

LA DEPRESSIONE POST-PARTUM

*F*orse l'idea del pediatra che si prende cura della mamma con depressione puerperale suona male. Il pediatra non è uno psichiatra, non è uno psicologo. La depressione puerperale è una malattia dell'età adulta, non è neanche una di quelle malattie, come l'influenza o l'asma, con le quali il pediatra ha una pratica corrente.

È vero che la puerpera, per il fatto di essere tale, ha avuto un bambino da poco, ed è lì col suo bambino in braccio, o accanto a lei; ma il bambino è il bambino e la mamma è la mamma. Al massimo, si può consigliarle di "farsi vedere". Ma ecco che, tirato per la coda dal discorso sulla dialettica specialistica, l'asino casca sul proprio sedere; perché la mamma non sarebbe la mamma se non avesse un bambino, e il bambino non sarebbe lì, se non fosse per la sua mamma, e ancora vive dei sentimenti della sua mamma, perché lui, di suo, sentimenti non ne ha ancora; ed è causa e vittima della depressione della mamma, come potrebbe essere invece causa e premio della sua felicità.

Qui, nella depressione puerperale, si percepisce assai bene la verità palpabile di quella che potrebbe sembrare una figura retorica, una licenza poetica o qualcosa di simile: mamma e bambino sono una cosa sola. Se la mamma non ha la voglia di vivere, la voglia di vivere non ce l'ha neppure il bambino. La depressione come un fatto pervasivo e distruttivo, la simbiosi madre-figlio come una specie di gorgo che non permette a uno dei due di salvarsi da solo.

La retorica continua a venir fuori. Ma se entriamo nel reale, nell'ambulatorio del pediatra, ecco che ci troviamo con loro tre, e il pediatra è l'unico medico degli altri due, quello che magari ha mandato la mamma verso la depressione, insistendo a tutti i costi per un allattamento materno non desiderato, o per un orario rigido, o per una dieta, quello che comunque si trova davanti a una signora che risponde a monosillabi, e/o a un bambino insopportabile, e/o a due creature, una mamma e un bambino, che se ne stanno lì come due pesci morti in attesa di esser messi in pentola.

È troppo chiaro che è lui che ha in mano la situazione, che è lui e solo lui che deve percepire il malessere non espresso, cogliere il qualcosa che non va, domandare le cose che bisogna domandare. Insomma, fare il medico di quei due che ha davanti, che sono venuti da lui. È il medico scelto dal destino; fa fatica a scappare; fa fatica anche, spesso, a domandare ad altri questo compito.

La depressione puerperale, così ci dicono le statistiche, prende una mamma su tredici¹. Non tutte le depressioni sono

eguali; non tutte contengono un rifiuto così forte della vita; quasi tutte guariscono, da sole; e nessuno sa più, dopo, con sicurezza, che la depressione c'è stata, non tutti si sono accorti che il sole si era nascosto, solo che qualcosa non andava, che la luce non faceva abbastanza luce.

Il padre, il terzo del terzetto, se ne accorge e non se ne accorge. Se se ne accorge, è probabilmente il "padre presente", il naturale sostegno della coppia in pericolo; se non se ne accorge è "il padre assente"; e alla mamma e al bambino mancherà questo "fattore di protezione". La mamma della mamma è un altro fattore forte di protezione: quel legame inter-generazionale matri-lineare nel quale l'uomo non riesce, semplicemente, ottuso donatore di seme, a inserirsi. Ma anche le amiche, anche la collaboratrice domestica, anche il lavoro quotidiano, anche la buona stagione, sono fattori di protezione; una volta c'era anche la levatrice, la sage-femme. (NB. La povertà di questi sostegni riguarda evidentemente in maniera più determinante le mamme più tipicamente a rischio, le ragazze madri, le appartenenti a famiglie emarginate, multiproblematiche, che sono poi quelle che vanno poco dal pediatra, al massimo al Pronto Soccorso, e che sono semmai "conosciute dai servizi sociali").

Comunque, la regola è che la depressione puerperale, come in genere tutti gli "episodi depressivi maggiori" è, appunto, un episodio; e dunque guarirà.

