

# Psicologia clinica perinatale

Dalla teoria alla pratica

Prefazione di Fiona Alderdice  
Postfazione di John Cox

A cura di  
Rosa Maria Quatraro e Pietro Grussu

**GUIDE**  
PSICOLOGIA

**PSICOLOGIA DELLA MATERNITÀ**  
*Direzione Pietro Grussu e Rosa Maria Quatraro*

**Erickson**

## IL LIBRO

---

### **PSICOLOGIA CLINICA PERINATALE**

Questo libro conduce i lettori nel mondo della psicologia clinica perinatale attraverso un viaggio lungo 15 capitoli che poggiano su una solida base teorica e riportano molteplici indicazioni operative di grande utilità per la pratica clinica quotidiana.

Le tematiche, che spaziano fra i problemi delle madri e quelli delle famiglie, sono ben documentate e trattate in modo esauriente dal punto di vista sia teorico che pratico.

Grazie al contributo di alcuni tra i maggiori esperti mondiali e all'ampiezza dei temi affrontati, questa guida rappresenta un'ottima risorsa per tutti coloro che desiderano ritrovare in un'unica opera l'attuale scenario scientifico e applicativo relativo alla salute psicologica in gravidanza e dopo il parto.

#### **I CURATORI**

---

##### **ROSA MARIA QUATRARO**

Psicologa psicoterapeuta, specialista in Psicologia clinica, svolge da moltissimi anni attività clinica, di ricerca, formazione e supervisione nell'ambito della psicologia e psicopatologia perinatale. Autrice di numerose pubblicazioni scientifiche nazionali e internazionali concernenti la psicologia della maternità, è membro della Società Marcé Italiana per la Salute Mentale Perinatale e di International Marcé Society.

##### **PIETRO GRUSSU**

Psicologo psicoterapeuta, specialista in Psicologia clinica, è dirigente sanitario referente del Consultorio familiare e del Centro di eccellenza nazionale ONDa dei Servizi integrati per la depressione perinatale del Distretto Padova Sud, Azienda ULSS 6 Euganea, Regione Veneto. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche, è inoltre fondatore e vice-presidente della Società Marcé Italiana per la Salute Mentale Perinatale.

---

### **PSICOLOGIA DELLA MATERNITÀ**

**DIREZIONE PIETRO GRUSSU E ROSA MARIA QUATRARO**

Proposta editoriale pensata per promuovere una cultura della perinatalità e maternità che ne restituisca le forme complesse e sfaccettate. I testi – guide, manuali, testi divulgativi o operativi – sono rivolti a genitori, psicologi, ostetriche, infermieri, pediatri, educatori, assistenti sociali e a chiunque ogni giorno fornisce assistenza e supporto alle donne durante e dopo la gravidanza, nonché alle loro famiglie.

€ 30,00



www.erickson.it

# INDICE

Presentazione della collana	21
Prefazione di <i>Fiona Alderdice</i>	23
Introduzione di <i>Rosa Maria Quatraro e Pietro Grusso</i>	27
PARTE PRIMA: STRESS	
<i>Capitolo primo</i>	
Stress perinatale materno ( <i>Dawn Kingston e Muhammad Kashif Mughal</i> )	39
<i>Capitolo secondo</i>	
L'esposizione del feto ai disturbi psicologici della madre ( <i>Catherine Monk, Sophie Foss, Preeya Desai e Vivette Glover</i> )	71
PARTE SECONDA: GRAVIDANZA E PARTO	
<i>Capitolo terzo</i>	
«Un precipizio nel Tempo» ( <i>Joan Raphael-Leff</i> )	105
<i>Capitolo quarto</i>	
L'impatto psicologico dell'infertilità e della procreazione assistita ( <i>Tewes Wischmann</i> )	137
<i>Capitolo quinto</i>	
Diagnosi prenatale: l'impatto psicologico e le esperienze dei genitori in presenza di anomalie fetali ( <i>Joann Paley Galst</i> )	175
<i>Capitolo sesto</i>	
Aborto spontaneo e perdita perinatale ( <i>Natalène Séjourné e Nelly Goutaudier</i> )	217

*Capitolo settimo*

- Il parto traumatico: un effetto onda in continua espansione  
(*Cheryl Tatano Beck*) 267

PARTE TERZA: PERIODO POSTNATALE

*Capitolo ottavo*

- Oltre il maternity blues: stress, vissuti emotivi  
e modalità di intervento nel periodo postpartum  
(*Rosa Maria Quatraro e Pietro Grussu*) 295

*Capitolo nono*

- Il ricovero in terapia intensiva neonatale:  
le esperienze emotive dei genitori  
(*Lisa S. Segre e Sue L. Hall*) 337

*Capitolo decimo*

- I bisogni della donna nel dopo parto:  
il ruolo del supporto familiare e sociale  
(*Wendy Davis, Kimberly McCue, Brenda Papierniak,  
Christena Raines e Lita Simanis*) 365

*Capitolo undicesimo*

- Allattamento al seno e svezzamento  
(*Jenny Perkel*) 385

PARTE QUARTA: PSICOPATOLOGIA, PREVENZIONE  
E MODALITÀ DI INTERVENTO

*Capitolo dodicesimo*

- Depressione, ansia e sofferenza psicologica nel periodo perinatale  
(*Jeannette Milgrom e Alan W. Gemmill*) 415

*Capitolo tredicesimo*

- Fattori di rischio per la depressione e l'ansia nel periodo perinatale  
(*Alessandra Biaggi e Carmine M. Pariente*) 451

*Capitolo quattordicesimo*

- Screening e identificazione precoce delle donne a rischio  
di psicopatologia perinatale  
(*Alessandra Bramante*) 497

*Capitolo quindicesimo*

Psicosi postpartum, disturbi bipolari e unità madre-bambino  
(*Florence Gressier, Ingrid Lacaze de Cordova, Elisabeth Glatigny,  
Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal e Anne-Laure Sutter-Dallay*)

535

Postfazione *di John Cox*

557

# PREFAZIONE

Negli ultimi tempi sui giornali vengono pubblicate statistiche inquietanti riguardanti la salute mentale perinatale: una donna su quattro in gravidanza soffre di un disturbo psichico. Nel Regno Unito, per esempio, un quarto delle donne decedute tra le 6 settimane e il primo anno dopo il parto sono morte per cause legate proprio alla salute mentale.<sup>1</sup> Questi dati esemplificano e dimostrano il fatto che in tutto il mondo esiste un'ampia diffusione dei disagi psicologici che possono colpire le donne nel periodo precedente e successivo alla nascita di un figlio. Si può fare molto per sup-

---

<sup>1</sup> Dalle stime retrospettive più recenti del rapporto di mortalità materna elaborate dal Sistema di Sorveglianza Ostetrica (Italian Obstetric Surveillance System — ItOSS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) emerge che in Italia, come nei principali Paesi europei, la mortalità materna è un evento raro, con un tasso analogo alla Gran Bretagna e alla Francia dove muoiono 10 donne ogni 100 mila nati vivi. Nel nostro Paese, tra il 2006 e il 2012, per cause legate alla gravidanza e al parto, sono infatti morte 9 donne ogni 100 mila, con un'ampia variabilità tra regioni.

In particolare, la causa più frequente delle morti materne precoci (ovvero entro 42 giorni dalla nascita) è l'emorragia, responsabile del 43,5% del totale dei decessi, seguita dai disordini ipertensivi della gravidanza (19,1%) e dalla tromboembolia (8,7%).

Tra le morti materne registrate nell'intervallo tra 43 giorni e 1 anno dal parto, un quarto è dovuto a suicidi.

*Nota a cura di Pietro Grusso e Rosa Maria Quatraro. Fonte: Sistema di Sorveglianza Ostetrica, Istituto Superiore di Sanità.*

portare queste madri e le loro famiglie, e si deve farlo. Non dobbiamo però dimenticarci delle tante che vivono invece una gravidanza relativamente tranquilla e si adattano bene a questo importante passaggio della vita. Per loro, una maggiore attenzione al benessere psicologico nel periodo perinatale può *ottimizzare* l'equilibrio mentale, con un importante impatto positivo sulla salute e il benessere a lungo termine.

Questo volume offre chiari esempi di come si possa fare la differenza per lo stato emotivo di tutte quelle donne e famiglie chiamate ad affrontare le diverse situazioni e decisioni che caratterizzano il periodo perinatale.

La salute mentale e i relativi programmi di prevenzione e cura continuano a languire all'ombra dei protocolli di prevenzione e cura della salute fisica. Leggendo questo libro vi renderete presto conto dell'assurdità del dualismo mente-corpo: una soluzione troppo semplicistica per un problema così complesso. Se, come me, lavorate nel campo della salute riproduttiva, riconoscerete anche in voi stessi l'inclinazione distorta a identificare e trattare solo gli esiti fisici dell'infertilità, degli aborti spontanei, delle complicazioni della gravidanza e di ciò che solitamente succede nel pre e postpartum. Questa pubblicazione vi aiuterà ad addentrarvi nel complesso rapporto fra salute fisica e mentale nell'affrontare questi particolari eventi. Ciascun capitolo è una testimonianza del lavoro che è stato svolto fino a oggi a livello internazionale per cercare di distinguere le specificità della salute psicologica nel periodo perinatale, per esplorare contesti e fattori dietro cui si celano dei disagi, per evidenziare le difficoltà che i genitori affrontano a livello psicologico quando — in gravidanza e nel postpartum — sorgono complicazioni e sono necessarie decisioni a volte difficili.

Questo libro fornisce una gran mole di informazioni che gli esperti del campo hanno tratto dalla ricerca e dalla pratica clinica quotidiana, esplorando numerose tematiche psicologiche: l'esperienza dello stress perinatale, i problemi psicologici in gravidanza, durante il parto e nel periodo postnatale, il rischio e la prevenzione delle psicopatologie. Un aspetto che colpisce è che, in molte occasioni, le ricerche indicano quanto i disagi psicologici che riguardano questa fase della vita si possano risolvere con soluzioni semplici. Per esempio, l'importanza del supporto sociale nel periodo perinatale per mantenere il benessere emotivo appare una questione di buon senso, eppure frequentemente questo sostegno non viene offerto alle donne che ne hanno bisogno.

D'altra parte, sempre più spesso la procreazione può essere vissuta come un evento multiforme e questo libro ci aiuta anche a capire quanto le nuove tecnologie e il progresso scientifico introducano elementi di grande complessità, come quelli che ritroviamo nell'ambito delle biotecnologie riproduttive, della diagnosi prenatale e delle cure neonatali.

Oltre a comprendere l'impatto psicologico sulle donne e le loro famiglie, il libro evidenzia i principali aspetti sociali ed etici che questi nuovi sviluppi portano con sé.

Molti degli argomenti trattati sono problematici tanto per i genitori quanto per i professionisti sanitari e la società in generale, e queste pagine offrono un approccio equilibrato e sensibile. Ad esempio, il capitolo sullo screening prenatale per le anomalie congenite evidenzia le difficili decisioni che i genitori si trovano ad affrontare e fornisce consigli per supportare le famiglie in relazione ai diversi esiti che possono verificarsi. Peraltro, in questo specifico capitolo sono descritti gli interventi psicoterapeutici per le donne che hanno scelto di interrompere la gravidanza in presenza di anomalie fetali, ma è anche illustrato come fornire supporto psicologico a chi sceglie di portare a termine la gravidanza, che ci siano possibilità di sopravvivenza per il feto o meno.

*Psicologia clinica perinatale: dalla teoria alla pratica* è un'ottima risorsa per ricercatori, operatori e dirigenti sanitari, ma anche per tutti coloro che sono interessati a comprendere l'importanza della psicologia perinatale in sé.

Questo libro ci pone certamente davanti a sfide importanti per il futuro: possiamo e dobbiamo cambiare i nostri preconcetti sulla salute perinatale e sulla psicologia clinica perinatale in particolare, impegnandoci davvero affinché si possa concretizzare la costruzione di un modello teorico e applicativo che integri la salute fisica con quella psicologica.

Oxford, 27 febbraio 2018

*Prof. Fiona Alderdice  
National Perinatal Epidemiology Unit  
Oxford University  
Regno Unito*



# INTRODUZIONE

Una crescente attenzione nei confronti dei disturbi psicologici e psichiatrici perinatali sta facendo crescere progressivamente ed esponenzialmente il numero delle ricerche e, quindi, le nostre conoscenze circa la psicologia clinica e la psichiatria perinatale. Nel Regno Unito, in un documento sul peso economico dei problemi di salute mentale perinatale, Bauer e colleghi (2014) evidenziano che i costi a lungo termine della depressione perinatale, dell'ansia e della psicosi postpartum corrispondono a 8,1 milioni di sterline per anno, ovvero l'equivalente di 10.000 sterline per ogni nuovo nato, la maggior parte delle quali dedicate agli effetti avversi sul bambino. Tali elementi, come è stato descritto in diverse sezioni di questo libro, fanno capire come la salute mentale perinatale non possa e non debba essere un lusso per pochi. Non si parla infatti del benessere di un singolo individuo, ma dell'intera famiglia e, soprattutto, delle generazioni future. In questo ambito la psicologia clinica perinatale può e deve dare il massimo occupandosi delle donne e delle loro famiglie, ma anche della formazione degli operatori che ruotano attorno alla perinatalità.

In un documento redatto dalla British Psychological Society (2016), sul ruolo della psicologia clinica perinatale all'interno dei servizi perinatali inglesi, emerge che lo psicologo clinico dovrebbe essere inserito all'interno dei reparti maternità e nelle unità di terapia intensiva neonatale degli ospedali con più di 3000 parti per anno, nonché all'interno dei servizi integrati di salute mentale perinatale (territoriali e ospedalieri). L'ambito

non è solo quello della cura del paziente, ma anche della supervisione e della formazione del personale e delle équipes multidisciplinari che si occupano della salute mentale perinatale. È bene ricordare che le donne, quando nel periodo perinatale stanno male emotivamente, hanno una chiara preferenza per il supporto psicologico, piuttosto che per i farmaci psicotropi (Buist, O'Mahen e Rooney, 2015), che per certe situazioni sono il trattamento di prima linea, ma in altre possono non essere considerati necessari se c'è la possibilità di avere diagnosi corrette e trattamenti efficaci. Ciò rende ancora più importante la necessità che la psicologia clinica perinatale possa strutturare interventi efficienti ed efficaci sia di prevenzione che di cura dei disturbi emotivi perinatali. Importantissimi sono in questa ottica tutti i progetti e le strategie di riduzione della sofferenza e dello stress che possono accompagnare la gravidanza e il dopo parto. In altre parole, lo psicologo clinico perinatale non può e non deve occuparsi esclusivamente della psicopatologia perinatale, ma deve poter intervenire su tutti quegli eventi che possono causare stress e disagio emotivo sia prima che dopo la nascita del bambino.

Nell'ultimo ventennio un interesse sempre crescente è stato rivolto ai disturbi depressivi, ansiosi e psicotici del periodo perinatale. Recentemente l'attenzione ai disturbi subclinici sta divenendo una necessità di salute tanto che il National Institute of Health and Clinical Excellence NICE (2014) pone particolare enfasi sull'opportunità di rilevare e curare i sintomi ansiosi e depressivi che insorgono nel periodo perinatale. L'ottica è quella di incrementare la salute emotiva e il benessere di tutte le donne che affrontano il delicato passaggio alla maternità (Alderdice, McNeill e Lynn, 2013). Accanto a ciò dobbiamo considerare che recentemente, con l'avanzare delle biotecnologie e i progressi della medicina perinatale, è sempre più urgente dedicare la giusta attenzione a tutte quelle condizioni di grave stress fisico ed emotivo che possono presentarsi quando si cerca o si sta portando avanti una gravidanza, durante il parto e nell'immediato dopo parto.

