

Pietro Grussu e Alessandra Bramante
(a cura di)

MANUALE DI PSICOPATOLOGIA PERINATALE

PROFILI PSICOPATOLOGICI E
MODALITÀ DI INTERVENTO

Prefazione di Ian F. Brockington
Postfazione di Carmine M. Pariante

COLLANA
**PSICOLOGIA
DELLA MATERNITÀ**



Diretta da
**Pietro Grussu
e Rosa Maria Quatraro**

Erickson

Questa opera nasce per colmare una lacuna presente nel nostro Paese, caratterizzata dalla mancanza di un manuale in lingua italiana riportante una descrizione ampia e dettagliata sulle maggiori forme psicopatologiche della gravidanza e del dopo parto e le relative modalità di individuazione e di trattamento di questi disturbi.

Scritto da studiosi italiani e sostenuto da due dei maggiori esperti mondiali di questa area scientifica (Ian F. Brockington e Carmine M. Pariante), questo volume si rivolge principalmente agli operatori sanitari e socio-sanitari, ma anche agli studenti universitari e agli specializzandi impegnati ad approfondire le proprie conoscenze sulla psicopatologia perinatale.

*Questo volume, scritto da esperti italiani,
è un resoconto completo dei disturbi della gravidanza e della maternità.*

*Ian F. Brockington
Università di Birmingham, Regno Unito*

*Questo libro offre un quadro sintetico ma completo di quello
che sappiamo — e non sappiamo — della psichiatria e psicologia perinatale.*

*Carmine M. Pariante
King's College e Maudsley Hospital, Londra, Regno Unito*

*Opera completa e importante che descrive i diversi disturbi mentali perinatali,
il loro impatto sul bambino e sulla relazione madre-figlio,
nonché i rischi sia per la donna che per il bambino.*

*Jeannette Milgrom
Parent-Infant Research Institute e Università di Melbourne, Australia*



INDICE

Presentazione della collana	11
Prefazione <i>di Ian F. Brockington</i>	13
Introduzione	17
<i>Capitolo primo</i>	
Psicopatologia perinatale <i>(Elena Paschetta)</i>	23
<i>Capitolo secondo</i>	
Il Maternity blues <i>(Pietro Grussu)</i>	47
<i>Capitolo terzo</i>	
Depressione perinatale <i>(Pietro Grussu e Alessandra Bramante)</i>	63
<i>Capitolo quarto</i>	
Disturbi d'ansia nel periodo perinatale <i>(Francesca Agostini e Marianna Minelli)</i>	87
<i>Capitolo quinto</i>	
Psicosi puerperale, disturbo bipolare e schizofrenia <i>(Arianna Di Florio)</i>	147
<i>Capitolo sesto</i>	
Diniego della gravidanza e pseudociesi <i>(Irene Andretto e Pietro Grussu)</i>	175
<i>Capitolo settimo</i>	
Paura del parto e tocofobia <i>(Alice Corà e Pietro Grussu)</i>	205
<i>Capitolo ottavo</i>	
Il suicidio materno <i>(Alessandra Bramante)</i>	241

Capitolo nono

Il disturbo della relazione mamma-bambino
(*Alessandra Bramante e Ian F. Brockington*) 263

Capitolo decimo

Pensieri di fare del male al bambino:
disturbo ossessivo compulsivo e diagnosi differenziale
(*Alessandra Bramante*) 281

Capitolo undicesimo

Neonaticidio e infanticidio materni
(*Alessandra Bramante e Pietro Grussu*) 307

Capitolo dodicesimo

Disturbi alimentari e gravidanza
(*Tatiana Zanetti e Elena Tenconi*) 345

Capitolo tredicesimo

Maternità e tossicodipendenza
(*Alessandra Simonelli e Francesca De Palo*) 381

Capitolo quattordicesimo

Uso di psicofarmaci nel periodo perinatale
(*Cesario Bellantuono e Laura Orsolini*) 419

Capitolo quindicesimo

I disturbi affettivi perinatali nei padri
(*Franco Baldoni*) 443

Postfazione di *Carmine M. Pariante* 487

PRESENTAZIONE DELLA COLLANA

PSICOLOGIA DELLA MATERNITÀ

Studi, modelli e proposte di intervento
in ambito perinatale

Diretta da Pietro Grussu e Rosa Maria Quatraro

La potenzialità riproduttiva dal punto di vista psicologico affonda le sue radici nella storia individuale di ciascuno di noi sin dal momento in cui nasciamo, anzi diremmo dal momento stesso in cui veniamo concepiti; per cui donne e uomini con la loro storia di figli che diventano o no genitori, affrontano questo appuntamento del ciclo di vita in maniera differente e peculiare. Questo fa della maternità/genitorialità il crocevia di più generazioni, ma anche il centro di fantasie, aspettative, stereotipi, paure, idealizzazioni che sfociano in una ricchezza inesauribile di esperienze di vita che talvolta incontrano, oltre alle gioie visibili a tutti, sofferenze o addirittura tragedie depositate nell'intimo delle donne e delle famiglie. Con questa Collana Editoriale, secondo una visione a 360 gradi, attraverso la stesura di libri, traduzione di testi stranieri e con diverse proposte formative, è nostro intento stimolare il pubblico italiano affinché possa guardare al complesso mondo della perinatalità e del diventare genitori come momenti estremamente complessi per l'intersecarsi di condizioni legate ad un presente parzialmente sconosciuto, sia negli aspetti concreti che nelle sensazioni ed emozioni che possono affiorare (dove più o meno sconosciuto è anche il bambino reale, così come sconosciuta a se stessa può ritrovarsi la donna, tanto quanto la coppia). L'obiettivo della Collana «Psicologia della Maternità» e le proposte formative ad essa associate è quello di sensibilizzare, creare una cultura intorno alla perinatalità e alla maternità come momenti di cambiamento che

possono anche avere delle zone d'ombra, delle difficoltà e creare sofferenza nella donna, nella coppia, nel bambino e, più in generale, nell'intera famiglia. Attraverso i libri della Collana vorremmo pertanto parlare alle donne, ai genitori, ma soprattutto a chi ogni giorno è vicino a loro, sia nei servizi pubblici sia all'interno di iniziative private e di associazionismo o di presa in carico psicoterapeutica. Globalmente, i testi possono essere in prima battuta rivolti ai genitori oppure essere più per operatori della salute, dove l'argomento viene trattato sia con un approccio scientifico che di raccolta dei più recenti contributi clinici a riguardo, sia poi con proposte di lavoro e di intervento basate sull'esperienza e legate ai diversi orientamenti teorici dei professionisti e studiosi coinvolti in questo settore, arricchite anche da una esposizione di situazioni cliniche esemplificative. I testi inseriti nella Collana cercano infatti di affrontare i nodi spinosi della perinatalità, riguardanti il diventare e l'essere genitori, dando informazioni scientifiche attendibili e applicabili alla realtà del lavoro quotidiano dei diversi professionisti della salute coinvolti nell'assistenza alla donna al bambino e alla famiglia. Le proposte editoriali spaziano dai contributi sulla gravidanza con le sue eventuali difficoltà (sterilità, infertilità, gravidanze difficili e a rischio, che si interrompono inaspettatamente o per scelta) al parto e al periodo successivo alla nascita. I testi non si rivolgono solo a psicologi ma anche, e tanto, a chi psicologo non è, come ad esempio le ostetriche, figure centrali nell'accompagnamento alla nascita e alle prime relazioni madre-figlio, ai ginecologi, ai pediatri, agli infermieri, agli educatori, agli assistenti sociali, ai counsellor e a tutti coloro che si occupano di maternità/genitorialità in epoca perinatale e sentono il bisogno di completare la loro formazione con uno sguardo psicologico al fenomeno. Nel contempo, le stesse pubblicazioni possono essere un importante punto di riferimento e di formazione per gli studenti e gli specializzandi interessati ad approfondire le tematiche psicologiche e psicopatologiche associate alla gravidanza e al postparto. In altre parole, le pubblicazioni della Collana Editoriale «Psicologia della Maternità» si propongono di far pensare e far riflettere, ma anche di capire come da un pensiero condiviso e non parcellizzato (lo psicologo vede la mente/gli affetti, il medico il corpo, l'ostetrica il parto e l'allattamento, ecc.) si possa poi passare a pratiche concordi e partecipate che migliorino in gravidanza e dopo il parto l'assistenza e il supporto alle donne e alle loro famiglie.

PREFAZIONE

La maternità è un impegno che richiede molteplici abilità ed è un'esperienza di vita emotivamente impegnativa e faticosa. La mamma, in molte o nella maggior parte delle famiglie, è anche la principale fonte di conforto, di attenzioni e di consigli: infatti, tutti i componenti beneficiano solitamente della sua dedizione e intraprendenza, e tutti, soprattutto i bambini, soffrono per una sua eventuale condizione di sconforto.

Ogni sforzo che facciamo per migliorare la salute mentale e lo stato d'animo delle mamme è quindi un contributo alla stabilità famigliare e alla salute delle generazioni future.

Aiutare le mamme è anche una responsabilità che poggia sull'operato di molte figure professionali provenienti da aree quali la psicologia clinica e la psichiatria, le scienze infermieristiche e quelle sociali, l'ostetricia e la ginecologia, la medicina di base, la pediatria, la farmacologia e la giurisprudenza. Inoltre, in diversi contesti locali, numerose associazioni di volontariato, spesso costituite da personale non professionista, organizzano servizi e reti di supporto che, di grande utilità per le donne e le famiglie, svolgono un ruolo fondamentale nella salvaguardia della salute perinatale.

Dal 1975, quando ho avuto la fortuna di ritrovarmi a lavorare in un'unità operativa psichiatrica mamma-bambino, sono stati fatti molti progressi nelle nostre conoscenze sui disturbi mentali che affliggono le mamme, grazie soprattutto alle innumerevoli pubblicazioni scientifiche redatte da studiosi e ricercatori di tutto il mondo. Nel mio libro, *Maternità e salute*

mentale (1996), ho ad esempio recensito circa 4000 lavori che erano stati pubblicati fino a quel momento, a partire da Ippocrate. Sviluppando questa mia pubblicazione ho potuto apprezzare il significativo contributo che in passato risultano aver dato diversi autori italiani, tra cui l'eccellente tesi di Dazzi (1957) elaborata in riferimento a numerosi casi di psicosi puerperale e la descrizione pionieristica di Verga (1930) sulla sindrome di Sheehan, che si presenta con la psicosi nel primo puerperio. Ad allora, nel corso degli ultimi vent'anni, ulteriori studi sono stati pubblicati e, rispetto al passato, possiamo riscontrare un significativo contributo degli studiosi e dei ricercatori che svolgono le loro attività scientifiche nei Paesi «svantaggiati», dove attualmente nasce la maggior parte dei bambini.

Rispetto ad alcuni anni fa, le nostre conoscenze sulla malattia mentale materna sono attualmente più ampie e dettagliate.

Quando ho iniziato a lavorare in questa area clinica e scientifica, si era infatti soliti parlare esclusivamente di tre entità psichiatriche che si presentano successivamente al parto: il Maternity blues, la psicosi postpartum e la depressione postpartum.

Il «blues», disturbo transitorio e subclinico, ha da sempre visto un ridotto interesse da parte degli studiosi che hanno invece rivolto maggiore attenzione ai disturbi perinatali più gravi e persistenti. Attualmente, ad esempio, sappiamo che la psicosi postpartum si configura clinicamente con tipologie e manifestazioni tra di loro molto diverse. Infatti, almeno quindici forme di psicosi (neuropsichiatriche) organiche possono complicare il percorso gravidico; queste tipologie sono ormai rare anche in Italia, ma sappiamo essere state frequenti nel recente passato tanto che alcune forme (eclamptiche e psicosi di Donkin, delirio infettivo, sindrome di Sheehan e trombosi venosa cerebrale) possono essere ancora riscontrabili in soggetti che abitano nei Paesi più poveri del nostro pianeta.

