

**Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo**



GRAVIDANZA E CONTESTI PSICOPATOLOGICI

Dalla teoria
agli strumenti di intervento

a cura di Pier Luigi Righetti

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page
al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

**Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo**

GRAVIDANZA E CONTESTI PSICOPATOLOGICI

Dalla teoria
agli strumenti di intervento

a cura di Pier Luigi Righetti

Prefazione di Romano Forleo

Contributi di: Pier Luigi Righetti, Francesca Agostini,
Antonio Azzena, Andrea Baffoni, Alberto Casadei,
Dario Casadei, Elena Di Bernardo, Luciana Fancello,
Francesca Girlanda, Alessandra Graziottin,
Tiziano Maggino, Cristina Maggioni, Fiorella Monti,
Fabio Panizzo, Marta Panzeri, Alessandra Pernici,
Claudia Ravaldi, Cesare Romagnolo, Alfredo Vannacci,
Graziella Fava Vizziello, Margherita Spagnuolo Lobb

FrancoAngeli

Progetto grafico della copertina: Elena Pellegrini

L'immagine di prima di copertina è di Luca Fattore,
che si ringrazia per la gentile concessione

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni qui sotto previste. All'Utente è concessa una licenza d'uso dell'opera secondo quanto così specificato:

1. L'Utente è autorizzato a memorizzare l'opera sul proprio pc o altro supporto sempre di propria pertinenza attraverso l'operazione di download. Non è consentito conservare alcuna copia dell'opera (o parti di essa) su network dove potrebbe essere utilizzata da più computer contemporaneamente;
2. L'Utente è autorizzato a fare uso esclusivamente a scopo personale (di studio e di ricerca) e non commerciale di detta copia digitale dell'opera. Non è autorizzato ad effettuare stampe dell'opera (o di parti di essa).
Sono esclusi utilizzi direttamente o indirettamente commerciali dell'opera (o di parti di essa);
3. L'Utente non è autorizzato a trasmettere a terzi (con qualsiasi mezzo incluso fax ed e-mail) la riproduzione digitale o cartacea dell'opera (o parte di essa);
4. è vietata la modificazione, la traduzione, l'adattamento totale o parziale dell'opera e/o il loro utilizzo per l'inclusione in miscelanee, raccolte, o comunque opere derivate.

A Dario... ti ricordo nella frase
“La Saggezza è la Scienza di ciascuno”
(Platone, *Carmide*)

Indice

Prefazione. Narrare la nascita fra <i>bios</i> e <i>psiche</i>, di Romano Forleo	pag.	11
Introduzione. Dal contesto teorico alla pratica clinica..., di Pier Luigi Righetti	»	15
1. Parto e sindrome post traumatica da stress: correlazioni e interventi possibili, di Cristina Maggioni	»	21
La sindrome da stress post traumatico	»	21
Storia del concetto di PTSD	»	22
Definizione di PTSD	»	23
Il dibattito intorno al concetto	»	25
Basi neurofisiologiche	»	26
Diagnosi differenziali	»	27
Interesse in campo ostetrico	»	28
Fattori di rischio pre-parto	»	31
Fattori di rischio intra-parto	»	32
Fattori di rischio di personalità	»	33
Indicazioni per la prassi	»	37
Conclusioni	»	38
Riferimenti bibliografici	»	38
2. Ansia e gravidanza: il protocollo integrato medico-psicologico in ostetricia, di Dario Casadei, Alberto Casadei, Pier Luigi Righetti	»	42
Per una definizione dell'ansia	»	43
Ansia e gravidanza	»	48
Influenza dell'ansia sull'andamento del travaglio e del parto	»	49
Influenza sul dolore	»	49
Complicanze ostetriche	»	50