Ecco allora che risulta importante, anche in un'ottica preventiva e di riduzione della sofferenza emotiva che talvolta prende forme di vera e propria patologia, offrire supporto e interventi psicologici adeguati alle donne/copie che affrontano percorsi di fecondazione assistita, che devono far fronte a una diagnosi prenatale positiva, affrontare i lutti legati alla gravidanza (aborti ripetuti, aborti spontanei ripetuti e/o tardivi, morti endouterine fetali o neonatali) o sperimentano nascite premature con il relativo ricovero

in Terapia Intensiva Neonatale, gravidanze ad alto rischio, parti traumatici, difficoltà emotive e di accudimento tipiche del postpartum, difficoltà nell'allattamento al seno.

La psicologia clinica perinatale è chiamata a intervenire in tutti questi ambiti, con modalità efficaci e appropriate che limitino le ricadute di tali eventi perinatali sulla salute della madre, della coppia, ma soprattutto sulla salute dei figli. Si tratta di un investimento sulle generazioni future, una possibilità di intervenire quando ancora la mente del bambino è in fieri, ed è pensata dalla mente della madre e dalla coppia genitoriale. È proprio intervenendo con strategie di supporto e terapeutiche sul funzionamento mentale ed emotivo materno e della coppia genitoriale che possiamo avere i massimi risultati in termini di interruzione della trasmissione transgenerazionale di traumatismi e stress alla prole, riducendo il rischio di psicopatologia nei figli.

Questo testo parte dalla nostra esperienza «sul campo» come psicologi clinici che si occupano da molti anni della maggior parte delle problematiche di cui il libro tratta. Era nostro desiderio proporre una riflessione che superasse il dualismo mente-corpo. In questa ottica ci sembra importante aprire il campo di interesse della salute mentale perinatale nei confronti di condizioni cliniche che meritano attenzione e cura da parte dei governi e delle politiche sanitarie, da parte del contesto sociale e da parte dei clinici, siano essi psicologi, ostetriche, infermiere pediatriche, operatori perinatali nonché medici che a vario titolo si occupano delle donne e dei bambini nel periodo perinatale (psichiatri, neuropsichiatri infantili, pediatri, medici di medicina generale).

L'intento del presente testo è proprio quello di affrontare tutte le situazioni che nel periodo che precede e segue il parto possono creare una sofferenza emotiva alla donna, alla coppia e alla famiglia, compresi i figli che verranno. Ciascuna sezione tratta un aspetto della psicologia clinica perinatale e in ognuna i diversi autori — esperti in specifici ambiti della psicologia clinica della gravidanza e del periodo postnatale — hanno sviluppato l'argomento offrendo una configurazione aggiornata della letteratura e, successivamente, trattando le principali modalità di intervento che lo psicologo clinico può mettere in atto.

La Parte prima, contenente i due capitoli di apertura, permette al lettore di conoscere approfonditamente la letteratura sullo stress e i suoi

effetti in gravidanza e nel dopo parto (sulla madre e sul bambino). Questo importantissimo e attuale argomento viene affrontato da due dei più importanti gruppi di ricerca che da anni lavorano sullo stress perinatale: quello dell'Università di Calgary di Dawn Kingston e Muhammad Kashif Mughal, e quello di Catherine Monk e Vivette Glover, affiancate dalle collaboratrici Sophie Foss e Preeya Desai. Gli autori, nei loro contributi, descrivono gli effetti dello stress sulle generazioni future e i relativi meccanismi di trasmissione, sui quali la ricerca sta progressivamente avanzando con conoscenze sempre più interessanti. Accanto a ciò viene dato rilievo ai programmi di riduzione dello stress e alle metodologie di screening e presa in carico delle donne che vivono situazioni di intenso disagio perinatale.

La Parte seconda, che riguarda la gravidanza e il parto, si focalizza invece sugli eventi avversi che possono costituire fattori di rischio per i disturbi emotivi perinatali, sia concomitanti alla gravidanza in corso/interrotta sia per le gravidanze/postpartum successivi. I capitoli di questa Parte seconda si snodano partendo dalla realtà clinica di chi lavora quotidianamente con le donne e si ritrova ad avere a che fare con situazioni di maternità sempre più complesse. L'aumentata età materna e paterna, gli inquinanti ambientali e lo stress hanno portato a una riduzione della fecondità alla quale si sopperisce sempre più con la fecondazione assistita omologa ed eterologa, nonché con le biotecnologie. Tutto ciò ha però dei costi personali e sociali che possiamo prevedere solo in parte e che esigono una riflessione che Joan Raphael-Leff ci propone. I costi, però, sono anche emotivi. Queste donne e coppie sono infatti spesso portatrici di una grande sofferenza poco espressa e condivisa, che necessita di essere vista, accolta e ascoltata dalla società, dai medici e dagli operatori sanitari perché anche le donne e le coppie stesse possano prendersene carico. Questa possibilità, come ci spiega Tewes Wischmann nel suo capitolo, ha una valenza preventiva anche rispetto alla salute emotiva perinatale e alla relazione genitori-figli.

Il progresso ha inoltre portato con sé la possibilità sempre più sofisticata di effettuare diagnosi prenatali che permettono di rilevare la salute del feto e la presenza di eventuali anomalie genetiche e/o funzionali. Questa possibilità, con la relativa scelta rispetto a come intervenire, apre un dilemma etico e umano che le coppie raramente affrontano con leggerezza e di cui Joann Paley Galst ci parla ampiamente. Il percorso decisionale, l'aborto terapeutico o la decisione di continuare la gravidanza nonostante le malfor-

mazioni o i problemi di salute del feto richiedono interventi specifici che riducano l'impatto avverso di questi eventi sia sulla donna e la coppia che sugli eventuali altri figli già nati o che verranno.

Una ricaduta simile, anche se con ulteriori aspetti specifici, la hanno anche i lutti legati alla gravidanza nei quali è importante includere non solo le morti endouterine fetali e le morti neonatali, ma anche l'aborto spontaneo e l'aborto spontaneo ricorrente. Tutti questi eventi, di cui ci parlano ampiamente ed esaurientemente Natalène Séjourmé e Nelly Goutaudier, possono dare luogo a reazioni di sofferenza emotiva e, in certi casi, a vere e proprie psicopatologie come il disturbo post-traumatico da stress o un disturbo da lutto. Queste situazioni cliniche, fino a pochi anni fa scarsamente considerate dai professionisti della salute e vissute solamente nell'intimo della propria coppia, oggi sempre più diventano eventi condivisibili e sui quali è importante agire come operatori perinatali, sia con interventi preventivi che di cura.

Un altro argomento che attualmente sta ricevendo una grande attenzione anche in Italia sono i parti traumatici e il loro impatto psicologico negativo sia sulla donna/coppia che sugli operatori che assistono le neomamme. L'argomento viene sviluppato magistralmente da Cheryl Tatano Beck in tutte le sue sfaccettature e ne viene data una lettura anche in chiave evolutiva per tutti gli attori della scena del parto, a patto però che lo psicologo clinico possa intervenire (direttamente o indirettamente) utilizzando modalità appropriate che ne limitino l'«effetto onda negativo».

La Parte terza è dedicata al dopo parto, momento di passaggio e di cambiamenti fisici, psicologici, sociali e relazionali. Molte sono le richieste che la donna deve riuscire a soddisfare: ora che il bambino è una creatura con esigenze reali, la madre vive un periodo di adattamento fisico psicologico e di ruolo. Questo passaggio e le sue difficoltà sono descritti all'interno del capitolo di Rosa Maria Quatraro e Pietro Grussu. In particolare, abbiamo focalizzato l'attenzione sui vissuti, sulla reattività emotiva e le reazioni di stress che caratterizzano le prime settimane postpartum. Nel nostro contributo viene affrontato anche lo spinoso nodo dell'assistenza — collocabile dalla degenza ospedaliera al rientro a casa — e i bisogni di salute che la donna manifesta, dando alcune indicazioni di pratica clinica e descrivendo gli interventi di supporto maggiormente efficaci per evitare che lo stress sfoci in psicopatologia.

Non sempre la nascita è un evento gioioso. Le nascite premature o di bimbi con problemi fisici che richiedono un'ospedalizzazione in Terapia Intensiva Neonatale sono infatti una realtà in continua crescita. I genitori che devono affrontare questa delicata e difficile esperienza possono vivere disagio emotivo e difficoltà pratiche di varia natura. Nel capitolo di Lisa Segre e Sue Hall, dopo una completa ed esauriente rassegna della letteratura sull'argomento, le autrici ci introducono alle diverse modalità di lavoro psicologico e di supporto psicosociale per questi genitori «speciali» di bambini «speciali».

L'importanza del supporto sociale — sia emotivo che pratico — per aiutare le donne emotivamente sofferenti nel periodo perinatale, viene poi ampiamente trattato nel capitolo scritto da una importante rappresentanza del gruppo USA del Postpartum Support International (Wendy Davis, Kimberly McCue, Brenda Papierniak, Christena Raines e Lita Simanis). Partendo da una rassegna delle più attuali ricerche sul contributo del supporto sociale al benessere materno e alle cure dei disturbi emotivi perinatali, il capitolo fornisce una panoramica completa dei diversi tipi di supporto — sia istituzionali che informali — descrivendo utili linee guida operative per familiari e operatori. A nostro avviso, molto interessante risulta inoltre essere l'attenzione data al supporto rivolto alle popolazioni con bisogni specifici, come le madri adolescenti, le coppie omosessuali e le famiglie che provengono da altre culture o con credenze religiose specifiche.

Tema particolarmente caro alle mamme, agli operatori perinatali e oggetto di importanti iniziative internazionali dell'UNICEF e dell'OMS, nonché dei diversi governi nazionali, è l'allattamento materno. In questo libro il tema dell'allattamento è stato sviluppato come argomento che riguarda la relazione madre-bambino, che sin dalla nascita è mediata dalla nutrizione. L'aspetto psicologico legato all'allattamento e allo svezzamento viene esaurientemente sviluppato da Jenny Perkel, che sottolinea come su questo ambito si focalizzino conflitti, speranze e timori. L'allattamento al seno spesso per le mamme, e purtroppo talvolta anche per gli operatori, diventa la cartina tornasole di quanto una donna sappia essere e senta di essere una brava mamma per il suo bambino, con importanti ripercussioni psicologiche sia per se stessa che per il figlio. Le difficoltà nell'allattamento e nello svezzamento possono però essere anche un'occasione di crescita. L'autrice infatti invita il lettore a rileggere queste *impasse* nell'allattamento

e nello svezzamento anche come un'opportunità di esplorare problematiche emotive profonde potenzialmente legate allo stato mentale della madre e/o del neonato e alla loro relazione.

Nella quarta e ultima Parte di questo libro, infine, abbiamo pensato fosse necessario dare spazio anche alla psicopatologia perinatale di cui la psicologia clinica si occupa a pieno titolo accanto alla psichiatria perinatale, sia in fase di screening e prevenzione primaria, sia nella fase della cura attraverso interventi psicoterapeutici focalizzati sulla donna, ma anche sulla relazione madre-bambino.

Il contributo di Jeannette Milgrom e Alan Gemmill ben colloca le diverse forme di sofferenza emotiva sia all'interno dei nuovi criteri DSM-5 sia nei termini di un disagio sotto-soglia che non permette una diagnosi psichiatrica classica. Il capitolo viene sviluppato tenendo conto del malessere materno e delle più aggiornate ricerche sugli esiti della psicoterapia cognitivo-comportamentale, ma esplora anche le possibili conseguenze del disagio psicologico materno sulla relazione madre-bambino, presentando il modello di lavoro degli autori.

I due capitoli successivi trattano due importantissimi argomenti relativi alla prevenzione dei disturbi emotivi perinatali: i fattori di rischio e i programmi di screening per la rilevazione precoce delle donne sofferenti.

Alessandra Biaggi e Carmine Pariente ci offrono una panoramica, basata sui dati più aggiornati, dei principali fattori di rischio psicosociali, ambientali e ginecologici che favoriscono l'insorgenza di depressione e ansia prenatali e postnatali.

Gli autori sottolineano come una attenta rilevazione del rischio, attraverso screening multidimensionali nel periodo perinatale, potrebbe permettere l'attivazione di interventi preventivi tempestivi e focalizzati sui fattori di rischio modificabili. In Italia, però, le procedure di screening standardizzate offerte dai servizi pubblici distribuiti sul territorio sono ancora una realtà sporadica e legata alla lungimiranza di singole realtà sanitarie locali. Alessandra Bramante nel suo capitolo sullo screening e la rilevazione del rischio dei disturbi emotivi perinatali ci permette però di comprendere perché sia auspicabile implementare procedure di screening, quale sia lo stato dell'arte a livello internazionale, ma anche quale sia il modo migliore di agire dopo aver identificato le donne a rischio o già sofferenti. Vengono inoltre affrontati argomenti come gli strumenti da utilizzare, gli operatori

che possono essere coinvolti nelle procedure di screening, come e quando attivare queste procedure, i suggerimenti diffusi dalle più importanti agenzie internazionali che si occupano della salute mentale della donna in gravidanza e nel postpartum, e quelli delle Linee Guida Internazionali sulla psicopatologia perinatale.

Il libro si chiude con il capitolo sui disturbi psicotici e sui disturbi bipolari in epoca perinatale che, seppur rari, richiedono un serio approfondimento da parte di tutti i clinici, e non solo degli psichiatri. Conoscere la grave psicopatologia è necessario per distinguere la psicopatologia minore da quella cosiddetta maggiore.

Lo psicologo clinico è infatti chiamato a lavorare anche in tali contesti specifici sia come terapeuta che come supervisore delle équipes psicosociali impegnate su queste particolari situazioni che hanno un grande impatto sulla salute non solo della donna, ma anche del bambino e della famiglia. Saper riconoscere precocemente un esordio psicotico perinatale e i sintomi prodromici dello stesso non solo può salvare la vita di una madre e del suo bambino, ma permettere anche un tempestivo intervento terapeutico.

La distinzione tra psicosi, depressione e disturbo bipolare viene ben delineata da una rappresentanza del gruppo francofono della Marcé (Florence Gressier, Ingrid Lacaze de Cordova, Elisabeth Glatigny, Nine Glangeaud-Freudenthal e Anne-Laure Sutter-Dallay). Nelle suddette situazioni, secondo le autrici di questo capitolo, è di primaria importanza poter disporre di trattamenti farmacologici adeguati e terapie psicologiche integrate all'interno di un percorso terapeutico contenitivo — e ad ampio spettro — che intervenga sulla madre, ma anche sulla relazione madre-bambino-padre, come quello offerto dalle unità madre-bambino (Mother-Baby Unit) in molti Paesi del mondo.

A tutt'oggi, in Italia l'assistenza alle madri con disturbi psicotici perinatali è assolutamente insufficiente: queste donne vengono ricoverate nei reparti di psichiatria senza la possibilità di avere accanto il proprio bambino con un impatto profondamente negativo sul vissuto di sé come madre e sulla relazione madre-bambino.

Di fronte a tutto ciò, *Psicologia clinica perinatale: dalla teoria alla pratica* è stato quindi pensato e scritto per offrire una vasta panoramica di questa ampia area applicativa e di ricerca.



I contenuti sviluppati all'interno dell'opera da noi coordinata, fortemente voluta e faticosamente concretizzata, sono rivolti a chi si interessa per la prima volta di psicologia clinica in ambito perinatale, ma anche a chi da anni lavora in questo ambito e sente l'esigenza di aggiornarsi confrontandosi con un alto profilo di contenuti.

Studenti, specializzandi, ricercatori e professionisti di discipline diverse troveranno in questo volume stimoli, conoscenze aggiornate e sollecitazioni per lavorare in maniera integrata e multidisciplinare a salvaguardia e a sostegno della salute perinatale, ma anche suggerimenti su come e quando intervenire in maniera appropriata nel momento in cui la situazione lo richiede.

