

Influenza degli aspetti socio-demografici e delle caratteristiche di personalità sulla scelta di partecipare ad un corso di accompagnamento alla nascita e sull'esito del parto

Giada Cascino, Santo Di Nuovo
Università di Catania, Dipartimento di Scienze della Formazione

ABSTRACT

Pregnancy is a crucial stage of the woman's lifespan, with conflicting aspects which could have negative outcome in delivery. In the transition toward motherhood the woman is offered the opportunity to attend prenatal courses; but small empirically-based knowledge exists about the psychological factors influencing the choice to participate in these courses.

The aim of this study was to assess socio-demographic factors and personality characteristics influencing the decision to attend an accompanying birth course and the relation between these variables and the pregnancy development and outcome.

For this purpose, 71 pregnant women, divided in two groups according to the willingness to attend a prenatal course, were submitted a structured interview and Big Five Questionnaire.

The results showed significant differences concerning level of education and personality profiles, particularly perseverance and openness to experience, which could have a role in influencing the choice to participate in antenatal classes. The results regarding delivery (term or preterm; type of delivery; Apgar index (score), weight, length of newborn) didn't show significant differences between the two groups.

Keywords: pregnancy, preparation for childbirth, level of education, personality.

Introduzione

In letteratura l'interesse per lo studio della gravidanza come fatto psicologico si è manifestato solamente nell'ultimo secolo (Philipp & Carr, 2001); i contributi forniti negli anni hanno elaborato una visione della gravidanza – soprattutto la prima – come momento evolutivo fondamentale dello sviluppo della identità femminile (Pola, 2007): momento di “crisi”, attribuendo a questo termine una connotazione non negativa ma in chiave evolutiva, come evento cruciale, che impone allo sviluppo un cambiamento di direzione; possibilità evolutiva, occasione di crescita, di maturazione, di sviluppo.

Tra i primi contributi sull'argomento in ambito psicologico è quello di Bibring (1959, 1961) che definisce la gravidanza “crisi maturativa”, per sottolineare come questo evento rappresenti un'occasione di rielaborazione e riassetto delle strutture psichiche esistenti, caratterizzata dalla riattivazione e dalla rielaborazione di conflitti riguardanti; in particolare, le prime relazioni ed i processi di identificazione con la propria madre, cui segue il raggiungimento di un livello di integrazione più maturo. Secondo Pines (1972, 1982) la gravidanza consente alla donna di completare il processo di separazione-individuazione dalla propria madre. A questo proposito, Pola (2007) – richiamando la teoria della Mahler (1975) – afferma che la gravidanza può essere considerata come un terzo processo di separazione-individuazione: i cambiamenti fisici e psichici legati alla gravidanza pongono alla donna compiti adattivi e trasformativi che le consentono di completare il processo di individuazione di sé stessa come donna e come madre per mezzo di una maggiore differenziazione dei confini personali e degli spazi interni in riferimento alla propria madre, al proprio partner e alle altre figure significative. Anche Ammaniti (1992) afferma che in gravidanza la maggiore permeabilità tra la sfera somatica e la sfera mentale risveglia esperienze del passato, incentrate sul sé infantile, che vanno ad intrecciarsi con la vita presente, incentrata sul sé adulto. Tale esperienza si palesa nelle identificazioni presenti in gravidanza, da un lato quella della donna con il proprio bambino, dall'altro quella della donna con la propria madre. Questa duplice identificazione permette alla donna di rielaborare i vissuti relativi al desiderio ed alla idealizzazione della unione infantile con la propria madre, adesso riattivati dall'esperienza della gravidanza.

Pazzagli, Benvenuti e Rossi Monti (1981) mettono in evidenza come i cambiamenti legati alla fase critica della maternità possano anche destabilizzare il senso dell'identità, richiedendo un processo di riorganizzazione del mondo esterno e interno della donna. La donna durante il periodo di gestazione è chiamata a riorganizzare gli spazi esterni, preparando uno spazio fisico nel mondo reale per il bambino, e gli spazi interni, creando nella propria mente uno spazio che contenga l'idea del nascituro e la rappresentazione di sé come genitore; spazio che va a coesistere e a relazionarsi con altri spazi già esistenti che contengono l'immagine di sé-bambina, la rappresentazione delle proprie figure genitoriali, e il sentimento della propria identità.

Nel viaggio verso la prima maternità alla donna è offerta la possibilità di partecipare a corsi di accompagnamento alla nascita. Tuttavia, a fronte di una percentuale di primipare che sceglie di partecipare a questi corsi, un'alta percentuale di donne non ne sente la necessità o ha resistenze ad intraprendere un percorso che tematizzi la fase critica. Secondo una indagine italiana (Grandolfo, Lauria, Lamberti, 2011) condotta in collaborazione con 25 ASL di 11 regioni italiane e che ha coinvolto 3.534 donne, la partecipazione delle gravide ai corsi di accompagnamento alla nascita, rispetto ad una indagine precedente effettuata nel 2002, è lievemente aumentata, dal 30% al 35%. L'indagine, tuttavia, sottolinea che in Italia permangono differenze territoriali nella partecipazione ai corsi, evidenziando una maggiore partecipazione nel nord (il 61,7% delle donne) e nel centro (il 55% delle donne) rispetto al sud (il 32,5% delle donne) e alle isole (il 36,7%). Lo studio indica, inoltre, quali fattori associati ad una maggiore partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita l'età maggiore di 30 anni, il livello di istruzione medio-alto, l'occupazione lavorativa, la cittadinanza italiana, la residenza in una regione centro-settentrionale, l'essere assistita durante la gravidanza dal consultorio familiare o dall'ostetrica. Infine, questa indagine dimostra che la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita riduce la frequenza di parti con taglio cesareo.

L'indagine appena descritta, però, non prende in considerazione i fattori psicologici che potrebbero avere un ruolo nell'influire sulla decisione di partecipare ai corsi di accompagnamento alla nascita.

