli d'allarme di un problema, consente di intervenire precocemente e quindi in modo più efficace.



# INDICE

|     |                                                                  |    |
|-----|------------------------------------------------------------------|----|
| 1.  | <u>CURARE E PRENDERSI CURA DEI FUTURI GENITORI</u>               | 1  |
| 2.  | <u>COME CAMBIA IL CERVELLO IN GRAVIDANZA</u>                     | 3  |
| 3.  | <u>DALLA COPPIA ALLA COPPIA GENITORIALE</u>                      | 6  |
| 4.  | <u>RI-CONOSCERE E (É) PROTEGGERE</u>                             | 9  |
| 5.  | <u>DEPRESSIONE POST-PARTUM</u>                                   | 11 |
|     | 5.1 <u>DEPRESSIONE POST-PARTUM MATERNA</u>                       | 11 |
|     | 5.2 <u>UNO SGUARDO OLTRE I SINTOMI</u>                           | 13 |
|     | 5.3 <u>EFFETTI DELLA DEPRESSIONE POST-PARTUM</u>                 | 16 |
|     | 5.4 <u>DEPRESSIONE POST-PARTUM PATERNA</u>                       | 17 |
| 6.  | <u>ANSIA IN GRAVIDANZA</u>                                       | 20 |
| 7.  | <u>DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO POST-PARTUM</u>                 | 22 |
| 8.  | <u>TOCOFOBIA (PAURA DEL PARTO)</u>                               | 26 |
| 9.  | <u>PREMATURITÀ</u>                                               | 28 |
|     | 9.1 <u>L'IMPATTO DELLA NASCITA PREMATURA SULLA GENITORIALITÀ</u> | 28 |
|     | 9.2 <u>LA FUNZIONE NEUROPROTETTIVA DEL TOCCO</u>                 | 33 |
| 10. | <u>INFERTILITÀ E PMA</u>                                         | 36 |
|     | 10.1 <u>RICEVERE UNA DIAGNOSI DI INFERTILITÀ</u>                 | 36 |
|     | 10.2 <u>INIZIARE UN PERCORSO DI PMA</u>                          | 39 |
|     | 10.3 <u>GRAVIDANZA NELL'AMBITO DELLA PMA</u>                     | 40 |
| 11. | <u>UNA GRAVIDANZA DOPO UN LUTTO PERINATALE</u>                   | 43 |
|     | <u>BIBLIOGRAFIA</u>                                              | 49 |



---

## 1. CURARE E PRENDERSI CURA DEI FUTURI GENITORI

---

Quando si parla di salute ci si riferisce a uno *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemente all'assenza di malattia o infermità* (OMS, 1948). La salute in gravidanza infatti non è solo un “fatto fisico” benché siano tanti i cambiamenti sotto il profilo **biologico** (corpo, allattamento, ritmi del sonno, calo della libido, stanchezza) cui soprattutto la donna va incontro. Profonde sono anche le modificazioni **psicologiche** personali e di coppia (aumento dell'emotività, nuova identità genitoriale, riorganizzazione del lavoro, cambiamento del rapporto col partner, costruzione della relazione col bambino).



Tutti i **cambiamenti** e le **aspettative** innescate dall'attesa di un figlio sottendono **potenziali vulnerabilità** che è utile conoscere per arrivare più preparati e attrezzati psicologicamente al momento della nascita.

La maternità è **un evento naturale**, ma pensare che per questo sia semplice porta a sottovalutare o a minimizzare la **ricchezza dell'esperienza**. Nello stesso tempo, anche **idealizzare** la maternità rischia – **paradossalmente** – di **semplificarla**. Restituirne la **complessità** vuol dire, invece, sapere che il “sentirsi mamma o papà” non è un interruttore che si accende al primo incontro con il proprio bambino, ma che a volte, soprattutto per i padri, è necessario più tempo.

Oppure sapere che il desiderio di “diventare genitore” si rivela spesso molto diverso dall'esserlo effettivamente.

Ancora, sapere che si può essere genitori a tutti gli effetti anche se non si condivide lo stesso DNA e che, al contrario, essere i genitori biologici non equivale automaticamente a essere genitori affettivi.

Allora **complessità** diventa – **paradossalmente** - sinonimo di **leggerezza** se riferita alla maternità. Leggerezza nel poter affrontare l'esperienza della neo-genitorialità al proprio ritmo, lontani da schemi su come doversi sentire e su come dover essere.



## 2. COME CAMBIA IL CERVELLO IN GRAVIDANZA

---

Con la gravidanza le donne diventano **più sensibili** e più capaci di emozionarsi riuscendo così a incontrare in modo **più empatico** il loro bambino. Non solo la mente, ma anche il cervello della donna sembra adattarsi più efficacemente al nuovo ruolo: basti pensare a come, nell'ultima fase della gravidanza e nell'immediato post-partum, il sonno REM della donna aumenti, permettendole di svegliarsi a ogni richiesta del neonato, a volte anche un attimo prima che la chiami.

Uno studio<sup>1</sup> ha dimostrato come **la gravidanza modifichi strutturalmente il cervello delle madri**, proprio nelle aree deputate alla **sintonizzazione affettiva con gli stati mentali dei loro bambini**. Dalle risonanze magnetiche delle donne in gravidanza è emersa una riduzione, assente nelle donne non incinte, del volume della materia grigia delle aree cerebrali coinvolte nella cognizione sociale e nei circuiti neurali associati alla “teoria della mente”, cioè alla capacità di attribuire emozioni, credenze, desideri, bisogni e intenzioni sia a sé stessi sia agli altri.

Queste riduzioni della materia grigia, presenti nelle madri ma non nei padri, potrebbero essere legate a un processo di raffinamento e di specializzazione dei circuiti cerebrali utile a **facilitare la transizione alla maternità**.





I cambiamenti osservati si sono rivelati stabili e altamente consistenti fino a **due anni dopo la nascita**, ovvero per tutto il periodo in cui il bambino non sa esprimere i suoi bisogni col **linguaggio**.

Cosa succede al cervello dei padri?

Evidenze scientifiche dimostrano che anche **nei papà coinvolti nell'accudimento dei loro bambini si verificano variazioni nel funzionamento ormonale e neurale**, anche se non intense e durevoli come quelle delle madri.



In particolare è stato rilevato che, se da un lato, i livelli ormonali (testosterone, vasopressina, ossitocina, cortisolo) influenzano i loro comportamenti di *parenting*, dall'altro, il loro essere **attivi nella cura dei figli** influenzi, in un circuito virtuoso, i **livelli ormonali** e le **risposte cerebrali** agli stimoli infantili. Per fare un esempio, nei padri i livelli di ossitocina (ormone legato al comportamento di cura) aumentano dopo i primi 6 mesi di accudimento e di gioco interattivo col bambino e, nello stesso tempo, l'aumento di ossitocina stimola un maggior coinvolgimento nel gioco interattivo e una maggior disponibilità emotiva da parte dei padri.<sup>2</sup>

Alla luce di questi dati è chiaro come la transizione al ruolo di padre sia mediata dall'intreccio di fattori biologici, socio-culturali e psicologici e quanto diventi centrale **promuovere** la paternità sin dall'inizio della gravidanza per il benessere dell'ecosistema familiare.





### 3. DALLA COPPIA ALLA COPPIA GENITORIALE

---

Diventare genitore è un processo che parte prima da un **desiderio soggettivo** e poi si esprime in un **progetto della coppia**. Quando il desiderio si realizza con la nascita di un figlio, mette in moto una serie di cambiamenti nei singoli genitori e nella coppia.