Ad esempio, la forma di psicosi ancora relativamente comune in Europa (poco meno di 1/1000 nati) è associata al disturbo bipolare (maniacodepressivo), anche se diverse configurazioni psicotiche assumono caratteristiche polimorfiche cicloidi o acute ed è per questo più opportuno collocarle all'interno del «gruppo bipolare/cicloide». Nell'ampia gamma delle psicosi, oltre a tali peculiarità, sappiamo comunque che circa un terzo di queste madri soffre di psicosi depressiva (senza caratteristiche bipolari), o altri disturbi, come psicosi paranoiche o psicogene. Inoltre, gli esordi precoci

nel postpartum (entro le due settimane dal parto) sono solo una parte del «puzzle»: lo studio di casi ricorrenti indica infatti una condivisione di causa o patogenesi con altri fattori scatenanti, che agiscono durante la gravidanza, più tardi nel periodo postpartum, dopo lo svezzamento o dopo un aborto. La base di questi fattori scatenanti è sconosciuta, ma il maggiore indizio sembra essere l'associazione con la psicosi mestruale, le cui cause coinvolgono il complesso neuronale della gonadorelina, nell'ipotalamo anteriore.

Poi, spostando l'attenzione alla depressione postpartum ci rendiamo conto che anch'essa è eterogenea. Infatti, in alcune mamme, il disturbo principale non è la depressione, ma l'ansia. In queste donne ritroviamo aspetti ansiosi specifici indirizzati alla gravidanza, e, nel puerperio, ansia rispetto alla cura del neonato, che può raggiungere la gravità di una fobia; ma anche paure esagerate per la salute del bambino e per la sua sicurezza, in particolare la paura della morte in culla (SIDS). In letteratura, è stata inoltre messa in evidenza una variante del disturbo ossessivo compulsivo: l'ossessione per l'infanticidio.

Una vasta letteratura ha anche affrontato le conseguenze di un parto traumatico, che può avere come conseguenza un disturbo post-traumatico da stress o lamentele patologiche.

Peraltro, la gravidanza indesiderata sembra essere una delle principali fonti di stress. Arrivare al parto portando a termine una gravidanza non voluta risulta ancora essere un'esperienza diffusa anche nei Paesi che permettono un'eventuale interruzione volontaria di gravidanza; ma le gravidanze indesiderate risultano essere sicuramente molto più comuni in quei luoghi che vietano o scoraggiano fortemente l'aborto.

Sperimentare un'esperienza di gravidanza indesiderata aumenta quindi il rischio di sviluppare diverse forme di psicopatologia: dalla negazione della gravidanza, che ha rischi ostetrici e può portare in rare occasioni al neonaticidio; al disturbo della relazione mamma-feto e, in casi rari, anche all'abuso del feto.

Dopo il parto, invece, il rifiuto emotivo della mamma nei confronti del bambino può presentarsi in circa l'1% delle nascite. In queste condizioni, lo stato d'animo della madre è spesso accompagnato da depressione, ma non sempre. Nonostante sia ancora ignorato da alcuni psichiatri e psicologi clinici «perinatali», questo disturbo risulta avere gravi conseguenze anche a lungo termine, sia per la mamma che per il suo bambino.

Oggi affrontiamo quindi una molteplicità di disturbi pre e postpartum che sfidano le abilità diagnostiche dei professionisti della salute mentale, ma che hanno anche stimolato lo sviluppo di una vasta gamma di terapie specifiche. La psichiatria mamma-bambino è la disciplina con maggiori responsabilità in questo settore di ricerca e di pratica clinica; essa ha un duplice dovere: quello di cura per la mamma (e il padre) e per il bambino, che è vulnerabile sotto vari punti di vista.

Questo volume, scritto da esperti italiani, è un resoconto completo dei disturbi della gravidanza e della maternità, incluse le patologie meno comuni come il diniego della gravidanza, la tocofobia, le ossessioni di fare del male al bambino e, naturalmente, il figlicidio, argomento su cui Alessandra Bramante è un'autorità. Quanto riportato nell'Introduzione richiama anche alla recente attenzione sull'enorme cambiamento relativo alle circostanze che portano a un'esperienza di maternità, che ha potenziali conseguenze di ogni tipo.

In Italia, lo sviluppo della psichiatria mamma-bambino è molto incoraggiante, merito anche dell'impegno e della passione espressi da Alessandra Bramante e da Pietro Grussu che da anni lavorano e svolgono la loro attività di ricerca in questo ambito di salute pubblica.

Questo libro sarà un punto di riferimento anche nel suo ulteriore sviluppo. Esso trasmette un messaggio di ottimismo. L'ignoranza e il pessimismo non sono più giustificati.

Oggi siamo in una posizione molto più forte per capire cosa c'è che non va in queste madri in difficoltà e per poter intervenire in modo efficace. Ora, molto può essere fatto per rimettere le mamme in piena salute mentale.

*Ian F. Brockington
Università di Birmingham, Regno Unito
Birmingham, agosto 2015*

INTRODUZIONE

L'IMPORTANZA DELLA SALUTE MENTALE MATERNA

Le attuali conoscenze sulla psicologia perinatale presenti in letteratura dimostrano che, nel mondo occidentale, le persone che costituiranno le prossime generazioni nascono in contesti familiari e di salute pubblica ben diversi rispetto a solo cinquant'anni fa.

Fino ad alcuni decenni or sono, l'arrivo di un figlio avveniva solitamente all'interno di famiglie allargate, dove tutto ciò che ruotava attorno alla gravidanza e al puerperio era una questione di sole donne, e si partoriva in casa.

Oggi i bambini vengono alla luce in ospedale, frequentemente con parto cesareo, soprattutto in Italia. Gran parte di questi figli saranno figli unici.

Poco più del 50% dei bambini nascono da gravidanze cercate, desiderate e volute. Le altre gravidanze arrivano inaspettate e vengono solitamente accettate dalle donne, anche se vissute dalle stesse e dalla coppia con sentimenti talvolta contrastanti. Altre gravidanze ancora non sono volute, ma per motivi vari si concretizzano comunque con la nascita del bambino. Infine, restanti esperienze gravidiche non arrivano a termine per aborto spontaneo, interruzione volontaria di gravidanza o per morte intrauterina.

Nei casi più estremi, ma non rari, alcune donne si tolgono la vita in gravidanza. Nell'immediato dopo parto, invece, alcuni genitori infieriscono brutalmente nei confronti del nuovo nato.

Se questi ultimi risultano essere alcuni degli agiti più estremi della perinatalità, la presenza di una condizione psicopatologica in gravidanza e nel dopo parto assume comunque delle configurazioni ulteriormente complesse rispetto ad altri momenti del ciclo di vita delle persone. Con la presenza di un bambino che a breve nascerà o che da poco tempo è stato messo alla luce, il tipo di presa in carico o l'individuazione di un'appropriata modalità

terapeutica sono quindi scelte molto difficili da assumere quando ci si trova di fronte a una donna incinta o a una neomamma sofferente di depressione, con disturbi d'ansia, con disturbi di tipo psicotico, oppure con la presenza degli stessi disturbi mentali all'interno di un quadro di uso di sostanze.

I mesi che precedono il concepimento, i cambiamenti che connotano il periodo gravidico, l'esperienza del travaglio e del parto, le settimane e i mesi che seguono la nascita di un figlio, sono tutti momenti di particolari sollecitazioni biologiche, psicologiche e sociali.

Nell'esperienza di una donna non c'è altro periodo paragonabile a quello che succede affettivamente e fisicamente nei nove mesi di gravidanza e nell'immediato dopo parto. Se poi questa esperienza si concretizza attraverso una procreazione medicalmente assistita, oppure abbiamo a che fare con una gravidanza surrogata, o con una gravidanza che ha avuto avvio da una donazione di ovuli/spermatozoi, o ancor di più l'arrivo di un figlio avviene all'interno di un legame omosessuale, il tutto assume forme ulteriormente complesse e peculiari.

Oltre a ciò, il concepimento e l'arrivo di un figlio si pone talvolta all'interno di un rapporto di coppia connotato da forti disagi personali, di coppia e familiari, in situazioni di fragilità, in contesti di solitudine e marginalità sociale o in condizioni di malattia mentale conclamata.

L'esperienza perinatale assume pertanto sfumature e profili differenti, certamente non statici e lineari.

Il procedere della gravidanza è infatti solito sollecitare sentimenti ed emozioni complesse, ancor di più la prossimità del parto e l'imminenza del travaglio attivano pensieri unici e, talvolta, un ventaglio di preoccupazioni mai provate prima. Successivamente, la nascita di un figlio con i suoi bisogni di cura richiede alla donna e al suo partner continue risposte di vicinanza e di sostegno. Di fronte a tali sollecitazioni, le reazioni delle donne risultano essere diversificate. Ulteriori specificità sono solite emergere in donne con storie psichiatriche precedenti al concepimento o in donne fragili dove l'esperienza gravidica o postnatale viene in certi versi subita, diventando intollerabile.

È pertanto improprio definire e divulgare un profilo «universale» dell'esperienza psicologica in gravidanza e di quella puerperale, ma piuttosto si dovrebbe portare a conoscenza delle donne coinvolte, delle coppie e delle famiglie (ma anche degli operatori che lavorano nell'area della perinatalità)

l'unicità di ciascuna esperienza, ma anche le importanti oscillazioni del tono dell'umore che in talune esperienze femminili (e maschili) assumono forme di sofferenza estrema, di patologia, riconducibili a profili non sempre facili da definire e da collocare all'interno delle attuali categorie diagnostiche riportate nell'ICD-10 e nel DSM-V.

Dietro a questi disagi ci sono donne, coppie e famiglie con le loro vite, i loro sogni e le loro fragilità.

Consapevoli di tali fragilità e in riferimento alle conoscenze scientifiche sviluppate recentemente, oggi si sente la necessità e il bisogno di avere a che fare sempre di più con operatori sanitari e sociosanitari preparati, competenti e capaci di accogliere le difficoltà o le sofferenze e ascoltare le donne, le coppie e le famiglie entusiaste del proprio percorso genitoriale o preoccupate della forma psicologica che la loro esperienza perinatale sta assumendo o ha assunto.

In questi ultimi anni la psicologia e la psichiatria perinatale hanno senz'altro trovato nel mondo scientifico e accademico una rinnovata collocazione e un importante riconoscimento. Gli studi, le ricerche, i dibattiti e le numerose pubblicazioni sulla perinatalità hanno potuto far emergere la necessità di considerare questo ambito come area caratterizzata da molteplici specificità, che nel corso degli anni ha visto sviluppare metodologie di ricerca peculiari e modalità di intervento necessitanti di conoscenze e competenze professionali distinte. Infatti, anche recenti studi stanno dimostrando quanto singolari elementi bio-psicosociali accompagnino le diverse forme psicopatologiche e di salute mentale che si riscontrano nel corso della gravidanza, del parto e nel postpartum.

La divulgazione delle attuali conoscenze assume particolare importanza soprattutto all'interno del panorama italiano dove la psicologia, la psicopatologia e la psichiatria perinatale come aree peculiari del ciclo di vita della donna (e dell'uomo) non hanno ancora ricevuto un'attenzione adeguata e un riconoscimento come ambito distinto.

Coinvolgendo alcuni tra i massimi esperti del nostro Paese con competenze di salute mentale perinatale e avendo l'onore di ospitare Ian Brockington, il nostro intento era inizialmente sviluppare un'opera il più possibile completa da mettere a disposizione degli operatori che quotidianamente lavorano con le donne incinte, con le neomamme e con i papà che manifestano disagi e forme di sofferenza emotiva anche estrema.

