

NOVE MESI PER DIVENIRE GENITORI PSICOLOGIA CLINICA PERINATALE: SCREENING DEI FATTORI DI RISCHIO E TRATTAMENTO PRECOCE DELLA DEPRESSIONE PERINATALE

D. Didiano

Premessa

La gravidanza rappresenta per la donna una fase di sviluppo fondamentale che comporta profondi cambiamenti fisici e psicologici. In questi mesi si attivano complessi processi psichici necessari alla preparazione dell'arrivo del bambino e all'acquisizione dell'identità come genitore. Le future madri sono più sollecitate nel confrontarsi con molti aspetti delle loro relazioni precoci; questi ricordi permettono di immaginarsi nel futuro ruolo genitoriale. A volte i ricordi possono essere stati di difficile elaborazione, da creare uno sconvolgimento emotivo e far affiorare sintomi depressivi. È importante sottolineare come il vissuto di maternità influenzi le relazioni precoci con il piccolo nascituro e il suo sviluppo. Nella diade madre depressa-bambino, le donne sono meno coerenti nelle risposte e più distaccate, tanto da poter strutturare un disturbo dell'attaccamento.

Come i primi 9 mesi formano il resto della tua vita

Gli obiettivi di questo articolo sono molteplici, tra cui riflettere sulla perinatalità come un periodo importante

per "divenire" genitori, sensibilizzare i professionisti, individuare precocemente i fattori di rischio, prevenire lo sviluppo della depressione perinatale mediante la compilazione da parte delle donne dell'"Edinbourg Postnatal Depression Scale" ed eventualmente indirizzare le future madri verso un intervento specifico basato su colloqui di sostegno alla genitorialità. Questo permette ai futuri genitori di consolidarsi sia come individui che come coppia genitoriale, affinché il bambino possa sviluppare una "base sicura". Partendo dalla definizione secondo l'OMS e dalla prevalenza del disturbo, mi addenterò nello specifico in alcune definizioni, per poi discutere della depressione perinatale e dell'importante e fondamentale tema dell'acquisizione dell'identità come genitore, terminando con la descrizione dell'intervento precoce.

Introduzione al tema

Il termine depressione perinatale è stato coniato da Gaynes per definire "tutti gli episodi di depressione minore e maggiore che hanno avuto luogo durante la gravidanza e/o nel corso dei 12 mesi successivi alla nascita del bambino".

La maggior parte delle organizzazioni della salute internazionali (OMS) e i governi di molti Paesi (Francia, Stati Uniti d'America, Australia, ecc...) hanno adottato un programma per il trattamento della depressione perinatale e/o hanno emesso delle raccomandazioni concernenti questo tema.

Nel 2003, l'OMS ha lanciato il programma nominato "Making pregnancy safer", con lo scopo di ridurre i rischi delle complicazioni durante la gravidanza e alla nascita.

Tre raccomandazioni sono state considerate prioritarie per l'OMS:

- 1) La precoce identificazione di disturbi psichiatrici e psicologici durante la gravidanza e nel periodo postnatale, attraverso

l'ausilio di questionari autosomministrati, quali il questionario "Edinbourg Postnatal Depression Scale" (EPDS) sviluppata da Cox e collaboratori al fine di proporre interventi appropriati.

- 2) L'incremento delle competenze delle figure professionali coinvolte nel condurre un colloquio di screening e identificazione di un idoneo percorso di trattamento dello stress psicologico della donna prima e dopo la nascita.
- 3) Lo sviluppo di servizi della salute che propongano una presa a carico costruita sui bisogni della donna vulnerabile durante il periodo perinatale.

Ma di quante donne parliamo?

Si stima che una donna su 7, durante la gravidanza e nel periodo postpartum, possa soffrire di una depressione perinatale.

Secondo l'OMS la depressione è la malattia più invalidante per le donne in età fertile. Per la Svizzera questo dato corrisponderebbe a un'incidenza annuale nel 2017 di quasi 12'500 casi (su 87'500 gravidanze nello stesso anno) e quasi 400 casi in Ticino dove le gravidanze sono state poco meno di 2'800. Nonostante questi dati preoccupanti il numero di casi diagnosticati di depressione perinatale risulta meno del 50%, mentre quello di depressione perinatale trattata è di circa il 18%.

Tutti questi dati confermano che la gravidanza è un periodo di vulnerabilità psicologica importante e sottolineano il bisogno di porre particolare attenzione allo stato emotivo dei futuri genitori al fine di prevenire lo sviluppo di disturbi più gravi e proporre una presa a carico adeguata.