Tale aspetto risulta essere poco indagato in ambito scientifico: una ricerca dei contributi presenti sulle banche-dati di ricerca conferma che a questo argomento è stata dedicata poca attenzione, mentre l'attenzio-

ne è focalizzata piuttosto sugli effetti dei programmi di psicoprofilassi e di educazione prenatale sull'esito della gravidanza. In particolare, alcuni autori hanno misurato l'effetto della psicoprofilassi e dell'educazione prenatale sulla riduzione delle percentuali di tagli cesarei (Oyuela-García & Hernández-Herrera, 2010) e sull'andamento (Scott & Rose, 1976; Bergström, Waldenström, Kieler, 2010), sul riconoscimento (Albizu, Goñi, Mejías, 2000; Lauzon & Hodnett, 2000) e sulla gestione del travaglio e sul processo del parto (Gunn, O'Donnell, Lloyd, Fisher, 1983; Patton, English, Hambleton, 1985; Lumley & Brown, 1993; Phipps, Dietz, Charlton, 2009; Artieta-Pinedo, Bacigalupe, Grandes, Remiro-Fernandezdegamboa, Odriozola-Hermosilla, Paz-Pascual *et al.*, 2010). Altri studi riguardano l'efficacia della psicoprofilassi ostetrica nella pratica clinica (D'Alfonso, Cappa, Facchini, Di Stefano, Patacchiola, Zaurito, 1990) quale strumento utile per abbassare i livelli di ansia delle donne gravide, per favorire una diminuita percezione del dolore e sentimenti più positivi sul parto (Charles, Meyers, Block, Meyering, Norr, 1978; Genest, 1981). Diversi contributi mirano a valutare gli effetti dell'educazione prenatale sull'esperienza della gravidanza e nel periodo successivo al parto: alcuni contributi valutano l'impatto che la preparazione al parto può avere sulla salute della madre e del neonato (Baglio, Spinelli, Donati, Grandolfo, Osborn, 2000; Mehdizadeh, Alaghebandan, Chaichian, Roosta, 2005), il suo effetto sulla riduzione e sulla prevenzione della depressione e del distress *post-partum* (Hayes, Bradley, Muller, 2001; Matthey, Charles, Howie, Barnett, Kavanagh, 2004; Lara, Navarro, Navarrete, 2010; Milgrom, Gemmill, Ericksen, Ross, Schembri, 2011) e sui sentimenti e sull'esperienza legati alla gravidanza e al parto e sullo stress genitoriale percepito un anno dopo il parto (Hildingsson, 2012). Alcuni autori misurano gli effetti dell'educazione prenatale sull'adattamento materno in gravidanza e nel periodo dopo il parto (Lumley & Brown, 1993; Spinelli, Osborn, Donati, Grandolfo, Baglio, 2003; Fabian, Rådestad, Waldenström, 2005; Gagnon & Sandall, 2007; Serçeku & Mete, 2010).

In realtà, i risultati dei corsi in termini di efficacia hanno a monte una variabile importante e non abbastanza considerata: la selezione relativa alla scelta di avvalersi o meno di queste opportunità, che potrebbe configurare già nel campione delle ricerche un *bias* legato a caratteristiche socio-culturali o di personalità.

Sono stati indagati gli atteggiamenti delle donne nei confronti del-

l'educazione prenatale, descrivendo l'esperienza (aspettative, motivazioni, soddisfazione, ecc.) di genitori in attesa che partecipano ad un programma di educazione genitoriale (Norling-Gustafsson, Adolffson, Skaghammar, 2011) o le percezioni delle donne sui corsi di preparazione al parto e alla genitorialità (Murphy Tighe, 2010; Fabian *et al.*, 2005). Infine, alcuni studi pongono l'attenzione sulle caratteristiche che differenziano coloro che partecipano ai corsi di educazione prenatale e coloro che non li frequentano, esaminando perlopiù fattori socio-demografici (Hutton, Ellis, Lyman, Boyle, 1982; Redman, Oak, Booth, Jensen, Saxton, 1991; Lumley & Brown, 1993; Cliff & Deery, 1997; Fabian, Rådestad, Waldenström, 2004).

Pochi studi analizzano la relazione tra variabili psicologiche e la scelta di partecipare ai programmi di psicoprofilassi. A proposito, un contributo analizza la relazione tra variabili psicologiche, quali *locus of control* e desiderabilità sociale, e scelta della psicoprofilassi, confrontando coppie partecipanti e non partecipanti ai corsi di psicoprofilassi (Windwer, 1977); un altro studio indaga i fattori cognitivi predittivi della frequenza dei corsi prenatali (Michie, Marteau, Kidd, 1990).

A partire dalla ridotta attenzione dedicata in ambito scientifico ai fattori psicologici che favoriscono la partecipazione ai corsi di preparazione al parto – che possono essere sottovalutati proprio dalle donne che ne avrebbero potenziale bisogno – è stata progettata la presente ricerca. Essa è centrata sulle donne che affrontano per la prima volta l'esperienza di gravidanza, quindi il momento di crisi fra l'equilibrio preesistente e la fase evolutiva che consente alla donna di acquisire il nuovo status di madre.

1. Obiettivi

Gli obiettivi specifici della ricerca sono stati valutare:

- 1) se diversi fattori, quali variabili socio-demografiche e tratti di personalità, possono influire sulla scelta di partecipare ad un corso di accompagnamento alla nascita;
- 2) se queste variabili, compresa la partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita, possono essere poste in relazione con l'esito della gravidanza, in termini di gravidanza a termine o pretermine, di tipologia di parto (parto fisiologico vaginale, taglio ce-

sareo) ed eventuali complicanze e di indicatori relativi al neonato (indice di Apgar, peso, lunghezza).

2. Soggetti

I dati sono stati rilevati in un campione di 71 donne primigravide nel periodo compreso tra il sesto ed il nono mese di gestazione, confrontando due sottogruppi, uno costituito da 39 donne partecipanti ad un Corso di Accompagnamento alla Nascita (in seguito: gruppo AN), ed uno costituito da 32 donne che non hanno partecipato a corsi di preparazione prenatale (gruppo di controllo: GC). Il campione è stato reperito in due Consultori Familiari e in due Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia.

I due gruppi (vedi tab. 1) sono pareggiati per le variabili età, occupazione e tempo di convivenza, differenziandosi soltanto per la variabile grado di istruzione [$p(2) = .02$, come atteso anche in base ai dati precedenti sulla partecipazione ai corsi di preparazione al parto, nella quale i livelli di istruzione superiore risultano sempre prevalenti su quelli medio-inferiori.

Tabella 1 - Dati anamnestici relativi alle donne e ai mariti/partner, differenziati per gruppo

	Gruppo AN	Gruppo Controllo
Età donne		
media	28,74	27,09
range	16 - 41	17 - 40
Età marito/partner		
Media	31,43	31,34
Range	20 - 41	20 - 46
Grado di istruzione donne		
Licenza elementare/media	6 = 15,39%	15 = 46,88%
Diploma	24 = 61,53%	12 = 37,50%
Laurea	9 = 23,08%	5 = 15,62%
Posizione professionale donne		
Casalanga	17 = 43,59%	18 = 56,25%
Occupata	22 = 56,41%	14 = 43,75%
Tempo di matrimonio/convivenza		
Media (in mesi)	19,15	20,78

3. Strumenti e metodi

Gli strumenti utilizzati per il rilevamento dei dati sono una intervista strutturata, elaborata e validata ad hoc, ed il test *Big Five Questionnaire*.