Ma ci sono le depressioni che fanno fatica a guarire, e anche quelle che non guariscono; quelle che si autoalimentano: la mamma depressa deprime il bambino e gli toglie la voglia di vivere, di esplorare, di crescere; il bambino depresso deprime la mamma, e le toglie la voglia di prenderlo in braccio, di sbaciucchiarlo, di farlo volare, di proteggerlo, di dargli il seno. È il contrario di quello che succede col sorriso reciproco, col contagio del sorriso, un contagio che non ha mai fine, come il bacio degli innamorati.

E c'è anche l'altro segnale di simbiosi, questo però negativo, oscuro, disperato, quello del pensiero suicidario, a cui si associa il pensiero di far del male al figlio: pensiero che resta lì, quasi sempre, confinato nel sogno a occhi aperti; ma che più raramente si concretizza in azione, in abuso più o meno involontario, e che rarissimamente porta anche al tentato suicidio e all'infanticidio. Non si tratterà di un neonaticidio (l'infanticidio del primo mese) perché la depressione è più tardiva; ma si potrà invece trattare, concretamente e tipicamente, della SIDS by proxy, della SIDS prodotta e simulata (come documentato dalla videocamera in alcuni casi di

SIDS sospetta, ricorrente nella stessa famiglia); si tratta dell'impulso di uscire di scena assieme al figlio; o di salvare il figlio dalla fatica della vita; o anche di liberarsi di un figlio che fa sentire la vita come insostenibile; o anche, semplicemente, dell'oscuro bisogno di fargli del male. O, infine, di non dargli le cure necessarie: il neglect, il bambino che non cresce, il bambino che non mangia abbastanza, il bambino che non gioca, che non esplora, il bambino inerte, troppo tranquillo, che neppure più chiede.

Tutto questo (che va dall'innocente e comune pensiero suicidario all'abuso inconsapevole o consapevole della creatura che non sa difendersi) è quello che permette di non confondere "prima facie" la comune melanconia (30%), quella che viene chiamata chissà perché "blues", l'instabilità affettiva del puerperio, anzi del primo mese (altra chiara differenza: la depressione viene più tardi; anche se, evidentemente, il blues può, semplicemente, precedere la depressione).

Comunque, in puerperio e non in puerperio, la depressione è una malattia che tende a stare nascosta; che non viene riconosciuta neanche da chi ce l'ha; che semmai, chi ce l'ha la racconta al medico di famiglia, se non allo psichiatra, non al pediatra. È quindi una malattia che si deve saper cogliere, da soli. Non per andare in cerca di disgrazie, ma giusto per fare, accettabilmente, il proprio mestiere.

I due contributi che costituiscono il piccolo focus di questo numero ci sembrano abbastanza preziosi: frutto di un lavoro di gruppo, dapprima conoscitivo, poi operativo; quindi di un sapere letterario e poi anche di una partecipazione e di un'esperienza personale, cauta e commossa.

Preziosi sono certamente alcuni dei suggerimenti pratici: la domanda, semplice, "e Lei, Signora, come sta?" e i suoi frutti (per approfondire, forse, si potrebbe continuare, poi, con le "domande di Whooley" - vedi Tabella I)²; la condivisione, con la madre, della scala di Brazelton³; l'assunzione in proprio da parte del pediatra, quanto meno per le forme meno invasive, del ruolo di sostegno-sociale, convertendo se stesso in uno di quei "fattori di protezione" che sono mancati o che non sono stati sufficienti; l'aiutare inoltre la mamma a cercare questi sostegni, e a trovarli, nel suo quotidiano⁴.

Sono questi interventi di minima (promuovere un sostegno da parte dei "pari", offrire un counselling non-direttivo, svolgere brevi interventi cognitivo-comportamentali) che una recente meta-analisi Cochrane approva come efficaci⁵; e sono anche i suggerimenti delle linee guida NICE⁶ per le mamme con una depressione sub-clinica: ricercare un supporto sociale, e possibilmente effettuare quei brevi interventi di terapia cognitivo-comportamentale che sempre più la letteratura inglese consiglia ai suoi medici di mettere in atto; e che, qui, possono, in parte, essere sostituiti da quella condizione della scala di Brazelton, che a sua volta dovrebbe/potrebbe essere uno strumento di educazione alla genitorialità e di sostegno per tutti.