Alcune informazioni e definizioni

Il 50% degli episodi depressivi maggiori nel "postpartum" inizia prima

del parto. Pertanto, questi episodi sono definiti collettivamente come episodi peripartum. Le donne con episodi depressivi maggiori peripartum, spesso presentano anche grave ansia e attacchi di panico. Studi prospettici hanno dimostrato che i sintomi riconducibili a disturbi dell'umore e d'ansia durante la gravidanza, così come il "baby blues", aumentano il rischio di un episodio depressivo maggiore postpartum.

L'esordio nel peripartum degli episodi di disturbo dell'umore può presentarsi anche con caratteristiche psicotiche.

L'infanticidio è più spesso associato agli episodi psicotici postpartum caratterizzati da allucinazioni, pensieri deliranti che ordinano di uccidere il neonato oppure da deliri di possessione demoniaca del neonato, ma l'infanticidio può verificarsi anche durante gravi episodi di alterazione dell'umore postpartum privi di deliri o allucinazioni.

Gli episodi di alterazione dell'umore (depressivo maggiore o maniacale) postpartum con caratteristiche psicotiche sembrano verificarsi in 1 su 500-1000 parti e possono essere più comuni nelle donne primipare. Il rischio di episodi postpartum con caratteristiche psicotiche risulta particolarmente aumentato per donne con precedenti episodi di alterazione dell'umore postpartum, ma è elevato anche per le donne con una precedente storia di un disturbo depressivo o bipolare (soprattutto di disturbo bipolare I) e quelle con una storia familiare di disturbi bipolari.

Una volta avvenuto un episodio postpartum con caratteristiche psicotiche, il rischio di ricaduta per ogni successivo parto è stimato tra il 30% e il 50%. Gli episodi postpartum devono essere differenziati dal delirium del postpartum, che si distingue per un livello fluttuante di coscienza o di attenzione.

La condizione di "*baby blues*" o anche detta "*sindrome del terzo giorno*", emerge tipicamente 2-3 giorni dopo il parto e scompare entro una decina di giorni circa. È caratterizzata da ansia, frequente pianto, stanchezza, ipersensibilità, instabilità dell'umore, tristezza, confusione. Colpisce il 50-80% delle neomamme. La depressione post partum invece, si distingue dal baby blues in quanto la sintomatologia manifestata soddisfa i criteri diagnostici di un episodio depressivo maggiore.

Nel DSM V la sintomatologia del disturbo depressivo peripartum è inserita come specificatore del Disturbo depressivo maggiore.

La depressione perinatale

I sintomi della depressione perinatale sono simili a quelli lamentati in altri periodi della vita, ma possono essere più difficili da distinguere rispetto a manifestazioni fisiche/somatiche associate alla gravidanza o alle cure del neonato (per esempio variazione del peso, mancanza di sonno, assenza di energia). Questo comporta che la depressione perinatale è spesso non diagnostica e quindi non trattata.

Un altro elemento che bisogna considerare è che nel periodo postnatale le donne sono meno portate a chiedere aiuto, soprattutto per il timore di essere considerata una "cattiva madre".

Molte donne, inoltre, non si rivolgono ai servizi di salute mentale per timore di essere stigmatizzate; pertanto indagini di screening effettuate durante le prime visite ostetriche possono promuovere la messa in atto di interventi precoci nei soggetti ad alto rischio. Inoltre, dal momento che la gestione della depressione include, in senso ampio, sia la donna incinta che il futuro bambino, il trattamento deve avvalersi di un approccio multidisciplinare (ostetrica, ginecologo, pediatra e pedopsichiatra).

L'acquisizione dell'identità come genitore

La gravidanza attiva nelle donne dei processi psichici complessi necessari alla preparazione dell'arrivo del bambino e un processo di acquisizione dell'identità come genitore.

Le madri sono frequentemente confrontate con il ricordo della loro infanzia, con la relazione con i loro propri genitori e con gli aspetti che hanno trovato difficili o che hanno apprezzato nelle loro relazioni precoci. Questi ricordi, più o meno modificati della loro infanzia, permettono alle donne incinte di crearsi una loro rappresentazione del futuro bambino e di loro stesse in quanto madri e di prepararsi al loro prossimo ruolo genitoriale. A volte il passato delle donne incinte può inficiare queste rappresentazioni, al punto da sconvolgerle emozionalmente ed essere all'origine di sintomi depressivi o ansiosi importanti.