1. L'intervista è stata elaborata in base alla letteratura consultata per le finalità del presente lavoro. Essa è composta da 37 domande a risposta aperta, articolate in categorie. La prima parte mira a raccogliere i dati anamnestici relativi alla donna (età, stato civile, tempo di matrimonio/convivenza, titolo di studio, posizione professionale), al marito/partner (età) e alla gravidanza (settimana di gestazione, data presunta del parto, numero di gravidanza/parti). La seconda parte è finalizzata a rilevare gli aspetti bio-psico-sociali della gravidanza; nello specifico, essa mira ad indagare se la gravidanza è frutto di una decisione o non era prevista al momento, se la gravidanza ha interferito con la realizzazione personale della donna, il modo in cui la donna affronta l'esperienza della gravidanza (ricerca di informazioni e di supporto sociale), il suo vissuto emotivo rispetto alla gravidanza e al parto, la fiducia nella capacità di padroneggiare/controllare il parto; essa indaga, inoltre, a chi la donna ha comunicato, per primo, il suo stato di gravidanza, il modo in cui è stata accolta la gravidanza in ambito familiare e la presenza del sostegno/supporto familiare o amicale; infine, si propone di rilevare se la donna conosce il sesso del nascituro e le preferenze rispetto alle tipologie di parto e alla tipologia di allattamento (al seno, artificiale). Alcune domande indagano l'eventuale presenza di complicanze, l'eventuale assunzione di una terapia farmacologica e se sono stati effettuati trattamenti per potere concepire. Una domanda si propone di rilevare se la donna gradirebbe un trattamento psicologico in relazione all'esperienza che sta vivendo. Tre domande dell'intervista sono riservate solo alle donne del gruppo AN e si propongono di rilevare il modo in cui la donna è venuta a conoscenza del corso, le motivazioni che l'hanno spinta a frequentarlo e le aspettative che nutre rispetto ad esso.

2. Test *Big Five Questionnaire* (BFQ, edizione italiana Caprara, Barbaranelli, Borgogni, 1993), dedotto dalla teoria dei cinque grandi fattori, composto da 132 item misurati su una scala tipo Likert a cinque livelli (5=assolutamente vero per me; 4=abbastanza vero per me; 3=né vero né falso; 2=piuttosto falso per me; 1=assolutamente falso per me).

Il test permette di ottenere il profilo di personalità di un soggetto articolato in cinque dimensioni, ciascuna composta da due sottodimensioni; esse sono: estroversione/energia (sottodimensioni: dinamismo, dominanza); gradevolezza sociale/amicalità (cooperatività, cordialità); coscienziosità/responsabilità (scrupolosità, perseveranza); stabilità emotiva (controllo dell'emozione, controllo degli impulsi); apertura mentale (apertura alla cultura, apertura all'esperienza). Inoltre, nel test è presente una scala *Lie* (o di menzogna) che misura la tendenza del soggetto a dare un'immagine di sé falsamente positiva o negativa.

Sia l'intervista che il test sono stati somministrati alle donne del campione individualmente da parte di una psicologa con esperienza specifica nel settore.

3. Sono stati rilevati i dati relativi al parto (gravidenza a termine o pre-termine; tipologia di parto - parto fisiologico vaginale o taglio cesareo - eventuali complicanze; indicatori relativi al neonato - indice di Apgar, peso, lunghezza). Per l'impossibilità di rintracciare alcune donne dopo il parto i dati sono stati reperiti su 38 casi del Gruppo AN e su 30 casi del GC.

4. Analisi dei dati

L'intervista è stata codificata evidenziando le risposte fornite dai soggetti del campione e calcolando la frequenza assoluta con cui si sono presentate; la codifica è stata effettuata mantenendo il linguaggio dei soggetti intervistati ed effettuando solo alcuni raggruppamenti di sinonimie molto evidenti.

Modalità e motivazioni della scelta del corso da parte del gruppo AN. Le donne che hanno scelto di frequentare il corso di accompagnamento alla nascita riferiscono di esserne venute a conoscenza attraverso contatti all'interno della rete sociale; in particolare, attraverso amiche (36,36%) e parenti (22,72%) che hanno precedentemente partecipato al corso. Alcune donne riferiscono di essere state informate dagli operatori dei Consultori Familiari (18,18%). Una minoranza del gruppo afferma di esserne venuta a conoscenza attraverso un generico passaparola (9,09%) e gli impiegati ospedalieri (6,81%). Una percentuale pari al 4,54% riferisce di conoscere direttamente i Consultori Familia-

ri ed i servizi da essi offerti. Infine il 2,27% riferisce di esserne venuto a conoscenza attraverso la propria madre.

Le motivazioni che hanno spinto a frequentare il corso, riferite con maggiore frequenza, riguardano il desiderio di avere informazioni e/o approfondire la conoscenza su gravidanza, parto, maternità (gestione del bambino, allattamento) (40,74%). Altre motivazioni sono volere condividere e confrontare la propria esperienza con altre donne che stanno vivendo la gravidanza (14,81%), provare “curiosità” rispetto al corso stesso (12,96%) e compensare l’inesperienza legata alla prima gravidanza (9,25%).

Le aspettative nutrite nei confronti del corso riguardano soprattutto la possibilità di avere chiarimenti, di acquisire preparazione e conoscenza sulla gravidanza e sulla maternità e sulla gestione del bambino (44%). Buona parte delle donne del gruppo si aspetta di avere maggiore serenità, di prendere consapevolezza, di acquisire preparazione, di vincere la paura, per potere gestire/affrontare il parto (20%) e di avere sostegno/supporto per affrontare la maternità (12%). In misura minore le donne si aspettano di ricevere rassicurazioni, di acquisire sicurezza e serenità, in generale (8%), di condividere l’esperienza con altre donne (4%) e di vivere un’esperienza bella ed entusiasmante (4%).

Differenze fra i due gruppi. Alle donne di entrambi i gruppi è stato chiesto se hanno cercato informazioni sulla gravidanza, sul parto, sulla maternità e, se sì, di indicare il modo in cui lo hanno fatto.