Complicanze per il feto e per il neonato	pag.	50
Ansia e depressione post-partum	»	51
Strumenti per la prassi: il protocollo integrato medico-psicologico in ostetricia	»	53
Conclusioni	»	57
Riferimenti bibliografici	»	57
3. Sessualità in gravidanza: tra consulenza e intervento, di Marta Panzeri	»	60
Introduzione	»	61
Il modello psico-bio-medico	»	63
Indicazioni per la prassi I: consulenza sessuale in gravidanza	»	64
Indicazioni per la prassi II: la terapia sessuale in gravidanza	»	68
Conclusioni	»	72
Riferimenti bibliografici	»	72
4. Forme di sostegno e intervento psicologico per la depressione perinatale, di Fiorella Monti, Francesca Agostini	»	74
Il complesso percorso della maternità interiore	»	74
La depressione perinatale	»	76
Individuare la depressione perinatale	»	77
Il trattamento della depressione perinatale	»	81
Strumenti per la prassi: un protocollo di prevenzione e intervento	»	85
Conclusioni	»	87
Riferimenti bibliografici	»	88
5. Diagnosi prenatale e attaccamento materno e paterno, di Pier Luigi Righetti, Elena Di Bernardo, Andrea Baffoni, Antonio Azzena, Tiziano Maggino	»	92
Definizioni, metodi e stato delle conoscenze sulla diagnosi prenatale	»	92
Il decision-making nella scelta di diagnosi prenatale	»	93
L'attaccamento prenatale	»	95
L'impatto delle procedure diagnostiche prenatali sull'attaccamento materno-fetale: la gravidanza "provvisoria"	»	96
L'attaccamento materno-fetale nelle gravidanze a rischio:		
un'indagine preliminare	»	97
Il campione	»	97
Lo strumento	»	99
I risultati	»	99
Dati esplicativi	»	101

Indicazioni per la prassi	pag. 103
Conclusioni	» 103
Riferimenti bibliografici	» 105
6. L'impatto del parto sull'emozionalità materna , di <i>Pier Luigi Righetti, Alessandra Pernici, Dario Casadei, Fabio Panizzo, Cesare Romagnolo, Tiziano Maggino</i>	» 106
Introduzione	» 106
La gravidanza	» 107
C'è anche una coppia in gravidanza!	» 110
La scelta del parto: l'acqua	» 111
Le differenze tra il parto in acqua ed "i classici"	» 114
Indicazioni per la prassi	» 117
Conclusioni	» 119
Riferimenti bibliografici	» 120
7. Risvolti psicologici dell'interruzione volontaria di gravidanza , di <i>Pier Luigi Righetti, Francesca Girlanda, Cesare Romagnolo, Fabio Panizzo, Tiziano Maggino</i>	» 122
Introduzione	» 122
Definizione ed epidemiologia	» 123
Motivazioni per cui si ricorre all'IVG	» 124
Conseguenze psicologiche dell'interruzione volontaria di gravidanza	» 125
Indicazioni per la prassi: l'intervento psicologico nell'IVG	» 131
Conclusioni	» 133
Riferimenti bibliografici	» 133
8. Risvolti psicologici nella morte perinatale , di <i>Claudia Ravaldi, Alfredo Vannacci</i>	» 136
Introduzione	» 136
Assistere i genitori colpiti da lutto: l'operatore	» 138
Il sostegno al genitore colpito da lutto: quando l'operatore è in difficoltà	» 139
L'incontro con il bambino morto	» 141
Costruire i ricordi	» 142
Indicazioni per la prassi: le tappe dell'assistenza al genitore in lutto perinatale	» 143
Conclusioni	» 145
Riferimenti bibliografici	» 146
9. Gravidanza, vulnerabilità psicopatologiche e strategie di intervento , di <i>Alessandra Graziottin</i>	» 148
Introduzione	» 148

