

## Utilizzo della Compassion Focused therapy nel periodo perinatale

Giada Tanaceto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psicologa psicoterapeuta cognitivo comportamentale specializzata presso SPC di Ancona

### *Riassunto*

Il seguente lavoro tratta il tema dell'autocritica materna nel periodo perinatale. L'autocritica, alimentata da aspettative interne e pressioni sociali, è associata a un aumento del rischio di ansia e depressione in questa delicata fase della vita di una donna. L'insorgenza di quadri psicopatologici, oltre a compromettere il benessere delle madri, può influenzare il legame d'attaccamento e lo sviluppo emotivo e cognitivo a lungo termine del bambino. La Compassion Focused Therapy viene presentata come un modello teorico e clinico efficace per comprendere e ridurre l'autocritica. La Perinatal Compassion Focused Therapy (P-CFT), ideata dalla psicologa Michelle Cree (2010), rivolge, nello specifico, l'attenzione all'autocompassione delle madri e alle eventuali difficoltà nella creazione del legame madre-bambino.

*Parole Chiave:* Periodo perinatale, autocritica materna, terapia basata sulla compassione

### *Summary*

The paper addresses the topic of maternal self-criticism in the perinatal period. Self-criticism, fueled by internal expectations and social pressures, is associated with an increased risk of anxiety and depression during this delicate stage of a woman's life. The onset of psychopathology, in addition to compromising mothers' well-being, can affect the attachment bond and the child's long-term emotional and cognitive development. Compassion Focused Therapy is presented as an effective theoretical and clinical model for understanding and reducing self-criticism. Perinatal Compassion Focused Therapy (P-CFT), developed by psychologist Michelle Cree (2010),

Giada Tanaceto, *Utilizzo della Compassion Focused therapy nel periodo perinatale*, N. 35, 2025, pp. 35-60.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

specifically focuses on mothers' self-compassion and any difficulties in establishing the mother-infant bond.

*Key words: Perinatal period, maternal self-criticism, compassion-based therapy*

## **Introduzione**

Sia dalla mia esperienza di madre che dalla pratica clinica ho potuto sperimentare come ancora esistano nella società i cosiddetti “miti sulla maternità”, cioè dei pregiudizi riguardo al proprio ruolo di madre come, ad esempio *“dovrebbe venirmi naturale fare la mamma”* oppure *“deve piacermi ogni aspetto della maternità”*. La gravidanza e la maternità sono presentate culturalmente come un periodo di immensa gioia; non tutte le donne, però, riescono a provare questa gioia e, di conseguenza, possono sentirsi diverse e inadeguate rispetto agli stereotipi sociali. Questo può tradursi in intensi vissuti di vergogna e autocritica sperimentati dalle madri.

Durante gli anni del corso di specializzazione in psicoterapia, ho avuto l'opportunità di conoscere un recente approccio psicoterapeutico, nato nell'ambito delle terapie cognitivo-comportamentali di terza generazione, chiamato Compassion Focused Therapy (Terapia Focalizzata sulla Compassione). Sviluppato da Paul Gilbert nei primi anni 2000, questo modello terapeutico propone una visione del processo di cambiamento che si basa sulla regolazione di sistemi emotivi e motivazionali, connessi all'attaccamento e al care-giving (Petrocchi, 2012). Nella Terapia Focalizzata sulla Compassione il target primario degli interventi è la riduzione dell'attitudine all'autocritica, considerata un meccanismo di difesa da un ambiente percepito come imprevedibile e minaccioso (Petrocchi, 2012). La Compassion Focus Therapy sarà descritta nel primo capitolo.

Il secondo capitolo offre una panoramica dei più comuni quadri psicopatologici del periodo perinatale, con un focus proprio sull'autocritica materna come fattore di vulnerabilità alla psicopatologia. Dalla letteratura emerge che la psicopatologia perinatale, in particolare la depressione post-partum, oltre a compromettere la salute psicofisica delle madri, sembra sia associata a difficoltà dello sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino e a problemi nella creazione del legame di attaccamento madre-bambino.

Per affrontare i vissuti di vergogna, autocritica e le potenziali difficoltà di attaccamento, la psicologa clinica Michelle Cree, ha sviluppato un adattamento della terapia focalizzata sulla compassione di Paul Gilbert, specificatamente per le donne nel periodo post-partum (Cree, 2010). Nel terzo capitolo verrà presentata, dunque, la Perinatal Compassion Focused Therapy (P-CFT) (Cree, 2010). Attualmente, la P-CFT viene erogata soprattutto nei Servizi di salute mentale del Regno Unito e, sebbene i risultati siano incoraggianti, sono necessarie ulteriori ricerche per

determinare se la P-CFT possa effettivamente essere utile alle madri donne nel periodo perinatale.

Lo scopo del seguente lavoro è mostrare come, sulla base del rationale della Compassion Focused Therapy, quest' ultima venga adattata al periodo perinatale e vada ad affrontare i frequenti vissuti di autocritica delle madri, alimentati da una serie di falsi miti.

## Capitolo 1

### Compassion focused therapy

#### 1. Cosa è la Compassione?

La parola compassione deriva dalle parole latine “*cum*” e “*patior*” e significa “soffrire insieme”. Gilbert (2014) definisce la compassione come "una sensibilità alla sofferenza in sé e negli altri, con un impegno a cercare di alleviarla e prevenirla". Strauss (2016), tentando di dare una definizione univoca di compassione, ne individua cinque componenti:

1. Riconoscimento della sofferenza altrui;
2. Comprensione della sua universalità;
3. Simpatia, empatia o preoccupazione per coloro che stanno soffrendo (capacità nota come risonanza emotiva);
4. Capacità di tollerare la sofferenza quando si è testimoni di essa;
5. Motivazione ad agire per alleviare la sofferenza.

La compassione si differenzia dalla pena poiché mentre quest'ultima deriva da una valutazione di inferiorità della persona sofferente, nella compassione c'è il riconoscimento della “normalità” della sofferenza. Si differenzia anche dall'empatia: l'empatia, in risposta a segnali di sofferenza, tende ad aumentare le emozioni negative; la compassione, al contrario, aiuta a modulare le emozioni negative e a incrementare quelle positive. Praticare la compassione porta a numerosi effetti benefici tra cui: riduzione del dolore fisico, dell'ansia e della pressione sanguigna e una guarigione più rapida (Gilbert, 2005).

#### 1.2 Origini della Compassion Focused Therapy

La Compassion Focused Therapy (CFT, in italiano Terapia Focalizzata sulla Compassione, TFC; Gilbert, 2010) fa parte delle terapie cognitivo-comportamentali di terza generazione e trae le sue

origini dalla Teoria dell'attaccamento, dagli studi evolutivisti, dalle neuroscienze cognitive e dalla tradizione Buddhista. Gilbert (2000) aveva notato come alcuni pazienti depressi non rispondevano efficacemente agli interventi CBT standard di ristrutturazione cognitiva. Questi pazienti riportavano intensi vissuti di vergogna e autocritica nei confronti della loro malattia e, nonostante fossero in grado di produrre pensieri alternativi più funzionali, non riuscivano a modificare le proprie credenze nucleari svalutanti. Secondo Gilbert, il problema centrale era lo stile del dialogo interno, cioè la modalità con cui i pazienti parlavano a loro stessi: il loro stile rimaneva rigido, distaccato, critico e a talvolta aggressivo; decide, allora, di introdurre nella pratica clinica indicazioni che aiutassero i pazienti a modificare il proprio dialogo interno e a rivolgersi a loro stessi con gentilezza, calore e compassione. Infatti, secondo Gilbert, il problema risiedeva nella difficoltà dei pazienti depressi ad accedere a un particolare sistema affettivo, evolutosi con i mammiferi e legato a una particolare motivazione (la compassione) derivante dal sistema di accudimento, che negli esseri umani provoca emozioni positive di calma e sicurezza (Depue e Morrone-Strupinsky 2005, Panksepp, 1998).

### **1.3** *Sistemi di regolazione emotiva*

Gilbert, coerentemente con altre teorie evolutivistiche sulle emozioni (Panksepp,1998), ha suggerito che nel cervello siano presenti tre circuiti che costantemente interagiscono e si co-regolano, dirigono il nostro comportamento verso il raggiungimento delle nostre motivazioni innate e sono responsabili delle nostre emozioni (Gilbert, 2014). Secondo la CFT, la psicopatologia si basa su uno squilibrio nei sistemi di regolazione delle emozioni, acquisito durante le prime esperienze di attaccamento (Gilbert, 2010). I tre sistemi di regolazione emotiva sono rappresentati da Gilbert come tre cerchi interagenti (Figura 1).