LE DOMANDE DI WHOOLEY

- Durante gli ultimi mesi Lei è stata spesso disturbata dal sentirsi giù, dal sentirsi depressa, da una specie di disperazione?
 - Durante gli ultimi mesi, Lei si è sentita spesso disturbata dal fatto di sentire poco interesse o poco piacere nel fare le cose?
- E poi, se la risposta a una di queste due domande è positiva:
- C'è qualcosa che Lei pensa che possa aiutarla?

Tabella I. Da voce bibliografica 2.

Per le forme più invasive e inabilitanti di depressione, ma anche per le donne che rifiutano interventi psicologici anche minimamente strutturati, non ci sono reali motivi per non ricorrere alla farmacoterapia, con rispetto delle competenze e dei ruoli, cominciando da quello del collega medico di famiglia, ma con rispetto anche e prima di tutto per il proprio ruolo di curante "obbligato".

Tra gli antidepressivi del gruppo degli inibitori del re-uptake della serotonina, la sertralina e la paroxetina, è giusto saperlo, non raggiungono nel siero del lattante concentrazioni misurabili⁷.

Di questo, forse giustamente, non si parla. D'altronde, la parte più preziosa dei due contributi sta nell'esempio che è stato "seminato": "Noi l'abbiamo fatto, noi continuiamo a farlo; non potremmo più fare a meno di farlo".

Bibliografia

1. O Hara M, Swain S. Rates of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54.
2. Whooley M, Avins A, Miranda J, Browner W. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45.
3. Brazelton TB, Nugent JK. La scala di valutazione del comportamento del neonato. Milano: Masson, 1997.
4. Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. *BMJ* 2008;337:399-403.
5. Tennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychologic interventions for treating post-partum depression. *Cochrane Database System Rev* 2007;4:CD006116.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23.2007; www.nice.org.uk/CG02NICEguideline.
7. Weissman A, Levy B, Hartz A, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatr* 2004;161:1066-78.

Anche il pediatra se ne deve occupare?

GIANNI GARRONE¹, PATRIZIA LEVI¹, LIA LUZZATTO¹, MARIA MERLO¹,
PAOLO MORGANDO², GIANNA PATRUCCO³, DANIELLE ROLLIER¹

¹Pediatra di famiglia, Torino; ²Pediatra di famiglia, Carmagnola (Torino)

³Responsabile Unità Semplice di Neonatologia, Ospedale Agnelli, Pinerolo (Torino)

POST-PARTUM DEPRESSION: DOES THE PAEDIATRICIAN HAVE TO DEAL WITH IT?

(*Medico e Bambino* 2009;28:297-302)

Key words

Depression, Post-partum depression, Mother-child relationship, Child mental development

Summary

Post-partum depression is frequent: it affects about 10% of mothers but it is not always recognized and treated. It is a particular type of depression, whose characteristics are described in the present work. Post-partum depression, which very often starts 2 months after the delivery, is of interest for paediatricians because of the consequences that it may have on child development, since it alters the capacities of the mother to get the signals of her child and to answer them properly. The mental development of the child may be hindered, causing disorders of the relational, emotional, behavioural and cognitive development. However, some studies report also possible damages to the physical health. Since there are some problems in the realization of a generalized screening of the post-partum depression, it is the paediatrician's task to recognize depressed mothers, who are often unaware of or do not speak about their condition. The paediatrician can detect the problem by observing the mother and the type of mother-child relationship, but also highlighting their difficulties to relate. Particular attention shall be paid to some characteristics of the breast-fed child, such as irritability, hyper-motricity as well as the mother's incapacity to put limits, which may induce the depression in the mother.