I disturbi dell'umore in gravidanza	pag. 149
I fattori predittivi di depressione	» 150
Depressione preesistente alla gravidanza	» 150
Depressione durante la gravidanza	» 151
Depressione dopo il parto	» 152
La collusione del silenzio	» 153
Come diagnosticare la depressione?	» 155
Quali conseguenze ha sul bambino la depressione della madre?	» 156
Indicazioni per la prassi: strategie di intervento per prevenire e affrontare i disagi psicopatologici	» 158
Conclusioni	» 160
Riferimenti bibliografici	» 161
10. Quando nasce un bambino prematuro, di Graziella Fava Vizziello	» 164
L'assistenza psicologica ai genitori	» 164
Il colloquio	» 167
Indicazioni per la prassi: la tecnica del colloquio	» 168
I tortuosi percorsi dell'investimento durante il ricovero	» 172
Macchine, infermieri e medici hanno la vera competenza	» 178
L'ora della visita	» 181
Riferimenti bibliografici	» 184
11. Strumenti per il disagio psichico in gravidanza secondo la psicoterapia della Gestalt, di Margherita Spagnuolo Lobb, Luciana Fancello	» 187
La prospettiva gestaltica sulla gravidanza e il parto	» 188
Il significato proattivo	» 189
Attraversare il dolore	» 190
Le dimensioni psicologiche del vissuto in gravidanza	» 190
Aspetto diacronico: l'evoluzione dei vissuti polari in gravidanza	» 191
Aspetto sincronico: dimensioni relazionali dell'essere "gravida"	» 195
Uno sguardo al vissuto della gravidanza oggi	» 195
Indicazioni per la prassi: il training di psicoprofilassi al parto in chiave gestaltica	» 196
Conclusioni	» 199
Riferimenti bibliografici	» 200
Conclusioni. ... dalla clinica all'esperienza, di Pier Luigi Righetti	» 202
Gli Autori	» 205

Prefazione. Narrare la nascita fra *bios* e *psiche*

“Are you screening for depression in your practice?”. Questo importante articolo, comparso nel 2006 nel prestigioso *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, radicalizza il problema fondamentale dell’ostetricia moderna: il passaggio da una medicina di organo e di apparato ad una presa in cura di tutta la persona, incluso il mondo intra-psichico e relazionale.

La domanda veniva rivolta ai medici appartenenti all’American College of Obstetricians and Gynecologist e non coglieva di sorpresa i suoi membri. Mentre avrebbe senz’altro lasciato perplessi i colleghi italiani, ancora troppo spesso assorbiti dalle “tecniche” legate alla specialità, e talora travolti da turni pesanti in sala parto o negli affollati ambulatori, preoccupati che non sfugga loro alcun segno biologico premonitore di un accresciuto rischio biologico legato alla nascita.

La ginecologia moderna sembra faticare non tanto a far propri i vecchi concetti di psicosomatica e psicoprofilassi, non tanto a promuovere la prevenzione di patologie, quanto ad accettare come fine della propria professione la “felicità”. *Felicità* che viene oggi proposta dagli economisti, come nuovo criterio di valutazione del benessere di una popolazione, sostituendo il PIL. *Oltre l’homo oeconomicus* è il titolo che l’economista italiano Becchetti (2008) dà ad un agile e chiaro manuale sottolineando che, passati i limiti essenziali per una vita dignitosa, la crescita economica, il danaro, non comporta lo “star meglio”: se si vuole valutare la qualità di vita occorre introdurre altri indici quali la bontà delle relazioni, l’amore, lo stato della salute psicofisica, la capacità di sviluppare un pensiero positivo. Figuratevi quindi se il criterio della felicità non debba essere adottato come fine anche dalla medicina, esclusa dal positivismo degli ultimi secoli addirittura dalla categoria della “scienze umane”!

Malgrado però economisti come i premi nobel Sen, Kanheman e Krugman segnalino da tempo come l’attuale dominio del mercato e l’assurda corsa all’aumento del binomio produzione-consumi comportino sofferenze,

sete, fame, malattie in sempre più larghe aree del mondo, insieme alla concentrazione di immensi beni e del controllo dei mezzi di comunicazione nelle mani di un nucleo ristretto di persone, poco sembra muoversi nell'impegno di recare un maggiore benessere che interessi "tutto l'uomo e tutti gli uomini", come ci richiede Benedetto XVI (2009) sulle tracce dei suoi predecessori. D'altronde sono millenni che le religioni ci invitano ad un distacco dal danaro, e fin dal Medio Evo, il Cristianesimo ha espresso notevoli dubbi sul prevalere di giochi e interessi finanziari, su criteri di equità e giustizia nella distribuzione dei beni (Prodi, 2009).