Figura 1: (tratto da *La terapia focalizzata sulla compassione*, Gilbert 2010 Franco Angeli editore)

### 1.3.1 Il sistema di protezione dalla minaccia (*Threat system*)

Il sistema di protezione dalla minaccia è utile per individuare rapidamente pericoli, attivare risposte difensive e innesca emozioni di ansia, rabbia e disgusto, tristezza che aiutano a fronteggiare i pericoli e ripristinare la condizione di sicurezza (safety). Viene attivato anche quando la minaccia riguarda una persona che amiamo e sebbene provochi emozioni spiacevoli, questo sistema si è evoluto come sistema di protezione (Gilbert, 2010). Quando questo sistema è attivo, il nostro cervello è impegnato nel controllo delle minacce piuttosto che nella ricerca di elementi piacevoli (Baumeister, 2001) e agisce attraverso circuiti cerebrali come l'amigdala e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). L'attivazione di questo sistema provoca negli umani risposte automatiche con lo scopo di aumentare la nostra competenza di difenderci dai pericoli: attenzione selettiva verso segnali di minaccia, stile di ragionamento prudentiale (better safe than sorry), memoria intrusiva comportamenti di attacco, fuga, freezing o sottomissione. Alcuni studi mostrano come il sistema di protezione dalla minaccia sia particolarmente attivo in pazienti con depressione (Chen, 2017).

### 1.3.2 Sistema di ricerca di stimoli e risorse (*Drive system*)

Il sistema di ricerca di stimoli e risorse ci indirizza e motiva verso le risorse di cui abbiamo

bisogno per sopravvivere e prosperare (cibo, amicizie, riconoscimenti, etc.). E' un sistema legato all'attivazione del circuito dopaminergico ed è responsabile di emozioni positive ed energizzanti, come l'eccitamento e l'euforia (Fredrickson, 2005) , che sono quelle principalmente sopresse nello stato depressivo.

### *1.3.3 Sistema calmante di appagamento e sicurezza*

Il tipo di sicurezza (*safeness*) a cui fa riferimento Gilbert (2014) quando descrive il terzo sistema è diverso sia dalla sensazione di “cessato pericolo” (*safety*) che dall'euforia e eccitamento tipici del sistema di ricerca di stimoli e risorse. Questo sistema è responsabile delle sensazioni di calma e appagamento, non derivanti dalla disattivazione degli altri due sistemi ma dall'attivazione di un circuito specifico legato al sistema ossitocinergico e degli oppioidi endogeni e all'aumento del sistema parasimpatico. Il sistema calmante è associato alle interazioni affiliative e ai sistemi di attaccamento e accudimento.

Numerosi studi mostrano come l'attivazione di questo sistema costituisca un fattore di resilienza e protezione dalla psicopatologia sia per gli animali che per gli esseri umani (Abbot, 2003; Rueger, 2016; Kelly, 2012).

## **1.4 Ossitocina e CFT**

La CFT si fonda sull'idea, quindi, che il cambiamento in psicoterapia derivi dall'attivazione di un particolare assetto emotivo e motivazionale (compassione per se stessi e per gli altri). L'attivazione del sistema calmante ridurrebbe l'attivazione del threat system e del tipico stile di pensiero, delle emozioni e motivazioni che lo contraddistinguono. La sostanza che sembra maggiormente coinvolta in questo processo è l'ossitocina (Petrocchi, 2012). Un incremento di questa molecola nell'organismo è direttamente correlato ad una maggior sensazione di calma e fiducia nei confronti di se stessi e degli altri dovuta al ruolo di inibizione che questa sostanza svolge nei confronti delle aree cerebrali associate alla paura (l'asse ipotalamo- ipofisi-surrene). Dunque, una molecola che indica la presenza di interazioni sociali “positive” e che viene prodotta prevalentemente durante scambi sociali improntati al calore e alla fiducia reciproca, sembra avere anche un profondo effetto sull'intero sistema cognitivo (Petrocchi, 2012). L'ossitocina, quindi, è un ormone pro-sociale ed è implicata in una serie di funzioni riguardanti la trasmissione dei geni e la conservazione della specie come l'accoppiamento, il parto, l'allattamento, l'accudimento della prole, il legame parentale e il legame tra pari. Viene prodotta grazie a stimolazioni della pelle non dolorose da parte di conspecifici (carezze, massaggi, applicazione di calore sulla pelle), ma anche a seguito di

stimolazioni cutanee specifiche come il parto, durante il quale l'ossitocina provoca la contrazione dell'utero producendo l'espulsione del feto, e la suzione della mammella. L'ossitocina sembra essere coinvolta anche nella creazione del legame madre-bambino. Le cure prossimali (es. prendere in braccio il bambino) e il contatto fisico tramite l'azione dell'ossitocina promuovono la relazione rinforzando il bisogno di attaccamento del bambino e di accudimento da parte della madre e costituiscono la base della mutua dipendenza. Inoltre il contatto fisico determina, attraverso l'inibizione dell'amigdala e quindi dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, calma e riduzione dello stress (Moschetti, 2006).

### *1.5. Rationale della CFT: l'autocritica come target degli interventi*

Gli interventi della CFT hanno l'obiettivo di riattivare il sistema calmante il cui funzionamento è stato compromesso. Secondo la teoria di Gilbert (2009), esperienze precoci di attaccamento disfunzionale (abusi, neglect, alta emotività espressa, stili genitoriali freddi e critici) potrebbero aver condotto a un'iper-attivazione del sistema di protezione della minaccia e conseguente ipo-attivazione del sistema calmante. Il comportamento autocritico dei pazienti costituisce una manifestazione dell'attività del *threat system* e diventa un meccanismo difensivo da un ambiente percepito come imprevedibile e pericoloso (Gilbert, 2009). Invalidare se stessi per qualcosa che deriva dagli altri potrebbe garantire la percezione di avere un senso di controllo interno rispetto a ciò che succede e manterrebbe inalterata la credenza che un certo aspetto della realtà è modificabile, se cambiamo qualcosa di noi stessi (Gilbert, 2009). Inoltre, l'autocritica è legata all'attivazione del sistema di protezione dalla minaccia e rappresenta un meccanismo di mantenimento e aggravamento dei sintomi psicopatologici (Petrocchi, 2012). Uno stile di relazione con sé stessi fondato su disprezzo, sulla vergogna e sul senso di indegnità stimolano continuamente il sistema di minaccia. L'attivazione del sistema calmante è connessa alla compassione che, come descritto precedentemente, rappresenta una sensibilità verso la sofferenza nostra e degli altri e un desiderio di alleviarla. Allenare la capacità di essere compassionevoli aiuta ad accettare le emozioni negative (Hildebrant, 2017).

### *1.6 Interventi basati sulla CFT e prove di efficacia*

L'obiettivo degli interventi basati sulla CFT risulta essere la riduzione del livello di autocritica legata all'attivazione del sistema di protezione della minaccia e a un'ipo-attivazione del sistema calmante. La stimolazione del sistema calmante avviene, inizialmente, attraverso pratiche che

coinvolgono il corpo e il respiro. Inoltre, con esercizi di mindfulness si aiuta il paziente ad acquisire maggiore consapevolezza e accettazione dei propri stati mentali e a sviluppare un atteggiamento benevolo verso di essi. In un secondo momento, vengono introdotte pratiche che allenano le tre “direzioni” della compassione (Gilbert, 2010). Per aprirsi alla compassione degli altri verso di noi vengono insegnate tecniche immaginative con lo scopo di creare qualcuno (creatura compassionevole) o qualcosa (posto sicuro) che sperimenti compassione e accudimento verso di noi. Questo tipo di visualizzazioni aiutano la regolazione emotiva e la riduzione dell'autocritica (Mikulincer, 2015). Per stimolare la compassione che scaturisce da noi ed è diretta verso gli altri si aiuta il paziente a rivivere episodi in cui abbia sperimentato compassione verso qualcun altro e gli si chiede di metterli in scena in una pratica teatrale in cui impersona un personaggio compassionevole. Incarnare persone con caratteristiche di calore, forza, gentilezza è utile per promuovere un cambiamento nello stile di ragionamento e del tono dell'umore (Falconer, 2014). Per sviluppare la compassione verso noi stessi, il paziente viene aiutato a sperimentare compassione verso parti di sé sofferenti e ad utilizzare un atteggiamento di validazione verso i propri vissuti. Vengono utilizzate alcune tecniche come la sedia compassionevole, in cui il paziente dialoga con la parte di sé autocritica rappresentata da una sedia posta di fronte a lui; oppure la lettera compassionevole che può aiutare il paziente a produrre frasi comprensive e non giudicanti della propria sofferenza. Essendo il fenomeno dell'autocritica di natura transdiagnostica, risultano molti studi che mostrano l'efficacia della CFT nel trattamento della psicopatologia tra cui disturbi dell'alimentazione (Kelly, 2017), disturbi d'ansia (Judge, 2012), disturbi di personalità (Lucre, 2013). Numerose ricerche mostrano la riduzione della sintomatologia depressiva in seguito a protocolli di CFT (Gilbert e Proctor, 2006; Judge, 2012) I risultati hanno mostrato una significativa diminuzione di vissuti depressivi, ansia, autocritica, vergogna, inferiorità e comportamenti di sottomissione. Si è anche registrato un aumento significativo nella capacità dei partecipanti di auto-rassicurarsi e concentrarsi su sentimenti di calore e consolazione per se stessi.