Questo manuale, a nostra conoscenza il primo in Italia che tratta in maniera ampia le diverse manifestazioni psicopatologiche in gravidanza e nel postpartum e, in generale, affronta la salute mentale perinatale, vuole comunque assumere significati plurimi:

- argomentare l'elevata specificità che nel periodo perinatale assumono la salute mentale e le modalità di cura richieste dalle donne psicologicamente sofferenti;
- mettere a disposizione in un'unica pubblicazione scientifica in lingua italiana le attuali conoscenze sui più diffusi profili psicopatologici riscontrabili in epoca perinatale, su come individuare i soggetti sofferenti e come scegliere le relative modalità di cura più appropriate;
- mettere in evidenza la necessità che in questo ambito di cura siano coinvolti operatori preparati, competenti e in possesso di conoscenze specifiche;
- favorire un dialogo tra ricercatori e operatori di differenti discipline coinvolte nello studio e nella tutela della salute mentale perinatale;
- sollecitare e sostenere i ricercatori italiani affinché mettano in atto studi e ricerche, con finalità anche applicative, attente alle peculiarità delle manifestazioni psicopatologiche espresse nel periodo perinatale e ai bisogni di cura richiesti dai genitori in attesa o dai neogenitori;
- mettere a disposizione delle nuove generazioni di professionisti sanitari e sociosanitari, oggi studenti o neolaureati o neospecializzati, un nuovo modo di interpretare e integrare le attuali conoscenze sulla salute mentale in epoca perinatale e come intervenire nei confronti di queste persone psicologicamente sofferenti.

Come vedremo nei prossimi capitoli, tanto è stato fatto in questi ultimi trent'anni circa, ma altrettanto impegno andrebbe ancora indirizzato per approfondire alcuni aspetti tuttora oscuri che connotano la sofferenza psicologica estrema che spesso emerge in gravidanza e nel postpartum, far chiarezza su alcuni dati contraddittori utilizzati per differenziare talune forme di psicopatologia in epoca perinatale e dare maggiore spazio alle indagini sull'appropriatezza e sull'efficacia di alcune azioni di cura.

Non va dimenticato che la tutela della salute psicologica perinatale necessita anche di programmi di promozione del benessere, attraverso azioni di sensibilizzazione da offrire alle comunità e alle persone, affinché si concretizzino sempre di più maternità e paternità responsabili.

In tutto questo è a nostro avviso indispensabile una stretta collaborazione tra ricercatori e operatori provenienti da branche scientifiche diverse che fanno riferimento a paradigmi e modelli teorici differenti o che prestano il loro impegno lavorativo di prevenzione, diagnosi e cura presso enti o istituzioni pubbliche, private o del volontariato presenti nel territorio nazionale.

Certamente la multidisciplinarietà sarà in futuro la chiave vincente per arricchire le conoscenze sulla salute mentale perinatale presenti in letteratura. Comunque, già a partire dagli elementi riscontrabili nelle attuali pubblicazioni scientifiche emerge la necessità che in gravidanza e nel postpartum operino professionisti competenti e preparati ad affrontare le complesse dinamiche bio-psicosociali e culturali caratteristiche di questa area, a nostro avviso, di alta specialità.

Il presente manuale è indirizzato a questi colleghi e a chi vuole raccogliere un nuovo modo di interpretare e codificare alcune delle maggiori manifestazioni psicopatologiche che le donne, ma anche gli uomini, riportano in gravidanza e nel dopo parto, nonché le modalità di cura maggiormente accreditate per questa tipologia di disturbi.

Buona lettura.

*Pietro Grusso e Alessandra Bramante
Verona, giugno 2015*

IL MATERNITY BLUES

Pietro Grussu

Consultorio Familiare Azienda ULSS 17 Monselice - Regione Veneto

Riassunto

I primi giorni che seguono la nascita di un figlio sono per le donne un periodo ricco di sollecitazioni neuroendocrine e ormonali, psicologiche e affettive, famigliari e sociali. Gran parte delle neomamme risponde adeguatamente a questi cambiamenti e vive positivamente l'esperienza dell'immediato dopo parto; alcune donne riportano invece, in termini non patologici e transitori, importanti oscillazioni del tono dell'umore, crisi di pianto, senso di inadeguatezza e labilità emotiva. Quest'ultima condizione, conosciuta in letteratura come Maternity blues, si colloca solitamente all'interno dei primi 10-15 giorni dopo il parto e tende a risolversi spontaneamente. In gravidanza e/o alla dimissione ospedaliera postpartum risulta importante informare e preparare la donna e i suoi famigliari sulla possibilità che possa presentarsi una condizione di Maternity blues. Inoltre, nelle situazioni di disagio e di sofferenza prolungata o intensa risulta necessario informare e sensibilizzare la donna della necessità di coinvolgere, in modo tempestivo, un professionista con competenze in psicopatologia perinatale affinché valuti la situazione e intervenga adeguatamente.

Reattività materna del dopo parto

La gravidanza, il parto e il dopo parto sono per molte donne un periodo coinvolgente, appassionante e gratificante, ma anche un momento di vissuti ansiosi e di preoccupazioni. Le neomamme, soprattutto nei giorni che seguono la nascita di un figlio, sono sottoposte a molteplici e peculiari sol-

lecitazioni biologiche, psicologiche, sociali e culturali. A tali stimoli plurimi le donne rispondono con differenti modalità comportamentali ed emotive plasmate dalle proprie specificità psicologiche e affettive, influenzate dal proprio contesto di vita familiare e sociale, in stretta relazione con i rituali, le convinzioni e gli stili provenienti dalla propria cultura di appartenenza, vincolate dalla propria conformazione neurobiologica e condizionate dal proprio patrimonio genetico.

Nei giorni immediatamente successivi alla nascita di un figlio le neomamme sperimentano quindi una molteplicità di reazioni ed emozioni che, in una palese condizione di stanchezza fisica, oscillano dalla gioia alla tristezza, da un senso di appagamento a sentimenti di confusione, da felicità a episodi di pianto, da una condizione di pienezza a vissuti di smarrimento. La maggior parte delle donne riesce a contenere tali oscillazioni del tono dell'umore, a esprimere modalità di adattamento pertinenti e, in questi primi giorni dopo il parto, a vivere positivamente l'esperienza della maternità; altre donne possono invece manifestare una condizione connotata prevalentemente da sensazioni negative, di breve durata e di lieve intensità, presenti in diversi momenti della giornata e per più giorni consecutivi.

Frequenti episodi di pianto, momenti di sconforto, irrequietezza, irritabilità e umore labile sono quindi esperienze diffuse, transitorie e non patologiche che alcune neomamme riportano nell'immediato dopo parto.

Il Maternity blues

Le condizioni di sofferenza emotiva e di disagio psicologico, circoscritte e transitorie, che alcune donne manifestano nei giorni immediatamente successivi alla nascita del figlio hanno avuto, a partire dall'Ottocento, numerose attenzioni da parte della comunità scientifica occidentale che, ritenendole anomale rispetto a una certa idea di salute materna postnatale allora corrente, cercò di indagare cosa si celasse dietro a questa «insolita» reattività femminile.

Negli anni Cinquanta del secolo scorso fu però Maloney (1952) a descrivere per primo la presenza di una lieve depressione riscontrabile in alcune donne nei giorni successivi alla nascita del figlio, caratterizzata da pianto improvviso, stanchezza e difficoltà di pensiero, che definì come «depressione del terzo giorno». Successivamente, Yalom e i suoi collaboratori

(1968) utilizzarono il termine «postpartum blues» per definire un insieme di sintomi come quelli rilevati da Maloney. Fu infine Pitt (1973) che per primo utilizzò il termine «Maternity blues».

Quest'ultima etichetta clinica è stata quindi utilizzata dai ricercatori e dagli operatori dell'area materno-infantile a partire dagli anni Settanta del secolo scorso per descrivere un insieme di sintomi psicologici e psicosomatici che, in maniera accentuata, ma non patologica, possono manifestare alcune donne nei giorni immediatamente successivi al parto.

Però, nonostante la condizione conosciuta come «Maternity blues» sembri essere particolarmente diffusa nelle donne che hanno partorito da alcuni giorni, sia tra i ricercatori, sia tra i professionisti che lavorano all'interno dei servizi materno-infantili, non sono attualmente presenti criteri diagnostici condivisi, né esistono specifiche scale di rilevazione del «blues» riconosciute come valide e attendibili dalla comunità scientifica internazionale (Seyfried e Marcus, 2003). È anche per questo che l'insieme di sintomi che diversi studiosi riconoscono come «Maternity blues» non ha al momento una distinta collocazione all'interno sia del DSM-V, sia dell'ICD-10.

In generale, la caratteristica principale che è stata attribuita alle donne con Maternity blues è la sproporzionata reattività emozionale che alcune manifestano in risposta agli stimoli legati all'esperienza quotidiana del primo puerperio (Miller e Rukstalis, 1999). In particolare, l'accentuata sensibilità e labilità presente nelle donne con Maternity blues sembrerebbe concretizzarsi attraverso forti oscillazioni e improvvisi cambiamenti del tono dell'umore (Ballinger et al., 1979; Kendell et al., 1981; O'Hara, 1995).

Globalmente, il termine «blues» è riferito all'assunto che la sintomatologia della donna con Maternity blues è fondamentalmente caratterizzata da un umore dove prevalgono toni depressivi (Henshaw, 2003) di tipo transitorio (Ferber, 2004). Infatti, secondo alcuni autori (Kennerley e Gath, 1989; Newport et al., 2002), i soggetti con Maternity blues si caratterizzano per la presenza di lievi sintomi di tipo depressivo quali pianto, tristezza, umore labile e fluttuante, scarsa concentrazione, irritabilità, ansia, paura e disturbi del sonno e dell'appetito. Oltre alla suddetta sintomatologia, nelle neomamme possono essere presenti sensazioni di irrealtà e un certo distacco e disinteresse nei confronti del bambino (Robinson e Stewart, 1993). Queste donne sono solite riferire di sentirsi con uno «stato d'animo basso» (Kennerley e Gath, 1989).

Però, in tutto ciò, alcuni autori (Seyfried e Marcus, 2003) hanno sollecitato la comunità scientifica a riflettere se l'esistenza di una condizione depressiva debba ad essere considerata fondamentale per stabilire in una donna la presenza o meno di Maternity blues.

BOX 2.1

Cos'è il Maternity blues

È un insieme di sintomi psicologici e psicosomatici che in maniera accentuata, ma non patologica, possono manifestare le donne nei primi 10-15 giorni dopo il parto.

Le neomamme con Maternity blues si caratterizzano per la presenza di lievi sintomi di tipo depressivo quali pianto, tristezza, umore labile e fluttuante, scarsa concentrazione, irritabilità, ansia, paura e disturbi del sonno e dell'appetito.

In gran parte delle donne tale condizione è transitoria e tende a risolversi spontaneamente.

Specificità cliniche del Maternity blues

In termini diagnostici risulta fondamentale differenziare il Maternity blues sia dalla depressione postpartum/postnatale (Musters, McDonald e Jones, 2008; O'Hara e McCabe, 2013), sia dalla psicosi puerperale (Sit, Rothschild e Wisner, 2006).

Secondo Reck e i suoi collaboratori (Reck et al., 2009), l'esclusione di alcuni sintomi come quelli legati ai disturbi del sonno e alla forte stanchezza, che solitamente sono caratteristici della condizione materna successiva al parto — ma che non sono da considerare in termini psicopatologici — si dimostra cruciale nella diagnosi di Maternity blues. Nello specifico, secondo Stocky e Lynch (2000), la difficoltà principale che può incontrare un professionista è quella di non riuscire a distinguere correttamente tra una forma severa di «blues» e un esordio di psicosi puerperale.

In termini temporali, la tipica sintomatologia che caratterizza una donna con Maternity blues può esordire, secondo alcuni autori (Ferber, 2004), fin dal primo giorno dopo il parto, con un picco rilevante in settimana giornata (Nonacs e Cohen, 1998). Tali manifestazioni sembrerebbero risolversi spontaneamente all'interno delle prime 2 settimane che seguono la nascita del figlio (Ferber, 2004; Scradis et al., 2007; Harvard Mental Health Letter, 2011) tanto da non richiedere alcun intervento specialistico (O'Hara et al., 1991; Sutter et al., 1997). Viceversa, in alcune donne la

sintomatologia sembra manifestarsi in maniera marcata e svilupparsi in termini di depressione clinica di tipo severo. A tal riguardo, secondo alcuni autori (O'Hara et al., 1991; Sutter et al., 1997), un'importante presenza di sintomi solitamente associati al Maternity blues, quali una condizione riferita di umore depresso, pensieri di morte e incapacità di interrompere un pianto continuo, sono predittivi di una successiva presenza di depressione clinica.

