



UNIVERSITÀ DELLA
VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA
VALLÉE D'AOSTE

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

TESI DI LAUREA TRIENNALE

Maternità e controllo del corpo: l'anoressia nervosa nel post-partum

RELATORE

Martin Dodman

LAUREANDA

Linda Rodani

Matricola: 21D03340

*Alla mia famiglia,
che ci ha creduto ancor prima che lo facessi io*

Indice

Indice	3
Introduzione	5
Capitolo 1 – L’anoressia nervosa.....	7
1.1 Definizione e criteri diagnostici.....	7
1.2 Epidemiologia e diffusione nella popolazione femminile	7
1.3 Fattori di rischio psicologici	8
1.3.1 Perfezionismo e bisogno di controllo.....	9
1.3.2 Immagine corporea e autostima	9
1.3.3 Regolazione emotiva e relazioni interpersonali.....	10
Capitolo 2 – Il periodo post-partum: immagine corporea, disturbi dell’alimentazione e vulnerabilità psicologica nella transizione alla maternità	11
2.1 Il post-partum come fase di transazione evolutiva - La transizione alla genitorialità	11
2.1.1 Matrescence come sviluppo psicologico e non solo come “periodo di rischio”	11
2.1.2 Perché è necessario un concetto come matrescence?	12
2.1.3 Implicazioni per la clinica e la ricerca	12
2.1.4 Matrescence e wellness psicologico.....	13
2.2 Cambiamenti psicologici e corporei dopo il parto	13
2.2.1 Cambiamenti psicologici e sociali	13
2.2.2 Cambiamenti neurobiologici	16
2.3 Aspetti emotivi della maternità.....	18
2.3.1 Benessere psicologico della donna in gravidanza	19
2.3.2 Salute psichica perinatale	20
2.3.3 Benessere fisico e benessere emotivo.....	20
2.3.4 Benessere psicologico e relazionale	21
2.4 Psicopatologia del post partum	22
2.4.1 Depressione Post Partum.....	22
2.4.2 Criteri diagnostici	26
2.4.3 Fattori di rischio e di protezione.....	28
2.4.4 Strumenti di valutazione	30
2.5 Maternity Blues	31
2.5.1 Definizione e inquadramento clinico	32
2.5.2 Fattori biologici	34

2.5.3 Fattori psicologici e sociali	34
2.6 Disturbi d'ansia nel post partum	36
2.6.1 Epidemiologia dei disturbi d'ansia nel periodo perinatale.....	40
2.6.2 Disturbo di panico	42
2.6.3 Disturbo Ossessivo Compulsivo (OCD)	45
2.6.4 Disturbo Post Traumatico Da Stress (PTSD)	48
2.6.5 Disturbo d'ansia generalizzato (GAD).....	50
2.6.6 Fobia sociale (Fs).....	53
2.6.7 Fobie specifiche (F).....	54
Capitolo 3 – Anoressia nervosa e periodo post-partum.....	56
3.1 Insorgenza e riacutizzazione del disturbo nel post-partum	56
3.2 Il ruolo dell'immagine corporea post-gravidanza	58
3.3 Il controllo del corpo come strategia di regolazione emotiva	59
3.4 Impatto sulla relazione madre–bambino	61
3.5 Il ruolo dello psicologo: prevenzione e intervento.....	63
Bibliografia	67

Introduzione

Il periodo post-partum costituisce una fase di rilevante transizione nello sviluppo della donna, connotata da profondi cambiamenti sul piano biologico, psicologico e relazionale. La nascita di un figlio comporta una complessa riorganizzazione dell'identità individuale e dei ruoli sociali, implicando un processo di adattamento che può esporre la madre a condizioni di aumentata vulnerabilità emotiva. In tale prospettiva, il post-partum si configura come un momento critico, in cui fattori intrapsichici e contestuali interagiscono influenzando il benessere psicologico della donna.

All'interno di questo quadro, assume particolare rilevanza il ruolo delle dinamiche di genere, che contribuiscono a modellare le aspettative sociali associate alla maternità e alla corporeità femminile. La costruzione socioculturale dell'ideale di "buona madre", spesso caratterizzata da disponibilità totale, competenza immediata e capacità di conciliare cura e autocontrollo, si accompagna a una parallela pressione verso il rapido recupero della forma fisica successiva al parto. Tali rappresentazioni normative possono incidere significativamente sulla percezione di sé e sul vissuto corporeo della donna, alimentando sentimenti di inadeguatezza e conflitto tra bisogni personali e aspettative esterne.

La letteratura scientifica ha ampiamente documentato la presenza di disturbi psicologici nel periodo successivo al parto, con particolare riferimento al *baby blues*, alla depressione post-partum e ai disturbi d'ansia. Tuttavia, negli ultimi anni si è progressivamente sviluppato un interesse crescente nei confronti dei disturbi del comportamento alimentare in questa fase della vita, evidenziando come essi possano rappresentare una dimensione clinica rilevante ma ancora relativamente sottovalutata. In particolare, l'anoressia nervosa, tradizionalmente associata all'adolescenza e alla prima età adulta, può riemergere o manifestarsi ex novo in concomitanza con eventi di vita caratterizzati da elevata salienza emotiva e trasformazioni identitarie, quali la maternità.

Dal punto di vista psicopatologico, l'anoressia nervosa si caratterizza per una persistente restrizione dell'assunzione alimentare, un'intensa paura di incrementare il peso corporeo e una significativa alterazione nella percezione dell'immagine corporea. Tali aspetti risultano strettamente connessi a specifiche dimensioni psicologiche, tra cui il perfezionismo maladattivo, il bisogno di controllo e le difficoltà nei processi di regolazione emotiva. Il periodo post-partum, segnato da modificazioni corporee significative e da una ridefinizione del Sé, può costituire un

contesto particolarmente favorevole all'attivazione o alla riattivazione di tali dinamiche disfunzionali.

In questa prospettiva, le dinamiche di genere si intrecciano con i fattori psicologici individuali, contribuendo a rendere il corpo femminile un luogo privilegiato di espressione del disagio. Le pressioni socioculturali legate alla magrezza, al controllo e alla performance, interiorizzate nel corso dello sviluppo, possono riemergere con particolare intensità nel periodo post-partum, quando la discrepanza tra il corpo reale e quello idealizzato risulta più evidente. Ciò può favorire l'adozione di comportamenti alimentari restrittivi come modalità disfunzionale di gestione del disagio e di riappropriazione di un senso di controllo.

Alla luce di tali considerazioni, appare di particolare rilevanza approfondire il rapporto tra anoressia nervosa e periodo post-partum, tenendo conto non solo dei fattori clinici e psicologici, ma anche delle dimensioni socioculturali e di genere che contribuiscono alla costruzione del disagio. Un'analisi in questa direzione assume un ruolo centrale nell'ambito della psicologia clinica e perinatale, contribuendo a promuovere una maggiore attenzione nei confronti della salute mentale materna e dell'importanza di interventi preventivi e terapeutici tempestivi.

La presente tesi si propone pertanto di offrire un inquadramento teorico e clinico del fenomeno, attraverso una revisione della letteratura esistente, con l'obiettivo di evidenziare i principali fattori di rischio, le conseguenze psicologiche e le possibili strategie di prevenzione e intervento, con particolare attenzione al ruolo delle dinamiche di genere nella loro configurazione.

Capitolo 1 – L'anoressia nervosa

L'anoressia nervosa è un disturbo del comportamento alimentare (DCA) caratterizzato da una restrizione persistente dell'assunzione di cibo che conduce a un peso corporeo significativamente basso rispetto all'età, al sesso e allo stato di salute dell'individuo. A tale restrizione si associa una paura intensa di aumentare di peso o di diventare grassi, nonché un'alterazione significativa dell'immagine corporea e della percezione del proprio peso e della propria forma fisica.

1.1 Definizione e criteri diagnostici

Secondo il DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), i criteri diagnostici fondamentali includono:

- a) restrizione dell'introito energetico con conseguente sottopeso clinicamente rilevante;
- b) paura persistente di ingrassare o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso;
- c) alterazione del modo in cui il peso o la forma del corpo vengono vissuti, eccessiva influenza del peso sull'autostima o mancato riconoscimento della gravità della condizione.

Il manuale distingue due sottotipi clinici: l'anoressia nervosa di tipo restrittivo e l'anoressia nervosa con abbuffate e/o condotte di eliminazione. Entrambe le forme sono associate a importanti complicanze mediche e psicologiche e presentano uno dei più alti tassi di mortalità tra i disturbi psichiatrici.

1.2 Epidemiologia e diffusione nella popolazione femminile

L'anoressia nervosa è un disturbo del comportamento alimentare relativamente raro in termini di prevalenza, ma caratterizzato da un'elevata gravità clinica e da un significativo rischio di complicanze mediche e psicologiche. Dal punto di vista epidemiologico, il disturbo è stato storicamente osservato con maggiore frequenza nella popolazione femminile, con un rapporto femmine/maschi stimato tra 8:1 e 10:1 (Hoek & van Hoeken, 2003).

La prevalenza *lifetime* nelle donne varia approssimativamente tra l'1% e il 4%, mentre nei maschi risulta significativamente inferiore (Capuano et al., 2025). L'esordio si colloca più frequentemente durante l'adolescenza, in particolare tra i 15 e i 19 anni, fase critica per lo sviluppo dell'identità personale, dell'immagine corporea e del senso di sé. Tuttavia, negli ultimi anni è stato osservato un aumento dei casi anche in età preadolescenziale e adulta.

Secondo l'Istituto Superiore della Sanità (2022), i disturbi del comportamento alimentare rappresentano una crescente problematica di salute pubblica. In particolare, l'anoressia nervosa presenta uno dei più alti tassi di mortalità tra i disturbi psichiatrici, attribuibile sia alle complicanze somatiche sia al rischio suicidario.

La maggiore prevalenza dell'anoressia nervosa nella popolazione femminile è riconducibile a una complessa interazione di fattori biologici, psicologici e socioculturali. In questo contesto, risulta fondamentale distinguere tra i concetti di sesso e genere, spesso utilizzati in modo intercambiabile ma concettualmente distinti. Il sesso si riferisce alle caratteristiche biologiche dell'individuo, quali assetto cromosomico, anatomia e profilo ormonale, mentre il genere rappresenta un costrutto socioculturale che comprende ruoli, norme, aspettative e identità socialmente attribuite.

Le differenze osservate nella diffusione del disturbo non possono essere attribuite esclusivamente a fattori biologici legati al sesso, ma risultano fortemente influenzate da dinamiche di genere. In particolare, la pressione sociale verso ideali di magrezza, la centralità attribuita all'aspetto fisico come criterio di valutazione del valore personale e la maggiore accettabilità sociale della restrizione alimentare nelle donne contribuiscono ad aumentare il rischio di sviluppare comportamenti alimentari disfunzionali.

È tuttavia importante sottolineare che l'anoressia nervosa può manifestarsi anche nei maschi, sebbene spesso risulti sottodiagnosticata. Tale sottodiagnosi è in parte riconducibile a stereotipi di genere che associano i disturbi del comportamento alimentare a una condizione tipicamente femminile, ostacolando il riconoscimento precoce dei sintomi e la richiesta di aiuto. Studi recenti suggeriscono inoltre che persone con identità di genere non conformi o appartenenti a minoranze di genere possano presentare una vulnerabilità aumentata, evidenziando ulteriormente il ruolo del genere, inteso come esperienza sociale e identitaria, nella comprensione epidemiologica del disturbo.

1.3 Fattori di rischio psicologici

L'anoressia nervosa è un disturbo a eziologia multifattoriale, nel quale i fattori psicologici rivestono un ruolo centrale nello sviluppo, nell'esordio e nel mantenimento della patologia. Tali fattori non agiscono in modo isolato, ma interagiscono con componenti biologiche e socioculturali, contribuendo a creare una vulnerabilità individuale che può predisporre all'insorgenza del disturbo.

Numerosi studi hanno evidenziato come alcune caratteristiche di personalità, specifici schemi cognitivi disfunzionali e difficoltà nella regolazione emotiva siano frequentemente riscontrabili nei soggetti affetti da anoressia nervosa. Tra i principali fattori di rischio psicologici si annoverano il perfezionismo patologico, il bisogno di controllo, l'alterazione dell'immagine corporea, la bassa autostima e la difficoltà nell'elaborazione e nell'espressione delle emozioni.

Un elemento ricorrente è la tendenza a definire il proprio valore personale attraverso standard esterni, quali il peso corporeo, la forma fisica o il giudizio altrui. In questo contesto, il controllo dell'alimentazione assume una funzione simbolica, diventando uno strumento attraverso cui l'individuo tenta di ottenere sicurezza, prevedibilità e senso di efficacia personale.

1.3.1 Perfezionismo e bisogno di controllo

Il perfezionismo rappresenta uno dei tratti psicologici più frequentemente associati all'anoressia nervosa. Esso si manifesta attraverso l'imposizione di standard estremamente elevati e rigidi, accompagnati da una marcata autocritica e da un intenso timore di commettere errori. Il mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati viene vissuto come un fallimento personale, con conseguente aumento del senso di inadeguatezza.

Il bisogno di controllo è strettamente connesso al perfezionismo e si esprime in modo particolarmente evidente attraverso la gestione dell'alimentazione e del peso corporeo. In molte persone affette da anoressia nervosa, la restrizione alimentare rappresenta un tentativo di esercitare controllo su aspetti della vita percepiti come imprevedibili o emotivamente destabilizzanti. Il corpo diventa così il principale ambito su cui esercitare un controllo rigoroso e costante.

Questo meccanismo contribuisce al mantenimento del disturbo: il successo nel controllo del peso genera un temporaneo senso di competenza e valore personale, che rinforza il comportamento restrittivo, nonostante le conseguenze negative sul piano fisico e psicologico. Nel tempo, tuttavia, tale strategia si rivela disfunzionale, aumentando la rigidità cognitiva e la difficoltà ad adattarsi alle richieste della vita quotidiana.

1.3.2 Immagine corporea e autostima

Un'alterazione significativa dell'immagine corporea costituisce uno degli elementi centrali dell'anoressia nervosa. I soggetti affetti tendono a percepire il proprio corpo come eccessivamente voluminoso o non adeguato, anche in presenza di una magrezza clinicamente rilevante. Questa distorsione non riguarda esclusivamente l'aspetto percettivo, ma coinvolge

anche componenti cognitive ed emotive, influenzando profondamente il modo in cui l'individuo valuta sé stesso.

L'autostima risulta fortemente condizionata dal peso corporeo e dalla capacità di aderire a ideali estetici di magrezza spesso irrealistici. Tali ideali si inseriscono all'interno di specifiche norme e aspettative di genere, che attribuiscono un valore centrale al controllo del corpo e all'aspetto fisico, in particolare nel genere femminile. Il valore personale viene misurato prevalentemente in base al controllo esercitato sull'alimentazione e al raggiungimento di determinati standard corporei, rendendo l'individuo particolarmente vulnerabile al giudizio sociale e al confronto con gli altri.

In questo contesto, la restrizione alimentare assume una funzione di rinforzo dell'autostima, almeno nel breve termine. Tuttavia, tale beneficio apparente è instabile e dipendente dal mantenimento di comportamenti sempre più rigidi, contribuendo a un circolo vizioso che consolida e perpetua il disturbo.

1.3.3 Regolazione emotiva e relazioni interpersonali

Un ulteriore fattore di rischio psicologico riguarda le difficoltà nella regolazione emotiva. Molti soggetti con anoressia nervosa mostrano una ridotta capacità di riconoscere, esprimere e gestire le proprie emozioni, in particolare quelle negative come ansia, rabbia e tristezza. La restrizione alimentare può quindi assumere una funzione di anestesia emotiva, riducendo temporaneamente l'intensità degli stati affettivi vissuti come intollerabili.

Sul piano relazionale, sono frequentemente riscontrabili difficoltà nelle dinamiche interpersonali, caratterizzate da bisogno di approvazione, paura del rifiuto e tendenza a evitare il conflitto. In alcuni casi, il controllo del corpo e del cibo diventa un mezzo di comunicazione del disagio psicologico, soprattutto in contesti in cui l'espressione diretta delle emozioni risulta complessa o inibita.

Nel complesso, i fattori di rischio psicologici contribuiscono a creare un terreno di vulnerabilità che, in presenza di eventi stressanti o pressioni ambientali, può favorire l'insorgenza dell'anoressia nervosa e ostacolare il superamento. La comprensione di tali fattori risulta fondamentale per l'elaborazione di interventi terapeutici efficaci e personalizzati.

Capitolo 2 – Il periodo post-partum: immagine corporea, disturbi dell'alimentazione e vulnerabilità psicologica nella transizione alla maternità

La depressione post-partum (PPD) rappresenta una delle condizioni psicopatologiche più frequenti nel periodo perinatale, con una prevalenza stimata tra il 13% e il 19% nei primi mesi dopo il parto (Gavin et al., 2005; O'Hara & McCabe, 2013). I primi sei mesi postnatali costituiscono una finestra di particolare vulnerabilità, in cui fattori biologici, psicologici e relazionali si intrecciano nel determinare il rischio di sintomatologia depressiva.

2.1 Il post-partum come fase di transazione evolutiva - La transizione alla genitorialità

La transizione alla genitorialità rappresenta un processo di profonda trasformazione che ha inizio ancora prima della gravidanza, quando la coppia inizia a rappresentarsi come futura coppia genitoriale, e si estende fino ai primi due o tre anni di vita del bambino (Wright & Leahey, 2005). Come suggerisce il termine stesso, non si tratta di un evento statico o circoscritto, ma di un processo dinamico e in continua evoluzione, caratterizzato da cambiamenti rilevanti che coinvolgono dimensioni fisiche, neurobiologiche, psicologiche, sociali e relazionali. L'assunzione del ruolo genitoriale comporta una profonda riorganizzazione dell'identità personale, influenzando il senso di sé, la propria vita interiore e la visione del mondo (Raphael-Leff, 1991).

Il presente capitolo si propone di approfondire i principali cambiamenti psicologici e sociali che accompagnano le donne e la coppia durante questa delicata fase di transizione.

2.1.1 Matrescence come sviluppo psicologico e non solo come “periodo di rischio”

Matrescence può essere paragonata allo stadio dell'adolescenza: non si tratta di un semplice stato patologico, bensì di una fase di sviluppo e trasformazione dell'identità che attraversa molte dimensioni — biologica, psicologica, sociale, culturale, esistenziale — e che può durare anche oltre il primo anno dopo il parto. Include non solo le reazioni emotive tipiche del postpartum, ma anche cambiamenti profondi nel senso del Sé, nelle relazioni e nei valori personali.

Questo ampliamento teorico permette di distinguere tra reazioni normative e adattive alla maternità, che pur possono essere intense o faticose, con manifestazioni che rientrano in fenomeni clinici specifici come la PPD o altri disturbi perinatali. In altre parole, matrescence propone di spostare il focus dalla mera patologizzazione della sofferenza materna a una visione che riconosca anche i processi di crescita psicologica in sé.

2.1.2 Perché è necessario un concetto come matrescence?

La letteratura scientifica e clinica mostra che finora la ricerca sulla salute mentale materna si è concentrata prevalentemente su diagnosi, sintomi e trattamenti dei disturbi, trascurando il fatto che l'esperienza psicologica della donna durante e dopo la gravidanza comprende sia elementi di vulnerabilità psicopatologica sia processi evolutivi normativi.

Athan (2024) sottolinea come il campo della psichiatria perinatale sia stato storicamente dominato da un "bias medico" che interpreta gran parte della sofferenza materna come segno di malattia, anziché considerarla anche come parte di una transizione esistenziale difficile ma non necessariamente patologica.

Questo è particolarmente rilevante nel contesto della PPD, poiché molte donne sperimentano distress, difficoltà emotive o dubbi sul nuovo ruolo materno pur non soddisfacendo i criteri diagnostici per un disturbo dell'umore; inoltre, alcune reazioni considerate tradizionalmente "anormali" possono riflettere aspetti della naturale riorganizzazione identitaria post-partum.