Conoscere quanto la letteratura scientifica ci mette a disposizione grazie all'enorme lavoro di ricerca e divulgazione portato avanti dai ricercatori di tutto il mondo non deve essere secondo noi un privilegio o un dovere di pochi. Le conoscenze in ambito perinatale sono in continua evoluzione, ma ciò che oggi sappiamo va doverosamente e responsabilmente divulgato a un pubblico di professionisti il più ampio possibile.

Se conosciamo approfonditamente quanto la letteratura scientifica ci mette a disposizione, siamo in possesso di un iniziale bagaglio di competenze grazie alle quali possiamo strutturare efficaci ed efficienti interventi di prevenzione a vari livelli.

Riteniamo che investire anche in Italia in questo progetto di divulgazione e formazione stimolerà le future generazioni di colleghi e arricchirà la preparazione e le conoscenze dei professionisti della salute, il cui contributo risulta di primaria importanza affinché l'esperienza della maternità e della genitorialità possa essere una crescita e una maturazione personale, di coppia e familiare e non un disagio o in alcuni casi perfino una malattia.

Noi ci crediamo.

Buona lettura e buon lavoro.

Padova, 25 marzo 2018

*Rosa Maria Quatraro e Pietro Grusso*

## **Bibliografia**

- Alderdice F., McNeill J. e Lynn F. (2013), *A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being*, «Midwifery», vol. 29, pp. 389-399.
- Bauer A., Parsonage M., Knapp M., Lemmi V. e Adelaja B. (2014), *Costs of perinatal mental health problems*, LSE Personal Social Services Research Unit and Centre for Mental Health.
- Buist A., O'Mahen H. e Rooney R. (2015), *Acceptability, attitudes, and overcoming stigma*. In J. Milgrom e A.W. Gemmill (a cura di), *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment and management*, West Sussex, Wiley Blackwell, 1<sup>a</sup> ed., p. 51.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014), *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (CG192)*, Londra, NICE.
- The British Psychological Society (2016), *Perinatal service provision: The role of perinatal clinical psychology. Briefing paper n. 8, Update*, February.

**PARTE PRIMA**

STRESS

# STRESS PERINATALE MATERNO

Salute psicologica della donna, sviluppo del bambino e resilienza

*Dawn Kingston*

*Faculty of Nursing, University of Calgary, Canada*

*Muhammad Kashif Mughal*

*Faculty of Nursing, University of Calgary, Canada*

## *Riassunto*

La corretta definizione di «stress» è oggetto di un acceso dibattito che dura da decenni e ciò ne riflette la complessità concettuale, comportamentale e fisiologica. Al centro del processo dello stress c'è la risposta adattiva dell'organismo di fronte a una minaccia, in cui intervengono il sistema nervoso simpatico e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). Tuttavia, l'esperienza dello stress e dei suoi esiti varia drasticamente da un individuo all'altro, in base al periodo e al tipo di esposizione e al sesso. Numerosi studi dimostrano che lo stress prenatale produce effetti avversi riscontrabili nel corso dell'intera vita di una persona, condizionando il suo sviluppo neurobiologico, la risposta allo stress, la salute emotiva e fisica. I dati empirici di studi su animali e umani evidenziano, fra i meccanismi chiave della trasmissione dello stress prenatale alla prole, sia i cambiamenti epigenetici (ad esempio metilazione del DNA, alterazione degli istoni) che quelli dei profili di microRNA. Inoltre, le ricerche recenti sottolineano il ruolo dell'epigenetica sugli effetti transgenerazionali dello stress prenatale. Collettivamente, queste indagini evidenziano la necessità di valutare sia lo stress relativo a eventi di vita, sia quello percepito durante la gravidanza, e di supportare le donne attraverso programmi efficaci di gestione dello stress.

## **Introduzione allo stress perinatale materno**

### *Il concetto di stress perinatale materno*

Il dibattito su quale sia la «definizione» di stress dura da decenni e ciò riflette la complessità concettuale, comportamentale e fisiologica del fenomeno. Al centro del processo dello stress si pone la risposta adattiva dell'organismo di fronte a una minaccia, risposta in cui intervengono il sistema nervoso simpatico e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). Il conseguente rilascio di glucocorticoidi — l'esito della risposta di stress — innesca nel cervello una cascata di eventi che a loro volta concorrono a causare cambiamenti epigenetici, rimodellamento di neuroni e sinapsi, neurogenesi, neuroinfiammazione e rimappatura neuronale (McEwen et al., 2015; Sapolsky, 2015). Per quanto sia considerata una risposta adattiva acuta volta a promuovere la sicurezza e la sopravvivenza in una situazione pericolosa, l'attivazione persistente della risposta da stress che caratterizza lo stress sociale moderno può portare nel corso dei mesi e degli anni a un sovraccarico fisiologico (ad esempio l'iper-attivazione dell'asse HPA o l'iper-secrezione di glucocorticoidi) ed esperienziale (come esaurimento fisico ed emotivo, senso di perdita di controllo, bassa autostima) (McEwen et al., 2015).

Grazie a un recente filone di ricerca sull'argomento, negli ultimi decenni sono emersi alcuni aspetti chiave riguardo allo stress. La risposta di stress può essere attivata da alcuni vissuti psicologici e da svariati pensieri, specialmente se questi riguardano una percezione di perdita di controllo e/o una sensazione di imprevedibilità, oltre che da esperienze di scarso supporto sociale (Sapolsky, 2015); inoltre è influenzata da un contesto dove lo stress sia interpretato come una forza negativa (distruttiva) o al contrario positiva (che fa crescere) (Crum et al., 2017; Crum, Salovey e Achor, 2013).

- L'esperienza dello stress e i suoi esiti variano drasticamente da un individuo all'altro. Sapolsky (2015) sostiene in realtà che i fattori di stress, di per sé, rechino meno conseguenze rispetto alla percezione che ne ha l'individuo mentre cerca di gestire le difficoltà della vita.
- Lo stress prenatale può avere effetti fisici ed emotivi deleteri non solo per i figli, ma anche per le generazioni successive, attraverso meccanismi epigenetici (Babenko, Kovalchuk e Metz, 2015; Metz et al., 2015).

- La maggior parte degli esiti fisiologici, strutturali (ad esempio la plasticità sinaptica nell'ippocampo) e comportamentali presenta un andamento a U rovesciata in seguito a un fattore di stress e alla concomitante risposta da stress. In altre parole, a un livello di stress molto basso e molto alto, le conseguenze per l'individuo sono peggiori rispetto che a un livello da lieve a moderato, in cui gli esiti vengono ottimizzati (Sapolsky, 2015).
- La nozione per cui lo stress nei primi stadi di vita potrebbe portare a esiti neurobiologici potenzialmente persistenti va controbalanciata con i vantaggi della neuroplasticità, un processo che resta attivo anche in età adulta (Sapolsky, 2015).

Lo stress prenatale materno crea particolare preoccupazione dato il suo duplice impatto sulla diade madre-bambino. Molte ricerche hanno anche esaminato l'influenza dello stress prenatale sull'intera vita dei figli, considerando gli esiti psicologici, comportamentali ed evolutivi. Tutto ciò costituisce un interessante corpus di dati, raccolti sotto il paradigma della «programmazione fetale», riguardante le origini evolutive delle patologie (Lewis et al., 2015; Moisiadis e Matthews, 2014).

Tuttavia, a volte queste ricerche mostrano risultati incoerenti che forse riflettono la mancanza di una concettualizzazione distinta dello stress in generale (Peters, McEwen e Friston, 2017) e di quello prenatale materno in particolare: diversi studi e rassegne operazionalizzano quest'ultimo come stress, depressione e/o ansia, il che ci impedisce di discernere il contributo particolare dato dallo stress prenatale. Tuttavia, le correlazioni fra stress, depressione e ansia sono, tutt'al più, da basse a moderate (Liou, Wang e Cheng, 2014). Inoltre, ricerche recenti dimostrano quanto le relazioni fra stress, depressione e ansia ed esiti per il bambino siano differenti, così come le associazioni fra le diverse operazionalizzazioni dello stress (ad esempio stress oggettivo o soggettivo) e gli esiti per il bambino — peraltro, neppure i fattori predittivi dello stress soggettivo e oggettivo coincidono (Kingston et al., 2012) —. Presi nel loro insieme, questi dati indicano che lo stress è una forma di disagio ben distinta da depressione e ansia: pertanto, nelle ricerche future, sarà bene distinguere lo stress dalla depressione e dall'ansia nello studio dell'influenza del disagio psicologico materno sui figli, nonché nell'esplorazione dei modelli dello stress materno

(gravità, durata) a cui si accompagnano rischio, comorbidità e trattamenti per depressione e ansia.

È inoltre importante evidenziare come dagli studi recenti emergano relazioni chiaramente differenziate fra varie forme di stress oggettivo e soggettivo (ad esempio lo stress oggettivo di un evento della vita, l'interpretazione cognitiva di un fattore di stress, l'impatto percepito dell'evento sulla propria vita) e gli esiti per i bambini quando vengono valutati simultaneamente nello stesso studio. Se le valutazioni degli eventi della vita (l'approccio più comune per misurare lo stress) rappresentano delle misure oggettive, non possono però tenere conto del contributo della variabilità individuale che esiste nella percezione dello stress — l'interpretazione individuale che qualifica un fattore di stress come minaccioso e controllabile, prevedibile, quindi gestibile, oppure minaccioso e imprevedibile — con il concomitante rilascio a cascata degli ormoni dello stress. Infatti, l'esperto e «guru» dello stress Robert Sapolsky ha evidenziato la necessità di comprendere l'effetto modulatore della percezione sugli esiti dello stress, in quanto fattore critico per il futuro della ricerca sull'argomento.

Le differenze individuali nella biologia dello stress un tempo erano soprattutto irritanti per i ricercatori: oh no, a causa della variabilità ci serve un campione più grande! Tuttavia, la variabilità individuale nel percepire qualcosa come stressante e il diverso grado di resilienza o di vulnerabilità a disturbi legati allo stress sono da considerarsi come l'argomento più importante in questo ambito. Per apprezzare meglio la rilevanza delle differenze individuali nella risposta allo stress, vale la pena focalizzarsi su quello che è il concetto più importante in assoluto in questo campo. (Sapolsky, 2015, p. 1346)

## **Stress perinatale e salute psicologica della donna**

### *I tassi di prevalenza*

Per quanto riguarda lo stress psicologico soggettivo nel periodo perinatale, non disponiamo di una quantità di dati adeguata. In uno studio canadese su campione rappresentativo della popolazione composto da 6.421

neomamme, il 12% riferiva elevati livelli di stress percepito nei 12 mesi precedenti la nascita del figlio, e il 17,1% segnalava tre o più eventi di vita stressanti durante lo stesso periodo (Kingston, Heaman et al., 2012). In una seconda ricerca canadese (N=441) è stata riscontrata una prevalenza simile dello stress percepito, con il 12,3% delle donne incinte che riferiva uno stress elevato o estremo nei precedenti 12 mesi mentre il 31,8% parlava di stress moderato (Kingston, Sword et al., 2012). Usando i dati di una coorte di donne incinte canadesi per condurre un'analisi delle classi latenti, Mughal e colleghi hanno rilevato tre traiettorie dello stress, generate dallo stress percepito misurato in 5 momenti temporali, dal secondo trimestre di gravidanza a 3 anni dopo il parto: sintomi di stress bassi (N=762, 38,4%), moderati (la seconda e maggiore traiettoria con N=969, 48,9%) ed elevati persistenti (N=251, 12,7%) (Mughal et al., 2017, in corso di revisione).

La maggior parte degli studi sullo stress nel periodo perinatale lo identifica con un oggettivo evento di vita stressante, e dunque i tassi di prevalenza degli accadimenti stressanti sono più comuni rispetto allo stress percepito. Per esempio Giallo, Cooklin e Nicholson (2014) hanno messo in evidenza che il 36% delle donne con una sintomatologia depressiva ridotta aveva vissuto «da alcuni a molti» episodi stressanti, mentre questa prevalenza era quasi doppia nelle donne con una sintomatologia depressiva elevata e persistente (70,6%). Usando i dati dello statunitense Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (N=115.704), Mukherjee et al. hanno rilevato che il 35% delle donne incinte aveva vissuto fattori di stress multipli o fattori di stress legati a malattia/morte, e il 75% delle partecipanti riferiva almeno un evento di vita stressante durante l'anno precedente al parto (Mukherjee et al., 2017b). Questi risultati sono coerenti con la ricerca di Whitehead et al. (2002), che a loro volta hanno identificato almeno un evento fonte di stress nei 12 mesi precedenti al parto in una percentuale dal 65% al 70% delle donne incinte. Il gruppo di ricerca di Mukherjee ha inoltre segnalato che le situazioni stressanti più comuni durante la gravidanza sono il trasferimento in una nuova casa (33,1%), le liti più frequenti con il partner (24%) e la malattia di un familiare stretto (22,5%) (Mukherjee et al., 2017b).



# **DIAGNOSI PRENATALE: L'IMPATTO PSICOLOGICO E LE ESPERIENZE DEI GENITORI IN PRESENZA DI ANOMALIE FETALI**

*Joann Paley Galst  
Private Practice, New York, USA*

## *Riassunto*

Recentemente lo scenario dell'esperienza della gravidanza si è trasformato grazie al ricorso sempre maggiore allo screening prenatale — per il quale sono stati introdotti dei metodi non invasivi — e all'uso continuo di analisi diagnostiche prenatali, con il risultato che sempre più persone oggi ricevono una diagnosi di anomalie fetali. In questo capitolo verrà analizzato l'impatto psicologico di queste informazioni sui futuri genitori e le difficili decisioni che devono affrontare rispetto alla prosecuzione della gravidanza. Verranno inoltre descritte alcune modalità di intervento psicoterapeutico per coloro che hanno scelto di interrompere la gravidanza in presenza di anomalie fetali, e di supporto psicologico per chi sceglie di portare a termine la gravidanza, sia quando ci sono possibilità di sopravvivenza per il feto sia in caso contrario.

Negli ultimi anni il panorama dell'esperienza della gravidanza si è trasformato grazie alla rapida diffusione dei test prenatali, e in particolare di metodi di screening non invasivi che, tramite un prelievo di sangue materno, identificano già dalla decima settimana di gravidanza il DNA fetale libero circolante all'interno della placenta, senza rischi di danno per il nascituro o

di aborto e con un alto grado di sensibilità e specificità. Le donne (e i loro partner) oggi ricevono quindi sempre più informazioni riguardo alla salute e al benessere del feto.

Se dallo screening prenatale emerge un alto rischio di anomalie, nei futuri genitori si possono scatenare preoccupazioni, incertezze e sentimenti di impotenza. In presenza di condizioni di rischio, alcuni studi effettuati lo scorso decennio (Georgsson-Ohman et al., 2006) suggerivano alle donne di provare a distanziarsi dalla gravidanza (ad esempio sospendendo tutte le attività a essa legate). Una ricerca più recente su coppie danesi che aspettavano i risultati di test diagnostici prenatali di approfondimento ha rivelato una certa varietà nel comportamento durante questo periodo di attesa (Lou et al., 2016). Spesso le coppie limitavano le relazioni sociali e alcune attività quotidiane per trascorrere maggior tempo insieme, raccogliere informazioni e discutere a più riprese della propria condizione: in questo modo prendevano il controllo della situazione, attivandosi in maniera propositiva e impegnandosi a comprendere più approfonditamente le informazioni mediche in loro possesso. Alcune coppie sceglievano di non divulgare ad altri la propria situazione, mentre altre cercavano consigli da familiari e amici; certe raccontavano di avere anche cercato di distrarsi attraverso impegni sociali per superare la fase di attesa dei risultati. Inoltre, i futuri genitori usavano strategie di coping centrate sulla gestione delle emozioni per cercare di controllare l'agitazione emotiva e mantenere la speranza (ad esempio con interpretazioni rassicuranti della propria situazione incerta, ricordando selettivamente le informazioni cliniche, convincendosi che la propria buona salute e l'esperienza personale positiva della gravidanza fino al momento della diagnosi aumentassero la probabilità di un buon esito e assumendo un atteggiamento di gratitudine per gli aspetti positivi della vita). I ricercatori hanno riscontrato con sorpresa che le coppie parlavano molto poco di cosa avrebbero fatto nel caso di un risultato anomalo, forse perché molte sapevano già con certezza che avrebbero interrotto la gravidanza o che avrebbero preso una decisione finale solo una volta ricevuti risultati definitivi.