## **Capitolo 2**

### **Ruolo dell'autocritica nella genesi della psicopatologia perinatale**

#### **2.1 Periodo perinatale: definizione e i più comuni quadri psicopatologici**

La gravidanza e il periodo seguente al parto rappresentano per la donna un periodo di grandi cambiamenti sia dal punto di vista fisico che emotivo. L'Istituto Superiore di Sanità (2019)

definisce il periodo perinatale come “periodo che va dalla gravidanza a un anno dopo il parto” e aggiunge “I cambiamenti fisiologici ed emotivi della gravidanza, del parto e della cura di un neonato possono rendere il periodo perinatale un momento di vulnerabilità per madri e padri”. Infatti, la nascita di un figlio può generare conflitti di coppia (Rosan, 2016) o far riemergere traumi psicologici non elaborati (Iyengar, 2014); può avere conseguenze sul senso di auto-efficacia della madre (Brazeau, 2018) e sul proprio senso di sé (Javadifar, 2016). Risulta che circa il 10-13% delle donne lamenta problemi di salute mentale perinatale, di cui ansia e depressione sono i più comuni (World Health Organisation, 2020). Il disturbo d’ansia generalizzato perinatale ha una prevalenza di 8,5%-10,5% durante la gravidanza e il 4,4%-10,8% dopo il parto (Ross, 2006). I vissuti di ansia possono riguardare il parto, le difficoltà di gestione del neonato, la salute del bambino e i giudizi degli altri riguardo le proprie capacità di genitore. Inoltre, possiamo distinguere l’ansia che precede il parto da quella post-parto: nel primo caso, la paura più comune risulta essere la morte del feto in pancia; nel secondo caso, i temi riguardano la morte in culla del bambino e il timore dei giudizi sulle proprie competenze genitoriali (Brockington et al. 2006). Il DSM-5 non riconosce la depressione post partum come un’entità nosografica autonoma, ma la considera come un sottotipo della depressione maggiore. La definizione è di un “episodio depressivo maggiore con un esordio in gravidanza o entro 4 settimane dal parto”, riconoscendo la possibilità di insorgenza pre-natale (a differenza del DSM-IV). Per fare diagnosi è necessario che siano presenti almeno cinque sintomi depressivi per almeno due settimane insieme alla depressione e all’anedonia. La depressione post partum va distinta dalla maternity blues o baby blue. Rappresenta una condizione fisiologica che interessa la maggior parte delle madri ed è dovuta a cambiamenti ormonali. Regredisce spontaneamente circa due settimane dopo il parto e i principali sintomi sono: tono dell’umore basso, instabilità dell’umore, irritabilità, agitazione, ansia (O’Hara et al., 1990; Gonidakis et al., 2007) . Nell’ 1-2% dei casi si osserva l’insorgenza di una psicosi post-parto (Davies, 2017). Rappresenta la condizione più grave fra le patologie perinatali ed è caratterizzata da sintomi tra cui deliri, allucinazioni, depressione grave. Si osserva, inoltre, un rischio maggiore di suicidio e infanticidio. Fra le patologie riportate, la depressione è la condizione clinica più diffusa dopo il parto, che colpisce circa il 13% delle donne e ha un impatto negativo non solo sulla salute della madre ma anche sulla relazione madre-figlio e sullo sviluppo del bambino. La ricerca ha individuato una serie di fattori di rischio per l’insorgenza della depressione post- partum tra cui caratteristiche socio-demografiche (ad esempio, stato di single, basso livello socioeconomico) e relazionali (ad esempio, mancanza di supporto, scarsa qualità della relazione

coniugale) (Pedro, 2019). Tuttavia, sono poco note caratteristiche individuali che possono essere coinvolte nell'insorgenza e nel mantenimento dei sintomi depressivi. Il principio fondamentale della teoria cognitivo-comportamentale (CBT) è che i nostri pensieri influenzano le nostre risposte emotive e comportamentali alle situazioni di vita. Le credenze disfunzionali fondamentali rappresentano credenze consolidate su sé stessi, gli altri e il mondo e sono generalmente influenzate dalle esperienze precedenti dell'individuo. Queste credenze disfunzionali costituiscono un fattore di vulnerabilità per l'insorgenza di disturbi emotivi, poiché influenzano il modo in cui gli individui interpretano gli eventi. Di conseguenza, uno degli obiettivi principali della CBT per la depressione è aiutare i pazienti a notare i loro pensieri automatici negativi e a comprendere e ristrutturare le loro convinzioni disfunzionali fondamentali. I risultati di uno studio (Hall & Wittkowski, 2006) mostrano come tutte le madri lamentano la presenza di pensieri negativi post-partum con contenuto simile (ad esempio, correlati al maggiore senso di responsabilità e alla paura del fallimento); tuttavia, la frequenza e l'intensità di questi pensieri era maggiore nelle madri depresse rispetto a quelle non depresse. Inoltre, ci sono sempre più prove che non è solo il contenuto di un pensiero (ad esempio "Non voglio stare da sola con il mio bambino") a essere correlato all'aggravamento dei sintomi della depressione post-partum, ma anche la valutazione metacognitiva del contenuto del pensiero, cioè il modo in cui le donne valutano successivamente i loro pensieri negativi come indesiderati (ad esempio, "Avere cattivi pensieri sul mio bambino significa che sono cattiva") (Rodrigues, Costa, Canavarro e Fonseca, 2017). Valutare negativamente la presenza dei pensieri negativi può portare la donna ad impegnarsi in tentativi persistenti di sopprimere questi pensieri, il che paradossalmente può aumentarne la frequenza. Inoltre, la valutazione dei pensieri post-partum delle donne come indesiderati può avere un impatto negativo sulla loro visione di se stesse (ad esempio, sentirsi in colpa e percepirsi come cattive madri). Entrambi questi processi derivanti dalla valutazione metacognitiva dei pensieri delle donne (soppressione e auto-visioni negative) possono aumentare la frequenza dei pensieri negativi post-partum e aggravare i sintomi depressivi.

## 2.2 Autocritica materna come vulnerabilità alla psicopatologia perinatale

La ricerca recente si è concentrata sul ruolo dell'autocritica nello sviluppo e nel mantenimento della psicopatologia. Secondo la teoria dei sistemi di regolazione affettiva di Gilbert (2010), l'attivazione del sistema di protezione dalla minaccia avviene quando gli individui affrontano situazioni potenzialmente pericolose e attiva emozioni come ansia o rabbia che spingono quegli individui ad agire per proteggersi. Le prime esperienze negative con le prime figure di

attaccamento (in particolare quelle caratterizzate da reazioni critiche e ostili) possono iperstimolare il sistema di minaccia, portando allo sviluppo di uno stile di pensiero autocritico che di conseguenza influenza il modo di interpretare eventi potenzialmente minacciosi (Gilbert, 2009). È ormai noto dalla letteratura il ruolo dell'autocritica come fattore predittivo e di mantenimento di molti disturbi mentali. Tuttavia, esistono pochi studi in merito alla funzione dell'autocritica materna nella genesi di disturbi mentali nel periodo perinatale. L'autocritica è definita come una forma persistente e intensa di dialogo interno che implica auto-riflessione ed espressione di ostilità e disprezzo verso se stessi. Esistono due differenti tipi di autocritica, noti come "odio di sé" e "senso di inadeguatezza". La prima si concentra su una valutazione negativa di sé e sulla volontà di rimuovere aspetti indesiderati del sé. La seconda si concentra sui propri fallimenti e carenze, con la funzione di auto-correzione (Gilbert et al., 2004). Per quanto riguarda la relazione tra autocritica e psicopatologia (in particolare depressione e ansia), entrambe le forme di autocritica, ma in particolar modo l'odio di sé, sono state associate alla psicopatologia. Nel periodo perinatale, le donne sembrano essere particolarmente inclini all'autocritica (Brassel et al., 2020). Sebbene la ricerca sugli effetti dell'autocritica sui sintomi della depressione postpartum sia ancora limitata, studi esistenti hanno dimostrato che le donne depresse postpartum presentavano livelli più elevati di autocritica rispetto alle donne non depresse (Beato, 2022). Risulta che l'autocritica aumenti la frequenza dei pensieri automatici negativi e la valutazione metacognitiva di questi pensieri (Pedro et al., 2019). Quando affrontano situazioni stressanti e sfide legate alla maternità, le donne con uno stile di pensiero autocritico possono sentirsi incapaci di rispettare elevati standard auto-imposti di "maternità perfetta" il che può portare a un'ostilità interna verso se stesse e tradursi in pensieri negativi post-partum più frequenti (Pedro, 2019). Inoltre, ci sono prove che gli individui autocritici tendono a sentirsi intrappolati nei propri pensieri. Pertanto, quando si affrontano difficoltà nel ruolo materno, è possibile che le donne con uno stile di pensiero autocritico mostrino pensieri negativi post-partum più frequenti, ma anche valutazioni più negative rispetto ai propri pensieri. I risultati di uno studio condotto da Pedro (2019) su 686 donne nel periodo perinatale supportano il ruolo dell'autocritica come fattore di vulnerabilità per la depressione post-partum mostrando che livelli più elevati di autocritica sono direttamente e indirettamente associati a livelli più elevati di sintomi depressivi. Infatti, i risultati hanno mostrato che l'autocritica delle donne è correlata a un aumento della frequenza di pensieri negativi, non solo per quanto riguarda l'interpretazione degli eventi correlati alla maternità, ma anche alla valutazione metacognitiva del contenuto dei loro pensieri. L'autocritica incoraggia l'attivazione del sistema di minaccia, che influenza il modo in cui