A questa prospettiva le forze economiche dominanti però si fanno sempre più forte sentire, in una società dominata dal materialismo e dalla competitività. Si è infatti andato accumulando potere nelle mani di chi guadagna attraverso manovre finanziarie, non dal lavoro, dal sudore della fronte, e si tacciano come utopistiche le ipotesi dell'economista Serge Latouche (2005, 2007) che contrappone alla crescita del PIL una "decrescita serena". Se infatti tutti riconoscono fondamentale la nota sentenza di Einstein, "*le cose che contano nella vita sono quelle che non si contano*", si finisce con il ritenere *non misurabili* in modo scientifico e concreto l'amore, la felicità, la gioia di vivere. Oggi invece, grazie ad una psicologia e una sociologia che hanno fatto propri metodi sperimentali e che combattono l'errore di Cartesio di separare mente da cervello, *si contano* anche le cose che contano.

Si recupera così una medicina olistica, riprendendo il titolo di laurea "Medicus et Philosophus" cancellato dall'illuminismo, che orientava il medico a preoccuparsi essenzialmente di una patologia di organo, ignorando la plasmabilità del sistema nervoso centrale, su cui opera la cultura circostante.

Di questo orientamento, che ha portato senza dubbio a rilevanti progressi tecnici, ne paga oggi non solo lo sviluppo della medicina, ma il rapporto medico-paziente, il counseling (escluso spesso dalla stessa visita ostetrica), e ha condotto a considerare la nascita come un semplice evento biologico. La mammana (analoga alla mamma), *midwife* (con la donna), la *sage femme* è diventata la "levatrice", tecnica della dilatazione meccanica, della spinta e della estrazione, che assiste, sotto la regia del medico (il termine "ostetrica" è quasi ovunque riservato solo al medico) il parto. L'esclusione dell'uomo dall'assistenza a gravidanza e parto era stato frutto per millenni della teoria che vedeva nel liquido seminale maschile una entità che dava forma, trasmettendo l'eredità paterna al nascituro, potendo intervenire durante tutta la gravidanza. Da qui l'obbligo di tenere lontani gli uomini. La cosa si accentuò nel mediterraneo con la medicina araba e con lo stesso cristianesimo che idolatrava la castità femminile. Si chiamava allora il medico, che fino a tutto l'impero romano era anche chirurgo (che sapeva usare il rasoio per le ferite da guerra, le amputazioni e i primi tentativi di in-

tervento) solo quando il parto si presentava “contro natura”, ed esigeva particolari conoscenze anatomiche e abilità clinica. L’irruenza di una cultura positivista e organicista, delle conoscenze in biologia, fitopatologia e terapia, la possibilità di mezzi tecnici sempre più sofisticati hanno però fatto cambiare l’arte ostetrica, facendo del ginecologo (oggi sempre più donna) un raffinato chirurgo pelvico, un abile perinatologo e fisiopatologo della riproduzione, ma allontanandolo dalla visione di un approccio olistico ed empatico alla gestante.

La medicina di metà del ’900 era spesso dimentica del mondo intrapsichico, incapace di comprendere le dinamiche relazionali, i conflitti fra desideri e paure, quell’immenso mondo interiore che è alla base della gioia di vivere. Travolti da problemi riproduttivi i/le ginecologi/e sono stati incapaci di comprendere l’amore, anche quello genitoriale, che nasce dall’*attaccamento*, trascurando metodi per rendere più facile ed intenso questo processo, come poeticamente ci racconta il colloquio fra la Volpe e Piccolo Principe della bella parabola di Antoine de Saint-Exupéry.

È quindi necessario accelerare la conversione della ginecologia verso una maggiore attenzione alla medicina di genere e nello stesso tempo verso un approccio empatico ai problemi dell’assistenza alla nascita. Per rompere una dicotomia fra *bios* e *psiche*, ecco giungere libri come questo, ove psicologo e medico “studiano insieme” e offrono considerazioni frutto del loro incontro.