Matrescence offre quindi una cornice teorica che aiuta a delimitare meglio i confini tra esperienza adattiva normale e psicopatologia clinica; supporta una valutazione più sfumata delle manifestazioni affettive, cognitive e relazionali della neomaternità; guida verso una pratica clinica che tenga conto non solo della presenza di sintomi, ma anche del contesto evolutivo e del significato soggettivo dell'esperienza materna.

2.1.3 Implicazioni per la clinica e la ricerca

L'integrazione del concetto di matrescence nella psicologia clinica perinatale ha diverse implicazioni (Athan, 2024):

- a) Differenziare reazioni "normali" e sintomi clinici.

Una prospettiva di sviluppo può contribuire a identificare quali aspetti dell'esperienza post-partum rientrano in un continuum adattivo e quali richiedono un intervento terapeutico mirato.

b) Supportare interventi più centrati sulla persona.

La visione di matrescence promuove un approccio di cura che valorizza la soggettività, l'esperienza vissuta e la narrativa personale della donna, oltre alle sole score cliniche dei questionari.

c) Ampliare i modelli di screening e assessment. Gli strumenti di valutazione potrebbero essere integrati con misure che rilevino non solo la presenza di sintomi depressivi o ansiosi, ma anche aspetti di adattamento identitario e sviluppo psicologico.

d) Ridurre stigma e medicalizzazione eccessiva. Considerare alcune difficoltà come parte di un processo di crescita può ridurre l'etichettamento patologico ingiustificato e favorire un clima clinico più empatico e meno giudicante per le madri.

2.1.4 Matrescence e wellness psicologico

Infine, il concetto di matrescence sottolinea che la salute mentale materna non è solo assenza di disturbi, ma comprende anche la capacità di fiorire nel nuovo ruolo, di integrare le trasformazioni subite e di sviluppare nuove competenze emotive e relazionali. Ciò introduce elementi di psicologia positiva e di flourishing all'interno della perinatalità, arricchendo la prospettiva clinica tradizionale.

2.2 Cambiamenti psicologici e corporei dopo il parto

Il periodo dopo il parto è una fase di intensi cambiamenti psicologici e fisici in cui la mente e il corpo della donna sono sottoposti a un processo di adattamento alla nascita del bambino e al graduale ritorno allo stato pregravidico.

2.2.1 Cambiamenti psicologici e sociali

Dal punto di vista psicologico e sociale, la transizione alla genitorialità implica una significativa riorganizzazione per entrambi i partner, coinvolgendo modificazioni nelle dinamiche individuali, relazionali e familiari (Parolin & Sudati, 2014). In particolare, la donna può sperimentare una trasformazione del proprio ruolo sociale, spesso caratterizzata da un

temporaneo distacco dal contesto lavorativo e da una conseguente riduzione delle interazioni sociali, con un progressivo adattamento ai ritmi e ai bisogni del neonato.

Parallelamente, la costruzione dell'identità genitoriale comporta una ridefinizione delle relazioni con il proprio contesto di riferimento, inclusi i rapporti intergenerazionali. Questo processo implica, da un lato, una progressiva differenziazione dalla famiglia di origine e, dall'altro, una rielaborazione della propria posizione filiale, che consente alla donna di integrare la nuova identità materna con quella precedente di figlia (Parolin & Sudati, 2014).

Le trasformazioni psicologiche che accompagnano la gravidanza favoriscono una riorganizzazione della rappresentazione di sé. L'acquisizione del ruolo materno implica infatti un processo di ristrutturazione mentale che consente alla donna di sviluppare un nuovo assetto psichico, funzionale alla relazione con il bambino (Riva Crugnola, 2012). In questa prospettiva, la genitorialità può essere intesa come un sistema di rappresentazioni mentali (Simonelli, 2014), costituite da idee, emozioni e aspettative relative a sé stessi, al partner, alle proprie figure di riferimento e al bambino. Tali rappresentazioni emergono già durante la gravidanza e continuano a evolversi nel tempo, contribuendo alla costruzione dell'identità genitoriale (Stern, 1995).

Bibring (1961) descrive la gravidanza come una “crisi maturativa”, ovvero un momento evolutivo caratterizzato da una profonda riorganizzazione psichica. In questa fase, la donna può rivivere esperienze infantili legate alle prime relazioni di accudimento, in particolare quelle con la propria madre. Questo processo richiede un lavoro di integrazione tra le rappresentazioni pregresse di sé e la nuova identità emergente di madre, favorendo così la costruzione di una continuità tra passato e presente.

In linea con questa prospettiva, Stern (1995) introduce il concetto di “costellazione materna”, definendola come una specifica organizzazione psichica che emerge durante la gravidanza, soprattutto la prima, e che permane per circa il primo anno di vita del bambino. Questa nuova configurazione mentale assume un ruolo centrale nella vita della donna, orientando pensieri, emozioni, fantasie e comportamenti. Stern identifica tre principali dimensioni di questa riorganizzazione: il rapporto della donna con la propria madre, la rappresentazione di sé come madre e la relazione con il bambino. Attraverso questo processo, la donna costruisce un sistema complesso di rappresentazioni e aspettative che favorisce la preparazione psicologica alla maternità.

All'interno della costellazione materna si articolano quattro temi fondamentali. Il primo riguarda la vita e la crescita del bambino, ovvero la preoccupazione di garantirne la sopravvivenza e il benessere. Il secondo concerne la relazionalità primaria, ovvero la capacità della madre di instaurare un legame emotivo significativo con il bambino. Il terzo tema è rappresentato dalla matrice di supporto, che include la disponibilità e la qualità del sostegno sociale percepito dalla madre. Infine, il quarto tema riguarda la riorganizzazione dell'identità, che implica l'integrazione del ruolo materno nella propria identità personale (Stern, 1995). Queste rappresentazioni si sviluppano progressivamente durante la gravidanza, raggiungendo il loro apice intorno al settimo mese, per poi attenuarsi nelle fasi immediatamente precedenti al parto, lasciando spazio all'incontro con il bambino reale (Innamorati et al., 2008).

Un concetto strettamente correlato è quello di “preoccupazione materna primaria”, introdotto da Winnicott (1956), che descrive uno stato psicologico caratterizzato da una particolare sensibilità materna verso il bambino. In questa condizione, la madre sviluppa una forte focalizzazione sui bisogni del neonato, che le consente di coglierne e interpretarne i segnali in modo più efficace, favorendo lo sviluppo della relazione affettiva. Si tratta di uno stato temporaneo e adattivo, che emerge gradualmente durante la gravidanza, si intensifica nelle fasi immediatamente precedenti e successive al parto e tende a ridursi progressivamente con il tempo.

La transizione alla genitorialità coinvolge tuttavia non solo la donna, ma anche la coppia nel suo insieme. La relazione di coppia attraversa una fase di profonda trasformazione, caratterizzata dal passaggio da sistema coniugale a sistema cogenitoriale (Parolin & Sudati, 2014). Questo cambiamento richiede una rinegoziazione dei ruoli, delle responsabilità e delle dinamiche relazionali, al fine di integrare la funzione genitoriale all'interno della relazione di coppia. La costruzione di una solida alleanza cogenitoriale, basata sulla collaborazione e sul sostegno reciproco, rappresenta un elemento fondamentale per garantire un ambiente familiare favorevole allo sviluppo del bambino.

Infine, le modalità con cui la donna e la coppia affrontano questa fase di transizione rivestono un ruolo cruciale non solo per il benessere individuale e relazionale, ma anche per la qualità della relazione che si instaurerà con il bambino (Parolin & Sudati, 2014). La genitorialità si configura quindi come un processo evolutivo complesso, che implica una profonda riorganizzazione psicologica, relazionale e sociale, ponendo le basi per lo sviluppo delle future dinamiche familiari.

La letteratura più recente suggerisce la necessità di ampliare la prospettiva clinica oltre un modello esclusivamente nosografico. In questa direzione si colloca il concetto di *matrescence*, (ovvero la transizione psicologica, sociale, culturale ed esistenziale che caratterizza il passaggio a diventare madre), recentemente riproposto in ambito psichiatrico come categoria teorica utile per comprendere la complessità della transizione alla maternità (Athán, 2024).

Questo termine, coniato nella letteratura degli anni '70 dall'antropologa Dana Raphael, è stato recentemente reinterpretato all'interno della psichiatria perinatale come quadro di riferimento teorico che aiuta a comprendere la complessità del cambiamento materno in modo più olistico rispetto ai tradizionali approcci clinici centrati sui disturbi (come la PPD) e sul modello medico-nosologico classico.

2.2.2 Cambiamenti neurobiologici

La transizione alla genitorialità è accompagnata da profondi cambiamenti fisici e neurobiologici, che svolgono una funzione adattiva nel preparare l'organismo ad affrontare le richieste della gravidanza e nel favorire l'instaurarsi di comportamenti di caregiving dopo la nascita del bambino. A livello fisico, le significative fluttuazioni ormonali che caratterizzano la gestazione determinano numerose modificazioni corporee, finalizzate a sostenere lo sviluppo fetale e a preparare il corpo materno alle esigenze del periodo postnatale (Naspo et al., 2018). Tra queste, si osservano l'espansione dell'utero per accogliere la crescita del feto e lo sviluppo delle ghiandole mammarie, che si differenziano in tessuto secretorio specializzato per la produzione del latte. Parallelamente, diversi sistemi fisiologici, tra cui quello cardiovascolare, respiratorio, gastrointestinale e scheletrico, subiscono importanti adattamenti per rispondere alle nuove richieste metaboliche e funzionali. In effetti, la gravidanza comporta una riorganizzazione globale dell'organismo, coinvolgendo quasi tutti i sistemi corporei (Naspo et al., 2018).

Dal punto di vista endocrino, la gestazione è caratterizzata da rilevanti variazioni nella produzione di ormoni, tra cui ossitocina e dopamina, e da modificazioni nell'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). Questi cambiamenti risultano fondamentali per promuovere la sintonizzazione emotiva con il bambino e facilitare l'instaurarsi del legame di attaccamento, sostenendo i comportamenti di cura e protezione nel periodo postnatale (Slade & Sadler, 2018). Inoltre, si registrano livelli elevati di ormoni steroidei, in particolare estrogeni e progesterone, che raggiungono concentrazioni significativamente superiori rispetto a qualsiasi altra fase della vita della donna (Casey et al., 1993). Tali variazioni ormonali sono associate anche a

modificazioni dell'umore e della regolazione emotiva, contribuendo alla complessità dell'esperienza psicologica della gravidanza (Di Pietro, 2002).

Anche il cervello materno è interessato da rilevanti cambiamenti adattivi durante il periodo perinatale, che riflettono sia l'influenza delle variazioni ormonali sia l'esperienza diretta della maternità. Queste trasformazioni neurobiologiche favoriscono lo sviluppo di comportamenti di accudimento sensibili e adeguati, supportando la relazione madre-bambino (Grattan & Ladyman, 2020; Venuti et al., 2018). Studi neuroscientifici hanno dimostrato che il cervello umano presenta una significativa plasticità già a partire dalle prime fasi della gravidanza, sotto l'influenza delle modificazioni endocrine, e che tali cambiamenti proseguono anche nel periodo postnatale grazie all'interazione con il bambino (Hoekzema et al., 2017; Kim et al., 2010; Kim et al., 2014).

Un importante contributo in questo ambito è rappresentato dallo studio longitudinale di Hoekzema e collaboratori (2017), che ha esaminato i cambiamenti strutturali cerebrali associati alla gravidanza. Lo studio ha confrontato un gruppo di donne prima e dopo la gravidanza con un gruppo di controllo di donne nullipare, utilizzando la risonanza magnetica (MRI). I risultati hanno evidenziato una riduzione del volume della materia grigia nelle neomamme, in particolare in aree corticali mediali anteriori e posteriori, nella corteccia prefrontale bilaterale e nella corteccia temporale. Queste regioni risultano coinvolte nei processi di cognizione sociale, inclusa la teoria della mente, ovvero la capacità di comprendere gli stati mentali e le emozioni altrui. Inoltre, tali modificazioni strutturali si sono dimostrate persistenti fino a due anni dopo il parto, suggerendo che possano rappresentare un processo di pruning adattivo, funzionale a ottimizzare l'efficienza delle reti neurali coinvolte nei comportamenti di cura e nella relazione con il bambino.

Ulteriori evidenze provengono dallo studio longitudinale di Kim e collaboratori (2010), che ha analizzato i cambiamenti cerebrali nel periodo postnatale attraverso la morfometria basata sui voxel. I risultati hanno mostrato un aumento del volume della materia grigia in diverse aree cerebrali, tra cui il mesencefalo, la corteccia prefrontale, il lobo temporale e il lobo parietale. Queste regioni sono implicate in funzioni fondamentali per la genitorialità, quali la regolazione emotiva, l'elaborazione delle informazioni sensoriali e la motivazione al caregiving. Analogamente, sono stati osservati aumenti di volume in strutture sottocorticali, tra cui l'ipotalamo, l'amigdala, la sostanza nigra e il globo pallido, che fanno parte dei circuiti motivazionali e della ricompensa. È stato inoltre rilevato che una percezione positiva del proprio

bambino e dell'esperienza genitoriale risulta associata a maggiori cambiamenti strutturali in queste aree, evidenziando l'interazione tra fattori neurobiologici ed esperienza soggettiva.

Sebbene la maggior parte degli studi si sia concentrata sui cambiamenti neurobiologici materni, ricerche più recenti hanno evidenziato che anche il cervello paterno subisce significative trasformazioni in seguito alla nascita del figlio. Lo studio di Kim e collaboratori (2014) ha mostrato un aumento del volume della materia grigia in diverse aree cerebrali dei padri, tra cui lo striato, l'amigdala, l'ipotalamo, la corteccia prefrontale e le regioni temporali superiori, tutte coinvolte nei circuiti della ricompensa e nell'elaborazione degli stimoli emotivamente rilevanti. Parallelamente, è stata osservata una riduzione del volume della materia grigia in alcune aree appartenenti al Default Mode Network, una rete neurale implicata nei processi autoreferenziali. Secondo gli autori, tali cambiamenti potrebbero riflettere una riallocazione delle risorse cognitive ed emotive, orientata a favorire l'attenzione verso il bambino e il ruolo genitoriale.

Nel complesso, queste evidenze suggeriscono che la transizione alla genitorialità è accompagnata da una complessa riorganizzazione neurobiologica, che coinvolge il sistema endocrino e il cervello di entrambi i genitori. Tali cambiamenti rappresentano adattamenti funzionali che facilitano lo sviluppo della sensibilità genitoriale, della motivazione alla cura e della costruzione del legame affettivo con il bambino.

2.3 Aspetti emotivi della maternità

Parallelamente alla ricerca su tematiche legate alla salute fisica e al benessere psicologico, è aumentato il ricorso a professionisti della salute mentale, come psicologi e psicoterapeuti, e si è diffusa una maggiore attenzione verso condizioni quali depressione, disturbi d'ansia e attacchi di panico. Anche i media, attraverso film, serie televisive e contenuti digitali, contribuiscono a promuovere una maggiore consapevolezza su questi temi, con l'obiettivo di ridurre lo stigma sociale ancora presente.

Nonostante tali progressi, persistono numerosi ostacoli. Molte persone provano ancora vergogna nel riconoscere la necessità di un supporto psicologico e tendono a nascondere il proprio percorso terapeutico, a causa dei pregiudizi sociali associati alla salute mentale. Inoltre, anche quando si supera la barriera della richiesta di aiuto, i servizi sanitari spesso non dispongono di risorse sufficienti per rispondere adeguatamente.

2.3.1 Benessere psicologico della donna in gravidanza

Il tema della salute mentale è oggi sempre più presente nel dibattito pubblico e scientifico. Sempre più frequentemente, figure pubbliche e influenti condividono le proprie esperienze personali, contribuendo a sensibilizzare l'opinione pubblica sulle problematiche e alla crescente domanda.

Quando il focus si sposta sul benessere psicologico durante la gravidanza e il periodo post-partum, emergono ulteriori stereotipi e misconcezioni. La gravidanza è frequentemente rappresentata come un'esperienza esclusivamente positiva, caratterizzata da felicità, gratitudine e immediato sviluppo del senso materno. Si presume che la donna incinta sia naturalmente paziente e amorevole, mentre emozioni ambivalenti quali frustrazione, confusione o rabbia sono raramente considerate legittime (Paulson & Bazemore, 2010). Sebbene sia socialmente accettato che la donna possa sentirsi più sensibile o stanca, la complessità emotiva di questa fase viene spesso sottovalutata.

Un ulteriore aspetto critico riguarda la medicalizzazione della gravidanza. In molti contesti sanitari, essa viene trattata come una condizione potenzialmente patologica, contribuendo a generare ansia e apprensione sia nella donna sia nel suo ambiente sociale (Falcicchio, 2010). Questo approccio può favorire la percezione della donna come fragile, passiva e dipendente dagli esperti, limitandone il senso di autonomia e la possibilità di vivere la gravidanza come un'esperienza personale e consapevole. Michel Odent (2016) descrive questo fenomeno come un "condizionamento culturale", evidenziando come, a partire dalla metà del XX secolo, la maternità sia stata progressivamente medicalizzata e la donna sia stata sempre più considerata una paziente piuttosto che una protagonista attiva del processo.

Negli ultimi anni, si è sviluppato un crescente movimento culturale volto a promuovere una visione più realistica e completa della gravidanza e della maternità. Attraverso libri, podcast, testimonianze e contenuti divulgativi, si cerca di offrire una rappresentazione più autentica dell'esperienza materna, che includa sia gli aspetti positivi sia le difficoltà. Questo processo contribuisce a fornire alle donne informazioni più accurate, a favorire l'accesso a un adeguato supporto e a ridurre il peso delle aspettative sociali irrealistiche.

2.3.2 Salute psichica perinatale

Il periodo perinatale comprende l'intervallo temporale che va dal concepimento fino al primo anno di vita del bambino (Della Vedova, 2011). Si tratta di una fase caratterizzata da profonde trasformazioni fisiche, psicologiche, emotive e organizzative. La donna affronta cambiamenti significativi nella propria identità personale, passando da una condizione di individualità autonoma al ruolo di madre, con nuove responsabilità e compiti di cura.

La salute psichica perinatale rappresenta un ambito di ricerca specifico che si occupa del benessere psicologico dei genitori e del bambino durante questo periodo. Numerosi studi evidenziano un aumento della vulnerabilità psicologica in questa fase, con una maggiore incidenza di disturbi dell'umore e d'ansia (Gavin et al., 2005; O'Hara & McCabe, 2013). Sebbene la depressione post-partum sia la condizione più conosciuta, anche il periodo prenatale rappresenta una fase di elevato rischio psicologico per la donna (Della Vedova et al., 2014).

Per questo motivo, è fondamentale che la donna possa contare su un adeguato supporto da parte delle persone a lei vicine e dei professionisti sanitari. È inoltre importante considerare anche la salute mentale del padre, poiché la transizione alla genitorialità comporta cambiamenti significativi anche per il partner. Entrambi i genitori affrontano un processo di riorganizzazione psicologica che contribuisce alla costruzione della propria identità genitoriale e può comportare la rielaborazione delle proprie esperienze infantili e dei modelli genitoriali interiorizzati (Della Vedova, 2011).

Investire nella promozione del benessere psicologico durante il periodo perinatale rappresenta un intervento di prevenzione fondamentale, non solo per la salute dei genitori, ma anche per lo sviluppo del bambino e per il benessere della società nel suo complesso (Odent, 2006).

2.3.3 Benessere fisico e benessere emotivo

Il benessere globale della donna in gravidanza è determinato dall'interazione di molteplici fattori, tra cui condizioni fisiche, emotive e ambientali (Di Pietro, 2002). Tra gli elementi principali rientrano lo stato di salute generale, l'alimentazione, l'attività fisica, la qualità del sonno e il contesto familiare e sociale.

Durante la gravidanza si verificano importanti cambiamenti ormonali, in particolare un aumento dei livelli di estrogeni e progesterone, che possono influenzare significativamente la sfera emotiva. Queste variazioni possono determinare una maggiore sensibilità emotiva, episodi di pianto, irritabilità o sbalzi d'umore, fenomeni fisiologici che tuttavia possono risultare disorientanti per la donna se non adeguatamente compresi e normalizzati (Di Pietro, 2002).