le donne pensano e interpretano gli eventi (Gilbert, 2010). È possibile che le donne che presentano uno stile di pensiero autocritico possano percepirsi come incapaci di soddisfare elevati standard autoimposti in relazione alla maternità, il che si traduce in un modello di autovalutazioni negative e una minore competenza percepita nel ruolo materno. Di conseguenza, possono interpretare negativamente la loro esperienza di maternità rafforzando il proprio senso di inadeguatezza e una visione negativa di sé. I risultati evidenziano, inoltre, l'importanza del ruolo delle cognizioni nell'insorgenza e nel mantenimento della depressione post-partum. Livelli più elevati di autocritica delle donne sono stati associati a una maggiore frequenza di pensieri negativi correlati alla maternità, che possono portare a una valutazione più frequente da parte delle donne di questi pensieri come indesiderati e possono tradursi in livelli più elevati di sintomi depressivi. Questo suggerisce come la valutazione metacognitiva delle donne sui pensieri negativi, piuttosto che il loro contenuto, sia di primaria importanza nello spiegare i sintomi depressivi. Questo potrebbe derivare dal fatto che le madri valutano questo tipo di pensieri come intrusivi, per cui si impegnano in meccanismi di evitamento e/o soppressione; ciò può avere l'effetto paradossale di aumentarne la frequenza, determinando così sintomi depressivi più elevati. Anche la ruminazione, che è uno stile di pensiero chiave nella depressione, può esacerbare la valutazione negativa dei pensieri e di se stesse come madri (ad esempio, sentimenti di colpa e pensiero di essere una cattiva madre).

### 2.3 Salute mentale materna e benessere del bambino

Come si è visto precedentemente, esistono una serie di condizioni che possono influire sul benessere psicofisico della donna nel periodo perinatale. Tali condizioni hanno anche implicazioni sulla crescita del bambino. Alcune ricerche mostrano come i bambini le cui madri hanno ricevuto diagnosi di depressione postpartum hanno una probabilità maggiore di sviluppare disturbi del linguaggio (Aoyagi et al., 2019), difficoltà cognitive, emotive, sociali e comportamentali (Slomian, 2019). Condizioni psicopatologiche materne possono avere implicazioni anche sulla relazione madre- bambino. Il legame madre-bambino è un costrutto dinamico che si instaura già durante la gravidanza e continua e si rinforza durante la crescita. Il legame materno fa riferimento alle attenzioni e ai segnali emotivi che una madre mostra verso il proprio figlio, mentre l'attaccamento si riferisce alla vicinanza del caregiver che consente al bambino di formare un rapporto positivo con lui. In una revisione condotta da Slomian (2019) emerge un legame significativo tra depressione post- partum e maggiori difficoltà nell'accudire il bambino. Il legame madre-bambino compromesso include ritardi nelle risposte emotive delle madri verso il loro

bambino, rabbia, ostilità, indifferenza e rifiuto (Brockington et al, 2006). Questi comportamenti possono progredire in evitamento, negligenza e abuso sui minori. Anche l'autocritica può essere associata a difficoltà nella creazione del legame madre-bambino. In uno studio condotto da Beebe et al. (2007) si è scoperto che a 4 mesi, le madri con alti livelli di autocritica mostravano meno interazioni con lo sguardo e con il viso verso il proprio figlio. Le madri possono interpretare i segnali e il comportamento del bambino come un riflesso della loro auto-inadeguatezza e possono quindi interagire meno con il bambino o ridurre il loro coinvolgimento nell'accudimento. Inoltre, le madri autocritiche possono proiettare sul bambino sentimenti di risentimento dovuti alla perdita di controllo e autonomia derivanti dalla maternità. Un ulteriore studio dimostra che un alto livello di autocritica delle madri correla con una peggiore qualità di attaccamento con i loro figli all'età di 20 mesi (Gravener et al., 2012)

### **Capitolo 3**

#### **Utilizzo della Compassion Focus Therapy nel periodo perinatale**

##### **3.1 Importanza della compassione verso di sé nel periodo perinatale**

Nei capitoli precedenti si è visto come il periodo perinatale rappresenti una fase delicata nella vita di una donna. Prima con la gravidanza e poi con la nascita di un bambino, le madri devono confrontarsi con importanti sfide fisiologiche, psicologiche e sociali e, per alcune, questo periodo può comportare un notevole dolore emotivo e disagio. Dalla letteratura emerge che la psicopatologia materna nel periodo perinatale è correlata con una ridotta capacità di prendersi cura del neonato, a compromissioni dello sviluppo cognitivo, emotivo, sociale e comportamentale del bambino e a difficoltà nella creazione del legame madre-bambino. Le neomamme possono sviluppare l'idea di non essere all'altezza, senso di inadeguatezza e senso di colpa che possono innescare una pesante autocritica. Si è visto come l'autocritica rappresenti un fattore predittivo e di mantenimento di molti disturbi mentali, tra cui le psicopatologie nel periodo perinatale. Tuttavia, l'auto-rassicurazione (cioè la capacità di concentrarsi sui propri aspetti positivi e di essere compassionevoli verso se stessi) sembra funzionare come un "cuscinetto" contro l'autocritica e quindi sembra essere un fattore protettivo contro lo sviluppo di psicopatologia (Gilbert, 2010) L'autocompassione rappresenta una strategia di regolazione emotiva adattiva associata al sistema calmante di regolazione delle emozioni che si traduce in comportamenti di apertura, abilità sociali associate all'affiliazione e alle emozioni di sicurezza (Gilbert, 2005) e può essere concepita come

un "antidoto" all'autocritica (Cree, 2010) Nel contesto della maternità, studi preliminari hanno dimostrato che l'autocompassione è collegata a minori sintomi di depressione e ansia (Fonseca & Canavarro, 2018). I risultati dello studio condotto da Pedro (2019) hanno mostrato che livelli più elevati di autocritica influenzano gli stili di pensiero delle donne (ad esempio, la frequenza di pensieri automatici negativi e la loro successiva valutazione metacognitiva del loro contenuto) che a loro volta portano a più sintomi di depressione post-partum. Esistono diversi approcci terapeutici per trattare la psicopatologia perinatale. Attualmente, le linee guida sembrano raccomandare la Terapia cognitivo comportamentale (CBT) e la Psicoterapia interpersonale (IPT) (O'Brien, 2023). Sebbene risulti che la CBT sia efficace nel trattare la depressione postnatale, ci sono meno prove che l'intervento miri a qualcosa di più dei sintomi della depressione, inclusa la relazione della madre con il neonato. Come è stato già riportato, una relazione madre-bambino inadeguata può avere esiti negativi per lo sviluppo emotivo, sociale e cognitivo a lungo termine del bambino. Pertanto, gli interventi psicologici erogati alle madri dovrebbero trattare anche il legame e la relazione madre- bambino. Attualmente, in alcuni centri di salute mentale perinatale del Regno Unito vengono offerte psicoterapie che sembrano essere adeguate ad affrontare sia le difficoltà di salute mentale materna, sia a migliorare la relazione madre-bambino. Una di queste terapie è la terapia focalizzata sulla compassione di Gilbert, che è stata adattata da Cree (2010) per le difficoltà delle madri durante il periodo perinatale. Tuttavia, le ricerche in questo ambito sono limitate.