È da poco più di un anno che l’American College of Obstetricians and Gynecologists chiede ai ginecologi americani non solo di fare diagnosi differenziali alle turbe dell’umore che si verificano nel post partum, ma di iniziare direttamente un trattamento psicoterapico e talora farmacologico (2008) quando realizzano una patologia che può creare allarmi: non si limitino cioè a curare solo la genitalità e l’apparato riproduttivo, ma siano in grado di affrontare i problemi che colpiscono più del 10% delle puerpere, primo fra tutti la depressione; altrimenti, si sostiene nel documento, poche di queste donne sofferenti ricevono un concreto aiuto. L’invito subito ripreso dalla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia (2008) è quello di acquisire le necessarie competenze psichiatriche per affrontare questi disordini psichici (*mood disorders*) che nella maggior parte delle pazienti sfuggono all’apporto medico.

Per entrare però nel campo del counseling, della psicoterapia e della psichiatria necessita di una continua formazione prima psicologica poi psichiatrica, che oggi manca nella preparazione del ginecologo.

Ma oltre a specifici corsi di aggiornamento in neuropsicologia e nei metodi da adottare a ogni diverso paziente, occorre una particolare preparazione che faccia dell’antropologia, della psicologia, della sociologia, della bioetica, della storia e della filosofia, campi di studio per la laurea, la specializzazione e la formazione permanente del/della ginecologo/a.

Ancora una volta mi sembra utile segnalare libri come questo che forniscono materiale di riflessione per iniziare il proprio progetto educativo in questa nuova visione della specialità. Basata infatti su una collaborazione a livello clinico, l'esperienza viene arricchita dalle diverse storie personali e professionali che aprono la porta al proprio cambiamento, a una conversione continua, così importante in un mondo che vede in crisi le sue strutture economiche e politiche, il rapporto di coppia, lo stesso rapporto generazionale.

Non è indifferente che in poco più di 25 anni l'età media della gestante alla prima gravidanza sia cresciuta di più di sei anni, che un cittadino su cinque oggi supera i 65 anni, e che le previsioni ci dicono che almeno un terzo dei bambini che nascono oggi raggiungeranno i cento anni! La maternità di una quarantenne non è identica a quella di una trentenne, una nonna di ottanta anni non ha le stesse energie fisiche e mentali di quella di 50!

Non si tratta di considerazioni teoriche e allarmistiche, ma di constatazioni suffragate dai dati dell'Istat, su cui è necessario riflettere per operare in modo diverso. La discussione sul taglio cesareo può sì recare i suoi frutti purché si tenga presente la storia delle operazioni ostetriche, rischi e vantaggi del parto pilotato con ossitociti, danni provocati da lunghe attese, da mancato monitoraggio, da spinte sull'addome, da forzose posizioni (che spesso seguono mode o tradizioni popolari e non l'evoluzione storica della medicina; Forleo, Forleo, 2009). La moderna ostetricia non può lasciarsi illudere dai sogni di Read e di Lamaze, dai sogni di Freud e dalla banalizzazione della fisiologia del comportamentismo di Masters e Johnson, e non meno dall'ondata di proposte esoteriche che vanno dalla vasca di acqua calda a riti cinesi o indiani. Deve sempre regolarsi infatti sulla "evidenza", seguendo le tracce di Cochrane. Ma anche la scienza e i protocolli più moderni non bastano più a farci "comprendere la nascita" nella sua essenza, per poterla quindi meglio accompagnare ed assistere dalla prima visita preconcezionale al puerperio avanzato.

È questo che i capitoli di questo testo vogliono essenzialmente farci capire: nessuno di noi spera di trovarvi la soluzione definitiva e definitiva dei problemi ostetrici, ma chi via via ne scorrerà le pagine riuscirà a prendere lo zaino sulle spalle e mettersi in cammino verso nuovi orizzonti. Arricchiremo il nostro bagaglio di scienze umane (*Medical Humanities*) che ci consentiranno di ascoltare in modo empatico la *narrazione* della gestante, anzi della coppia, e ci metteranno nella posizione di raccontare ciò che abbiamo appreso nella nostra storia personale (2007).

Ci abitueranno a leggere le narrazioni, che hanno la possibilità di farci meglio comprendere la storia di questa umanità in marcia, per ricavarne idee per dare una risposta a ciascuna madre che abbiamo l'onore di poter prendere in cura.