Questa condizione postnatale materna influenza significativamente le modalità di attaccamento madre-figlio e le donne con elevata sintomatologia riportano maggiori livelli di ansietà nei confronti del nuovo nato (Nagata et al., 2000). Inoltre, le donne con Maternity blues, rispetto a quelle senza, toccano meno il proprio bambino (Ferber, 2004) probabilmente come conseguenza del loro tipico atteggiamento definibile come «ritirato» (Ferber, 2006).

Definizione e collocazione clinica

Da quando Pitt nel 1973 utilizzò per primo il termine «Maternity blues» sono passati oltre quarant'anni e, nell'attuale panorama scientifico internazionale, non è stata ancora stabilita una definizione e una collocazione condivisa di questo disturbo tra gli studiosi e i ricercatori che si interessano di condizione psicologica materna del dopo parto. Tale indefinizione è il prodotto di studi e ricerche che hanno utilizzato metodologie di indagine e di raccolta dati in gran parte di dubbia attendibilità e generalizzazione. Infatti, approfondite rassegne (Beck, 1991; Henshaw, 2003) hanno messo in evidenza quanto, in numerosi studi, la ricerca sul Maternity blues abbia portato i ricercatori a circoscrivere in maniera arbitraria e diversificata alcune delle manifestazioni psicologiche dell'immediato dopo parto, soprattutto di tipo depressivo, che le donne possono talvolta presentare con la nascita del figlio.

Ad esempio, nelle numerose ricerche citate in letteratura come studi sul Maternity blues, alcuni ricercatori hanno effettuato in maniera arbitraria, e spesso senza alcuna argomentazione a riguardo, variegata valutazioni della sintomatologia materna prendendo in considerazione un'unica giornata del dopo parto; altri hanno invece effettuato valutazioni ripetute anche per sette-dieci giorni consecutivi. Inoltre, molte delle stime relative

alla sintomatologia presente nelle puerpere risultano emergere da ricerche retrospettive. Infine, gli strumenti psicometrici utilizzati in alcuni studi sul Maternity blues non sempre permettono di rilevare l'ampio spettro di sintomi presenti nell'esperienza psicologica materna dell'immediato dopo parto. Peraltro, lo strumento più utilizzato in questo ambito di ricerca è il questionario di 28 item denominato «Maternity blues», costruito e validato da Helen Kennerley e Dennis Gath (1989) nel Regno Unito, coinvolgendo un campione di donne inglesi del Warneford Hospital di Oxford.

Oltre alla carenza di specifici strumenti di misura, al suddetto quadro sintomatologico collocato in maniera vaga e indefinita, anche in senso temporale e di esordio del fenomeno, è stata assegnata altresì un'etichetta diagnostica conosciuta in letteratura con il termine di «Maternity blues», ma anche come «Baby blues», «Blues del dopo parto», «Blues postnatale» o «Postpartum blues».

Nei diversi studi pubblicati in questi ultimi quarant'anni, coinvolgenti campioni di ricerca provenienti da molteplici contesti culturali, emerge anche quanto la frequenza del suddetto disturbo nelle donne che hanno appena partorito risulti ad esempio oscillare dall'8 all'84% (Harris, 1981; Oakley e Chamberlain, 1981; Tsukasaki et al., 1991; O'Hara et al., 1991). Nel contempo, i livelli maggiormente elevati di sintomatologia materna sono stati rilevati nel corso dei primi giorni dopo il parto (Kendell et al., 1981), nei primi 4-6 giorni (Stein et al., 1981), al quinto giorno (Adewuya, 2005) o nei primi 3-8 giorni successivi alla nascita del bambino (O'Hara et al., 1990).

Secondo Kumar (1994), l'individuazione delle donne con Maternity blues è spesso legata alla rilevazione della sola presenza di pianto o di tristezza, manifestazioni di sofferenza psicologica che non corrispondono certo all'ampia sintomatologia che invece dovrebbe distinguere le neomamme con questo disturbo.

Quindi, le suddette stime di prevalenza, così come i livelli massimi di sintomatologia attribuiti alla condizione materna del dopo parto denominata «Maternity blues», risultano inevitabilmente influenzati dagli strumenti di misura adottati per la rilevazione del fenomeno, dal criterio diagnostico utilizzato, dal tipo di parto e dalla quantità di tempo che la struttura ospedaliera è solita adottare per il fermo ospedaliero postpartum di mamma e bambino.

DINIEGO DELLA GRAVIDANZA E PSEUDOCIESI

Irene Andreetto e Pietro Grussu

Consultorio Familiare Azienda ULSS 17 Monselice - Regione Veneto

Riassunto

Diniego della gravidanza

Le donne con diniego della gravidanza nascondono la loro condizione gravidica o si dimostrano incapaci di riconoscere il loro essere incinte, talvolta con manifestazioni di delirio. Non sono solite chiedere assistenza sanitaria e, conseguentemente, la presa in carico psicologica e psichiatrica si concretizza raramente. In riferimento anche all'opposizione che solitamente mostrano nell'invio a specialisti della salute mentale, risulta opportuno sostenerle e accompagnarle, in sintonia con le specificità presenti in ciascuna di esse.

Pseudociesi

I soggetti con pseudociesi credono di aspettare un figlio e, nonostante ciò non sia vero, presentano alcuni sintomi tipicamente gestazionali quali rigonfiamento addominale, modificazioni del seno, contrazioni e riferiti movimenti fetali. Questa patologia si riscontra a volte anche in soggetti maschili e bambini. Nelle donne con pseudociesi, il test di gravidanza negativo e gli esiti degli esami strumentali spesso portano alla risoluzione della patologia. In termini di presa in carico, sembra dare buoni risultati la psicoterapia a orientamento psicodinamico, la psicoterapia supportiva accompagnata da somministrazioni ormonali (per favorire la ripresa delle mestruazioni) e la farmacoterapia con antidepressivi e ansiolitici.

Introduzione

L'esperienza della gravidanza, del parto e l'arrivo di un bambino sono per la donna eventi caratterizzati da molteplici cambiamenti fisici, psicologici, biologici e sociali. Tale percorso sfocia solitamente in nuove responsabilità e, nelle donne al primo figlio, nell'assunzione del nuovo ruolo come genitore (Jenkins, Millar e Robins, 2011).

Il percorso che accompagna la donna a diventare madre avviene normalmente attraverso varie fasi: dall'accettazione della gravidanza all'attaccamento nei confronti del figlio, dal prepararsi al parto all'incontro con il neonato (Neifert e Bourgeois, 2000). Esistono, tuttavia, delle circostanze in cui questi sviluppi sono stravolti. Può infatti accadere che la donna non si renda conto di essere incinta (a volte può scoprirlo solo al momento del parto), o al contrario, creda di esserlo quando in realtà non lo è.

Queste due condizioni, argomento del presente capitolo, vengono chiamate, rispettivamente, «diniego della gravidanza» e «pseudociesi».

Il diniego della gravidanza

L'esperienza della gravidanza accomuna moltissime donne ma, in ciascuna di esse, il vissuto personale che accompagna questo evento risulta assumere significati psicologici diversi e configurarsi in maniera emotivamente varia e diversificata (Kruger e Van der Spuy, 2007). Per alcune donne questo periodo può ad esempio caratterizzarsi per la presenza di molteplici paure, dubbi e, in certi casi, le difficoltà o le angosce possono essere così travolgenti da portare il soggetto a negare la realtà della propria gravidanza (Jenkins, Millar e Robins, 2011): nella letteratura scientifica questa condizione è conosciuta come «diniego della gravidanza» (si veda box 6.1).

Tale fenomeno di diniego altera significativamente il percorso di transizione alla maternità (Maldonado-Durán, Lartigue e Feintuch, 2000) caratterizzandosi, nella donna, come una mancanza di consapevolezza del proprio essere incinta (Wessel, Endrikat e Buscher, 2002). In queste situazioni non è insolito che la scoperta della propria gravidanza avvenga dopo il primo trimestre, soprattutto se in quel momento la donna si trova di fronte a una prima esperienza gestazionale. Infatti, nel corso della prima

gravidanza, la donna risulta solitamente avere una familiarità pressoché nulla con quelli che sono i tipici sintomi fisici che nel corso dei mesi seguono il concepimento di un figlio. Conseguentemente, nel caso in cui la propria condizione di gravidanza non venga riconosciuta in tempi brevi, oppure solo dopo alcuni mesi o addirittura fino al parto, plurimi risultano essere i rischi per la salute sia della madre, sia del figlio (Wessel, Gauruder-Burmester e Gerlinger, 2007).

L'assenza di cure prenatali, un parto apparentemente precipitoso o mancante di un'assistenza sanitaria, la messa in atto di comportamenti pericolosi per il feto, la presenza di disturbi psicologici postnatali, neonaticidio (Miller, 1990; Chaulet et al., 2013), maltrattamento, negligenza, o abuso infantile (Neifert e Bourgeois, 2000) sono tutti fenomeni che possono presentarsi nelle condizioni di diniego della gravidanza.

BOX 6.1

Il diniego secondo alcuni autori di matrice psicoanalitica

Il diniego, quale meccanismo di difesa, può essere definito come un non riconoscimento di dati sensoriali traumatici, una difesa dalla realtà del mondo esterno quando la situazione che si sta vivendo viene vissuta come eccessivamente disturbante (Gabbard, 2007).

In particolare, McWilliams, Schimmenti e Caretti (2012) inseriscono il diniego della gravidanza tra i meccanismi di difesa primitivi, collocandolo come processo istantaneo e non razionale in cui l'esperienza della persona è governata dalla convinzione prelogica che «se non lo riconosco non succede». Secondo l'autrice e i suoi collaboratori, in alcuni casi il diniego può essere una difesa utile, come ad esempio nelle situazioni di grave crisi o di emergenza. Infatti, grazie ad esso, la persona può negare emotivamente che la propria vita è in pericolo e riuscire così a compiere azioni che permettono di salvare se stessi. In altre circostanze, il diniego può però essere molto meno adattivo e contribuire alla configurazione di una condizione disfunzionale o patologica.

Definizione

A oggi, in letteratura, non è possibile ritrovare una definizione chiara, univoca e condivisa del diniego della gravidanza. Diversi autori sottolineano ad esempio l'importanza di includere questo disturbo nelle classificazioni psichiatriche internazionali ufficiali in quanto ciò potrebbe facilitare una maggiore diffusione delle attuali conoscenze scientifiche, sollecitare un dibattito proficuo tra professionisti, ma anche stimolare il mondo della ricerca affinché approfondisca i numerosi aspetti ancora oscuri di questa particolare manifestazione disfunzionale femminile (Jenkins, Millar e Robins, 2011).

Globalmente, la tendenza attuale sembra essere quella di considerare il diniego della gravidanza come parte di un insieme di profili riconducibili a una condizione di negazione della gravidanza, dove l'aspetto comune risulterebbe essere la mancanza di volontà o l'incapacità della donna di riconoscere la propria condizione gravidica (Bayle, 2008; Dayan e Bernard, 2013). In questo criterio rientrerebbero vari tipi di manifestazioni, tra loro molto diverse.

Uno dei profili è quello riconducibile all'esperienza della donna che sa di essere incinta, ma decide di nascondere la propria gravidanza alle persone a lei vicine. Spesso, questo atteggiamento si riscontra nelle adolescenti o nelle giovani donne single che decidono di tenere nascosta la propria condizione gravidica a causa di una rigida educazione religiosa ricevuta o per la presenza in loro di alcuni tabù quali l'inopportunità di avere rapporti sessuali prima del matrimonio (Wessel, Endrikat e Buscher, 2002). Anche se la donna appare consapevole della propria gravidanza, alcuni studiosi ritengono comunque che, a volte, vi possa essere in questi soggetti un meccanismo non totalmente cosciente nell'atto di celare la propria condizione gravidica (Bayle, 2008) (si veda box 6.2).

