

A QUALI DONNE SONO DIRETTI I CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA? ESPERIENZA DELL'ULSS 20 DI VERONA

Francesca Dabrassi, Anna Maria Della Vedova e Antonio Imbasciati

Dipartimento materno-infantile, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Brescia

La gravidanza e il parto costituiscono una delle esperienze più intense e complesse per una donna: esse coinvolgono sia dimensioni fisiche che psichiche e tengono insieme aspetti del presente, del passato e del futuro (1). In alcune donne, il periodo della gravidanza è vissuto come un momento di difficoltà caratterizzato da ansia per il proprio corpo, per il feto, per il parto e per il futuro rapporto con il bambino. In tali donne si possono presentare scompensi psicopatologici che si ripercuotono sia sullo sviluppo psicologico che somatico del bambino.

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 fondamentale considerare il processo di maternità in tutti i suoi aspetti, fisici e psichici. Elementi psichici importanti includono il livello di investimento emotivo delle gestanti nei confronti del bambino che stanno attendendo: la qualità delle esperienze infantili avute con i propri genitori e la qualità del rapporto di coppia e del supporto emotivo fornito dal contesto in cui la donna è inserita, la prevalenza di alessitimia e di depressione (1-3).

Nel nostro Paese sono pochi gli studi su questi temi la cui conoscenza, al contrario, è fondamentale per una migliore organizzazione, copertura ed efficacia di tali corsi. Abbiamo pertanto intrapreso uno studio sulle donne che accedono ai corsi di accompagnamento alla nascita organizzati nel distretto sanitario di base n. 3 dell'ULSS 20 di Verona.

La partecipazione all'indagine è stata proposta a un campione di convenienza costituito da tutte le donne (n. 134) che si sono recate ai corsi di accompagnamento alla nascita programmati presso i due distretti di Verona, tra gennaio e giugno 2006. Le donne, che hanno dato il loro consenso a partecipare alla ricerca, hanno compilato una batteria di test alla fine del primo incontro, in modo che le risposte non fossero influenzate dalle informazioni avute durante

il corso stesso; la partecipazione avveniva in forma anonima. La batteria comprendeva: il PAI (Prenatal Attachment Inventory) volto ad indagare il livello di investimento emotivo delle gestanti nei confronti del bambino atteso (4); il PBI (Parental Bonding Instrument) che misura la qualità delle relazioni interiorizzate rispetto ai propri genitori durante il periodo della propria infanzia (5); l'MSSS (Maternity Social Support Scale) che misura il tipo di supporto sociale e amicale percepito dalla gestante (6); il TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) che indaga il livello di alessitimia (7), e il CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale) che rileva la presenza di sintomi depressivi (8). È stata somministrata inoltre una scheda socioanamnestica. 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.

Tutte le donne, cui è stata proposta la partecipazione, hanno aderito allo studio. Sono state escluse dall'analisi le donne che presentavano anche solo un *data missing* (*listwise deletion procedure*). Il campione finale era pertanto costituito da 87 donne. L'età media dei soggetti era di 32 anni (range: 20-41). Il 99% era di nazionalità italiana, con un titolo di studio equivalente alla media superiore (48%) con attività impiegatizia (50%). Si trattava soprattutto di donne sposate (85%) o comunque con una relazione stabile (14%), per la maggior parte primipara (82%) e con gravidanze non a rischio (95%).

Il 54% delle donne che ha partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita si trovava tra la 28^a e la 31^a settimana di gestazione, il 16% sotto la 27^a e il 30% sopra la 32^a. L'87% delle donne riferiva che la maternità era desiderata, il 52% che si trattava di una gravidanza pianificata. All'anamnesi, il 20% riferiva di aver avuto aborti spontanei, il 6% precedenti gravidanze ad alto rischio, solo una riferiva di un'interruzione volontaria di gravidanza.

Inoltre, il 18% segnalava di aver vissuto lutti o traumi gravi nell'ultimo anno, il 21% di aver sofferto d'ansia, il 7% di depressione e il 9% di problemi alimentari.

I risultati dei test effettuati sono riassunti nella Tabella. Per quanto riguarda il PAI il 26% delle donne mostra un livello di attaccamento prenatale basso (punteggio compreso tra 37 e 55) e il 30% un livello alto (punteggio compreso tra 67 e 77).

Il TAS-20 ha dimostrato che il 70% delle donne non presentavano difficoltà a riconoscere le proprie emozioni, mentre il 21% è risultato nell'area intermedia (borderline o tendenza alessitimia) e il 9% presentava difficoltà nell'elaborazione e nel riconoscimento delle emozioni proprie e altrui (alessitimia).

Per quanto riguarda il supporto sociale materno, solo una madre (1%) riportava valori di livello basso, il 24% di livello medio e 75% di livello adeguato (MSSS). Prendendo in considerazione la valutazione della sintomatologia depressiva, il 5% del campione ha presentato un rischio di depressione maggiore (punteggio CES-D >23).

Infine, per lo stile genitoriale indagato con il PBI, le scale di "cura" e "controllo" materno/paterno si combinavano nei seguenti modi relativamente al rapporto con la madre: l'11% del campione mostrava un legame debole/assente (bassa cura/basso controllo), il 29% un controllo privo di affetto (bassa cura/alto controllo), il 30% una costrizione affettuosa (alta cura/alto controllo) e il 30% un legame ottimale (alta cura/basso controllo). Per quanto riguarda la figura paterna emerge per un 15% un legame debole, 36% un controllo privo di affetto, 49% una costrizione affettuosa e nessuna un legame ottimale.