L'uso della parabola nel romanzo (ne ho appena pubblicato uno inventandomi la vita del primo ginecologo della storia, Sorano nato a Efeso nel 90 d.C.; Forleo, 2009) diversamente dalla lettura di manuali e dalla descrizione organica di una patologia, ci consente di intuire subito l'essenza dei problemi, di immergersi nella loro complessità, di cercare una concreta risposta alla risoluzione di essi. Questo tipo di lettura, che spero occupi sempre più "il tempo liberato" dall'ansia della carriera e del guadagno, necessita però prima alcune conoscenze di base.

Ed è questo che troverete nelle pagine che seguono.

Romano Forleo

Riferimenti bibliografici

- American College of Obstetricians and Gynecologists (2008), *Clinical updates in women's care*, vol. VII, Washington DC: Lippincott Williams & Wilkins.
- Becchetti L. (2008), *Oltre l'homo oeconomicus. Felicità, responsabilità, economia delle relazioni*, Città Nuova, Roma.
- Benedetto XVI (2009), *Caritas in veritate*. Enciclica sociale, San Paolo, Torino.
- Forleo R., Forleo P. (2009), *Fondamenti della storia di ostetricia e ginecologia*, Verduci, Roma.
- Forleo R. (2009), *L'uomo che curava le donne*, Edizioni OGE, Milano.
- Gruppo SIGO (2008), *Non lasciamole sole. Una rete di tutela contro la depressione post partum*, Atti del convegno nazionale SIGO, Roma 2 aprile, Intermedia, Brescia.
- Latouche S. (2005), *Come sopravvivere allo sviluppo. Dalla decolonizzazione dell'immaginario economico alla costruzione di una società alternativa*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Latouche S. (2007), *Breve Trattato della decrescita serena*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Masini V. (2007), *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*, FrancoAngeli, Milano.
- Prodi P. (2009), *Settimo non rubare. Furto e mercato nella storia dell'Occidente*, Il Mulino, Bologna.

Introduzione. **Dal contesto teorico alla pratica clinica...**

di *Pier Luigi Righetti*

Questo testo è dedicato a Dario Casadei, già ricordato nelle prime pagine con il richiamo ad una frase di Platone.

Il libro, che si occupa di gravidanza, contesti psicopatologici e possibili strumenti di intervento, oggi può esserci perché per tutta la sua vita professionale il prof. Casadei ha lavorato in questo ambito: è lui l'inventore del Protocollo Integrato medico-psicologico in Ostetricia e Ginecologia (Righetti, Casadei, 2005; Casadei, Righetti, 2007); è lui che con la sua sensibilità clinica e competenza scientifica ha formato in mezzo mondo operatrici ed operatori; è lui che mi ha formato; è lui una delle persone migliori che io abbia incontrato nella mia vita.

Il volume è nato durante la sofferenza del prof. Casadei, e si completa dopo molti mesi dalla sua scomparsa: un periodo importante per tutti gli Autori che ci scrivono e che hanno conosciuto la grandezza della sua persona e della sua professionalità.

Ecco perché ritengo necessario e doveroso introdurre questo testo ricordando Dario. Grazie "babbo".

Il tema della psicopatologia in gravidanza e nel puerperio è recente e complesso; o meglio, lo possiamo considerare recente e complesso se pensiamo che, fino a qualche tempo fa, gli aspetti psicologici e psicopatologici della gravidanza e del puerperio venivano considerati su due piani teorici e pragmatici disgiunti, mentre oggi la letteratura clinica e scientifica internazionale ci pone davanti ad una riflessione di integrazione medica e psicologica in un percorso dove gravidanza, coppia in attesa e figlio vengono valutati in un unico continuum di intervento.

Parlare di psicopatologia in gravidanza e nel puerperio significa considerare gli strumenti clinici di intervento in modo multidisciplinare e multifocale (Fava Vizziello, Stern, 1992). In questo senso, diverse figure professionali (dal ginecologo allo psicologo, dal neonatologo al pediatra, ecc.)

lavorano considerando il percorso evolutivo di questo periodo dell'esperienza e della vita come "fuoco" centrale di interesse, dove la multifocalità necessita di un intervento che da diversi punti di partenza (madre, padre, coppia, nascituro, figlio) si focalizza sul contesto evolutivo della genitorialità.