Il benessere fisico è strettamente correlato a quello psicologico. Un'alimentazione equilibrata, un adeguato livello di attività fisica e un buon riposo contribuiscono a migliorare la qualità della vita e a ridurre il rischio di sviluppare disturbi emotivi (Sahin et al., 2018; Martin & Redshaw, 2012). In particolare, l'attività fisica moderata, come il cammino o lo yoga prenatale, si è dimostrata efficace nel ridurre i livelli di ansia e stress e nel migliorare il benessere percepito (Field et al., 2012; Uebelacker et al., 2010).

Anche il contesto ambientale e familiare svolge un ruolo significativo. Un ambiente sereno e supportivo favorisce la produzione di neurotrasmettitori e ormoni associati al benessere, come ossitocina, serotonina ed endorfine, contribuendo a migliorare la capacità della donna di affrontare le difficoltà e a ridurre il rischio di sviluppare disturbi depressivi (Singh et al., 2022).

2.3.4 Benessere psicologico e relazionale

Il supporto sociale rappresenta uno dei principali fattori protettivi per il benessere psicologico della donna in gravidanza. La presenza di una rete di sostegno adeguata favorisce la costruzione del legame madre-bambino e riduce il rischio di sviluppare sintomi depressivi (Dabrassi, Imbasciati, & Della Vedova, 2009).

Condizioni come il maternity blues e la depressione perinatale risultano relativamente diffuse. Il maternity blues interessa una percentuale significativa di donne dopo il parto, mentre la depressione prenatale colpisce circa il 20,7% delle donne a livello globale (Yin et al., 2021). La presenza di sintomi depressivi durante la gravidanza rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di depressione post-partum (Ayano et al., 2019).

Il ruolo del partner è particolarmente rilevante. Il supporto emotivo e pratico fornito dal compagno contribuisce a rafforzare la sensibilità materna, ovvero la capacità della madre di riconoscere e rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino (Shin, Park, & Kim, 2006).

Anche il supporto fornito da familiari e amici, attraverso gesti quotidiani e concreti, può contribuire significativamente al benessere della donna.

Infine, anche l'ambiente fisico e le condizioni di vita influenzano il benessere psicologico durante la gravidanza. Situazioni di stress, cambiamenti significativi o carenza di supporto sociale possono aumentare la vulnerabilità emotiva, mentre un contesto stabile e accogliente favorisce un'esperienza più serena della gravidanza.

2.4 Psicopatologia del post partum

La psicopatologia del post-partum comprende una gamma di disturbi con un esordio precoce, entro il primo mese dal parto, oppure tardivo, nei mesi successivi al parto.

2.4.1 Depressione Post Partum

La depressione post partum (Postpartum Depression, PPD) è un episodio depressivo maggiore che insorge generalmente dopo il parto, ma può manifestarsi anche nelle settimane o nei mesi successivi alla nascita del bambino (FDA, 2023). Si tratta di un disturbo dell'umore particolarmente invalidante che, nonostante la sua elevata diffusione, è stato storicamente sottovalutato e riconosciuto come entità clinica solo a partire dagli anni Sessanta (Fossey et al., 1997).

La rilevanza clinica e sociale della depressione post partum è oggi ampiamente riconosciuta, tanto da essere considerata un importante problema di sanità pubblica. Essa può compromettere significativamente il benessere psicologico della madre, influenzare la qualità della relazione madre-bambino e incidere negativamente sullo sviluppo emotivo, cognitivo e sociale del bambino (Wisner et al., 2006).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa il 10% delle donne in gravidanza e il 13% delle donne nel periodo successivo al parto sperimentano disturbi mentali, in particolare depressione (WHO, 2024). Nei paesi in via di sviluppo la prevalenza risulta ancora più elevata: studi epidemiologici indicano valori compresi tra il 12,9% e il 50,7% nelle prime quattro settimane dopo il parto, tra il 4,9% e il 50,8% tra la quarta e l'ottava settimana, tra l'8,2% e il 38,2% entro sei mesi e tra il 21% e il 33,2% entro dodici mesi dalla nascita del bambino (Norhayati et al., 2015).

La depressione post partum rappresenta inoltre una delle principali cause di psicopatologia tra le donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni (Cicchello, 2017). È importante sottolineare che questo disturbo può manifestarsi indipendentemente dal numero di gravidanze: una donna che non ha sperimentato depressione alla nascita del primo figlio può comunque svilupparla in gravidanze successive (Leveni et al., 2009).

Secondo Tiffany R. Farchione, direttrice della Divisione di Psichiatria del Center for Drug Evaluation and Research della FDA, la depressione post partum rappresenta una condizione grave e potenzialmente pericolosa per la vita, caratterizzata da sentimenti persistenti di tristezza, senso di colpa, inutilità e, nei casi più gravi, pensieri di autolesionismo o di fare del male al proprio bambino. Inoltre, poiché tale disturbo può compromettere il processo di attaccamento tra madre e figlio, esso può avere conseguenze rilevanti sullo sviluppo fisico ed emotivo del neonato.

La depressione, in generale, è una condizione clinica debilitante associata a una significativa riduzione della qualità della vita (Judd et al., 1998). Tra i sintomi più frequenti si riscontrano perdita di energia, rallentamento psicomotorio, riduzione dell'espressività facciale e difficoltà nelle interazioni sociali. Nel caso della depressione post partum tali manifestazioni possono tradursi in difficoltà nell'interazione con il bambino e nella costruzione del legame affettivo (Lowen, 1972).

L'epidemiologia della depressione nella popolazione generale oscilla tra il 7% e il 13% (Weissman et al., 1996), con una prevalenza nelle donne circa doppia rispetto agli uomini (Kessler et al., 1994; Weissman & Olfson, 1995). Nelle donne, inoltre, la comparsa della sintomatologia depressiva coincide spesso con gli anni della maternità, periodo nel quale l'incidenza di nuovi casi nei mesi successivi al parto risulta circa tre volte superiore rispetto ad altri momenti della vita (Ross & Dennis, 2009). In particolare, alcuni studi indicano una prevalenza del 19,2% di episodi depressivi nei primi tre mesi dopo la nascita del figlio (Gavin et al., 2005).

La depressione post partum si distingue dalle forme depressive classiche sia per il periodo di insorgenza sia per la presenza di specifici fattori ormonali e psicoemotivi. La gravidanza e il puerperio rappresentano infatti periodi di particolare vulnerabilità psicologica per la donna,

caratterizzati da importanti cambiamenti biologici e ormonali che possono influenzare l'equilibrio emotivo (Wisner et al., 2002; Chrousos, Torpy & Gold, 1998).

Nel DSM-5-TR la condizione è definita come “disturbo depressivo maggiore con esordio nel peripartum”, ovvero un episodio depressivo che può manifestarsi durante la gravidanza o entro quattro settimane dal parto). Tuttavia, numerosi studi suggeriscono di estendere tale intervallo temporale fino ai dodici mesi successivi alla nascita, periodo durante il quale i sintomi possono comparire con maggiore frequenza (Gavin et al., 2005).

Il limite diagnostico delle quattro settimane dopo il parto è stato infatti considerato da diversi autori troppo restrittivo, poiché molti episodi depressivi associati alla maternità emergono successivamente (Sharma & Mazmanian, 2014). In linea con questa osservazione, il Ministero della Salute (2024) sottolinea che la depressione post partum tende spesso a manifestarsi tra la sesta e la dodicesima settimana dopo il parto.

La sintomatologia della depressione post partum può essere eterogenea e non sempre immediatamente riconoscibile. In molti casi l'umore depresso non rappresenta il primo segnale del disturbo. Tra i sintomi più frequenti si riscontrano ansia, labilità emotiva, disturbi del sonno, perdita di peso, affaticamento, irritabilità, bassa autostima, senso di colpa, difficoltà nella cura del bambino e paura di arrecargli danno. Alcune donne riferiscono inoltre sentimenti di inadeguatezza rispetto al ruolo materno e timori di non essere capaci di prendersi cura del proprio figlio.

Un elemento rilevante è rappresentato dallo stigma sociale che spesso accompagna questo disturbo. La maternità è infatti culturalmente associata a un'esperienza di felicità e realizzazione personale; di conseguenza, la presenza di sentimenti negativi può generare nelle madri un intenso senso di vergogna e di colpa (Aceti et al., 2012). Questo fenomeno è stato definito da Guedeney (1989) come “paradosso della madre depressa”, ovvero la difficoltà sociale e culturale di riconoscere che una donna possa provare tristezza o sofferenza in un momento considerato universalmente felice.

Molte donne vivono inoltre un conflitto tra l'ideale di maternità socialmente costruito e l'esperienza reale della maternità quotidiana. Tale discrepanza può generare frustrazione e senso di fallimento, portando alcune madri a nascondere i propri vissuti emotivi nel tentativo di aderire a un modello ideale di maternità (Mauthner, 1999; Berggren-Clive, 1998).

In alcuni casi la sintomatologia può evolvere in una vera e propria “spirale depressiva”, caratterizzata da pensieri negativi ricorrenti, ritiro sociale e progressivo aggravamento dello stato emotivo (Grusso & Bramante, 2016). Nelle situazioni più gravi possono comparire pensieri autolesivi o di danneggiamento del bambino.

È importante distinguere la depressione post partum da altre condizioni emotive che possono manifestarsi dopo la nascita del bambino. Tra queste vi è il baby blues, termine coniato dal pediatra e psicoanalista Donald Winnicott, che indica una forma transitoria di instabilità emotiva che interessa circa il 70-80% delle puerpere nei primi giorni dopo il parto (Ministero della Salute, 2024). Tale condizione, considerata una risposta parafisiologica ai cambiamenti ormonali e allo stress del parto, tende a risolversi spontaneamente entro due settimane senza necessità di trattamento.

Diversamente, circa il 10-15% delle donne sviluppa una vera e propria depressione post partum che, se non trattata, può persistere per mesi o anni (Ministero della Salute, 2024). Nei casi più gravi può comparire la psicosi post partum, una condizione rara ma grave che interessa circa una donna su mille ed è caratterizzata da perdita di contatto con la realtà, deliri e allucinazioni (Leveni et al., 2009).

La mancata diagnosi e il mancato trattamento della depressione post partum possono comportare conseguenze significative sia per la madre sia per il bambino. Nei casi più gravi il disturbo può essere associato a rischio di suicidio o infanticidio (Moldenhauer, 2022). Per questo motivo alcuni autori hanno definito la depressione post partum come un “camaleonte clinico”, sottolineando la varietà delle sue manifestazioni sintomatologiche (Beck, 2002).

Infine, è importante sottolineare che la depressione post partum può avere un decorso prolungato. Le donne che ne hanno sofferto presentano un rischio doppio di sviluppare episodi depressivi nei cinque anni successivi rispetto alle donne che hanno sperimentato episodi depressivi in altri momenti della vita (Cooper & Murray, 1995). Inoltre, circa il 50% delle donne continua a manifestare sintomi depressivi fino a due anni dopo la nascita del bambino (Milgrom & McCloud, 1995).

2.4.2 Criteri diagnostici

Nel corso degli anni la classificazione diagnostica della depressione post partum ha subito diverse modifiche all'interno dei manuali diagnostici. Nel DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) la condizione veniva inserita sotto la denominazione di *Mood Disorder with a Post-partum Onset Specifier*, ovvero disturbo dell'umore con specificatore di esordio post-partum. Tale specificatore veniva applicato agli episodi depressivi che insorgevano entro quattro settimane dal parto.

L'introduzione di questa classificazione è relativamente recente: prima della pubblicazione del DSM-IV, nel 1994, la depressione post partum non era esplicitamente riconosciuta all'interno del sistema diagnostico. Nel DSM-IV-TR venivano identificati diversi sottotipi di disturbo depressivo maggiore, tra cui quelli associati al puerperio, caratterizzati da esordio nelle prime settimane dopo il parto.

Anche nel DSM-5-TR (American Psychiatric Association) la depressione post partum non viene considerata come una categoria diagnostica autonoma, ma come uno specificatore del disturbo depressivo maggiore, denominato "*con esordio nel peripartum*". Tale specificatore indica che i sintomi depressivi si manifestano durante la gravidanza o entro quattro settimane dalla nascita del bambino.

Secondo i criteri del DSM-5-TR, la diagnosi di disturbo depressivo maggiore richiede la presenza di almeno cinque sintomi tra quelli indicati nel manuale diagnostico, presenti per un periodo minimo di due settimane e tali da rappresentare un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento dell'individuo. Tra questi sintomi devono necessariamente essere presenti umore depresso oppure marcata perdita di interesse o piacere nelle attività quotidiane.

Tra i principali sintomi individuati dal DSM-5-TR si includono:

- umore depresso per la maggior parte del giorno;
- diminuzione significativa dell'interesse o del piacere nelle attività;
- variazioni significative di peso o dell'appetito;
- insonnia o ipersonnia;
- agitazione o rallentamento psicomotorio;
- affaticamento o perdita di energia;

- sentimenti di autosvalutazione o senso di colpa eccessivo;
- difficoltà di concentrazione o indecisione;
- pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria.

Per poter formulare la diagnosi è inoltre necessario che tali sintomi provochino un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o relazionale, e che non siano attribuibili agli effetti fisiologici di sostanze o di altre condizioni mediche.

Il DSM-5-TR sottolinea inoltre l'importanza di distinguere l'episodio depressivo maggiore da reazioni emotive legate a eventi di perdita significativi, come lutti o gravi difficoltà personali. In questi casi è necessaria una valutazione clinica accurata che tenga conto della storia individuale e del contesto culturale della persona.

Il disturbo depressivo maggiore può presentarsi con diversi livelli di gravità, classificati come lieve, moderato o grave, in base all'intensità dei sintomi e al loro impatto sul funzionamento quotidiano (Grusso & Bramante, 2016).

Il DSM-5-TR prevede inoltre l'utilizzo di specificatori aggiuntivi che consentono di descrivere meglio le caratteristiche cliniche dell'episodio depressivo, tra cui: con ansia, con caratteristiche miste, con caratteristiche melancoliche, con caratteristiche atipiche, con caratteristiche psicotiche congruenti o non congruenti all'umore, con catatonia, con esordio nel peripartum o con andamento stagionale.

Nel caso della depressione perinatale, circa il 50% degli episodi depressivi con esordio nel peripartum si manifesta nel periodo successivo al parto. Studi epidemiologici indicano che circa il 9% delle donne sviluppa un episodio depressivo maggiore durante la gravidanza, mentre una percentuale leggermente inferiore, pari a circa il 7%, lo sperimenta nei dodici mesi successivi alla nascita del bambino.

Il manuale diagnostico evidenzia inoltre che gli episodi depressivi con esordio nel peripartum possono presentarsi con o senza caratteristiche psicotiche. Nei casi più gravi, la presenza di sintomi psicotici può comportare un rischio maggiore di comportamenti autolesivi o di aggressività nei confronti del neonato, soprattutto in presenza di deliri o allucinazioni. Il

rischio è particolarmente elevato nelle donne con una precedente storia di disturbo bipolare o di episodi psicotici post partum.

Il DSM-5-TR distingue infine la depressione post partum dal *maternity blues* o *baby blues*, una condizione caratterizzata da rapidi cambiamenti dell'umore che compare nei primi giorni dopo il parto e tende a risolversi spontaneamente entro una settimana senza necessità di trattamento.

2.4.3 Fattori di rischio e di protezione

L'eziologia della depressione post partum non è ancora completamente definita. Tuttavia la maggior parte degli studiosi concorda nel considerarla il risultato dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Secondo questa prospettiva multifattoriale, elementi neurobiologici e ambientali si combinano con una predisposizione genetica e con specifiche condizioni di vulnerabilità individuale (Grussu & Bramante, 2016).

In letteratura i fattori di rischio sono generalmente suddivisi in tre categorie in base alla loro rilevanza: fattori con effetto forte o moderato, fattori con effetto moderato e fattori con effetto debole. Tra i primi rientrano eventi stressanti della vita e la mancanza di supporto sociale; tra i secondi si collocano i problemi coniugali e relazionali; tra i terzi fattori ostetrici e socioeconomici (Robertson et al., 2004).

Dal punto di vista biologico, uno degli aspetti maggiormente coinvolti riguarda le variazioni ormonali che si verificano durante la gravidanza e nel periodo successivo al parto. In particolare, cambiamenti nei livelli di estrogeni, progesterone, corticosteroidi e ormoni tiroidei possono influenzare la regolazione dell'umore (Baker et al., 2002; O'Keane, 2011). Anche condizioni come l'anemia da carenza di ferro o disturbi del sonno durante la gravidanza sono state associate a un aumento del rischio di depressione postnatale.

A livello neurobiologico, studi hanno evidenziato alterazioni nella regolazione di alcuni neurotrasmettitori, tra cui serotonina e noradrenalina, che svolgono un ruolo fondamentale nella modulazione dell'umore e della motivazione (Leveni et al., 2009).

Dal punto di vista psicologico, un contributo significativo proviene dalle teorie cognitive di Aaron T. Beck, secondo cui la depressione è associata alla presenza della cosiddetta triade

cognitiva negativa, caratterizzata da pensieri negativi su sé stessi, sul mondo e sul futuro (Beck et al., 1987). In presenza di eventi percepiti come stressanti, come la nascita di un figlio, tali schemi cognitivi possono facilitare l'insorgenza della sintomatologia depressiva.

Numerosi studi hanno inoltre evidenziato l'importanza del modello vulnerabilità–stress, secondo il quale gli eventi di vita stressanti rappresentano fattori predittivi della depressione solo in presenza di una specifica vulnerabilità individuale (O'Hara et al., 1991).

Tra i principali fattori di rischio psicologici sono stati individuati:

- precedenti episodi di depressione o disturbi d'ansia;
- disturbo bipolare;
- basso senso di autoefficacia;
- gravidanza non programmata o indesiderata;
- precedenti esperienze traumatiche o violenza;
- giovane età materna;
- complicazioni ostetriche o parto prematuro.

Particolare rilevanza è attribuita anche ai fattori relazionali e sociali, tra cui la qualità della relazione di coppia e il supporto familiare. Numerosi studi hanno dimostrato che una relazione di coppia insoddisfacente o conflittuale rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo della depressione post partum (Milgrom & McCloud, 1996). Al contrario, il sostegno emotivo del partner e della rete sociale rappresenta uno dei principali fattori protettivi.

Recenti ricerche hanno inoltre evidenziato una stretta correlazione tra depressione materna e depressione paterna. La presenza di sintomi depressivi nel partner può infatti aggravare o favorire l'insorgenza della depressione nella madre (Paulson et al., 2016).

Un ulteriore elemento rilevante riguarda lo stile di attaccamento della donna. Studi hanno dimostrato che un attaccamento insicuro è associato a una maggiore probabilità di sviluppare sintomi depressivi nel periodo perinatale (Bifulco et al., 2004). In particolare, uno stile di attaccamento evitante è stato collegato alla depressione prenatale, mentre uno stile ansioso risulta maggiormente associato alla depressione post partum.

- Tra i fattori di protezione più rilevanti si evidenziano:

- una rete di supporto sociale adeguata;
- una relazione di coppia stabile e supportiva;
- interventi informativi e psicoeducativi durante la gravidanza;
- accesso ai servizi sanitari e di sostegno alla maternità.

Interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti alle donne in gravidanza si sono dimostrati efficaci nel ridurre la prevalenza della depressione post partum e nel favorire una maggiore consapevolezza dei sintomi (Grussu & Bramante, 2016).

2.4.4 Strumenti di valutazione

La valutazione della depressione post partum richiede l'utilizzo di strumenti diagnostici e psicometrici che consentano di identificare precocemente la presenza di sintomi depressivi e di valutarne la gravità. È tuttavia importante sottolineare che tali strumenti hanno principalmente una funzione di screening e non possono sostituire una valutazione clinica approfondita.

Tra gli strumenti maggiormente utilizzati per la valutazione dei sintomi depressivi vi è il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), che indaga la presenza dei nove sintomi della depressione indicati dal DSM-5 nelle due settimane precedenti. Un punteggio pari o superiore a 10 indica la possibile presenza di una depressione clinicamente significativa (Gilbody et al., 2007).