Benché ogni gravidanza comporti un rischio di difetti congeniti di circa il 3%, indipendentemente dal fatto che si sia instaurata con un concepimento naturale o con tecnologie di procreazione assistita (Hoyert et al., 2006), pochi genitori sono preparati a ricevere la notizia che il loro bambino presenta dei difetti genetici o strutturali. La maggior parte delle

coppie si sottopone agli esami prenatali aderendo alle attuali aspettative sociali e perché lo raccomandano i ginecologi; in genere ciò che si aspettano è di poter vedere il bambino se è prevista un'ecografia, magari di conoscerne il sesso e ricevere notizie rassicuranti, ma non immaginano di scoprire che c'è qualcosa che non va (McCoyd, 2013). Questo ribadisce l'importanza di proporre ai pazienti un'ampia descrizione di quelli che potrebbero essere gli esiti prima di iniziare lo screening prenatale, per accertarsi che siano preparati adeguatamente ai possibili risultati degli esami.

Davanti alla diagnosi di un'anomalia che non è possibile trattare o correggere con la chirurgia fetale, i genitori si trovano di fronte al terribile compito di decidere se interrompere la gravidanza o portarla avanti con un feto che potrebbe non sopravvivere al parto, avere una vita breve o la cui qualità sia compromessa. In genere in tali situazioni c'è un certo livello di incertezza riguardo alla precisa manifestazione fenotipica del disturbo del feto, in quanto le informazioni sulla gravità dell'anomalia sono spesso limitate e non si possono accertare nel periodo prenatale. Anche il tempo a disposizione per decidere è limitato: nella maggior parte dei Paesi del mondo e degli Stati degli USA in cui è permesso l'aborto, l'interruzione di gravidanza si può effettuare solo all'interno di una breve finestra temporale. Così, spesso i genitori sono ansiosi di raccogliere tutti i consigli medici possibili, e intanto continuano a brancolare nell'incertezza, lacerati fra l'attaccamento al figlio non ancora nato e la volontà di non farlo soffrire: un'esperienza che alcuni ricercatori definiscono di «perdite decise e decisioni perdute» (Sandelowski e Barroso, 2005).

Bernhardt et al. (2013) hanno riscontrato come molti pazienti fossero enormemente in difficoltà nel prendere decisioni dopo aver ricevuto gli esiti infausti dallo screening genetico prenatale, e alcuni si erano persino pentiti di essersi sottoposti agli esami. I ricercatori sono giunti alla conclusione che sarebbe utile, prima degli esami, che un professionista specializzato nel counseling genetico determinasse la tolleranza dei pazienti all'incertezza e intavolasse una discussione sui loro valori e opinioni rispetto all'aborto e alla vita con un figlio disabile. Un altro studio ha rilevato che le pazienti, nei casi in cui avevano l'opportunità di considerare in anticipo vantaggi e svantaggi dello screening prenatale, presentavano minori reazioni emotive avverse e meno difficoltà decisionali dopo un risultato anomalo rispetto alle donne che prima degli esami erano disinformate sui potenziali risultati negativi (Kleinvelde et al., 2009).

Qualsiasi notizia di un problema fetale può trasformare l'esperienza della gravidanza: nelle diagnosi prenatali sono anche possibili dei falsi positivi, che — stando a quanto è emerso — aumentano i livelli di ansia e depressione delle donne per il resto della gestazione anche dopo la dimostrazione, attraverso altri esami, che i precedenti risultati erano errati; in questi frangenti si parla di «attesa in allerta» (Bernhardt et al., 2013). Queste preoccupazioni non scompaiono totalmente in seguito a ecografie dagli esiti normali, e neppure dopo aver partorito il bambino: benché quest'ultimo appaia privo di problemi alla nascita e nella prima infanzia, i timori dei genitori per la sua salute e il suo sviluppo possono continuare a lungo (Redlinger-Grosse et al., 2002). Viaux-Savelon et al. (2012) condussero uno studio francese che metteva a confronto un piccolo campione di madri che avevano ricevuto diagnosi, poi rivelatesi dei falsi positivi, con un gruppo di controllo. Gli autori riscontrarono un'influenza della diagnosi sulle interazioni madre-bambino, con minore frequenza dell'allattamento al seno laddove la diagnosi prenatale aveva erroneamente indicato un'anomalia fetale (in base a marcatori deboli). Inoltre, le madri esprimevano meno emozioni positive nei confronti dei loro bambini, denotavano minore sensibilità nel percepire i segnali dei neonati e attuavano più comportamenti intrusivi, cui si aggiungeva un maggiore evitamento della madre da parte dei bambini. Ne consegue la necessità di un continuo impegno volto a ridurre il più possibile questi falsi positivi per evitare effetti psicologici negativi sull'attaccamento madre-bambino. Inoltre gli operatori sanitari dovrebbero cercare di offrire informazioni chiare e rassicuranti ai genitori in attesa dei risultati definitivi, e aiutarli ad assimilare gli aspetti emotivi che si sono attivati e a gestire le reazioni materne a lungo termine. Peraltro, nei casi in cui le madri avevano ricevuto indicazioni di marcatori deboli che si erano poi rivelate inesatte, i ricercatori suggerivano di somministrare test per l'ansia e la depressione durante i controlli ginecologici postparto e le visite pediatriche.

*Tassi di prevalenza dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) in presenza di anomalie fetali*

Ogni anno, negli Stati Uniti, 150.000 donne ricevono una diagnosi di anomalie fetali (ACOG, 2007). Si è riscontrato che, in generale, i tassi

di IVG in caso di anomalie fetali vanno dal 43% al 100%: la variabilità dipende sia dal tipo di anomalia che dal livello di gravità. Schechtman et al. (2002) hanno rilevato il 72,5% di IVG nel caso in cui si riteneva che l'anomalia avrebbe avuto un grave impatto sulla qualità della vita del figlio, e le percentuali più alte riguardavano le anomalie del sistema nervoso centrale. Mansfield, Hopfer e Marteau (1999) hanno confrontato i tassi di IVG per cinque anomalie (sindrome di Down, spina bifida, anencefalia, sindrome di Turner e sindrome di Klinefelter) riscontrando i più alti tassi di IVG per la sindrome di Down (92%) e i più bassi per la sindrome di Klinefelter (58%). In una rassegna comprendente articoli pubblicati fra il 1995 e il 2011, Natoli et al. (2012) hanno registrato un tasso medio di IVG del 67% per la sindrome di Down negli studi su campioni di popolazione generale e dell'85% su campioni ospedalieri, il che indica che non sempre i genitori rispondono con trasparenza riguardo all'IVG quando vengono intervistati dai ricercatori. Esiste anche una variabilità fra le percentuali di IVG per le anomalie dei cromosomi sessuali, che va dal 42% per il mosaicismo al 58%-74% per la sindrome di Klinefelter e al 70%-100% per la sindrome di Turner (Hamamy e Dahoun, 2004; Johnson et al., 2012).

Questi studi, globalmente, indicano che i genitori che ricevono una diagnosi di gravi anomalie fetali decidono più spesso di interrompere la gravidanza, piuttosto che di portarla a termine. In questa decisione sembrano essere coinvolti diversi fattori, come religione, età della madre, età gestazionale, numero di figli viventi e/o desiderati e storia di aborti precedenti (Choi, Van Riper e Thoyre, 2012; Jeon, Chen e Goodson, 2012; Mezei et al., 2004). Si è infine notato che il processo decisionale è influenzato soprattutto dalle opinioni del partner e molto meno dai consigli del personale sanitario, dei familiari o degli amici (Korenromp et al., 2005).

### *Impatto psicologico delle decisioni dopo la diagnosi di anomalie fetali*

In un recente studio prospettico, il cosiddetto «Turnaway Study» (Biggs et al., 2016), un campione di donne è stato intervistato e valutato per i parametri di ansia, depressione, autostima e soddisfazione personale 8 giorni dopo un intervento di IVG o dopo il rifiuto dello stesso intervento; veniva poi effettuato un follow-up ogni 6 mesi per i successivi 5 anni. I

ricercatori hanno rilevato che sottoporsi volontariamente a una interruzione della gravidanza, in condizioni dove questa risultava indesiderata, non era associato a conseguenze psicologiche avverse immediate o a lungo termine. Le donne che invece decidevano di portare a termine la gravidanza, specie se in seguito avevano avuto un aborto spontaneo o si erano dovute recare in un altro stato USA per una IVG, erano quelle che riportavano l'impatto più negativo; entrambi i gruppi, però, alla fine convergevano su una certa condizione di benessere psicologico nel corso del tempo. Ciò dimostra che il counseling prima dell'intervento — che è obbligatorio in alcuni Stati degli USA — fornisce informazioni palesemente scorrette quando mette in guardia da effetti emotivi nocivi. Va tuttavia detto che questo studio escludeva specificamente chi aveva avuto diagnosi di anomalie fetali note, morte fetale o pericolo per la salute della madre: il profilo emotivo delle donne e delle coppie che devono affrontare la notizia imprevista di un problema del feto durante una gravidanza desiderata potrebbe infatti essere molto diverso.

Come già detto, la maggior parte delle donne informate di un'anomalia fetale sceglie di interrompere la gravidanza. Un'IVG dovuta a tale motivazione sconvolge l'immaginario della donna, sostituendo la normale aspettativa di un bambino sano con una attesa caratterizzata da rischio e anticipazione di morte. Chi riceve queste notizie vive diversi tipi di perdita: quella del figlio desiderato, quella delle speranze e dei sogni futuri, e la perdita dell'idea che il mondo sia giusto (l'idea, cioè, che se seguo le regole e mi comporto bene mi accadranno buone cose). Il futuro genitore vive se stesso come genitore che ha perso un figlio e al dolore si accompagnano sentimenti conflittuali di colpa, sollievo e dubbio. L'autostima ne soffre su più fronti: dal punto di vista biologico per aver concepito un bambino «imperfetto», dal punto di vista morale per aver posto fine a una gravidanza desiderata quando in teoria i genitori dovrebbero proteggere il loro bambino, e dal punto di vista sociale sia per essersi sentiti inadeguati a crescere un figlio disabile, sia per essersi alienati dagli altri, per timore dei giudizi altrui e per un intimo senso di vergogna per aver effettuato una IVG (White-Van Mourik, Connor e Ferguson-Smith, 1992).

L'interruzione volontaria della gravidanza in presenza di anomalie fetali, detta anche «aborto terapeutico», viene spesso percepita come un evento traumatico, una perdita non meno dolorosa di un aborto spontaneo (Maguire et al., 2015) portatrice di un turbamento emotivo che per un gran

numero di donne fatica a dissolversi (Lafarge, 2016). Sono stati riscontrati i tipici sintomi del disturbo post-traumatico da stress nel 67% delle donne a 6 settimane dall'intervento di interruzione di gravidanza, nel 41% dopo 1 anno (Davies et al., 2005), nel 20% a 16 mesi (Korenromp et al., 2009) e nel 17% da 2 a 7 anni dopo l'IVG (Korenromp, Christiaens e van den Bout, 2005). Il 30% presentava sintomi di depressione dopo 6 settimane, il 39% dopo 6 mesi (Davies et al., 2005) e il 13% dopo 16 mesi dall'intervento (Korenromp et al., 2009). Sono inoltre emersi segni del disturbo da lutto nel 47% delle donne dopo 6 settimane e nel 27% dopo 1 anno (Davies et al., 2005); Korenromp et al. (2009) hanno per esempio constatato, a questo proposito, la presenza di un disturbo da lutto complicato nel 14-20% delle donne a 12-14 mesi dall'intervento. Questo dato è leggermente più alto rispetto a quello di uno studio longitudinale sulla perdita di un parente stretto, che ha evidenziato una prevalenza del disturbo da lutto complicato dell'11% a 9 mesi dalla perdita e in cui la mancanza di preparazione all'evento era associata a un lutto complicato sia nella fase di baseline (a 4 mesi dalla perdita) che nel follow-up a 9 mesi (Barry, Kasl e Prigerson, 2002); lo stesso disturbo risulta però essere maggiormente presente, rispetto al 2,4-4,8% della popolazione generale, secondo quanto riportato nel DSM-5 relativamente alla diffusione del disturbo da lutto persistente e complicato (American Psychiatric Association, 2014).

Per procedere all'IVG le donne hanno l'obbligo di firmare il consenso informato; inoltre, gli uomini possono rimettere la scelta alla partner, nell'ottica di rispettare il suo diritto di prendere le decisioni che riguardano il proprio corpo. Questi fattori possono ulteriormente accrescere il peso della responsabilità percepita dalla donna, e in alcuni casi aumentare il suo senso di colpa. Tuttavia, dato che le donne tendono a manifestare maggiormente i loro sentimenti, spesso si sottovalutano le reazioni emotive degli uomini all'aborto terapeutico: ciò che essi stessi e le altre persone si aspettano è che sia l'uomo a prendersi cura del turbamento emotivo della partner (Doka e Martin, 2010). Spesso le altre persone non riconoscono il dolore dei padri, e amici e parenti chiedono più spesso notizie su come dopo la perdita si senta la donna piuttosto che l'uomo: ciò non fa che rafforzare l'idea che i maschi dovrebbero preoccuparsi di più dei sentimenti della loro compagna che non dei propri. Sebbene generalmente il loro turbamento sia in effetti minore rispetto a quello delle donne, anche negli uomini si è riscontrato

un grado elevato di morbilità psicologica: dopo l'aborto terapeutico il 22% mostrava infatti sintomi di stress post-traumatico (PTS) e il 16% sintomi depressivi. Ciononostante, malgrado i livelli costanti di disagio psicologico osservati nei genitori per un anno o più dopo l'IVG terapeutico, solo il 2-2,7% delle donne e l'1% degli uomini esprime rimpianto per la decisione di interrompere la gravidanza, stando a Korenromp et al. (2007).

Di fronte al lutto, il dolore della donna è tendenzialmente più orientato alla perdita, mentre quello dell'uomo è più orientato alla volontà di riprendersi rapidamente (Stroebe e Schut, 1999). Come detto, però, anche gli uomini provano sentimenti negativi dopo l'aborto terapeutico, sebbene tendano a internalizzarli più velocemente delle donne e si concentrino di più sugli aspetti pratici, come organizzare il funerale, badare agli altri figli se la moglie non ci riesce, ritornare al lavoro (Kaasen et al., 2013; Locomo e Alexander, 2006; White-van Mourik et al., 1992). Tuttavia, a volte le partner fraintendono questa modalità maschile, scambiandola per insensibilità verso di loro e la gravidanza interrotta. Chi scrive ha dimostrato in diverse sedi come gli uomini a volte abbiano il timore che se esprimono le proprie emozioni il dolore della moglie possa esacerbarsi; purtroppo, questa modalità maschile rischia di alienare la partner, facendola sentire isolata dal compagno quando invece vorrebbe condividere l'esperienza emotiva della perdita. Ciò sottolinea l'importanza di includere entrambi i genitori nei servizi di supporto e di counseling psicologico: informare i genitori che stanno affrontando un lutto di queste comuni differenze di genere può contribuire a ridurre le incomprensioni di coppia.