La depressione post-partum riguarda da vicino i pediatri, per le conseguenze a volte gravi che può avere sullo sviluppo del bambino. Nel nostro lavoro la incontriamo abbastanza spesso (colpisce circa il 10% delle madri), ne subiamo qualche volta le conseguenze (in quanto ci può rendere difficili i rapporti con le mamme), ma non sempre la riconosciamo. Anche quando la sospettiamo, siamo in difficoltà: sia perché si tratta di una patologia della madre (mentre il nostro paziente d'elezione è il bambino) sia perché la nostra formazione, spesso carente nell'ambito delle malattie della mente, non ci permette di individuare e gestire gli interventi che ci spettano sia prima che dopo l'invio allo specialista. Migliorare la nostra formazione su questo argomento sarebbe dunque per noi importante, ma non è facile addentrarci in un campo spe-

cialistico di cui conosciamo poco linguaggio e teorie di riferimento.

Da queste constatazioni è nato un lungo lavoro degli Autori (un gruppo di pediatri dell'Associazione Culturale Pediatri dell'Ovest, ACPO), inizialmente finalizzato alla preparazione di un Convegno

(Torino, 31 marzo 2007: La depressione post-partum: anche il pediatra se ne deve occupare?¹), proseguito nei mesi successivi per approfondire ulteriormente alcuni temi e sintetizzato in parte in questo articolo.

Vi presenteremo alcune teorie e ricerche, scelte fra quelle che ci appaiono più interessanti per il pediatra, e cercheremo di mostrare come secondo noi esse possano essere trasferite nel nostro campo. Questo non per fornire "ricette" più o meno facilmente applicabili in qualunque occasione, ma nella speranza di facilitare al lettore il compito personale di individuare, caso per caso, il suo ruolo di pediatra di fronte a quella particolare madre (forse depressa) e a suo figlio.

Inizieremo illustrando brevemente cosa è la depressione (e in particolare la depressione post-partum). Faremo poi alcuni accenni alle modalità con cui la depressione materna influisce sullo sviluppo del bambino e sui danni che essa può quindi provocare. Ci occuperemo, infine, di come un pediatra può riconoscere una madre depressa e delle possibilità e dei limiti del suo intervento.

CHE COS'È LA DEPRESSIONE

La depressione² è una malattia psichiatrica che colpisce circa il 10% della popolazione e che si presenta in varie forme e con vari gradi di gravità: la depressione maggiore (*Box 1*), caratterizzata da uno o più episodi depressivi (*Box 2*); la distimia (*Box 3*), con una sintomatologia più lieve ma un decorso più prolungato; le forme bipolari (che esulano però dalla nostra trattazione), con alternanza di episodi depressivi ed episodi maniacali.

La depressione ha un substrato biologico dimostrabile^{3,7} (alterazioni dell'EEG,

Box 1 - DEPRESSIONE MAGGIORE

- Uno o più episodi depressivi maggiori, spesso preceduti da un periodo prodromico di settimane o mesi con sintomi più sfumati
- Gli episodi determinano un deterioramento dei rapporti sociali e lavorativi
- Sono sovente accompagnati da somatizzazioni
- Possono risolversi spontaneamente nell'arco di sei mesi o più
- La risoluzione può essere completa o, più spesso, parziale

Da: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition (DSM IV TR)*. Washington DC, 2000.

Box 2 - EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

Cinque dei seguenti sintomi devono essere presenti per almeno due settimane:

- umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, sia come sensazione soggettiva (sentirsi triste e vuoto) sia all'osservazione di altri
- marcata perdita di interesse o piacere per quasi tutte le attività
- perdita o aumento di peso significativa oppure perdita o aumento di appetito
- insonnia o ipersonnia
- agitazione o rallentamento psicomotorio
- affaticabilità o mancanza di energia
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessiva o inappropriata
- diminuita capacità di pensare o di concentrarsi o indecisione
- pensieri ricorrenti di morte o ricorrente ideazione suicidaria

Almeno uno dei sintomi deve essere umore depresso o perdita di piacere e interesse.

Da: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition (DSM IV TR)*. Washington DC, 2000.