La maggior parte delle donne di entrambi i gruppi afferma di aver cercato informazioni ($G_{AN}=87,17\%$; $G_C=75,00\%$), mentre il 12,83% delle donne del Gruppo AN ed il 25,00% delle donne del GC riferiscono di essere poco o nulla interessate a cercare informazioni sulla gestazione e sulla maternità. Le donne del Gruppo AN cercano informazioni maggiormente su internet (51,06%); buona parte di esse consulta libri e riviste o enciclopedie (46,79%) dedicate alla maternità; solo nel 2,12% si sono rivolte ad altre donne del corso (2,12%). Le donne del GC, invece, oltre a cercare informazioni su internet (31,57%) e riviste o enciclopedie (47,35%), ma in misura complessivamente minore rispetto all’altro gruppo, cercano informazioni all’interno della rete sociale, familiare e amicale (18,42%). Il 2,63% afferma di rivolgersi al ginecologo.

Indagando cosa le donne pensano delle informazioni ricevute nel corso dei controlli effettuati, dalle risposte fornite emergono alcune

differenze, interessanti anche se non statisticamente significative ($p_Z > 0,05$). Le donne del GC, in misura leggermente maggiore rispetto alle donne del Gruppo AN, considerano le informazioni ricevute *soddisfacenti / esaustive* ($G_{AN}=17,64\%$; $G_C=26,19\%$), *rassicuranti / positive / buone / utili / adeguate* ($G_{AN}=15,68\%$; $G_C=26,19\%$), solo in misura minore *insoddisfacenti / scarse* ($G_{AN}=3,92\%$; $G_C=11,90\%$). Le donne dei due gruppi considerano le informazioni ricevute *precise / dettagliate / chiare* ($G_{AN}=15,68\%$; $G_C=4,76\%$) ma anche *discordanti / poco precise / poco chiare / errate* ($G_{AN}=9,80\%$; $G_C=4,76\%$). Tra le risposte fornite a questa domanda riportiamo un giudizio sul modo in cui il ginecologo fornisce le informazioni e sul rapporto medico-paziente, piuttosto che sulle informazioni ricevute. A proposito, una categoria di risposta “*Il ginecologo parla poco, è superficiale/disinteressato, non molto preciso/poco chiaro, distaccato/sbrigativo*” è presente in entrambi i gruppi, anche se rilevata in misura maggiore nel Gruppo AN ($G_{AN}=13,72\%$; $G_C=9,52\%$); in questo gruppo solo una minoranza afferma che il ginecologo è *disponibile / chiaro / rassicurante / puntuale / scrupoloso* (7,84%).

Al fine di esplorare il vissuto delle donne legato alla esperienza della gravidanza è stato chiesto di descrivere con uno o più aggettivi la propria gravidanza e di indicare quali emozioni associano ad essa (ricordiamo che si tratta della prima gravidanza). Le donne di entrambi i gruppi descrivono la gravidanza con aggettivi (o sostantivi) che denotano complessivamente un vissuto positivo dell'esperienza. Le categorie di risposta rilevate con maggiore frequenza, quasi in egual misura in entrambi i gruppi (p_Z sempre $> 0,05$), sono quelle che descrivono la gravidanza con gli aggettivi *meravigliosa / bella / magica* ($G_{AN}=20,58\%$; $G_C=29,31\%$) e *tranquilla / serena / piacevole / quieta* ($G_{AN}=16,17\%$; $G_C=15,51\%$). Anche la categoria *gioiosa / felice* accomuna entrambi i gruppi, anche se presente con maggiore frequenza nel Gruppo AN ($G_{AN}=10,29\%$; $G_C=5,17\%$).

Tra le risposte fornite dalle donne di entrambi i gruppi alcune denotano un vissuto negativo dell'esperienza, descritto con gli aggettivi *ansiosa, preoccupante, pensierosa, paura e faticosa, stressante, travagliata, sofferata, complicata*. La paura è riferita relativamente al rischio di parto pretermine, alla possibile perdita della gravidanza, al non essere preparata per affrontare eventuali imprevisti, al non essere all'altezza di assumere

il ruolo di mamma; gli aggettivi negativi vengono riferiti principalmente in relazione ai cambiamenti corporei e alla presenza di complicanze. Queste categorie negative si rilevano più frequentemente nel GC (ansia e preoccupazione: $G_{AN}=5,88\%$; $G_C=15,51\%$; stress e complicazione: $G_{AN}=4,41\%$; $G_C=8,62\%$). Alcune categorie di risposta sono presenti solamente nell'uno o nell'altro gruppo; in particolare, alcune donne del Gruppo AN descrivono la propria gravidanza come *novità e scoperta* (7,35%), *particolare e speciale* (5,88%), *indescrivibile / fantastica / straordinaria* (5,88%), *emozionante / entusiasmante* (4,41%), *unica / irripetibile* (4,41%), *impaziente* (2,94%); alcune donne del GC, invece, la descrivono come *pesante / stancante/ lunga* (5,17%), *brutta e pesante* (3,44%), poche altre come *sensazione stupenda / positiva* (3,44%), *attesa / desiderata* (3,44%).

Relativamente alle emozioni che le donne dei due gruppi associano alla prima gravidanza, emergono differenze tra i due gruppi. Le donne del Gruppo AN riferiscono emozioni complessivamente positive, quali *gioia/felicità/entusiasmo* (29,31%), *tranquillità/serenità* (15,51%), *positività/ottimismo* (5,17%), *tenerezza/amore* (5,17%); le risposte che indicano un vissuto negativo sono presenti con bassa frequenza; in particolare, *ansia/preoccupazione per la salute del bambino/eventuali complicanze* (10,34%), *malessere/sbalzi d'umore/tristezza* (5,17%). Il vissuto emotivo delle donne del GC, invece, è contraddistinto quasi in egual misura, sia da emozioni positive, quali *gioia/felicità/contentezza* (23,91%), *tenerezza/amore/affetto* – per la maternità – (6,52%), sia da emozioni negative, quali *ansia/paura/preoccupazione* (26,08%). Alcune categorie di risposta, rilevate con bassa frequenza, sono presenti nel vissuto di entrambi i gruppi: *senso di responsabilità e protezione* ($G_{AN}=6,89\%$; $G_C=4,34\%$) e *incapacità di descrivere le emozioni provate in gravidanza, affermando che sono indescrivibili* ($G_{AN}=5,17\%$; $G_C=6,52\%$). Altre categorie, rilevate anche esse con bassa frequenza, caratterizzano il vissuto di alcune donne di entrambi i gruppi; nello specifico, nel Gruppo AN sono state rilevate le categorie *curiosità di vedere il/la figlio/a* (8,62%), *positività/ottimismo* (5,17%); nel GC le categorie *impazienza* (5,17%), *sorpresa/incredulità* (3,44%). Infine, per quanto riguarda il GC, alcune risposte singole sembrano denotare maggiormente l'incapacità di descrivere il vissuto emotivo legato alla gravidanza e, pertanto, si è preferito codificarle come risposte singole e repor-

tarle per intero: *“Emozione grande”* (2,17%), *“Quando si muove...è particolare...non so”* (2,17%), *“mi sento trascurata perché tutti mi chiedono: Ancora non nasce?”* (2,17%), *“È una sensazione che a parole è difficile descrivere...uno stato di gioia impalpabile fino a quando non la tocchi”* (2,17%), *“È una svolta”* (2,17%), *“È una cosa bella...però sta finendo. Adesso mi libero, dopo nove mesi...per l'aumento di peso...non riesco a dormire”* (2,17%).