Dato che la maggior parte delle anomalie fetali diagnosticate in fase prenatale porta a un'interruzione di gravidanza, sono pochi gli studi che esaminano l'esperienza e le esigenze dei genitori che decidono di proseguire la gravidanza in presenza di un'anomalia letale o comunque grave. Korenromp, Christiaens e van den Bout (2005) hanno per esempio riscontrato che circa un terzo delle donne intervistate ricordava di aver ricevuto consulenze solo sull'opzione di abortire, e non su quella di portare a termine la gravidanza di un figlio con sindrome di Down, anche se questo poteva essere un riflesso della prevalente intenzione delle coppie. Nello studio si segnala inoltre la frustrazione dei pazienti per la mancanza di informazioni equilibrate sulla sindrome di Down e per il fatto che non venissero consigliati appositi gruppi di supporto (Skotko, 2005).



I genitori che scelgono di continuare la gravidanza entrano in un nuovo percorso di vita: piangono la perdita del figlio che si aspettavano, riadeguano le aspettative personali e familiari sul futuro del bambino, imparano a fronteggiare le sfide con cui sia loro che il figlio dovranno convivere (Hickerton et al., 2012). Cope et al. (2015) hanno preso in esame 158 donne e 109 uomini che avevano ricevuto una diagnosi di anencefalia del feto, un difetto letale del tubo neurale: il 41% dei partecipanti aveva scelto l'aborto. Al momento dell'indagine, erano trascorsi da 1 mese a 32 anni dal termine delle gravidanze in questione (media = 3 anni). È possibile però che questo studio pecchi di faziosità nella selezione dei partecipanti, considerando che il dato relativo alla percentuale di aborti risulta dimezzato rispetto a quello indicato da altre rassegne della letteratura disponibile. In proposito si segnala che la percentuale di aborto per anencefalia è dell'84% stando ai dati di Mansfield, Hopfer e Marteau (1999), e dell'83% secondo quelli di Johnson et al. (2012). Nel suddetto studio di Cope et al. (2015) le donne che hanno interrotto la gravidanza riportavano livelli maggiori di disperazione, evitamento e depressione rispetto alle donne che l'avevano portata a termine, e lo stesso è risultato anche per le donne che avevano vissuto l'esperienza nel passato recente; tuttavia, gli esiti psicologici risentivano di un'alta variabilità individuale (il 24% delle donne e l'11% degli uomini si situava nella fascia patologica del lutto; il 20% delle donne e il 13% degli uomini in quella dello stress post-traumatico (PTS); il 34% delle donne e il 19% degli uomini in quella della depressione). Il metodo di interruzione di gravidanza per questa anomalia letale (induzione di travaglio o dilatazione e svuotamento) non influenzava in modo significativo gli esiti psicologici per donne o uomini. Per il 59% che ha proseguito la gravidanza non sono state riscontrate differenze significative fra gli esiti psicologici di chi partoriva un bambino vivo o morto in utero. Di contro, i partner delle donne che proseguivano la gravidanza mostravano più difficoltà nell'affrontare la situazione rispetto a quelli delle donne che la interrompevano. La partecipazione ad attività religiose organizzate era associata a una minore gravità del disturbo da lutto, ma non aveva un impatto sul PTS o sulla depressione. Se non sono state riscontrate differenze fra le donne che interrompevano la gravidanza nel primo o nel secondo trimestre, i partner manifestavano invece maggiormente disturbo da lutto, intrusioni tipiche dello stress

post-traumatico e depressione quando la gravidanza veniva interrotta nel secondo trimestre; il motivo può essere ascrivibile al fatto che, rispetto agli uomini, le donne formano un legame emotivo più forte con il feto già a partire dalle prime settimane.

È stato condotto uno studio su 24 genitori che hanno scelto di proseguire la gravidanza dopo la diagnosi di un'anomalia non letale (l'oloprosencefalia [HPE], un difetto nella mediana del prosencefalo) in cui la prognosi era incerta poiché non era possibile determinare in utero il livello di gravità della patologia (Redlinger-Grosse et al., 2002). Le coppie sono state intervistate tra i 6 e i 12 mesi dopo la nascita del bambino. I genitori avevano raccontato di aver cambiato più volte idea durante il processo decisionale che li ha portati alla scelta: a influenzare le decisioni concorrevano le credenze religiose, l'incertezza della diagnosi, le percezioni soggettive della diagnosi, i sentimenti nei confronti dell'interruzione volontaria della gravidanza e le esperienze personali pregresse (ad esempio parenti disabili o infertilità). Durante tutta la gravidanza i genitori risultavano aver utilizzato diverse strategie di coping, sia pratiche che emotive, per accettare la propria decisione. Segnalavano il bisogno di un supporto sia di tipo informativo che emotivo, come l'aver contatti con organizzazioni e famiglie con un figlio affetto da HPE, oltre al supporto di familiari, amici e sanitari che rispettassero e accettassero la loro decisione, anziché dare giudizi e opinioni. Gli autori dello studio hanno inoltre riscontrato anche una notevole ambivalenza nei confronti della gravidanza quando si chiedeva specificamente ai genitori cosa provassero riguardo alla possibilità che il bambino morisse e alla segreta speranza che non sopravvivesse, lasciando però loro la libertà di esprimersi senza essere giudicati.

È importante che i professionisti sanitari ascoltino con attenzione in che modo i genitori percepiscono e interpretano la diagnosi del figlio. Per gli operatori sanitari non è facile gestire i vissuti conflittuali dei genitori, che per esempio chiedono informazioni specifiche sulla potenziale gravità della disabilità e allo stesso tempo vogliono ricevere un messaggio ottimista nel caso di un'anomalia non letale.

Un modo per offrire supporto di fronte a queste esigenze conflittuali può essere incoraggiare la fiducia dei genitori nella propria capacità di prendere la decisione migliore per il bambino e la famiglia e portarla avanti malgrado le evidenti condizioni di incertezza.

La differenza nei diversi esiti psicologici riscontrata fra i genitori che interrompono la gravidanza e quelli che la continuano malgrado il bambino non possa sopravvivere può dipendere dal fatto che in quest'ultimo caso le donne hanno avuto a disposizione più tempo fra la diagnosi e il termine della gravidanza per elaborare il lutto e prepararsi alla perdita, mentre le altre in genere hanno poco tempo per farlo. Probabilmente, le donne che hanno continuato la gravidanza possono avere ricevuto più supporto dai familiari (McCoyd, 2007) e possono aver avuto l'opportunità di trovare un senso e di creare dei ricordi (ad esempio con fotografie e oggetti, donando gli organi del bambino. Lawson, 2003).

Le donne che proseguono una gravidanza con un'anomalia non letale hanno anche riferito il bisogno di elaborare già prima della nascita il senso di perdita del bambino immaginato. Questo sembra favorire il legame con il figlio alla nascita (Hickerton et al., 2012). Sia i pazienti che decidono di continuare una gravidanza che terminerà con la morte — in utero o dopo il parto — sia quelli che scelgono di interromperla potrebbero avere dei benefici da un counseling preparatorio che li metta in guardia da potenziali reazioni psicologiche negative e li aiuti a scegliere se vedere o no il feto, a orientarsi fra le visite mediche facoltative e le reazioni altrui alle loro decisioni. Inoltre il counselor può aiutarli a capire che potranno incontrare critiche indipendentemente da cosa decideranno di fare e agevolarli nel raccogliere informazioni sulle risorse locali e online per trovare supporto e consulenze individuali o di coppia.

Chi scrive, dall'esperienza clinica ha potuto verificare come sia traumatico tanto ricevere una diagnosi di anomalia fetale quanto prendere una decisione in merito. Le donne riferiscono un dolore intenso sia che scelgano di abortire, sia che decidano di rivolgersi a servizi di cure palliative o di hospice perinatale per il bambino (Wool, 2011). I genitori che prendono la decisione di interrompere la gravidanza potrebbero reagire inizialmente con uno stress post-traumatico acuto e in seguito soffrire di disturbo post-traumatico da stress (PTSD), depressione e disturbo da lutto, anche del tipo «persistente e complicato» (American Psychiatric Association, 2014). I rituali a loro disposizione, sempre che esistano, sono pochi, e in mancanza di ricordi tangibili rimangono soli nel loro dolore, spesso chiedendosi addirittura se abbiano il diritto di sentirsi in lutto dato il loro ruolo nel porre fine al proseguire della gravidanza. Anche le successive gravidanze potrebbero

essere tormentate da incertezza e ansia, poiché i genitori le percepiranno attraverso le lenti del rischio, condizionati dalla possibilità di ricevere cattive notizie e andare incontro a un'altra perdita (Turton et al., 2001).

### *Fattori di rischio per il disagio emotivo persistente dopo l'aborto terapeutico*

Se la maggior parte degli individui vive come un trauma la diagnosi di anomalie fetali e il dover decidere se interrompere o proseguire la gravidanza, sono stati riscontrati anche numerosi fattori di rischio che possono rendere i livelli di disagio più elevati e durevoli. Fra questi troviamo: elevato conflitto decisionale, forte turbamento emotivo immediatamente dopo l'IVG, scarso sostegno da parte del partner, differenti modalità di vivere il dolore, percezione di uno scarso supporto sociale e isolamento, età gestazionale del feto più avanzata, anomalia non letale, storia di disagi o traumi mentali pregressi, auto-colpevolizzazione (senso di responsabilità per l'anomalia del feto e/o per una cattiva decisione in merito) e modalità di coping con evitamento delle emozioni o distacco comportamentale, a scapito di strategie come l'accettazione e la ricontestualizzazione positiva (Kersting et al., 2007; Korenromp et al., 2009; Maguire et al., 2015). La ricontestualizzazione positiva è stata associata anche alla crescita post-traumatica (Lafarge, Mitchell e Fox, 2013; 2017). Per la maggior parte dei genitori il dolore del lutto si allevia entro un anno dall'aborto, ma alcune esperienze come gli anniversari (dell'aborto o del termine previsto della gravidanza), la vista di altre donne incinte, le notizie di gravidanze e nascite o una nuova gravidanza scatenano a volte sentimenti dolorosi, anche se è trascorso più di un anno dalla perdita (Maguire et al., 2015).

### *Fornire supporto emotivo ai genitori che devono prendere una decisione per un'anomalia fetale: il personale medico*

In prima linea nel fornire supporto per i genitori che scoprono un'anomalia fetale deve esserci il personale medico che li assiste: per quanto i professionisti ritengano fondamentale fornire informazioni chiare, complete e imparziali (Lafarge et al., 2017; Skotko, 2005), spesso si sottovaluta

# IL PARTO TRAUMATICO: UN EFFETTO ONDA IN CONTINUA ESPANSIONE

Cheryl Tatano Beck  
School of Nursing, University of Connecticut, USA

## Riassunto

Questo capitolo riporta la descrizione del parto traumatico e illustra la catena di effetti sempre più gravi che esso innesca. Si esplorerà dapprima che cosa venga percepito come parto traumatico dalle puerpere, e con quale frequenza si verifichi. Si esamineranno poi gli effetti «onda» negativi del parto traumatico: il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), le difficoltà nell'allattamento al seno, gli anniversari del trauma e il panico che si presenta nei parti successivi. Verrà approfondito anche il cosiddetto «effetto onda positivo» riscontrabile in alcune madri, ovvero la crescita post-traumatica. Successivamente ci si concentrerà sull'effetto negativo dello stress traumatico riscontrabile tra gli operatori di area ostetrica, quindi sull'effetto positivo della crescita in seguito a un trauma vicario. Il capitolo si conclude con alcune sezioni sul trattamento del disturbo post-traumatico da stress legato all'esperienza del parto e le relative implicazioni nella pratica clinica.

## Parti traumatici

Kounin (1970) fu il primo a coniare l'espressione *ripple effect* («effetto onda»), per descrivere l'impatto positivo che gli insegnanti possono avere sui propri studenti. Un effetto onda è «un effetto diffuso o una serie di conseguenze causate da una singola azione o evento» (dictionary.com). Zinker

(2013) sottolineò l'importanza di identificare le «onde più piccole», poiché queste possono costituire la fase iniziale da cui si propagano «onde sempre più grandi». Per poter riconoscere gli effetti onda di un parto traumatico, l'operatore sanitario dovrà per prima cosa sapere qual è stata la goccia che ha fatto traboccare il vaso, ovvero il trauma: è necessario comprendere innanzitutto qual è l'evento iniziale che scatena il diffondersi delle «onde».

In riferimento alla letteratura, la prevalenza dei parti traumatici varia dal 23 al 45%. Nel Regno Unito, Sawyer et al. (2012) hanno rilevato che, su un campione totale di 125 madri a 8 settimane dopo il parto, il 23% percepiva la propria esperienza di parto come traumatica. In Australia, il 45,5% di un campione di 866 puerpere a 4-6 settimane postparto riportava di avere vissuto un parto traumatico (Alcorn et al., 2010). Negli Stati Uniti, invece, uno studio su 103 madri a 4 settimane dopo il parto condotto da Soet, Brack e Dilorio (2003) ha riscontrato una percezione traumatica del parto nel 34% delle donne.

Un aspetto essenziale che l'operatore sanitario deve tenere presente è che il parto traumatico, come la bellezza, sta negli occhi di chi guarda (Beck, 2004a): ciò che per il personale ostetrico può sembrare routinario può invece essere vissuto dalla puerpera come un evento scioccante. Beck (2004a) ha condotto uno studio fenomenologico delle esperienze di parto traumatico, da cui sono emersi quattro temi: 1) Dedicarmi attenzione: era una richiesta eccessiva? 2) Comunicare con me: perché non lo hanno fatto? 3) Offrire cure sicure: hanno tradito la mia fiducia; 4) Il fine giustifica i mezzi: a spese di chi? A quale prezzo?

Si è così scoperto che le donne che percepivano come traumatica la propria esperienza del parto erano state sistematicamente private di aspetti cosiddetti protettivi. Durante un momento tanto delicato, queste donne hanno avuto l'impressione di essere trattate con noncuranza. Si sono sentite abbandonate, sole e private della propria dignità, come si evince da questa testimonianza: «Mi sembra incredibile come quelle 3 ore e mezza in sala travaglio e poi in sala parto abbiano avuto un effetto letteralmente devastante sulla mia vita. Davvero, è come essere stata vittima di uno stupro o di una violenza» (Beck, 2004a, p. 32). Alcune puerpere hanno descritto l'assistenza ricevuta durante il parto come «fredda» e «meccanica». Un altro aspetto protettivo di cui hanno avvertito la carenza era la comunicazione con il personale della sala travaglio e sala parto. Spesso hanno descritto la

sensazione di sentirsi invisibili, mentre gli operatori sanitari parlavano fra loro come se le pazienti non fossero lì presenti. Una madre ha riferito: «Il medico di turno diceva: “Forse lo abbiamo perso, maledizione!”. Stavano discutendo della possibile morte di mio figlio davanti a me, e litigavano davanti a me come se io non fossi presente» (Beck, 2004a, p. 33). Le donne si affidavano al personale sanitario fiduciose di ricevere le migliori cure, ma alcune di loro hanno avuto l'impressione di non aver ottenuto cure adeguate e hanno temuto per la propria sicurezza e per quella del nascituro. Infine, una volta nato il bambino e constatato il buono stato di salute, le puerpere avevano la sensazione che nessuno avesse voglia di ascoltare ciò che avevano dovuto sopportare durante le fasi del parto. L'esito del parto era valutato solo in riferimento alla salute del bambino, e non in base all'esperienza vissuta dalla madre.