I risultati della nostra ricerca non sembrano evidenziare una popolazione particolarmente a rischio; tale dato era peraltro prevedibile poiché il campione riguarda una popolazione che si è selezionata nella scelta stessa di accedere al corso. Chi si avvicina ai corsi sono donne italiane, con età ►

Tabella - Risultati dei test PAI (Prenatal Attachment Inventory), TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), MSSS (Maternity Social Support Scale), CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale), PBI (Parental Bonding Instrument) e relativi standard tra le donne (87) che accedono ai corsi di accompagnamento alla nascita - ULSS 20 Verona

	Media	Dev. St.	Mediana	Range	Valori di riferimento così come indicati dagli autori dei test
PAI	60,7	8,8	62	37-77	Range: 21-84
TAS-20	45,6	10,3	45	24-73	>61: Alessitimici 51-60: borderline <51: non Alessitimici
MSSS	26,1	2,9	26	15-30	0-18: basso supporto sociale 19-24: medio supporto sociale 25-30: adeguato supporto sociale >23: rischio di depressione maggiore
CES-D	11,5	7,4	10	0-40	
PBI					
Cura madre	27,2	8,1	29	0-36	Range: 0-36
Controllo madre	16,1	7,2	15	4-39	Range: 0-39
Cura padre	22,9	9,5	23	0-36	Range: 0-36
Controllo padre	14,5	6,9	14	0-36	Range: 0-39

maggiore ai 30 anni, livello di istruzione medio-alto, con occupazione lavorativa e, soprattutto, primigravide e con gravidanze a basso rischio. Inoltre, il profilo positivo emerge anche dagli alti livelli riscontrati nella scala dell'attaccamento prenatale (PAI) e del supporto sociale materno (MSSS) e da percentuali che rientrano nella norma nel livello di Alessitimia (TAS-20) e di depressione (CES-D). Questi risultati non sorpremono vista la popolazione di studio: altri studi dimostrano che le donne che vengono individuate nei corsi di accompagnamento alla nascita tendono a mostrare i più alti punteggi di risposta per quanto riguarda l'attaccamento al loro bambino non ancora nato e il supporto sociale percepito.

Un elemento di particolare attenzione sembra individuabile, rispetto ai valori indicati dagli autori del PBI (5), negli stili genitoriali interiorizzati emersi: la maggior parte delle donne descrive un legame con entrambi i genitori caratterizzato da alta cura legato ad alto controllo ("costrizione affettuosa"). Interessante, seppur da valutare con prudenza, è quanto emerge dai dati rispetto all'assenza di "legame ottimale" con la figura paterna.

Per le donne che nel nostro campione presentano punteggi non ottimali non è possibile individuare un profilo tipico in quanto il loro numero è esiguo, dato che si tratta di un campione selezionato. Altri hanno dimostrato che la giovane età, l'essere disoccupati, avere un titolo di studio inferiore, la presenza di sintomi depressivi e/o di caratteristiche Alessitimiche, un basso livello di supporto sociale e un rappor-

to non ottimale con i genitori costituiscono un fattore di rischio per l'attaccamento prenatale, e donne che mostrano una o più di queste condizioni meritano una maggiore attenzione.

È noto ormai da tempo che i corsi di accompagnamento alla nascita sono riconosciuti come uno degli elementi fondamentali per ridurre gli esiti negativi per la salute della madre e del bambino. Ciò nonostante, come emerge dalla letteratura e dai risultati di questo lavoro, le donne che tendono ad accedere a questi servizi sono già in partenza una categoria di partorienti fortemente selezionata e già orientata verso una maggiore sensibilità al bambino. Rimangono pertanto escluse tutte quelle donne che appartengono alla fascia meno protetta e teoricamente più a rischio di crisi negative. Bisognerebbe trovare un modo, come operatori sanitari, di offrire loro un sostegno per la gravidanza, il parto e il periodo dopo il parto, cercando di costruire un collegamento ancor più forte tra i diversi servizi socio-sanitari esistenti sul territorio, in modo da poter permettere la segnalazione dei casi più a rischio e la loro presa in carico. Occorrerebbe un maggior sviluppo e una maggiore promozione dei corsi di accompagnamento alla nascita, in modo che anche le frange di popolazione che per varie circostanze (economiche, culturali, sociali) attualmente si pongono al di fuori dei corsi potessero invece accedervi nella loro totalità. Solo in queste circostanze, futuribili e di realizzazione sociale enorme, ulteriori ricerche potrebbero individuare con precisione i profili a rischio. ■

Riferimenti bibliografici

1. Imbasciati A, Manfredi P. La donna dalla nascita alla vecchiaia. In: Imbasciati A, Margiotta M. (Eds). *Compendio di psicologia clinica per gli operatori socio-sanitari*. Padova: Piccin; 2005.
2. Bibring GL. Some consideration of the psychological process in pregnancy. *Psychoanalytic study child* 1959;14:113-21.
3. 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. *J Reprod Infant Psych* 2002;20(4):253-67.
4. Muller ME. Development of the prenatal attachment inventory. *West J Nurs Res* 1993;15(2):199-215.
5. Scinto A, Marinangeli MG, Kalyvoka A, et al. Utilizzazione della versione italiana del Parental Bonding Instrument (PBI) in un campione clinico ed in un campione di studenti: uno studio di analisi fattoriale esplorativa e confermativa. *Epidem Psich Soc* 1999;8(4):276-83.
6. Webster J, Linnane JWJ, Dibley LM, et al. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth* 2000;27(2):97-101.
7. Bressi C, Taylor G, Parker, et al. Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *J Psychosom Res* 1996; 41(6): 551-9.
8. Fava GA. Versione italiana del CES-D per la valutazione degli stati depressivi. Firenze: Organizzazioni Speciali; 1982.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it