

Il lutto perinatale nei padri

Ambra Beretta¹

¹Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Ancona

Riassunto

Il presente lavoro ha come obiettivo dare spazio al tema del lutto perinatale nei padri, passando in rassegna la letteratura esistente. Come si potrà constatare durante la lettura, gli studi che esplorano le reazioni fisiche, psicologiche, emotive e relazionali legati alla perdita di un figlio durante tutta la gravidanza fino al primo anno dopo il parto, si sono concentrati prevalentemente sulle madri. Infatti “negli anni il presupposto di fondo sembra essere stato quello secondo cui la società riconoscesse solo alla donna la sofferenza, essendo colei che vive l’esperienza corporea della gravidanza” (Nguyen, Temple-Smith, Bilardi, 2019). I padri sono stati relegati al ruolo di sostegno della partner, impedendo implicitamente loro di poter esprimere il proprio dolore. Le loro emozioni sono state spesso trascurate, rendendo più difficile il processo di elaborazione del lutto e aumentando il rischio complicanze psicopatologiche a lungo termine quali depressione, ansia e disturbo post traumatico da stress (PTSD). E’ fondamentale che i padri abbiano a disposizione spazi di ascolto in cui i loro vissuti possano essere espressi, accolti, riconosciuti e non sminuiti. Sono indispensabili ulteriori ricerche per individuare e valutare l’efficacia di interventi psicoterapeutici per i padri che hanno subito una perdita perinatale.

Parole Chiave: padri, perdita, lutto perinatale, aborto, morte perinatale

Perinatal grief in fathers

Summary

The present work aims to give space to the theme of perinatal grief in fathers, reviewing the existing literature. As can be noted during the reading, studies exploring the physical, psychological, emotional, and relational reactions associated with the loss of a child throughout pregnancy and up to the first year after birth have primarily focused on mothers. In fact, "over the

years, the underlying assumption seems to have been that society only recognizes the suffering of women, as they are the ones who experience the bodily aspects of pregnancy" (Nguyen, Temple-Smith, Bilardi, 2019). Fathers have been relegated to the role of supporting their partner, implicitly preventing them from expressing their own grief. Their emotions have often been overlooked, making the grief processing more challenging and increasing the risk of long-term psychopathological complications such as depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD). It is crucial that fathers have access to listening spaces where their experiences can be expressed, acknowledged, recognized, and not diminished. Further research is essential to identify and evaluate the effectiveness of psychotherapeutic interventions for fathers who have experienced perinatal loss.

Key words: fathers, loss, perinatal loss, miscarriage, perinatal death

Il lutto perinatale

Definizione

Il «lutto perinatale» è *l'insieme di sensazioni fisiche e psichiche, di emozioni, pensieri e comportamenti che seguono la perdita del bambino atteso durante tutta la gravidanza fino al primo anno di vita.* (Ravaldi, 2022, *Piccoli Principi*, pag.9)

Le sensazioni fisiche comprendono stanchezza pervasiva e persistente, spossatezza, dolori muscolari e agli arti, tensioni corporee, perdita dell'appetito, calo di peso, nausea, diarrea, costipazione, difficoltà a respirare, sensazioni di "fiato corto", oppressione al petto, aumento della frequenza cardiaca, disturbi del sonno (difficoltà nell'addormentamento, risvegli notturni, insonnia), pesantezza al petto o all'addome, agitazione o rallentamento motorio. Nelle mamme a tutto ciò si possono aggiungere: dolori o formicolii alle braccia (sensazione nota con il nome di "sindrome dalle braccia vuote" e prevalente nelle prime 48 ore dopo il parto soprattutto se la perdita è avvenuta nella seconda metà della gravidanza); movimenti in pancia simili a quelli del proprio bambino, che possono essere presenti per alcune settimane e scompaiono generalmente con l'arrivo della prima mestruazione; l'arrivo del latte nonostante l'utilizzo dei farmaci.

A livello psichico si possono riscontrare difficoltà di concentrazione (riuscire a leggere un libro, seguire un programma televisivo, prendere parte ad una conversazione...); mnestiche (dimenticarsi di date, appuntamenti, impegni...), nell'effettuare scelte, nel pianificare e progettare.

Le emozioni prevalenti sono quelle di tristezza profonda, ansia, rabbia, irritabilità, senso di colpa, angoscia, invidia, gelosia, nostalgia, incredulità, paura. Tutte queste emozioni possono alternarsi molto velocemente e raggiungere una forte intensità. Sono inoltre presenti oscillazioni marcate del tono dell'umore.

I pensieri sono caratterizzati da pervasività ed intrusività e riguardano ruminazioni sul passato (spesso i genitori passano in rassegna nella loro mente ogni momento da quando hanno scoperto di aspettare un bambino alla ricerca di errori, omissioni, comportamenti che potrebbero aver determinato la perdita), impossibilità nel continuare a vivere nel presente (“non posso sopportare tutto questo dolore, è troppo per me”) e continui rimuginii sul futuro (“non riusciremo mai più ad essere felici”, “come faremo ad affrontare un’altra gravidanza con tutta questa paura ed ansia?”). Possono verificarsi casi in cui emergono pensieri autolesionistici o suicidari ai quali è necessario prestare particolare attenzione.

Tutte queste reazioni sono del tutto normali e fisiologiche, si attivano in risposta all’evento traumatico della perdita di un bambino atteso e non devono essere considerate come patologiche se non nei casi in cui, passati 12 mesi dalla perdita, si ravvisino i criteri elencati nel DSM 5 ed usati per porre diagnosi di lutto complicato.

A quanto finora esposto si aggiungono problematiche di tipo relazionale come incomprensioni all’interno della coppia, nelle rispettive famiglie d’origine, nei rapporti amicali. Questo perché molto spesso accade che i genitori in lutto vengano letteralmente travolti da consigli non richiesti o fuori luogo, banalizzazioni, minimizzazioni e soluzioni paternalistiche in cui chiunque sembra arrogarsi il diritto di sapere che cosa sia meglio per loro e quale sia la modalità giusta per affrontare questo doloroso percorso. A causa di questo molte coppie preferiscono non parlare della loro perdita e tendono ad isolarsi per non essere nuovamente oggetto di critiche e giudizi che non fanno altro che aumentare le emozioni di tristezza, rabbia, vergogna. L’isolamento sociale rende però l’elaborazione del lutto più complessa in quanto non poter narrare la propria storia alimenta ancora di più il tabù sull’esperienza di perdita perinatale. Vi è quindi un forte contrasto tra la necessità dei genitori in lutto di poter sostare nel loro dolore dovuto alla perdita e le sollecitazioni che invece vengono proposte dalla nostra società e spesso anche dagli operatori sanitari: lasciarsi alle spalle la tristezza, reagire in tempi brevi, dedicarsi ad altro, tornare a lavoro, prodigarsi nella ricerca di una nuova gravidanza nel più breve tempo possibile come se l’arrivo di un nuovo bambino potesse far dimenticare loro quello perso.

“Certe parole sono come cerotti messi su una ferita ancora aperta: possono dare l’illusione di una guarigione, ma in realtà aumentano il senso di isolamento e non condivisibilità”

(Ravaldi, 2024, Il lutto perinatale. Un’esperienza complessa e dolorosa, pag.57)

Da un articolo di Lang A, Fleiszer AR, Duhamel F et al. del 2011 emerge inoltre come le coppie in lutto che hanno subito una perdita perinatale, in particolare nei casi di aborto spontaneo, spesso si trovano da sole ad affrontare il proprio dolore in quanto il loro lutto viene considerato dalla società

come meno legittimo rispetto ad altri tipi di lutto, motivo per cui non vengono offerti loro supporti adeguati.

Appare quindi evidente come la perdita di un bambino che è stato “oggetto d’amore” dei propri genitori ma non conosciuto da altri sembra essere considerato un lutto non riconosciuto, frequentemente ignorato o sottovalutato. Molti tendono a considerare il lutto di qualcuno che non si è mai visto, toccato, abbracciato, con cui non si ha ancora avuto una relazione visibile esteriormente come un lutto inferiore rispetto ad altri considerati “più gravi” e meno sopportabili.

Il lutto perinatale è invece un lutto a tutti gli effetti in quanto tutte le caratteristiche psicologiche, cognitive, emotive sperimentate dai genitori sono perfettamente sovrapponibili a quelle di coloro che hanno subito altri tipi di perdita.

Ha però delle caratteristiche peculiari che sono riconducibili solo alla perdita perinatale (Ravaldi, 2023, *Assistere la morte perinatale* pag.47-48):

- E’ un lutto in cui le perdite sono multiple: la perdita di quel bambino (e non di UN bambino come spesso viene invece erroneamente definito, un articolo che fa la differenza tra un bambino desiderato ed atteso ed un bambino qualunque), la perdita di una progettualità di vita e della genitorialità che inizia fin dal momento in cui la coppia inizia a desiderare di avere un figlio, la perdita della gravidanza, della fiducia nel proprio corpo (nelle donne in lutto è incarnato) e la perdita della fiducia nella propria capacità generativa. Vi sono quindi tre lutti diversi che si influenzano reciprocamente e che possono rendere più complesso il percorso di elaborazione;
- Con la perdita del proprio figlio si perde anche il riconoscimento e l’identità di genitore, questo avviene nei casi in cui non si hanno altri bambini o quando si tratta del primo bambino della coppia. Non c’è inoltre a livello internazionale nessun termine che possa essere utilizzato per descrivere un genitore che perde il proprio figlio;
- La scarsa possibilità di condivisione dell’evento luttuoso a causa dello stigma sociale che si associa a questa esperienza;
- Il senso di responsabilità, colpa e vergogna che molti genitori sperimentano nonostante non avrebbero potuto in alcun modo evitare che la perdita avvenisse.