### 3.2 Perinatal Compassion Focused Therapy (P-CFT)

Bowlby (1969) ha posto l'accento sull'importanza del comportamento di attaccamento tra neonato e genitore nell'evoluzione dei mammiferi. A differenza dei rettili, infatti, che si riproducono rapidamente ma offrono poche cure alla prole, i mammiferi offrono cura e protezione. L'evoluzione del comportamento di attaccamento è stata facilitata da una serie di importanti adattamenti neurofisiologici che consentono al neonato e al genitore di interessarsi l'uno all'altro, rispondere alle reciproche comunicazioni e formare legami di attaccamento. Come già sottolineato, un ormone importante per questo è l'ossitocina. Le delicate interazioni tra la neurofisiologia dell'attaccamento, la storia personale di un genitore e il contesto sociale possono contribuire a creare condizioni in cui il legame tra bambino e genitore diventa problematico (Cree, 2010). La terapia basata sulla compassione mira a raggiungere un equilibrio tra i tre sistemi di regolazione emotiva noti come sistema di protezione dalla minaccia (Threat System) , sistema di ricerca di stimoli e risorse (Drive System) e sistema calmante di appagamento e sicurezza (Soothing system). La CFT è stata sviluppata per individui con alti livelli di autocritica, che si

teorizza abbiano un'iperattivazione del sistema di protezione dalla minaccia e un sistema calmante soppresso. Nei contesti clinici, gli individui, comprese le donne nel periodo perinatale, riportano spesso alti livelli di vergogna e autocritica. Dagli studi emerge che livelli più elevati di autocritica durante la gravidanza possano avere conseguenze negative sul legame madre-bambino. Per questo motivo, può essere importante affrontare la relazione madre-bambino negli interventi psicologici che vengono offerti alle madri (Millard, 2023). La psicologa Michelle Cree (2010) ha adattato la CFT alle madri durante il periodo perinatale per affrontare i vissuti di vergogna e autocritica che sarebbero potuti insorgere e per ridurre eventuali difficoltà del legame madre-bambino. Essendo l'ossitocina un ormone rilevante per promuovere il legame madre-bambino, Cree teorizza che un sistema calmante soppresso, che produce ossitocina, può ostacolare la relazione madre-bambino. I livelli di ossitocina aumentano significativamente verso la fine del terzo trimestre, durante il travaglio e l'allattamento al seno entro la prima ora di nascita, promuovendo l'attaccamento. Tuttavia, Gilbert (2014) ha sostenuto che la vergogna deriva dal sistema di minaccia. Di conseguenza, coloro che hanno alti livelli di autocritica e vergogna hanno un sistema di minaccia che è iperattivato, mentre gli altri due sistemi sono entrambi soppressi (Gilbert, 2014). Un sistema calmante poco attivo significa che viene prodotta meno ossitocina, potenzialmente interrompendo l'attaccamento madre-bambino (Cree, 2010). La capacità delle madri e dei neonati di formare legami di attaccamento intimi dipende quindi da una serie di condizioni che consentono al sistema di attaccamento di funzionare in modo appropriato. Sebbene per molte madri l'avvento di un nuovo bambino sia un momento di gioia, piacere e caratterizzato da sentimenti di affetto e protezione, per altre può rappresentare un periodo difficoltoso. Tra le possibili problematiche ci sono quelle legate al cambiamento ormonale, alle difficoltà del parto, alla mancanza di supporto e alla paura di essere inadeguate. In effetti, a volte sembrerebbe che il sistema di minaccia diventi iperattivo, sopprimendo il sistema di ossitocina che calma e crea affetto, causando così interruzioni nella costruzione del legame con il bambino. Le interruzioni nel legame possono variare da una completa assenza di sentimenti affettuosi o premurosi verso il neonato, fino al punto che la madre percepisce il neonato come non suo, a sentimenti predominanti di irritazione, rabbia o disgusto verso il neonato. Nel primo caso, la madre non prova alcun impulso a creare un legame e mostra indifferenza verso il bambino. Nel secondo caso, la madre può essere respinta dal neonato, suggerendo che lei o il neonato siano percepiti come una minaccia per l'altro. Il modello Compassion Focused suggerirebbe che in entrambi i casi, se il sistema calmante può essere stimolato, questo a sua volta stimolerà la produzione di ossitocina; nel primo caso riportando in

linea il sistema di attaccamento e, nel secondo caso, attivando il sistema calmante in modo sufficiente da inibire il sistema di minaccia (Cree, 2010). Un neonato spaventato ricercherà una figura di attaccamento che lo protegga e lo calmi e sperimenterà una risposta fisiologica di calma e quiete una volta tenuto in braccio e confortato. Questo meccanismo, se ripetuto, porterà alla formazione di convinzioni come "Se mi rivolgo agli altri, mi conforteranno". Tuttavia, quando la ricerca di conforto viene ripetutamente accolta con rabbia, ansia, disgusto o indifferenza, allora i sentimenti e i desideri di ricerca di vicinanza e conforto diventano associati a esperienze interiori di rabbia e rifiuto e alla convinzione "gli altri mi feriranno o mi abbandoneranno". Questi ricordi emozionali e convinzioni possono causare confusione e angoscia nell'età adulta. Il bisogno di conforto e aiuto, o l'offerta di vicinanza e gentilezza da parte di altri può attivare ricordi emozionali che a loro volta possono innescare una risposta di minaccia. Le stesse emozioni possono essere suscitate anche durante le relazioni di cura. Quando una donna partorisce, il sistema calmante viene stimolato, facilitando la costruzione del legame e possono essere attivati quei ricordi emozionali associati al proprio sistema di attaccamento. La presenza del bambino può quindi evocare quei sentimenti correlati a passate esperienze di attaccamento. La madre può sentirsi, di conseguenza, appagata o sentirsi sopraffatta, spaventata, arrabbiata, indifesa e sola. Questo processo può spiegare una risposta di panico e impotenza di alcune madri alla sofferenza di un bambino che piange, piuttosto che una spinta a calmare. Nell'articolo "Compassion Focused Therapy with Perinatal and Mother-Infant Distress" (2010) Michelle Cree spiega come la CFT nel periodo perinatale agisca su due fronti: innanzitutto, la madre viene aiutata ad aumentare la propria autocompassione, rafforzando così il suo sistema calmante di regolazione emotiva basato sul sistema ossitonerigico. La stimolazione dell'ossitocina di per sé probabilmente aumenta la sua capacità di sentirsi più connessa con gli altri, incluso il proprio neonato. In secondo luogo, viene aiutata a portare specificamente compassione nella sua relazione con il suo neonato.

### 3.2.1 Promuovere l'autocompassione nelle madri

Secondo il modello della Compassion Focus Therapy, è fondamentale acquisire consapevolezza sulla minaccia che attiva il proprio Threat System. Esistono minacce specificamente innescate dalla gravidanza e dalla nuova maternità, riportate nella Figura 2

<p><b>Minaccia esterna</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancanza di supporto da parte del partner/famiglia.</li> <li>• Esperienza traumatica del parto.</li> <li>• Paura per la neonato.</li> <li>• Violenza domestica.</li> </ul>
<p><b>Quando il neonato è percepito come una minaccia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione di ricordi traumatici del parto.</li> <li>• Il disagio del neonato evoca ricordi della propria sofferenza.</li> <li>• Il disagio del neonato è percepito come manifestazione dell'incompetenza della madre.</li> <li>• Il neonato è percepito come incarnazione del "lato oscuro" angosciato e bisognoso della madre.</li> <li>• Il neonato è considerato troppo prezioso da amare, ma le cose belle vengono sempre portate via.</li> <li>• Percepire la crescente indipendenza del neonato come rifiuto.</li> <li>• Feto/neonato come "parassita".</li> </ul>
<p><b>Minaccia interna</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Senso di vulnerabilità fisica durante la gravidanza.</li> <li>• Cambiamenti biologici: aumento della stanchezza, cambiamenti ormonali.</li> <li>• Cambiamento della forma del corpo.</li> </ul>
<p><b>Quando la madre percepisce se stessa come una minaccia per il bambino</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paura di contaminare con la propria "cattiveria".</li> <li>• La paura porterà il bambino a essere come lei.</li> <li>• Si percepisce come "incapace"; ad esempio, incapace di identificare accuratamente i bisogni del bambino.</li> <li>• Paura di danneggiare il bambino.</li> <li>• Troppo debole o impotente per proteggere il bambino da danni esterni.</li> </ul>

Figura 2. Esempi di minacce espresse dalle donne nel periodo perinatale (Cree, 2010)

Incrementare la consapevolezza sulle possibili minacce può aiutare ad avviare il processo di validazione e di de-sensibilizzazione alla vergogna, in particolare attraverso l'aspetto di condivisione ("quindi anche altri devono essersi sentiti così"). La CFT considera la validazione e l'accettazione delle proprie difficoltà come precursori della terapia. I vissuti delle madri che si prendono cura di un neonato possono oscillare da momenti di gioia e amore travolgente a sentimenti di noia, frustrazione, rabbia, furia e impotenza. Le madri possono trovare queste ultime emozioni sconcertanti quando si aspettano di provare solo amore incondizionato per il loro neonato. La validazione dei sentimenti di una madre le consente di assumere una posizione più aperta e meno difensiva. Esempi di validazione potrebbero includere: queste sono esperienze normali; la genitorialità spesso porta le persone agli estremi delle loro emozioni; la genitorialità è particolarmente dura per alcune donne poiché avere un neonato fa riemergere ricordi delle proprie esperienze precoci, questo "non è colpa tua".

