

Quando chiedere aiuto diventa necessario

ALESSANDRO GRISPINI

Psichiatra

Oggi abbiamo molto sottolineato l'importanza della capacità degli operatori, ai vari livelli, di saper riconoscere il disturbo mentre non abbiamo sufficientemente evidenziato un altro problema secondo me strategico: considerare i nostri interlocutori, le donne ma anche i familiari, come potenziali alleati per poter loro stessi riconoscere precocemente il disturbo. Se enfatizziamo solamente il ruolo dello specialista e degli operatori e non lavoriamo su un'adeguata cultura e sensibilizzazione della popolazione, ogni nostro compito diventa assai arduo.

Inizierò con una breve ricapitolazione delle ragioni che fanno sì che la depressione post partum sia un rilevante problema di salute pubblica.

a. Alta prevalenza (circa il 15% delle gravidanze).
b. Potenziale gravità dei quadri clinici con rischi suicidari in una minoranza di casi e rischio di cronicizzazione.

c. Alterazione precoce della relazione madre-neonato e alterazione dello sviluppo emozionale e cognitivo nella prole
In particolare, lo stile patologico di attaccamento, è uno dei motivi fondamentali per cui dobbiamo ricordarci che curando la donna e il sistema famiglia, stiamo svolgendo anche un lavoro preventivo nei confronti della prole. Che presenterà in molti casi, notevoli complicazioni nello sviluppo. Il nostro quindi è un intervento curativo ma anche preventivo.

d. Aumento dell'*emotional burden* nella famiglia (cioè il sistema familiare va in una condizione di grande sofferenza). A parte la situazione clinica in cui è il padre ad andare incontro ad una depressione post partum, prendersi cura della sofferenza del contesto familiare, primaria (e quindi con possibile significato patogenetico) o secondaria, è un elemento decisivo per l'attuazione del progetto terapeutico.

e. Alti costi diretti e indiretti.

Quando parliamo di interventi, dobbiamo quindi innanzitutto conoscere il problema, individuare le situazioni di rischio, intervenire in fase precoce: questi sono gli obiettivi strategici per qualsiasi iniziativa da mettere in campo. Un ritardo diagnostico presenta infatti conseguenze molto importanti:

- un recupero inadeguato (la prognosi è meno favorevole quando interveniamo tardi);
- maggior numero di ricadute depressive nel corso degli anni;
- problemi sullo sviluppo psicologico e sociale nel bambino;
- compromissione del ruolo genitoriale;
- complicanze: abuso di sostanze, disabilità, rischio suicidario, maggior numero di ricoveri.

Qualsiasi intervento si vada a programmare, dobbiamo tenere a mente che il nostro primo problema è proprio evitare il ritardo diagnostico. Comunque lo si voglia vedere, il problema centrale è quello di attuare delle strategie preventive.

Esistono tre tipi di interventi preventivi: *generali, selettivi, indicati*.

Gli **interventi preventivi generali** non si focalizzano sulla malattia ma sulla salute (cioè il target sono persone che stanno bene, non quelle malate). Occorre, in altri termini realizzare strategie di promozione, come ad esempio sviluppare programmi di psicoeducazione per permettere alle persone di avere una maggiore competenza e maggiore fiducia alle proprie capacità, alle proprie risorse. Non dobbiamo dimenticare che la presenza di una condizione morbosa riduce la capacità di gestione del problema da parte della paziente. Il nostro lavoro

preventivo dovrebbe quindi aiutare le donne e i loro familiari ad imparare ad usare le proprie risorse: sapere di avere un problema, sapere quando chiedere aiuto, sapere a chi rivolgersi. E questa opera di sensibilizzazione deve interessare le persone quando stanno bene e non quando si ammalano. Non conoscere l'esistenza di un consultorio o di un centro di salute mentale è, in definitiva, una questione di mancanza di potere individuale. Tutto ciò che favorisce l'auto-aiuto incrementa l'*empowerment*, che possiamo tradurre come l'aumento del potere soggettivo di orientare positivamente il corso degli eventi. Un buon *empowerment* è una precondizione per qualsiasi trattamento efficace.