Una parte dell'intervista mira ad esplorare il vissuto che le donne sperimentano pensando al momento del parto. Risultati significativi emergono indagando le emozioni che la donna sente pensando a quel momento, se ha preferenze rispetto alle tipologie di parto (parto fisiologico vaginale, in acqua, con anestesia epidurale, parto con taglio cesareo) e se crede di potere padroneggiare, controllare il suo parto o se sente il bisogno di affidarsi agli operatori sanitari.

Complessivamente il vissuto emotivo rispetto al pensiero del parto accomuna le donne di entrambi i gruppi (differenze non significative statisticamente); in particolare, le donne riferiscono di provare *paura/tensione/ansia/preoccupazione per il dolore del parto* ($G_{AN}=31,37\%$; $G_C=37,77\%$), *ansia/paura/tensione per una esperienza mai vissuta prima* ($G_{AN}=9,80\%$; $G_C=15,55\%$), e *preferiscono non pensare al momento del parto* ($G_{AN}=9,80\%$; $G_C=8,88\%$).

Alcune categorie di risposta, invece, differenziano i due gruppi, essendo state rilevate solamente in uno dei due. In particolare, le donne del Gruppo AN riferiscono di avere *curiosità di vedere il/la bambino/a* (9,80%), *paura per eventuali rischi/complicanze* (5,88%), *curiosità sull'esperienza di parto* (3,92%); una percentuale pari al 3,92% *non riesce a riferire le emozioni* che prova pensando al parto. Relativamente al GC, invece, il 4,44% afferma di *provare sollievo* pensando alla fine del parto. Nonostante sia prevalente un vissuto emotivo negativo in relazione al pensiero del futuro parto, la maggior parte delle donne di entrambi i gruppi afferma che preferirebbe affrontare un parto naturale ($G_{AN}=69,23\%$; $G_C=68,75\%$); solo una piccola percentuale di donne di entrambi i gruppi, ma in misura leggermente maggiore nel Gruppo AN, preferirebbe un parto naturale in acqua ($G_{AN}=17,94\%$; $G_C=12,5\%$) e con taglio cesareo ($G_{AN}=10,25\%$; $G_C=6,25\%$). Una percentuale pari al 9,37% del GC afferma che preferirebbe un parto fisiologico con anestesia epidurale. Il 2,56% delle donne del Gruppo AN non sa quale tipologia di parto preferirebbe e il 3,12% del GC non ha nessuna preferenza.

Quasi la metà delle donne del Gruppo AN risponde di *avere fiducia nella propria capacità di controllo* in misura nettamente maggiore rispetto a quelle del GC ($G_{AN}=48,71\%$; $G_C=9,37\%$, $Z=3,31$, $p<0,001$). Molte donne del GC, invece, in misura nettamente maggiore rispetto a quelle del Gruppo AN, sentono il bisogno di affidarsi agli operatori sanitari ($G_{AN}=10,25\%$; $G_C=37,5\%$, $Z=2,45$, $p<0,01$).

Infine, differenze significative emergono alla domanda che indaga se le donne, in relazione al momento che stanno vivendo, gradirebbero un trattamento psicologico (training autogeno, colloqui di sostegno, ecc.). Su tale aspetto il Gruppo AN si divide equamente (il 53,85% risponde positivamente, il 46,15% negativamente); nel GC, invece, le risposte negative sono nettamente superiori (56,25%) a quelle positive (28,13%); questa differenza è statisticamente significativa ($\chi^2 = 3,77$, $p=0,05$). Alcune donne del GC, che hanno risposto negativamente, nel motivare la risposta data affermano che non sentono il bisogno, la necessità di un trattamento psicologico in quanto *la loro gravidanza sta procedendo senza problemi*; altre donne hanno fornito risposte che si è preferito codificare come risposte singole e si riportano di seguito per intero: “*Vorrei confrontarmi sulla maternità, ma mio marito evita [dissuade] dicendo che andrà tutto bene*”, “*Mi sfogo con la famiglia*”, “*Ho sentito il bisogno, ma ho chiesto alla mia famiglia...piangevo...*”, “*Mi chiudo in me stessa. Chi mi conosce lo capisce*”. Queste risposte lasciano supporre che le donne del GC abbiano sentito l'esigenza di avere un supporto, un sostegno durante il periodo della gravidanza, ma quasi tutte hanno preferito trovarlo nell'ambito familiare, piuttosto che rivolgersi a figure professionali.

Big Five Questionnaire (BFQ)

In tabella 2 vengono riportate le medie e le deviazioni standard dei punteggi ponderati relativi alle dimensioni principali e alle sottodimensioni del BFQ e alla scala *Lie*, rilevati nelle donne del Gruppo AN e nelle donne del GC, e i risultati relativi al calcolo della significatività statistica delle differenze, effettuato attraverso il test *t* di Student per campioni differenti.