Nel contesto perinatale, tuttavia, alcuni sintomi come affaticamento o disturbi del sonno possono essere comuni anche nelle madri senza depressione, motivo per cui sono stati sviluppati strumenti specifici per il periodo postnatale.

Tra questi il più utilizzato è la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987), un questionario autosomministrato composto da 10 item con scala di risposta da 0 a 3. Il test valuta la presenza e la gravità dei sintomi depressivi nel periodo post partum ed è stato validato in numerose culture, inclusa quella italiana (Benvenuti et al., 1999). Generalmente un punteggio pari o superiore a 12,5 viene considerato indicativo di rischio per depressione postnatale.

Un altro strumento specifico è la Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) (Beck & Gable, 2000), composta da 35 item che indagano diverse dimensioni della sintomatologia depressiva, tra cui disturbi del sonno, ansia, labilità emotiva, senso di colpa e pensieri suicidari.

Per una valutazione diagnostica più approfondita possono essere utilizzate interviste cliniche strutturate, come la SCID-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5), che consente di formulare diagnosi secondo i criteri del DSM. Sebbene richieda tempi di somministrazione più lunghi, questa intervista permette di raccogliere informazioni dettagliate sulla storia psicopatologica dell'individuo.

Tra gli strumenti più diffusi per la valutazione della gravità della depressione vi è il Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck et al., 1996), composto da 21 item che esplorano le componenti cognitive, emotive e somatiche della depressione.

Altri strumenti utilizzati in ambito clinico includono:

- la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), particolarmente efficace nell'identificazione delle forme depressive più gravi;
- la Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), sensibile ai cambiamenti dei sintomi durante il trattamento;
- la CES-D Scale e la Zung Self-Rating Depression Scale, utilizzate soprattutto in ambito epidemiologico.

Accanto agli strumenti standardizzati, la valutazione clinica può essere integrata da tecniche di monitoraggio dell'umore e delle attività quotidiane, come il grafico settimanale dell'umore o la scheda di registrazione delle attività, che permettono di osservare nel tempo l'andamento della sintomatologia e di individuare eventuali fattori scatenanti o di mantenimento (Milgrom et al., 2003).

In ogni caso, la diagnosi di depressione post partum deve sempre essere formulata attraverso un colloquio clinico approfondito, che consenta di distinguere tra sintomi fisiologici legati al periodo postnatale e manifestazioni psicopatologiche vere e proprie

2.5 Maternity Blues

Il periodo postpartum rappresenta una fase di grande trasformazione nella vita della donna, caratterizzata da profondi cambiamenti fisici, endocrini, psicologici e sociali. La nascita di un figlio costituisce infatti un evento di grande rilevanza che implica un processo di adattamento complesso alla nuova condizione di maternità. Durante questa fase, la donna può

sperimentare una serie di alterazioni dell'equilibrio emotivo che, nella maggior parte dei casi, risultano transitorie e fisiologiche. Tuttavia, in alcune circostanze tali cambiamenti possono evolvere verso disturbi dell'umore più strutturati.

Tra le condizioni più frequenti nel periodo immediatamente successivo al parto vi è la *maternity blues*, comunemente nota anche come *baby blues* o *postpartum blues*. Questa condizione è caratterizzata da una serie di manifestazioni emotive che includono tristezza, irritabilità, instabilità dell'umore e pianto facile, che insorgono generalmente nei primi giorni dopo la nascita del bambino. Nonostante si tratti di una condizione generalmente lieve e autolimitante, la *maternity blues* riveste un'importanza significativa dal punto di vista clinico, in quanto può rappresentare un fattore predisponente allo sviluppo di disturbi più gravi, come la depressione *postpartum*.

La comprensione delle caratteristiche della *maternity blues* è pertanto fondamentale per i professionisti sanitari che operano nell'ambito della salute materno-infantile, tra cui ostetriche, ginecologi, psicologi e infermieri. L'identificazione precoce dei sintomi e la messa in atto di adeguate strategie di supporto possono contribuire a migliorare il benessere della madre e a prevenire possibili complicazioni psicologiche nel periodo *postpartum*.

Questo capitolo si propone di analizzare le principali caratteristiche della *maternity blues*, soffermandosi sulla definizione della condizione, sulla sua prevalenza nella popolazione, sui principali fattori di rischio e sulle implicazioni per la salute mentale materna.

2.5.1 Definizione e inquadramento clinico

La *maternity blues* rappresenta una forma di alterazione emotiva transitoria che si manifesta nei primi giorni successivi al parto. Dal punto di vista clinico, essa è caratterizzata da sintomi quali labilità emotiva, pianto immotivato, irritabilità, ansia, affaticamento, difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno. Queste manifestazioni tendono a comparire generalmente tra il terzo e il quinto giorno dopo il parto, raggiungendo il picco di intensità durante la prima settimana e risolvendosi spontaneamente entro circa due settimane.

A differenza di altri disturbi dell'umore *postpartum*, come la depressione *postpartum* o la psicosi *postpartum*, la *maternity blues* non comporta una compromissione significativa delle capacità funzionali della madre. Le donne che sperimentano questa condizione mantengono

generalmente la capacità di prendersi cura del proprio neonato e di svolgere le normali attività quotidiane, sebbene possano manifestare una maggiore vulnerabilità emotiva.

Dal punto di vista diagnostico, la maternity blues non è classificata come un disturbo psichiatrico autonomo nei principali manuali diagnostici internazionali, come il DSM-5. Tuttavia, la sua elevata frequenza e il suo potenziale ruolo come fattore di rischio per altri disturbi dell'umore postpartum ne rendono rilevante lo studio nell'ambito della salute mentale perinatale.

La natura transitoria della maternity blues suggerisce che essa rappresenti una risposta fisiologica all'adattamento psicologico e biologico che la donna deve affrontare dopo il parto. In questo senso, la maternity blues può essere considerata come una fase di transizione emotiva legata al processo di riorganizzazione della vita familiare e personale.

La maternity blues rappresenta il disturbo emotivo più comune nel periodo immediatamente successivo al parto. Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato una notevole variabilità nella prevalenza della condizione, che può dipendere da diversi fattori, tra cui le differenze culturali, i criteri diagnostici utilizzati e le metodologie di ricerca adottate.

Secondo una revisione sistematica della letteratura scientifica, la prevalenza media della maternity blues è stimata intorno al 39%, con valori che variano tra il 13,7% e il 76% nelle diverse popolazioni studiate. Questa ampia variabilità riflette la complessità della condizione e la difficoltà nel definire criteri diagnostici uniformi.

Altri studi riportano che fino al 50–75% delle donne può sperimentare sintomi di baby blues nei primi giorni dopo il parto. Tali dati evidenziano come la maternity blues rappresenti una condizione estremamente diffusa nel periodo postpartum e sottolineano l'importanza di riconoscerla come parte integrante dell'esperienza materna per molte donne.

Nonostante la sua elevata frequenza, la maternity blues rimane spesso sottovalutata nella pratica clinica, in quanto i sintomi vengono talvolta considerati una reazione normale e inevitabile alla nascita di un figlio. Tuttavia, la sua identificazione precoce può consentire di monitorare le donne a rischio di sviluppare disturbi dell'umore postpartum più gravi.

2.5.2 Fattori biologici

Uno degli elementi principali che contribuiscono alla comparsa della maternity blues è rappresentato dai profondi cambiamenti ormonali che si verificano immediatamente dopo il parto. Durante la gravidanza, i livelli di estrogeni e progesterone aumentano progressivamente, raggiungendo concentrazioni molto elevate. Dopo la nascita del bambino e l'espulsione della placenta, tali livelli subiscono una rapida e drastica riduzione.

Questo improvviso cambiamento endocrino può influenzare i sistemi neurotrasmettitoriali coinvolti nella regolazione dell'umore, tra cui serotonina, dopamina e noradrenalina. La riduzione dei livelli ormonali può quindi contribuire alla comparsa di sintomi quali irritabilità, tristezza e instabilità emotiva.

Oltre alle variazioni ormonali, anche altri fattori biologici possono svolgere un ruolo nello sviluppo della maternity blues. Tra questi vi sono la stanchezza fisica legata al travaglio e al parto, le alterazioni del ritmo sonno-veglia e le modificazioni del sistema immunitario che si verificano nel periodo postpartum.

La combinazione di questi fattori biologici crea una condizione di particolare vulnerabilità che può facilitare l'insorgenza di sintomi emotivi transitori nelle prime settimane dopo la nascita del bambino.

2.5.3 Fattori psicologici e sociali

Oltre agli aspetti biologici, anche i fattori psicologici e sociali svolgono un ruolo significativo nello sviluppo della maternity blues. La transizione alla maternità comporta infatti una riorganizzazione profonda dell'identità personale e delle dinamiche familiari.

Tra i fattori psicologici maggiormente associati alla maternity blues vi sono l'ansia legata al nuovo ruolo materno, le aspettative irrealistiche sulla maternità e il timore di non essere in grado di prendersi adeguatamente cura del neonato. In particolare, le donne alla prima gravidanza possono sperimentare un livello maggiore di incertezza e stress, che può contribuire alla comparsa di sintomi emotivi.

Anche il contesto sociale e familiare rappresenta un elemento determinante. La presenza di un adeguato supporto da parte del partner, della famiglia e della rete sociale può infatti svolgere

un ruolo protettivo nei confronti della salute mentale materna. Al contrario, condizioni di isolamento sociale, conflitti familiari o difficoltà economiche possono aumentare il rischio di sviluppare maternity blues.

Ulteriori fattori di rischio includono esperienze di parto traumatico, complicazioni ostetriche, gravidanze non pianificate e precedenti disturbi psicologici. Questi elementi evidenziano come la maternity blues sia il risultato dell'interazione tra componenti biologiche, psicologiche e sociali.

Sebbene la maternity blues sia generalmente considerata una condizione transitoria e benigna, la letteratura scientifica suggerisce che essa possa rappresentare un importante fattore predittivo per lo sviluppo della depressione postpartum.

La depressione postpartum è un disturbo dell'umore che può manifestarsi nelle settimane o nei mesi successivi al parto e che interessa circa il **10–15% delle donne**. A differenza della maternity blues, la depressione postpartum è caratterizzata da sintomi più gravi e persistenti, tra cui tristezza profonda, perdita di interesse nelle attività quotidiane, senso di colpa, difficoltà di concentrazione e, nei casi più gravi, pensieri suicidari.

Numerosi studi hanno evidenziato che le donne che sperimentano sintomi intensi o prolungati di maternity blues presentano un rischio maggiore di sviluppare depressione postpartum. Pertanto, il riconoscimento precoce della maternity blues può rappresentare un importante strumento di prevenzione.

Il monitoraggio dei sintomi emotivi nel periodo postpartum consente infatti di individuare tempestivamente le donne che potrebbero necessitare di un supporto psicologico più strutturato.

I professionisti sanitari che operano nell'ambito dell'assistenza materno-infantile svolgono un ruolo fondamentale nell'identificazione e nella gestione della maternity blues. In particolare, le ostetriche rappresentano spesso la figura di riferimento per le neomadri durante il periodo postpartum e possono contribuire in modo significativo al riconoscimento precoce dei sintomi.

L'ascolto attivo, il sostegno emotivo e la promozione di un ambiente di cura accogliente rappresentano strumenti essenziali per favorire il benessere psicologico della donna. Inoltre, l'informazione e l'educazione delle neomadri riguardo ai possibili cambiamenti emotivi del periodo postpartum possono contribuire a ridurre l'ansia e a normalizzare l'esperienza della maternity blues.

Nei casi in cui i sintomi risultino particolarmente intensi o persistenti, può essere opportuno indirizzare la donna verso un supporto psicologico o psichiatrico specialistico. L'approccio multidisciplinare, che coinvolge ostetriche, ginecologi, psicologi e psichiatri, rappresenta la strategia più efficace per garantire una presa in carico completa della salute mentale materna.

La maternity blues rappresenta una condizione emotiva molto diffusa nel periodo immediatamente successivo al parto e costituisce una risposta fisiologica ai profondi cambiamenti biologici, psicologici e sociali associati alla nascita di un figlio. Nonostante la sua natura generalmente transitoria e autolimitante, la maternity blues riveste una notevole importanza clinica, in quanto può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dell'umore postpartum più gravi.

La comprensione dei meccanismi biologici, psicologici e sociali che contribuiscono alla comparsa della maternity blues è fondamentale per promuovere strategie efficaci di prevenzione e supporto. In questo contesto, il ruolo dei professionisti sanitari risulta centrale nel riconoscimento precoce dei sintomi e nell'offerta di un adeguato sostegno alle neomadri.

Promuovere una maggiore consapevolezza riguardo alla maternity blues e ai disturbi emotivi del periodo postpartum rappresenta un passo fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza materna e favorire il benessere psicologico delle donne durante la transizione alla maternità.

2.6 Disturbi d'ansia nel post partum

Nel campo della genitorialità, la ricerca si è concentrata per lungo tempo principalmente sui disturbi dell'umore come fattori di rischio, mentre solo negli ultimi anni si è sviluppato un interesse più ampio verso i disturbi d'ansia durante il periodo perinatale (Glasheen et al., 2010; Hernández-Martínez et al., 2010; Austin et al., 2007; Devis et al., 2004; Field et al., 2003). Questo

crescente interesse è legato alla maggiore attenzione rivolta alle possibili conseguenze della sintomatologia ansiosa sulla salute della gestante e sullo sviluppo del feto, nonché alla frequente comorbidità tra disturbi dell'umore e disturbi d'ansia anche durante la gravidanza.

Numerosi studi hanno evidenziato l'impatto significativo della depressione materna sulla qualità della relazione madre-bambino e hanno mostrato come i sintomi depressivi, già presenti durante la gravidanza, possano essere aggravati dalla presenza concomitante di disturbi ansiosi (Austin et al., 2007; Monti & Agostini, 2006). Inoltre, stati ansiosi e depressivi che emergono nella fase prenatale tendono spesso a persistere anche nel periodo successivo alla nascita, aumentando così il rischio di sviluppare una depressione post-partum (Andersson, 2003; Heron, 2004; Austin, 2007; Grant, 2008).

Le evidenze empiriche suggeriscono inoltre che la depressione post-partum e l'ansia materna possano interferire con la costruzione di un attaccamento sicuro tra madre e bambino e rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo cognitivo, emotivo e comportamentale del bambino (Davis & Sandman, 2010; O'Connor et al., 2002; Bosquet & Egeland, 2001; Brouwers et al., 2001; Cooper et al., 1996).

In gravidanza, tuttavia, la componente ansiosa non assume necessariamente un significato patologico. In molti casi essa rappresenta una risposta adattiva, funzionale alla preparazione della donna alle esperienze del travaglio, del parto e del periodo successivo alla nascita. Negli ultimi mesi di gestazione la donna avvia infatti un processo di preparazione psicologica all'incontro con il bambino e al cambiamento del proprio ruolo di vita. In questa fase può entrare in uno stato di intensa concentrazione mentale sul futuro figlio, definito da Winnicott negli anni Cinquanta *primary maternal preoccupation* (Winnicott, 2016).

Questo stato mentale, caratterizzato da un aumento delle preoccupazioni e da una particolare sensibilità ai segnali del bambino, può iniziare intorno all'ottavo mese di gravidanza e protrarsi fino ai primi tre mesi dopo il parto. Tale condizione ha un valore evolutivo e adattivo, poiché facilita la sintonizzazione della madre con i bisogni del neonato e favorisce l'instaurarsi di modalità relazionali e di attaccamento positive (Ammaniti, 2008).

Quando l'ansia materna si mantiene entro livelli moderati e temporanei, essa svolge quindi una funzione protettiva e preparatoria. Al contrario, se diventa intensa, persistente e

interferisce con il funzionamento quotidiano della donna, può assumere una connotazione patologica e richiedere attenzione clinica.

Un numero crescente di studi evidenzia come lo stato psicobiologico della madre durante la gravidanza e nel primo periodo successivo al parto rappresenti un fattore determinante per lo sviluppo del bambino. Questo risulta particolarmente evidente quando i livelli di ansia materna diventano elevati e persistenti nel tempo. In tali condizioni, le possibili influenze sul feto sembrano essere legate alle modificazioni psicobiologiche che interessano la madre; tali effetti, inoltre, vengono successivamente modulati dalla qualità della relazione che si instaura tra madre e bambino (Grant et al., 2010; Devis et al., 2004).

Lo studio della psicopatologia ansiosa nel periodo perinatale è tuttavia complesso, poiché la letteratura evidenzia una notevole eterogeneità sia nei costrutti teorici utilizzati sia nelle metodologie di ricerca impiegate. Questa varietà rende difficile delineare un quadro fenomenologico unitario dell'ansia in questa fase della vita.

Nonostante tali differenze, la ricerca ha individuato tre principali aree di indagine relative all'ansia nel periodo perinatale: l'ansia di stato e di tratto, le ansie specifiche della gravidanza e le manifestazioni cliniche dei disturbi ansiosi. Queste dimensioni non riguardano soltanto l'esperienza affettiva della donna, ma coinvolgono anche importanti componenti fisiologiche e psicobiologiche.

Una particolare attenzione, negli ultimi anni, è stata rivolta alle ansie specifiche della gravidanza, definite in letteratura come *Pregnancy Specific Anxiety* (PSA). Il primo modello teorico in questo ambito è stato proposto da Standley e collaboratori (1979), che individuarono tre principali dimensioni dell'ansia: le preoccupazioni legate alla gravidanza e al parto, quelle relative al futuro ruolo genitoriale e alla cura del bambino, e la presenza di una più generale sintomatologia psichiatrica.

Successivamente, Levin (1991) ampliò questa prospettiva identificando tre ulteriori ambiti di preoccupazione associati a momenti specifici dell'esperienza perinatale: la gravidanza, il parto e l'eventuale ospedalizzazione. In anni più recenti, Brockington e collaboratori (2006) hanno focalizzato l'attenzione su alcune forme particolarmente intense di ansia prenatale, tra cui la paura patologica di anomalie o morte del feto, l'eccessiva preoccupazione di non essere una madre adeguata e la fobia del parto, nota come tocofobia.

Nel periodo successivo alla nascita, l'ansia clinica materna può manifestarsi soprattutto attraverso paure centrate sul bambino e sulla sua salute. Tra queste rientrano, ad esempio, il timore della sindrome della morte improvvisa del lattante, che può portare la madre a lunghi periodi di vigilanza notturna, la paura che il bambino possa essere rapito oppure la costante preoccupazione di non riuscire ad accudirlo in modo adeguato (Brockington et al., 2006). Queste osservazioni, emerse principalmente dalla pratica clinica, hanno stimolato un crescente interesse nello studio delle caratteristiche specifiche dell'ansia nel periodo prenatale.

Il costrutto di *Pregnancy Specific Anxiety* identifica infatti contenuti tipici delle preoccupazioni legate alla gravidanza, tra cui i timori riguardanti eventuali anomalie o disabilità del feto, la paura dell'esperienza del parto e le ansie connesse ai cambiamenti corporei e alla possibilità di non recuperare la propria forma fisica dopo la nascita (Huizink et al., 2004).

Altri studi hanno inoltre individuato quattro principali ambiti di preoccupazione per le donne in gravidanza: gli aspetti interpersonali, come la relazione con il partner, la famiglia e gli amici; le condizioni socioeconomiche legate alla nascita del bambino, quali lavoro e abitazione; le questioni mediche, comprese visite ed eventuali ospedalizzazioni; e infine le preoccupazioni riguardanti la salute della madre, del feto o di altre persone significative (Penacoba-Puente et al., 2011; Petersen et al., 2009).

Tra queste forme di ansia, quelle maggiormente riscontrate in studi condotti in diversi contesti culturali riguardano la paura del parto e le preoccupazioni per la salute del feto, come il rischio di aborto o il timore che possano verificarsi complicazioni durante la gravidanza. Tali preoccupazioni tendono a essere più intense nelle prime fasi della gestazione, a diminuire nel secondo trimestre e ad aumentare nuovamente verso la fine della gravidanza (Carmona Monge et al., 2012).