E’ importante inoltre soffermarsi sulla seconda parte della definizione esposta all’inizio di questa introduzione “..durante tutta la gravidanza fino al primo anno di vita”. Tutte le esperienze di perdita simbolica (come nel caso dell’infertilità o della impossibilità riproduttiva, delle gravidanze anembrionate) e reale (aborto spontaneo, morte intrauterina fetale, morte intraparto, interruzione

terapeutica di gravidanza, gravidanze extrauterine, fallimento procreazione medicalmente assistita, morte improvvisa ed inaspettata del neonato “Suid”, sindrome della morte improvvisa del lattante “Sids”, interruzione volontaria di gravidanza, perdita di uno o più gemelli in corso di gravidanza multipla) che avvengono in epoca perinatale danno luogo a tutte le sensazioni fisiche, psichiche tipiche del lutto perinatale.

Spesso alle perdite che avvengono nel primo trimestre di gravidanza viene prestata poca attenzione e viene offerto meno sostegno poiché si pensa erroneamente che abbiano un impatto psicologico e fisico sulle madri, sui padri, sulle coppie e sull’intero sistema familiare meno rilevante rispetto alle perdite che avvengono in epoca gestazionali successive. Allo stesso modo queste ultime vengono considerate delle perdite meno significative rispetto a quelle che avvengono dopo la nascita.

Attualmente le evidenze che suggeriscono che il dolore, la tristezza e tutte le emozioni correlate al lutto perinatale siano influenzate dal momento in cui avviene la perdita sono molto esigue e risalgono a lavori datati nel tempo.

Quando i genitori narrano la loro storia, raccontano del profondo legame, del profondo dolore e dei propri vissuti legati alla perdita parlano del loro bambino indipendentemente dall’età gestazionale in cui si è verificato l’evento luttuoso. Nelle loro menti non esiste alcuna distinzione, il loro progetto di genitorialità e di vita futura insieme viene bruscamente interrotto e così anche il legame con il proprio bambino. Il lutto è una esperienza soggettiva a differenza dell’evento morte che è una esperienza di tipo clinico, medico e diagnostico, e non può quindi essere legittimato o meno a secondo dell’epoca gestazionale.

“Piccole vite, non piccole perdite”

(C. Ravaldi, 2014, *Piccoli Principi*, pag.8)

I numeri

Prima di passare in rassegna alcuni dati che mostrano la prevalenza delle perdite perinatali nel mondo e nel nostro Paese, è doveroso fare una precisazione rispetto alle diverse definizioni con cui nei vari paesi vengono indicate nella clinica medica e nelle varie legislazioni la perdita di un bambino nelle diverse epoche gestazionali, durante il parto e dopo la nascita.

Per quanto riguarda la morte prenatale è definita in modi diversi nel mondo. Sia per il termine aborto spontaneo che per quello di nato morto c’è una variabilità a livello internazionale in base ai diversi cut off stabiliti, cosa che invece non avviene per quanto riguarda la morte neonatale in cui vi è una unanimità ovvero la morte di un bambino che avviene fino al 28° giorno dopo la nascita e che viene distinta in precoce quando si verifica entro il 7° giorno di vita e tardiva dopo il 7° giorno ma prima del concludersi del 28.

In Italia, a livello clinico, per aborto spontaneo si intende una interruzione della gravidanza con espulsione o estrazione di un embrione o di un feto con peso < di 500 gr o, qualora il peso sia sconosciuto, quando la gravidanza è durata meno di 22 settimane o il feto risulti minore di 25 cm di lunghezza. Per Morte Endouterina Fetale (MEF) si indica la morte prima o durante il parto di un feto con età gestazionale \geq a 22 settimane complete o con un peso di almeno 500 grammi o se il feto risulti > di 25 cm di lunghezza.

Nella legislazione italiana vigente si definisce invece come nato morto il feto che viene partorito senza segni di vita dopo il 180° giorno di amenorrea (>25+5 settimane gestazionali). Non esiste quindi una uniformità tra i criteri medici e quelli legislativi.

Negli Stati Uniti, in Canada e in Nuova Zelanda, la definizione di nato morto comprende la morte del bambino a partire da 20 settimane di gravidanza, mentre in Finlandia da 22 e nel Regno Unito da 24. La gravidanza che finisce spontaneamente al di sotto di queste diverse età gestazionali viene definita aborto spontaneo.

L’Oms ha recentemente raccomandato, per i confronti internazionali, di utilizzare il termine “nato morto” (*stillbirth*) per definire il feto partorito, o estratto dalla madre, senza segni vitali con un’età gestazionale di 28 settimane o più, facendo quindi coincidere la propria definizione di nato morto con quella di morte fetale tardiva fornita dall’ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, ICD, classificazione internazionale delle malattie, incidenti e cause di morte). Inoltre l’OMS definisce come aborto spontaneo l’interruzione di gravidanza entro la 22° settimana.

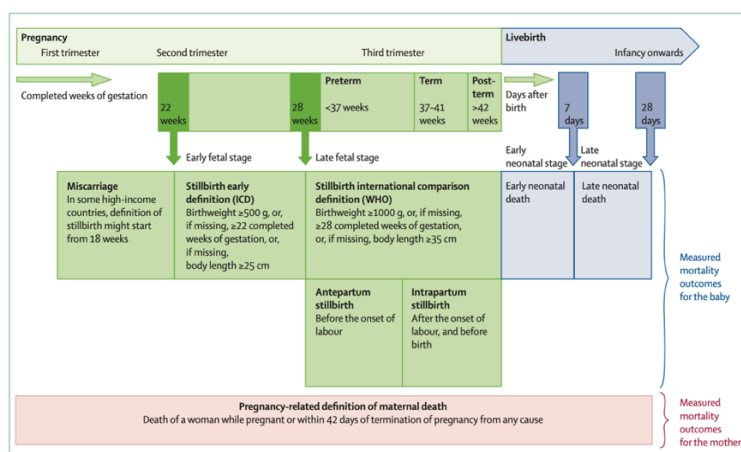


Fig. 1. Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, et al, for The Lancet's Stillbirths Series steering committee. *Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? Lancet 2011; published online April 14.*

In Italia i dati raccolti dal 2017 al 2019 tramite il Progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute, hanno permesso di confermare il tasso di mortalità perinatale prodotto dall'ISTAT, pari a circa 4 decessi ogni 1000 nati, valore che ci colloca in linea con Paesi, come la Francia e il Regno Unito, che hanno sistemi socio-sanitari analoghi al nostro.

I dati evidenziano una variabilità per area geografica che penalizza il Sud del nostro Paese. Secondo il "Rapporto sulle nascite in Italia 2022" sono stati registrati 994 nati morti, corrispondenti a un tasso di natimortalità di 2,40 nati morti ogni 1.000 nati vivi (nel 2019 era di 2,50 bambini ogni mille nati vivi).

TABELLA 2
Nati totali, nati vivi e nati morti
Anni
2012-2022

Anni	Nati totali	Nati vivi	Nati morti per 1.000 nati
2012	535.428	533.342	2,84
2013	512.327	510.659	2,66
2014	502.446	500.895	2,74
2015	486.451	484.936	2,86
2016	474.925	472.421	2,78
2017	461.284	459.929	2,86
2018	442.676	441.457	2,59
2019	421.913	420.795	2,60
2020	404.260	403.180	2,65
2021	401.087	400.007	2,68
2022	393.997	393.055	2,40

Fig. 2. Ufficio di Statistica del Ministero della Salute (2023) *Rapporto sull'evento nascita in Italia Analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) dell'anno 2022*

Secondo i dati Istat 2022 le dimissioni per aborto spontaneo sono state 43018 per questa rilevazione il cut off utilizzato è quello legislativo quindi perdite al di sotto della 25+5 settimana di gestazione. Nel documento pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità il 13 Marzo 2019 su aborto, morte in utero e assistenza rispettosa "*Why we need to talk about losing a baby*" viene indicato come ogni anno 2.6 milioni di bambini nascono morti e molte di questi eventi possono essere evitabili. Inoltre il documento afferma che le stime variano da Paese a Paese, sebbene "*March of*

Dimes”, un’organizzazione che lavora per la salute materna e infantile indichi che l’aborto abbia un tasso compreso tra il 10% ed il 15% di tutte le donne che sapevano di essere in attesa.

Purtroppo, gli aborti e le morti in utero non sono sistematicamente registrati, anche nei Paesi sviluppati, *compresa l’Italia* e questo suggerisce che i numeri potrebbero essere più elevati.

L’OMS afferma inoltre che nel 2019 2.4 milioni di neonati sono morti nel primo mese di vita, di cui circa il 75% nella prima settimana. Va notato che la prevalenza di perdite perinatali differisce notevolmente nelle varie parti del mondo con una incidenza maggiore nei paesi a basso e medio reddito. Nel 2019 i tre quarti dei casi di bambini nati morti si sono registrati nell’Africa subsahariana e nell’Asia meridionale (stima ufficiale elaborata congiuntamente da UNICEF, OMS, Gruppo della Banca mondiale e Divisione per la popolazione del Dipartimento per gli affari economici e sociali delle Nazioni Unite e pubblicata nel report “*A Neglected Tragedy: The Global Burden of Stillbirths*”).

L’importanza di un focus sul vissuto dei padri

Nel nostro Paese il lutto perinatale rappresenta ancora un argomento tabù e l’esperienza dei padri lo è ancora di più. Nella mia pratica clinica riscontro quasi quotidianamente che la maggior parte dei padri che mi contattano lo fanno in quanto riferiscono di essere molto preoccupati per la salute mentale delle proprie compagne e chiedono quindi un aiuto per quest’ultime, senza far riferimento in alcun modo ai propri bisogni e vissuti emotivi.

Questo dimostra come nella nostra società l’esperienza di dolore per la perdita di un bambino atteso e di tutte le emozioni ad esso correlate sembra essere concesso e riconosciuto solo alle madri. Al padre sembra essere attribuito solo il ruolo di partner che si prende cura della compagna, ruolo che viene percepito come culturalmente più adeguato rispetto a quello di padre che soffre per la perdita del proprio bambino.