Tabella 2 - Medie e deviazioni standard dei punteggi ponderati relativi alle dimensioni del BFQ e alla scala Lie rilevati nel gruppo AN e nel gruppo di controllo, e calcolo della significatività delle differenze (Test t di Student, g.d.l. = 32)

	Gruppo AN	G. Controllo
	<i>Media</i>	<i>Media</i>
	<i>DS</i>	<i>DS</i>
Estroversione/Energia	48,41	49,91
	9,49	7,96
	-0,72	0,47
Gradevolezza sociale / Amicalità	49,67	46,19
	8,75	9,70
	1,59	0,12
Coscienziosità/Responsabilità	54,49	50,28
	9,48	10,72
	1,75	0,08
Stabilità emotiva	53,23	51,09
	9,40	9,55
	0,95	0,35
Apertura mentale	47,74	42,87
	11,68	10,48
	1,83	0,07
Lie	48,15	53,63
	9,91	12,13
	-2,09	0,04
Dinamismo	48,38	48,03
	8,06	9,44
	0,17	0,87
Dominanza	49,03	51,16
	7,07	9,56
	-1,08	0,28
Cooperatività	51,69	48,16
	8,49	9,84
	1,63	0,11
Cordialità	50,13	47,69

	7,98	9,73
	1,16	0,25
Scrupolosità	54,15	54,06
	10,15	10,35
	0,04	0,97
Perseveranza	52,51	45,78
	10,19	8,82
	2,94	<.001
Controllo dell'emozione	54,69	50,28
	8,99	9,83
	1,97	0,05
Controllo degli impulsi	51,59	51,44
	10,30	10,65
	0,06	0,95
Apertura alla cultura	49,95	45,50
	12,08	11,78
	1,56	0,12
Apertura all'esperienza	46,69	42,59
	10,04	8,27
	1,85	0,07

Il confronto effettuato mediante *Test t di Student* tra le medie dei punteggi ponderati relativi alle dimensioni principali del BFQ non evidenzia alcuna differenza statisticamente significativa tra i punteggi medi ottenuti dalle donne di entrambi i gruppi nelle dimensioni *estroversione / energia e stabilità emotiva*, punteggi che si collocano nel *range* indicante la norma ($55 > t > 45$); però, anche se la differenza non raggiunge livelli di significatività statistica, si rileva una maggiore *gradevolezza sociale/amicizia* ($M_{AN}=49,67$; $M_C=46,19$) ed una maggiore *stabilità emotiva* ($M_{AN}=53,23$; $M_C=51,09$) nelle donne del Gruppo AN rispetto a quelle del GC; nella dimensione *stabilità emotiva* il punteggio medio ottenuto dalle donne del Gruppo AN è prossimo al limite superiore della norma.

Una differenza statisticamente significativa (seppur al livello $p < 0,10$) viene evidenziata tra i punteggi medi dei due gruppi nelle dimensioni principali *coscienziosità / responsabilità* ed *apertura mentale*:

- una maggiore *coscienziosità/responsabilità* delle donne del Gruppo AN rispetto alle donne del GC ($M_{AN}=54,49$; $M_{GC}=50,28$; $p_t=0,08$); pur rientrando entrambi i punteggi medi nella norma ($55 > t > 45$), il punteggio medio delle donne del Gruppo AN, rispetto a quello delle donne del GC, risulta più alto, collocandosi quasi al limite superiore del *range* indicante la norma;
- una maggiore *apertura mentale* delle donne del Gruppo AN rispetto alle donne del GC ($M_{AN}=47,74$; $M_{GC}=42,87$; $p_t=0,07$); il punteggio medio ottenuto dalle donne del GC è basso ($45 > t > 35$), a differenza di quello delle donne del Gruppo AN che rientra nella norma.

Un'altra differenza statisticamente significativa si rileva tra i punteggi medi dei due gruppi relativi alla scala Lie ($M_{AN}=48,15$; $M_{GC}=53,63$; $p_t=0,04$); le medie dei punteggi di entrambi i gruppi si collocano nella norma, ma il punteggio medio del GC risulta significativamente più alto rispetto a quello del Gruppo AN, indicando un atteggiamento meno aperto e più difensivo dei soggetti del GC rispetto a quelli del Gruppo AN.

Il confronto effettuato mediante *Test t di Student* tra le medie dei punteggi ponderati relativi alle sottodimensioni del BFQ non evidenzia alcuna differenza statisticamente significativa tra i punteggi medi ottenuti dalle donne di entrambi i gruppi nelle sottodimensioni *dinamismo*, *dominanza*, *cooperatività*, *cordialità*, *scrupolosità*, *controllo degli impulsi* e *apertura alla cultura*, punteggi medi che si collocano nella norma ($55 > t > 45$); i punteggi medi di entrambi i gruppi relativi alla sottodimensione *scrupolosità* sono vicini al limite superiore indicante la norma.

Una differenza statisticamente significativa tra punteggi medi dei due gruppi si rileva in alcune sottodimensioni del test, quali *perseveranza*, *controllo dell'emozione*, *apertura all'esperienza*.

È stata inoltre calcolata la percentuale di soggetti nei due gruppi che sono sopra o sotto la soglia della norma nelle diverse sub scale (cut-off dei centili 55 e 45 della taratura italiana del BFQ).

Le differenze fra i due gruppi confermano la significatività per le sub scale *perseveranza* e *apertura all'esperienza* evidenziando nel gruppo AN una maggiore proporzione di soggetti in cui queste dimensioni sono particolarmente elevate, mentre nel GC è superiore la proporzione di donne sotto il cut-off inferiore.

Per la *perseveranza* $G_{AN} (t>55) = 38,46\%$, $G_C (t>55) = 18,75\%$; $G_{AN} (t<45) = 23,07\%$, $G_C (t<45) = 46,87\%$, $\chi^2 = 3,91$, $p<0,05$; per la *apertura all'esperienza* $G_{AN} (t>55) = 23,07\%$, $G_C (t>55) = 6,25\%$; $G_{AN} (t<45) = 43,58\%$, $G_C (t<45) = 62,25\%$, $\chi^2 = 3,07$, $p=0,08$.

Capacità perseverativa e disponibilità verso esperienze nuove si confermano superiori nel gruppo che sceglie di frequentare il corso di preparazione al parto.

Dati relativi al parto. Il test χ^2 non evidenzia alcuna associazione statisticamente significativa tra dati relativi al parto e l'appartenenza ad uno dei due gruppi. Pertanto non sono stati rilevati, in nessuno dei due gruppi, effetti significativi delle variabili sociodemografiche, psicologiche (tratti di personalità) e di partecipazione o meno ad un corso di accompagnamento alla nascita sull'esito del parto, in nessuno dei parametri presi in considerazione.

5. Discussione e conclusioni

I risultati evidenziano che le donne primipare dei due gruppi confrontati, gruppo “Corso Accompagnamento alla Nascita” e gruppo di controllo, differiscono significativamente rispetto al grado di istruzione e ad alcuni tratti di personalità. Relativamente al livello di scolarità, è stata confermata una maggiore disponibilità alla partecipazione nei gradi di istruzione superiori.