Nella transizione al ruolo di genitore, non si tratta più di essere solo il **figlio dei propri genitori**, ma di essere il **genitore di proprio figlio**. Questo cambio di prospettiva, se da un lato implica una rinuncia, dall'altro spinge alla costruzione di una nuova identità personale basata sull'identificazione del genitore con il proprio bambino, ma anche con il bambino che è stato (o che immagina di essere stato), con i genitori che ha avuto e con quelli che avrebbe voluto avere e con il genitore che vorrebbe diventare.<sup>3</sup>

Può succedere, invece, che un uomo viva il suo nuovo ruolo di padre in modo conflittuale per via di sentimenti di gelosia e rivalità verso il figlio. Oppure, l'ingresso in questa nuova fase di vita potrebbe slatentizzare timori di invecchiamento che generano delle resistenze nella relazione col figlio. Una donna potrebbe provare sensi di colpa nell'immaginarsi mamma per via del legame simbiotico con la propria madre che le impedisce di rinunciare al suo ruolo di figlia. Questi sono solo alcuni esempi che parlano di come diventare madri e padri



rappresenti una sfida che, se non affrontata adeguatamente, potrebbe avere delle ricadute nel rapporto con i figli e nella coppia.

In alcuni casi infatti la trasformazione generata dall'arrivo di un figlio potrebbe tradursi in una **crisi tra i partner** che, tuttavia, non è tanto giustificata dall'evento **nascita** in sé, ma **dall'uso che la coppia fa di tale evento**.

La coppia coniugale si trasforma in una coppia genitoriale, una nuova coppia che non sarà mai uguale a quella di prima e che, con tutta probabilità, non somiglierà alla versione fantasticata da entrambi nel passato. La crisi affiora dalla **rigidità** della coppia verso il cambiamento: se i partner si ostinano a ricostruire il **“com'eravamo”**, perdono l'occasione di crescere insieme all'altro per costruire il **“come siamo”**.



Con l'arrivo di un figlio, infatti, tutto acquisisce una maggiore complessità e sarebbe ingannevole pensare che le cose possano arrivare a un adattamento armonico da sé, senza alcuno sforzo da parte dei singoli attori di questo passaggio. Nello stesso tempo, un figlio può essere un'**occasione** per rimettersi in gioco sia come individui che come coppia, ma è necessario comunicare ciò che si prova, chiedere ciò di cui si ha bisogno e ascoltare i bisogni del partner per trovare un nuovo incastro.

**La genitorialità non è solo espressione del singolo, ma è modellata anche dalla coppia nella sua totalità, e anche per questo è importante averne particolare cura.**

Così come la genitorialità non è una fase evolutiva, ma un processo trasformativo che evolve nel corso della vita e permette lo sviluppo di nuove capacità psichiche e affettive, anche la coppia evolve ed è chiamata a riadattarsi a ogni nuova esperienza.



#### 4. RI-CONOSCERE (E) È PROTEGGERE

---

La gravidanza e la nascita di un figlio rappresentano per entrambi i genitori momenti di vulnerabilità psicologica nei quali la frequenza dei disturbi affettivi aumenta di quasi tre volte rispetto alla media della popolazione generale.<sup>4</sup> Nella donna possono **esordire** forme di sofferenza psicologica o **riacutizzarsi** difficoltà psicologiche pregresse. Le donne malate o con disagio psicologico possono desiderare e realizzare uno stato di gravidanza così come le donne possono ammalarsi o sviluppare un disagio psicologico durante l'attesa del loro bambino.

Anche i papà possono manifestare problemi emotivi che, però, tendono a esprimere in modo differente rispetto alla donna e, per quanto siano frequenti, sono spesso sottovalutati o non diagnosticati.

**Riconoscere le fragilità connesse al diventare genitori, non significa patologizzare la gravidanza, bensì prendersene cura.**



La letteratura scientifica da anni dà evidenza di quanto sia importante il riconoscimento precoce dei segnali di malessere psicologico per intervenire efficacemente.

Sia le difficoltà psicologiche materne che quelle paterne potrebbero aumentare il rischio di conseguenze sullo sviluppo del feto-bambino. L'uso del condizionale sottolinea che non esistono correlazioni causali, ma che ogni condizione è il risultato di un intreccio tra geni, ambiente, fattori di rischio, di protezione, di mediazione e, non ultimo, la soggettività<sup>5</sup>.



## 5. DEPRESSIONE POST-PARTUM

---

### 5.1 DEPRESSIONE POST-PARTUM MATERNA

*“Non riuscivo a reagire. Mi sembrava che il mio bambino smettesse di piangere solo in braccio agli altri, sembrava che stesse meglio con suo padre e con mia madre piuttosto che con me. Mi sentivo incapace. Ero anche arrabbiata con il mio compagno che trascorreva la maggior parte del tempo a lavoro. A chi soffre di depressione, non di una tristezza passeggera, io consiglio di non fare da soli perché alcune cose si possono curare col tempo, altre no. Rischiano invece di peggiorare e di durare per anni, rovinando la nostra vita e la nostra famiglia.”*

Nei primi giorni dopo il parto circa il 70-80% delle neo-mamme<sup>6</sup> sperimenta sintomi di malessere caratterizzati da **tristezza indefinibile, irritabilità, irrequietezza, facilità al pianto, ansia e insonnia**. Si tratta del **maternity blues**, una condizione legata al brusco calo estrogenico e al riadattamento psichico correlato al parto, che tende a risolversi 10-15 giorni dopo la nascita. In alcuni casi il maternity blues può essere il campanello di allarme per l'esordio di una depressione post-partum, pertanto è necessario monitorarne l'andamento.

La depressione post-partum è uno stato di malessere intenso e duraturo che colpisce circa il 10-15% delle donne<sup>7</sup> e inizia a strutturarsi 4-6 settimane dopo il parto e, se non trattato, può protrarsi a lungo, anche più di un anno dall'esordio, o





perdurare sotto tono in modo cronico. È caratterizzato dalla comparsa di sentimenti depressivi legati in modo specifico al proprio ruolo materno come:

- percezione di essere incapace di prendersi cura del bambino
- paura e insicurezza nella gestione del bambino
- percezione di isolamento dal contesto familiare
- perdita di piacere nel ruolo di madre
- limitato investimento emotivo nella relazione col bambino
- difficoltà a creare un legame con il bambino, prendersi cura di lui solo per dovere e non per piacere
- sentimento di indifferenza e mancanza di piacere nello stare in sua compagnia
- ridotta sensibilità ai segnali del bambino attraverso: comportamenti intrusivi e ostili (espressioni facciali forzate, azioni brusche) oppure comportamenti di ritiro e isolamento (tendenza a non toccare e ad avere scarso contatto fisico col bambino, ridotte espressioni facciali, rare vocalizzazioni, bassa espressione delle emozioni)
- pessimismo e assenza di speranza
- trascuratezza del proprio aspetto fisico e della cura di sé (per esempio non lavarsi o non indossare abiti puliti e in ordine)
- trascuratezza dell'aspetto e della cura del proprio bambino



- perdita del senso del tempo
- perdita del senso dell'umorismo
- preoccupazione costante che qualcosa non vada nel proprio bambino, a prescindere dalle rassicurazioni ricevute
- sentimenti di colpa e convinzione di essere indegna
- pensieri spaventosi ricorrenti, per esempio, paura di far del male al proprio bambino
- mancanza di speranza fino alla disperazione
- pensieri ricorrenti che non valga la pena vivere o, addirittura, pensieri di suicidio e autolesionismo

## 5.2 UNO SGUARDO OLTRE I SINTOMI

Conoscere i modi più tipici in cui la depressione post-partum si manifesta è importante per non sottovalutarne l'importanza e cercare un aiuto tempestivo. È bene sapere, tuttavia, che **gli stessi sintomi sottendono motivazioni diverse e specifiche** per ogni caso ed è proprio questa unicità che occorre cogliere. **Come soffre quella specifica famiglia?** Sì, famiglia, perché la depressione post-partum – anche se di frequente è espressa dalla donna – non è una questione solo materna. Del resto la genitorialità stessa è un desiderio dei partner che si realizza nel duale della coppia.



Ciò non significa sottostimare o annullare l'esperienza interiore della donna, ma cercare i significati della sofferenza **nell'incontro** tra questa e le dinamiche relazionali della coppia e della famiglia.

Abituarsi a questa visione complessa significa anche non rintracciare le cause del fenomeno depressivo in un mero squilibrio ormonale (serotoninergico o noradrenergico), ma nel considerarne l'intreccio con la parte psicologica. Quale peso hanno la **storia personale** dei partner, la qualità della loro **relazione di coppia** e l'**investimento sul bambino**?