Inoltre, in molte realtà ospedaliere e territoriali nei rari casi in cui è presente la possibilità di poter ricevere un supporto psicologico subito dopo l’evento di perdita, questo è spesso riservato quasi esclusivamente alle madri, lasciando completamente soli ed emarginati i padri nel loro percorso di elaborazione del lutto. Questo a causa di un vecchio pregiudizio secondo cui gli uomini “soffrono meno”, il loro lutto è “meno grave” e comunque più facilmente risolvibile.

Dai racconti dei padri emerge spesso come fin dalla comunicazione della diagnosi di morte non vengano coinvolti nella conversazione, in molti casi vengono addirittura lasciati fuori dalla stanza in cui si trova la loro partner non potendo partecipare al processo decisionale condiviso.

Dagli studi che esplorano i vissuti dei padri si evince come i ricercatori internazionali, i professionisti formati che si occupano di lutto perinatale e tutte le Associazioni che sostengono e accompagnano i genitori dopo la perdita siano unanimi nel suggerire che è fondamentale prestare particolare attenzione al padre, ai suoi vissuti, e alle conseguenze a breve, medio e lungo termine del lutto sul benessere fisico, psichico, sociale e relazionale.

I padri hanno quindi il bisogno e il diritto di essere accolti, ascoltati, sostenuti e validati nel loro dolore.

“Un giorno ho detto a mia sorella: Non è solo Melissa ad aver perso un bambino, l’ho perso anche io. Non sono un operatore telefonico al quale chiedere solo notizie sulle condizioni di Melissa...

Chiedimi come sto. Ho perso il mio bambino.” (Bonnette & Broom 2012).

Il lutto dalla parte dei padri

La maggior parte degli studi sul lutto perinatale si sono focalizzati sull’esperienza materna, mentre i bisogni dei padri sono stati frequentemente ignorati. Per questo motivo ad oggi le nostre conoscenze dell’impatto dell’evento di perdita su di loro sono molto limitate rispetto alle numerose evidenze sulle madri.

Negli anni il presupposto di fondo sembra essere stato quello secondo cui la società riconoscesse solo alla donna la sofferenza, essendo colei che vive l’esperienza corporea della gravidanza (Nguyen, Temple-Smith, Bilardi, 2019). Si era convinti infatti che il padre non sentendo il proprio bambino crescere e muoversi dentro di sé, non instaurasse una relazione di attaccamento se non solo dopo la nascita.

In passato la ricerca sulla perdita in gravidanza si è prevalentemente focalizzata sull’utilizzo di una scala che potesse valutare l’entità dell’impatto del lutto sull’individuo e le sue capacità di fronteggiarlo: Perinatal Grief Scale, Toedter et al., 1988. Tali studi hanno generalmente concluso che le donne sperimentano livelli più elevati di dolore rispetto agli uomini pur citando spesso l’esistenza di norme culturali che incoraggiano l’interiorizzazione delle emozioni da parte degli uomini (ne è un esempio lo studio Stinson et al., 1992).

Ci si è chiesti dunque fino a che punto la misurazione del dolore attraverso questa scala sia sensibile alle modalità di espressione maschile del dolore. Mentre il verbo “misurare” tende a suggerire una oggettività dei risultati ottenuti, in realtà questo potrebbe non avvenire in quanto le differenze riscontrate tra padri e madri potrebbero essere riconducibili più al modo in cui gli uomini rispondevano agli item, ovvero rispettando le aspettative culturali sulla loro espressione delle emozioni, più che riportando i loro effettivi vissuti. Per questo motivo negli ultimi anni si sono

privilegiati studi di tipo qualitativo e non quantitativo in quanto ritenuti più rappresentativi dell'esperienza di lutto vissuta dai padri. Ciò permette di osservare come questi ultimi descrivono le loro emozioni e quali parole utilizzano per farlo. (Bonnette e Broom, 2012).

È fondamentale esplorare le esperienze degli uomini, ascoltare i loro vissuti di paternità e di lutto al fine di migliorare le conoscenze in quanto la perdita perinatale può essere una esperienza emotivamente devastante che può portare all'isolamento dei padri e che ha implicazioni sul benessere psicologico e sociale, sulle relazioni intime e sui futuri progetti di genitorialità. (Nguyen, Temple-Smith, Bilardi, 2019).

La morte del bambino si associa alla perdita dei sogni di una vita futura con lui è ciò provoca profonde ferite nella vita di entrambi i genitori e provoca in loro un grande dolore. (Due et al., 2017).

Non a caso aborto e morte perinatale sono stati inseriti tra gli eventi di vita stressanti (Paykel, 1970), traumatici (Xella, 2011, prefazione del libro *la tua culla è il mio cuore* di C. Rvaldi del 2011) e ad alto rischio di complicanze psichiche (Lancet Stillbirth Series 2016, OMS, 2019).

“Per trauma in psicopatologia si intende un’esperienza minacciosa estrema, insostenibile, inevitabile, di fronte alla quale un individuo è impotente” (Hermann, 1992).

Può riferirsi ad un unico evento singolo, a eventi multipli o ripetuti nel tempo, o a una serie di circostanze che vengono esperite da una persona come minacciose o pericolose dal punto di vista fisico o psicologico, e che hanno effetti negativi e duraturi sul benessere fisico, sociale, emotivo o spirituale. (SAMHSA, 2012, p. 2).

Il trauma crea una spaccatura profonda tra un prima ed un dopo, ed è caratterizzato dalla impossibilità di dare senso e significato all'evento di perdita.

L'evento traumatico vissuto viene immagazzinato in memoria corredato da emozioni, percezioni, cognizioni, sensazioni fisiche disturbanti che hanno caratterizzato quel momento. Se il trauma non viene elaborato continua nel tempo a provocare disagio ed espone al rischio di complicanze psichiche.

I padri e le emozioni del lutto

Uno dei risultati che si trovano con più frequenza nella letteratura è che gli uomini tendono ad esprimere meno le loro emozioni rispetto alle donne (Doucet, 2006; Dermott, 2008). Questo aspetto pare sia da attribuirsi alla tendenza degli uomini ad assumere ruoli di supporto piuttosto che concedersi la possibilità di esprimere le proprie emozioni (Versalle e McDowell, 2005). Tale

assunzione di ruolo ha alimentato ed alimenta tutt'ora l'ipotesi che gli esiti del trauma degli uomini siano bassi rispetto a quelli delle loro partner femminili.

Queste rappresentazioni troppo semplicistiche delle esperienze di salute e malattia, spesso guidate da ruoli sessuali, hanno ricevuto critiche significative in altre aree della sociologia (ad esempio nei lavori di Connell e Messerschmidt, 2005; Courtenay, 2009), ma poco nel contesto della perdita perinatale.

Le esperienze di lutto perinatale sono situate all'interno di aspettative socioculturali più ampie sul "ruolo maschile" che incoraggiano gli uomini ad essere forti ed indipendenti, nascondendo la propria ansia, la tristezza e il proprio dolore. Questi tratti correlati ad una idea di mascolinità prevedono anche che gli uomini non debbano cercare aiuto per il timore di apparire deboli (Saunders, Peerson, 2009).

"L'espressione delle emozioni nei maschi viene scoraggiata fin dalla più tenere età. Imparano presto che non devono piangere, perché solo le "femminucce" piangono e che di fronte agli ostacoli i maschi devono reagire mostrando la loro forza e nessun segno di debolezza o cedimento" (Ravaldi, 2024, Il Lutto perinatale. Un'esperienza complessa e dolorosa, pag. 85).

Molti dei padri che hanno preso parte agli studi hanno dichiarato di essere stati educati con l'insegnamento che gli uomini non piangono e che quando i loro bambini sono morti sebbene fossero molto tristi, non dovevano condividere quello che provavano con gli altri.

Gli studi che si concentrano specificamente sulle esperienze di perdita degli uomini dopo la morte perinatale, hanno illustrato la complessa difficoltà degli uomini nel destreggiarsi tra la possibilità di esprimere il proprio dolore ed essere di sostegno per la propria partner.

Alcuni uomini possono interiorizzare il loro dolore per proteggere la propria compagna (Bonneterre e Broom, 2012; O'Leary, 2005b). Molti di loro riferiscono inoltre di essere particolarmente preoccupati per le loro mogli e di non sapere cosa fare per poterle aiutare (Cacciatore et al., 2013; Lang et al., 2011).

Poiché i padri sono stati visti quasi esclusivamente come il sostegno per la madre dopo la perdita, le loro emozioni e le possibili sequele psicopatologiche negli anni sono state spesso trascurate.

McCreight (2004) ha sottolineato che i padri sono spesso stati costretti a mettere da parte il loro lutto per prendersi cura della loro moglie e che la loro tristezza e depressione sperimentata a seguito della perdita è stata trascurata dalla famiglia, dagli amici e dagli operatori sanitari. Sembrerebbe che i padri dovrebbero essere forti e sostenere le mogli indipendentemente dal loro stato psicologico, ma questo è un atteggiamento profondamente ingiusto che non prende minimamente in considerazione i loro vissuti emotivi ed i loro bisogni.

Un partecipante al medesimo studio afferma: *“Mi ci è voluto un po' di tempo per parlare con Jane (la compagna) della perdita del bambino perché pensavo di non poter scoppiare a piangere davanti a lei, dovevo essere forte per lei. Jane piangeva sulla mia spalla, era a pezzi e io piangevo dentro senza poterlo mostrare”*

Gli uomini soffrono da soli mentre cercano dei modi per sintonizzarsi con le emozioni delle loro partner per sostenerle durante il processo di elaborazione del lutto, per mostrare loro vicinanza, sostegno e forza, nonostante il loro dolore.