Il messaggio chiave è il seguente: l'intervento sulla riparazione del danno è irrinunciabile, ma intervenire una volta che il danno è avvenuto comporta una quantità ingentissima di risorse che il sistema non può sostenere. Dobbiamo invece anticipare una parte di questo lavoro attraverso la crescita di una maggiore competenza delle persone nel gestire i propri problemi. Voglio essere ben chiaro a questo proposito: non ritengo che basti l'auto-aiuto e la prevenzione per gestire la depressione post parto, ma vi posso assicurare che attuare una efficace campagna conoscitiva (che non riguarda solo le donne e le loro famiglie, ma anche i ginecologi ed i medici di base) può aiutare la donna a chiedere un sostegno perché il grande problema che c'è nella depressione post partum è la vergogna, la non accettabilità, oltre che della mamma, di tutto l'entourage, di denunciare quello che in quel momento agli occhi di tutti sembra un fallimento. Questa vergogna può comportare una ulteriore difficoltà nel cogliere le situazioni veramente a rischio perché le donne ce le nascondono, consapevolmente.

Dobbiamo quindi lavorare attraverso questi interventi preventivi per migliorare la sensibilità e la cultura generale. Gli *interventi preventivi selettivi* riguardano donne che pur

avendo minimi o assenti segni di disagio soggettivo ed obiettivo, presentano tuttavia un alto rischio di sviluppare un disturbo depressivo perché vi sono fattori di rischio accertati.

Il messaggio fondamentale è il seguente: questi fattori di rischio sono individuabili sin dal momento della gravidanza. Questo è lo scopo del counselling familiare in gravidanza. Attraverso un'intervista clinica mirata e utilizzando uno strumento di autovalutazione molto semplice (*la Scala di Edimburgo*), qualsiasi ginecologo è in grado di avere le informazioni essenziali sul rischio di sviluppare problemi di salute mentale in gravidanza o nel puerperio. Da qui si può attivare una serie di percorsi che possono favorire un approdo a uno specialista, se necessario. La fase di intervento preventivo su donne a rischio che non hanno ancora nessuna sintomatologia è molto importante perché ci consente, nei casi in cui si dovesse individuare una donna veramente a rischio, di evitare quel ritardo di cui parlavo prima, perché il ritardo della presa in carico è ricco di conseguenze e di adattamenti patologici che comportano una prognosi negativa. Questo intervento preventivo va condotto anche in gravidanza e non solo nel post partum: tra i tanti esami, la somministrazione di una scala di Edimburgo non costa nulla, può essere compilata dalla donna in 5 minuti e può portare grandi benefici perché è in grado di darci informazioni attendibili. Questo strumento si può utilizzare in maniera "seriale", cioè a intervalli prestabiliti, consentendoci così di monitorare nel tempo la salute mentale della mamma.

Nel momento in cui ci troviamo invece di fronte ad una donna che ha già dei disturbi lievi o più evidenti, è sempre indicato un *intervento terapeutico vero e proprio*. Il trattamento, anche nei casi lievi, deve essere integrato, perché la depressione post partum è una condizione a genesi multi fattoriale, ha cioè cause diverse e quindi l'unico modello che si può utilizzare è un modello biopsicosociale che unisca elementi biologici, psicologici e sociali.

Tra queste dimensioni terapeutiche non c'è solo la psicoterapia individuale, non c'è solo la farmacologia, ma anche il supporto sociale. In Inghilterra esistono ad esempio le *home visitations*: donne che hanno avuto problemi nel parto o immediatamente dopo la gravidanza e si trovano in una situazione di alto rischio, vengono supportate attraverso visite domiciliari bisettimanali, da parte di personale specializzato che le aiuta ad esempio nelle attività domestiche, ecc. Questo sistema, che comporta il mantenimento della donna in loco, è molto importante perché serve a migliorare l'aspetto dello sviluppo della relazione madre-bambino. L'*home visitation* da parte di queste operatrici consente di ridurre al minimo l'impatto per quanto riguarda il disturbo dell'attaccamento.