Ecco quindi la necessità di proporre degli strumenti di intervento integrati, poiché molto spesso, il processo della genitorialità, dalla gravidanza al puerperio, può presentare delle difficoltà (anche patologiche) che in alcuni contesti fanno emergere dei predittori sui quali poter centrare l'intervento. Proprio gli strumenti di intervento possono, da una parte, permettere un processo terapeutico e, dall'altra, far emergere dei predittori della psicopatologia che se "lavorati" impediscono l'insorgere della psicopatologia stessa.

Due (tra i molti) sono gli obiettivi principali che mi hanno spinto a curare questo testo: i) proporre esperienze provenienti dal mondo della ricerca, da qui il fatto che alcuni Autori sono docenti universitari; ii) avere un confronto con professionisti che lavorano in ospedale e nei servizi e quindi in luoghi dove maggiormente si vive a stretto contatto con la patologia.

Dunque teoria, epidemiologia, riflessioni metapsicologiche che trovano una loro espressione nel farsi della patologia.

La psicopatologia, e in particolare *"la psicopatologia dello sviluppo è una disciplina emergente negli ultimi cinquant'anni, caratterizzata da una necessità di integrazione con numerose altre aree di interesse e di studio, ed in particolare con la psicologia sociale, clinica e dello sviluppo, con la medicina nelle sue specializzazioni pediatrica, (ginecologica, ostetrica, N.d.A.), interna, psichiatrica e etnopsichiatrica, con la neuropsichiatria dell'età evolutiva, l'antropologia ed infine sempre con la filosofia come scienza dell'essere umano in relazione col mondo. La psicopatologia costituisce lo studio sistematico delle malattie della psiche"* (Fava Vizziello, 2003, p. 9, corsivo aggiunto).

La psicopatologia è strettamente correlata con l'epidemiologia, e al clinico "attento" lo "strumento diagnosi", da comprendersi e valutare osservando il fenomeno nel suo divenire, non può non confrontarsi con l'epidemiologia del fenomeno trattato.

Galimberti (2006) definisce l'epidemiologia come lo "studio della frequenza e della distribuzione delle malattie in una popolazione in rapporto all'ambiente e al tipo di vita, allo scopo di individuare le cause determinanti l'insorgenza delle forme morbose, il ritmo e l'intensità con cui queste si manifestano, e le condizioni che lo favoriscono o le prevengono" (p. 50). Insorgenza, definizione, diagnosi, ambiente, relazione, aspetti socio-economici, variazione nel tempo della patologia, osservazione, fenomeno, incidenza, fattori genetici, fattori ambientali, consapevolezza e prevenzione

sono tra le variabili maggiormente analizzate per poter spiegare l'epidemiologia in ambito psicopatologico.

E purtroppo, il dibattito sulla Clinica che interessa i terapeuti negli ultimi tempi, ci porta alla consapevolezza che – specialmente in Italia, e in particolar modo per alcune categorie psico-diagnostiche – sono ancora pochi i dati a disposizione per poter fare delle inferenze a partire dall'epidemiologia (così come sono pochi, e spesso scorretti, i registri nazionali epidemiologici sulla psicopatologia).

Da qui l'importanza di far sì che, nel confronto tra la ricerca e la clinica, possano emergere dei conflitti e dei dialoghi che permettano un ampliamento della conoscenza a favore della cura; questo testo, per quanto riguarda la psicopatologia nella gravidanza e nel puerperio, vuole esserne un tentativo. In alcuni suoi passaggi il libro vuole essere un tassello in più di conoscenza sull'epidemiologia o, almeno, uno strumento che possa essere da stimolo alla ricerca futura. Anche perché proprio l'epidemiologia può suggerire, a sua volta, i predittori e i contesti ambientali di predizione delle varie forme della psicopatologia: da qui il consiglio al lettore di porsi con una lettura che lo porti a valutare e a riflettere a trecentosessanta gradi di fronte al fenomeno di volta in volta presentato.