Per alcuni padri partecipanti allo studio di Pàbon, Fergusson, Palacios del 2019 questo meccanismo di adattamento ha contribuito a salvare la relazione coniugale. Alcuni partecipanti hanno descritto di essersi sentiti estranei all'interno della coppia, provando un distacco affettivo, di aver vissuto situazioni difficili di conflitto ed incomprensione soprattutto nelle prime settimane dopo la perdita, tuttavia riportano anche che con il passare del tempo, la coppia è riuscita a trovare delle strategie per superare le tensioni nella loro relazione.

Per quanto riguarda i casi di aborto spontaneo seppur siano state condotte ricerche molto limitate per comprendere l'esperienza degli uomini dopo questo tipo di perdita, i dati disponibili indicano che uomini e donne hanno diversi modi di reagire sebbene per i padri le emozioni riportate siano generalmente le stesse delle donne: dolore, depressione, ansia e stress (Due et. al, 2017)

Lo studio di Daly et. al. del 1996, se pur datato, mostra come nei 25 padri che avevano perso il loro bambino nelle prime 6 settimane i livelli di ansia misurati con la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond and Snaith, 1983) risultavano alti nel 36% dei partecipanti (“morbid level of anxiety”).

Altre emozioni frequentemente descritte in letteratura sono senso di impotenza o incapacità (soprattutto durante il travaglio ed il parto), un forte senso di responsabilità nel dover svolgere attività burocratiche e organizzative (come compilare moduli, firmare pratiche, prodigarsi per la sepoltura o per la cerimonia di commiato...) e nel dover informare familiari e amici della perdita. Molti padri hanno riferito come il doversi dedicare a questi aspetti non è stato facile in un momento così stressante per loro stessi, avrebbero voluto solamente del tempo per comprendere che cosa stava accadendo.

Alcuni studi indicano come i padri sperimentano shock, incredulità, disperazione, tristezza, frustrazione, inadeguatezza, e viene descritta la presenza di molti incubi notturni nei mesi successivi alla perdita (Cacciatore et al., 2013; Murphy 1998). Altri padri affermano di essersi sentiti “vuoti”, (Samuelsson et al., 2001), inutili e non in grado di controllare il dolore e la paura (Kavanaugh and Hershberg, 2005).

Le risposte dei padri alla perdita perinatale spesso si associano anche a sentimenti di colpa e di vuoto a causa della percezione del fallimento nel loro ruolo di supporto e protezione delle loro compagne (Armstrong, 2001). Questo accade poiché nonostante i loro tentativi continui di sostenere e rendere “meno dolorosa” l’esperienza di lutto nelle compagne, percepiscono che i loro sforzi sono vani visto che il percorso di elaborazione del lutto è un processo soggettivo e che ha tempi e modalità diverse per ogni genitore, anche all’interno della stessa coppia.

L’emozione di colpa si associa anche al pensiero secondo cui i padri si sentono responsabili per la perdita del loro bambino “*avrei dovuto portarla prima in ospedale*”, “*non l’ho protetta abbastanza, perché alla fine ha perso il bambino*” (Wagner et al. 2018).

Le esperienze emotive sono influenzate da diversi fattori, tra cui la relazione con la partner, il supporto familiare, la visione culturale della paternità e le caratteristiche personali (ad esempio, l’empatia o la capacità di comunicare le proprie emozioni).

È fondamentale sottolineare che sperimentare disagio e tutte le emozioni finora descritte dopo la perdita di un bambino è del tutto fisiologico poiché si associa al crollo delle aspettative, alla perdita di speranze e del sogno di diventare genitori (Strobe, Shut et al., 2007). Ma in alcuni casi si possono avere ripercussioni più gravi. Le ricerche indicano che ci possono essere molte conseguenze psicologiche, fisiche, sociali e finanziarie. Il disconoscimento del lutto degli uomini può avere un impatto ancora più dannoso sulla loro salute fisica e sul loro benessere psichico (Nguyen, Temple-Smith, Bilardi, 2019).

Il lutto in seguito alle perdite perinatali è associato a esiti negativi per la salute maschile, come ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e rischio di suicidio (Turton et al, 2006, Redshawe et al. 2014).

La scoping review del 2019 di Jones et al. nella parte dedicata all’impatto psicologico della perdita cita i risultati del lavoro di Christiansen del 2017, che nella sua revisione sistematica di 46 studi sulla perdita perinatale ha rilevato che entrambi i genitori valutano la morte del loro bambino come un evento altamente traumatico. Tuttavia, l’impatto della perdita, misurato attraverso la prevalenza di PTSD, era diverso tra madri e padri. La prevalenza del PTSD per le madri variava in tutti gli studi tra lo 0,6% e il 39%, mentre per i padri variava dallo 0% al 15%. Cinque studi della revisione di Christiansen hanno riscontrato che le madri hanno riportato un numero significativamente maggiore di sintomi di PTSD rispetto ai padri fino a 18 anni dopo la perdita. E’ importante sottolineare come i sintomi del PTSD non sono risultati significativamente diversi in base al fatto che la morte fosse avvenuta prima, durante o dopo la nascita, né tanto meno l’età gestazionale in cui è avvenuta la perdita è risultata associata al PTSD.

Vale la pena notare che Christiansen (2017) ha suggerito molteplici spiegazioni per le differenze di genere nella prevalenza del PTSD in seguito a morte perinatale. Una di queste è che i genitori si trovano di fronte a contesti sociali diversi dopo la perdita. Il vuoto lasciato dall'assenza di un bambino all'interno di una casa può essere maggiore per le madri, che possono aver passato più tempo per prepararsi all'arrivo del bambino e impiegano più tempo per tornare al lavoro. Questo espone le donne a un maggior numero di ricordi, pensieri intrusivi. Come già descritto precedentemente inoltre, le misure utilizzate per valutare i sintomi del PTSD potrebbero non riuscire a rappresentare pienamente le esperienze paterne di lutto. Infine, ci si aspetta che i padri per “mostrarsi forti” possono non segnalare alcuni sintomi o non rientrare tra i partecipanti delle ricerche in quanto non ricercano un supporto professionale. Di conseguenza, il lutto dei padri sembra meno diffuso, meno visibile e spesso trascurato dai ricercatori, operatori sanitari e clinici.

Nella review sistematica di Obst, Due et al. del 2019 che ha preso in esame 46 articoli (26 qualitativi e 19 quantitativi) emerge come, anche se l'esperienza del lutto è stata molto varia e le modalità di reazione al lutto sono state diverse, si è riscontrata una tendenza generale tra i partecipanti all'uso di strategie di coping attive o focalizzate sui problemi: “*mantenersi occupati*” e ‘*andare avanti*’, ricercare distrazioni, aumentare l’attività sportiva e l’esercizio fisico, iperinvestire sul lavoro, dedicarsi alle attività domestiche, o ad hobby creativi e pratici, come la lavorazione del legno, la pittura o la scrittura. Alcuni padri hanno dichiarato di aver affrontato la situazione tornando subito a lavoro “*Mi tengo occupato. Sono praticamente uno stacanovista. È quello che faccio quando sono triste. Mi tengo occupato. È questo che mi fa superare la cosa*” (O’Leary, Thorwick,2006).

Per affrontare le emozioni spiacevoli correlate al lutto gli uomini ricorrono dunque molto spesso a distrazioni, a comportamenti di evitamento attivo o all’utilizzo di strategie disfunzionali come ad esempio il consumo di alcolici, o l’utilizzo di sostanze. Questa mancanza di espressione dell'angoscia e del lutto può essere influenzata da una mancanza di riconoscimento del proprio dolore, dalle aspettative sociali che vedono l’uomo come forte e stoico, e dalla responsabilità di essere un sostegno per la loro partner. (Rineahrt, Kiselica, 2010; Johnson, Puddifoot, 1997).

“Molti padri di fronte al lutto perinatale rimangono come imprigionati dietro un vetro partecipano a tutto ciò che accade memorizzano tutto quello che viene fatto e detto assistono alla sofferenza della compagna, danno la cattiva notizia ad amici e parenti si occupano degli altri figli, rimanendo però lontani da ciò che loro stessi sentono”

(Ravaldi, 2024, Il lutto perinatale. Un’esperienza complessa e dolorosa, pag.85)

I padri e la genitorialità

Fino a non molti anni fa era opinione comune che il padre creasse un legame affettivo con il figlio solo dopo la sua nascita, come se solo l'esperienza fisica di contatto e quella visiva potessero promuoverlo.

Studi recenti dimostrano come l'attaccamento con il proprio bambino e la preparazione del padre al suo ruolo di paternità inizia già in gravidanza (Wagner et al., 2018; Alio et al., 2013).

“Quando Caitlin era incinta, nostro figlio rispondeva sempre al suono della mia voce. Mentre eravamo a letto pronti prima di addormentarci, io gli facevo un po' di coccole, allungavo la mano sul pancino di mia moglie per giocare con lui e sentivo che lui si muoveva, che calciava e allora io continuavo spostando la mano.” (Bonnette & Broom, 2012)

La costruzione della relazione tra padre e bambino è influenzata da molti fattori quali: la qualità della relazione tra i coniugi, la settimana di gravidanza, gli ormoni, la pianificazione della gravidanza e l'ambiente socio-culturale (Alio et al., 2013; Avelin et al., 2011).

Durante la gravidanza, i padri accolgono nella loro mente una creatura che non hanno mai visto, che non portano in grembo, sognano il futuro e che tipo di padre saranno (Aydin & Kabukcuoğlu, 2020).

La gravidanza desiderata favorisce un fisiologico attaccamento prenatale: quel legame tra genitori e nascituro che si evolve nel tempo, passando mese dopo mese da un piano simbolico a un piano di realtà. Il legame prenatale rafforza le fantasie materne e paterne sull'aspetto del bambino, anche il bambino immaginato ha delle sembianze sue proprie, seppur ipotetiche, mentre il bambino reale ha una sua identità fisica, che i genitori, iniziano ad avvertire in modo più profondo quando iniziano i movimenti percepibili (Ravaldi, 2023).