Box 3 - DISTIMIA

Umore cronicamente depresso per la maggior parte del giorno per almeno 2 anni, accompagnato da 2 o più dei seguenti sintomi:

- aumento o perdita dell'appetito
- insonnia o ipersonnia
- affaticabilità o mancanza di energia
- bassa autostima
- scarsa concentrazione o difficoltà a prendere decisioni
- sensazione di sentirsi senza speranza

I sintomi spesso fanno talmente tanto parte dell'esperienza quotidiana del paziente ("sono sempre stato così") da non essere nemmeno più riferiti se l'intervistatore non interroga in proposito.

Da: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition (DSM IV TR)*. Washington DC, 2000.

Box 4 - BABY BLUES E PSICOSI PUERPERALE

Baby blues

Tasso di incidenza: 39-85%

Emerge nella prima settimana dopo il parto; durata variabile di ore o giorni

Scarsa entità della sintomatologia fisica (disturbi del sonno, stanchezza, inappetenza) e psicologica (ansietà, timori, nervosismo, tristezza)

"Normale" reazione a evento stressante?

Modificazioni endocrine?

Instabilità emotiva pregressa?

Difficoltà a elaborare la separazione dal bambino?

Psicosi puerperale

Tasso d'incidenza: 1-2:1000 gravidanze

Disordine dell'umore cui si associano perdita di contatto con la realtà, allucinazioni, severi disturbi del pensiero, anomalie del comportamento

Elevata e specifica ereditarietà con possibilità di ricorrenza

dei neurotrasmettitori, del livello del cortisolo, della corteccia ecc.). Spesso, alla sua base, c'è una predisposizione genetica che determina uno stato di vulnerabilità che s'intreccia variamente con fattori ambientali (di rischio e di protezione). È favorita da qualsiasi situazione di stress (eventi, sovraccarico fisico, emotivo, esperienziale) cui l'organismo è incapace di reagire con una risposta adattiva adeguata. È innescata dall'incapacità di far fronte alla perdita di qualcosa di buono e di molto importante per sé (persone, affetti, salute, progetti, equilibri di vita ecc.). Il paziente depresso non è in grado di elaborare e integrare l'esperienza della perdita e, al contrario di chi vive un fisiologico dolore mentale, è incapace di riconoscere l'origine del suo profondo malessere, di cogliere cioè il nesso fra lo stato mentale d'intensa sofferenza che sta vivendo e l'esperienza che l'ha scatenato.

La depressione determina un assetto mentale specifico particolarmente doloroso: la ferita causata dalla perdita spinge il malato, in un tentativo di autoguarigione, a chiudersi in se stesso, rintanandosi, mantenendo il motore al minimo, inibendosi esperienze di vita. Il depresso sente la vita distante, non contattabile. Nulla gli suscita piacere e tutto è fatica: spariscono in un deserto grigio e gelido i desideri, restano i compiti percepiti come estremamente gravosi, spesso eccessivi e non assolvibili, con il conseguente senso d'ineadeguatezza e di colpa. Tutti gli ambiti della sua mente sono interessati. Egli pensa da depresso: ha una cattiva opinione di sé, del passato e del futuro; è vittima di pregiudizi negativi che lo portano, selezionando informazioni e ricordi, a percepire una realtà deformata in senso negativo; prevede un futuro nero. Difficilmente chiede aiuto sia perché se ne vergogna sia perché non riesce a sperare in possibili cambiamenti.

La depressione, che naturalmente può presentarsi in forme più o meno gravi, è una patologia poco riconosciuta come tale, non solo dai pazienti ma anche dai familiari, e gravata da molti pregiudizi. Il più frequente di essi è che basterebbe "un po' di buona volontà" per guarire, mentre l'apatia non è la causa della malattia ma una sua conseguenza.

La depressione è curabile con farmaci e con psicoterapie di orientamento psicodinamico o cognitivo-comportamentale⁸.

La depressione di cui ci occuperemo è quella che insorge nel periodo post-par-

tum⁹. Ha la stessa prevalenza che in altre epoche della vita (circa 10%). È una malattia psichiatrica da distinguere sia dal comunissimo *baby blues* sia dalla ben più rara e grave *psicosi post-partum* (Box 4).