Per quanto riguarda invece la distinzione tra ansia di stato e ansia di tratto, si fa riferimento alla tradizionale classificazione proposta da Spielberger (1983). L'ansia di stato rappresenta una condizione emotiva temporanea caratterizzata da sentimenti di tensione, preoccupazione, nervosismo e inquietudine. Essa emerge in risposta a specifiche situazioni percepite come minacciose e si accompagna a modificazioni fisiologiche legate all'attivazione del sistema nervoso autonomo.

L'ansia di tratto, al contrario, costituisce una caratteristica relativamente stabile della personalità. Gli individui con elevati livelli di ansia di tratto tendono a interpretare molte situazioni della vita quotidiana come potenzialmente pericolose o minacciose, mostrando una maggiore reattività emotiva anche in contesti che per la maggior parte delle persone non rappresentano una reale fonte di pericolo. A queste componenti psicologiche si associano anche manifestazioni somatiche, dovute alla forte attivazione del sistema nervoso autonomo e alla liberazione di catecolamine, che producono specifiche risposte fisiologiche nell'organismo (Farnè, 2003).

Le conseguenze di tali attivazioni possono determinare importanti modificazioni nell'ambiente intrauterino, con possibili ripercussioni sullo sviluppo del bambino (Brand & Brennan, 2009). Le reazioni di apprensione e allarme tipiche dei soggetti altamente ansiosi risultano infatti simili a quelle osservate nelle condizioni di stress prolungato. Dal punto di vista biologico, entrambe sembrano essere mediate da alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), con un aumento del rilascio di ormoni dello stress, in particolare del cortisolo. Tali modificazioni possono influenzare l'ambiente prenatale e, di conseguenza, lo sviluppo del feto.

2.6.1 Epidemiologia dei disturbi d'ansia nel periodo perinatale

Numerosi studi epidemiologici evidenziano come i disturbi d'ansia siano particolarmente diffusi nella popolazione femminile, interessando circa il 30% delle donne nel corso della vita (Kessler et al., 1994). Tuttavia, per quanto riguarda il periodo della gravidanza e del post-partum, le ricerche più recenti non indicano un'incidenza significativamente più elevata di disturbi ansiosi rispetto a quella osservata nella popolazione generale femminile (Vesga-Lopez et al., 2008; Uguz et al., 2010).

Durante la gravidanza, la prevalenza dei disturbi d'ansia è stimata tra il 15% e il 23% (Grant et al., 2008; Skouteris et al., 2009; Uguz et al., 2010). Alcuni studi, tuttavia, suggeriscono percentuali più elevate, indicando che la sintomatologia ansiosa potrebbe interessare tra il 33% e il 55% delle gestanti (Coelho et al., 2010; Lee et al., 2007; Grant et al., 2008; Faisal-Cury & Menezes, 2009). Per quanto riguarda l'andamento nel corso della gravidanza, diversi studi evidenziano come oltre il 25% delle donne presenti livelli clinicamente significativi di ansia soprattutto nel primo e nel terzo trimestre, mentre nel secondo trimestre tali livelli tendono generalmente a ridursi (Ross & McLean, 2006; Lee et al., 2007; Teixeira et al., 2009).

Anche nel contesto italiano emergono dati simili. Uno studio condotto da Borri e collaboratori (2008) ha rilevato una prevalenza del 21,7% di disturbi d'ansia in fase prenatale. Risultati analoghi sono stati ottenuti dal gruppo di ricerca di Giardinelli (2011), che, attraverso l'utilizzo sia di interviste diagnostiche strutturate sia di questionari self-report, ha individuato stime di incidenza pari rispettivamente al 21% e al 20,5%.

L'esito positivo del parto tende generalmente a ridurre sia i sintomi depressivi sia quelli ansiosi. Andersson e collaboratori (2006), ad esempio, hanno rilevato una prevalenza di ansia o disturbi dell'umore pari al 29,2% nel terzo trimestre di gravidanza, che scende al 16,5% nel periodo successivo al parto. Un andamento simile è stato osservato anche nello studio di Britton (2008). Analogamente, Figueiredo e Conde (2011), utilizzando lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983), hanno riscontrato livelli elevati di ansia nel 18,2% delle donne nel terzo trimestre di gravidanza, rispetto al 4,7% a tre mesi dal parto. Tuttavia, altri studi suggeriscono che i sintomi ansiosi possano rimanere relativamente stabili nel passaggio alla genitorialità (Canals et al., 2002).

L'inquadramento nosografico dei disturbi d'ansia nel periodo perinatale risulta complesso. Questa difficoltà è dovuta non solo alla frequente comorbilità tra sintomi ansiosi e depressivi (Austin et al., 2010), ma anche alla sovrapposizione tra sintomi fisici e psicologici tipici della gravidanza e manifestazioni proprie di specifici disturbi d'ansia. In alcuni casi tali disturbi possono riattivarsi durante la gravidanza o esordire proprio nel periodo perinatale (Giardinelli et al., 2011).

A questo proposito, lo studio di Matthey e Ross-Hamid (2011) ha analizzato in che misura i sintomi fisici legati ai cambiamenti fisiologici della gravidanza possano influenzare la diagnosi di disturbi ansiosi e depressivi. I risultati mostrano che tali sintomi interferiscono con la diagnosi solo in una minoranza di casi: circa un quinto delle donne con disturbo d'ansia generalizzato (GAD) presenta una sovrapposizione diagnostica significativa. Per quanto riguarda il disturbo di panico, invece, il numero di casi osservati nello studio era troppo ridotto per consentire analisi statisticamente robuste. Gli autori sottolineano inoltre che, a differenza del disturbo depressivo maggiore, i sintomi centrali dei disturbi d'ansia — come l'eccessiva preoccupazione nel GAD — non sembrano essere direttamente causati dalle modificazioni fisiche della gravidanza. Pertanto, il rischio di sovrastimare la prevalenza dei disturbi ansiosi nel

periodo prenatale appare relativamente limitato, anche se ulteriori studi su campioni più ampi risultano necessari (Matthey & Ross-Hamid, 2011).

2.6.2 Disturbo di panico

Il disturbo di panico è caratterizzato dalla presenza di attacchi ricorrenti e inattesi di intensa ansia o paura, che persistono per almeno un mese e sono accompagnati da preoccupazioni riguardanti il significato degli attacchi, le loro possibili conseguenze o i cambiamenti comportamentali ad essi associati, come comportamenti di evitamento o agorafobia. Durante l'attacco di panico, il soggetto sperimenta un periodo di intensa paura accompagnato da almeno quattro sintomi somatici o cognitivi, tra cui paura di morire, paura di perdere il controllo, sensazione di soffocamento, difficoltà respiratorie o tremori.

Nel periodo post-natale, gli attacchi di panico possono talvolta intensificarsi, determinando in alcune donne l'insorgenza di comportamenti agorafobici e una progressiva tendenza all'isolamento sociale. In gravidanza, la prevalenza del disturbo di panico è stimata tra l'1,3% e il 2,5%, mentre a un anno dal parto l'incidenza varia tra l'1% e il 2%. Le stime di prevalenza nel corso della vita oscillano invece tra l'1,5% e il 3,5%, con un esordio che si colloca generalmente nella tarda adolescenza (Ross & McLean, 2006; Guler et al., 2008).

Sebbene i sintomi degli attacchi di panico durante il periodo prenatale e post-partum siano sostanzialmente sovrapponibili a quelli osservati nella popolazione generale, le donne tendono spesso a interpretarli alla luce della loro condizione perinatale. Alcuni studi qualitativi hanno evidenziato, ad esempio, che donne con disturbo di panico a sei settimane dal parto attribuivano la propria agorafobia alla difficoltà di partecipare ad attività di gruppo dedicate ai neonati, manifestando preoccupazioni legate al possibile isolamento sociale dei loro figli (Beck, 1998).

E' stato evidenziato che nel post-partum vi è un maggior rischio, per la madre, di ricaduta e di nuova insorgenza del disturbo di panico (Bravanisha et al., 2008). Questo potrebbe suggerire come la gravidanza possa rappresentare una particolare condizione di protezione dalla comparsa di nuova sintomatologia di panico. Sholomskas et al. (1993) e Bandelow (2006) hanno rilevato che le donne primipare soffrivano maggiormente di disturbo di panico, rispetto alle donne che avevano avuto almeno una gravidanza. Gli studi sull'andamento del disturbo di panico in gravidanza riportano risultati discordanti. Sebbene in limitati contributi sembra che proprio nel

periodo prenatale si verifichi l'esordio del disturbo, la maggior parte delle ricerche ritiene che la gravidanza comporti un miglioramento di tale sintomatologia, come conseguenza di modificazioni fisiologiche ormonali, del metabolismo, del progesterone e della risposta noradrenergica allo stress (Majewskca et al., 1986; Barron et al., 1986).

Studi che hanno utilizzate metodologie retrospettive per descrivere l'andamento del disturbo tendono ad indicare il periodo post partum come maggiormente critico (Klein, 1994; Cowley, 1989), mentre in lavori più recenti che hanno confrontato donne in gravidanza a popolazioni di controllo mostrano una più alta incidenza del disturbo nel terzo trimestre di gravidanza, ma nella gravità sintomatologica nessuna differenza (Guler et al., 2008). Altre evidenze suggeriscono come lo stato perinatale della donna non influenzi la gravità della sintomatologia (Wisner et al., 1996; Cohen et al., 1994; 1996). Ad esempio, in uno studio longitudinale con donne con attacco di panico, e in comorbilità disturbi dell'umore, seguite per 5 anni, è stato riscontrato come nella maggior parte dei casi non ci siano stati cambiamenti nella sintomatologia né durante la gravidanza, né nel periodo post partum. Tuttavia, quando la sintomatologia subisce variazioni, nel periodo prenatale tende a portare a un decremento nei sintomi, mentre nel post partum ad un peggioramento del quadro sintomatologico (Cohen et al., 1998).

Il miglioramento dei sintomi di panico in gravidanza e il peggioramento nel post partum potrebbe essere spiegato attraverso l'azione sinergica di due fattori: la teoria del fals suffocation alarm e cambiamenti ormonali. Secondo la teoria di Donald Klein (1994) del false suffocation alarm, il disturbo di panico potrebbe essere causato da un'abnorme sensibilità alla CO₂ (Wenzel et al., 2005). In questi soggetti la soglia per l'attivazione del sistema che monitorizza il soffocamento sarebbe più bassa facendo sì che il sistema si attivi anche in condizioni di pCO₂ normale. Durante la gravidanza, l'aumento del progesterone, che ha un effetto stimolante la respirazione, induce la tendenza alla iperventilazione e quindi una riduzione della pCO₂. In accordo con questa teoria, la gravidanza porterebbe quindi ad un'attenuazione degli attacchi di panico, aumentando il divario fra i livelli di pCO₂ e la soglia per l'attivazione del sistema che monitorizza il soffocamento. Al contrario, durante il post-partum la brusca riduzione del progesterone causerebbe un'improvvisa assenza di tale effetto con un conseguente aumento dei sintomi di panico (Wenzel et al., 2001). Inoltre, relativamente l'ambiente ormonale, in gravidanza la concentrazione di estradiolo e progesterone aumenta di centinaia di volte e 4-5 giorni dopo il

parto la loro concentrazione precipita. Sia gli estrogeni che il progesterone (Sutter-Dally et al., 2004) hanno effetto ansiolitico: i primi per la loro azione sui sistemi serotoninergico, noradrenergico e dopaminergico, il secondo per la sua azione BDZ-simile sul sistema GABAergico (Smith et al., 2004). È quindi comprensibile che il loro aumento in gravidanza possa determinare un miglioramento dei sintomi di panico e che la loro repentina riduzione nel post partum possa causare invece un aggravamento.

Secondo Ross e McLean (2006), e come confermato da altri recenti studi (Borri et al., 2010), la severità dei sintomi rilevati prima della gravidanza rappresenta il maggior predittore dell'andamento del disturbo: la presenza di precedenti episodi prima della fase prenatale anticipa un peggior decorso della sintomatologia. Le donne che presentano PD presentano una riduzione del comportamento di evitamento agorafobico confrontate a donne con lo stesso disturbo ma non gestanti (Guler et al., 2008). Il disturbo di panico ha un'alta probabilità di presentarsi in comorbidità ad altri disturbi psichiatrici, in particolar modo con il disturbo depressivo maggiore (Lesser et al., 1988): i soggetti che presentano un quadro di comorbidità tra il disturbo depressivo maggiore e il disturbo di panico riportano una sintomatologia più grave (Andrade et al., 1994), minor risposta al trattamento psicoterapeutico (Feske et al., 1998, Frank et al., 2000) e al trattamento farmacologico (Frank et al., 2000), se comparati ai soggetti con sintomatologia di disturbo di panico senza comorbidità. Tendo conto di ciò, il gruppo di ricerca italiano di Rambelli e collaboratori (2010) ha portato a termine un ampio studio prospettico che ha coinvolto oltre 1000 donne dal terzo trimestre di gravidanza fino al dodicesimo mese post partum. Delle 24 donne italiane a cui era stato diagnosticato disturbo di panico durante la gravidanza, 6 (25%) hanno sofferto di depressione post partum. Dai risultati dello studio emerge una significativa associazione tra disturbo di panico in gravidanza e la possibilità di sviluppare disturbo depressivo nel periodo post partum, mentre non vi è la medesima significatività per altri disturbi d'ansia nel predire lo sviluppo di depressione post partum. Lo studio di Rambelli e collaboratori (2010) suggerisce che le donne che hanno una storia passata di disturbo di panico o storia familiare di disturbo di panico hanno rispettivamente una probabilità di 2.1 e 2.5 volte superiore di sviluppare depressione post partum, le donne che esperiscono disturbo di panico in epoca prenatale hanno invece una probabilità del 4.2 di sviluppare depressione post partum rispetto alle donne senza anamnesi di disturbo di panico, indipendentemente dalla comorbidità del disturbo di panico con depressione maggiore.

2.6.3 Disturbo Ossessivo Compulsivo (OCD)

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (OCD) individua sintomi ossessivo e/o compulsivi che causano marcata sofferenza e che interferiscono in modo significativo con il funzionamento psicosociale dell'individuo. La misura di "significativa interferenza" è indicata dal tempo di almeno un'ora speso nella sintomatologia per assecondare i pensieri ossessivi o le compulsioni; tuttavia, laddove sia presente un evitamento delle situazioni che portano al rituale, occorre comunque valutare il tempo e le risorse investite nei processi di elusione in termini di interferenza con l'adeguato funzionamento del soggetto (Dettore, 1998). Il disturbo viene diagnosticato se compromette il funzionamento globale (sociale, lavorativo, relazionale) e se non è meglio giustificato da altri disturbi d'ansia o malattie psichiatriche dovute a condizioni mediche generali. La prevalenza del disturbo ossessivo-compulsivo (OCD) nel periodo perinatale varia tra 0,2% e il 3,9%, mentre nella popolazione generale le stime del disturbo lifetime si aggirano al 2,5% (Smith et al., 2004; Ross e McLean, 2006).

Alcune ricerche riportano come le ossessioni nel periodo perinatale spesso includano ossessioni aggressive, come la paura di fare del male al proprio bambino, sia in modo intenzionale che accidentale (Arnold et al., 1999; Sichel et al., 1993). Ad esempio, nello studio condotto da Labad e collaboratori (2006) è stato riscontrato come nel 54% delle donne con OCD, le ossessioni e/o compulsioni indagate risultano centrate sul feto o sul neonato nel periodo neonatale. La presenza di simili pensieri intrusivi quando caratterizzati da minore invasività, è stata riscontrata in un ampio campione di neogenitori e ciò ha condotto ad una teoria evuzionistica che interpreta tali pensieri in termini adattativi, in quanto il livello superiore di vigilanza proteggerebbe il bambino da rischi potenziali (Ross e McLean, 2006). Lo studio di Fairbrother e Woody (2008) condotto su 100 donne indica come pensieri di poter fare accidentalmente del male al proprio bimbo possano essere comuni nel periodo post partum. I pensieri di poterlo danneggiare volontariamente risultano più invalidanti qualora si accompagnino con alto stress livello di stress genitoriale e bassa percezione di supporto sociale e tendono ad accompagnarsi a sintomi depressivi (Fairbrother e Woody, 2008).

Pensieri intrusivi indesiderati, come quello di poter far del male al proprio bimbo, sia accidentalmente che involontariamente, potrebbero essere sollecitati da più fattori. Da una parte, tali pensieri potrebbero rappresentare un normale correlato dello stress associato all'essere genitori e alle aumentate responsabilità che esso comporta. Tuttavia, potrebbero anche esprimere

problemi psicologici che possono presentarsi nel primo periodo post partum, quali depressione, OCD e psicosi. Difatti, sebbene i pensieri intrusivi possano essere considerati parte della normale esperienza psicologica, essi possono anche presentarsi all'interno di configurazioni psicopatologiche (Fairbrother e Woody, 2008), in quanto tale attitudine comportamentale di pensiero, se associata a una vulnerabilità genetica, neurologica, o cognitiva in una donna in gravidanza e/o post partum, può far esordire una patologia conclamata di tipo ossessivo compulsivo, o altri quadri psicopatologici come la depressione (Wisner et al., 1999; Jennings et al., 1999).

È importante, infatti, differenziare la paura di fare del male al proprio bambino, rispetto ad elementi di ideazione di infanticidio, frequenti in quadri di psicosi post-partum e gravi patologie depressive. Come indica Abramowitz nel suo lavoro di revisione della letteratura (2003), la differenza primaria è indicata dal diverso livello di insight: donne con OCD sono consapevoli dell'irrazionalità dei loro sintomi e tendono a identificare i propri pensieri come ego distonici, cercando attivamente di impedire la loro messa in atto. Al contrario, donne con psicosi postpartum sono tipicamente prive di insight rispetto al disturbo e non avvertono paure o ansie associate a questi pensieri. In tali casi, la presenza di ideazione infanticida nel contesto di tali patologie psichiatrica necessita di immediati interventi clinici al fine di prevenire, in contesti allucinatori, la loro realizzazione. Diversamente dalle ossessioni, in letteratura i comportamenti compulsivi sono stati meno indagati nel periodo perinatale (Ross e McLean, 2006). Nello studio di Uguz e collaboratori (2007), sia le ossessioni che le compulsioni presenti nelle gestanti con OCD tendono ad essere riferite al feto, come le paure di contaminazioni per agenti tossici, con conseguenti rituali di controllo e pulizia. Le ossessioni più frequenti risultano quelle di contaminazione e di ordine e simmetria, mentre le compulsioni maggiormente riferite dalle madri sono quelle di lavaggio/pulizia e di controllo. Nel post partum, le più comuni ossessioni di aggressività presentate sono: paura di fare del male al neonato con un coltello da cucina, o di farlo accidentalmente cadere dalla finestra o dalle scale, paura di aggredire il neonato, farlo cadere a terra, creargli delle fratture tenendolo in malo modo in braccio o che soffochi nel sonno (Rosso et al., 2012).

Tali ossessioni in alcuni casi si associano a rituali di controllo o a condotte di evitamento rispetto al trovarsi soli con il bambino. Relativamente alle ossessioni di contaminazione, i timori si concentrano sulla paura che il neonato sia contaminato da agenti chimici presenti nelle madri

materne o dallo sporco presenta nell'abitazione, da cui seguono compulsioni di lavaggio/pulizia (Zambaldi et al., 2009). Anche lo studio condotto da Wenzel e collaboratori (2001), che si è focalizzato su 84 donne che presentavano sia ossessioni che compulsioni nel periodo post-partum, è in linea con questi risultati. I ricercatori hanno individuato come i comportamenti compulsivi di pulizia o lavaggio tendevano ad essere comuni nel periodo postnatale e frequentemente attribuiti a credenze circa il bisogno di proteggere il bimbo da possibili contaminazioni. Rispetto ad altri comportamenti compulsivi, come le ossessioni di controllo o il numerare, i risultati indicano come tali sintomi venivano tendenzialmente riferiti a prima della nascita del figlio, oppure, quando riportati, non soddisfacevano comunque i criteri per la diagnosi di OCD.