Sappiamo che diventare genitori porta a riattualizzare il rapporto con i propri genitori. Nello specifico la donna è chiamata a rielaborare il rapporto con la propria madre, e talvolta si tratta di rapporti anche molto conflittuali. È evidente che la qualità delle esperienze pregresse giochi una parte significativa nell'assunzione del ruolo materno, ma è altrettanto importante mantenere il focus sul presente. **Non è tanto la madre avuta che determina la madre che si sarà, quanto piuttosto l'uso che è stato fatto delle esperienze con quella madre.**

Tra i fattori di rischio per l'insorgere di una depressione post-partum vi sono un passato familiare e/o personale di psicopatologia, e ansia e depressione in precedenti gravidanze. Anche in questo caso, una maggiore vulnerabilità va intesa più in un'ottica **probabilistica** che deterministica.



La maggior parte delle donne che manifesta sintomi depressivi prima del parto è a rischio di depressione nel post-partum. A volte è difficile segnare un confine netto tra le due condizioni tanto che è più corretto parlare di depressione perinatale.

Fanno parte della storia personale anche eventuali gravidanze pregresse e precedenti tentativi di concepimento. Da alcune ricerche è emerso come le gestanti con **esperienze di aborti** abbiano un minore attaccamento al feto.<sup>8</sup> Quanto posso lasciarmi andare e affezionarmi al mio bambino, sapendo che potrei perdere anche lui?

Le ricerche ci dicono, inoltre, che una **relazione soddisfacente con il padre** del bambino è correlata positivamente con l'attaccamento al feto.<sup>9</sup> In generale è emerso che le donne con una **relazione più stabile** hanno maggiori livelli di attaccamento rispetto alle donne sole.<sup>10</sup>

Giocano un ruolo anche fattori di personalità della madre e temperamento difficile del bambino come scarsa consolabilità e irritabilità.

Infine eventi negativi e stressanti accaduti durante la gravidanza e il parto (parto complicato, necessità di cure intensive alla nascita, nascita pretermine, malattie o complicanze mediche), scarso sostegno sociale (in termini di



informazioni e di aiuto pratico nelle mansioni quotidiane, di supporto emotivo, come il vedere riconosciute le proprie capacità di accudire il bambino) *possono* porsi come ulteriori fattori di rischio.

### 5.3 EFFETTI DELLA DEPRESSIONE POST-PARTUM

Identificare precocemente la depressione post-partum è fondamentale per attenuare i potenziali rischi sulla relazione di attaccamento tra madre e bambino, sulla salute materno infantile e sulla famiglia.



A fronte di madri che nonostante la depressione rimangono buoni partner interattivi, in molti casi queste donne possono fare fatica a cogliere in modo adeguato i segnali del bambino e a intervenire di conseguenza.



Il rischio più frequente è di assumere **condotte intrusive** che **sovrastimolano** il bambino oppure atteggiamenti più **distaccati e poco stimolanti**. Di fronte alla scarsa sintonizzazione materna, il bambino può rispondere esibendo comportamenti di ritiro, adottando strategie di autogratificazione orale, evitando il contatto visivo oppure con ansia, rabbia, pianto inconsolabile e irritazione.<sup>11</sup>

#### 5.4 DEPRESSIONE POST-PARTUM PATERNA

Sono molti gli studi che dimostrano che anche gli uomini sono a rischio di sviluppare disturbi affettivi nel post-partum. I dati in letteratura evidenziano che **da uno a due uomini su dieci**<sup>12</sup> possono essere a rischio di sviluppare un disturbo perinatale.





La vulnerabilità psichica paterna continua tuttavia ad essere **sottostimata** e spesso **non riconosciuta**, per una serie di ragioni.

Da un lato, gli operatori sanitari (tra cui ginecologi e pediatri) tendono a considerare la gravidanza e il parto come **eventi esclusivamente femminili**: lo dimostra il fatto che non sono previsti incontri con entrambi i genitori in nessuna fase del percorso di gravidanza e, talvolta, nemmeno nei corsi di accompagnamento alla nascita. Anche gli **stereotipi socio-culturali** rivendicano una lettura al femminile di questi eventi, basti pensare all'etichetta “mammo” riferita ai padri che assumono comportamenti e atteggiamenti di cura.

Dall'altro lato la sintomatologia depressiva paterna si presenta in modo **più lieve e meno definito** rispetto a quella femminile. Più spesso i campanelli d'allarme per un disturbo depressivo si possono rintracciare in vissuti di **tristezza e tensione** (sensazione di non avere abbastanza tempo da dedicare al bambino, deterioramento dello stile di vita e della relazione sessuale con la partner, senso ristretto di libertà, non sentirsi esperti della cura dei neonati) e molto più raramente in stati di **impotenza, disperazione e malinconia**.

In particolare, queste alterazioni depressive dell'umore possono presentarsi in associazione ad altri disturbi, mentre, in altri casi, sono proprio questi disturbi a mascherare una problematica depressiva:



- disturbi d'ansia (disturbo d'ansia generalizzato, attacchi di panico, fobie)
- disturbi di somatizzazione, sindromi mediche funzionali, preoccupazioni ipocondriache
- crisi di rabbia, condotte violente, attività fisica o sessuale compulsiva, relazioni extraconiugali, fughe
- abuso di sostanze (alcool, fumo, psicofarmaci, droghe)
- altri disturbi di dipendenza (come quelli da gioco d'azzardo o da internet)

Proteggere la salute mentale del padre significa prendersi cura parallelamente del benessere della madre e del bambino. Il padre infatti influenza lo sviluppo del bambino sin dalla gravidanza e lungo tutto il periodo perinatale: si tratta di un'influenza indiretta, mediata dalla relazione con la madre, dal momento che un padre supportivo, sia in termini pratici che emotivi, è tra i più importanti fattori di protezione della salute mentale materna.



## 6. ANSIA IN GRAVIDANZA

I disturbi d'ansia in gravidanza e nel post-partum hanno ricevuto minor attenzione rispetto alla depressione pur essendo altrettanto comuni. Una delle ragioni può essere la **difficoltà di discriminare un disturbo d'ansia franco da manifestazioni sia fisiche che psichiche proprie del periodo della gravidanza. Sintomi fisici** propri della gravidanza, ma anche di uno stato d'ansia in gravidanza sono: iperemesi, vomito, nausea, affaticamento, perdita di energia, disturbi del sonno e dell'alimentazione, fenomeni come “gambe senza riposo” o sensazione di gambe pesanti.

A livello **psichico**, le paure più comuni tra le gestanti riguardano:

- il proprio stato di salute e quello del feto
- la possibilità di perdere il bambino o dell'insorgere di complicazioni mediche durante la gravidanza e/o il parto
- la paura del parto
- il timore per il cambiamento del proprio



- corpo, ma anche per il cambiamento del rapporto col partner
- le preoccupazioni sulla propria competenza genitoriale
- le incertezze sul proprio futuro lavorativo o su tematiche economiche.

Tutte queste preoccupazioni sono piuttosto frequenti e interessano la maggior parte delle gestanti: possiamo intenderle infatti come modalità con cui le future mamme esplorano il territorio ancora sconosciuto della genitorialità, generando ipotesi che anticipano scenari futuri o possibili. Quando tuttavia queste apprensioni diventano particolarmente pervasive e interferiscono con il funzionamento quotidiano, allora meritano un'attenzione clinica.

Sperimentare stati di ansia e stress in gravidanza è del tutto naturale e non determina di per sé conseguenze significative. Una condizione di stress cronico invece *potrebbe* avere degli effetti negativi sulla salute del nascituro e sulla gravidanza stessa per via dell'eccessiva secrezione di cortisolo (ormone dello stress). Alti livelli di cortisolo materno in gravidanza predicono infatti un'alterata risposta allo stress nel neonato e possono influenzare la crescita e lo sviluppo del feto con potenziali rischi a lungo termine. Condizioni di stress/ansia intensi nelle neomamme *potrebbero* inoltre interferire nella relazione di attaccamento con il proprio bambino, rendendo per le mamme più complesso individuare i bisogni emotivi dei propri bambini e rispondervi in maniera adeguata.