Gli uomini che sentivano di aver sviluppato un forte legame con il loro bambino durante la gravidanza hanno descritto un dolore più intenso in seguito alla perdita rispetto ai padri che a causa di uno scarso coinvolgimento, o poichè la perdita era avvenuta ad una età gestazionale precoce, hanno dichiarato di non aver sentito alcun tipo di legame prenatale (Obst, 2019; Hamama-Razz et al., 2010; Fisher, 2002; Murphy, 1998).

Alcuni padri hanno riferito inoltre di aver consapevolmente cercato di non affezionarsi durante la gravidanza, a causa di precedenti esperienze di perdita o di diagnosi di una malattia incompatibile con la vita (Campbell-Jackson et al, 2014). Anche in questi casi, il dolore è stato riferito come meno intenso.

Molti padri hanno indicato come la partecipazione agli appuntamenti ostetrici, alle ecografie (che permettono di vedere il bambino ed ascoltare il suo battito cardiaco), agli incontri del corso di accompagnamento alla nascita e il trascorrere del tempo con il bambino (nel caso di nascite premature o a termine) aveva promosso e favorito la formazione dell'attaccamento (Weaver-Hightower, 2012; Bonnette, 2012)

Studi quantitativi hanno esplorato il legame tra dolore rilevato attraverso la PGS e tre diversi parametri che influenzano l'attaccamento tra padre e bambino: l'aver visto una ecografia, la vividezza delle immagini mentale del proprio figlio e l'età gestazionale.

Gli uomini che avevano visto un'immagine ecografica avevano un punteggio totale medio alla PGS di 23 punti in più rispetto a quelli che non avevano visualizzato alcuna immagine (Puddifoot J, Johnson M, 1997). Gli stessi autori in uno studio del 1998 hanno rilevato come gli uomini che avevano una vivida immagine visiva del loro bambino misurata dal questionario *Baby Vividness of Visual Imagery* avevano un punteggio totale medio alla PGS di 40 punti più alto rispetto a coloro che non l'avevano. Per quanto riguarda il parametro legato al momento in cui è avvenuta la perdita, l'aumento dell'età gestazionale è stata associata a punteggi alla scala PGS più elevati (Huffman et al. 2015; Cope et al., 2015; Rich, 2000).

Gli studi qualitativi che riportavano le descrizioni dei padri che avevano subito una perdita nelle diverse età gestazionali hanno invece mostrato un quadro molto diverso: i padri che avevano avuto perdite in età gestazionali precoci non hanno descritto un lutto meno intenso rispetto a quelli con perdite più tardive (McCreight, 2004; Cholette, 2012; Jones-Peebles, 2014).

Anche gli studi qualitativi sull'aborto spontaneo hanno evidenziato che le descrizioni fatte dai padri del proprio dolore non erano diverse da quelle di coloro che avevano perso il proprio bambino nel terzo trimestre di gravidanza, durante il parto o dopo la nascita (Tennenbaum, 2008; Fisher, 2002).

Questa disparità di risultati tra studi quantitativi e qualitativi pone nuovamente l'accento sulla possibilità che la PGS possa non essere lo strumento utile per la rilevazione del dolore negli uomini e che andrebbero privilegiati studi che permettano ai padri di descrivere con le proprie parole i loro vissuti emotivi.

Un altro tema centrale oltre all'attaccamento, a cui è stato dato molto rilievo nella letteratura recente è quella della difficoltà degli uomini che hanno subito una perdita perinatale a riconoscersi il ruolo di padre. Gli uomini tendono a provare una certa ambivalenza, sanno di esserlo stati fino al momento della perdita ma non riescono a definirsi tali dopo di essa. Anche nel caso della presenza di altri figli vivi quando viene chiesto loro di quanti figli sono genitori fanno fatica ad includere i bambini che hanno perduto.

Definirsi padri è molto più complicato nei casi di perdite precoci, a causa principalmente del non riconoscimento dell'esperienza traumatica nei padri e della mancanza di rituali che possono essere condivisi e che rendano "reale" l'esperienza di perdita.

Nelle perdite che avvengono in età gestazionali più avanzate, in cui ai padri è stata offerta la possibilità di vedere, prendersi cura del proprio bambino morto e hanno deciso di farlo, i genitori descrivono il tempo passato con lui come una esperienza di paternità.

Raccogliere ricordi come le impronte delle mani e dei piedi, fare delle foto, poter lavare il proprio bambino, tagliare una ciocca di capelli se presenti, vestirlo, tenerlo in braccio vengono percepiti come momenti in cui hanno potuto sperimentare, se pur per breve tempo, la loro genitorialità e questo si è rilevato molto prezioso per affermare la loro identità di padre. (Samuelsson et al. del 2001; Broom, 2012).

Nello studio di McCreight del 2004 invece l'incontro con il bambino morto viene descritto come dannoso e traumatico negli uomini, i partecipanti hanno però affermato che questo fosse stato determinato dal fatto di non essere stati adeguatamente supportati ed accompagnati dagli operatori sanitari in questo delicato e doloroso momento.

In passato si proibiva di vedere il bambino dopo la perdita perché si era convinti che farlo avrebbe causato troppo dolore ai genitori, si è poi osservato invece che vederlo promuove l'elaborazione del lutto ed evita che il bambino nato morto o morto prematuramente resti un fantasma nella mente dei genitori (Ravaldi, 2023).

Le linee guida internazionali (SANDS, 2016; PSAZ 2006) le recenti raccomandazioni italiane ("Gestione della morte endouterina fetale. Prendersi cura della natimortalità", 2023) indicano come per una assistenza rispettosa in seguito a morte perinatale sia fondamentale che gli operatori sanitari proponano e promuovano l'incontro dei genitori con il loro bambino senza vita.

"Quando è nato nostro figlio lo abbiamo visto. Una testa piena di capelli ricci assolutamente meravigliosi, un bel viso....era semplicemente bellissimo...era perfetto," (Worth, 1997) .

Interventi psicoterapeutici

Sebbene il lutto è una reazione fisiologica ad un evento di perdita, possono verificarsi complicanze psichiche dovute: al non riconoscimento sociale dell'evento di perdita perinatale, alla non condivisibilità in quanto ancora troppo spesso la nascita affiancata alla morte viene considerata un tabù di cui è meglio non parlare, alla ricorrenza della perdita (come nei casi di aborti ripetuti), alle traumatizzazioni secondarie dovute agli errori comunicativi verbali e non da parte degli operatori

sanitari, allo status psicopatologico dei genitori prima della perdita. In questi casi sono necessario oltre ad interventi di sostegno al lutto, anche interventi psicoterapeutici.

A tutt'oggi gli studi che prendono in considerazione gli effetti di un trattamento psicoterapeutico mirato ad una riduzione della sintomatologia legata alle eventuali sequele psichiche del lutto perinatale, sono pressoché inesistenti. Seppur molto esigue, la maggior parte delle ricerche sono state effettuate sulle madri, lasciando ancora una volta i padri privi di un riconoscimento del loro lutto e degli eventuali esiti psicologici.

A causa della mancanza di studi randomizzati in questo settore, gli autori della revisione *“Support for mothers, fathers and families after perinatal death”* (2013) affermano di non essere in grado di fornire indicazioni chiare su quali siano gli interventi più efficaci volti a fornire un supporto appropriato, adeguato e sensibile per i genitori e le famiglie dopo una morte perinatale. Questo perchè da un lato i dati empirici disponibili sono scarsi e molto variabili tra loro, e dall'altro gli studi prendono in considerazione dimensioni difficilmente comparabili per poter trarre conclusioni valide. Sono quindi necessari ulteriori studi metodologicamente rigorosi che garantiscano misure di esito chiaramente definite (valutate con strumenti psicometrici standard, per quanto possibile convalidati per lo scopo), nonché dati numericamente completi e presentati in modo appropriato, e da ultimo che sia presente un adeguato follow-up.

Tuttavia, fornire supporto dopo una perdita perinatale è fondamentale e gli autori hanno evidenziato tre temi centrali nell'assistenza: un profondo rispetto per l'individualità e la diversità del lutto, il rispetto per il bambino morto e il riconoscimento del potere di guarigione e della resilienza dello spirito umano. È indubbio che un'assistenza compassionevole e sensibile sia preziosa per i genitori e le famiglie in lutto (Janzen 2003-2004; Kirkley-Best 1982; Mashegoane 1999; Murray 2000; Wing 2001).

Sebbene due studi (Forrest 1982; Lilford 1994) abbiano incluso i partner negli interventi di sostegno al lutto, questi non hanno portato a risultati e conclusioni specifiche.

Gli autori della review e meta-analysis *“Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Improving the Mental Health and Other Psychosocial Outcomes of Parents with Perinatal Loss”* hanno preso in esame studi che coinvolgevano genitori (padri, madri o entrambi) che hanno perso il loro bambino a causa di un aborto spontaneo, morte endouterina fetale, perdita neonatale, gravidanza ectopica o interruzione della gravidanza dovuta ad anomalie fetali, a distanza di massimo un anno dalla perdita.

Lo studio ha identificato cinque approcci d'intervento non farmacologici: interventi cognitivi (n = 7), counselling (n = 7), interventi di supporto (n = 4), esercizi corporei di connessione mente-corpo (n = 2) e psicoterapia interpersonale (n = 1).

Gli interventi cognitivi prevedevano l'utilizzo di tecniche come la CBT, la mindfulness, la meditazione, la psicoeducazione sulla perdita perinatale e il training per favorire l'incremento di abilità di coping. Gli interventi di supporto si sono concentrati principalmente sul supporto emotivo e informativo per i genitori. Gli esercizi di connessione mente-corpo prevedevano sedute di meditazione e yoga.

I risultati indicano che gli interventi non farmacologici sono efficaci nell'alleviare i sintomi psicologici dei genitori tra cui l'impatto del lutto nella vita quotidiana, il PTSD, la depressione e l'ansia, aumentando al contempo il sostegno sociale percepito rispetto ai gruppi di controllo.