Dinesen fa notare che «si può sopportare ogni sofferenza, se la inseriamo in una storia» (citato in Arendt, 1958, p. 175). Le persone cercano un senso negli eventi difficili della vita, e lo fanno volgendo in forma di narrazione (Riessman, 1993). A tal riguardo Beck (2006a) ha condotto un'analisi delle narrazioni di 11 madri con storie di parto traumatico. Utilizzando l'approccio narrativo di Burke (1969), tale metodologia di analisi si concentra sui cinque elementi di una storia (azione, scena, agente, agenzia e scopo) e sull'osservazione di come essi siano in relazione tra loro. Questi elementi si abbinano assieme creando dei nessi, ad esempio scena-agente, e si cercano gli squilibri in tali rapporti per scoprire dove si generano le tensioni all'interno della storia. Il rapporto di squilibrio fra azione-agenzia era quello che si riscontrava più spesso nelle descrizioni verbali delle madri con storie di parto traumatico. Nelle narrazioni di queste donne prevaleva il «come» (l'agenzia) relativo a un'azione che sentivano di aver subito durante il travaglio e il parto. Emergeva che gli operatori sanitari non comunicavano con loro riguardo a ciò a cui le sottoponevano, ad esempio la rottura artificiale delle membrane. Durante il parto, le donne non avevano la sensazione che gli operatori si stessero prendendo cura di loro. L'evidente assenza di considerazione e comunicazione durante le fasi del parto era uno degli aspetti che più emergeva dall'analisi narrativa. Le donne raccontavano di sentirsi come se fossero state violentate, con attorno molte persone che guardavano ma nessuno che offriva loro aiuto. L'analisi di queste narrazioni ha confermato lo studio fenomenologico di Beck (2004a) sui traumi da parto.

Riportiamo qui un estratto del racconto di una madre per illustrare lo squilibrio nel rapporto azione-agenzia; sono messi in evidenza i modi sbrigativi dell'ostetrica mentre assisteva il travaglio di una donna che doveva partorire una bambina morta in utero:

Mio marito andò a chiamare l'ostetrica che diceva che avevano appena messo il gel, non poteva essere già ora che *uscisse*. Io le dissi di sì: la bambina stava per nascere. L'ostetrica controllò, e si vedeva la testa. Sembrava scioccata e disse di aspettare. «Devo andare a prendere un recipiente», e tornò con un recipiente verde a forma di rene. Dal modo in cui teneva il recipiente e dall'espressione del suo viso, capii che non avrebbe voluto trovarsi lì. Mio marito le tenne il recipiente. Allora io diedi una spinta e mia figlia (ancora nel piccolo sacco amniotico) scivolò piano sul recipiente. L'ostetrica prese il recipiente da mio marito e coprì mia figlia con un lenzuolo. Poi se ne andò, senza dire una parola su dove stesse andando. Io la chiamai. «Dove la sta portando???» (Io non l'avevo neppure vista bene, dato che era ancora nel sacco amniotico). L'ostetrica disse, devo portar*lo* dalla dottoressa. Lei vuole veder*lo*. Oltretutto, l'ostetrica continuava a chiamarmi per cognome. Le dissi: «Ma io voglio vedere mia figlia». Lei rispose: «Perché? È una *cosa* morta». Disse che dovevo far venire qualcuno per lavar*lo* e far*lo* esaminare. (Beck, 2006a, p. 461)

### **Fattori di prevalenza e di rischio del disturbo post-traumatico da stress in seguito al parto**

Grekin e O'Hara (2014) hanno condotto uno studio meta-analitico dei fattori di prevalenza e di rischio del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) postpartum. Basandosi su 78 ricerche, le hanno suddivise fra quelle effettuate su campioni relativi alla popolazione generale e su campioni di soggetti a rischio. Fra gli studi del primo tipo, il tasso medio di prevalenza era del 3,1% con intervallo di confidenza al 95% compreso fra 2,5 e 3,9%. L'unica variabile che moderava i tassi di prevalenza negli studi su campioni relativi alla popolazione generale era l'età: con l'aumentare dell'età, diminuiva la prevalenza di PTSD postpartum. Analizzando invece gli studi su



campioni a rischio, il tasso di prevalenza risultava del 15,7% con intervallo di confidenza al 95% compreso fra 11,1 e 21,7%. Per quanto riguarda i fattori di rischio, le variabili correlate sono state divise in due gruppi in base al valore della loro associazione con i sintomi del PTSD postpartum. Negli studi su campioni relativi alla popolazione generale è stata segnalata una associazione di valore elevato per il fattore di rischio «sintomi di depressione postpartum». È stata invece rilevata una associazione di valore medio per i fattori di rischio «interazioni negative con il personale della sala travaglio e sala parto» e «storia psicopatologica pregressa». Considerando i fattori di rischio negli studi su campioni a rischio, sono risultati avere associazioni di livello elevato i fattori «sintomi depressivi postpartum» e «complicazioni per la madre e il bambino», mentre per la storia traumatica pregressa è emersa un'associazione di livello medio.

La meta-analisi di Grekin e O'Hara (2014) ha confermato i risultati di un sondaggio nazionale statunitense effettuato su 859 madri, il 18% delle quali aveva manifestato livelli elevati di sintomi di PTSD dopo il parto (Beck et al., 2011). I sintomi depressivi postpartum erano predittivi del 51% della varianza nei punteggi dei sintomi di PTSD ottenuti con il Test di autovalutazione dei sintomi di disturbo post-traumatico da stress, in questo caso adattato per renderlo più specifico agli eventi relativi al parto (Ayers e Pickering, 2001).

Ayers et al. (2016) hanno elaborato una rassegna scientifica di 50 studi nell'ambito della loro meta-analisi dei fattori di rischio di PTSD misurati ad almeno 1 mese dopo il parto. Sono stati identificati i seguenti elementi di vulnerabilità prepartum: depressione prenatale ( $r = 0,51$ ), paura del parto ( $r = 0,41$ ), complicazioni durante la gravidanza ( $r = 0,38$ ), storia di PTSD ( $r = 0,39$ ) e counseling per gravidanza o parto ( $r = 0,32$ ). Durante il travaglio e il parto, i fattori di rischio maggiormente legati al PTSD comprendevano esperienze di parto soggettivamente vissute come negative ( $r = 0,59$ ), parto pilotato o cesareo ( $r = 0,48$ ), mancanza di supporto da parte del personale ( $r = -0,38$ ) e dissociazione ( $r = 0,32$ ). Nel periodo successivo al parto, al PTSD erano associati stress e difficoltà nella gestione della situazione ( $r = 0,30$ ) e comorbidità con la depressione ( $r = 0,60$ ). Yildiz, Ayers e Phillips (2016) hanno svolto una sintesi di 28 studi usando una misura diagnostica del PTSD. Oltre alla prevalenza del PTSD durante l'anno successivo al parto, lo studio ha riportato anche la prevalenza dei singoli momenti postnatali.

La prevalenza media del PTSD postpartum è stata quindi del 4,0% (95%, IC 2,77-5,71) nei campioni relativi alla popolazione generale, mentre nei gruppi ad alto rischio è risultata del 18,5% (95%, IC 10,6-30,38). In entrambi i campioni sono stati riscontrati simili valori postnatali di prevalenza. In particolare la prevalenza totale dei campioni era stata di 5,77% rilevata nel dopo parto a 4-6 settimane, di 1,44% a 3 mesi e di 6,79% – il massimo registrato – a 6 mesi. Simpson e Catling (2016) hanno invece analizzato 21 articoli per comprendere le esperienze psicologiche traumatiche legate al parto. I fattori di rischio identificati sono risultati i disturbi mentali pregressi, le emergenze ginecologiche, le complicazioni neonatali e la cattiva qualità delle interazioni con il personale sanitario durante la nascita del bambino.

### **L'effetto onda del parto traumatico**

Quali sono le «onde» che si propagano in seguito a un parto traumatico? Identificarle può essere utile per evitare l'accumularsi di conseguenze negative ancor più gravi per le madri, come il PTSD (Figura 7.1). Beck (2015), attingendo da diversi studi sull'argomento da lei stessa effettuati, ha identificato i seguenti ambiti in cui si diffonde l'effetto onda: sintomi post-traumatici da stress, PTSD, allattamento al seno, successivo parto, interazione madre-bambino, partner e personale ostetrico.

#### *PTSD. Sintomi post-traumatici da stress*

James (2015) ha elaborato una rassegna scientifica prendendo in considerazione una revisione di 9 studi relativi alle esperienze di PTSD nelle madri in seguito a parto traumatico; ha quindi identificato quattro temi guidati dal modello cognitivo del PTSD (Elhers e Clark, 2000): la natura del ricordo del trauma, il giudizio negativo sul trauma e/o le sue complicazioni, la minaccia attuale e le strategie per arginare la minaccia/i sintomi.

Le madri che soffrono di PTSD dopo il parto potrebbero ricorrere a espressioni metaforiche per spiegare in termini più efficaci questo disturbo mentale al personale clinico e dare un'idea di quegli aspetti della propria

# ALLATTAMENTO AL SENO E SVEZZAMENTO

Benessere e disagio psicologico nei genitori

*Jenny Perkel*

*Babies in Mind Project, Città del Capo*

## *Riassunto*

L'allattamento al seno portato avanti in condizioni ottimali offre evidenti e incontestabili vantaggi, tra cui un minor tasso di mortalità infantile. Tuttavia, sia nel caso dell'allattamento che durante lo svezzamento possono crearsi delle complicazioni, e un esperto di salute mentale perinatale dovrebbe conoscere gli eventuali problemi che possono emergere e poi ricadere sulla madre, il padre, il bambino e sulle relazioni all'interno della famiglia. Le difficoltà ad allattare al seno possono instillare nella madre sensi di colpa, vergogna e ansie persecutorie. Esiste un complesso legame, che necessita di ulteriori studi, fra la depressione postnatale e l'interruzione precoce dell'allattamento al seno. Le difficoltà nell'allattamento al seno e nello svezzamento possono essere l'occasione per esplorare problematiche emotive profonde potenzialmente legate allo stato mentale della madre e/o del neonato e alla loro relazione. Per vari motivi, le madri psicologicamente vulnerabili potrebbero considerare l'allattamento al seno come una minaccia emotiva. In questi casi, quando il prezzo dell'allattamento naturale è troppo alto, potrebbe essere preferibile usare il biberon e il latte artificiale. Il processo dello svezzamento è legato al processo di separazione psicologica: un aspetto inevitabile, ma talvolta traumatico, della relazione fra madre e figlio.

## **Aspetti psicologici dell'allattamento al seno e dello svezzamento**

L'allattamento al seno, in condizioni ottimali, è una delle modalità più efficaci per ridurre la mortalità nel neonato e nel bambino (Jones et al., 2003): i dati suggeriscono che questa pratica potrebbe salvare la vita a oltre 800.000 bambini ogni anno (Victora et al., 2016). È inoltre stato associa-

to a maggiore intelligenza nel bambino, grado di istruzione più elevato in età adulta e migliori produttività, capacità di guadagno e sviluppo sociale (Victora et al., 2015). Idealmente, secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'allattamento al seno dovrebbe essere avviato fin dalla nascita, alimentando il bambino esclusivamente con latte materno per i primi 6 mesi e proseguendo poi, fino ad almeno 2 anni, con l'integrazione di alimenti complementari.

Nei Paesi sviluppati, la maggior parte dei neogenitori è consapevole di questi e altri grandi vantaggi dell'allattamento al seno. In alcuni casi queste informazioni possono aiutare i genitori e contribuire a motivarli nel perseverare anche durante i difficili periodi iniziali. Le stesse conoscenze possono però, invece, avere l'effetto di creare sensi di colpa, vergogna e ansia persecutoria nelle neomamme che per qualche motivo non riescono ad allattare al seno i loro bambini in maniera soddisfacente.

Allattare può far emergere nelle madri emozioni complesse, a seconda delle particolari esperienze di ciascuna diade madre-neonato. Per alcune donne si tratta di un'esperienza molto positiva, ad altre appare invece dura, traumatica ed emotivamente estenuante.

### *Il legame fra allattamento al seno e depressione materna*

Una delle argomentazioni che incoraggiano le donne — a volte anche mettendole sotto pressione — ad allattare al seno è il legame ben documentato fra allattamento al seno e minori tassi di depressione postnatale. Fra i vari studi, quello giapponese di Nishioka et al. (2011) ha per esempio rilevato che la depressione postpartum era associata al passaggio all'alimentazione con biberon e latte artificiale prima dei 6 mesi. Invece, Dias e Figueiredo (2015), in una rassegna sistematica della letteratura sull'argomento, hanno riscontrato che la depressione — sia in gravidanza che nel dopo parto — è associata a una minore durata dell'allattamento al seno. È tuttavia importante notare come i due autori sottolineino la necessità di ulteriori ricerche per chiarire i meccanismi di queste associazioni: sono le madri che smettono di allattare perché sono depresse, o è l'allattamento che protegge le madri dalla depressione? O forse la probabilità di sviluppare una depressione clinica è maggiore per le madri che non riescono ad allattare al seno?

Secondo l'esperienza clinica di chi scrive, le madri che non riescono ad allattare al seno, malgrado il sincero desiderio di farlo, provano spesso un forte senso di disagio e delusione e ciò può contribuire all'insorgere della depressione postpartum. Alcuni studi, come quello condotto da Pope et al. (2016), non hanno per altro trovato legami fra i tentativi di allattare o la durata dell'allattamento al seno e la depressione postpartum. Perciò, esaminando i dati presenti in letteratura, la correlazione fra i due aspetti appare molto complessa, e per comprendere questa associazione potrebbe essere più utile un approccio qualitativo. Gli operatori che si occupano di salute mentale perinatale dovrebbero quindi affrontare questo tema con sensibilità e mentalità aperta, tenendo conto delle esperienze soggettive di ogni donna e senza dimenticare le condizioni manifestate dal padre e dal bambino.

### **Fisiologia e allattamento al seno**

Esiste una componente fisiologica grazie alla quale l'allattamento al seno genera solitamente una soddisfazione emotiva nella madre e favorisce un buon legame madre-bambino. Daws e Figueiredo (2015) ci ricordano che l'ossitocina, il cosiddetto «ormone dell'amore», non viene rilasciata solo durante l'allattamento, ma anche durante i rapporti sessuali. Si tratta appunto della sostanza che promuove l'attaccamento fra madre e bambino (e fra i partner durante i rapporti sessuali); inoltre, contribuisce a indurre una sensazione di tranquillità e, a quanto sembra, favorisce il sonno. Oltre all'ossitocina, durante l'allattamento vengono rilasciati anche la prolattina e la vasopressina, che rafforzano il senso di protezione e amore. Questi ormoni dovrebbero teoricamente migliorare il legame fra il bambino e la madre che allatta, e in genere è così. Tuttavia esistono altri fattori, di cui parleremo più avanti, che possono ostacolare questo attaccamento nonostante l'azione degli ormoni appena citati.

#### *Allattamento al seno: gli inizi*

Il rapporto madre-figlio, nei primi giorni e settimane, ruota intorno all'alimentazione. Inizialmente questa condizione occupa gran parte del giorno

e della notte, e dopo il parto può rappresentare una delle più grandi sfide da affrontare per mamma e bambino. In un certo senso, è una sorta di *primo ballo*: madre e figlio hanno il compito di realizzare insieme qualcosa che è di importanza vitale per la crescita e la sopravvivenza del bambino. Nella maggior parte dei casi, l'ideale è che per i primi mesi il neonato riceva esclusivamente il latte dal seno materno.

In assenza di complicazioni o difficoltà, l'allattamento al seno può senz'altro avere effetti protettivi sulla salute mentale della madre. Tuttavia, quando insorgono dei problemi nell'allattamento che si traducono in un calo di peso o una difficoltà di crescita nel bambino, la paura di danneggiare la salute del figlio può creare nella madre una forte ansia. Quest'ultima condizione emotiva può anche essere legata a un'aggressività materna (spesso inconscia) verso il bambino che non prende il seno correttamente o che «ciucciando» provoca dolore, stress o forte disagio alla madre. Quest'aggressività di fondo — specie se non riconosciuta — può avere un ruolo importante nello sviluppo di ansia e depressione, e in alcuni casi estremi anche di psicosi puerperale.