A questi vanno aggiunti degli avvenimenti o condizioni di vita stressanti che aumentano i rischi dei disturbi ansiosi e depressivi: tensioni nella coppia o assenza del partner, gravidanza non desiderata, lutti recenti, precarietà e isolamento sociale, abuso di alcool. Inoltre l'esistenza di stati depressivi passati, una storia familiare di depressione, di disturbi bipolari, costituiscono un rischio maggiore per la depressione perinatale. Possono anche essere frequenti nella donna depressa avvenimenti traumatici verificatisi durante l'infanzia come ad esempio maltrattamenti o abusi.

Nove mesi per divenire genitori

A livello psicologico, l'accesso alla genitorialità, porta importanti trasformazioni interne e una vulnerabilità psichica nel momento in cui si diviene genitori. La donna rinuncia al suo status "di figlia di sua madre" per divenire "madre", e suo figlio, "a cui lei ha dato la vita", prende il posto principale rispetto al resto del

mondo, anche di quello che occupava lei. La neo-mamma deve mettere la sua carriera professionale tra parentesi, ed è confrontata con il bambino "reale" rispetto a quello ideale, fantasticato durante la gravidanza.

Nel periodo che intercorre tra la gravidanza ed il post partum si riattivano elementi rimossi a più livelli e riportano emozioni, rivalità, conflitti che si pensavano fossero passati. Si diviene pertanto più sensibili e vi è una fragilità momentanea importante.

L'accesso alla genitorialità costituisce una "crisi esistenziale", che mette in discussione quanto fino a quel momento acquisito e dato per scontato (può emergere ansia, angoscia, tristezza, perdita di fiducia in sé stessi, scoraggiamento fino alla depressione). **Il divenire genitori è un processo che richiede del tempo.**

Come ben descritto nella letteratura, il modo in cui la donna vive la propria maternità influenza le interazioni con il bambino e il suo futuro sviluppo.

Si intravede come la qualità delle emozioni e dei vissuti infantili dei genitori condizioni anche il modo in cui percepiranno il loro figlio.

Infatti, il bambino appena nato, varia il suo modo di essere e di reagire in funzione delle sue esperienze nelle relazioni precoci. La madre cerca di comprendere i bisogni e le intenzioni del neonato e a dare un senso e una risposta, attraverso le parole, la tonalità della voce, le attitudini. Questo messaggio contribuisce al sentimento di identità del bambino che apprende che tale comportamento può provocare un tipo di reazione piacevole o meno, suscitando un avvicinamento o un rigetto.

Le conseguenze della depressione perinatale

Se non trattata, la depressione materna è sovente associata a complicanze mediche per la madre e il neonato (aumento del numero di tagli cesarei, peso basso alla nascita, diminuzione

dell'Indice di APGAR, ammissione più frequente in neonatologia...).

Le donne depresse in gravidanza tendono infatti a nutrirsi e a dormire meno. Rispettano meno le indicazioni fornite dal medico e le terapie prescritte. Nei casi più gravi esse sono a rischio di condotte autolesive e atti suicidali. Si osserva inoltre un aumento della percezione del dolore e del disagio caratterizzato da nausea ingravescente, dolori gastrici, dispnea, sintomi gastrointestinali, tachicardia e stanchezza, ecc.

La sofferenza legata alla depressione ha un impatto negativo sull'immagine che la donna ha di sé stessa e sulla fiducia nelle proprie capacità materne. Queste situazioni generano vergogna e senso di colpa, ritardando o inibendo l'accesso ad una identità materna positiva.

Inoltre, si osserva una **difficoltà nell'instaurare un legame con il proprio figlio** associata ad una percezione distorta del bambino. Da ultimo, il bambino privato dell'attenzione e della disponibilità materna potrebbe sviluppare dei sintomi (problematiche dell'addormentamento e del sonno e altro) che ne compromettono lo sviluppo.

La madre depressa risponde meno alle esigenze del bambino, si adatta meno ai suoi bisogni e presenta un comportamento di "rifiuto"; in questo modo emergono maggiormente le emozioni negative che compromettono la capacità di trovare il "timing" corretto per rispondere ai bisogni del bambino, favorendo così in loro il sentimento di inappropriatelyzza e inadeguatezza del loro ruolo materno con conseguente sviluppo di uno stile di attaccamento insicuro.

Molti studi indicano che i sintomi depressivi della donna incinta hanno un impatto importante sullo sviluppo del feto (rischio di ritardo di crescita, prematurità, futuri ritardi dello sviluppo)

e che l'identificazione di questi disturbi nella donna devono essere precoci al fine di attuare una buona prevenzione.