Inoltre l'analisi rileva come gli interventi di tipo cognitivo sono gli approcci più efficaci per una migliore elaborazione del lutto, per la riduzione dei livelli di dolore, stress, depressione ed ansia nei genitori che hanno subito una perdita rispetto a interventi di counselling e corporei. E' fondamentale però, anche se non hanno avuti risultati significativi a causa ad un limitato numero di studi effettuati, comprendere come inserire interventi mente-corpo come lo yoga all'interno dei trattamenti poiché possono aiutare i genitori, in particolare le madri nel migliorare la qualità del sonno e nel recupero fisico.

Non avendo a disposizione studi che valutano l'esito dei trattamenti psicoterapeutici sugli uomini, prenderò in esame alcune ricerche che si sono focalizzate sulle madri al fine di comprendere quali interventi siano risultati efficaci.

Sono indispensabili ulteriori ricerche per valutare l'effetto di interventi psicoterapeutici per i padri che hanno subito una perdita perinatale.

Kersting et al, 2011a) hanno progettato, sperimentato e valutato un protocollo di terapia cognitivo-comportamentale online adattato dal programma basato sulla terapia online di Wagner per i pazienti che soffrono di lutto complicato e lo hanno adattato al fine di poterlo utilizzare con le madri che avevano recentemente sperimentato una perdita in gravidanza (aborto spontaneo, interruzione terapeutica di gravidanza, o morte endouterina fetale).

Il disturbo da stress post-traumatico è stato misurato prima e dopo l'intervento utilizzando la scala dell'impatto dell'evento (IES; Horowitz et al., 1979).

Rispetto al gruppo di controllo, il gruppo che aveva partecipato al percorso di terapia cognitivo-comportamentale online, ha mostrato miglioramenti significativi nella riduzione dello stress post

traumatico ($P = 0,012$), nell'intensità del lutto ($P = 0,001$) e nella salute mentale complessiva ($P = 0,004$).

In un secondo studio del 2013 Kersting et al. ha riscontrato nuovamente una riduzione dei sintomi del PTSD nel gruppo di trattamento dopo l'intervento CBT rispetto al gruppo di controllo questa volta utilizzando la versione tedesca dell'IES-Revised (IES-R; Maercker & Schützwohl, 1998).

Caroline J. Hollins Martin e Katrina Reid nel loro lavoro "*A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement*" hanno cercato di valutare quali fossero i trattamenti più efficaci per il trattamento del trauma a seguito di un lutto perinatale o dopo esperienze di parto traumatiche nelle madri. Sono stati identificati 23 articoli che prendevano in esame 10 tipi di interventi differenti. Di questi solo 4 si concentravano sul lutto perinatale, 3 di questi si sono rilevati efficaci: due fanno riferimento agli studi sugli interventi CBT di Kersting sopra esposti e l'altro è lo studio di Navidian et al., 2017 che ha rilevato come dopo 4 sessioni di counselling sul lutto i sintomi traumatici in 50 donne che avevano avuto una perdita perinatale si sono ridotti.

In tutti questi lavori presentati ci sono delle limitazioni: i partecipanti sono esigui, sono solo donne, le descrizioni degli interventi sono poco accurate e nessuno di essi prende in considerazione la nuova diagnosi proposta dall'ICD-11 di PTSD complesso (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018).

Poiché il 39% delle donne sperimenta un PTSD o un cPTSD dopo il lutto perinatale (Christiansen, 2017; Martin et al., 2021), è veramente importante che vengano sviluppati e valutati nuovi trattamenti flessibili ed efficaci.

Lo studio di Martin, ha rilevato inoltre che il cPTSD è una condizione più comune rispetto al disturbo da stress post-traumatico in un campione di donne che avevano vissuto un lutto perinatale in una regione geografica della Scozia. Delle 74 partecipanti che hanno compilato l'ITQ (questionario internazionale sui traumi), il 10,8% ($n=8$) ha soddisfatto i criteri per PTSD e 29,7% ($n=22$) per CPTSD, pari a un totale del 40,5% delle partecipanti.

I dati suggeriscono inoltre che la *Compassion Focus Therapy* (CFT) e l'*EMDR* possono essere interventi utili ed efficaci.

La CFT sembra essere un intervento promettente per ridurre l'impatto dell'evento traumatico sulle madri che hanno subito una perdita perinatale vi è quindi la necessità di studi futuri che ne valutino il suo utilizzo su ampia scala e anche su un campione di padri con la stessa esperienza di lutto.

Poche ricerche hanno indagato gli esiti sulla salute mentale delle donne che hanno subito un lutto perinatale dopo un percorso di psicoterapia interpersonale (IPT). (Johnson et al., 2016; Neugebauer

et al., 2007). Questi studi mostrano un miglioramento della sintomatologia ansiosa, depressiva e una riduzione del PTSD.

Al termine di questo breve excursus sugli studi che hanno come campione le madri che hanno subito una perdita perinatale è fondamentale ribadire come le ricerche future debbano necessariamente orientarsi sulla valutazione degli esiti di interventi psicoterapeutici nei padri al fine di individuare quelli più efficaci e che siano in grado di migliorare il loro benessere psicofisico.

Il lutto perinatale, come già precedentemente accennato, è un evento soggettivo e quindi ogni madre, padre, membro della famiglia esprime in modo differente i suoi peculiari vissuti di perdita. Allo stesso modo ogni famiglia è diversa dalle altre, ha quindi un suo percorso di vita, le proprie radici culturali e il suo modo unico di vivere la morte del bambino e di affrontarne il lutto che ne deriva.

Il mancato riconoscimento sociale del lutto perinatale provoca importanti ricadute psicologiche, in quanto la negazione del lutto, che, purtroppo, è parte della nostra cultura, determina, nella mente di molti, il pensiero che un bambino non nato non può essere morto e, non essendo morto, il lutto non può essere accettato. Non riconoscendo ai genitori, alla famiglia e a tutti coloro che sono colpiti dalla perdita perinatale l'origine della loro sofferenza, non si permette loro di creare ricordi e di narrare la propria storia di perdita. Se, però, il ricordo viene negato non è possibile alcuna elaborazione del lutto.

E' fondamentale fornire ai padri l'opportunità di poter avere accesso a supporti psicologici o a gruppi di auto mutuo dove poter essere liberi di esprimere tutte le loro emozioni ed integrare la morte del proprio bambino all'interno della loro storia di vita.

Conclusioni

I padri, pur vivendo come le madri l'esperienza di perdita perinatale, sono stati per anni ignorati e lasciati soli nelle loro esperienze di dolore sentendosi spesso esclusi fin dal momento della diagnosi di morte o di prognosi infausta. Ricerche recenti hanno sottolineato l'importanza di comprendere come gli uomini vivano e affrontino questo lutto che spesso viene sottovalutato, non adeguatamente esplorato e negato. Questo è da attribuirsi da un lato agli stereotipi sul ruolo dell'uomo nella nostra società e più specificatamente nei momenti traumatici e di difficoltà all'interno della coppia o nella famiglia, dall'altro a causa di una tradizione medica focalizzata quasi esclusivamente sull'impatto della perdita di un figlio nelle madri.

La letteratura suggerisce come i padri vivano un costante conflitto emotivo tra l'essere di supporto alle loro compagne e l'esprimere la propria sofferenza che pare non aver diritto di essere mostrata, fanno di tutto per non deludere le aspettative sociali di come un uomo dovrebbe comportarsi di

fronte a situazioni traumatiche come quella della perdita del proprio figlio. Non esprimono apertamente il loro dolore per non sembrare vulnerabili o per il timore di essere responsabili di ulteriore tristezza e dolore alle loro partner.

Il lutto dei padri è quindi spesso un lutto silenzioso e solitario. Molti di loro hanno descritto la loro esperienza luttuosa come una costante invalidazione da parte delle famiglie, degli amici, degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza.

Il non riconoscimento delle loro emozioni e dello status di padre ha fatto sì che sperimentassero un pervasivo senso di inadeguatezza che ha favorito comportamenti di isolamento e ritiro sociale.

La morte di un figlio indipendentemente dall'età gestazionale in cui avviene porta con sé un senso di fallimento del proprio ruolo genitoriale per non aver protetto il nucleo familiare nonché un senso di profonda impotenza data dall'impossibilità di poter fare qualcosa affinché la perdita non avvenisse.

Un altro aspetto cruciale emerso è la carenza di un supporto psicologico per i padri che spesso, si trovano da soli immersi in un turbinio di emozioni senza l'opportunità di poterle condividere. Gli studi presentati evidenziano come sia importante proporre ai padri degli spazi a loro dedicati dove poter esprimersi senza sentirsi in nessun modo giudicati, dove la propria tristezza non venga banalizzata ed il dolore riconosciuto.

Includere entrambi i genitori nei percorsi di cura promuove una elaborazione del lutto che tenga conto dei bisogni emotivi sia dei padri che delle madri, equiparandone il valore e permettendo una condivisione dei vissuti, una migliore comunicazione e vicinanza reciproca. Il coinvolgimento dei padri dovrebbe essere visto come una parte essenziale di un approccio globale e condiviso. Questo permette di fornire degli strumenti ai padri che favoriscano l'utilizzo di strategie di fronteggiamento più sane, funzionali, efficaci e l'espressione di tutte le emozioni in maniera autentica e senza filtri scoraggiando il ricorso a coping disfunzionali e distruttivi quali l'evitamento emotivo, "distogliere" il pensiero dalla perdita, il ricorso all'uso di alcool o droghe, l'attività fisica eccessiva.