È più facile consolidare l'allattamento al seno durante i primi giorni e settimane dopo il parto se la neomamma ha la possibilità e la volontà di trascorrere una grande quantità di tempo a *esercitarsi* ad allattare. All'inizio, sia la madre che il figlio sono ancora inesperti in fatto di allattamento, e ci vuole del tempo per abituarsi: è un po' come imparare un nuovo sport. A volte la donna può provare dolore fisico e rigidità per via della tensione e della posizione. L'area del capezzolo può far male, specialmente se il bambino non si attacca correttamente. Una volta consolidato, però, allattare diventa di solito facile, sia per la madre che per il figlio. A meno che non sussistano timori per la salute mentale o fisica, spesso vale la pena di perseverare, se possibile, malgrado il disagio iniziale.

### BOX

#### *Benefici psicologici dell'allattamento al seno*

- La vicinanza fisica e il contatto pelle-a-pelle promuovono l'attaccamento.
- Il sollievo immediato di soddisfare il bambino affamato, anziché dover aspettare che sia pronto il biberon con il latte artificiale.
- Il latte materno è sempre disponibile.
- L'allattamento al seno responsabilizza le madri.
- L'allattamento al seno dimostra che tutte le madri sono indispensabili per i loro bambini.
- Allattare al seno è economico.
- I bambini allattati al seno e le loro madri hanno più libertà di movimento, finché stanno insieme.

## BOX

### *I consigli del consulente perinatale per le madri che allattano al seno*

- Offrire il seno il prima possibile dopo il parto.
- Permettere al personale della nursery di somministrare al neonato alimenti complementari solo se espressamente richiesto dal medico. Chiedere consiglio al proprio pediatra.
- Tenere il bambino nella stessa stanza in ospedale e cercare, all'inizio, di allattarlo esclusivamente al seno.
- L'allattamento al seno segue il principio della domanda e offerta: più si allatta, più latte si produce.
- Fare attaccare il bambino al seno o tirare il latte se si vuole stimolare la produzione di latte.
- Se il bambino non succhia, dopo qualche giorno il seno non produrrà più latte.
- Un ambiente con pochi elementi di stress facilita il flusso del latte.
- È noto che la produzione di latte si riduce durante i periodi di stress.

## BOX

### *I consigli del consulente perinatale per le madri che allattano artificialmente*

- Offrire il succhiotto al bambino se è agitato.
- Offrire il biberon se il succhiotto non risulta utile.
- L'azione stessa di succhiare dà un beneficio psicologico in questa fase dello sviluppo.
- Quando il bambino ha fame, rifiutare di nutrirlo può creare problemi nel rapporto fra madre e figlio.
- L'atmosfera in cui il bambino viene alimentato dovrebbe essere silenziosa, intima e carica di affetto.
- È bene che ci siano poche distrazioni.
- Alimentare il neonato in un ambiente con pochi fattori di stress e senza fretta permette al bambino di rilassarsi e digerire meglio.

## Un caso clinico

Samantha era nata con taglio cesareo di emergenza dopo un'esperienza di travaglio altamente stressante e potenzialmente letale dovuta al prolasso del cordone ombelicale. Dopo questa disavventura, la madre era esausta e in lacrime. Il personale infermieristico, pensando di rendersi utile, portò la bambina alla nursery per consentire alla madre di riposare. Samantha veniva portata alla madre ogni tre ore in modo che provasse ad attaccarsi al seno. Però, dato che sembrava affamata, alla nursery le avevano dato del latte in formula come alimento complementare. La bambina iniziò rapidamente a capire che era più facile prendere il latte dal biberon che dal seno, e così sviluppò una certa riluttanza a prendere il seno. Samantha perse molto più peso di quanto ci si aspettasse dopo la nascita, riacquistandolo solo dopo 3 giorni. Purtroppo, a causa di problemi di sterilizzazione nella nursery, Samantha contrasse una lieve infezione da una tettarella infetta, trasmettendola poi al seno della madre che si infiammò provocandole una mastite. Così, non solo la madre soffriva per questa infiammazione, ma aveva ancor più difficoltà

ad allattare al seno la bambina, perché il dolore era insopportabile. Dopo cinque settimane di sofferenza, dolore e conflitti fra la madre e la figlia, l'allattamento al seno venne completamente abbandonato a favore del latte artificiale. Anche se questo significava sacrificare i vantaggi dell'allattamento al seno, era un'opzione migliore per questa particolare diade madre-bambino: Samantha riuscì a riacquistare peso, ed entrambe risultarono più serene.

Quando Samantha è passata al biberon, non ci sono stati più problemi di allattamento. Tuttavia, quest'esperienza sarebbe potuta andare in modo diverso. Anche se la decisione delle infermiere di far riposare la madre subito dopo il parto può apparire un gesto di sensibilità, avrebbero potuto gestire meglio la situazione. Se la madre e la figlia fossero state nella stessa camera di ospedale e le infermiere avessero aiutato la madre ad attaccare la bambina al seno ogni due ore circa, con ogni probabilità l'allattamento si sarebbe avviato. La pratica di offrire alimenti complementari è infatti controversa e si dovrebbe riservare solo ai casi in cui è espressamente indicata dal medico.

Il fatto di stare nella stessa camera in ospedale dopo il parto può favorire un buon legame madre-bambino, e rafforza anche le possibilità di riuscire ad allattare al seno. A sua volta, ciò favorisce l'attaccamento. Un bambino, quando ha fame, è inquieto e sotto stress. Se all'inizio si permette al bambino di alimentarsi più spesso e per periodi più lunghi, in genere si ha una maggiore produzione di latte. Il pericolo, però, sono le infiammazioni e le ragadi ai capezzoli, che possono essere molto dolorose.

### *Quando qualcosa va storto*

I problemi legati all'allattamento sono estremamente stressanti sia per la puerpera che per il neonato. Specie nei bambini piccoli, la fame è una sensazione di grande disagio e stress ma i neonati che riescono ad alimentarsi senza — o con poche — difficoltà sono molto fortunati. Quando l'allattamento procede senza intoppi, lo sviluppo mentale del bambino si rafforza. Si formano infatti le basi fondamentali della crescita psicologica e, in seguito, anche le basi per le relazioni con gli altri. Purtroppo, però, non va sempre tutto bene, e i motivi sono molteplici. Spesso i problemi insorgono



durante i primi giorni e settimane dalla nascita: si possono instaurare delle difficoltà che a volte conducono a rinunciare del tutto all'allattamento al seno, come si è visto nel caso clinico sopra riportato. Una parte importante del lavoro dell'operatore che si occupa di salute mentale perinatale è quindi offrire indicazioni su quando si può insistere nello sforzo di allattare al seno e quando è il caso di passare al biberon, usando latte materno o latte in formula.

Sono tanti i problemi che possono concorrere nel mettere in difficoltà le madri che allattano al seno. Alcune donne non amano perdere la propria libertà o indipendenza, come ad esempio può capitare se la gravidanza non era stata pianificata o desiderata. Può anche essere il caso delle madri molto giovani che non si sentono pronte per l'impegno intensivo che la maternità comporta. Alcune donne provano ansia temendo che l'allattamento potrà rovinare l'aspetto del loro seno e renderle meno desiderabili sessualmente. Potrebbero trovare spiacevole sentirsi come una «mucca da latte» anziché come una «dea del sesso», o temere di perdere l'amore o l'interesse sessuale del partner. Un momento di bollente passione si potrebbe «raffreddare» se dal seno iniziasse a fuoriuscire del latte e questo inevitabilmente ricorda che la vita sessuale e l'allattamento al seno non sempre vanno a braccetto.

Alcuni uomini osteggiano l'allattamento al seno perché li pone al di fuori della diade madre-bambino e li fa sentire esclusi. La gelosia e la rivalità del padre potrebbero dare adito a conflitti di coppia o creare una distanza fra i partner. Spesso si crea un legame talmente intenso fra il bambino e la madre che allatta — totalmente immersa in quella che Winnicott chiama «preoccupazione materna primaria» — che l'oggetto dell'investimento affettivo della madre diventa il figlio, e il compagno viene escluso. Può sembrare che la madre si sia disamorata del padre per interessarsi solo al bambino. Per un neopapà che è emotivamente insicuro o narcisisticamente vulnerabile, ciò comporta elevati livelli di stress che possono creargli diverse difficoltà, come ad esempio la ricerca di gratificazione sessuale ed emotiva e intimità al di fuori del matrimonio.

L'intimità primordiale dell'allattamento al seno, che può essere tanto gratificante per le madri, può per vari motivi anche essere vissuta psicologicamente come una minaccia. Se la neomamma è in lutto per la perdita di una persona cara, potrebbe sentirsi troppo vulnerabile ed emotivamente fragile per allattare al seno: troppo ferita, esposta e sensibile per mettere il

# **SCREENING E IDENTIFICAZIONE PRECOCE DELLE DONNE A RISCHIO DI PSICOPATOLOGIA PERINATALE**

*Alessandra Bramante*

*Agenzia di Tutela della Salute ATS Bergamo, Regione Lombardia, Servizio Sanitario Nazionale*

## *Riassunto*

La psicopatologia perinatale — se non identificata e curata — può comportare gravi conseguenze non solo sulla madre, ma anche sul bambino, sulla relazione mamma-bambino e sull'intera famiglia. Scopo del capitolo è mettere in luce lo stato dell'arte a livello internazionale rispetto alle procedure di screening per identificare le donne a rischio o quelle già psicologicamente sofferenti, ma anche capire quale sia il modo migliore di agire dopo averle identificate. Studi internazionali riferiscono dell'esistenza di strumenti validati per lo screening, analizzati nel dettaglio nel capitolo, che le donne accettano di buon grado nel periodo perinatale e che permettono di identificare un numero di donne decisamente maggiore rispetto alla normale pratica clinica. Vengono inoltre approfonditi i suggerimenti delle più importanti agenzie internazionali che si occupano della salute mentale della donna in gravidanza e nel postpartum, quelli delle Linee guida internazionali sulla psicopatologia perinatale, e descritti gli ingenti costi che la salute mentale perinatale ha sulla società, a causa del suo forte impatto sulla mamma ma soprattutto sul bambino. È importante promuovere la ricerca scientifica in questo ambito al fine di ricavare ancora maggiori prove dell'utilità di una strategia diagnostica per le donne in gravidanza e nel postpartum.

## **Introduzione**

La depressione rappresenta la malattia psichiatrica con maggior peso tra i disturbi mentali e si stima che possa divenire, entro il 2020, la seconda più grave causa di disabilità. Attualmente essa è infatti una delle principali cause di disabilità tra le donne al mondo di età compresa tra i 15 e i 44 anni; negli Stati Uniti rappresenta la principale causa di ospedalizzazione non ostetrica per le donne tra i 18 e i 44 anni.

Si tratta di un disturbo dell'umore che affligge 1 donna su 4. Non stupisce il fatto che tale patologia si possa manifestare durante la gravidanza e dopo la nascita di un figlio: infatti, a differenza di quanto si pensava in passato, le evidenze scientifiche hanno messo in luce come la gravidanza rappresenti per la donna un evento stressante, connotato da marcati cambiamenti (fisici, psichici, ormonali, di ruolo, ecc.), e di conseguenza sia un periodo a rischio di psicopatologia.

Secondo l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), una percentuale di donne compresa tra il 14 e il 23% manifesta sintomi ansiosi e/o depressivi durante la gravidanza. Il tasso di prevalenza della depressione perinatale varia a seconda degli studi e del periodo analizzato (gravidanza o primo anno di vita del bambino): nel primo caso la percentuale va dal 7,4% al 20% mentre nel postpartum essa arriva fino al 22% (Littlewood et al., 2016). L'American Academy of Pediatrics sostiene che ogni anno nascono in America circa 400.000 bambini figli di donne depresse (McDonagh et al., 2014).

La depressione, come accennato, può verificarsi in gravidanza o nel postpartum. Uno studio americano condotto su 1.396 madri valutate 6 settimane dopo il parto mette in luce che nel 40,1% dei casi la depressione era iniziata nel postpartum, nel 33,4% durante la gravidanza e nel 26,5% prima della gravidanza (Wisner et al., 2013).

Il periodo successivo al parto è caratterizzato da numerosi cambiamenti biologici, fisici, sociali ed emotivi. Le donne in gravidanza e le loro famiglie hanno numerose aspettative su questa fase, che si colora di immensa gioia per l'arrivo del bambino; può capitare però che le madri, durante la gestazione e subito dopo, sperimentino un'ampia gamma di emozioni travolgenti come eccitazione, gioia, senso di realizzazione ma anche ansia, frustrazione, confusione, tristezza e colpa. Ciò richiede una significativa

capacità di adattamento personale e interpersonale, in modo particolare nelle primipare.

Il periodo perinatale rende le donne più vulnerabili a vari disturbi psichiatrici. Tradizionalmente i disturbi psichiatrici postpartum venivano classificati in tre categorie: baby blues, depressione postpartum e psicosi postpartum; oggi sappiamo che questa categorizzazione è ormai superata e che lo spettro della fenomenologia postpartum è ampio e caratterizzato da un vasto range di manifestazioni che vanno da labilità emotiva passeggera, irritabilità e pianto, alla marcata agitazione, allucinazioni, confusione e delirio.

Anche se la depressione perinatale è oggi riconosciuta come una delle complicanze mediche più comuni durante la gravidanza e nel primo anno di vita del bambino, e ha un codice identificativo all'interno della nuova edizione dell'*International classification of diseases (ICD-10)* e del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*, troppo spesso è sotto-diagnosticata: si stima che meno del 50% delle depressioni perinatali venga identificato durante la routinaria pratica clinica, e che solo il 12-30% delle donne con depressione perinatale riceva un trattamento adeguato (Bick e Howard, 2010).

La depressione e l'ansia perinatale non identificate e, quindi, non curate, possono avere gravi conseguenze non solo sulla donna, ma anche sul feto, sul neonato, sulla relazione mamma-bambino e sull'intera famiglia (Bick e Howard, 2010). Le principali conseguenze dei due disturbi in gravidanza sono complicanze ostetriche (complicazioni durante il parto, nascita pretermine, basso peso alla nascita, basso punteggio Apgar, aborto spontaneo, ecc.) ma anche scarsa adesione alle cure prenatali, preeclampsia, uso di tabacco e/o sostanze stupefacenti, fino ad arrivare ai casi di suicidio per cause psichiatriche: la mancanza di trattamento della depressione perinatale è considerata una delle prime cause di morte materna (Bick e Howard, 2010). Inoltre gli studi a lungo termine su figli di madri depresse hanno evidenziato un aumento di problematiche quali difficoltà emotive durante l'infanzia, problemi di comportamento e scarso sviluppo cognitivo. I bambini di mamme depresse sono meno attivi, mostrano meno attenzione e risultano più agitati rispetto ai nati da madri non coinvolte dal disturbo (Parry, 2016; Henshaw e Ericksen, 2015; Littlewood et al., 2016; NICE, 2014; McDonagh et al., 2014, Ding et al., 2014).

L'importanza della salute fisica e mentale di una donna dovrebbe essere centrale nella cura della maternità: oltre a influenzarne il benessere emotivo e la felicità, i disturbi mentali perinatali influenzano infatti la sua esperienza di gravidanza e genitorialità, sono associati a un rischio maggiore di complicazioni ostetriche e neonatali e possono profondamente ricadere sulla capacità della madre di legarsi al proprio bambino. L'esposizione fetale alla malattia mentale materna non trattata può anche avere un impatto negativo sul benessere del feto e poi del bambino (Milgrom e Gemmil, 2015; McDonagh et al., 2014; Centre of Perinatal Excellence COPE, 2017).