BOX 6.2

Il caso di una giovane ragazza (Bayle, 2008)

Una giovane ragazza era stata minacciata dalla madre di essere abbandonata se fosse rimasta nuovamente incinta e la giovane, per questo motivo, scoprendo di aspettare un altro figlio, decise di abortire. Questo agito le portò un profondo senso di colpa, tanto da sviluppare un lutto patologico. Successivamente si riscoprì nuovamente incinta, ma questa volta decise di tenere il bambino, nonostante la paura di essere allontanata dalla madre. La ragazza, quindi, consapevole della propria gravidanza, decise di tenere nascosto alla madre l'arrivo di un nuovo figlio. Nel corso di una visita, il ginecologo le consigliò però di far vedere a sua madre l'ecografia del futuro nipote, e per far ciò, la ragazza usò da tramite il figlio maggiore. Di fronte alla notizia, questa nonna accettò invece l'arrivo del nuovo nipote senza che si avverasse la sua minaccia nei confronti della figlia. Il fatto curioso fu che la donna presentò la propria gestazione con una protuberanza addominale poco pronunciata, quasi a ventre piatto, ma dopo aver annunciato la gravidanza alla madre il ventre divenne più rotondo. Secondo questo autore, alcune donne possono presentare dei blocchi psicologici che le ostacolano nell'annunciare la gravidanza agli altri e questa impossibilità può avere anche un impatto su come si configura fisicamente la gravidanza.

Altre donne, invece, sembrano essere state in grado di riconoscere e identificare inizialmente le loro manifestazioni corporee come possibilità di essere incinte, ma ciò viene poi respinto razionalmente dalle stesse e la sintomatologia tipica della gravidanza viene da loro codificata con spie-

gazioni altre (Bayle, 2008). In questo caso alcuni studiosi francesi usano il termine *dénégation*, per contrapporlo ai casi di *déni* (diniego) (Bayle, 2008). C'è comunque da sottolineare quanto a volte, da parte della donna, l'interpretazione dei segni fisici della gravidanza risulti essere ostacolata da caratteristiche fisiche quali obesità o a causa della giovane età connotata da un ciclo mestruale irregolare (Dayan e Bernard, 2013).

Un'ulteriore manifestazione facente parte di questa categoria, argomento principale della presente sezione, è il «diniego della gravidanza», definito dalla maggior parte degli studiosi come la mancanza di consapevolezza della donna relativamente al suo essere incinta (Bayle, 2008; Wessel, Endrikat e Buscher, 2002). Tale anomala esperienza gravidica tende solitamente a emergere nelle donne che, sorprese da intensi dolori addominali, partoriscono il loro bambino (in ospedale, ma anche nella propria casa), ignare fino ad allora di essere state incinte. A volte, però, possibili complicanze durante la gestazione, che richiedono l'intervento di un medico, possono far scoprire la gravidanza prima del parto.

Il concetto di diniego della gravidanza è multidimensionale e include vari livelli di consapevolezza, disfunzionalità e temporalità, quest'ultima intesa come periodo in cui viene scoperta la gravidanza (Vellut, Cook e Tursz, 2012). Solitamente viene effettuata una diagnosi di diniego della gravidanza quando vi è la presenza di un parto improvviso, senza precedenti esami e monitoraggi prenatali oppure quando vi è un inizio tardivo (oltre le venti settimane gestazionali) di cure prenatali (Jenkins, Millar e Robins, 2011).

In letteratura, ritroviamo anche la distinzione tra diniego della gravidanza «totale», se l'essere stata incinta viene scoperto al momento del parto, o «parziale» se la donna riesce a riconoscere la sua condizione gestazionale durante la gravidanza (Chaulet et al., 2013; Struye et al., 2013). A volte, però, i termini «parziale» e «totale» vengono riferiti a quello che è il livello di consapevolezza che la donna ha della propria gravidanza (Chaulet et al., 2013).

Relativamente a quello che è il limite temporale, in gran parte della letteratura viene riconosciuto come diniego della gravidanza quando lo stato gravidico della donna non viene identificato prima delle venti settimane gestazionali (Beier, Wille e Wessel, 2006; Wessel, Gauruder-Burmester e Gerlinger, 2007); altri autori inquadrano invece tale disturbo anche nelle condizioni dove la donna, per tutte le prime quindici settimane di gestazione, non si è resa conto di essere incinta (Chaulet et al., 2013).

Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, il diniego della gravidanza, totale o parziale, non è inusuale. Infatti, in alcuni studi emerge un'incidenza di circa 1 su 2500 parti per il diniego totale e 1 su 475 parti per quello parziale (Jenkins, Millar e Robins, 2011; Kenner e Nicolson, 2015).

Inizialmente, alla luce dei primi studi sul diniego della gravidanza, si riteneva che questa patologia femminile si presentasse esclusivamente in pazienti sofferenti di psicosi. Successivamente, negli anni Ottanta del secolo scorso, alcuni ricercatori hanno messo invece in evidenza quanto il diniego della gravidanza possa presentarsi anche come evento isolato rispetto ad altre configurazioni psicopatologiche e psichiatriche della donna. Pertanto, alla luce di tali evidenze scientifiche e a seguito delle esperienze cliniche maturate recentemente, in questi ultimi anni si tende a distinguere il diniego della gravidanza non psicotico da quello psicotico (Seguin, Golse e Apter, 2013).

Il diniego della gravidanza non psicotico interessa quindi donne non psicotiche e che nel loro passato non hanno mai abusato di sostanze (Spielvogel e Hohener, 1995). Questo specifico profilo psicopatologico ha ad esempio spinto alcuni autori a definire tale condizione clinica come reazione disadattiva nei confronti di fattori esterni stressanti (Neifert e Bourgeois, 2000).

In particolare, nel diniego della gravidanza non psicotico è possibile che le donne non presentino i classici sintomi che caratterizzano l'essere incinta, come amenorrea, nausea e stanchezza (Seigneurie e Limosin, 2012; Dayan e Bernard, 2013). È anche per questo che tale condizione di totale mancanza di sintomatologia è stata collocata da alcuni studiosi come esperienza caratterizzata da una sorta di «complicità psicosomatica» (Seguin, Golse e Apter, 2013).

Oltre all'aspetto personale è importante sottolineare quanto, nelle situazioni di diniego della gravidanza non psicotico, il contesto familiare e gli stessi professionisti sanitari solitamente falliscono nel riconoscere l'esistenza di una gravidanza in atto (Del Giudice, 2007). Non è infatti insolito che questa tipologia di donne abbia avuto nel corso della gestazione alcuni contatti con dei medici, senza però mai ricevere una diagnosi di gravidanza (Beier, Wille e Wessel, 2006). Questa mancata identificazione dello stato gravidico da parte del professionista sanitario e del contesto sociale allargato di appartenenza viene solitamente denominata «contagio del diniego». Ad esempio, alcuni autori di matrice psicodinamica riconducono l'esperienza

del suddetto contagio a un ulteriore meccanismo di difesa messo in atto dalla donna, denominato «identificazione proiettiva» (Del Giudice, 2007; Spinelli, 2010).

In generale, controverse e dibattute risultano infine essere la tipologia e il livello di consapevolezza del proprio essere incinta che le donne riportano nelle condizioni di diniego di gravidanza. Relativamente a questo aspetto, alcuni autori hanno sottolineato quanto nei soggetti con diniego risulti esserci una sorta di livello intermedio di consapevolezza, uno stato psicologico tra il sapere e il non sapere, ma anche una consapevolezza parziale dove la gravidanza compare nei racconti di queste donne sotto forma di sogni, sensazioni e cambiamenti nello stile di vita quotidiano (Kenner e Nicolson, 2015; Seguin, Golse e Apter, 2013).

Il diniego della gravidanza psicotico

Il diniego della gravidanza psicotico è riscontrabile in donne con profili di tipo psichiatrico, quali ad esempio schizofrenia o disturbo bipolare (Jenkins, Millar e Robins, 2011). La presenza di un diniego di tipo psicotico può però talvolta presentarsi anche in soggetti che in passato hanno perso l'affidamento dei figli. In questi casi il diniego potrebbe essere interpretato come una modalità della donna messa in atto per fronteggiare il crescente attaccamento verso il feto e la paura della sua perdita (Spielvogel e Hohener, 1995).

Nelle condizioni di diniego psicotico, le donne subiscono le normali modificazioni fisiche della gravidanza, attribuendo però a questi sintomi cause deliranti (Jenkins, Millar e Robins, 2011; Dayan e Bernard, 2013). Poiché spesso non cercano di nascondere i segni evidenti del loro stato gravidico, la famiglia e i professionisti sanitari vicini a queste donne sono gran parte delle volte a conoscenza della gravidanza in atto (Spielvogel e Hohener, 1995).

Il diniego della gravidanza psicotico è solitamente intermittente (Solari, Dickson e Miller, 2008). Queste donne sono infatti solite oscillare tra un chiaro riconoscimento della propria condizione gravidica e vissuti deliranti del loro essere incinte (Jenkins, Millar e Robins, 2011). In situazioni estreme, alcuni soggetti possono perfino interpretare erroneamente o fallire

nell'identificare correttamente i segni e i sintomi del proprio travaglio di parto, tanto che la nascita del figlio può concludersi immediatamente con un neonaticidio (Solari, Dickson e Miller, 2008).

Profilo delle donne a rischio

Attualmente non sembra esserci un profilo chiaro e condiviso di quelle che sono le donne a rischio di sviluppare un diniego della gravidanza (Wessel, Gauruder-Burmester e Gerlinger, 2007; Jenkins, Millar e Robins, 2011). I dati presenti all'interno della più recente letteratura non escludono infatti che questa particolare patologia femminile possa essere manifestata da qualsiasi donna in età fertile, senza alcuna esclusione socio-economica di appartenenza (Struye et al., 2013). Da una parte, i risultati a disposizione della comunità scientifica internazionale mettono ad esempio in evidenza quanto i soggetti con diniego della gravidanza siano prevalentemente donne giovani, single, primipare, studentesse o disoccupate, che vivono ancora con i propri genitori (Tronche et al., 2007; Struye et al., 2013). Viceversa, per quanto riguarda invece l'età, alcune ricerche (Beier, Wille e Wessel, 2006) individuano la presenza di una percentuale considerevole di donne in età avanzata e multipare; diversamente, altri studi rilevano che le percentuali delle donne minorenni e di quelle con più di quarant'anni sono maggiori rispetto alla popolazione generale (Wessel, Gauruder-Burmester e Gerlinger, 2007; Chaulet et al., 2013). Per altri ricercatori, il diniego della gravidanza non sembra invece essere un fenomeno specifico presente esclusivamente nel corso della prima gravidanza in quanto da analisi approfondite della letteratura emergerebbe che meno di una donna su due risulta essere primipara (Dayan e Bernard, 2013).

Inoltre, solo poche donne con diniego della gravidanza sembrano presentare limitate capacità intellettive, abuso di sostanze, disturbi dell'umore o malattie psichiatriche in generale (Beier, Wille e Wessel, 2006; Jenkins, Millar e Robins, 2011). Alcuni autori, tuttavia, individuano tra questa tipologia di soggetti un'importante percentuale di donne con pregressi disturbi del comportamento alimentare (Bayle, 2008).

Sebbene gli studi effettuati per valutare la possibile associazione tra diniego della gravidanza e disturbi psichiatrici manchino di una metodo-

logia condivisa e appropriata, nella maggior parte degli approfondimenti scientifici a disposizione della comunità scientifica è comunque possibile rilevare quanto questo disturbo tenda a presentarsi senza specifiche comorbidity (Del Giudice, 2007; Seigneurie e Limosin, 2012). Infatti, le ricerche presenti in letteratura, sia qualitative, sia quantitative, mostrano quanto nelle condizioni di diniego della gravidanza sia riscontrabile un'elevata variabilità diagnostica che oscilla dalla presenza di sintomi senza alcuna distinta collocazione psichiatrica alla schizofrenia (Seguin, Golse e Apter, 2013).