Secondo un'accreditata teoria eziopatogenetica, sia l'esordio che l'esacerbazione della sintomatologia ossessivo-compulsiva sembrano dovuti a una disregolazione del sistema serotoninergico che risulta influenzato dalla fluttuazione del livello di estrogeni nel periodo perinatale (Pandaranandaka et al., 2006; Winslow e Insel, 1990). Altri ormoni attualmente studiati sono la prolattina e l'ossitocina che, in particolare, tenderebbero ad amplificare la sintomatologia dell'OCD (Leckman et al., 1994). Oltre al ruolo di fattori ormonali, altri studiosi sottolineano come il momento della gravidanza e il parto determinino l'insorgenza di nuove responsabilità nel provvedere al benessere del neonato, e perciò il periodo perinatale può essere considerato a rischio per l'esordio o l'aggravamento del OCD (Rosso et al., 2012; Abramowitz et al., 2001). Diversi studi hanno individuato nel periodo perinatale l'esordio dell'OCD (Forray, 2010; Ross e McLean, 2006). Secondo alcuni studiosi, il momento della gravidanza risulta quello di maggior rischio per la comparsa della sintomatologia ossessivo-compulsiva (Labad et al., 2005; Buttolph et al., 1990; Neziroglu et al., 1992). Nello specifico, mentre nei primi trimestri l'incidenza risulta bassa e inferiore a quella della popolazione generale (0 e 0,5%), è soprattutto nel terzo trimestre di gestazione che tende ad aumentare in modo significativo (3,5%) (Uguz et al., 2007). Secondo il lavoro di review di Abramowitz e collaboratori (2003), è nel post-partum che la prevalenza di OCD si alza (2,7%-3,9%), mentre nel periodo prenatale si mantiene su stime basse (0,2%-1,2%), inferiori alla media della popolazione generale.

In accordo anche ad un'altra recente rassegna (Ross et al., 2012), l'esordio dell'OCD è significativamente correlato con il periodo post partum, poiché è soprattutto in questo periodo che i sintomi ossessivi-compulsivo si strutturano in un vero e proprio disturbo, che se non

trattato tende a persistere (Uguz et al., 2009). In soggetti che già presentavano il disturbo nel periodo precedente la gravidanza, seppur i contributi della letteratura non siano approfonditi, non risultano cambiamenti nella sintomatologia, mentre in coloro che già li manifestano, le ricerche indicano o una equa distribuzione tra peggioramenti e miglioramenti della sintomatologia OCD o una tendenza ad un aggravamento dei sintomi proprio nel periodo post partum (Rosso et al., 2012; Wisner et al., 1996; Williams e Koran, 1997). Nel recente lavoro di Uguz e collaboratori (2011), condotto su 59 gestanti con anamnesi positiva di OCD, il 32,7% delle pazienti riferisce un peggioramento sintomatologico, il 13,5% una riduzione dei sintomi mentre il 53,8% delle gestanti non riporta variazioni nella gravità dei sintomi. Tuttavia, come sottolineato da Vythilingum (2008), sono necessari ulteriori ricerche per comprendere il decorso dell'OCD nel periodo perinatale.

Rispetto alla comorbilità con altri quadri psicopatologici, pazienti con OCD nel periodo perinatale tendono a presentare con maggiore probabilità anche sintomi depressivi ed altri disturbi d'ansia, e tale comorbilità sembra influire negativamente sull'andamento del disturbo nel periodo prenatale, apportando peggioramento sintomatologico rispetto a casi con OCD puro (Uguz et al., 2011; Arnold et al., 1999; Sichel et al., 1993). In uno studio condotto in Turchia da Uguz e collaboratori (2010) in cui sono state campionate 309 donne in gravidanza e 107 donne non incinta, è emerso che il 19,4% (60 donne) durante la gravidanza aveva esperito almeno un episodio di alterazione dell'umore o disturbo d'ansia, percentuale simile (18,7%) a quelle riportata nel campione costituito da donne non gestanti. Nello specifico, il disturbo depressivo maggiore con una percentuale del 5.5% e il disturbo ossessivo compulsivo con una percentuale pari al 5.2% sono risultati essere i due disturbi maggiormente presenti nelle donne in gravidanza. In altri studi retrospettivi, emerge come l'esordio o il peggioramento della sintomatologia OCD nel periodo post-partum risulti legato alla comorbilità con quadri di depressione maggiore. Anche la sindrome depressiva premestruale risulta significativamente associata con il disturbo OCD, suggerendo, in questo modo, una comune vulnerabilità alla sintomatologia psichiatrica nel periodo perinatale e premestruale (Labad et al., 2005).

2.6.4 Disturbo Post Traumatico Da Stress (PTSD)

Il Disturbo Post Traumatico da Stress da Parto (PTSD) rappresenta la conseguenza dell'esposizione a uno o più eventi traumatici che implicano, per il soggetto o una persona significativa, un rischio gravissimo di morte o danno fisico. La sintomatologia che segue l'evento

traumatico descrive intensa paura, senso d'impotenza e comportamenti disfunzionali che permangono per oltre 1 mese dall'evento. I criteri del DSM IV prevedono la presenza di ricordi o immagini intrusive, ricorrenti e non controllabili riferiti al trauma; evitamento e sintomi di ansia e agitazione dinanzi a stimoli che ricordano il trauma e, infine, comportamento di iperarousal come insonnie, ipervigilanza, irritabilità, scoppi d'ira e disinteresse per le normali attività. Sia la gravidanza che il parto sono considerate esperienze normali, alla portata dell'essere umano. Quindi, di per sé non potrebbero essere considerate esperienze traumatiche come definite dal DSM. È più probabile che altre complicanze legate al parto e alla gravidanza, come nascita pretermine, complicanze ostetriche, deficit del bambino, storia di disturbi psichiatrici e poco supporto sociale, rappresentino fattori di rischio per l'insorgenza o il peggioramento del disturbo post traumatico da stress.

Il PTSD da parto rappresenta spesso una complicazione del parto non riconosciuta e non gestita in modo appropriato. Sintomi peculiari del PTSD sono: flashback, depersonalizzazione ed ipervigilanza, incubi, congelamento emotivo, ricordi intrusivi, depressione, ansia, difficoltà nella relazione di attaccamento, paura di intimità sessuale, evitamento della gravidanza o di parto vaginale. Sebbene il DSM IV non identifichi chiaramente il parto come un esempio di evento estremamente stressante, evidenze scientifiche suggeriscono che il momento della nascita di un figlio può essere considerato un evento traumatico che per alcune donne può dar luogo al disturbo post traumatico da stress (PTSD) (Righetti et al., 2010). Tale disturbo, infatti, può incorrere dopo interventi e procedure chirurgiche che comportano intenso dolore e vissuti di pericolosità e rischio per la propria sopravvivenza e quella del bambino. Gli studi che hanno valutato l'incidenza nel periodo perinatale mostrano una certa varietà nelle stime registrate (0%-6,9%), che in parte può essere associata alla difficoltà di molte ricerche nel distinguere tra sintomatologia legata al disturbo, che può essere transitoria e rispondere, quindi, ai criteri di risposta acuta ad evento stressante, e diagnosi di PTSD con implicazioni a livello clinico (Soderquist et al., 2004). Negli studi condotti su popolazione generali si rivelano i medesimi limiti: l'incidenza del PTSD varia dal 1% al 14%, in base al metodo di misura scelto e alla popolazione presa in esame. Inoltre, la letteratura è carente di studi longitudinali che prevedono follow up nel tempo (Ross e McLean, 2006). Il PTSD nel periodo perinatale assume caratteristiche peculiari, quali l'evitamento o difficoltà relazionali del bambino, evitamento di ulteriori gravidanze e disfunzioni sessuali.

In particolare, la tendenza ad evitare un coinvolgimento sessuale con il partner risulta legata al timore di riesperire il dolore e il disagio provato durante il parto traumatico, che può continuare ad essere rappresentato dal bambino stesso, favorendo così quel distacco a livello interattivo che alcune ricerche non solo hanno documentato nella relazione con il figlio, ma anche verso il frequentare altre mamme (Beck, 2004; Reynolds, 1997). Il PTSD può, inoltre, indurre ad evitare il rischio di successive gravidanze o alla richiesta di un parto cesareo programmato. Precedenti disturbi emotivi, in particolare, diagnosi positiva per disturbo depressivo maggiore e per disturbo d'ansia generalizzata, risultano significativamente associati con il rischio di sviluppare PTSD. In particolare, la ricerca di Maggioni e collaboratori (2006) su oltre 1264 donne rivela come la depressione sia in epoca prenatale, che postnatale risulti significativamente correlata ai sintomi di PTSD. In modo simile, altre ricerche rivelano nel post partum un'associazione tra sintomi depressivi, alta sensibilità all'ansia, ansia di tratto e presenza di PTSD (Czarnocka e Slade, 2000; Keogh e Cochrane, 2002). Gli studi che hanno indagato la prevalenza del disturbo nel periodo perinatale sono comunque limitati e risentono del disegno impiegato (prospettico o retrospettivo) e dell'ampia variabilità nella scelta degli strumenti, spesso self report, che non rispecchiano la totalità dei criteri richiesti dal DSM e che non sempre sono seguite da interviste diagnostiche strutturate per accertare la presenza della diagnosi di OCD.

2.6.5 Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)

Il Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD) descrive quadri caratterizzati da ansia eccessiva e persistente per la maggior parte dei giorni per una durata superiore ai 6 mesi, che si accompagna con sintomi quali astenia, scarsa concentrazione, irrequietezza, disturbi del sonno. Tale quadro clinico può preesistere alla gravidanza o insorgere in tale periodo, ponendo problemi di diagnosi differenziale con il più comune vissuto di apprensione/preoccupazione della donna che aspetta un figlio. Generalmente tali preoccupazioni non interferiscono con il funzionamento quotidiano della donna. Tuttavia, talvolta possono raggiungere un'intensità pari a quella del GAD (Giardinelli et al., 2008). In questo ultimo caso pare comunque più adeguata la diagnosi di disturbo dell'adattamento con ansia perché, a differenza del GAD, è ben identificabile l'evento scatenante relativo alla gravidanza e la durata è solitamente inferiore ai sei mesi (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi et al., 2001).

In alcuni studi, il GAD risulta più frequente durante il periodo del post-partum rispetto alla popolazione generale (Ross, McLean, 2006). Poche ricerche sono state, però, condotte a proposito dell'andamento del disturbo d'ansia generalizzato (GAD) nel periodo perinatale. La prevalenza del GAD nel terzo trimestre di gravidanza è stata stimata da uno studio condotto da Sutter-Dallay e collaboratori (2004) attorno all'8,5%, in linea con altri studi più recenti (Lee et al., 2007; Teixeira et al., 2009) che confermano l'alta prevalenza dei disturbi d'ansia attorno al primo e terzo trimestre di gravidanza. Buist e collaboratori (2011), che hanno indagato la presenza di GAD riducendo la durata necessaria alla diagnosi a 1 mese, hanno individuato come il 9,5% del campione presenti diagnosi positiva per il disturbo nell'intero periodo prenatale. Nello specifico, i sintomi risultano più alti nel primo trimestre e tendono a diminuire nel corso della gestazione. Nel post partum l'incidenza sembra variare dal 4,4% all'8,2% (Wenzel et al., 2005; 2003), suggerendo una maggiore frequenza del disturbo nel periodo post-partum rispetto alla prevalenza del disturbo nella popolazione generale lifetime (5%) (Ross e McLean, 2006). Le ricerche a proposito della specificità del GAD nel periodo perinatale sono compromesse dalle difficoltà diagnostiche. Il DSM IV specifica che: "la caratteristica essenziale del disturbo d'ansia generalizzato è la presenza di preoccupazione eccessiva, che si manifesta per la maggior parte del tempo per almeno sei mesi, nei riguardi di una quantità di eventi o attività." (DSM-IV-TR). È proprio per la componente temporale che risulta difficoltosa tale diagnosi in gravidanza, in quanto il periodo di gestazione ha una durata limitata (9 mesi, se non si considerano le nascite pretermine), inoltre è necessario distinguere quelle che sono le normali preoccupazioni e apprensioni di una donna che si sta preparando ad avere un bambino.

È comunque, importante, notare come ciò che differenzia la normale preoccupazione dal disturbo avviene sulla base di tre specifiche caratteristiche presenti nel GAD: la preoccupazione è eccessiva e interferisce con il funzionamento quotidiano della persona; il dominio oggetto di preoccupazione è molto ampio e si riferisce a molteplici aspetti della vita dell'individuo; la preoccupazione può insorgere senza un chiaro trigger. È stata evidenziata la prevalenza di una sintomatologia simile al disturbo d'ansia generalizzato in gravidanza: la madre esperisce i sintomi necessari per la diagnosi di disturbo d'ansia generalizzato ma il criterio temporale che risulta essere fondamentale per la diagnosi secondo il DSM-IV non è soddisfatto, inoltre le preoccupazioni centrali che affliggono la donna sono da attribuirsi a questo particolare momento della sua vita (Bravanisha, 2008). È quando la preoccupazione della donna per il bambino che porta in grembo interferisce con il suo quotidiano funzionamento che si può

parlare di disturbo dell'adattamento con componente ansiosa, che a differenza del GAD dura meno di sei mesi ed in cui la causa scatenante è rappresentata dalla gravidanza e dal bambino e non assume quelle caratteristiche di elevato numero di preoccupazioni che solitamente caratterizza il GAD (Matthey, 2003).

Può essere, ad ogni modo, difficile differenziare il GAD da ansie normali, non patologiche, come quelle sulla salute del feto o le preoccupazioni circa il dolore del parto, frequenti nella popolazione generale. Il recente studio condotto da Puente e collaboratori (2011) mostra come l'andamento di queste preoccupazioni risulta attenuarsi tra il primo e terzo trimestre, ad eccezione di quella del parto che tende ad aumentare di intensità nell'ultimo periodo della gravidanza. Gli autori, inoltre, dimostrano l'universalità di queste preoccupazioni, confrontando i dati raccolti negli studi di validazione su donne con nazionalità differenti (Svezia, UK, Germania, Spagna). Tuttavia, nessuno studio ha confrontato il contenuto delle preoccupazioni nelle donne con GAD rispetto a quelle prive di questo disturbo. Da alcuni studi risulta che la presenza del disturbo d'ansia generalizzato durante la gravidanza è correlata a sintomi sottosoglia o GAD precedente (Buist et al., 2011; Wenzel et al. 2005). SutterDallay e collaboratori (2004) hanno effettuato uno studio su 497 donne, utilizzando un'intervista strutturata nel terzo trimestre di gravidanza e l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) alla sesta settimana post-partum. Circa un quarto delle donne valutate presentava un disturbo d'ansia in gravidanza con una prevalenza di 1,4% per il disturbo di panico e di 8,5% per il GAD; inoltre, coloro che avevano manifestato un disturbo d'ansia in gravidanza, presentavano una probabilità circa tre volte maggiore di sviluppare un disturbo depressivo nel post-partum. Gli autori sottolineano l'importanza di un corretto screening antenatale per un precoce trattamento del disturbo che possa anche ridurre il fattore di rischio per depressione puerperale. Risulta, quindi, particolarmente importante non sottovalutare le "preoccupazioni" della donna nel periodo perinatale quando si dimostrano rilevanti, non controllabili e non sensibili alle rassicurazioni o quando tale componente ansiosa persiste per sei mesi ed oltre.

Nello studio di Uguz et al. (2011) è stato, inoltre, ipotizzato che il disturbo d'ansia generalizzato possa incidere come fattore predisponente alla restrizione della crescita intrauterina (IUGR, intrauterine growth restriction). La restrizione della crescita intrauterina rappresenta un importante problema sanitario, in quanto associata a morti in gravidanza, morti neonatali, nascite pretermine e patologie neonatali (es: sindromi respiratorie, paralisi cerebrale ed emorragia

interventricolare), come anche difficoltà neuro-cognitive e predisposizione al diabete o malattie cardiovascolari negli anni successivi (Leitner et al., 2007; Eleftheriades, 2006; Tan e Yeo, 2005). Lo studio di Uguz et al. (2011) conferma la prevalenza significativamente più alta di sintomatologia depressiva e disturbo d'ansia generalizzato (rispettivamente, il 33.9% e il 28.6%) nelle donne con diagnosi di IUGR rispetto alle gestanti senza disturbi affettivi.

2.6.6 Fobia sociale (Fs)

La Fobia sociale (FS) descrive la paura marcata e persistente di una o più situazioni sociali o prestazionali nelle quali la persona è esposta a persone non familiari o al possibile giudizio degli altri. L'individuo teme di agire (o di mostrare sintomi di ansia) in modo umiliante o imbarazzante. La fobia sociale (Fs) è una patologia psichiatrica molto comune che affligge il 7- 13% degli individui (Furmark, 2002). La varianza nelle stime riportate riflette gli aspetti culturali a cui la sindrome risulta strettamente correlata (Perugi, 2002). Gli studi che hanno indagato la prevalenza del disturbo nel periodo perinatale sono limitati. Dalla recente ricerca di Uguz e collaboratori (2011), il disturbo sembra interessare circa il 3,2% delle donne gestanti, una percentuale che non differisce in modo significativo dal campione di donne non in stato interessante. Secondo alcuni autori, la gravidanza non aumenta il rischio di sviluppare Fs, mentre nel periodo post partum l'incidenza del disturbo sembra abbassarsi rispetto alla popolazione generale (Vesga-Lopez et al., 2008).

Pochi studi hanno preso in considerazione le caratteristiche fenomenologiche del disturbo in epoca perinatale. Dai limitati contributi emersi in letteratura, si evidenzia il rischio che la Fs può indurre sul successivo sviluppo di patologia depressiva nel post partum, in particolare, a 1, 3 e 12 mesi post partum (Mauri et al., 2010; Coehlo et al., 2011; Sutter-Dallay et al., 2004). In generale, si evidenzia una maggior probabilità per i bambini di madri con fobia sociale di sviluppare, a fronte non solo di un contributo biologico che può essere trasmesso rispetto alla patologia, ma anche a caratteristiche dell'ambiente familiare che possono favorire la trasmissione intergenerazionale del disturbo.

Come poi sarà approfondito nel capitolo successivo, lo stile di parenting di madri con Fs tende ad essere caratterizzato da mancanza di calore, eccessiva protezione e controllo tali da impedire la naturale scoperta del mondo e l'evolvere delle abilità del bambino (Lieb et al., 2000; Nelson et al., 2000). I genitori possono incrementare la paura del bambino, non stimolandoli a

crece e a svincolarsi dalla protezione genitoriale. La trasmissione dell'ansia da caregivers al bambino può avvenire inoltre, attraverso quello che Bandura (1977) definiva processo di modeling, cioè il bambino fa sua la modalità di comportamento messa in atto dal caregivers ansioso semplicemente osservando le risposte comportamentali messe in atto da quest'ultimo nelle interazioni sociali, infatti, come sostengono Murray et al. (2006) la risposta emotiva della madre è per il neonato importante fonte d'informazione: questa funge da traccia per l'organizzazione dei suoi stati emotivi. Questo conferma quanto sostenuto in un lavoro di Gerull e Rapee (2002) in cui si evidenzia come i bambini siano in grado di apprendere attraverso le informazioni sociali con cui vengono a contatto sia in modo diretto che in modo indiretto.

2.6.7 Fobie specifiche (F)

Nella popolazione generale le fobie specifiche si presentano lifetime con una prevalenza dell'8,7% circa (Kessler et al., 2005). I quadri fobici maggiormente indagati nel periodo perinatale sono quelli relativi alla fobia per le sangue-iniezioni e la fobia per il parto (tocofobia). E' noto che la fobia specifica per sangue iniezioni e ferite presenta alta comorbilità con altri disturbi psichiatrici come depressione maggiore, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo di panico e post traumatico da stress (Goisman et al., 1998). La prevalenza nel periodo gestazionale della fobia specifica per sangue iniezioni e ferite nel campione di 1529 donne Svedesi valutato da Lilliecreutz e Josefsson (2008) è di circa il 7.2%. La fobia per sangue iniezioni e ferite è l'unica fobia specifica che come reazione all'esposizione allo stimolo ansiogeno, oltre al disfunzionale livello d'ansia esperito e ai probabili attacchi di panico, può provocare svenimento (Davey, 1997; Olatunji et al., 2006). La fobia specifica per iniezioni-sangue e ferite durante la gravidanza può provocare nella donna intenso stress ed ansia anticipatoria a causa dei frequenti prelievi e visite mediche alle quali sono costrette per monitorare l'andamento della gravidanza e la crescita del bambino (Deacon e Abramowitz, 2006).