Rispetto ai tratti di personalità, rilevati con il Big Five Questionnaire, i dati evidenziano che le donne dei due gruppi differiscono significativamente in alcune dimensioni, quali coscienza / responsabilità ed apertura mentale, e in alcune sottodimensioni, quali perseveranza, controllo dell'emozione, apertura all'esperienza. Soprattutto la disponibilità ad esperienze nuove e ad impegnarsi in esse con perseveranza sembra differenziare chi sceglie di frequentare il corso di preparazione al parto.

I risultati non dimostrano alcun effetto differenziale delle variabili socio-demografiche e dei tratti di personalità sull'esito del parto, anche se è ipotizzabile che il modo di affrontarlo sia stato diverso nei due gruppi; ipotesi che esulava però dagli scopi del presente studio.

I risultati appena esposti, basati su dati quantitativi, vengono meglio spiegati ed arricchiti dai dati emersi dalle risposte fornite dalle donne alle domande dell'intervista, dalle quali emergono ulteriori differenze tra i due gruppi relativamente al vissuto legato alla gravidanza.

La maggiore apertura all'esperienza riscontrata nelle donne del gruppo AN come fattore che può aver influito sulla scelta di partecipare ad un corso di accompagnamento alla nascita, viene specificata dalle motivazioni esplicitate: ricerca di informazioni ed approfondire la conoscenza sulla gravidanza, sul parto, sulla maternità (gestione del bambino, allattamento), curiosità rispetto al corso stesso. Inoltre, le donne del gruppo AN presumibilmente considerano la gravidanza come un "compito" e la loro maggiore coscienziosità, in particolare la maggiore perseveranza, rispetto alle donne del gruppo di controllo, le spinge a fare il massimo possibile per portarlo a termine nel migliore dei modi. Probabilmente la partecipazione al corso viene anche considerata come uno strumento che permette di fare quanto "necessario" e "possibile" per portare a termine questo compito.

Inoltre, il maggiore utilizzo di internet per cercare informazioni da parte delle donne del gruppo AN, fa ipotizzare che queste donne siano spinte a cercare informazioni derivanti da fonti credute più attendibili, consapevoli delle insidie che la rete virtuale può nascondere.

Il vissuto della gravidanza come esperienza critica, contraddistinta da reazioni psicologiche ambivalenti, si è riscontrato maggiormente nel gruppo di controllo ed è emerso dal modo in cui le donne descrivono la propria gravidanza associando in misura pressoché uguale espressioni positive e altre che la connotano come esperienza negativa. Le donne del gruppo AN, invece, riferiscono emozioni prevalentemente positive.

Altri dati interessanti sono emersi relativamente al parto. Nonostante entrambi i gruppi di primipare esplicitino principalmente un vissuto di preoccupazione e tensione, emergono differenze indagando se le donne credono di potere padroneggiare, controllare il parto o se sentono il bisogno di affidarsi agli operatori sanitari. A riguardo, le donne del gruppo AN, rispetto a quelle del gruppo di controllo, dichiarano maggiore fiducia nella capacità di autocontrollo, legata - in base ai dati rilevati dal test BFQ - alla maggiore perseveranza.

Sembra evidente che le donne dei due gruppi abbiano un modo abbastanza diverso di affrontare questa esperienza emotiva e questa dif-

ferenza potrebbe essere legata ad alcune caratteristiche di personalità. Il maggiore controllo dell'emozione rilevato nelle donne del gruppo AN, in aggiunta allo stato emotivo connesso alla rappresentazione del parto come evento doloroso, può aver influenzato la scelta di partecipare ad un corso di accompagnamento alla nascita: probabilmente, tra altri fattori, anche la tendenza personale a controllare gli stati di tensione connessi all'esperienza emotiva porta le donne a considerare la frequenza al corso come una strategia di *coping* per gestire gli stati di tensione associati al pensiero del futuro parto. Una delle motivazioni che ha spinto le donne del gruppo AN a partecipare al corso è il volere condividere e confrontare la propria esperienza con altre donne che stanno vivendo la gravidanza, motivazione che sembra sottendere il bisogno di una regolazione delle emozioni, condividendole con altre nella stessa situazione in modo di acquisire sicurezza e ricevere supporto per affrontare e gestire il parto e per affrontare la maternità.

Nel gruppo di controllo le risposte alla domanda circa il gradimento di un trattamento psicologico (training autogeno, colloqui di sostegno, ecc.) sono prevalentemente negative. La motivazione razionalmente addotta è che non vedono la necessità di un trattamento psicologico in quanto *la loro gravidanza sta procedendo senza problemi*; seppure traspare l'esigenza di avere un supporto durante il momento critico della gravidanza, si preferisce trovarlo nell'ambito familiare, piuttosto che rivolgersi a figure professionali. Si può ipotizzare, considerata la visione complessivamente meno positiva della gravidanza, che le donne del gruppo di controllo non cercano un supporto "formalizzato" attivando resistenze legate presumibilmente ai tratti di personalità. Al riguardo, esse sembrano avere un atteggiamento meno aperto e più difensivo rispetto a quelle del gruppo AN, come evidenziano i punteggi medi ottenuti alla scala *Lie* del BFQ, che risultano essere prossimi al limite superiore del *range* indicante la norma. Ricordiamo che punteggi alti alla scala *Lie* indicano la tendenza a fornire una immagine di sé falsata in senso positivo. Pertanto è presumibile che la negazione della esigenza di supporto psicologico – associato al disagio psichico – sia finalizzata a mantenere una immagine di sé positiva.

Un ultimo aspetto su cui è utile focalizzare l'attenzione in vista di possibili ricadute applicative: le donne che hanno partecipato al corso di accompagnamento alla nascita affermano di esserne venute a conoscenza nella maggior parte dei casi attraverso un passaparola, perlopiù

attraverso altre donne che hanno partecipato in precedenza ad un corso, e attraverso gli operatori dei consultori familiari. Stupisce rilevare che le donne non ricevano informazioni a riguardo dai ginecologi, i primi e principali specialisti cui la donna gravida si rivolge. Questo risultato spinge a riflettere sulla necessità di accrescere tra i medici una rappresentazione della prima gravidanza come evento carico di valenze psicologiche e sociali, e sull'utilità della partecipazione a corsi di accompagnamento alla nascita, in modo da vincere le eventuali resistenze al riguardo da parte di donne con certe caratteristiche culturali e di personalità.