## 7. DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO POST-PARTUM

---

Nel periodo intorno alla nascita di un bambino è molto comune che le madri sviluppino preoccupazioni sulle proprie capacità di accudimento e sulla salute del nascituro/neonato che, a loro volta, portano a comportamenti di verifica e di controllo sul neonato. Si tratta della cosiddetta “preoccupazione materna primaria”, una costellazione psichica formata da **paure naturali** e funzionali alla protezione del bambino, che fanno parte della rivoluzione psichica indotta dalla maternità.



Può capitare tuttavia che tali preoccupazioni si accentuino e



diventino pervasive al punto da generare forte ansia nella madre che, per esempio, teme di avvicinarsi alle **finestre aperte** (“e se lo buttassi giù?”), alle **scale** (“e se mi cadesse per sbaglio?”), agli **oggetti appuntiti** della cucina (“e se lo ferissi senza volerlo?”) o vive con angoscia il momento del **bagnetto** (“e se mi distraessi e annegasse?”) per il timore di essere assalita da un impulso incontrollabile e di commettere gravi danni.

Appartengono a queste apprensioni anche quelle di **contaminazione** (come esporre il neonato a germi o a virus che determinino una grave malattia, a sostanze chimiche o medicinali) e quelle legate a **scelte** che potrebbero avere esiti fatali (relative ai vaccini, agli alimenti, ai tipi di giocattoli).

È bene sottolineare che queste madri **non desiderano** fare del male al neonato, ma temono di **perdere improvvisamente il controllo**, di **impazzire** e di fare **errori irreversibili**. I sintomi descritti sono **pensieri ossessivi** che appartengono ai disturbi d'ansia e possono comparire anche in assenza di una patologia ossessiva o ansiosa pregressa.

Per arginare la perdita di controllo interiore indotta dalle ossessioni, talvolta si attuano dei **comportamenti compensatori o compulsioni** tesi a **controllare** l'ambiente esterno o comunque a **vanificare** il pensiero intrusivo, per esempio evitando di avvicinarsi alle finestre o alle scale ed eliminando ogni oggetto potenzialmente dannoso (detersivi,





coltelli, forchette, forbici). Le compulsioni possono esprimersi anche nella ricerca costante di **rassicurazione** sul fatto che il bambino stia bene, da parte dei familiari o attraverso ricerche online su forum e blog e, infine, nel **pensare e ripensare** fino a ruminare intorno alla sequenza delle proprie interazioni con il neonato. Comportamenti compulsivi consistono anche nel **continuo controllo** del neonato mentre dorme (vedere se respira ancora o se le coperte gli coprono il viso) e nel **lavaggio** continuo degli oggetti con cui entra in contatto (ciucci, biberon, giocattoli, vestitini, lenzuola, superfici su cui gioca o viene cambiato).

Molto spesso queste mamme **evitano** anche di **rimanere da sole** con il neonato o **delegano** completamente al partner o ai familiari il suo accudimento.



In altri casi le ossessioni possono esacerbare in depressioni reattive al sovraccarico emotivo.



Le mamme che si accorgono di nutrire una **forte ansia e sofferenza** per queste idee fisse e ricorrenti, benché razionalmente le vivano come assurde e fuori dalla loro intenzionalità, e **temono di perdere il controllo** e di compiere atti impulsivi, dovrebbero rivolgersi a uno specialista. Il disturbo ossessivo compulsivo post-partum non trattato può infatti avere implicazioni negative sul legame di attaccamento, sullo sviluppo infantile e sulla cogenitorialità.



## 8. TOCOFOBIA (PAURA DEL PARTO)

---

La tocofobia è un'ansia molto intensa relativa all'evento del parto, che si differenzia per persistenza e intensità dalla fisiologica paura che accomuna la maggior parte delle donne, specie negli ultimi mesi di gravidanza. Si tratta infatti di una **vera e propria fobia** caratterizzata dal **terrore di morire o di non essere in grado di sostenere un dolore immaginato come troppo grande e lacerante, e di conseguenze sconvolgenti per la donna e il bambino in seguito al parto.**

Si distingue in:

**Primaria:** paura del parto nelle nullipare (donne che non hanno mai partorito). È proprio l'attesa di un dolore sconosciuto e di cui non si è mai fatta esperienza che preoccupa le gestanti oltre ogni misura. Può accadere che questa paura risalga all'adolescenza – caratterizzata da un uso particolarmente scrupoloso dei contraccettivi.

**Secondaria:** paura del parto in donne che hanno avuto un parto traumatico in precedenza (per esempio parto distocico, complicanze fetali, importanti lacerazioni perineali, timore di morire o che il proprio bambino fosse morto durante il parto, rifiuto di poter scegliere come partorire) o a un altro evento traumatico.

La tocofobia può presentarsi dopo precedenti esami



ginecologici traumatici o a seguito di una storia di abuso sessuale. Si manifesta spesso nel contesto di un disturbo depressivo o di un disturbo post-traumatico da stress.

La mancanza di una diagnosi precoce porta spesso le donne che soffrono di tocofobia a mettere in campo **strategie di evitamento**, come decidere di **non avere o di non avere più figli** pur di evitare il momento del parto, alla richiesta di un **parto cesareo**, fino al rifiuto o all'**interruzione volontaria di gravidanza** per un bambino molto desiderato.

Al contrario, l'importanza della **diagnosi tempestiva** e del **lavoro multidisciplinare** è decisiva: l'identificazione della fobia sin dal primo trimestre di gravidanza, da parte del medico di famiglia o del ginecologo, consente di affrontare la paura del parto con un percorso mirato di psicoterapia.



## 9. PREMATURITÀ

---

*“E qui siamo al paradosso, al grande paradosso di questa esperienza: è tutto troppo presto, ma devi aspettare continuamente, vivi nella sala d’attesa.”<sup>14</sup>*

*“É ancestrale, genetico, cutaneo e, al contempo, intestino, ma è così: si sente in colpa. Una madre lo vive, un padre lo pensa e si rammarica. (..) Mi penso un po’ incapace per non essere riuscito a creare un figlio normale. Per una madre è diverso. Lei lo sente di aver sbagliato, lo sa. La sua dedizione nel rimanere immobile per tre settimane, la perseveranza a mantenere quella posizione orizzontale per non gravare sui quattordici millimetri del collo dell’utero, il suo rendersi incubatrice a disposizione dell’altro e quegli occhi che avevano nella tristezza il germe della colpa”<sup>15</sup>*

### 9.1 L’IMPATTO DELLA NASCITA PREMATURA SULLA GENITORIALITÀ

Si parla di prematurità quando il parto avviene prima della 37° settimana gestazionale. Esistono vari livelli di prematurità:

*Estremamente pretermine* meno di 28 settimane

*Molto pretermine* dalla 28° alla 31° settimana + 6 giorni

*Moderatamente pretermine* dalla 32° alla 33° settimana + 6 giorni

*Quasi a termine* dalla 34° alla 36° settimana + 6 giorni



I genitori di nati pretermine fanno la conoscenza del loro bambino nell'ambito di una serie di esperienze di **sensorialità negata**.

**Vista:** Soprattutto nei casi di prematurità estrema, il basso peso alla nascita, l'aspetto tumefatto, l'insieme di cannule, elettrodi e sensori dei macchinari, la cute sottile e il ridotto tono muscolare caratterizzano l'aspetto e il comportamento di questi bambini in modo molto diverso da un neonato a termine sano.



**Tatto:** nel primo periodo dopo la nascita, i genitori possono toccare i loro figli solo con determinate accortezze, per



esempio, sostituendo alle carezze il tocco statico che trasmette calore e contenimento senza sollecitazioni. I bambini prematuri, infatti, non distinguono uno stimolo doloroso da un contatto affettuoso per via dell'im maturità fisiologica dei meccanismi di inibizione del dolore e per l'estrema delicatezza e sensibilità della loro pelle.