Gilbert ha identificato sei attributi necessari per sviluppare la compassione (Gilbert, 2009): (1) la motivazione a orientarsi verso la cura di sé o di un altro, (2) la sensibilità verso i nostri sentimenti e bisogni, (3) la simpatia, (4) la tolleranza alla sofferenza, (5) l'empatia e (6) l'accettazione non giudicante. Il comportamento compassionevole spesso richiede coraggio, come cercare di tenere in braccio il bambino quando questo sembra non volerlo, portare il bambino al parco quando si ha paura di uscire di casa o cercare aiuto dagli altri quando si ha paura di essere rifiutati. L'aspetto della tolleranza alla sofferenza emerge frequentemente nel lavoro perinatale, in particolare quando le proprie strategie abituali di tolleranza alla sofferenza sono compromesse proprio dalla presenza del bambino (ad esempio, leggere un libro, andare a correre, pulire, ecc.). Per essere in grado di contenere la sofferenza del bambino, una madre ha bisogno di ripristinare le proprie competenze per contenere la propria sofferenza (Cree, 2010). Esistono alcune tecniche che possono essere apprese e utilizzate quando si è in difficoltà (vedere Figura 3) e che possono dare accesso a "micro" momenti di calma durante il giorno.

- Notare consapevolmente la sofferenza e immaginare di "tenerla" con calore e tenerezza.
- Da una posizione di curiosità leggermente distaccata, notare dove nasce la sofferenza nel corpo e dove si trova nel corpo.
- Immaginare di stare accanto al proprio corpo e relazionarsi alla sofferenza che si può vedere con gentilezza e calore.
- Ricordare che queste sensazioni passano sempre e che in un'ora, un giorno, una settimana, ti sentirai diverso.
- Utilizzare tecniche di esposizione in cui ci si occupa delicatamente del proprio disagio notandolo, lasciandolo nascere, quindi concentrandosi sulla compassione per quel disagio, ad esempio, utilizzando lettere compassionevoli, immagini compassionevoli, comportamenti compassionevoli, prima di impegnarsi nelle proprie tecniche abituali per far fronte alla situazione, come distrarsi, mangiare, pulire, ecc.
- Imparare a essere "nel momento" piuttosto che rimuginare sul passato o sul futuro, ad esempio, portando l'attenzione sulla sensazione dell'acqua calda sulle mani, utilizzando tutti i sensi.

Figura 3: Tecniche di tolleranza allo stress (Cree, 2010)

### 3.2.2. Uso della CFT per le difficoltà nel rapporto madre-bambino

Cree (2010) sottolinea come uno dei ruoli cruciali della maternità sia quello di facilitare lo sviluppo di un attaccamento sicuro nel neonato; ciò dipende dalle interazioni reciproche tra il neonato e la madre. Le caratteristiche richieste dalla madre per facilitare un attaccamento sicuro sono complesse e includono: sensibilità alle comunicazioni del neonato, la capacità di comprendere che il bambino ha una mente separata dalla propria, (capacità definita come *Mente Materna*), regolazione emotiva del neonato. Anche relazionarsi al neonato con calore e accettazione non giudicante è collegato alla sicurezza dell'attaccamento. È interessante notare che queste caratteristiche materne potrebbero essere considerate come mappate sugli attributi di compassione di Gilbert (Figura 4) e rafforzare l'inestricabile legame tra attaccamento precoce e

capacità di provare compassione verso se stessi e gli altri in età adulta.

<b>Attributi della compassione di Gilbert</b>	<b>Attributi materni per un attaccamento sicuro</b>
Motivazione a prendersi cura di sé	Motivazione a prendersi cura del neonato
Sensibilità	Sensibilità materna
Simpatia	Sintonizzazione
Tolleranza alla sofferenza	Regolazione emotiva
Empatia	Mente materna
Accettazione non giudicante	Accettazione non giudicante del neonato
Calore verso se stessi	Calore verso il neonato

Figura 4: Confronto tra gli attributi di compassione di Gilbert e gli attributi materni per un attaccamento sicuro del neonato.

Per stimolare nelle madri la motivazione a prendersi cura del bambino è opportuno un ri-orientamento dalla posizione di considerare una relazione con il neonato come una minaccia in cui la motivazione è quella di proteggere se stessi o il neonato dall'altro, a una in cui la motivazione è prendersi cura del benessere del bambino. Uno dei metodi per cercare di ri-orientare la motivazione è sviluppare sentimenti di calore e compassione verso il neonato; esistono specifiche tecniche con questo scopo che includono: 1) immagini compassionevoli, 2) scrittura di lettere compassionevoli e 3) attenzione compassionevole.

1) *Immagini compassionevoli.* Esempi di immagini compassionevoli sono elencati nella Figura 5. Ciò che è importante in questi esercizi è l'intenzione. Inizialmente potrebbero non suscitare alcuna emozione, ma concentrarsi sull'intenzione di generare questi sentimenti crea il contesto in cui possono verificarsi

- Immaginare calore e amore che provengono da noi stessi e sono diretti al neonato. Usare i sensi per immaginare una luce morbida e calda, e immaginare come il neonato potrebbe sperimentarla, ad esempio, esserne riempito, esserne avvolto.
- Immaginare calore e amore per un'altra persona e poi dirigerli verso il neonato.
- Immaginare calore e amore da parte di un altro e diretti a noi stessi, poi dirigerli verso il neonato.
- Immaginare noi stessi come persone compassionevoli con qualità di calore, gentilezza, forza di carattere, saggezza, maturità e accettazione senza pregiudizi. Immaginare di incontrare il neonato e di relazionarsi con lui con tutte queste caratteristiche.

Figura 5: Esempi di immagini compassionevoli rivolte al neonato.

2) *Scrittura di lettere compassionevoli.* La scrittura di lettere compassionevoli comporta la scrittura di una lettera al neonato in cui la madre esprime tristezza per la mancanza di sentimenti verso il bambino, e che questo non è colpa di nessuno dei due, ma è la conseguenza di molti fattori. Può esprimere i propri vissuti, come si sente e i passaggi del comportamento compassionevole che

desidera intraprendere per aiutare entrambi. La lettera dovrebbe essere scritta con calore verso se stessa e il suo bambino, ed essere validante e priva di giudizi. La lettera può essere letta al proprio bambino; ciò dovrebbe avvenire con un tono di calore e gentilezza. È utile considerare che questo tipo di lettere sono difficili da scrivere e potrebbero richiedere diversi tentativi.

3) *Attenzione compassionevole.* L'attenzione compassionevole si concentra sul notare i sentimenti che sorgono verso il bambino senza giudizio. Consente di notare piccole scintille di calore che possono verificarsi a cui generalmente non si presta attenzione poiché l'attenzione è invece rivolta a sentimenti di antipatia o irritazione.

L'interazione madre-bambino non solo regola lo stato fisiologico del bambino, ma anche quello della madre. Quando si sente minacciato, il bambino segnala il bisogno di essere messo al sicuro attraverso il pianto e il movimento. Quando la madre prende in braccio il bambino e lo calma, il bambino risponde al calore, all'odore, alla stimolazione tattile, al sostegno corporeo e al movimento, all'espressione facciale e al tono della voce della madre. Gli stimoli fisiologici derivanti dal tenere in braccio e calmare il bambino innescano quindi anche il sistema calmante della madre, inducendo una sensazione di tranquillità e rafforzando il suo legame con il bambino (Cree, 2010). Inoltre, viene stimolato anche il sistema dopaminergico (o di ricompensa) incoraggiandola a ripetere il comportamento. Nei casi in cui il neonato o la madre rappresentino una minaccia per l'altro, il contatto fisico potrebbe essere particolarmente problematico; infatti, nel tempo la madre può sviluppare una serie di strategie di sicurezza per evitare di entrare in contatto con il bambino.

I passaggi per tentare di aumentare la vicinanza potrebbero includere:

1. Iniziare con l'uso di immagini compassionevoli senza il neonato presente (come quelle elencate in Fig. 5).
2. Attenzione consapevole: consente di rifocalizzare l'attenzione sul neonato e di notare le reazioni senza giudizio e senza la necessità di contatto fisico.
3. Quando la madre inizia a tollerare questo, potrebbe essere in grado di impegnarsi in un comportamento a distanza che è ispirato da calore e compassione, ad esempio, sorridere al neonato quando dorme o guardarlo mangiare o giocare da lontano.
4. Gradualmente, la madre potrebbe decidere di toccare il neonato, immaginando calore e gentilezza provenienti dalla punta delle sue dita.