Concludo con una breve nota, perché per sviluppare il problema degli interventi preventivi generali, quelli cioè di prevenzione della salute mentale, dobbiamo utilizzare anche strumenti che consentano di divulgare notizie semplici ed efficaci alle persone. Ho scritto una piccola guida per la depressione post partum, di prossima pubblicazione, dal titolo *Le depressioni post partum. Una guida per la sopravvivenza* (*Fioriti Editore, Roma*), pensata espressamente per familiari, donne e entourage, con raccomandazioni che possono sembrare banali, ma che risultano, a mio parere, di grande utilità. È molto focalizzata sulla descrizione del problema, in maniera molto semplice, ma cerca allo stesso tempo di dare raccomandazioni alla donna, ai familiari, al marito, ecc. su come aumentare la propria capacità di poter gestire il problema.

Ricordiamo però che nessuna paziente, nessun sistema familiare, anche quando assistito da specialisti, può rinunciare alla capacità di attingere a risorse proprie su cui fare affidamento, perché altrimenti si è di fronte a una delega. Quando le risorse dei pazienti non vengono stimolate non si può raggiungere una buona adesione alle cure.

ALESSANDRO GRISPINI

Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma E
Società Psicoanalitica Italiana

DIAPOSITIVA 1

2

DEPRESSIONE POST PARTUM: PERCHE' E' UN PROBLEMA RILEVANTE

- Alta prevalenza (circa il 15% delle gravidanze)
- Potenziale gravità dei quadri clinici
- Alterazione precoce della relazione madre-neonato (stile patologico di attaccamento)
- Alterazione dello sviluppo emotionale e cognitivo nella prole
- Aumento dell' *emotional burden* nella famiglia
- Rilevante problema di salute pubblica

CONOSCERE IL PROBLEMA

INDIVIDUARE LE SITUAZIONI DI RISCHIO

INTERVENIRE IN FASE PRECOCE

3

CONSEGUENZE DEL RITARDO DIAGNOSTICO

- RECUPERO INADEGUATO (PROGNOSI MENO FAVOREVOLA)
- MAGGIOR NUMERO DI RICADUTE DEPRESSIVE NEL CORSO DEGLI ANNI
- PROBLEMI SULLOSVILUPPO PSICOLOGICO E SOCIALE NEL BAMBINO
- AUMENTO DELLA CONFLITTUALITA' FAMILIARE
- COMPROMISSIONE DEL RUOLO GENITORIALE
- COMPLICANZE: ABUSO DI SOSTANZE, DISABILITA', RISCHIO SUICIDARIO
- MAGGIOR NUMERO DI RICOVERI

4

INTERVENTI

INTERVENTI PREVENTIVI GENERALI

- Promozione della salute
- Programmi di psicoeducazione
- **AUTO-AUTO ED EMPOWERMENT**
- Counselling familiare in gravidanza

INTERVENTI PREVENTIVI SU DONNE A RISCHIO

- Individuazione precoce dei casi ad alto rischio e sostegno psicologico (in gravidanza e dopo il parto)

INTERVENTI TERAPEUTICI

- Individuazione precoce della depressione
- Home visitation strutturata
- Trattamenti integrati (psicoterapeutici, farmacologici, ecc.)

5

Autore di un recente pubblicato: "Rischi e problemi degli ospiti del parto: la prevenzione come pregevolezza, importante avvertimento, degli ospiti", in cui suggerisce e consiglia specifiche strategie per la prevenzione dei problemi del parto. La sua ricerca è stata pubblicata su riviste internazionali e nazionali, con contributi a convegni internazionali e pubblicazioni scientifiche di rilievo, sia in ambito accademico che clinico.

Questo lavoro, guidato da risultati che hanno confermato le sue teorie per dimensioni accademiche, cliniche, didattiche e preventive, è di grande interesse.

Alessandro Grispini

Le depressioni postpartum

Ricerca di Alessandro Grispini
Rivista di Psichiatria e Psicosomatica

Alessandro Grispini è assistente in psichiatria, dottor in Scienze della Salute mentale alla Sapienza di Roma e il direttore di "Ricerca e Studio di Specificità della Ricerca di Roma" ("La Sfera", 1999). Ha scritto e curato numerosi libri, tra cui "Problemi emergenti in neuropsichiatria infantile" (Pitagora, 1998).