Su questa linea, di frequente le madri nutrono il rimpianto di non aver portato la pancia fino alla fine dei 9 mesi, di non aver potuto vivere fino in fondo l'esperienza dei movimenti fetali, spontanei o indotti dalle carezze sul pancione. Non ultimo, la privazione e l'alterazione del contatto tra madre e bambino, indotti dal parto pretermine e dal ricovero nel post-parto, ostacolano quella serie di risposte ormonali che sollecitano la produzione di latte, andando così a compromettere la possibilità di godere dell'intimità, fisica e affettiva, dell'allattamento.

**Olfatto:** nel contesto di un reparto sterile, come una TIN (terapia intensiva neonatale), l'odore dei disinfettanti è predominante e sostituisce e si confonde con l'odore del proprio bambino.

Se i dati sensoriali del conoscersi mancano o sono compromessi, allora anche **la genitorialità rimane sospesa: sono diventato genitore, ma in pratica non lo sono ancora del tutto.** Per i genitori di nati prematuri, appropriarsi





del proprio ruolo di caregiver non è sempre semplice. La maggior parte dei genitori, infatti, è in grado di leggere in maniera sensibile i segnali dei propri bambini rispondendovi in maniera naturale e istintiva con la vicinanza, il tocco, il nutrimento, la voce. I bambini ricoverati in TIN, invece, vengono spesso separati dai loro genitori che, a loro volta, hanno **meno opportunità** di imparare a conoscere il loro comportamento e di rispondervi in maniera appropriata. Spesso questa privazione può restituire ai genitori la sensazione che loro figlio non gli “appartenga” davvero.<sup>16</sup>

Diversi studi dimostrano, inoltre, che l'esperienza della TIN può essere difficile da digerire per un genitore che, a distanza di mesi dalle dimissioni, ha un maggior rischio di andare incontro a **disturbi emozionali** e perfino di sviluppare **una sintomatologia post traumatica da stress**.

Per chi diventa genitore in condizioni così complesse, dunque, è **davvero importante**:

- essere facilitato a stabilire dei **contatti intimi precoci** con il proprio bambino al fine di promuovere un sentimento di **appartenenza** e un **legame affettivo** col neonato sin dal ricovero in TIN.
- ricevere un **supporto educativo e informativo** in relazione alla cura dei propri bambini (per le vulnerabilità fisiche che possono associarsi alla prematurità).



- essere **coinvolto nella cura del neonato** durante la degenza in reparto (nella nutrizione, nelle pratiche di igiene, nel contatto pelle a pelle...), ma anche attraverso la possibilità di prendere parte alle discussioni mediche e ai processi decisionali riguardanti il proprio bambino. È importante sostenere anche il **coinvolgimento di eventuali fratelli o sorelle** per ridurre l'ansia e migliorare l'attaccamento della fratria. La totale integrazione delle famiglie nel team neonatale è utile per sviluppare in loro delle competenze pratiche fondamentali e, per mezzo di esse, per abbassare i livelli di impotenza e frustrazione, migliorare la qualità della loro interazione e la prognosi del bambino.
- ricevere un sostegno psicologico professionale e sostegno tra pari (come nel caso di associazioni di genitori). È noto come soprattutto le madri sviluppino più di frequente **sentimenti di colpa** come se la nascita pretermine fosse una loro responsabilità. Questo vissuto di colpa può essere elaborato, anche attraverso il confronto con le esperienze analoghe di altri genitori, per non ostacolare l'accudimento del proprio bambino.



## 9.2 LA FUNZIONE NEUROPROTETTIVA DEL TOCCO

Il contatto pelle a pelle favorisce la fisiologia del neonato, il passaggio alla vita extra-uterina e la stabilizzazione clinica. Per fare un esempio, oltre a favorire un attaccamento sicuro con i caregiver, la vicinanza fisica con un genitore migliora il ritmo del sonno e, quindi, la maturazione cerebrale durante il sonno.<sup>17</sup> Al contrario, la separazione del bambino dalla propria madre rischia di sottoporlo a uno stress prolungato e persistente che, riducendo i livelli di serotonina, può provocare delle alterazioni nel suo sviluppo neurologico.



Si pensi che studi<sup>18</sup> sul sistema somatosensoriale hanno rivelato l'esistenza di un gruppo di fibre lente e sottili, dette di tipo C, capaci di **identificare il tocco delicato** e di reagire agli stimoli che hanno una funzione gratificante e piacevole. Sin dalla nascita il bambino riesce quindi a **discriminare** l'autocontatto o un contatto non affettuoso da un contatto fisico delicato, come una coccola e una carezza sulla base di alcuni indici come la temperatura, la pressione e la velocità del tocco. Queste informazioni vengono intercettate da tali fibre nervose sensoriali e inviate alle strutture cerebrali deputate alla gestione delle **emozioni** e **dell'affettività**. Questi risultati forniscono le prove tangibili di come il **contatto migliori la maturazione e la connettività cerebrale** soprattutto nelle aree coinvolte nella modulazione delle emozioni.



Ancora, la pratica della **marsupio terapia**, in cui il neonato svestito e il genitore a petto nudo sperimentano un contatto pelle a pelle continuo e prolungato, ha una serie di effetti positivi sia sulla loro relazione che sul bambino stesso. In particolare è stata dimostrata la sua efficacia nel **facilitare l'allattamento al seno**, permettendo al piccolo di esplorare il corpo della madre con la bocca e stimolando la secrezione di ossitocina e prolattina che aumentano la produzione di latte, nel favorire la **dimissione precoce** dal reparto, nell'aumentare la capacità di **termoregolazione**, nel prolungare il **sonno**, nel migliorare i parametri **respiratori** e nello stabilizzare la funzione **cardiaca**. Molti genitori, infine, descrivono l'esperienza della marsupio terapia come una “seconda nascita”, sia del bambino, sia di loro stessi come madri e come padri, dal momento che possono finalmente tenere in braccio loro figlio, ripristinando un nuovo senso di corporeità.





## 10. INFERTILITÀ E PMA

---

*“Mia mamma mi ha insegnato che ci sono due cose che non vanno mai chieste: “Quanti anni hai?” e “quanto guadagni?”. A mia figlia spiegherò che c’è una terza cosa che non si deve domandare: “A quando un bambino?”. Perché quel punto di domanda, spesso, rischia di trasformarsi in una sciabola che trafigge il costato – anzi, l’utero – di chi dovrebbe rispondere. Perché dietro a quel banale interrogativo buttato lì per fare due chiacchiere da corridoio ci possono essere anni di dolore, di tentativi andati a vuoto, di speranze che naufragano ogni 28 giorni.”*

*“Lei sente che non dovrebbe piangere, che ci riuscirà quando smetterà di pensarci. Sente che dovrebbe ritenersi felice, che molte coppie non possono averne neanche uno. Si sente colpevole. Sì, colpevole! Ha l’impressione di essere una caparriosa per ostinarsi in tal modo ad avere il secondo figlio. Allargare la famiglia. L’infertilità è secondaria, ma non la sofferenza.”*

### 10.1 RICEVERE UNA DIAGNOSI DI INFERTILITÀ

L’infertilità è sempre un **problema di coppia** perché quella che va considerata è la potenziale fertilità dell’unione tra quell’uomo e quella donna, che è qualcosa di diverso dalla fertilità dei singoli individui che compongono la coppia. Anche nei casi, meno frequenti, di sterilità assoluta che possono sussistere in uno dei partner, si tratta di una ferita della coppia, perché **sono quei due partner e non altri, e non con altri, che desiderano avere un figlio.**



Il potenziale di fertilità è un indice che si applica alla coppia e che non include solo aspetti biologici, ma anche psicologici intrapsichici e relazionali come il desiderio di diventare genitori e co-genitori e quindi di investire risorse mentali e materiali in questo progetto di vita.