5. Potrebbe provare a tenere in braccio il neonato mentre dorme, immaginando calore e compassione che avvolgono lei e il suo neonato.

6. Alla fine potrebbe raggiungere un punto in cui può tenere in braccio il neonato quando è in difficoltà mentre è ancora impegnata nell'intenzione di provare calore e compassione verso se stessa e il neonato. Questo passaggio potrebbe risultare difficile e richiede compassione da parte della madre, nei momenti in cui è in difficoltà, delusa e frustrata con se stessa.

### 3.2.3 Favorire la sintonizzazione madre-bambino e sviluppo della "Mente Materna"

La relazione di attaccamento tra madre e neonato è molto più complessa del semplice contatto fisico e della protezione; aiuta anche il neonato a dare un senso alla reciproca relazione con il mondo, plasmando così il senso di sé in relazione agli altri e consentendogli di sviluppare strategie per predire il futuro. Ciò richiede che la madre sia "sintonizzata" sui segnali dati dal neonato e che risponda a questi in modo positivo e contingente (Crittenden, 1995). Queste interazioni coinvolgono l'espressione facciale, il tono della voce, il tatto e i movimenti del corpo, plasmano il cervello del neonato per prepararlo a rispondere in modo ottimale all'ambiente in cui vive. Una funzione fondamentale è la regolazione emotiva, mediante la quale la madre nota i primi segnali di disagio e aiuta il bambino a raggiungere uno stato ottimale, ad esempio aumentando o riducendo la stimolazione. Queste strategie vengono interiorizzate dal bambino per essere utilizzate per tutta la vita per regolare le emozioni. Tuttavia, una madre può avere difficoltà a essere responsiva alla comunicazione del suo bambino. Crittenden (1995) suggerisce che ci sono due modi principali in cui le madri possono rispondere in modo non funzionale a un bambino, definendoli "non responsivo" e "controllante". La relazione non responsiva si verifica quando il genitore è imprevedibile, in quanti non ci sono strategie cognitive affidabili con cui prevedere il comportamento, per cui il bambino impara a fare affidamento sul suo sistema di protezione dalla minaccia per ottenere informazioni su cosa potrebbe accadere dopo. Crittenden suggerisce che questi bambini arrivano a utilizzare strategie guidate dalle emozioni, inibendo l'aspetto cognitivo. È quindi probabile che rispondano al loro stato fisiologico interno senza una chiara idea di causa o effetto. Una madre è definita "Controllante" quando plasma il comportamento o l'emotività del suo bambino in base alla propria mente piuttosto che a quella del bambino, fornendo chiare strategie cognitive ma sopprimendo l'affettività e il comportamento del bambino. È probabile che il bambino "protesti" sia vocalmente che a livello comportamentale. Quando la protesta viene soppressa dalla madre, i bambini già dai 6 mesi sono in grado di inibire il comportamento, la vocalizzazione e

l'affetto come strategie autoprotettive (Crittenden, 1995). Queste strategie portano a una perdita del senso di sé poiché il vero affetto o la cognizione del bambino vengono trasformati per proteggersi da danni, intrusioni o abbandono. Dunque, la teoria di fondo di Crittenden (1995) sostiene che la qualità dell'interazione madre- bambino si ripercuota sulle strategie degli adulti per relazionarsi con il mondo. Durante il processo di CFT, una madre può imparare la capacità di prestare attenzione ed essere sensibile ai propri sentimenti e bisogni; questi possono essere verbalizzati e quindi resi espliciti. Questa capacità può essere utilizzata per sintonizzarsi con lo stato fisiologico del neonato. La mente materna è definita come è la capacità di una madre di trattare il proprio figlio, non importa quanto piccolo, come un individuo con una mente, sentimenti, pensieri e convinzioni separati dai propri (Cree, 2010). La ricerca sta iniziando a suggerire che la mente materna potrebbe essere il moderatore chiave per un attaccamento sicuro. Elizabeth Meins e colleghi hanno scoperto che la genitorialità basata sul concetto di mente materna a 6 mesi era correlata a un attaccamento più sicuro a 12 mesi. In effetti, la genitorialità basata sulla mente materna era un predittore migliore dell'attaccamento sicuro rispetto a qualsiasi altra variabile, inclusa la "genitorialità reattiva e sensibile" (Meins et al., 2001). Una componente fondamentale della Compassion Focus Therapy nel periodo perinatale è, quindi, lo sviluppo di queste capacità come abilità esplicite che vengono deliberatamente descritte e praticate. Ciò rende queste abilità disponibili alla madre in modo che possa applicarle in modo consapevole quando interagisce con il suo bambino.

### *3.3 Efficacia della P-CFT*

La terapia incentrata sulla compassione perinatale (P-CFT) risulta essere un intervento di gruppo diffuso, soprattutto in Inghilterra. Dalla review di Millard (2023) emerge, tuttavia, la scarsità di studi che esplorano l'efficacia della CFT o della P-CFT nelle donne nel periodo perinatale. La review si è concentrata sull'individuazione di ricerche che offrivano il modello di CFT di Gilbert o l'adattamento P-CFT di Cree alle donne nel periodo perinatale, indipendentemente dal fatto che siano tratti da campioni clinici o non clinici, e sull'esame dei benefici di questo tipo di intervento in termini di riduzione della sintomatologia e/o miglioramenti nella creazione del madre-bambino. La review riporta uno studio pilota condotto da Kelman (2018) che ha confrontato due brevi interventi online di CBT con training di abilità compassionevoli in 123 donne che erano attualmente in gravidanza, lo erano state di recente o intendevano rimanere incinta. I risultati hanno rivelato che entrambi gli interventi erano simili nello sviluppo di qualità compassionevoli; tuttavia, l'intervento basato sulla CFT ha mostrato riduzioni maggiori e significative dei sintomi di

ansia e depressione rispetto alla CBT. Adattando il modello di CFT di Gilbert, Mitchell et al. (2018) hanno fornito un intervento online autoguidato a un campione non clinico di 262 madri che si trovavano entro un periodo di 24 mesi dopo il parto. Il breve intervento di autocompassione consisteva in due video online, che presentavano: 1) psicoeducazione sull'autocompassione nel contesto della maternità e 2) un esercizio di visualizzazione CFT. Dai risultati emerge un piccolo aumento significativo dell'autocompassione da parte delle madri. Nonostante i risultati di questi pochi studi sembrino essere incoraggianti, attualmente la ricerca è limitata per stabilire se la CFT o la P-CFT migliorino il benessere materno. La Review evidenzia che il modello di Gilbert nella popolazione perinatale è stata finora applicabile solo alle madri in popolazioni non cliniche. Inoltre, poiché gli interventi riportati sopra sono principalmente brevi interventi online autoguidati rispetto alla terapia di 12 settimane raccomandata da Cree, attualmente non ci sono dati sufficienti per stabilire se la P-CFT sia effettivamente efficace per le donne che ricevono questo intervento (Millard, 2023).

## **Conclusioni**

Spesso le aspettative sociali riguardanti la maternità possono suggerire alle madri l'idea che non stiano facendo un buon lavoro e possono causare sentimenti di inadeguatezza, vergogna e autocritica. La vergogna e l'autocritica sono vissuti comuni in diversi quadri psicopatologici, compresi quelli che possono insorgere durante il periodo perinatale, come la depressione post-partum. Dalla letteratura emerge l'importanza di occuparsi della salute mentale materna, poiché, oltre a compromettere il benessere delle madri, può influenzare il legame d'attaccamento e lo sviluppo emotivo e cognitivo a lungo termine del bambino. La Perinatal Compassion Focused Therapy (P-CFT), ideata dalla psicologa Michelle Cree (2010), rivolge l'attenzione all'autocompassione delle madri e alle eventuali difficoltà nella creazione del legame madre-bambino. La P-CFT si basa sul modello dei tre sistemi regolatori emotivi primari di Gilbert (2010). Il primo è il *Sistema di protezione dalla minaccia*, che innesca risposte di lotta o fuga ed è spesso associato a sentimenti come ansia, rabbia o disgusto. Il *Sistema di ricerca di stimoli e risorse* è associato a sentimenti di eccitazione. Infine, c'è il *Sistema calmante*, basato sull'attivazione dell'ossitocina che crea sentimenti di calma, sicurezza e appagamento. Le donne con sintomi depressivi post-partum sembrano avere prevalentemente il sistema di protezione dalla minaccia attivato, che ha la precedenza sul sistema calmante a cui è collegata l'autocompassione e che risulta inibito (Cree, 2010). Da un punto di vista teorico, la CFT sembra adattarsi molto bene

al periodo perinatale, soprattutto nella fase del post-parto in cui è frequente che le neomadri sperimentino vissuti di autocritica, alimentati da una serie di falsi miti. Dalla letteratura risultano effettivamente, però, pochi studi riguardanti l'applicazione e l'efficacia di questo approccio al periodo perinatale. Tuttavia, quello che appare evidente è la necessità di supportare le donne in questa delicata fase della vita intrisa di cambiamenti. In primo luogo, è importante aiutare le donne a normalizzare e accettare senza giudizio la presenza di pensieri negativi post-partum e a cambiare il loro rapporto con tali pensieri; in secondo luogo, sarebbe opportuno che le donne ricevano formazione sullo sviluppo di qualità compassionevoli verso loro stesse. Gli attributi di autocompassione possono aiutare le donne a vivere il periodo post-partum in modo meno autocritico e adattivo, aiutandole a essere più flessibili e realistiche nel giudizio dei loro pensieri negativi (Cree, 2010) e a considerare questi ultimi come parte normale dell'esperienza di maternità.