BOX 6.3

Effetto del diniego della gravidanza sulla silhouette della donna

Sandoz, in una recente pubblicazione (Sandoz, 2011), focalizza la sua attenzione sui casi di diniego della gravidanza in cui vi è l'assenza del gonfiore addominale che, nella donna, ha poi luogo spontaneamente dopo la presa di consapevolezza della propria gravidanza. L'autore, basandosi su alcuni dati presenti in letteratura, afferma che normalmente il feto assume una posizione orizzontale all'interno del grembo materno e proprio questo porta alla tipica protuberanza addominale femminile. Invece, in numerosi casi di diniego della gravidanza, il feto assume un orientamento verticale e così la silhouette della donna rimane snella.

Quando la futura madre diviene consapevole della propria gravidanza, il feto assume la posizione normale: questa collocazione automatica, che segue appunto tale consapevolezza, viene chiamata «effetto del diniego della gravidanza sulla silhouette» della donna.

Escludendo un malfunzionamento muscolare alla base dell'assenza di protuberanza, Sandoz suppone che nella donna vi sia una specifica attivazione del sistema nervoso sui muscoli addominali per farli rimanere contratti. Per questo motivo, l'autore arriva a ipotizzare che l'effetto del diniego della gravidanza sulla silhouette sia legato a un'anomalia cibernetica (a livello degli elementi che controllano il sistema) piuttosto che funzionale.

In particolare, Sandoz sostiene che, nei casi di diniego, la successiva consapevolezza della propria gravidanza curi spontaneamente la posizione impropria assunta dal feto all'interno del grembo materno. In questo percorso, la gravidanza era sicuramente già nota al sistema nervoso, ma nella donna tale informazione era presente solo in termini inconsapevoli. L'assenza della tipica sintomatologia gravidica è quindi frutto di un meccanismo inconscio, conforme allo scopo di nascondere la gravidanza in atto. Pertanto, anche l'assenza del classico volume addominale è coerentemente collocabile con l'abilità del corpo della donna di individuare un proprio equilibrio di negazione attraverso una risposta omeostasi-reattiva complessa.

Alle donne, nei casi di diniego della gravidanza, non è quindi «concesso» dalla psiche di essere incinte anche se da un punto fisico lo sono. La presa di coscienza della gravidanza riesce però a rimuovere il blocco esistente e, non essendoci più il diniego, il volume addominale può avere luogo. Quindi, il disturbo cibernetico può essere considerato come un meccanismo adattivo del sistema nervoso che cerca di reagire a una situazione paradossale e irrisolvibile.

Ci sono poi le donne che scoprono il proprio diniego solo al momento del parto, non percependo alcun disturbo fisico per tutta la durata della gestazione. Secondo Sandoz, il significato sottostante al suddetto vissuto femminile è che le trasformazioni interne della donna sono controllate da un particolare processo adattivo che comunque permette al corpo di funzionare in maniera soddisfacente. Tale interpretazione supporta il modello omeostasi-reattivo, da considerarsi come risposta automatica e incontrollata dell'organismo a una situazione di emergenza, senza alcuna considerazione temporale attuale o futura.

Quest'ultimo aspetto giustificerebbe, peraltro, anche il prolungato comportamento disfunzionale assunto da alcune donne dove il diniego continua altresì dopo il parto, configurando un'esperienza patologica protratta nel tempo.

Viceversa, dal punto vista psicologico, le donne con diniego della gravidanza sono solite presentare numerose caratteristiche comuni quali immaturità, dipendenza emotiva, repressione delle proprie emozioni, scarsa comunicazione con il proprio ambiente sociale, tendenza verso la passività ed evitamento del conflitto (Vellut, Cook e Tursz, 2012; Struye et al., 2013).

Infine, sul piano clinico, oltre alla presenza di limitati segni fisici tipici dello stato gravidico, come ad esempio l'amenorrea (Tronche et al., 2007; Struye et al., 2013), nelle donne con diniego della gravidanza è stato riscontrato un incremento del volume addominale caratterizzato da minore accrescimento rispetto alla popolazione generale delle donne gravide (si veda box 6.3) e un'assenza di percezione dei movimenti fetali che, quando eventualmente si presentano, sono solitamente attribuiti ad altre sensazioni corporee di origine non ben definita (Struye et al., 2013).

Il parto e i rischi perinatali

I rischi legati alla salute fetale, nei casi di diniego della gravidanza, riguardano principalmente le azioni messe in atto dalle madri non consapevoli del loro essere incinte, come ad esempio effettuare pesanti attività fisiche, assumere droghe, fumare e mangiare cibi dannosi per lo sviluppo del feto (Del Giudice, 2007). Nelle donne che non hanno alcuna consapevolezza della loro gravidanza, ulteriori rischi possono subentrare al momento del parto in quanto questi soggetti sono soliti interpretare impropriamente i segnali del travaglio di parto codificando i sintomi del parto imminente come dolori intestinali o come urgente necessità di defecare (Dulit, 2000). Il parto diviene, perciò, un evento inaspettato, improvviso e traumatico; per alcune di loro, tale esperienza inattesa può anche attivare uno stato dissociativo (Dulit, 2000; Struye et al., 2013).

A seguito di un'esperienza gravidica caratterizzata da diniego e di un conseguente parto inaspettato, le madri e i padri possono percepire il nuovo nato come un intruso nella loro vita, una presenza indesiderata che

altera il loro stile di vita e i loro progetti (Maldonado-Durán, Lartigue e Feintuch, 2000). Per questi motivi, dopo il parto, il rischio di neonaticidio risulta elevato, ma anche di trascuratezza, malnutrizione e/o abusi fisici nei confronti di questo figlio (Del Giudice, 2007). Il diniego della gravidanza, quindi, rappresenta una grande sfida per la relazione madre-bambino e per le relazioni familiari in generale. Tuttavia, ciò non significa automaticamente che, a seguito di una gravidanza caratterizzata da diniego, le risorse relazionali della neomamma vengano compromesse definitivamente (Bayle, 2008).

Ulteriori studi hanno inoltre messo in evidenza che la maggior parte dei neonati, che provengono da un'esperienza materna di diniego della gravidanza, presentano segni di prematurità e un basso peso alla nascita (Del Giudice, 2007; Wessel, Gauruder-Burmester e Gerlinger, 2007), rispettivamente con un'incidenza del 18% e 22% circa (Friedman, Heneghan e Rosenthal, 2009). Anche le percentuali di ricoveri neonatali e di mortalità infantile sono maggiori rispetto alla popolazione generale (Jenkins, Millar e Robins, 2011). Infine, in termini di tutela minori, le donne reduci da un'esperienza di diniego della gravidanza, rispetto alle altre madri, risultano essere maggiormente a rischio di perdere l'affido dei propri figli. Il coinvolgimento del tribunale competente e l'intervento dei servizi sociali territoriali si concretizza talvolta nelle settimane e nei mesi successivi al parto, nonostante la maggior parte delle donne con diniego della gravidanza sembri inizialmente riuscire a occuparsi in maniera sufficientemente adeguata del proprio bambino. Non è infatti infrequente che, successivamente al parto, queste mamme falliscano nei loro compiti di accudimento del figlio e nelle loro responsabilità genitoriali (Friedman, Heneghan e Rosenthal, 2009).

Diniego della gravidanza e neonaticidio

In letteratura sono attualmente presenti diversi studi che hanno approfondito il tipo di relazione esistente tra diniego della gravidanza e neonaticidio, quest'ultimo inteso come omicidio di un neonato all'interno delle prime 24 ore di vita (Struye et al., 2013). Complessivamente, i risultati ottenuti sono da considerare ancora poco chiari e controversi, soprattutto per quanto riguarda il grado di responsabilità della madre nei confronti dell'atto omicida.

Il neonaticidio è spesso preceduto da un'esperienza di diniego della gravidanza o dal suo occultamento (Vellut, Cook e Tursz, 2012). Tuttavia, questa azione omicida da parte materna non è incondizionatamente collegata a un precedente diniego della propria gravidanza o al rifiuto del bambino, come del resto il desiderio di avere un figlio non si associa sempre a una rappresentazione realistica del bambino e dei suoi bisogni (Vellut et al., 2012).

In letteratura è stato evidenziato che molti casi di neonaticidio sono legati a un'esperienza materna di diniego della gravidanza, ma solo nelle situazioni più estreme il diniego della gravidanza può sfociare in neonaticidio (Seguin, Golse e Apter, 2013).

Peraltro, alcuni studi sulle donne che nelle prime ore di vita del bambino commettono un neonaticidio evidenziano quanto questi soggetti sono soliti presentare caratteristiche sociodemografiche e psicologiche simili a quelle delle madri con diniego della gravidanza (Struye et al., 2013).

Inoltre, il diniego della gravidanza non psicotico sembra essere maggiormente associato a una morte passiva del bambino. In questa esperienza, secondo alcuni autori (Jenkins, Millar e Robins, 2011), al momento del parto la donna manifesterebbe confusione, disorientamento e/o panico tanto da provocare la morte del neonato per negligenza materna. Secondo gli stessi autori, il diniego psicotico, invece, ha una probabilità più alta di sfociare in un omicidio attivo, come ad esempio lo strangolamento e il soffocamento del neonato.

Spinelli (2010), in uno studio statunitense sulle donne con diniego della gravidanza che hanno commesso neonaticidio, ha ad esempio evidenziato come tutti i soggetti nel suo campione avessero provato, durante il parto, un senso di depersonalizzazione e una condizione di dissociazione.

Per ulteriori approfondimenti sul neonaticidio e sull'infanticidio si rimanda il lettore al capitolo undicesimo, *Neonaticidio e infanticidio materni*.

Ulteriori elementi sul diniego della gravidanza

Come già riportato sopra, a tutt'oggi non siamo ancora in possesso di una definizione univoca e condivisa del diniego della gravidanza, visto soprattutto il suo manifestarsi in maniera particolarmente eterogenea. In letteratura risulta infatti attualmente mancante un chiaro profilo psicologico

delle donne a rischio che, peraltro, si dimostra differente a seconda dello studio preso in considerazione. Anche le diverse teorie che cercano di spiegare alcune peculiarità presenti nelle condizioni di diniego della gravidanza e gli eventuali fenomeni alla base di questo disturbo sono varie e talvolta in forte contrapposizione tra loro.

In alcuni studi è stato ad esempio evidenziato come un contesto familiare abusante o caratterizzato da un'educazione religiosa particolarmente rigida sembri portare la donna a un bisogno inconscio di reprimere la consapevolezza della propria gravidanza a causa della convinzione che tale presa di coscienza sarebbe troppo pericolosa (Kruger e Van der Spuy, 2007; Spinelli, 2010). Spesso, infatti, in queste donne vi è la paura di essere abbandonate dal padre del bambino o di essere rifiutate dalla propria famiglia d'origine (Vellut, Cook e Tursz, 2012). Inoltre, anche la presenza di un trauma sessuale precoce può rendere la donna a rischio di sviluppare un diniego completo o parziale della propria gravidanza (Spielvogel e Hohener, 1995).

Struye e colleghi (2013) hanno riscontrato dall'analisi della letteratura che le donne con diniego della gravidanza sembrano presentare un rapporto ambiguo anche con la contraccezione. Oltre il 90% di questi soggetti sembra infatti non utilizzare alcuna modalità contraccettiva. Ciò ha portato i suddetti autori a ipotizzare che il diniego della gravidanza possa essere collocabile anche come un diniego della propria fertilità. Questa interessante ipotesi andrebbe a spiegare come tali donne spesso non considerino l'associazione diretta tra il rapporto sessuale e la possibilità di rimanere incinte. A tale aspetto si sommerebbe talvolta anche la presenza di conoscenze parziali e distorte relative alla propria anatomia e alla fisiologia riproduttiva di base, tanto da portarle a ignorare o trascurare il proprio potenziale riproduttivo. Inoltre, in questi soggetti, la sessualità è spesso un tabù e la paura di essere abbandonate dal proprio contesto familiare ed è molto alta.