Spesso i padri hanno la tentazione di cercare di velocizzare il processo di elaborazione e credono che provare a razionalizzare la perdita possa essere un modo utile. Quei padri che si concedono la possibilità di so-stare nelle emozioni, spostandosi dalla modalità del "fare" a quella dell' "ascolto", del "sentire", dell' "accogliere" sperimentano: come non è necessario né tanto meno utile imporsi dei limiti temporali entro cui dover dimostrare di stare meglio, che la perdita non va "superata" ma integrata nel proprio percorso di vita e nella storia personale, di coppia e familiare; che l'esperienza di lutto ha origine da una esperienza di amore intenso e profondo (Ravaldi, 2023). Amore che inizia

fin dal momento in cui i genitori iniziano a desiderare di avere un bambino e che prosegue per sempre.

Il supporto, la vicinanza e l'accoglienza da parte di persone care e dei professionisti sanitari è fondamentale per il riconoscimento della propria genitorialità e di tutti i vissuti correlati alla perdita di un bambino durante tutta la gravidanza, il parto e nell'anno successivo alla nascita.

Se al contrario il lutto viene ignorato o non validato si è di fronte a traumatizzazioni secondarie che ostacolano il percorso elaborativo e aumenta la probabilità di incorrere in un lutto complicato e in sequele psicologiche a lungo termine quali disturbi depressivi, disturbi d'ansia e PTSD. *“Il PTSD può durare anni, ripresentarsi durante la successiva gravidanza e ostacolare una paternità serena e consapevole”* (Ravaldi, 2022, Piccoli Principi. Attraversare il lutto perinatale, pag. 119).

È necessario promuovere una maggiore consapevolezza riguardo alla sofferenza dei padri dopo la perdita del loro bambino, non solo tra gli operatori della salute, ma anche tra i familiari e nella società in generale.

“Per elaborare un lutto occorre(rebbe) un intero villaggio”

(Ravaldi, 2014, Piccoli Principi. Attraversare il lutto perinatale, pag. 42)

Implementare le ricerche e gli studi sul lutto perinatale nei padri può contribuire a sensibilizzare i legislatori sulle politiche sociali ed economiche a tutela dei padri che nel nostro Paese solo a partire dal 2022 possono beneficiare di 10 giorni di congedo parentale solo nel caso in cui la perdita avvenga sopra i 180 giorni corrispondenti a 25+5 settimane di epoca gestazionale, mentre le madri possono usufruire di 3 mesi (12 settimane) di astensione per maternità.

Nessun giorno è previsto per i padri nel caso in cui la perdita avvenga prima di questo termine, in questo caso alle madri non va meglio in quanto sono possibili solo 7 giorni di malattia rinnovabili su loro richiesta.

Che cosa favorisce una corretta elaborazione del lutto nei padri?

- la presenza di personale ospedaliero e territoriale formato sulla comunicazione salutogenica che possa fornire un sostegno precoce al lutto in ottica trauma orientata e che includa il padre in tutto il percorso dalla diagnosi di morte del proprio bambino, durante il ricovero della compagna, e dopo la dimissione.
- la presenza di una relazione di coppia stabile in cui ognuno dei partner possa liberamente esprimere i rispettivi bisogni e sentire che questi vengono accolti, ascoltati, non giudicati e rispettati anche se non in linea con i propri;

- la presenza di una famiglia di origine che offre presenza, affetto, disponibilità emotiva e che non alimenti gli stereotipi di genere legati a come gli uomini dovrebbero o non dovrebbero esprimere le loro emozioni ed i propri vissuti legati al lutto;
- la presenza di una rete territoriale supportiva che fornisca le giuste informazioni sugli aspetti emotivi, psichici, fisici e sociali del lutto perinatale senza patologizzarlo;
- il riconoscersi di aver bisogno di aiuto e concedersi del tempo per prendersi cura di sé al fine di integrare l'esperienza di perdita nella propria vita, nella propria storia personale dando il proprio personale significato;
- il riconoscimento sociale della perdita, della storia di quel bambino e del ruolo di padre di tutti gli uomini che hanno desiderato i loro figli ma che non possono stringerli tra le braccia;
- la riduzione del tabù sul lutto perinatale, poiché questo favorisce la comunicabilità della perdita perinatale all'esterno della propria famiglia.

Sono necessarie ulteriori ricerche sull'esperienza di dolore degli uomini in seguito a un lutto perinatale che si concentrino su loro benessere fisico, mentale, sociale e sui loro bisogni con l'obiettivo finale di migliorarne l'assistenza.

“Non è possibile curare la morte, ma è possibile prendersi cura del dolore che resta”

(Ravadi, 2014, Piccoli Principi, pag. 88)

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA), (2013). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. American Psychiatric Publishing (trad.it a cura di Massimo Biondi. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta Edizione. DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014).

Alio, A.P., Lewis, C.A., Scarborough, K., Harris, K., & Fiscella, K. (2013). *A community perspective on the role of fathers during pregnancy: A qualitative study*. BMC Pregnancy and Childbirth, 13, 2–11.

Armstrong, D. (2001). *Exploring fathers' experiences of pregnancy after a prior perinatal loss*. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 26, 147–153.

Armstrong, D.S. (2004). *Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33, 765–773.

- Avelin, P., Erlandsson, K., Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2011). *Swedish parents' experiences of parenthood and the need for support to siblings when a baby is stillborn*. *Birth*, 38, 150–158.
- Aydin, R., & Kabukcuoğlu, K. (2020). *Fathers' Experiences of Perinatal Loss: A Sample Meta-Synthesis Study*. *Journal of family issues* 1-28.
- Bonnette, S., & Broom, A. (2012). *On grief, fathering and the male role in men's accounts of stillbirth*. *Journal of Sociology*, 48, 248-265.
- Campbell-Jackson, L., Bezance, J., & Horsch, A. (2014). *A renewed sense of purpose: Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14(1):423.
- Cacciatore, J. (2013). *Psychological effects of stillbirth*. *Semin Fetal Neonatal Med.*;18(2):76–82.
- Cholette, ME. (2012). *Exploring the meaning of the paternal experience of perinatal loss: a phenomenological study*. University of Arizona.
- Connell, R.W., & Messerschmidt, J.W. (2005). *Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept*. *Gender & Society* 19(6): 829–59.
- Cope, H., Garrett, M.E., Gregory, S., & Ashley-Koch, A. (2015). *Pregnancy continuation and organizational religious activity following prenatal diagnosis of a lethal fetal defect are associated with improved psychological outcome*. *Prenatal Diagnosis* 35(8):761–8.
- Courtenay, W. (2009). *Theorising Masculinity and Men's Health*. Broom and P. Tovey Editions. *Men's Health: Body, Identity and Social Context*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Christiansen, D.M. (2017). *Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: a systematic review*. *Clin. Psychol. Rev.* 51, 60–74.
- Christiansen, D.M., Olf, M., & Elklit, A. (2014). *Parents bereaved by infant death: sex differences and moderation in PTSD, attachment, coping and social support*. *Gen. Hosp. Psychiatry* 36, 655–661.
- Christiansen, D., Elklit, A., & Olf, M. (2013). *Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss*. *Gen. Hosp. Psychiatry* 35, 605–611.
- Daly, S.F., Harte, L., O'Beirne, E., Mcgee, H., & Turner, M.(1996). *Does miscarriage affect the father?*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* Vol. 16, 260-26.
- Ducet, A. (2006). *Estrogen-Filled Worlds: Fathers as Primary Caregivers and Embodiment*. *The Social Review*, Volume 54, uscita 4, 696-716.
- Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D.W. (2017). *The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review*. *BMC Pregnancy, Childbirth* 2017; 17: 1–14.
- Fisher, K.A. (2002). *Miscarriage: A phenomenological approach to the father's experience*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 62(11-B):5032.
- Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato SIGO, AOGOI, AGUI (2023). *Gestione della morte endouterina fetale (MEF). Prendersi cura della natimortalità*. <https://www.aogoi.it/media/8827/17-raccomandazioni-mef-definitiva-7-febbraio-2023-min.pdf> consultato il 16.02.2025.
- Forrest, G. (1989). *Care of the bereaved after perinatal death*. Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC editor(s). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press:1423-30.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion-focused therapy: distinctive features. The CBT distinctive features series*. London; New York: Routledge.
- Hamama-Raz, Y., Hemmendinger, S., & Buchbinder, E. (2010). *The unifying difference: dyadic coping with spontaneous abortion among religious Jewish couples*. *Qualitative Health Research*;20(2):251–61.
- Hollins Martin, C.J., & Reid, K. (2023). *A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement*. *J Reprod Infant Psychol*.
- Huffman, C.S., Schwartz T.A., & Swanson, K.M. (2015). *Couples and miscarriage: the influence of gender and reproductive factors on the impact of miscarriage*. *Womens Health Issues*. 25(5):570–8.
- ISTAT (2023). *Aborti spontanei- dimissioni rispetto a luogo di residenza della donna*. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_ABORTISPONTN consultato il 16.02.2025.
- Janzen, L., Cadell, S., & Westhues, A. (2003-2004). *From death notification through the funeral: Bereaved parents' experience and their advice to professionals*. *Omega: Journal of Death and Dying*, 48(2), 149–164.
- Johnson, M.P., & Puddifoot, J.E. (1998). *Miscarriage: is vividness of visual imagery a factor in the grief reaction of the partner?* *Br J Health Psychol*. 3:137–46.
- Jones-Peeples, A.E. (2014). *Understanding paternal experience of perinatal loss and maternal expectations*. *Dissertation Abstracts International: Section B*. In: *The Sciences and Engineering*, vol. 74; 10-B(E).