### *Bibliografia*

Abbott DH, Keverne EB, Bercovitch FB, Shively CA, Mendoza SP, Saltzman W, Snowdon CT, Ziegler TE, Banjevic M, Garland T Jr, Sapolsky RM (2003). Are subordinates always stressed? A comparative analysis of rank differences in cortisol levels among primates. *Horm Behav.*:67-82.

American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. DSM-5. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Aoyagi, S. S., Takei, N., Nishimura, T., Nomura, Y., & Tsuchiya, K. J. (2019). Association of late-onset postpartum depression of mothers with expressive language development during infancy and early childhood: The HBC study. *PeerJ*, 7, e6566.y

Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, & Vohs KD (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370.

Beato A.F , Albuquerque S. , Kömürçü. , Costa L. , Salvador Á. (2022) Do Maternal Self-Criticism and Symptoms of Postpartum Depression and Anxiety Mediate the Effect of History of Depression and Anxiety Symptoms on Mother-Infant Bonding? Parallel–Serial Mediation Models. *Frontiers in Psychology*

Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Blatt, S., et al. (2007). Six-week postpartum maternal self-criticism and dependency and 4-month mother-infant self-and interactive contingencies. *Dev. Psychol.* 43, 1360–1376.

Bowlby, J. (1969). *Attachment: Attachment and loss*, vol. 1. London: Hogarth Press

Brassel, A., Townsend, M. L., Pickard, J. A., and Grenyer, B. F. (2020). Maternal perinatal mental health: associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months' postpartum. *Infant Ment. Health J.* 41, 69–81.

Brazeau N, Reisz S, Jacobvitz D, George C. Understanding the connection between attachment trauma and maternal self-efficacy in depressed mothers. *Infant Ment Health J.* 2018;39(1):30–43. 6. Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health.* 253-63

Chen X, Yang R, Kuang D, Zhang L, Lv R, Huang X, Wu F, Lao G, Ou S. (2017). Heart rate variability in patients with major depression disorder during a clinical autonomic test. *Psychiatry Res.* 2017 Oct;256:207-211.

Cree M. Compassion focused therapy with perinatal and mother-infant distress. *Int J Cogn Ther.*

(2010) 3:159–71.

Crittenden, P.M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's attachment theory: Historical, clinical, and social significance* (pp. 367-406). New York: Analytic

Davies W. (2017) Understanding the pathophysiology of postpartum psychosis: Challenges and new approaches. *World J Psychiatry.* 7(2):77-88.

Depue RA & Morrone-Strupinsky JV (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences* 28, 313-395

Ehret AM, Joormann J, Berking M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cogn Emot.* 2015;29(8):1496-504.

Falconer CJ, Slater M, Rovira A, King JA, Gilbert P, Antley A, Brewin CR. (2014) Embodying compassion: a virtual reality paradigm for overcoming excessive self-criticism. *PLoS One.* ; Fonseca A, Canavarró MC. Exploring the paths between dysfunctional attitudes towards motherhood and postpartum depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *Clin Psychol Psychother.* 2018 Jan;25(1):e96-e106.

Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19(3), 313–332.

Gilbert P (2000). *Overcoming Depression: A Self-Guide Using Cognitive Behavioural Techniques*, rev. edn. Robinsons, London, and Oxford University Press, New York.

Gilbert P (2009). *The Compassionate Mind*. Constable & Robinson, London e New Harbinger.

Oaklands, CA.

Gilbert P (2010). *Compassion Focused Therapy. Distinctive Features*. Routledge, London. Tr. it. a cura di Petrocchi N. *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distinte*. Franco Angeli, Milano 2012

Gilbert P (ed) (2005) *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Routledge.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*.

Gilbert, P., & Proctor, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.

Gonidakis, F., Rabavilas, A.D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G.N. (2007). Maternity blues in Athens. Greece: a study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 99, 107-115.

Gravener, J. A., Rogosch, F. A., Oshri, A., Narayan, A. J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2012). The relations among maternal depressive disorder, maternal expressed emotion, and toddler behavior problems and attachment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 803–813.

Hall, P. L., & Wittkowski, A. (2006). An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51, 321–330.

Hildebrandt, L.K., McCall, C. & Singer, T. (2017). Differential Effects of Attention-, Compassion-, and Socio-Cognitively Based Mental Practices on Self-Reports of Mindfulness and Compassion. *Mindfulness* 8, 1488–1512

Iyengar U, Kim S, Martinez S, Fonagy P, Strathearn L. Unresolved trauma in mothers: intergenerational effects and the role of reorganization. *Front Psychol.* 2014;1(5):966.

Javadifar N, Majlesi F, Nikbakht A, Nedjat S, Montazeri A. Journey to motherhood in the first year after child birth. *J Family Reprod Health.* 2016;10(3):146.

Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420–429.

Kelly AC, Wisniewski L, Martin-Wagar C, Hoffman E. (2017) Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clin Psychol Psychother.* Mar;24(2):475-487.

Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Leybman, M. J., & Gilbert, P. (2012). Social safeness, received social support, and maladjustment: Testing a tripartite model of affect regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 815–826.

Kelman A, Evare B, Barrera A, Muñoz R, Gilbert P. (2018) A proof-of-concept pilot randomized comparative trial of brief Internet-based compassionate mind training and cognitive-behavioral therapy for perinatal and intending to become pregnant women. *Clin Psychol Psychothe.*

Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother.* 2013 Dec;86(4):387-400.

Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637-648

Mikulincer M., Shaver P.R. (2015). The psychological effects of the contextual activation of security-enhancing mental representations in adulthood. *Current Opinion in Psychology*

Millard A., Wittkowski A. (2023) Compassion focused therapy for women in the perinatal period: a summary of the current literature *Front. Psychiatry*, 19 December 2023 Sec. Perinatal Psychiatry Mitchell A, Whittingham K, Steindl S, Kirby J. (2018) Feasibility and acceptability of a brief online self-compassion intervention for mothers of infants. *Arch Womens Ment Health.*

Moschetti A., Tortorella M.L. (2007) Ossitocina e attaccamento. *Quaderni acp* 2007; 14(6): 254-260 O'Brien J, Gregg L, Wittkowski A. (2023) A systematic review of clinical psychological guidance for perinatal mental health. *BMC Psychiatry.*

O'Hara M.W., Zekpski, E.M., Philipps, L.H. & Wright, E.J. (1990). Controlled prospective study of post partum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.

Panksepp J (1998). *Affective Neuroscience*. Oxford University Press, New York.

Pedro, L., Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2019). Self-criticism, negative automatic thoughts and postpartum depressive symptoms: The buffering effect of self-compassion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(5), 539–553.

Petrocchi N. Couyoumdjian A. (2012). "The use of compassion focused therapy techniques to promote the process of acceptance in psychotherapy/L'impiego delle tecniche della terapia focalizzata sulla compassione per promuovere il processo di accettazione in psicoterapia." *Cognitivismo Clinico.*

Rodrigues, S., Costa, A. C., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2017). Adaptação da Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto para a população Portuguesa: Estudos

psicométricos [The Portuguese version of the Postpartum Negative Thoughts Scale: Psychometric studies]. *Análise Psicológica*, 35, 395–407

Rosan C, Grimas E. (2016) The power of couple-focused approaches in the perinatal period. *J Fam Health*.

Ross LE, McLean LM (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry* 67, 8, 1285-1298.

Rueger SY, Malecki CK, Pyun Y, Aycock C, Coyle S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychol Bull.* 2016 Oct;142(10):1017-1067.

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15.

Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., et al. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clin. Psychol. Rev.* 47, 15–27.

Sitografia

<https://www.iss.it/salute-mentale-perinatale>

World Health Organisation. Maternal Mental Health. [Internet]. 2020. [https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/).

**Giada Tanaceto, psicoterapeuta cognitivo comportamentale, Assisi (PG)**

**Training di Romano, Mantione e Rossi**

**e-mail: [giadatanaceto@hotmail.it](mailto:giadatanaceto@hotmail.it)**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*

[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto: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](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)