Guida per la sopravvivenza



Non lasciamole sole

Una rete di tutela
contro la depressione post partum

Atti del **Convegno Nazionale SIGO**

Roma, 2 aprile 2008



Intermedia editore



SIGO

SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA
E OSTETRICIA

Atti del Convegno Nazionale SIGO

Non lasciamole sole

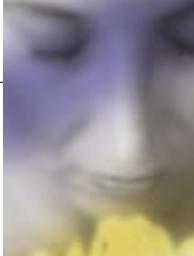
Una rete di tutela
contro la depressione post partum

Roma, 2 aprile 2008



Non lasciamole sole

Una rete di tutela
contro la depressione post partum



Convegno Nazionale SIGO

Programma

9.30 Introduzione

Mauro Boldrini, giornalista

Aldo Morrone, Direttore Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

Giorgio Vittori, Presidente SIGO

9.45 La depressione post partum in Italia: fotografia del problema

Claudio Mencacci

Direttore del dipartimento di psichiatria dell'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

10.00 Il punto di vista dei ginecologi italiani: i risultati del sondaggio SIGO

Emilio Arisi

Consigliere nazionale SIGO

10.15 La depressione post partum nelle mamme-adolescenti

Alessandra Graziottin

Direttrice del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica San Raffaele Resnati, Milano

10.30 I fattori di rischio: la depressione post partum nelle donne a rischio di emarginazione sociale

Aldo Morrone

Direttore Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

10.45-12.15

Tavola rotonda: Quali interventi possibili?

Modera: Sabrina Smerrieri, giornalista

La depressione post partum nella formazione del ginecologo

Roberto Russo

Presidente Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica

L'ostetricia: medicina della persona, unità dell'assistenza alla nascita, dalla visita preconcezionale alla fine del puerperio

Romano Forleo

Primario Emerito Fatebenefratelli Isola Tiberina Roma, Docente di Psicosomatica Ostetrica e Ginecologia Scuola di Special. Tor Vergata

La maternità oggi: momento di transizione

Viviana Garbagnoli

Presidente dell'Associazione "la Casa Rosa", Milano

Il ruolo di sentinella del Medico di Famiglia

Raffaella Michieli

Segretario Nazionale Società Italiana Medicina Generale

Quando chiedere aiuto diventa necessario

Alessandro Grispini, Psichiatra

12.15 La campagna SIGO "Non lasciamole Sole"

Giorgio Vittori

Presidente SIGO

12.40 Istituzioni e ginecologi insieme, a fianco della donna

Nicola Di Tullio

Presidenza del Consiglio dei Ministri

13.00 Dibattito

Indice

5	Introduzione Mauro Boldrini, Aldo Morrone, Giorgio Vittori	84	Tavola rotonda: Quali interventi possibili?
7	La depressione post partum in Italia: fotografia del problema Claudio Mencacci, Roberta Anniverno	85	Introduzione Sabrina Smerrieri
31	Il punto di vista dei ginecologi italiani: i risultati del sondaggio SIGO Emilio Arisi	87	La depressione post partum nella formazione del ginecologo Roberto Russo
38	La depressione post partum nelle mamme-adolescenti Alessandra Graziottin	89	L'ostetricia: medicina della persona, unità dell'assistenza alla nascita, dalla visita preconcezionale alla fine del puerperio Romano Forleo
55	I fattori di rischio: la depressione post partum nelle donne a rischio di emarginazione sociale Aldo Morrone	93	La maternità oggi: momento di transizione Viviana Garbagnoli
		101	Il ruolo di sentinella del Medico di Famiglia Raffaella Michieli
		105	Quando chiedere aiuto diventa necessario Alessandro Grispini
		106	Istituzioni e ginecologi insieme, a fianco della donna Nicola Di Tullio
			La campagna SIGO “Non lasciamole sole” Giorgio Vittori