L'esperienza della maternità ha tutte le caratteristiche per facilitare l'insorgenza di una depressione¹⁰. Il diventare madre non comporta, infatti, solo l'acquisizione di una cosa buona, il figlio, ma anche forti stress e grosse perdite: ad esempio la perdita della coppia (che deve diventare una triade); dello status di figlia (per acquisire quello di madre); a volte del lavoro; sempre di un tempo e di un corpo non più di proprietà esclusiva ma in grande misura a disposizione del bambino. A volte i primi sintomi di depressione compaiono già in gravidanza¹¹, ma più spesso iniziano circa due mesi dopo il parto¹². Nel 50% dei casi la patologia non si risolve spontaneamente entro i 6 mesi e nel 25% non si risolve entro l'anno (determinando in questi casi più facilmente, come vedremo, un danno misurabile nel bambino). Tuttavia, la depressione puerperale rimane probabilmente una depressione "secondaria" e non sempre può essere considerata alla stessa stregua dell'episodio depressivo maggiore.

Naturalmente la depressione può essere indotta anche da altre difficoltà aspecifiche che solo casualmente insorgono proprio nel periodo post-partum: lutti, licenziamenti, dissidi coniugali ecc. Sembra che in questi casi la depressione materna possa alterare meno le modalità di accudimento del bambino e abbia perciò effetti meno gravi sul suo sviluppo¹³.

DEPRESSIONE MATERNA E SVILUPPO MENTALE DEL BAMBINO

La depressione, compromettendo in modo diffuso, globale e profondo il funzionamento mentale, altera la capacità della madre di riconoscere i segnali del figlio e di rispondervi in modo adeguato. Le modalità di risposta ai segnali del bambino sono importantissime nella strutturazione della mente nelle prime età della vita¹⁴⁻¹⁷. Il bambino che sperimenta ripetutamente risposte appropriate e in buona sintonia emotiva si costruisce un'immagine di sé come persona degna di essere amata e capace di richiedere e di ottenere aiuto; un'immagine degli altri come persone affidabili e rassicu-

ranti, del mondo come luogo ospitale. Impara, inoltre, piano piano l'autoregolazione, cioè a poter fare a meno dell'aiuto dell'adulto per mantenere uno stato di benessere, ad esempio per sciogliere le tensioni e scivolare nel sonno, per reggere le frustrazioni, per non cadere in balia di emozioni (rabbia, paura, angoscia) così intense da essere destabilizzanti. Si ritrova, infine, frequentemente in uno stato d'animo aperto, curioso e favorevole allo sviluppo cognitivo.

Naturalmente, nella realtà della vita quotidiana, le risposte dei genitori ai segnali del bambino non sono sempre ottimali. Anche nelle coppie in miglior sintonia le risposte "intonate" non sembrano superare il 30%¹⁸. Le altre interazioni sono caratterizzate da un qualche grado di disturbo, di rottura, che però, quando la relazione è buona, viene segnalato e può essere riparato.

La mamma depressa, come vedremo, non solo fatica a cogliere i segnali del bambino, a interpretarli, a rispondervi in modo sufficientemente pronto, appropriato, sensibile ed empatico, ma difficilmente riesce a riparare le frequenti rotture del rapporto.

Le influenze negative di questi ripetuti fallimenti interattivi su una mente in formazione sono inevitabili¹⁹ (anche se sulla gravità delle conseguenze giocano molti fattori, sia protettivi sia di amplificazione). In effetti, nell'anamnesi di pazienti con disturbi dello sviluppo relazionale, emotivo o cognitivo, si ritrova spesso una madre depressa.

Numerosissimi studi epidemiologici²⁰ hanno valutato le conseguenze della depressione materna sullo sviluppo mentale del bambino: in particolare sono state ricercate correlazioni fra depressione materna e stili di attaccamento, problemi di comportamento e deficit cognitivi. Questi studi vanno considerati con cautela. In genere, infatti, non distinguono gravità, durata e tipo di depressione, e non possono rilevare il peso e le interconnessioni di altre numerose caratteristiche individuali e relazionali in gioco nello sviluppo del bambino. Tali studi sembrano comunque indicare che la depressione materna può essere considerata un indicatore di rischio di alterazioni dello sviluppo mentale ed emotivo e che depressioni gravi e della durata di almeno sei mesi determinano spesso conseguenze negative, misurabili sul bambino soprattutto se vive in famiglie svantaggiate.