In conclusione, vanno messi in evidenza i limiti della nostra ricerca, che possono diventare spunti per ulteriori ricerche. In riferimento al secondo obiettivo è presumibile che la partecipazione al corso influenzi non tanto l'esito del parto in termini "oggettivi" - condizionato da altri fattori fisio-psichici - quanto la percezione soggettiva della gravidanza e della maternità, utile non solo per migliorare la gestione soggettiva ed emotiva del parto ma anche per una successiva gestione del nascituro: variabili che esulavano dagli scopi del presente studio. Sarebbe utile verificare con ricerche longitudinali gli effetti della partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita sul vissuto del parto, sulle emozioni e sul modo di gestire il nascituro e i rapporti familiari post-partum. Tali informazioni potrebbero assumere importanza in ambito applicativo, ad esempio nella progettazione - nell'ambito dei consultori - dei programmi di sensibilizzazione sul percorso di accompagnamento non solo al parto e alla nascita ma più in generale alla maternità.

Bibliografia

- Albizu L., Goñi J., Mejías A. (2000). Antenatal education and recognition of the onset of labour. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(2), 337-342.
- Ammaniti M. (a cura di) (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Artieta-Pinedo I., Paz-Pascual C., Grandes G., Remiro-Fernandezdegamboa G., Odriozola-Hermosilla I., Bacigalupe A, Payo J., (2010). The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research*, 59(3), 194-202.

- Baglio G., Spinelli A., Donati S., Grandolfo M.E., Osborn J. (2000). Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 36(4), 465-478.
- Bergström M., Kieler H., Waldenström U. (2010). Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(6), 794-800.
- Bibring G. L. (1959). Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring G. L. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-23.
- Caprara G.V., Barbaranelli C., Borgogni L. (1993). BFQ - Big Five Questionnaire. Manuale. Firenze: OS, Organizzazioni Speciali [2a ed., 2000].
- Charles A.G., Norr K.L., Block C.R., Meyering S., Meyers E. (1978). Obstetric and psychological effects of psychoprophylactic preparation for childbirth. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 131(1), 44-52.
- Cliff D., Deery R. (1997). Too much like school: social class, age, marital status and attendance/non-attendance at antenatal classes. *Midwifery*, 13(3), 139-145.
- D'Alfonso A., Zaurito V., Facchini D., Di Stefano L., Patacchiola E., Cappa F. (1990). Validity of psychoprophylaxis in obstetrics. Authors' experience. *Minerva Ginecologica*, 42(12), 545-548.
- Fabian H.M., Rådestad I.J., Waldenström U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20(3), 226-235.
- Fabian H.M., Rådestad I.J., Waldenström U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436-443.
- Gagnon A.J., Sandall J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 18(3), CD002869.
- Genest M. (1981). Preparation for childbirth: evidence for efficacy. A review. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, & Neonatal Nursing*, 10(2), 82-85.
- Grandolfo M., Lauria L., Lamberti A. (2011). Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile (Pomi). In Sistema Nazionale per le Linee Guida, *Linea guida. Gravidanza fisiologica*. Roma: Iacobelli, pp. 29-31 (on line in <http://www.snlg-iss.it>).
- Gunn T.R., Fisher A., Lloyd P., O'Donnell S. (1983). Antenatal education: does it improve the quality of labour and delivery? *The New Zealand Medical Journal*, 26, 96(724), 51-53.

- Hayes B.A., Muller R., Bradley B.S. (2001). Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. *Birth.*, 28(1), 28-35.
- Hildingsson I. (2012). Mental training during pregnancy. Feelings and experiences during pregnancy and birth and parental stress 1 year after birth - a pilot study. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 3(1), 31-36.
- Hutton J.D., Boyle K., Lyman J., Ellis J. (1982). Sociological aspects of attenders and non-attenders of antenatal classes. *The New Zealand Medical Journal*, 10, 95(703), 143-145.
- Lara M.A., Navarro C., Navarrete L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 109-117.
- Lauzon L., Hodnett E. (2000). Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (2), CD000935.
- Lumley J., Brown S. (1993). Attenders and nonattenders at childbirth education classes in Australia: how do they and their births differ? *Birth*, 20(3), 123-130.
- Matthey S., Kavanagh D.J., Howie P., Barnett B., Charles M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 113-126.
- Mehdizadeh A., Roosta F., Chaichian S., Alaghebandan R. (2005). Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *American Journal of Perinatology*, 22(1), 7-9.
- Michie S., Marteau T.M., Kidd J. (1990). Cognitive predictors of attendance at antenatal classes. *British Journal of Clinical Psychology*, 29(2), 193-199.
- Milgrom J., Schembri C., Ericksen J., Ross J., Gemmill A.W. (2011). Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 385-394.
- Murphy Tighe S. (2010). An exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education. *Midwifery*, 26(3), 294-330
- Norling-Gustafsson A., Skaghammar K., Adolfsson A. (2011). Expectant parents' experiences of parental education within the antenatal health service. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 159-167.
- Oyuela-García J., Hernández-Herrera R.J. (2010). Psychoprophylaxis and the rate of cesarean section, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(4), 439-442.
- Patton L.L., English E.C., Hambleton J.D. (1985). Childbirth preparation and outcomes of labor and delivery in primiparous women. *Journal of Family Practice*, 20(4), 375-378.

- Pazzagli A., Benvenuti P., Rossi Monti M. (1981). *Maternità come crisi*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Philipp D.A., Carr M.L. (2001). Normal and medically complicated pregnancies. In N.L. Stotland, D.E. Stewart, *Psychological aspects of women's health care. The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology* (pp. 13-32). Washington: American Psychiatric Press, 2nd ed.
- Phipps H., Charlton S., Dietz H.P. (2009). Can antenatal education influence how women push in labour? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 49(3), 274-278.
- Pines D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343.
- Pines D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psycho-Analysis*, 63, 311-319.
- Pola M. (2007). I contributi psicologici e psicoanalitici relativi alla gravidanza. In M. Ammaniti, C. Candelori, M. Pola, R. Tambelli, *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne* (pp. 1-12). Milano: Raffaello Cortina.
- Redman S., Oak S., Booth P., Jensen J., Saxton A. (1991). Evaluation of an antenatal education programme: characteristics of attenders, changes in knowledge and satisfaction of participants. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31(4), 310-316.
- Scott J.R., Rose N.B. (1976). Effect of psychoprophylaxis (Lamaze preparation) on labor and delivery in primiparas. *The New England Journal of Medicine*, 294(22), 1205-1207.
- Serçeku P., Mete S. (2010). Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 999-1010.
- Spinelli A., Baglio G., Donati S., Grandolfo M.E., Osborn J. (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 13(2), 94-101.
- Windwer C., (1977). Relationship among prospective parents' locus of control, social desirability, and choice of psychoprophylaxis. *Nurse Researcher*, 26(2), 96-99.