Per le coppie che desiderano avere figli, fare i conti con una diagnosi di infertilità può rappresentare un **lutto**, dal momento che si impone la necessità di rinunciare al proprio desiderio di **avere un figlio in modo naturale**. Spesso questa diagnosi è accolta in prima battuta dalla coppia con **incredulità**, con un senso di **irrealità** e di **non accettazione**, con **impotenza** e **frustrazione**, e con un senso di **inadeguatezza** e di **abbandono**.

La difficoltà ad accedere a un'elaborazione psicologica della propria condizione di infertilità può amplificarsi nei casi di **infertilità idiopatica**, in cui non sussistono impedimenti fisici al concepimento e le cause rimangono inspiegate. Tanti sono i punti interrogativi sospesi anche per le coppie con diagnosi di **infertilità secondaria**, ovvero quelle coppie che non riescono a concepire un secondo o terzo figlio, dopo una precedente gravidanza: “Perché se prima ha funzionato adesso non funziona?”. In queste situazioni definite “secondarie”, il dolore e la problematicità sono aspetti tutt'altro che secondari. La coppia può sentire di non avere il diritto di lamentarsi perché ha già un figlio, e può provare **vergogna** o





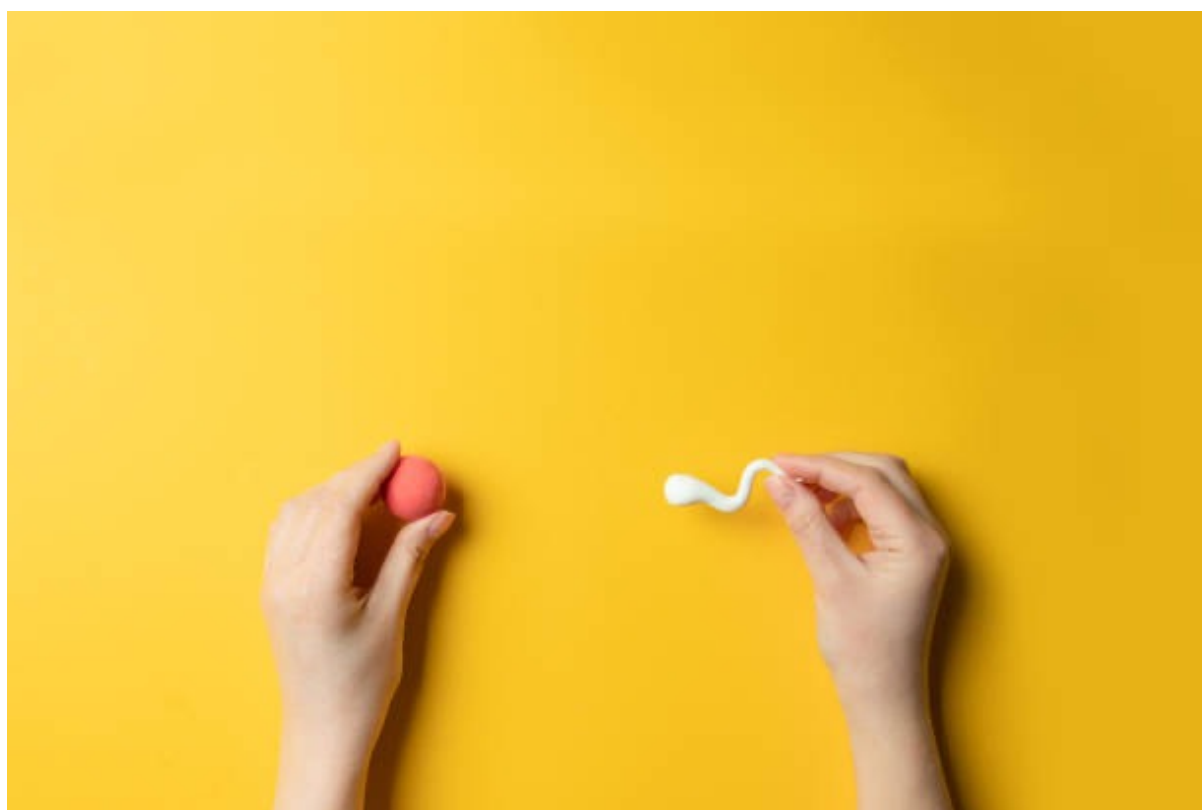
**colpa** per il desiderio di allargare la famiglia, tanto che può essere **difficile parlare** di come ci si sente **agli altri**. Altrettanto complicato può essere il ricorrere alla procreazione assistita **accettando di non farcela da soli**.

In queste circostanze la coppia è messa a dura prova e vi possono essere ricadute su più piani. La **sessualità**, per esempio, in molti casi perde l'aspetto del piacere e diventa principalmente orientata alla procreazione: possono subentrare disfunzioni orgasmiche, perdita del desiderio e un'alterata immagine del proprio corpo. Anche la **sfera sociale** può risentirne, per esempio, può capitare che la coppia eviti gli amici che hanno figli perché frequentarli aumenta la loro sofferenza e frustrazione. Nello stesso tempo questo evitamento può andare a detrimento della socialità della coppia e aumentare la **tristezza**, **l'isolamento** e la **solitudine** per sentirsi diversi.



Ciascun partner avrà una modalità personale di reagire a questa difficoltà e di esprimere le proprie emozioni, in base alle proprie caratteristiche di personalità, alla propria storia e al ruolo assunto nella relazione di coppia: diventa particolarmente importante mantenere una comunicazione quanto più possibile aperta al confronto con l'altro per non alimentare distanze emotive che indeboliscono il legame. Al contrario, un forte legame di coppia e un buon supporto sociale possono mitigare i rischi e le problematicità.

## 10.2 INIZIARE UN PERCORSO DI PMA



In molti casi, affidarsi alla medicina per intraprendere un percorso di procreazione assistita è una scelta piuttosto



difficile e densa di implicazioni. La coppia che sceglie un percorso di PMA, se da un lato ha preso in mano il proprio desiderio di avere un figlio togliendosi dall'impotenza, dall'altro lato deve fare i conti con la possibilità che questa strada possa anche non andare a segno. In Italia circa il 40% delle coppie che si rivolge alla PMA abbandona dopo un solo tentativo fallito.<sup>19</sup>

**Un adeguato sostegno psicologico può supportare la coppia lungo il percorso di fecondazione assistita aumentando le competenze sociali ed emotive utili ad affrontare le varie fasi del trattamento.** Elaborare insieme la delusione e il dolore legato a un insuccesso, trovare uno spazio che possa contenere i dubbi, la sfiducia e la paura insite in tale percorso, può in molti casi aiutare la coppia a **ricollocarsi nella progettualità terapeutica aumentando la probabilità di una gravidanza.**

### 10.3 GRAVIDANZA NELL'AMBITO DELLA PMA

Per le coppie con infertilità la conquista di una condizione di gravidanza arriva spesso dopo enormi sforzi e investimenti in termini emotivi, economici e di tempo. Il fatto che diverse coppie, una **volta ottenuta la gravidanza, non si sentano felici ed entusiaste** come si immaginavano o come pensano di doversi sentire, può generare **sensi di colpa e di vergogna**, ma anche profonda **confusione e disorientamento**. Di fronte



alla realizzazione di un desiderio atteso così a lungo e così intensamente, l'altra faccia della moneta consiste in una speculare e altrettanto intensa **paura** che qualcosa nel percorso gestativo possa andare storto. Può subentrare un'ansia persistente che supera quella di una gravidanza naturale e che si esprime in preoccupazioni sul rischio di abortire (soprattutto se vi sono esperienze pregresse di interruzione di gravidanza), di complicazioni mediche, di nascite anticipate, di generare figli non sani. Per alcune donne sviluppare un **attaccamento al feto** è particolarmente complesso, spesso come esito di una paura anticipatoria di eventi negativi nel corso della gravidanza. La logica inconscia è del tipo “se non mi affeziono non soffrirò in caso qualcosa non andasse secondo le mie aspettative.” Con la **fecondazione eterologa**, inoltre, la coppia potrebbe nutrire il timore di non riuscire a costruire un legame affettivo col nascituro non essendoci una condivisione del patrimonio genetico. Anche la presenza del terzo nella coppia, rappresentato dal donatore o dalla donatrice, benché anonima, potrebbe generare delle fantasie di intrusione di cui è importante prendersi cura prima del concepimento stesso.