DEPRESSIONE MATERNA E SALUTE FISICA DEL BAMBINO

Gli studi su questo argomento sono scarsi, ma aprono interessanti prospettive teoriche e pratiche.

Alcune modificazioni biologiche dimostrabili nella madre depressa (asimmetria frontale destra all'EEG, tono vagale basso, bassi livelli di serotonina ed elevati livelli di ormoni dello stress quali norepinefrina e cortisolo) si ritrovano identiche anche nel suo bambino, segnalandoci la presenza nel figlio di uno stato di sofferenza sotto certi aspetti analogo a quello della madre²¹.

È stata rilevata un'associazione fra depressione materna e alcune patologie del bambino: coliche del lattante²² ed episodi di diarrea²³.

Le madri depresse hanno dimostrato di trascurare spesso le pratiche più sicure di accudimento dei bambini (allattamento al seno, posizione supina nel sonno, utilizzo di seggiolini per l'auto e di copripresse elettriche), mettendone a rischio quindi l'integrità fisica^{24,25}.

RICONOSCERE UNA MADRE DEPRESSA: I LIMITI DI UNO SCREENING

Poiché la depressione post-partum è un problema rilevante di salute pubblica ed è costantemente sottodiagnosticata, si potrebbe essere tentati di evidenziarla con uno screening.

Tuttavia uno screening appare problematico per almeno quattro motivi fondamentali:

- non è individuabile un momento standard in cui eseguirlo a causa della variabilità nel tempo dell'esordio della depressione;
- i test di screening comunemente proposti (di Edimburgo²⁶ o altri analoghi) non sono sufficientemente accettabili, sensibili e specifici (anche se possono essere usati come guida indiretta al riconoscimento di una madre in difficoltà);
- l'invio al secondo livello è un accompagnamento difficile, poco gestibile in un programma di screening;
- non esiste un numero sufficiente di terapeuti che potrebbero prendere in carico il grande numero di donne che sarebbero individuate come depresse.

RICONOSCERE UNA MADRE DEPRESSA: IL RUOLO DEL PEDIATRA

Noi pediatri, vedendo regolarmente le madri nel primo anno di vita del loro bambino, siamo gli operatori che hanno più occasioni di individuare, con un'osservazione ripetuta, le madri depresse o a forte rischio di diventarlo.

Può però essere molto difficile riconoscere una madre depressa. La donna, infatti, raramente segnala le sue difficoltà in modo attivo. All'inizio perché non è consapevole di stare scivolando nella patologia e fatica a dare un nome a quello stato d'animo che s'insinua in lei lentamente, confondendosi con la stanchezza e la difficoltà di adeguarsi a tutti i cambiamenti che il neonato comporta. Anche quando poi percepisce in modo più pieno la propria condizione, la confonde con inadeguatezza, svogliatezza, mancanza di vitalità, e tenta di nascondere attivamente a sé e agli altri. Si sente infatti colpevole anche perché drammaticamente lontana dal *cliché* di mamma felice che si aspettava di essere e che tutti intorno a lei sembrano attribuirle ed esigere.

Osservare la mamma

La depressione si manifesta con apatia e scarsa vitalità ma anche con ansia e angoscia o con rabbia e irritazione.

Dobbiamo perciò fare attenzione alle mamme distaccate, che hanno un viso triste e poco mimico, che si muovono lentamente, che parlano lentamente e a voce bassa; ma anche alle mamme la cui ansia non ci sembra quella fisiologica, legata al compito evolutivo di tenere in vita il cucciolo, e ci appare invece eccessiva e sfumata di angoscia.