A mio parere porsi a trecentosessanta gradi di fronte al fenomeno significa cogliere – della formulazione diagnostica in atto – i diversi elementi che la possono caratterizzare: ambiente, livello interiore, rappresentazioni mentali, relazione, fenomeno in atto, vissuto, emotività, sintomatologia corporea, ecc., sono alcuni degli elementi che dovrebbero essere presi in considerazione non solo per formulare la diagnosi ma anche per pensare al trattamento terapeutico.

Nella consapevolezza di non riuscire a portare su un unico testo le mille sfaccettature e le mille variabili che possono interessare la psicopatologia della gravidanza, si è scelto di focalizzare l'attenzione su alcuni contesti che, a mio parere, rappresentano proprio una certa significatività epidemiologica.

Difatti apre il libro un capitolo di C. Maggioni sulla sindrome post-traumatica da stress, una forma di psicopatologia sempre più in aumento e con la quale sempre più ci confrontiamo nella nostra routine clinica quotidiana.

D. Casadei, A. Casadei e P.L. Righetti introducono al tema dell'ansia in gravidanza e propongono un protocollo integrato medico-psicologico applicabile in ostetricia.

Anche la sessualità rappresenta un tema di estrema importanza che coinvolge la fisicità e l'emotività durante il periodo gravidico: al terzo capitolo M. Panzeri, permette un confronto con le molte domande che la coppia si può porre sulla sessualità in gravidanza e sui risvolti psicopatologici che possono emergere.

Oggi si stima che tra il 15 e il 25% delle neo-mamme soffra di depressione puerperale e le indicazioni epidemiologiche indicano un aumento sempre più importante di questo fenomeno che coinvolge non solo la donna (come protagonista principale della patologia) ma tutto il mondo relazionale che le gira attorno: una condizione difficile da diagnosticare e trattare per la quale F. Monti e F. Agostini si interrogano analizzando le possibili correlazioni pre- durante e post-partum come possibili fonte di individuazione dei predittori di questa patologia.

Negli ultimi anni sono state messe a punto delle raffinate tecniche di testing prenatale per la conoscenza dello stato di salute del nascituro: P.L. Righetti, E. Di Bernardo, A. Baffoni, A. Azzera e T. Maggino propongono una valutazione di come si inseriscono nell'emotività dell'attesa queste tecnologie diagnostiche e quali possono essere i risvolti psicologici nell'attaccamento materno-fetale.

Quale significato può avere il parto nella vita di una donna? E questo coinvolgimento emotivo e psicologico può avere delle conseguenze psicopatologiche a seconda se si tratta di parto eutocico, in acqua o cesareo? P.L. Righetti, A. Pernici, D. Casadei, F. Panizzo, C. Romagnolo e T. Maggino al capitolo sesto ci accompagnano ad una valutazione dell'impatto del parto sull'emozionalità materna.

Proprio negli ultimi mesi si è acceso (ri-acceso) un dibattito sociale, etico, politico, religioso e legislativo sull'interruzione volontaria di gravidanza: al capitolo 7 l'intenzione di P.L. Righetti, F. Girlanda, C. Romagnolo, F. Panizzo e T. Maggino è di proporre un'analisi "neutra" su questo tema, confrontandosi con quelle che sono le riflessioni che ogni giorno possono emergere in chi lavora a contatto con persone che scelgono questa procedura ginecologica.

C. Ravaldi e A. Vannacci iniziano il loro contributo scrivendo che "*Il complesso percorso verso la nascita è insieme affascinante e misterioso e il viaggio compiuto dalla madre che porta in grembo il figlio ha spesso destinazione ignota; morte e vita costituiscono un misterioso intreccio*": cosa succede alla madre e alla coppia di fronte alla morte perinatale? Come dovrebbero comportarsi gli operatori in questi casi? Questi due Autori, forti di una grossa esperienza sul tema della morte perinatale, in modo delicato e allo stesso tempo scientifico, riescono a proporre delle linee di comportamento che rispettano in modo globale le diverse emotività che possono emergere tanto nei genitori quanto negli operatori.

Mentre il capitolo di A. Graziottin, ponendo l'attenzione sulla vulnerabilità psicopatologica della gravidanza, ci invita a riflettere su come spesso sia difficile comprendere i segnali che le emozioni e il corpo inviano, e quindi posticipare la possibilità di un intervento clinico che potrebbe aiuta-