Da tutto ciò consegue l'estrema importanza di effettuare precocemente una valutazione del rischio psicosociale e uno screening relativo ai sintomi depressivi e ansiosi per tutte le donne nel periodo perinatale. Questo approccio è fondamentale per fornire alle donne la possibilità di accesso a un intervento precoce se necessario e desiderato.

### **Definizione di screening**

Lo UK National Screening Committee (NSC) fornisce una definizione molto precisa di che cosa sia uno screening:

Lo screening è un processo di identificazione, nella popolazione apparentemente sana, di coloro che potrebbero essere a rischio di un disturbo o di una patologia. Devono essere offerte a chi partecipa informazioni, test aggiuntivi e trattamento appropriato per ridurre il rischio e/o qualunque complicazione che può derivare dal disturbo o dalla patologia. (National Screening Committee, 2013)

Un'altra definizione di screening è:

L'applicazione sistematica di un test o di domande per identificare individui a rischio di uno specifico disturbo, per trarre giovamento da ulteriori approfondimenti o azioni preventive dirette a persone che non hanno richiesto attenzioni mediche a causa di questo disturbo. (Packman e Dezateux, 1998)

Inizialmente la diagnosi era focalizzata su patologie quali il cancro, la sordità nei bambini e i fattori di rischio per le patologie cardiovascolari; più recentemente sono stati inclusi anche i disturbi psicologici. Nel 2002, la US Preventive Service Task Force ha consigliato lo screening della depressione nei servizi per adulti, e numerosi colleghi e accademici del Nord America ora sono favorevoli ad applicarlo quando raccolgono la storia medica del paziente. Gli epidemiologi definiscono «scoprire il caso» la ricerca di un disturbo aggiuntivo in coloro che hanno una problematica medica; tale definizione calza in modo preciso con l'uso di strumenti di screening con le donne in gravidanza e nel postpartum. Ciò consiste in un complesso processo che include individuazione, valutazione, coinvolgimento, intervento, riduzione dei sintomi o del rischio e raggiungimento del miglioramento funzionale.

### **Screening per l'ansia e la depressione perinatali**

La gravidanza e l'arrivo di un bambino sono momenti culmine nella vita di una donna. Ci si aspetta che la gravidanza e la nascita portino gioia, speranza e soddisfazione delle proprie aspettative, ma rappresentano anche fasi in cui la donna è a rischio di depressione. Nella maggior parte delle circostanze il periodo perinatale, dal concepimento fino al primo anno di vita del bambino, è costellato da alti e bassi. Quando il «basso» è depressione, la donna deve avere la possibilità di ricevere un trattamento.

I segni e sintomi della depressione includono: umore depresso, facilità al pianto, disturbi del sonno o dell'appetito, nervosismo, ansia, irritabilità, aumento o perdita di peso, poca energia, mancanza di interesse e di piacere, senso di colpa, mancanza di speranza, poca concentrazione e pensieri di fare del male a sé o al bambino. I sintomi depressivi vanno da lievi a gravi; questi ultimi includono spesso i pensieri di morte o il suicidio. Voglia di fuggire, andarsene via lontano, sentirsi incapace di prendersi cura del proprio bambino... L'idea di colpire o di non essere in grado di proteggere il proprio bambino sono particolarmente disturbanti e penose per queste mamme.

Recenti studi hanno dimostrato che l'incidenza della depressione maggiore con esordio nel postpartum, identificata attraverso la somministrazione di uno strumento di screening, è significativamente più alta rispetto all'incidenza identificata con la sola valutazione clinica di routine.

Lo screening comporta l'utilizzo di un test (o di un questionario) validato per identificare persone a rischio rispetto a un particolare disturbo; si tratta di strumenti che non eseguono una diagnosi ma rilevano i fattori di rischio e devono essere in grado di identificare i disturbi depressivi o ansiosi. Ciò all'interno di un programma che dovrà includere regole chiare per un'ulteriore valutazione delle donne che risultano positive al test, formazione adeguata del personale sulla metodologia e sugli strumenti di screening, adeguati percorsi di riferimento e trattamenti efficaci. Identificare con precisione le donne che presentano sintomi depressivi e/o ansiosi nel periodo perinatale permette un tempestivo invio ai servizi di salute mentale e un adeguato follow-up.

Il contesto dello screening è cambiato negli anni successivi alla pubblicazione delle linee guida sulla salute mentale nel periodo perinatale a cura dell'iniziativa Beyondblue (2011), con:

- una maggiore consapevolezza della prevalenza della depressione e dell'ansia in gravidanza e nel postpartum;
- ulteriori ricerche condotte sull'efficacia degli strumenti di screening e sulla loro integrazione in programmi di valutazione completi;
- l'aumento della gamma e della disponibilità di metodi innovativi di screening (ad esempio utilizzando strumenti elettronici).

In linea generale lo screening è raccomandato per i gruppi ad alto rischio, che includono appunto anche le donne durante la gravidanza e nel postpartum. Ecco le ragioni per cui esso è consigliato proprio in questa fase (Wisconsin Association for Perinatal Care, s.d.).

- C'è uno stigma associato alla malattia mentale, ancora di più se legato all'epoca perinatale e quindi ad un evento gioioso come la nascita di un bambino. È difficile parlarne e ancor più difficile chiedere aiuto.
- Le donne potrebbero non riconoscere che quello che stanno provando è depressione. Potrebbero invece pensare che sia ciò che accade a tutte le donne gravide o neomamme, sottovalutando i sintomi della malattia.
- L'irritabilità potrebbe essere il principale sintomo della depressione, specialmente nelle adolescenti.
- È stato dimostrato che la depressione è comune, e ancora di più lo è in gravidanza e nel postpartum. La depressione in gravidanza se non identificata e trattata può durare anche nel postpartum.

- La depressione può interferire con la determinazione e motivazione della donna a cercare e proseguire le cure prenatali e a provvedere alla sicurezza ambientale del bambino, dando luogo a conseguenze negative sia per la mamma che per il bambino.
- La depressione interferisce con la capacità della madre di mettersi in relazione con il feto in gravidanza e con il bambino nel postpartum.
- La depressione può essere associata a nascita spontanea pretermine.
- In casi estremi, la depressione può essere una minaccia per la vita della donna.

### **Prime e importanti iniziative internazionali**

Una modalità di screening informale attivata dagli operatori sanitari per la rilevazione della depressione perinatale risale a tanti anni fa, negli Stati Uniti: dal 1990 è infatti iniziato un lavoro sistematico tramite l'utilizzo del test Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Poi, dal 2001, l'Health Resources and Services Administration — agenzia americana che si occupa di facilitare l'accesso alle cure per i cittadini — ha autorizzato lo screening per identificare le donne a rischio di depressione perinatale.

Le prime Linee guida australiane rispetto alla rilevazione, la gestione e il trattamento dei disturbi mentali perinatali sono state istituite nel 2011. Il Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists supporta le Linee guida di pratica clinica australiane Beyondblue, che sono state approvate dallo Health and Medical Research Council nazionale (NHMRC) e raccomandano uno screening universale per la salute mentale prenatale e postnatale. Esso consiste nel somministrare l'EPDS e nel condurre una valutazione psicosociale, ed è attualmente in fase di implementazione in tutta l'Australia; le strutture sanitarie locali che si occupano di maternità dovrebbero negoziare modi per attuare regolarmente questa pratica clinica.

### **Perché fare lo screening?**

La depressione si manifesta in tutte le popolazioni e durante tutto l'arco di vita. Tutte le donne, dunque, sono potenzialmente a rischio. La prevalenza della depressione perinatale è circa la stessa degli altri momenti di vita della



donna; ciò nonostante, le conseguenze della depressione materna, come sottolineato in precedenza, sono più complicate in quanto coinvolgono neonati o bambini piccoli.

La depressione ha delle basi biologiche e psicosociali: una storia pregressa di depressione, ansia o altri disturbi mentali, specialmente durante precedenti gravidanze o postpartum, e una familiarità psichiatrica per disturbo d'ansia o dell'umore, sono i principali fattori di rischio nel periodo perinatale. Vi sono anche altri fattori di rischio sociali quali povertà, disoccupazione, stress per la cura del bambino e mancanza di aiuti da parte del partner e della famiglia.

Il disturbo depressivo incide sulla capacità della donna di mettersi in relazione con gli altri, incluso il suo bambino appena nato, e lo screening è un metodo semplice ed efficace per identificare le donne i cui sintomi interferiscono con le funzioni nei diversi ruoli. Se identificata precocemente, la depressione è trattabile in modo più rapido e semplice.

Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) riconosce l'importanza di identificare precocemente la presenza di una psicopatologia materna perinatale, la depressione in particolare, attraverso uno screening indicando queste motivazioni:

1. la depressione perinatale è una condizione psicopatologica comune;
2. può avere gravi conseguenze per la donna, il neonato e l'intera famiglia;
3. lo screening è in grado di riconoscere casi che altrimenti rimarrebbero non identificati;
4. esistono trattamenti efficaci per tali disturbi.

Inoltre è ben noto che molte sono le barriere che impediscono alle donne di chiedere aiuto per problematiche psichiatriche in gravidanza e nel postpartum. È quindi compito degli operatori sanitari che si occupano di loro nel periodo perinatale identificare i casi a rischio e organizzare un'efficace presa in carico (Milgrom e Gemmil, 2015).

Lo screening nel periodo perinatale inoltre:

1. è raccomandato da US Preventive Services Task Force, American College of Obstetricians and Gynaecologists, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses e American Academy of Pediatrics;

2. è richiesto per legge in molti stati;
3. negli USA può essere spesso rimborsato;
4. ancora più importante, offre l'opportunità di ridurre la sofferenza nelle donne, e ridurre la mortalità nei bambini.

### **Principali agenzie che raccomandano uno screening nel periodo perinatale**

L'US Preventive Services Task Force (USPSTF) raccomanda lo screening per la depressione nella popolazione adulta generale, comprese le donne in gravidanza e postpartum. Esso dovrebbe essere attuato con sistemi adeguati per assicurare una diagnosi accurata, un trattamento efficace e un adeguato follow-up. Vi è un'alta certezza che il vantaggio netto sia moderato, o c'è una moderata certezza che il vantaggio netto sia moderato e sostanziale. Questo consiglio della USPSTF è la prima raccomandazione specifica per la gravidanza e il postpartum.

L'aggiornamento delle raccomandazioni sullo screening per la depressione riflette con forte evidenza l'importanza che viene attribuita alla questione. Karina Davidson, PhD, professore presso la Columbia University Medical Center di New York City, membro della task force, sostiene che il fatto di aggiungere il sottogruppo della popolazione delle gravide e delle donne nel postpartum è una novità presente nelle raccomandazioni del 2015. Rivela inoltre che al momento delle precedenti versioni non vi erano prove sufficienti per una raccomandazione a favore o contro uno screening per le donne in gravidanza e nel postpartum, cosa che invece ora si è evidenziata.

Le raccomandazioni, che sono state pubblicate online il 26 gennaio 2016 da «JAMA», prevedono che i medici di base forniscano uno screening per tutti i pazienti, utilizzando test efficaci come il Patient Health Questionnaire (PHQ) e la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) negli adulti, la Geriatric Depression Scale (GDS) negli anziani e l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) nelle donne in gravidanza e postpartum. L'inclusione di queste ultime nel programma è un passaggio che era da lungo tempo necessario, benché le persone non siano ancora pronte ad aprire un dialogo su questi argomenti, in particolar modo durante la gravidanza.

In un'intervista con Medscape Medical, Richard K. Argento (presidente e direttore accademico del Dipartimento di ostetricia e ginecologia presso

il North Shore University Health System, Evanston Illinois) si è dichiarato molto soddisfatto del lavoro fatto dalla task force.

La USPSTF ha trovato riscontri convincenti sul fatto che lo screening migliora l'identificazione accurata di pazienti adulti affetti da depressione, comprese le donne in gravidanza e dopo il parto. Anche se le prove dei benefici concreti di tale operazione sono limitate, l'American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) raccomanda che i clinici valutino le pazienti almeno una volta durante la gravidanza per i sintomi d'ansia e depressivi, utilizzando uno strumento standardizzato e validato. È necessario garantire un monitoraggio costante per le madri con attuale o pregressa psicopatologia, oppure con fattori di rischio per la psicopatologia perinatale. Lo screening in sé non è sufficiente a migliorare i risultati clinici e necessita quindi di essere associato con un adeguato follow-up e un trattamento quando indicato; il personale medico e ostetrico dovrebbe essere adeguatamente formato in merito e il sistema deve prevedere un follow-up per diagnosi e trattamento specifico (Albert et al., 2016).

La Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses sostiene che tutte le donne in gravidanza e postpartum dovrebbero essere sottoposte a screening per disturbi depressivi e d'ansia. Gli operatori ostetrici sono in una posizione chiave per esaminare le donne, fornire loro istruzioni e garantire un trattamento tempestivo ed efficace. Per affrontare con successo i disturbi dell'umore e l'ansia perinatale le strutture sanitarie che si occupano delle donne in gravidanza, delle neomamme e dei neonati dovrebbero condurre politiche e protocolli di screening, incontri di psicoeducazione nel periodo perinatale e corsi di formazione del personale in relazione a questi disturbi (AWHONN, 2015).

L'opinione dell'American Academy of Pediatrics è che il pediatra di base ha un'opportunità unica per identificare la depressione materna e contribuire a prevenire eventuali problematiche di sviluppo e di salute mentale per il neonato e per la mamma. Lo screening può essere integrato nella pianificazione del benessere del bambino e incluso nella visita prenatale: i pediatri hanno la possibilità di sottoporvi le mamme durante le visite filtro della crescita del bambino a 1 mese, 2 mesi e 4 mesi. Questo screening ha dimostrato di essere una buona pratica clinica per i pediatri di base che si prendono cura dei neonati e delle loro famiglie: l'intervento avviene in collaborazione con altre strutture tra cui i centri di salute mentale (Siu e USPSTF, 2016).

Il National Service Framework (NSF) per la salute mentale sottolinea l'importanza di avere dei protocolli gestiti a livello locale, per l'individuazione della depressione perinatale, promuovendo l'utilizzo di uno screening per aiutare l'individuazione precoce delle donne a rischio. Questo ha portato all'introduzione della valutazione nella routine clinica attraverso la somministrazione di brevi questionari self-report come l'EPDS (Department of Health, 2016).

### **Come fare lo screening?**

Un clinico potrebbe iniziare dicendo alla donna, per esempio: «È prassi per noi in questo ambulatorio chiedere a tutte le donne in gravidanza [neomamme] cosa stanno provando emotivamente. Ci interessa conoscere un po' di cose circa la sua salute dal punto di vista emotivo».

Sono disponibili validi strumenti di screening come brevi questionari autosomministrati, che richiedono approssimativamente dai 5 ai 10 minuti per essere completati. Come già ricordato, questi strumenti non sono diagnostici, ma utili a evidenziare un rischio e allertano il clinico rispetto al fatto che la donna sta provando alti livelli di sintomi stressanti che possono indicare una depressione in atto.

### **Quando fare lo screening?**

La maggior parte delle depressioni postpartum si manifesta nei primi tre mesi dopo la nascita del bambino. Sappiamo però che essa può emergere anche in altri periodi fino al primo anno di vita del figlio e oltre; gli ultimi studi scientifici hanno evidenziato inoltre alti tassi di depressione e ansia già durante la gravidanza, perciò numerosi clinici suggeriscono di effettuare uno screening preparto, seguito poi da un altro nel postpartum. Il momento in cui effettuare la somministrazione dovrebbe riflettere le risorse disponibili e i contatti esistenti tra la donna e gli operatori sanitari che la prendono in cura. Un ovvio punto di contatto è la prima visita antenatale, tuttavia è riconosciuto che il tempo disponibile in occasione e il numero di altre valutazioni mediche da effettuare possono limitare le opportunità