Per quanto riguarda il bambino piccolo, in letteratura vengono descritte e osservate conseguenze sullo sviluppo cognitivo, emozionale e relazionale in particolar modo se la depressione persiste dopo il parto (disturbi emozionali, dell'umore, di ansia, disturbi del comportamento).

I bambini di madri depresse presentano più disturbi del sonno, dell'alimentazione e crisi di pianto eccessivi durante il primo anno di vita rispetto ai bambini con madri non depresse.

Anche gli uomini/futuri padri vivono una crisi identitaria nel momento in cui divengono padri. La depressione postpartum può essere correlata anche ad una depressione paterna e ad uno stress maggiore del padre.

Lo studio di Goodman mostra che i padri depressi hanno un'interazione meno valida con il neonato. Come per le donne, è dimostrato che uno dei principali fattori di rischio per la depressione postnatale è la presenza di sintomi depressivi e d'ansia durante il periodo prenatale. Questo può naturalmente portare ad una crisi di coppia e, dalla letteratura, si evidenzia come nell'anno successivo il parto, la crisi genitoriale e la depressione siano una causa importante di divorzio.

Anche le relazioni inter-famigliari, a causa della depressione materna, possono essere messe in crisi.

Questo conferma l'importanza di interviste di screening già durante la gravidanza per individuare segni precoci di depressione nei futuri neo-genitori.

Perché pensare ad un colloquio perinatale?

Prendere in considerazione la dimensione psichica della genitorialità nella gravidanza sembra particolarmente importante nel caso di famiglie vulne-

rabili, perché permette di attivare la rete professionale necessaria per sostenere il periodo pre- e postnatale.

L'aspetto emotivo durante la gravidanza viene poco considerato, ma viene dato maggiore spazio all'aspetto medico. Pertanto, appare importante ri-appropriarsi di questo spazio e sottolineare la dimensione psichica della genitorialità.

Numerosi Paesi hanno iniziato ad organizzare dei colloqui prenatali sistematici, collocati all'interno del consolidato iter di visite e di esami di routine che la donna incinta esegue, permettendo un'identificazione precoce dei problemi di salute mentale e un miglior accompagnamento dei futuri genitori.

Diminuendo i sintomi della madre si può assistere ad un miglioramento della qualità delle interazioni madre-figlio e allo sviluppo di un gioco più ricco e adeguato tra i due, come anche ad un miglioramento della sintomatologia del bambino e del suo funzionamento.

L'obiettivo principale del colloquio perinatale è quello di mettere in atto un intervento precoce sul futuro genitore:

- Accedere agli aspetti emozionali della donna e della coppia.
- Consolidare la fiducia nei futuri genitori, aiutandoli ad esprimere i loro bisogni.
- Consolidare la fiducia dei futuri genitori nel sistema di salute.
- Favorire una migliore coordinazione dei professionisti coinvolti.

L'intervento precoce sul futuro genitore può essere realizzato semplicemente, attraverso la valutazione dei fattori di rischio, l'eventuale somministrazione della scala di Edinburgo (EPDS) ed un eventuale invio per un colloquio perinatale, e in particolar modo ad uno psichiatra e psicoterapeu-

Checklist dei fattori di rischio



ta dell'infanzia e adolescenza o psicologo/psicoterapeuta che si occupano di genitorialità.

La scala di valutazione, l'EDPS, è stata creata appositamente per lo screening della depressione post partum con successivo ampliamento dell'uso anche al periodo di gravidanza; è la scala più diffusa per lo specifico screening, quindi anche "supportata" da una consistente mole di studi e pubblicazioni; è disponibile in italiano e scaricarla dalla rete non comporta costi; può essere compilata dalla paziente, è semplice e richiede 5-10 minuti per essere compilata; esamina la presenza di sintomi sia depressivi che ansiosi; pur non avendo i valori medi più alti di sensibilità/sensività tra le varie scale disponibili, presenta valori che confermano comunque la sua attendibilità come screening.

In conclusione, la maternità è un momento speciale per la madre, il padre, la famiglia ed il contesto sociale in cui la famiglia è inserita; la gravidanza e le prime interazioni del neonato con la madre sono un momento fondamentale e privilegiato per lo sviluppo psicologico del bam-

bino. Per questo è di fondamentale importanza identificare precocemente eventuali manifestazioni depressive della madre, al fine di offrire un pronto e competente sostegno e accompagnamento.

Dr. med. Domenico Didiano
Psichiatria e Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza
Studio medico Didiano
6600 Locarno
www.studiodidiano.ch

Bibliografia a richiesta
domenico.didiano@studiodidiano.ch