Il diniego della gravidanza può quindi presentarsi non solo nelle donne giovani e primipare, ma anche nelle donne non più giovani, che non sono in grado di tenere in considerazione il fatto che possono diventare madri, oppure quando sono in età protratta, convinte di essere già in menopausa.

Seigneurie e Limosin (2012), in una recente pubblicazione, riportano ulteriori fattori di rischio che risulterebbero associati al diniego della gravidanza, tra i quali l'ambivalenza nei confronti del desiderio di avere un figlio, il disagio sociale e alcuni limiti di tipo intellettuale. In altre donne con

PAURA DEL PARTO E TOCOFOBIA

Alice Corà

UOC Ostetricia e Ginecologia Azienda ULSS 17 Monselice - Regione Veneto

Pietro Grussu

Consultorio Familiare Azienda ULSS 17 Monselice - Regione Veneto

Riassunto

Per alcune persone, anziché essere esperienze gioiose, la gravidanza e il parto possono diventare fonte di intense preoccupazioni e paure, che possono talvolta assumere una dimensione estrema e connotarsi come disturbo specifico, conosciuto in letteratura come «tocofobia». Esso è associato a molteplici fattori predisponenti di ordine biologico, psicologico e sociale. In particolare, sono state definite tre forme distinte di tocofobia: primaria, secondaria e secondaria alla depressione in gravidanza. Relativamente ai possibili trattamenti, diversi gruppi di ricerca hanno iniziato a studiare l'efficacia della psicoterapia, degli interventi di tipo psicoeducazionale, del counseling e del briefing, ma attualmente non emergono ancora risultati univoci. Ciò che invece emerge è la necessità di adottare forme di intervento personalizzate e integrate che coinvolgano professionisti che operano nell'ambito materno-infantile insieme a specialisti della salute mentale.

Paura del parto

Il percorso della gravidanza è dalla donna generalmente vissuto come esperienza positiva e gratificante. Nelle gestanti non è però inconsueto rilevare la presenza di stati ansiosi alimentati da pensieri e vissuti riguardanti

possibili sviluppi negativi, sia di tipo fisico che emotivo, della gravidanza stessa e del parto (Hofberg e Ward, 2003).

Tra le condizioni di disagio di tipo ansioso in epoca perinatale, la paura del parto è un vissuto diffuso e comune. Si stima infatti che, nei Paesi occidentali, dove questo aspetto è solitamente considerato e valutato, oltre il 20% delle donne gravide riportano, con intensità e livelli differenti, delle paure nei confronti del parto (Hofberg e Ward, 2003; 2004; Saisto e Halmesmäki, 2003).

La paura del parto può presentarsi in tutti i nove mesi di gestazione, essere sperimentata durante il parto stesso e, in alcuni frangenti, risultare associata anche alla paura di morire. Queste sensazioni non sono però strettamente legate alla presenza di una gravidanza in atto. Recenti studi hanno infatti confermato che un numero importante di donne non gravide della popolazione generale è solita riportare delle paure nei confronti del parto tali da posporre o evitare una gravidanza. Hofberg e Brockington (2001) hanno quantificato la presenza di tali paure nel 13% circa della popolazione in età fertile.

Nello specifico, la paura del parto sembra configurarsi in termini multidimensionali, coinvolgendo fattori di natura biologica, psicologica, sociale e culturale, con implicazioni in ambito ostetrico, psicologico e psichiatrico. Peraltro, tale disturbo risulta emergere in alcune donne gravide che riportano disturbi del comportamento alimentare e disturbi dell'umore (Hofberg e Ward, 2004).

Le prime descrizioni in letteratura relative alle conseguenze di alcune forme di ansia preparto risalgono agli anni Quaranta del secolo scorso, quando Sontag (1941) si rese conto che lo stato emozionale della donna poteva avere un effetto sulla stessa gravidanza. In particolare, lo studioso riportò che alcune emozioni materne profondamente disturbate tendevano a produrre un marcato aumento dell'attività fetale.

Successivamente a questi lavori pionieristici, molte altre ricerche sono state effettuate sulle possibili cause e sulle conseguenze legate alla paura del parto. Nonostante questi sforzi non è ad esempio ancora chiaro se questo fenomeno abbia una diffusione differente nelle popolazioni di donne primipare e in quella delle pluripare (Hofberg e Ward, 2003; Saisto e Halmesmäki, 2003). Però, uno studio recente di Nieminen, Stephansson e Ryding (2009), condotto su un ampio campione di donne, ha rilevato

un livello più intenso di paura del parto nelle primigravide, nonostante in quelle pluripare sia presente una maggior percentuale di donne affette da un elevato grado di paura. Un aspetto interessante rilevato dagli stessi autori è che il livello di paura del parto non risulta significativamente associato all'epoca gestazionale.

Tocofobia:¹ diagnosi e valutazione

La paura del parto, secondo alcuni studi presente nel 6-10% delle donne gravide, può manifestarsi anche in termini intensi e debilitanti, rientrando nella condizione clinica conosciuta come tocofobia (Areskog, Uddenberg e Kjessler, 1981; Saisto e Halmesmäki, 2003; Nieminen, Stephansson e Ryding, 2009). In particolare, la tocofobia può essere collocata come uno stato fobico patologico dove l'ansia specifica per il parto o la paura di morire durante il parto sono così intensi da spingere la donna a evitare quanto più possibile tale evento. La paura del parto diventa quindi, in questi casi, paralizzante, terrificante e invalidante, sia in termini fisici, sia emotivi (Scollato e Lampasona, 2013).

Nonostante la tocofobia sia un problema clinico diffuso all'interno della popolazione femminile, e per il quale è stato prodotto un considerevole numero di studi negli ultimi cinquant'anni, non esiste ancora tra i professionisti e gli studiosi un accordo sufficientemente ampio sulla definizione e sulla collocazione specifica di questa forma di sofferenza. Attualmente, ad esempio, i principali manuali diagnostici di riferimento, quali il DSM-V (APA, 2014) e l'ICD-10 (WHO, 1992), non riconoscono le differenti paure del parto riportate dalle donne, e quindi anche la tocofobia, come specifiche entità cliniche.

In particolare, il DSM-V non fa alcun riferimento specifico alla tocofobia, che potrebbe quindi rientrare all'interno delle *fobie specifiche* o del *disturbo d'ansia con o senza altra specificazione*. Viceversa, il manuale diagnostico ICD-10 utilizza codici quali il codice O99.3, *Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso centrale, complicanti la gravidanza, il parto e il*

¹ Il termine «tocofobia» deriva dal greco come parola composta di τόκος (*tokos*), parto o nascita, e φόβος (*fobos*), paura.

puerperio, o il codice F40.2, *Fobie specifiche (isolate)*. Inoltre, dal 1997, compare in appendice all'ICD-10 la «paura del parto» con un codice specifico (O99.80). Tali difformità diagnostiche e di collocazione clinica del disturbo portano inevitabilmente a molteplici difficoltà sia nella codificazione delle esperienze cliniche riportate dai diversi professionisti, sia nell'interpretazione dei dati messi a disposizione dalla ricerca clinica e sperimentale (Saisto e Halmesmäki, 2003).

Globalmente, per una parte importante di studiosi, la tocofobia è considerata come disturbo d'ansia o fobia che si manifesta con incubi, lamentazioni fisiche, difficoltà di concentrazione sul lavoro o nelle attività domestiche; frequentemente è associato a una richiesta diretta da parte della donna di essere sottoposta a un taglio cesareo come modalità per evitare il parto fisiologico, quest'ultimo anticipatamente vissuto come inevitabile esperienza fortemente dolorosa e certamente traumatica. Questo disturbo non è però esclusivamente riportato dai soggetti che stanno vivendo un'esperienza gravidica: può infatti essere riscontrato in tutto il ciclo di vita della donna, dall'infanzia alla vecchiaia.

La donna con tocofobia teme, oltre al dolore, molti aspetti della natalità quali ad esempio le ferite ostetriche, il taglio cesareo in emergenza, l'incompetenza dello staff assistenziale oppure di morire durante il parto. Per altri soggetti, soprattutto nelle donne primipare, la paura maggiore è quella di dare alla luce un bambino con problemi fisici o con una malformazione congenita. Ulteriori paure sono legate al timore che una sofferenza emotiva vissuta in passato — legata ad esempio a un abuso o un precedente parto traumatico — venga riattivata dall'esperienza prenatale attuale (Hofberg e Ward, 2004).

La poca chiarezza sulla clinica della tocofobia è anche conseguente all'utilizzo di metodi di rilevazione e di valutazione dei sintomi tocofobici talvolta non sufficientemente adeguati, quali l'utilizzo di strumenti volti a indagare l'ansia generale oppure questionari costruiti ad hoc o interviste focalizzate sulla paura del parto.

Su questo specifico aspetto, circa trent'anni fa, l'ostetrica svizzera Areskog (Areskog, Uddenberg e Kjessler, 1981; 1982; 1983) ha condotto i primi studi sulla paura del parto. L'autrice, studiando 139 donne a basso rischio nel corso del terzo trimestre di gravidanza, ha evidenziato dei livelli moderati di paura del parto nel 17% dei soggetti e dei livelli severi nel 6%

delle donne (Areskog, Uddenberg e Kjessler, 1981). I risultati di tale ricerca hanno inoltre permesso di sviluppare il *Childbirth Attitudes Questionnaire*, successivamente revisionato e adattato per essere somministrato alle donne di diversi Paesi del mondo (Areskog, Uddenberg e Kjessler, 1982).

Nel contesto italiano (Di Renzo et al., 1984), con la somministrazione del suddetto questionario di Areskog, più di un terzo delle donne ha espresso paure relativamente al parto, con una presenza di punteggi significativamente più alti nei soggetti residenti nel nord Italia rispetto al sud. Questo dato è stato collegato dai ricercatori italiani al differente contesto culturale e/o allo status socio-economico della popolazione di donne gravide coinvolte. Viceversa, non sono state rilevate differenze significative tra le donne che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita e quelle che non li hanno frequentati, né tra primipare e pluripare, né considerando i fattori età o livello di scolarità.

Il *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)* è un altro strumento recentemente redatto per la misurazione della paura del parto, validato anche per la popolazione italiana. Il W-DEQ comprende due versioni: una prenatale che indaga le aspettative e una postpartum che indaga l'esperienza personale del parto (Wijma, Wijma e Zar, 1998; Fenaroli e Saita, 2013).

La natura multifattoriale della paura del parto

La paura del parto può essere considerata in stretto legame con gli aspetti di tipo biologico (alcune componenti della paura del dolore), psicologico (legati alla personalità, a eventi traumatici pregressi o alla paura del futuro ruolo genitoriale), sociale (mancanza di supporto, incertezza economica) o secondaria (originata da precedenti esperienze di parto). Gli studi sui fattori che fanno da sfondo alla paura del parto, oltre agli aspetti di natura ostetrica, sono ancora piuttosto scarsi e limitati.

Le ragioni della paura del parto

Le principali argomentazioni espresse dalle donne come spiegazione della loro paura del parto possono riguardare la paura del dolore, precedenti

esperienze ostetriche negative, paura di essere incapace di dare la vita, paura di una ri-attualizzazione di eventi traumatici, paura di diventare genitore e le paure presenti nel futuro padre. Pertanto, nello specifico:

- a) La *paura del dolore* e una presunta bassa tolleranza alla sofferenza sono, da parte delle donne, tra le motivazioni riportate in maniera prevalente. La paura del dolore legato alle fasi del travaglio è in alcune donne fortemente associata alla paura del dolore in generale, indipendentemente dalla parità, ed è anche una delle ragioni più comuni per la richiesta di taglio cesareo. Se da un lato un certo grado di paura del dolore può essere considerato assolutamente normale, in una percentuale di soggetti tale paura può diventare ingestibile e carica di sofferenza emotiva tanto da assumere un connotato patologico. Gradi elevati di paura possono infatti interferire con il funzionamento cognitivo e aumentare la reattività psicofisiologica; ma anche portare la donna a una reazione particolarmente intensa nei confronti di determinati segnali (ipervigilanza), così come a una loro valutazione abnorme in quanto vissuti come estremamente pericolosi.