È emerso inoltre da un recente studio che le donne con fobia sangue iniezioni e ferite riportano più sintomi depressivi e ansiosi rispetto ai soggetti che ne sono privi (Lilliecreutz et al., 2010). Dai risultati dello studio di Lilliecreutz e collaboratori (2010) sulla popolazione di donne Svedesi, è emerso che la fobia specifica per iniezioni sangue e ferite aumenta la probabilità di aborti, aumenta nella donna la paura per il parto e nei mesi successivi questo sentimento permane vivido, tendono a partorire con anticipo e a sottoporsi con maggior probabilità a parto cesareo, inoltre le donne con questo tipo di fobia specifica presentano maggiori sintomi depressivi

rispetto a donne di controllo nel secondo trimestre di gestazione. I bambini di madri con fobia specifica per iniezioni sanguine e ferite tendono ad avere maggiori problematiche post-natali, ad essere più piccoli in proporzione alle settimane gestazionali e a rimanere per più tempo in ospedale dopo la nascita (Lilliecreutz et al., 2010).

Un'altra fobia specifica che possiamo riscontrare nel periodo gestazionale è la paura per il parto, quella che viene definita Tocofovia. La fobia del parto assume una connotazione patologica perché sostiene timori di morte o conseguenze devastanti per la puerpera ed il nascituro. Si manifesta spesso nel contesto di un disturbo depressivo o di un disturbo posttraumatico da stress. La sintomatologia descrive incubi, sintomatologia fisica, difficoltà nel concentrarsi sul lavoro e nelle attività familiari o sociali. Si associa a paura del dolore in generale, precedenti aborti e inadeguata soglia del dolore (Billehrt, 2007). Secondo uno studio di Billert (2007), tale patologia colpisce il 6-10% delle donne e tenderebbe a predire complicanze ostetriche, richieste da parte delle partorienti di taglio cesareo, quindi senza effettiva necessità medica (Nieminen et al., 2009) e complicazioni nello sviluppo neuro comportamentale del bambino (Billert, 2007). La tocofovia è un problema multidimensionale che coinvolge fattori biologici, sociali e psicologici. La paura del parto è strettamente legata anche alla paura del travaglio (Billert, 2007). La tocofovia si manifesta attraverso incubi, sintomi somatici, difficoltà a concentrarsi nel lavoro e nelle attività familiari ed è più probabile che si sviluppi in quelle donne che affrontano con timore le situazioni della vita in generale (Rouhe et al., 2009; 2011). La paura per il parto può portare la donna a soffrire maggiormente durante tutto il periodo gestazionale. Saistro e Halmesmäki (2003) sostengono che lo sviluppo della tocofovia è fortemente correlato alle caratteristiche specifiche della donna ancor prima della gravidanza; precedente patologia psichiatrica e un gran numero di stress quotidiani aumentano la probabilità di sviluppare tale disagio nel periodo gestazionale. La tocofovia tende a manifestarsi in donne con basso supporto sociale percepito, bassa autostima sintomatologia depressiva e ansiosa; anche il partner di queste donne sembrerebbe avere caratteristiche comuni come basso tono dell'umore, scarsi livelli di soddisfazione di vita e nella relazione (Billehrt, 2007). È stato rilevato, inoltre, che il disturbo d'ansia esperito dalla donna nell'arco di vita è un forte predittore per lo sviluppo di tocofovia (Rouhe et al., 2009; 2011; Spice et al., 2009)

Capitolo 3 – Anoressia nervosa e periodo post-partum

Tra i fattori ambientali di rischio per lo sviluppo dei disturbi psichiatrici, quelli prenatali e perinatali assumono un ruolo particolarmente rilevante nelle prime fasi del neurosviluppo. Sempre più evidenze indicano che molte alterazioni strutturali e funzionali associate a patologie croniche e disturbi mentali possano avere origine già durante la vita intrauterina. In questo contesto, lo stress materno in gravidanza rappresenta uno dei principali fattori di vulnerabilità per lo sviluppo neuropsicologico del nascituro, con possibili conseguenze a lungo termine sulla regolazione emotiva, sul comportamento e sul rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione, in particolare l'anoressia nervosa.

3.1 Insorgenza e riacutizzazione del disturbo nel post-partum

Gli studi sullo stress prenatale hanno evidenziato che l'esposizione del feto a elevati livelli di glucocorticoidi materni, soprattutto il cortisolo, è associata a basso peso alla nascita, ritardo di crescita intrauterino e successive alterazioni dei sistemi neuroendocrini. In condizioni fisiologiche, il feto è protetto dalle fluttuazioni degli ormoni materni grazie all'azione della placenta, che esprime l'enzima 11β -idrossisteroide deidrogenasi di tipo 2 (11β -HSD2), capace di inattivare il cortisolo convertendolo in cortisone. Tuttavia, variabili genetiche, epigenetiche o ambientali — come malnutrizione, infiammazione o stress cronico — possono ridurre l'efficienza di questa barriera placentare, consentendo a una maggiore quantità di glucocorticoidi di raggiungere il cervello fetale.

L'eccessiva esposizione prenatale al cortisolo può interferire con la maturazione di strutture cerebrali cruciali per la regolazione delle emozioni e dell'appetito, come l'ipotalamo, l'ippocampo e l'amigdala. Inoltre, i glucocorticoidi influenzano lo sviluppo dei sistemi neurotrasmettitoriali, in particolare quello dopaminergico e serotoninergico, che sono implicati nei meccanismi di ricompensa, motivazione e controllo dell'impulsività — funzioni profondamente alterate nell'anoressia nervosa.

Gli effetti dello stress materno si esplicano sia attraverso meccanismi diretti, come la riduzione del flusso sanguigno placentare e quindi dell'apporto di ossigeno e nutrienti al feto, sia attraverso meccanismi indiretti, quali l'anticipazione del parto o la modifica della durata della

gestazione. Tali alterazioni possono determinare prematurità o basso peso alla nascita, condizioni frequentemente associate a una maggiore vulnerabilità psicopatologica in età evolutiva e adulta.

Queste osservazioni trovano una cornice teorica nella cosiddetta “ipotesi della programmazione fetale”, secondo la quale l’ambiente intrauterino modula in modo duraturo lo sviluppo biologico del feto attraverso meccanismi epigenetici. Le modificazioni dell’espressione genica indotte dallo stress prenatale possono influenzare stabilmente il funzionamento dei sistemi di risposta allo stress, del metabolismo energetico e dei circuiti neurali coinvolti nel comportamento alimentare. In altre parole, l’organismo fetale si “adatta” a un ambiente percepito come ostile o carente, sviluppando strategie biologiche che potrebbero rivelarsi maladattive in contesti postnatali diversi.

In particolare, la programmazione dell’asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) sembra avere un ruolo centrale. Un’iperattività cronica di questo sistema è stata frequentemente osservata nei soggetti con anoressia nervosa, caratterizzati da elevati livelli di cortisolo, ipersensibilità allo stress, perfezionismo e tratti ansiosi. È plausibile che tali caratteristiche abbiano origine, almeno in parte, da una predisposizione biologica instaurata già durante la gestazione.

Lo stress prenatale potrebbe inoltre contribuire allo sviluppo di specifici tratti temperamentali associati all’anoressia nervosa, quali inibizione comportamentale, elevato autocontrollo, rigidità cognitiva e ridotta sensibilità alla ricompensa alimentare. Questi tratti, spesso osservabili già nell’infanzia, costituiscono fattori premorbose che aumentano la probabilità di sviluppare il disturbo durante l’adolescenza, fase in cui intervengono ulteriori pressioni socioculturali legate all’immagine corporea.

Un altro possibile meccanismo riguarda la regolazione dell’appetito e del metabolismo energetico. L’esposizione prenatale allo stress può alterare il funzionamento dei sistemi neuroendocrini che controllano fame e sazietà, come quelli che coinvolgono leptina, grelina e insulina. Tali alterazioni potrebbero predisporre a comportamenti alimentari disfunzionali, inclusa la restrizione calorica tipica dell’anoressia nervosa.

Infine, lo stress materno è spesso associato ad altri fattori di rischio concomitanti, quali ansia o depressione materna, malnutrizione, consumo di sostanze e complicanze ostetriche.

Questi elementi possono interagire tra loro, amplificando l'impatto sul neurosviluppo fetale e contribuendo a una vulnerabilità multifattoriale.

Alla luce di queste evidenze, lo stress prenatale non deve essere considerato come una causa diretta dell'anoressia nervosa, ma piuttosto come un fattore predisponente che agisce in interazione con vulnerabilità genetiche, caratteristiche temperamentali e influenze ambientali successive. L'insorgenza del disturbo appare quindi il risultato di un complesso modello biopsicosociale in cui le esperienze precoci, inclusa la vita intrauterina, svolgono un ruolo di fondamentale importanza.

In conclusione, la letteratura suggerisce che la programmazione prenatale dei sistemi di risposta allo stress possa rappresentare uno dei meccanismi biologici attraverso cui lo stress materno aumenta la suscettibilità all'anoressia nervosa, contribuendo alla formazione di un profilo neurobiologico caratterizzato da ipercontrollo, ansia elevata e alterata regolazione dell'appetito. Questi elementi, combinati con fattori psicologici e socioculturali, possono favorire lo sviluppo del disturbo nelle fasi successive della vita.

3.2 Il ruolo dell'immagine corporea post-gravidanza

Il periodo post-partum rappresenta una fase di profonda riorganizzazione psicologica e identitaria per la donna, durante la quale l'immagine corporea assume un ruolo centrale nel processo di adattamento alla maternità. L'immagine corporea, intesa come rappresentazione mentale multidimensionale del proprio corpo che include componenti percettive, cognitive, affettive e comportamentali, risulta particolarmente vulnerabile ai cambiamenti fisici e simbolici associati alla gravidanza e al parto (Cash & Smolak, 2011). Dopo la nascita del bambino, il corpo materno continua, infatti, a presentare trasformazioni visibili e spesso persistenti — quali aumento ponderale residuo, modificazioni dell'addome e del seno, cicatrici o smagliature — che possono entrare in conflitto con l'immagine corporea preesistente e con gli ideali socioculturali di magrezza e controllo corporeo.

Dal punto di vista psicologico, la fase post-parto comporta il passaggio da un corpo “funzionale alla gestazione” a un corpo nuovamente esposto allo sguardo sociale, con conseguente riattivazione di processi di valutazione estetica e confronto sociale. Diversi studi longitudinali indicano che, se durante la gravidanza alcune donne sviluppano una maggiore

tolleranza verso i cambiamenti corporei, nel periodo successivo al parto l'insoddisfazione corporea tende ad aumentare, soprattutto quando il recupero della forma pre-gravidica risulta lento o percepito come insufficiente (Davies & Wardle, 1994; Walker, 1998). Tale insoddisfazione è spesso alimentata da pressioni socioculturali che promuovono un rapido ritorno al corpo "normativo", contribuendo alla discrepanza tra corpo reale e corpo ideale (Rallis et al., 2007).

Numerose ricerche evidenziano inoltre una stretta associazione tra immagine corporea negativa e disagio psicologico nel post-partum. In particolare, elevati livelli di insoddisfazione corporea sono correlati a sintomi depressivi, bassa autostima, ansia e maggiore vulnerabilità ai disturbi del comportamento alimentare (Clark et al., 2009). La percezione negativa del proprio corpo può interferire con la costruzione della nuova identità materna e con il senso di efficacia personale, incidendo anche sulla qualità della relazione con il bambino e sul benessere familiare complessivo. Al contrario, una maggiore accettazione dei cambiamenti corporei è associata a migliori esiti emotivi e a un adattamento più funzionale alla maternità.

L'esperienza dell'immagine corporea nel post-partum appare tuttavia eterogenea e mediata da molteplici fattori protettivi e di rischio, tra cui la storia personale con il proprio corpo, il supporto sociale, la qualità della relazione di coppia e le aspettative rispetto alla maternità. Il sostegno emotivo da parte del partner, della rete familiare e dei professionisti sanitari può favorire processi di integrazione corporea più positivi, riducendo il rischio di disagio psicologico e promuovendo il benessere psichico della donna in questa fase di transizione evolutiva (Cash & Smolak, 2011). Pertanto, l'analisi dell'immagine corporea nel periodo post-gravidanza risulta fondamentale per comprendere i processi di adattamento psicologico alla maternità e per sviluppare interventi preventivi e clinici mirati alla salute mentale perinatale.

3.3 Il controllo del corpo come strategia di regolazione emotiva

La disregolazione emotiva è ampiamente riconosciuta come un fattore centrale nella psicopatologia. In particolare, le ricerche più recenti sui disturbi del comportamento alimentare (DCA) evidenziano come le difficoltà nella regolazione delle emozioni svolgano un ruolo significativo sia nella genesi sia nel mantenimento di tali disturbi.

Secondo il modello proposto da Macht (2008), le emozioni influenzano il comportamento alimentare in funzione di tre dimensioni principali: la valenza (piacevole vs spiacevole), il livello di attivazione fisiologica (arousal) e l'intensità dell'esperienza emotiva. La combinazione di questi fattori determina risposte alimentari diverse: emozioni ad alta intensità o elevata attivazione tendono a ridurre l'assunzione di cibo, mentre stati emotivi di intensità moderata o bassa possono favorirne l'aumento.

Le evidenze provenienti sia da studi sugli animali sia da ricerche su soggetti umani confermano questo andamento. Situazioni altamente stressanti o caratterizzate da forte attivazione emotiva sono associate a una diminuzione dell'appetito, mentre condizioni di stress moderato o emozioni meno intense possono portare a un incremento del consumo alimentare. Inoltre, la valenza emotiva gioca un ruolo rilevante: emozioni negative quali rabbia, paura e tristezza sono frequentemente correlate a episodi di alimentazione compulsiva, in cui il cibo viene utilizzato come mezzo per modulare lo stato emotivo. Tale modalità è spesso accompagnata da una riduzione del piacere nel mangiare e da una preferenza per alimenti poco salutari.

Uno dei modelli teorici più accreditati suggerisce che i comportamenti alimentari disfunzionali rappresentino un tentativo di gestire, attenuare o evitare emozioni negative. In questa prospettiva, l'alimentazione emotiva consiste nel mangiare in risposta a stati affettivi piuttosto che a segnali fisiologici di fame. Le persone con DCA o con eccesso ponderale sembrano particolarmente vulnerabili a questo tipo di comportamento a causa di una carenza di strategie adattive di regolazione emotiva e di coping, nonché di difficoltà nell'identificazione e nella comprensione delle proprie emozioni.

Numerosi studi (Zhou et al., 2025) indicano che, rispetto ai soggetti sani, gli individui con DCA riportano maggiori difficoltà nella regolazione emotiva, sebbene il rapporto causale tra tali difficoltà e lo sviluppo del disturbo non sia ancora del tutto chiarito. Ricerche condotte anche su campioni non clinici, inclusi bambini e adolescenti, mostrano che la disregolazione emotiva spiega una quota significativa dei comportamenti alimentari problematici.

Tradizionalmente, l'attenzione teorica sui DCA si è concentrata prevalentemente sulle distorsioni cognitive e sulla loro funzione nel mantenimento della patologia. Tuttavia, negli ultimi anni è cresciuto l'interesse verso i processi emotivi, anche alla luce di evidenze empiriche che

individuano nel tono dell'umore negativo un antecedente affidabile dei comportamenti alimentari disfunzionali. Ciò suggerisce che i soggetti con DCA presentino deficit nelle abilità di coping emotivo e nella gestione efficace degli stati affettivi negativi.

Nel modello transdiagnostico dei DCA proposto da Fairburn, Cooper e Shafran (2003), l'intolleranza alle emozioni negative è considerata un meccanismo chiave nel mantenimento del disturbo. Alcuni comportamenti tipici dei DCA possono essere interpretati come strategie disfunzionali di regolazione emotiva: ad esempio, l'esercizio fisico eccessivo nell'anoressia nervosa o i cicli di abbuffata e condotte compensatorie nella bulimia nervosa e nell'anoressia con comportamenti di eliminazione.

Le prime evidenze empiriche sulle difficoltà di regolazione emotiva nei DCA derivano da studi basati su questionari self-report, che mostrano come soggetti con anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata presentino livelli significativamente più elevati di disregolazione emotiva rispetto ai controlli sani. In particolare, tali individui manifestano maggiore frequenza di emozioni negative, ridotta consapevolezza emotiva e utilizzo di strategie non adattive. Queste difficoltà risultano inoltre associate all'insoddisfazione corporea.

Una metanalisi condotta da Aldao (2010) ha evidenziato come strategie di regolazione emotiva disfunzionali, quali la ruminazione e la soppressione delle emozioni, siano significativamente correlate alla presenza di DCA.

Nonostante le numerose evidenze a sostegno del ruolo della disregolazione emotiva nei DCA, rimane ancora da chiarire se i diversi disturbi presentino profili specifici di regolazione emotiva o se tali difficoltà costituiscano un fattore transdiagnostico comune a diverse condizioni psicopatologiche. In altre parole, la disregolazione emotiva potrebbe rappresentare un meccanismo generale di vulnerabilità, piuttosto che una caratteristica esclusiva dei disturbi del comportamento alimentare.

3.4 Impatto sulla relazione madre–bambino

La gravidanza rappresenta un periodo particolarmente delicato sia per la donna sia per il bambino che porta in grembo. In questi mesi il corpo materno affronta profondi cambiamenti fisiologici, adattandosi attraverso modifiche ormonali, metaboliche e morfologiche per sostenere

lo sviluppo del feto. Anche condizioni di intenso stress fisico o psicologico possono determinare importanti alterazioni dell'organismo, e tra queste rientrano i disturbi del comportamento alimentare (DCA). Poiché il feto dipende completamente dalla madre, le conseguenze di tali patologie possono coinvolgere entrambi. Non si tratta di un fenomeno marginale: si stima che circa una donna su venti abbia sofferto di un DCA durante la gravidanza. Sebbene gran parte delle ricerche si sia concentrata su anoressia e bulimia nervosa, il sottotipo più diffuso risulta essere quello dei disturbi alimentari con altra specificazione (OSFED).

Le donne incinte con DCA presentano un rischio maggiore di diverse complicanze. Nel caso dell'anoressia nervosa sono frequenti ipotermia, ipotensione, aborti spontanei, parto prematuro e ridotta crescita intrauterina del feto; la bulimia nervosa è invece associata a un aumento del rischio di depressione post-partum, aborti e nascite premature. Anche il nascituro può subire effetti significativi: una dieta insufficiente o restrittiva può causare carenze di vitamine e micronutrienti fondamentali per lo sviluppo neurologico fetale. In particolare, bassi livelli di vitamine del gruppo B, colina, betaina e acidi grassi omega-3 sono stati collegati a difetti nella formazione e chiusura del tubo neurale, mentre la carenza di vitamina D può compromettere il metabolismo del glucosio, la proliferazione cellulare, la funzione immunitaria e lo sviluppo osseo.

I disturbi alimentari possono influenzare anche altri aspetti dello sviluppo prenatale. Alcuni studi (Chan et al., 2019) suggeriscono una possibile associazione con il sesso del nascituro, con una maggiore probabilità di figli maschi nelle donne con binge-eating disorder e di figlie femmine nelle donne con anoressia o bulimia. Inoltre, il peso alla nascita risulta spesso alterato: le madri con anoressia o bulimia tendono ad avere bambini sottopeso, mentre il binge-eating disorder è più frequentemente associato a neonati macrosomici. È stato osservato anche un aumento del rischio di parto prematuro e di microcefalia.

Le conseguenze dei DCA non si limitano al periodo gestazionale, ma possono estendersi allo sviluppo cognitivo, psicologico ed emotivo dei bambini. I figli di madri con anoressia o bulimia mostrano un rischio più elevato di disturbi del linguaggio, mutismo selettivo e difficoltà nella regolazione delle emozioni. Alcune ricerche hanno inoltre evidenziato possibili associazioni tra binge-eating disorder materno e disturbi dello spettro autistico nei figli. L'obesità materna è stata collegata sia a un maggiore rischio di obesità infantile sia a punteggi cognitivi più bassi, probabilmente a causa di processi infiammatori che interessano specifiche aree cerebrali.