Un po' come in un trapianto, se da un lato l'operazione ripristina il funzionamento anatomico e fisiologico dell'organismo in modo rapido, dall'altro lato è necessario del tempo per l'integrazione del nuovo arto o organo a livello di identità corporea, per sentirlo proprio.<sup>20</sup>

I genitori che hanno fatto ricorso alla donazione di gameti o



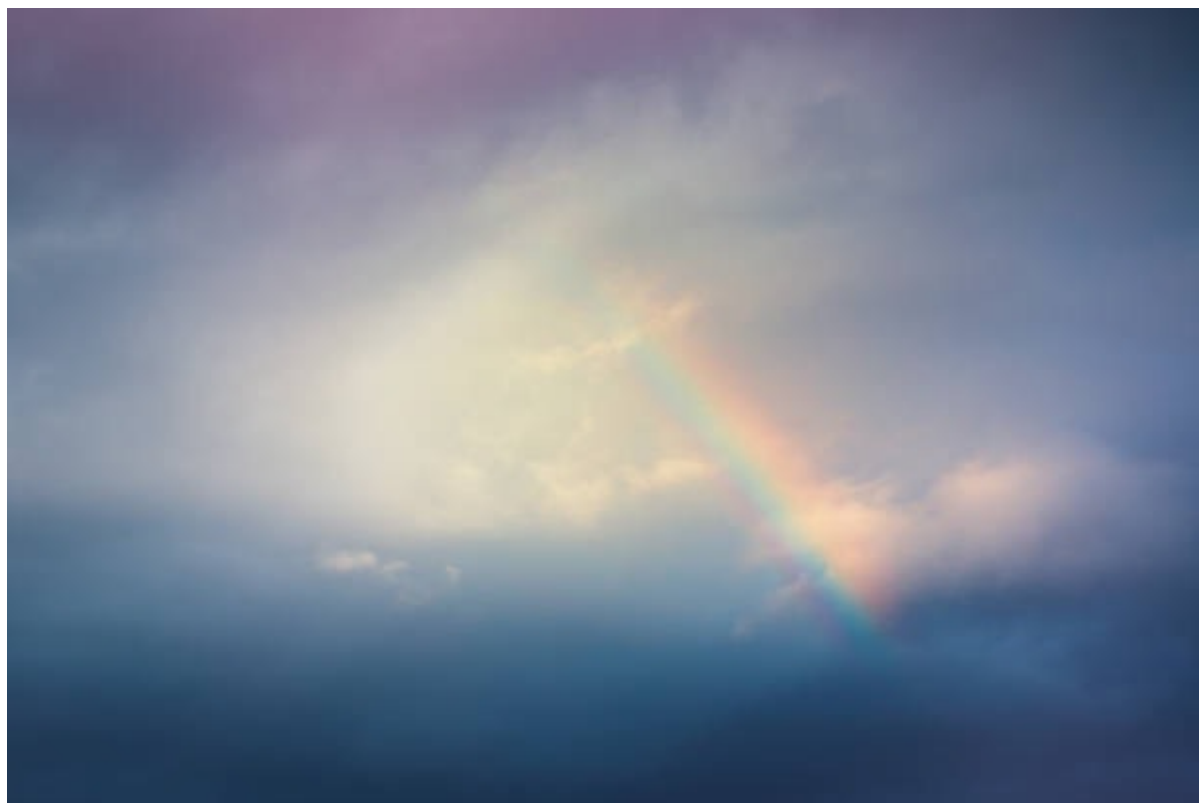
che hanno intrapreso una fecondazione omologa, al di là delle diverse implicazioni sottese ai due percorsi, dovrebbero essere sostenuti e **informati sin dall'inizio** sui vissuti con cui molto probabilmente si confronteranno, per prevenire eventuali sentimenti di inadeguatezza che possano minare il loro sentirsi genitori a tutti gli effetti.



## 11. UNA GRAVIDANZA DOPO UN LUTTO PERINATALE

---

Una gravidanza che arriva dopo un lutto perinatale è definita **“gravidanza arcobaleno”** proprio perché, come un fascio di colori dopo un temporale, illumina il buio lasciato dalla perdita.



Un lutto perinatale è la perdita del proprio bambino durante la gravidanza, durante il parto o dopo il parto. Diversi tipi di eventi portano alla perdita perinatale: aborto spontaneo, morte in utero, interruzione volontaria o terapeutica di gravidanza, grave prematurità, bambini con patologie incompatibili con la vita, morte intraparto o postnatale.



Affrontare una gravidanza dopo un lutto perinatale non può tuttavia prescindere dall'elaborazione dei vissuti legati al bambino che non c'è più. **L'arrivo di una nuova gravidanza, infatti, non esaurisce le emozioni e i ricordi della perdita precedente, ma al contrario tende ad amplificarli.**<sup>21</sup>

In linea generale l'OMS suggerisce di aspettare **sei mesi** per le perdite perinatali della prima metà della gravidanza e **un anno** per le perdite del terzo trimestre o dopo il parto. Non esistono, tuttavia, indicazioni che si addicono a ogni situazione specifica: i partner dovrebbero valutare un tempo, sia individuale che di coppia, per il recupero delle risorse psichiche, e un tempo per il recupero fisico dopo una gravidanza e un parto. Parallelamente è importante fare accertamenti sulle cause, soprattutto nei casi di lutti ripetuti, al fine di individuare eventuali fattori di rischio o patologie.

Può succedere che la profonda ferita inferta al **desiderio personale e di coppia di diventare genitore**, il **dolore legato alla perdita** del proprio bambino, la **paura di non poter più avere figli** (soprattutto se gli aborti sono ripetuti o nei casi in cui non vi siano precedenti esperienze positive di maternità), il **desiderio di un risarcimento per l'ingiustizia patita**, la percezione di uno **scarso riconoscimento** da parte di familiari, amici e staff medico della perdita subita che spesso viene sottaciuta o minimizzata, portino la coppia a spingere il piede sull'acceleratore per ripristinare al più presto





una condizione di gravidanza. Se il bambino arriva troppo presto, i genitori potrebbero però trovarsi con le mani piene, impreparati a gestire una gravidanza, un parto e un puerperio mentre stanno ancora elaborando il dolore per il bambino che non c'è più, sperimentando così un aumento di sentimenti di afflizione e scoramento.

Per questi motivi, solo quando la coppia è riuscita a recuperare le proprie risorse psicofisiche e si sente disposta a rimettersi in una traiettoria di progettualità, dovrebbe pensare a una nuova gravidanza o a iniziare un nuovo ciclo di fecondazione assistita.



È importante essere consapevoli che **una nuova gravidanza, anche se tanto desiderata, potrebbe essere accolta con ambivalenza**: sentirsi **felici** per la nuova esperienza può d'altro canto scoprire sentimenti di **colpa, vergogna e disperazione** per il bambino precedente.<sup>22</sup> Questo contrasto può diventare stridente soprattutto nelle prime settimane dopo il parto, quando le consuetudini di cura e i primi scambi affettivi col nuovo nato possono accentuare la nostalgia e il dolore per il bambino che non c'è più.