La paura influenza inoltre il modo in cui le persone reagiscono alle informazioni date e come valutano il dolore sperimentato e le sue conseguenze. Una richiesta di taglio cesareo dovuta a paura del parto può ad esempio essere considerata come la manifestazione di un comportamento di evitamento del dolore, quale meccanismo appreso che ha lo scopo di evitare o fuggire le situazioni di possibile sofferenza (Saisto e Halmesmäki, 2003).

Non è infine da trascurare quanto in questi ultimi decenni, nonostante le donne possano sempre più accedere liberamente a farmaci analgesici durante il travaglio, sia rispetto al passato altrettanto o ancora più frequente riscontrabile nelle donne il ricordo di un'esperienza negativa legata al dolore del parto. A tal riguardo Areskog (1986) ha ipotizzato che, nelle società occidentali, la paura del dolore del parto sembrerebbe essere un modo culturalmente accettato di esprimere qualcosa di molto più complesso.

- b) Le *precedenti esperienze ostetriche negative* sono, tra le donne pluripare, uno dei principali motivi di paura del parto e di richiesta di un taglio cesareo. Infatti, Pang e colleghi (2008), indagando nelle pluripare i determinanti

PENSIERI DI FARE DEL MALE AL BAMBINO: DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Alessandra Bramante

Consulente ATS Bergamo e Centro Psiche Donna Milano

Riassunto

I disturbi d'ansia nel periodo perinatale sono spesso sottovalutati, nella convinzione che le nuove mamme siano «naturalmente ansiose». Uno dei disturbi più frequenti è il disturbo ossessivo compulsivo, la cui caratteristica principale è la presenza delle ossessioni (ricorrenti pensieri che causano ansia o disagio), delle compulsioni (comportamenti ripetitivi o azioni mentali che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta a un'ossessione) o di entrambe. In gravidanza sono più frequenti le ossessioni di contaminazione e le compulsioni di lavare/pulire, nel postpartum sono frequenti le ossessioni di contaminazione e aggressive, in particolare il pensiero di fare del male al proprio bambino. Recenti studi hanno messo in luce la presenza del disturbo ossessivo compulsivo postpartum anche nei papà. Il trattamento è fondamentale e solitamente ha maggiore effetto quello combinato tra farmacoterapia e psicoterapia a indirizzo cognitivo-comportamentale.

Introduzione

Tutte le neomamme sono un po' in ansia. Diventare mamma è un ruolo nuovo, un nuovo lavoro, con una nuova persona nella tua vita e nuove responsabilità. L'ansia in risposta a questa situazione è molto comune e in

qualche modo adattiva. Tuttavia, per varie ragioni, alcune madri hanno eccessive preoccupazioni e sperimentano un livello grave e invalidante di ansia nel periodo perinatale.

Il periodo postpartum è riconosciuto come un momento di vulnerabilità per i disturbi affettivi, in particolare per la depressione postpartum. Al contrario, la prevalenza e la presentazione clinica dei disturbi d'ansia durante la gravidanza e il periodo postpartum hanno ricevuto poca attenzione dalla ricerca.

In contrasto con la credenza comune che la gravidanza rappresenti uno stato di benessere con bassi tassi di problematiche psichiatriche, la gravidanza non protegge affatto dall'ansia e dai disturbi affettivi.

L'ansia nel periodo perinatale può manifestarsi sotto diverse forme, come riportato nella figura seguente (si veda figura 10.1):

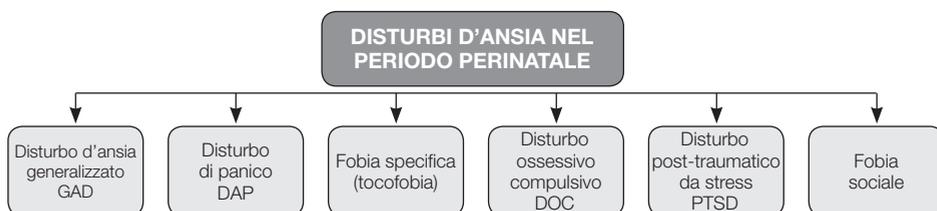


Fig. 10.1 Disturbi d'ansia nel periodo perinatale.

Recenti studi hanno dimostrato che numerose donne manifestano un nuovo esordio o una riacutizzazione di un disturbo d'ansia preesistente nel periodo della gravidanza o del postpartum. Inoltre ansia e depressione si manifestano spesso insieme già durante la gravidanza e, se non trattate, tendono a persistere anche dopo la nascita del bambino.

Il DOC sembra essere uno dei disturbi d'ansia più frequenti durante il periodo perinatale.

Nonostante ciò è spesso non diagnosticato e sovente confuso con la depressione postpartum, che è in comorbidità con il DOC, oppure conseguenza dello stesso.

La letteratura parla di una comorbidità del DOC con altre psicopatologie, come altri disturbi d'ansia, la depressione o con il disturbo da abuso di sostanze, che varia dal 70% all'80% a seconda degli studi.

Epidemiologia

Il DOC è un disturbo psichiatrico relativamente comune, con una prevalenza *life-time* circa al 2/3% (Ruscio et al., 2010), vale a dire che ogni cento persone che nascono oggi nel mondo due o tre svilupperanno nell'arco della propria vita un DOC.

Studi epidemiologici dimostrano che tale disturbo è più frequente nelle donne rispetto agli uomini e costituisce un importante problema di salute che porta a un deterioramento della qualità della vita e a problematiche nell'ambito professionale e sociale. Negli uomini, a differenza delle donne, insorge più precocemente.

Il picco d'esordio è collocato tra i 16 e i 25 anni, con una percentuale nel periodo infantile del 15% e dopo i quarant'anni del 5%. L'età media di insorgenza di questa malattia include il periodo di fertilità delle donne.

I dati attuali suggeriscono che il periodo perinatale è un momento di elevato rischio per l'esordio del DOC. Ciò è coerente con un'età media tra i 23 e i 35 anni di insorgenza del disturbo nella popolazione generale. Una revisione sistematica di studi non controllati retrospettivi indicano che fino al 40% dei pazienti ambulatoriali in età fertile sperimenta l'insorgenza del disturbo DOC durante la gravidanza e il 30% durante il puerperio. Una recente meta-analisi ha trovato una maggiore prevalenza di DOC durante la gravidanza (2.07%) e il periodo postpartum (2.43%) rispetto alla popolazione generale (1.08%). I padri sono stati raramente segnalati per lo sviluppo del DOC nel postpartum (Rosse McLean, 2006).

La prevalenza del DOC durante la gravidanza è stata riportata nel range da 0.2% al 5.2% in letteratura, i tassi relativamente costanti tra gli studi sono tra 1% e 3%. Sintomi ossessivo compulsivi sono più frequentemente osservati nelle donne in stato di gravidanza.

La prevalenza di DOC nel postpartum è stata riscontrata in un'ampia percentuale che va dallo 0.7% al 9%, e i sintomi ossessivo compulsivi sono stati descritti dal 14% al 63.5% delle donne dopo il parto. Le mamme che presentano un DOC dopo il parto spesso hanno ossessioni di fare del male al loro bambino e questo può portarle a evitare il bambino per paura di agire i propri pensieri. Per questa ragione, i sintomi manifestati spesso compromettono la capacità di queste donne di prendersi cura dei loro bambini e questa situazione a lungo termine può dar luogo a una sintomatologia depressiva. Uno

studio su 17 donne con DOC postpartum ha messo in luce che l'ossessione di fare del male al bambino era presente nel 54% del campione.

Nonostante la prevalenza del DOC sia inferiore al 3%, più dell'80% della popolazione generale ha esperienze di pensieri intrusivi e spiacevoli e circa il 50% compie rituali e comportamenti stereotipati spesso egosintonici, ovvero in perfetta armonia con la struttura dell'Io del soggetto.

Ci sono diversi casi clinici che mostrano come la gravidanza e il postpartum siano associati con l'insorgenza del disturbo ossessivo compulsivo più frequentemente di altri eventi della vita (Uguz e Ayhan, 2011). Dal 25% al 70%, a seconda degli studi, delle donne con DOC perinatale affermano che la gravidanza e il puerperio sono stati il fattore di vita precipitante nello sviluppo o nel peggioramento dei sintomi ossessivo compulsivi.

Eziopatogenesi

Le cause del disturbo ossessivo compulsivo non sono ancora completamente conosciute. Alcuni recenti studi di genetica, neurochimica, farmacologia e *neuroimaging*, hanno rilevato evidenze di un substrato biologico del disturbo in questione. Di conseguenza il campo di indagine si è spostato dall'aspetto puramente psichiatrico/psicologico a quello biologico.

Sono così state proposte numerose teorie eziologiche per spiegare la presenza di sintomi ossessivo compulsivi in gravidanza e nel postpartum. Le principali sono:

1. teoria biologica
2. teoria sociobiologica
3. teoria evoluzionistica
4. teoria cognitivo-comportamentale.

Queste teorie tentano di dare una spiegazione alle diverse caratteristiche del DOC perinatale, come la rapida comparsa dei sintomi, il contenuto dei sintomi con focalizzazione sul fare del male al bambino e la manifestazione dei sintomi ossessivo compulsivi nel papà (Abramowitz, 2003).

Teoria biologica: alcuni studi sulle famiglie di gemelli hanno messo in luce una chiara componente biologica del DOC. Risulta infatti che il DOC sia più frequente in quelle famiglie di pazienti affetti da tale distur-

bo rispetto a quelle della popolazione generale. È stata inoltre dimostrata un'elevata concordanza per il DOC nei gemelli monozigoti (fino all'87%) rispetto ai dizigoti (fino al 47%).

La teoria biologica si basa sul concetto di disregolazione e disfunzione in vari neurotrasmettitori e ormoni, inclusa la serotonina, l'estrogeno, progesterone e ossitocina. L'ipotesi della serotonina suggerisce che la disregolazione di questo neurotrasmettitore possa giocare un ruolo molto importante nello sviluppo del DOC (Barr, 2003). E sono numerosi gli studi che confermano l'ipotesi di una disregolazione del sistema serotoninergico (il cui neurotrasmettitore è la serotonina, deputato all'equilibrio dell'umore, al controllo dell'impulsività, dell'appetito, del sonno, dell'aggressività e della sessualità) nella genesi dei sintomi ossessivi e compulsivi.

Sembra, tuttavia, che anche altri sistemi neurotrasmettitoriali siano coinvolti nella patogenesi del DOC. Nelle donne, alcuni studi hanno messo in luce il fatto che la disfunzione serotoninergica che porta ai sintomi ossessivo compulsivi, sia causata dalla fluttuazione di estrogeno e progesterone durante la gravidanza e il postpartum (Barr, Goodman e Price, 1993). Ormoni come l'estrogeno e il progesterone sono collegati al funzionamento della serotonina. Durante la gravidanza e il postpartum le donne sperimentano una drastica diminuzione di estrogeno e progesterone che potrebbe spiegare il repentino esordio dei sintomi ossessivo compulsivi.

Nel periodo perinatale anche la concentrazione di ossitocina aumenta e una teoria suggerisce che un rapido aumento dell'ossitocina verso la fine della gravidanza e durante il puerperio potrebbe aggravare o scatenare l'insorgenza del DOC (McDougle et al., 1999).

Teoria sociobiologica: i fattori sociobiologici, inclusa la vulnerabilità allo stress e all'ansia, sono stati studiati in relazione allo sviluppo del DOC postpartum (Lord et al., 2011). Le mamme affette da un disturbo ossessivo compulsivo perinatale, rispetto alle donne che non manifestano tale disturbo, presentano: eccessivo aumento di peso, iperemesi gravidica, e un parto prolungato e difficile.

Studi psicofisiologici sulle donne con DOC perinatale mostrano un aumento del livello di cortisolo rispetto ai controlli. Ciò significa che le donne con DOC perinatale sono più reattive allo stress e all'ansia.

Teoria evolucionistica: questa teoria suggerisce che i pensieri intrusivi relativi alla sicurezza del bambino sono adattivi in quanto i neogenitori