- Jones, K., Robb, M., Murphy, S., & Davies, A. (2019). *New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review*. *Midwifery*, 79, 102531.
- Johnson, J.E., Price, A.B., Kao, J.C., Fernandes, K., Stout, R., Gobin, R.L., & Zlotnick, C. (2016). *Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss: a pilot randomized controlled trial*. *Arch Womens Ment Health*;19(5):845-59.
- Kavanaugh, K., & Hershberger, P. (2005). *Perinatal loss in low-income African American parents*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34, 595–605.
- Kelley, M.C., & Trinidad, S.B. (2012). *Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 27(12):137.
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., & Wagner, B. (2011). *Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 32(2):72-8.
- Kirkley-Best E., & Kellner, K.R. (1982). *The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth*. *American Journal of Orthopsychiatry*;52(3):420-9.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basi Books.
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). *Support for mothers, fathers and families after perinatal death*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD000452.
- Lang, A., Fleischer, A.R. et al. (2011). *Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief*. *Omega*; 63: 183-196.
- Lamon, L., De Hert, M., et al. (2022). *Depression and post-traumatic stress disorder after perinatal loss in fathers: A systematic review*. *European Psychiatry* 28;65(1):e72.
- Lawn, J.E., Blencowe, H., Pattinson, R., et al (2011). *The Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?* *Lancet*: 1449
- Li, S., Yang, L. et al. (2024). *Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Improving the Mental Health and Other Psychosocial Outcomes of Parents with Perinatal Loss* *Wiley Depression and Anxiety*. Volume 2024, 13 pages
- Lilford, R.J., & Harrison, S. (1994). *Health services research: what it is, how to do it, and why it matters*. *Health Serv Manage Res*. Nov;7(4):214-9.
- Lok, I.H., & Neugebauer, R. (2007). *Psychological morbidity following miscarriage*. *Best Practise. Res Clin Obstet Gynaecol*;21(2):229-47.
- Marks, D.F. (1973). *Visual imagery differences in the recall of pictures*. *British Journal of Psychology*. 64 (1): 17–24.
- Martin, C.J.H., Patterson, J., Paterson, C., Welsh, N., Dougall, N., Karatzias, T., & Williams, B. (2021). *ICD-11 complex Post Traumatic Stress Disorder (CPTSD) in parents with perinatal bereavement: Implications for treatment and care*. *Midwifery*. 96:102947.
- Mashegoane, S., Mabasa, L., & Mashego, T. (1999) *Stillbirth grief in hospital settings: assessing the intervention practices of professional helpers*. Madu S, Baguma P, Pritz A editor(s). *Cross-cultural Dialogue on Psychotherapy in Africa*. Sovenga, South Africa:UNIN Pres, 1999:374.
- McCreight, B.S. (2004). *A grief ignored: Narratives of pregnancy loss from a male perspective*. *Sociology of Health & Illness*, 26(3), 326–350.
- Murphy, F. A. (1998). *The experience of early miscarriage from a male perspective*. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 325–332.
- Murray, J.A., Terry, D.J., Vance, J.C., Battistutta, D., & Connolly, Y. (2000). *Effects of a program of intervention on parental distress following infant death*. *Death Studie*;24(4):275-305.
- Nguyen, V., Temple-Smith, M., & Bilardi, J. (2019). *Men's lived experiences of perinatal loss: A review of the literature*. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59, 757–766.
- Obst, K., & Due, C. (2019). *Australian men's experiences of support following pregnancy loss*. *Midwifery*;70:1–6.
- O'Leary, J., & Thorwick, C. (2006). *Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss*. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nurs* 35(1):78–86.
- Puddifoot, J. E., & Johnson, M. P. (1997). *The legitimacy of grieving: The partner's experience at miscarriage*. *Social Science & Medicine*, 45, 837–845.
- Pàbon, L., Fergusson, M., & Palacios A. (2019). *Experience of Perinatal Death From the Father's Perspective*. *Nursing Research*, 68(5):E1-E9.

- Paykel, E.S. (1983). *Methodological aspects of life events research*. (1983) Journal of Psychosomatic Research; 27:341-352.
- Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ) e The Centre of Research Excellence in Stillbirth (Stillbirth CRE) (2024). *Care Around Stillbirth and Neonatal Death Clinical Practice Guideline* <https://learn.stillbirthcre.org.au/learn/casand/> visitato il 16.02.2025.
- Ravaldi, C., et al. (2009). *Aspetti psicologici della morte intrauterina: ricerca, esperienze e protocolli di intervento*. Franco Angeli Editore, Psicobiettivo: Rivista quadrimestrale di psicoterapie a confronto. Fascicolo 3.
- Ravaldi, C. (2011). *La morte in-attesa. Assistenza e sostegno psicologico nel lutto in gravidanza e dopo il parto*. Verona, Ipertesto Edizioni.
- Ravaldi, C. (2014). *Piccoli Principi. Perdere un bambino in gravidanza e dopo la nascita. Le parole dei genitori e le riflessioni degli specialisti in psicologia del lutto perinatale*. Verona, Officina Grafica Edizioni, Terza edizione aggiornata
- Ravaldi, C. (2016). *La tua culla è il mio cuore. Il cammino del lutto perinatale verso la ri-nascita interiore, raccontato dalle mamme di CiaoLapo*. Verona, Officina grafica Edizioni.
- Ravaldi, C. (2018). *Assistere la morte perinatale. Il ruolo del personale ospedaliero nel sostegno ai genitori e ai familiari in lutto*. CiaoLapo Edizioni, Prima Edizione.
- Ravaldi, C. (2022). *Piccoli Principi. Attraversare il lutto perinatale*. CiaoLapo Edizioni.
- Ravaldi, C. (2023). *Assistere la morte perinatale. Il quaderno*. Torrazza Piemonte, CiaoLapo Edizioni, Seconda Edizione ampliata.
- Ravaldi, C. (2024). *Il lutto perinatale. Un'esperienza complessa e dolorosa*. Milano, Emse Italia srl, Collana Genitori e Figli.
- Redshawe, M., & Martin, C. (2014). *The couple relationship before and during transition to parenthood*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 32(2), 109–111.
- Rich, D.E. (2000). *The impact of postpregnancy loss services on grief outcome: integrating research and practice in the design of perinatal bereavement programs*. Illness Crisis & Loss.;8(3):244–64.
- Rineahrt, M., & Kiselica, M. (2010). *Helping men with the trauma of miscarriage*. Psychotherapy Theory Research Practice Training 47(3):288-95.
- Samuelsson, M., Rådestad, I., & Segesten, K. (2001). *A waste of life: Fathers' experience of losing a child before birth*. Birth, 28, 124–130.
- SANDS (2016). *Pregnancy Loss and the Death of a Baby: Guidelines for Professionals*. Forth edition Midwives, London
- Saunders, M., & Peerson, A. (2009) *Australia's national men's health policy: masculinity matters*. Health Promot J Austr. 20(2):92–7.
- Salvatore, M., et al. coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute. (2024). *Le morti in utero: risultati di un progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale in Italia (SPItOSS)* https://epiprev.it/articoli_scientifici/stillbirths-results-of-a-pilot-population-based-surveillance-system-in-italy-spitoss consultato il 16.02.2025.
- Stinson, L., & Ickes, W. (1992). *Empathic accuracy in the interactions of male friends versus male strangers*. Journal of Personality and Social Psychology, 62 (5): 787-97.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). *Health outcomes of bereavement*. Lancet; 370:1960–73.
- Tennenbaum, E.A. (2008). *A qualitative investigation of the psychological effects of recurrent miscarriage on male partners*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 69(2-B):1348.
- The Lancet series (2011). *Le morti in utero, 14 aprile* <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths/stillbirths-1407728420157.pdf> consultato il 16.02.2025.
- The Lancet series (2016). *Prevenire le morti in utero evitabili*. <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016-exec-summ.pdf> consultato il 16.02.2025.
- Toedter, L., Lasker, J., & Alhadeff, J. (1988). *The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation*. American Journal of Orthopsychiatry 58(3):435-49.

Turton, P., Badenhorst, W., Riches, S., & Hughes, P. (2006). *The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27, 245–256.

Turton, P., Badenhorst, W., Hughes, P., et al. (2006). *Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium*. The British Journal of Psychiatry. 188: 165-172.

Ufficio di Statistica del Ministero della Salute (2023). *Rapporto sull'evento nascita in Italia Analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) dell'anno 2022*. <https://www.epicentro.iss.it/materno/cedap-2022> consultato il 16.02.2025

Versalle, A., & McDowell, E.E. (2005). *The Attitudes of Men and Women Concerning Gender Differences in Grief*. Omega 50(1): 53–67.

Wagner, N.J., Vaughn, C.T., & Tuazon, V.E. (2018). *Fathers' lived experiences of miscarriage*. The Family Journal, 26, 193–199

Weaver-Hightower, M.B. (2012). *Waltzing Matilda: an autoethnography of a father's stillbirth*. J Contemp Ethnogr. 41(4):462–91.

Wing, D., Clance, P., Burge-Callaway, K., & Armistead, L. (2001). *Understanding gender difference in bereavement following the death of an infant: implications for treatment*. Psychotherapy;38(1):60-72.

World Health Organization (2019). *Why we need to talk about losing baby* <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby> consultato il 16.02.2025.

World Health Organization, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, UNICEF, World Bank Group (2020). *A Neglected Tragedy: The Global Burden of Stillbirths*. <https://www.who.int/publications/m/item/a-neglected-tragedy-the-global-burden-of-stillbirths> consultato il 16.02.2025.

World Health Organization application of ICD-10 to perinatal deaths: ICD-perinatal mortality (ICD-PM). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249515/9789241549752-eng.pdf;jsessionid=7C7A1843753F38A9F9DC2632D451807F?sequence=1> consultato il 16.02.2025.

Williams, H., Topping, A., et al. (2019). *Men and miscarriage: a systematic review and thematic synthesis*. Qualitative Health Research 133 – 145.

Worth, N.J. (1997). *Becoming a father to a stillborn child*. Clinical Nursing Research, 6, 71–89.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 67 (6): 361.370.

Ambra Beretta, Psicologa Psicoterapeuta a Recanati (MC)

Specializzata in psicoterapia cognitiva presso Spc sede di Ancona

training Mantione, Romano e Rossi

e-mail: ambra_beretta@hotmail.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it