La coppia dovrebbe quindi sentirsi ben supportata, per esempio partecipando a gruppi di sostegno fra genitori o intraprendendo un percorso psicologico, per riuscire a dare voce al proprio dolore, a trasformarlo in parole e a sciogliere i tabù in cui spesso si congelano non detti dolorosi. Per esempio, un genitore intimamente convinto che **amare il nascituro o il neonato equivalga a dimenticare, a sminuire o a sostituire l'affetto per il bambino che non c'è più**, potrebbe vivere con **distacco** la nuova gravidanza. La possibilità di condividere una convinzione così dolorosa e proprio per questo così poco dicibile agli altri (e talvolta anche a se stessi), potrebbe aiutare il genitore a normalizzare i suoi sentimenti e a ridimensionare le sue convinzioni con l'idea che **l'amore per i figli non si divide, ma si moltiplica**. Un genitore sostenuto e accolto potrebbe a quel punto sentirsi legittimato a creare per il nascituro uno spazio esteriore (allestendo una cameretta e comprando vestitini e accessori),

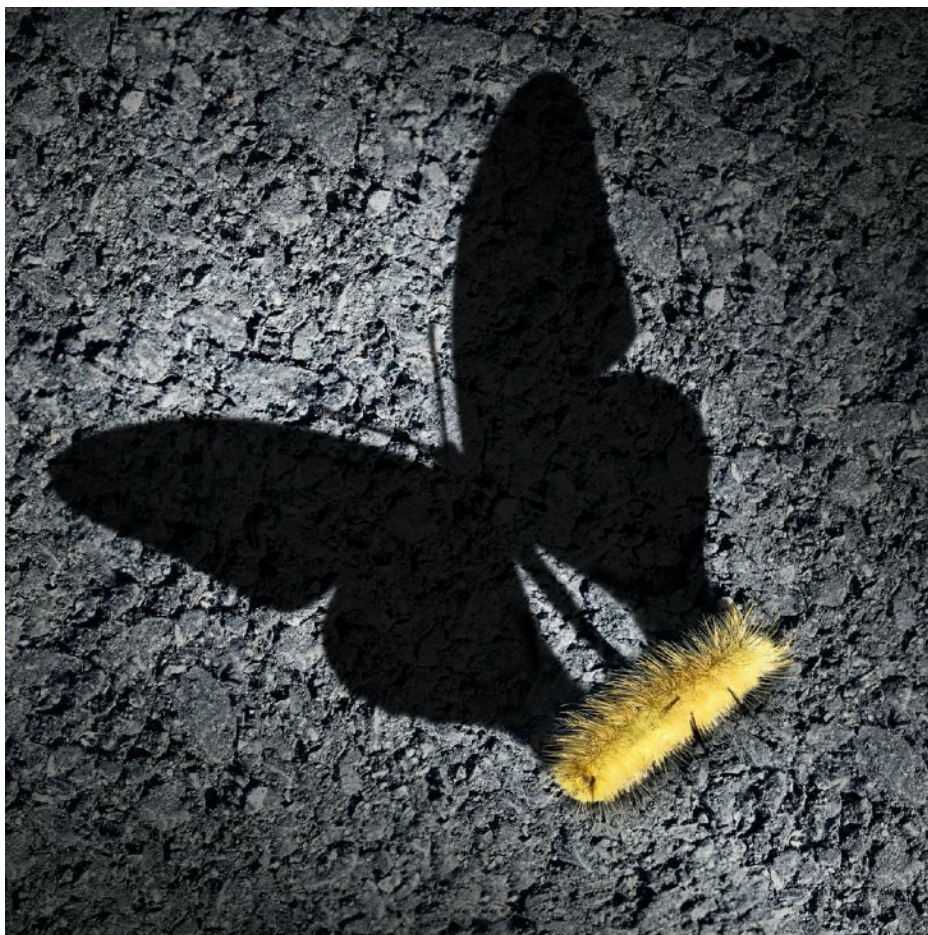


ma soprattutto uno spazio interiore (scegliendo il suo nome e fantasticando sul futuro insieme). Spazio di cui il nuovo nato ha diritto e bisogno.

Nello stesso modo, un adeguato sostegno emotivo potrebbe aiutare quelle madri che, afflitte da precedenti aborti o da ripetuti insuccessi nei cicli di fecondazione assistita, affrontano una **nuova gravidanza con stati d'ansia molto intensi e iperprotettività**. Per queste donne, la paura che il proprio corpo possa tradirle di nuovo e far loro rivivere l'esperienza della perdita, può assumere i contorni di un'ossessione che le spinge a vivere i nove mesi di gravidanza in apnea. Di frequente possono subentrare forti preoccupazioni sullo stato di salute del nascituro, sul momento del parto e pensieri sproporzionati circa la gravità di sintomi o di semplici condizioni fisiologiche. In questa situazione ogni analisi, ogni ecografia, ogni visita medica diventa una prova estenuante che condiziona il decorso psicologico della gravidanza e del post-partum. Affidarsi a centri specializzati per le gravidanze a rischio potrebbe servire come contenitore emotivo per affrontare più serenamente la nuova gravidanza.<sup>23</sup> Di più, poter contare sul sostegno del partner, su un gruppo di genitori con cui confrontarsi e/o su un percorso mirato di psicoterapia può contribuire a una ristrutturazione psichica che accanto alla paura (legittima e comprensibile) sappia accogliere anche una altrettanto legittima **speranza nel futuro**.



**È importante sapere che il nascituro o il neonato non toglie l'attenzione o l'affetto per il bambino perduto, ma talvolta è vero il contrario.<sup>24</sup> Costruire un legame con il nascituro e occuparsi del nuovo nato come merita non significa sostituire il bambino mai nato o sottrargli l'affetto e il ricordo che lo legherà per sempre ai suoi genitori. Costruire un rapporto col nascituro significa anche avere a disposizione abbastanza energie – fisiche e mentali – per sfidare **la paura di poter rivivere l'esperienza della perdita, accogliendola senza negarla**, ma al contempo mantenendo viva **la speranza di una nuova nascita**.**





## BIBLIOGRAFIA

---

1. Hoekzema E. et al (2017), *Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure*, in «Nature Neuroscience», Vol.20, n.2
2. Bakermans-Kranenburg M.J., Lotz A., et al (2019), *Birth of a Father: Fathering in the First 1,000 Days*, in «Child Development Perspectives», Vol.13, n.4
3. Apter G., Espasa F.P. (2012), *Parentalité coupable ou hypercoupable? Telle est la question!*, in «Enfances & Psy», Vol.4, n.57
4. Baldoni F., *I disturbi affettivi perinatali nei padri*, in P. Grossu, A. Bramante (2016), *Manuale di Psicopatologia Perinatale*, Erickson, Milano
5. Florita M., Bettiga R. et al. (2020), *Cura e Benessere nell'esperienza perinatale, a cura di Ordine degli Psicologi della Lombardia*
6. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
7. [www.issalute.it](http://www.issalute.it)
8. Armstrong D., Hulti M. (1998), *Pregnancy after Perinatal Loss: the Relationship between Anxiety and Prenatal Attachment* in «Journal of obstetric, gynaecologic and neonatal nursing», 27
9. Bloom K.C. (1997), *Perceived Relationship with the Father of the Baby and Maternal Attachment in Adolescents* in «Journal of obstetric, gynaecologic and neonatal nursing», 27
10. Wayland J., Tate S. (1993), *Maternal-fetal Attachment and Perceived Relationships with Important Other in Adolescents* in «Issues in Perinatal Care», 20
11. Merisio A. (2017), *Depressione post-partum. Una questione di famiglia*, Alpes, Roma
12. Florita M., Bettiga R. et al. (2020), ibidem
13. Baldoni F., ibidem
14. Florita M. (2016), *Come respira una piuma*, Ensemble, Roma pg.12
15. Florita M. (2016), ibidem, pg.58
16. <https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2020/11/Final-8.7-Infant-Family-CDC-Parental-involvement-ITA.pdf>
17. <https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2020/11/Final-8.10-Family-Infant-CDC-Very-early-and-continuous-skin-to-skin-contact-ITA.pdf>
18. McGlone F., Wessber J., Olausson H. (2014), *Discriminative and Affective Touch: Sensing and Feeling* in «Neuron», Vol.82, n.21
19. Florita M., Bettiga R. et al. (2020), ibidem
20. Merisio A. (2021), *Cicogne tecnologiche: genitori e figli nati dalla scienza!* in «Ricerca Psicoanalitica» vol.32, n.1
21. Ravaldi C. et al (2021), *Ri-nascita: le gravidanze successive ad un lutto perinatale* in [www.ciaolapo.it](http://www.ciaolapo.it)
22. Ravaldi C. et al (2021), ibidem
23. Ravaldi C. (2008), *Il lutto in gravidanza*, in «Toscana Medica» Anno XXVI, n.8
24. Ravaldi C. et al (2021), ibidem