L'alimentazione, oltre a essere un bisogno primario, costituisce uno dei principali canali di comunicazione tra madre e bambino, soprattutto durante l'allattamento. Elevati livelli di ansia materna possono influenzare il comportamento alimentare del neonato, che può nutrirsi per compiacere la madre più che in risposta ai propri segnali interni di fame e sazietà. Un dato particolarmente rilevante è la maggiore probabilità che i figli di madri con DCA sviluppino a loro volta disturbi alimentari, suggerendo la possibile trasmissione intergenerazionale di un rapporto problematico con il cibo.

Nel complesso, i disturbi del comportamento alimentare non possono essere ridotti a una semplice difficoltà nel rapporto con il cibo: si tratta di condizioni complesse che possono compromettere seriamente la salute della madre, influenzare profondamente la gravidanza e avere ripercussioni durature sul benessere dei figli. Per questo è fondamentale promuovere una maggiore consapevolezza, favorire il riconoscimento precoce del problema e garantire un adeguato supporto e trattamento alle donne che ne soffrono.

3.5 Il ruolo dello psicologo: prevenzione e intervento

La gestione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) in gravidanza richiede un'identificazione precoce e una presa in carico specialistica tempestiva, in considerazione dell'elevato rischio di complicanze ostetriche, nutrizionali e psicopatologiche per la madre e per il feto. Lo screening sistematico nel periodo preconcezionale e durante i controlli prenatali rappresenta una strategia fondamentale per individuare precocemente sintomi restrittivi, condotte di compenso, binge eating e marcate preoccupazioni per peso e immagine corporea. La gravidanza può configurarsi come una "finestra motivazionale" favorevole all'engagement terapeutico, poiché l'aumentata responsabilità percepita verso il nascituro può incrementare l'aderenza agli interventi clinici.

Il trattamento richiede un approccio multidisciplinare integrato che coinvolga figure professionali quali ginecologi, psichiatri, psicologi clinici, nutrizionisti e, quando necessario, pediatri e assistenti sociali. Tale modello consente di affrontare simultaneamente le componenti somatiche, nutrizionali, psicopatologiche e relazionali del disturbo. Dal punto di vista psicologico, gli interventi evidence-based includono prevalentemente la terapia cognitivo-comportamentale (CBT-ED), interventi focalizzati sulla regolazione emotiva e, nei casi più complessi, approcci integrati che tengano conto delle comorbilità ansioso-depressive e dei tratti

di personalità disfunzionali. In ambito perinatale, assume particolare rilevanza anche il sostegno alla transizione alla maternità e alla costruzione del legame di attaccamento madre-bambino.

Un elemento centrale del trattamento riguarda la psicoeducazione sui rischi associati ai DCA durante la gestazione e nel periodo post-partum, inclusi gli effetti sulla crescita fetale, sul decorso della gravidanza e sullo sviluppo neurocomportamentale del bambino. Parallelamente, è necessario intervenire sui fattori di mantenimento del disturbo, quali l'eccessiva preoccupazione per l'aumento ponderale fisiologico, la distorsione dell'immagine corporea e l'evitamento alimentare. Il supporto psicologico deve inoltre mirare alla riduzione dei livelli di stress e alla modulazione dell'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, spesso alterata nelle pazienti con DCA.

Particolare attenzione deve essere riservata al periodo post-natale, caratterizzato da un elevato rischio di ricaduta sintomatologica, depressione post-partum e difficoltà nell'interazione precoce madre-neonato. Interventi mirati alla sensibilità materna, alla responsività ai segnali del bambino e alla regolazione reciproca possono prevenire esiti disfunzionali nella relazione diadica e nel comportamento alimentare infantile.

Un ulteriore ostacolo alla presa in carico è rappresentato dallo stigma sociale e dal senso di colpa frequentemente riportati dalle pazienti, che possono determinare sottostima dei sintomi e ritardo nella richiesta di aiuto. Pertanto, la creazione di un contesto clinico non giudicante e orientato alla collaborazione risulta essenziale per favorire l'alleanza terapeutica e la continuità assistenziale.

In conclusione, il trattamento dei DCA in gravidanza deve configurarsi come un intervento specialistico precoce, continuativo e multimodale, finalizzato non solo alla riduzione della sintomatologia alimentare, ma anche alla tutela della salute materno-fetale, alla prevenzione delle complicanze perinatali e alla promozione di uno sviluppo psicologico e relazionale adeguato del bambino.

L'analisi del rapporto tra anoressia nervosa e periodo post-partum ha evidenziato come questa fase della vita rappresenti un momento di particolare vulnerabilità psicologica, in cui si intrecciano trasformazioni corporee, ridefinizioni identitarie e nuove richieste relazionali. La maternità, infatti, non costituisce esclusivamente un evento biologico, ma si configura come una

complessa transizione evolutiva, capace di attivare dinamiche emotive profonde e, in alcuni casi, di favorire l'emergere o la riacutizzazione di quadri psicopatologici preesistenti.

In tale prospettiva, l'anoressia nervosa nel post-partum appare come l'espressione di un disagio complesso, nel quale il controllo del corpo e dell'alimentazione assume una funzione di regolazione emotiva e di gestione dell'angoscia legata al cambiamento. Le modificazioni corporee conseguenti alla gravidanza, unite al senso di perdita di controllo e alle difficoltà connesse all'assunzione del ruolo materno, possono infatti rappresentare fattori in grado di riattivare vulnerabilità pregresse, soprattutto in presenza di tratti quali perfezionismo, rigidità cognitiva e fragilità dell'immagine corporea.

Un elemento emerso come particolarmente significativo riguarda il ruolo delle dinamiche di genere, che attraversano trasversalmente l'intero fenomeno. Le rappresentazioni sociali della maternità, spesso fondate su modelli normativi di efficienza, dedizione e immediato recupero della forma fisica, contribuiscono a produrre aspettative irrealistiche nei confronti delle donne. Tali pressioni, interiorizzate a livello individuale, possono alimentare vissuti di inadeguatezza e insoddisfazione corporea, favorendo l'adozione di comportamenti restrittivi come tentativo di ristabilire un senso di controllo e conformità rispetto agli standard di genere socialmente condivisi.

Alla luce di ciò, risulta fondamentale adottare una prospettiva clinica e teorica che integri i fattori individuali con quelli relazionali, culturali e di genere. La comprensione dell'anoressia nervosa nel periodo post-partum non può prescindere, infatti, dall'analisi del contesto simbolico e sociale entro cui l'esperienza della maternità prende forma. In questo senso, la psicologia clinica e perinatale è chiamata a sviluppare modelli di lettura e intervento capaci di cogliere la complessità del fenomeno, promuovendo percorsi di prevenzione, individuazione precoce e trattamento multidisciplinare.

Infine, appare essenziale valorizzare il ruolo dello psicologo nei servizi dedicati alla maternità, al fine di intercettare tempestivamente segnali di disagio, sostenere i processi di adattamento identitario e favorire una maggiore integrazione tra salute mentale, cura del corpo e benessere della relazione madre-bambino. Una maggiore attenzione alle dinamiche di genere, oltre che agli aspetti psicopatologici individuali, rappresenta pertanto un elemento

imprescindibile per la promozione della salute psicologica materna e per la costruzione di interventi clinici realmente efficaci.

Bibliografia

- Abbate Daga, G., Quaranta, M., Notaro, G., Urani, C., Amianto, F., & Fassino, S. (2011). Terapia familiare e disturbi del comportamento alimentare nelle giovani pazienti: stato dell'arte. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, *17*, 40–47.
- Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A., Moore, K. M., & Luenzmann, K. R. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*(4), 461–478. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00206-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00206-3)
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, *68*(7), 724–731. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21727255/>
- Arnold, L. M. (1999). A case series of women with postpartum-onset obsessive-compulsive disorder. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, *1*(4), 103–108. <https://doi.org/10.4088/PCC.v01n0401>
- Athan, A. M. (2024). A critical need for the concept of matrescence in perinatal psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1364845/full>
- Baer, R. A. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Academic Press.
- Barona, M., Taborelli, E., Corfield, F., Pawlby, S., Easter, A., Schmidt, U., & Micali, N. (2017). Neurobehavioural and cognitive development in infants born to mothers with eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(8), 931–938. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12725>
- Breton, É., Juster, R.-P., & Booi, L. (2023). Gender and sex in eating disorders: A narrative review of the current state of knowledge, research gaps, and recommendations. *Brain and Behavior*, *13*(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36840375/>

- Brockington, I. F., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsession and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 253–256. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0131-7>
- Bye, A., Shawe, J., Bick, D., Easter, A., Kash-Macdonald, M., & Micali, N. (2018). Supporting women with eating disorders during pregnancy and postpartum. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237>
- Capuano, E. I., Ruocco, A., Scazzocchio, B., Zanchi, G., Lombardo, C., Silenzi, A., Ortona, E., & Vari, R. (2025). Gender differences in eating disorders. *Frontiers in Nutrition*, 12, 1583672. <https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2025.1583672/full>
- Chan, C. Y., Lee, A. M., Koh, Y. W., Lam, S. K., Lee, C. P., Leung, K. Y., et al. (2019). Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 52(6), 652–658. <https://doi.org/10.1002/eat.23059>
- Chandra, M., & Paray, A. A. (2024). Natural physiological changes during pregnancy. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 97(1), 85–92. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11023367/>
- Cimino, S., Cerniglia, L., Porreca, A., Ballarotto, G., Marzilli, E., & Simonelli, A. (2018). Impact of parental binge eating disorder: Exploring children's emotional/behavioral problems and the quality of parent–child feeding interactions. *Infant Mental Health Journal*, 39(5), 552–568. <https://doi.org/10.1002/imhj.21738>
- Dalle Grave, R. (2012). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione: Un programma basato sulla terapia cognitivo-comportamentale*. Positive Press.
- das Neves, M. C., Teixeira, A. A., Garcia, F. M., Rennó, J., da Silva, A. G., Cantilino, A., et al. (2022). Eating disorders are associated with adverse obstetric and perinatal outcomes: A systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 44(2), 201–214. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1437>
- Della Vedova, A. (2011). *La promozione della salute psichica perinatale*. Carocci.
- Della Vedova, A. M., Ducceschi, B., Pellizzari, N., & Cristini, C. (2014). Benessere psicologico materno e temperamento infantile. *Ricerche di Psicologia*.
- Easter, A., Naumann, U., Northstone, K., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2013). A longitudinal investigation of nutrition and dietary patterns in children of mothers with

- eating disorders. *The Journal of Pediatrics*, 163(1), 173–178.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.02.054>
- Fairbrother, N., & Woody, S. R. (2008). New mothers' thoughts of harm related to the newborn. *Archives of Women's Mental Health*, 11(3), 221–229. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0016-7>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 363(9407), 163–171.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of prevalence and incidence of eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 5(5), 383–390. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14566926/>
- Hodes, M., Timimi, S., & Robinson, P. (1997). Children of mothers with eating disorders: A preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 5(1), 11–24.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(199703\)5:1<11::AID-ERV186>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(199703)5:1<11::AID-ERV186>3.0.CO;2-M)
- Istituto Superiore di Sanità. (2022). *Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione*. <https://www.iss.it>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. Delta.
- Kothari, R., Rosinska, M., Treasure, J., & Micali, N. (2014). Early cognitive development of children at high risk of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 152–156.
<https://doi.org/10.1002/erv.2271>
- Li, K., Wahlqvist, M., & Li, D. (2016). Nutrition and neural tube defects: A review. *Nutrients*, 8(11), 741. <https://doi.org/10.3390/nu8110741>
- Mantel, Ä., Hirschberg, A. L., & Stephansson, O. (2020). Maternal eating disorders and pregnancy outcomes. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 285–293.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3664>
- Martini, M. G., Barona-Martinez, M., & Micali, N. (2020). Eating disorder mothers and their children. *Archives of Women's Mental Health*, 23(4), 449–467.
<https://doi.org/10.1007/s00737-020-01019-5>
- Martini, M. G., Taborelli, E., Easter, A., Bye, A., Eisler, I., Schmidt, U., & Micali, N. (2023). Maternal eating disorders and mother–infant interaction. *European Eating Disorders Review*, 31(2), 335–348. <https://doi.org/10.1002/erv.2946>
- Micali, N., Simonoff, E., & Treasure, J. (2009). Infant feeding in babies of women with eating disorders. *The Journal of Pediatrics*, 154(1), 55–60.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.08.035>

- Micali, N., Stahl, D., Treasure, J., & Simonoff, E. (2014). Childhood psychopathology in children of women with eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(2), 124–134. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12161>
- Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., & Treasure, J. (2017). Eating disorders in pregnancy and postpartum. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *40*, 16–28. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.12.002>
- Ministero della Salute. (2017). *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione (Quaderno n. 29)*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment (NICE Guideline NG69)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J., & Stein, A. (2002). Children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *5*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1023/A:1014524207851>
- Pellegrini, R. A., Finzi, S., Veglia, F., & Di Fini, G. (2021). Narrative and bodily identity in eating disorders. *Frontiers in Psychology*, *12*, 723653. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.723653>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, *53*, 187–213. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11752484/>
- Rizzo, G., Garzon, S., Fichera, M., Panella, M. M., Catena, U., & Schiattarella, A. (2019). Vitamin D and gestational diabetes mellitus. *Antioxidants*, *8*(11), 511. <https://doi.org/10.3390/antiox8110511>
- Ruiz, R. J., Fullerton, J., & Dudley, D. J. (2003). Maternal stress and gestational length. *Obstetrical & Gynecological Survey*, *58*(6), 415–428. <https://doi.org/10.1097/01.OGX.0000075140.52364.0C>
- Santangeli, L., Sattar, N., & Huda, S. S. (2015). Maternal obesity and outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *29*(3), 438–448. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.10.008>
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: A cognitive-interpersonal model. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*(3), 343–366. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17147101/>
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche: La terapia familiare*. Raffaello Cortina Editore.

- Silva, G. A. P., Costa, K. A. O., & Giugliani, E. R. J. (2016). Infant feeding: Beyond nutritional aspects. *Journal of Pediatrics (Rio J)*, 92(3 Suppl. 1), S2–S7. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.02.006>
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583–593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. <https://www.thelancet.com>
- Uguz, F., et al. (2007). OCD in pregnant women. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 441–445. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.04.001>
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Motivation for change in eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391–420. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9638355/>
- Williams, K. E., & Koran, L. M. (1997). OCD in pregnancy and puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(7), 330–334.
- Winnicott, D. (2016). Primary Maternal Preoccupation. *Oxford Academic*. <https://academic.oup.com/book/1054/chapter-abstract/138187249?redirectedFrom=fulltext>
- Wisner, K. L., Peindl, K. S., Gigliotti, T., & Hanusa, B. H. (1999). OCD symptoms in postpartum depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(3), 176–180.
- Zerwas, S., et al. (2014). Eating disorders and pregnancy outcomes. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.22208>

Ringraziamenti

Desidero esprimere la mia sincera gratitudine al mio relatore, Professor Martin Dodman, per la disponibilità, la guida attenta e il prezioso supporto lungo tutto il percorso di questa tesi. I suoi consigli, la sua competenza e la sua sensibilità, rispetto al tema trattato, sono stati fondamentali per la realizzazione di questo lavoro.

Ai miei genitori, che hanno visto questo giorno vicino anche quando a me sembrava lontanissimo.

A te Pezz, che mi hai insegnato a non mollare mai, che la nostra testa dura porta a risultati, te che ci hai creduto più di quanto lo abbia fatto io. Grazie per non aver mai dubitato un solo secondo delle mie capacità. A volte qualcuno che crede in te quando sei perso, è sufficiente per ritrovare la strada.

Al mio papà, la persona che più di tutti mi ha insegnato la calma, che fallire si può, basta rimediare. Che nulla è semplice, ma i drammi non servono. Non hai mai smesso di credere che io potessi arrivare qui, la persona con le parole giuste sempre in tasca.

A mio Fratello Pietro, l'esatta metà del mio cuore, anche se sono state più le volte in cui mi hai rimarcato che le mie fatiche me le sono scelte, non è mai mancato un tuo "brava", come sappi, non mancherà mai da parte mia per te. Mi troverai sempre a un passo da te.

Ai miei nonni, le mie colonne portanti., il mio rifugio.

A Ned, la mia prima telefonata dopo ogni esame, alla mia spalla su cui piangere e la persona che mi fa più ridere. Quella forse mi assomiglia di più e, questo nel bene e nel male, e mi rende orgogliosa. grazie per tutte le candele che hai acceso a Oropa. Oggi possiamo proprio dire che sono servite.

A Johnny, il mio nonno brontolone, che forse non ha ancora capito adesso cosa io abbia fatto, ma non ha mai saltato un "Auguri" prima di un esame e mai si è dimenticato di complimentarsi

con me. A volte bisogna leggerti tra le righe, ma alla fine non è così faticoso capire il bene che, a modo tuo, ci vuoi.

Alla Iva, nonna acquisita, da sempre l'emblema che i legami non sono di sangue, ma di cuore. Grazie per le tue telefonate prima e dopo gli esami e per la gioia condivisa come se i successi fossero tuoi; grazie per l'infanzia serena che tu e la nonna mi avete regalato.

E poi grazie ai miei amici. Pochi, buoni, essenziali.

A Gabri, il mio 'me' fuori da 'me'. Noi che basta uno sguardo per capirci, noi che non abbiamo bisogno di mille messaggi o chiamate perché la cosa più importante è sempre stata solo una: esserci. Tu in questo non hai mai fallito e spero nemmeno io. Non siamo di tante parole, ma il nostro legame va oltre, perché è così. Semplice, concreto. Come noi. Da una vita e per tutta la vita, nonostante i mille impegni, noi ci siamo.

A Marti, migliore amica, complice, ogni aggettivo non riesce a descriverti, perché tu sei semplicemente tu, "la Marti". Tutti sanno chi sei ancora prima di conoscere me, tutti sanno che nella mia vita c'è la Marti. Nel bene, nelle risate, nella branca menta, ma anche e soprattutto nei periodi neri, negli sbagli, negli audio di 5 minuti. Noi che viviamo in simbiosi e ci raccontiamo ogni secondo della giornata, ogni avvenimento, ogni pensiero (malato) che ci passa per la testa. Grazie per non avermi mai lasciata sola anche quando combattere con la mia testa dura non è una bella esperienza.

A Muzz, il mio gigante buono. La nostra amicizia sembrava quasi non dovesse nascere, invece si è trasformata in un legame solido, pieno di fiducia, condivisione di avventure e ricordi speciali che porteremo sempre con noi. Grazie per la tua presenza silenziosa a volte, ma costante sempre.

A Vitto, un amico con la A maiuscola, un cuore buono, la certezza che in mia assenza il mio nome viene difeso. Quell'amico che puoi chiamare alle 4 di notte e arriva. Puoi contare su di me, come io so di poterlo fare su di te.

A Sara, la mia confidente, la mia Torakiki. Grazie per i tuoi consigli, per avermi fatto vedere le cose da un'altra prospettiva, per le risate e le confessioni sul divano. E soprattutto grazie per avermi spinto a bere quel caffè. Tu sai.

A Fili, il sole dopo tanto buio. Con te ho capito che a volte la vita non si programma, che le cose belle accadono quando smetti di aspettarle. Che stare bene insieme è così semplice e che non conta dove sei, ma con chi. Che non conta il tempo, ma come viene vissuto. Che qualcuno dopo mesi può leggerti dentro meglio di chi ti conosce da anni. Grazie per aver portato la felicità quando vedevo tutto nero.

A Francesca, il nostro sindaco, per me non solo, per me soprattutto una mano sempre tesa nella mia direzione, pronta ad aiutare senza chiedere nulla in cambio. Grazie per la tua fiducia, per la tua disponibilità e i tuoi insegnamenti.

E ai ragazzi e ragazze della Proloco e Grande Famiglia che siamo tutti insieme, a Fede, Mauro, Stefano, Debbina, Cristina, Fabio e Barbara. Insieme abbiamo sempre fatto grandi cose e il divertimento è assicurato. Grazie per esserci, vi voglio bene.