Abbiamo in genere più difficoltà a riconoscere le mamme ostili, arrabbiate, irritate, probabilmente perché con noi tentano di contenersi, nel timore di essere considerate inadeguate. Possiamo a volte cogliere l'ostilità verso il bambino non tanto in frasi apertamente aggressive quanto nei modi in cui lo descrivono (esigente, difficile) e nel tono che utilizzano per parlarci di lui ("Si mette sempre le mani in bocca, è sempre in movimento, piange sempre").

Osservare la relazione fra noi e la mamma

Poiché le mamme depresse hanno difficoltà a entrare in rapporto con gli altri, può succedere che si nascondano dietro

un sorriso stereotipato e di rappresentanza e che abbiano con noi un rapporto molto povero, in cui le visite scivolano via in modo anonimo. Se in questi casi tentiamo di forzare la situazione e di stabilire attivamente un contatto empatico, possono sembrarci mamme faticose, poco gratificanti, "antipatiche", in quanto le sentiamo lontane e indisponibili a condividere le emozioni positive evocate dal bambino. Le mamme con un alto livello di ansia e angoscia ci irritano e ci fanno sentire impotenti. Le mamme ostili e arrabbiate ci fanno immediatamente parteggiare per il bambino e ci sorprendono a volte per la rabbia sorda e poco espressa di fronte a nostri suggerimenti o consigli, vissuti come un'ulteriore, esorbitante pretesa.

Osservare gli stili relazionali mamma-bambino

Cohn e Tronick hanno individuato due stili interattivi mamma-bambino ricorrenti quando la mamma è depressa²⁷.

Il primo stile viene definito "isolato". Le mamme "isolate", rispetto alle mamme "normali", guardano meno il bambino, lo toccano meno, interagiscono meno con lui, ignorano le sue vocalizzazioni, si impegnano poco nei giochi di imitazione. Fanno spesso fatica a riconoscere i segnali del bambino, vi rispondono con ritardo e appaiono poco in grado di aiutarlo nell'autoregolazione.

I bambini di queste mamme appaiono spesso in difficoltà già a 3 mesi: hanno bassi livelli di attività, meno espressioni facciali, meno vocalizzazioni. All'inizio dell'interazione tentano di provocare la risposta materna, ma, di fronte al fallimento, diventano confusi, disorganizzati, tristi, irritabili; allontanano lo sguardo, si rifugiano nella suzione del pollice, non esplorano l'ambiente, spesso piangono. Anche con uno sconosciuto non depresso e amichevole hanno reazioni più guardinghe o anche decisamente negative: sono più difficili da coinvolgere e sorridono meno. D'altra parte, con il loro comportamento più negativo, influiscono sulla qualità delle relazioni che gli adulti instaurano con loro: le maestre e le infermiere non depresse dopo un po' interagiscono meno e in modo più piatto con i figli di mamme depresse, forse perché vissuti come meno gratificanti.

Questi bambini possono però avere un comportamento più positivo quando interagiscono con adulti non depressi e

ben conosciuti, per esempio il padre, che diventano allora un potente fattore di protezione e sostegno del loro sviluppo²¹.

Il secondo stile interattivo delle madri depresse viene definito "invadente".

Le madri invadenti interferiscono con le attività del bambino in modo intrusivo, non rispettando i "turni" nelle vocalizzazioni, offrendo e poi togliendo giocattoli e cibo senza attenzione ai tempi, ai desideri e alle intenzioni del bambino, in contatto solo col loro mondo e non con quello del figlio. Hanno spesso un tono di voce arrabbiato, modalità di accudimento e di contatto corporeo brusche e poco delicate. Questi bambini, per difendersi dall'intrusione, tentano di isolarsi: evitano lo sguardo delle madri ed esplorano poco l'ambiente. Piangono meno dei figli di madri "isolate", ma hanno più spesso manifestazioni di ansietà e paura e di ostilità e collera rivolte a sé e agli altri.

È importante sottolineare che questi due stili interattivi non sono specifici delle madri depresse, ma sono propri anche delle madri sottoposte a forti stress.

Questi studi ci suggeriscono un'ulteriore "griglia" di lettura dell'interazione madre-bambino in aggiunta a quelle che, più o meno consapevolmente, già utilizziamo. Ciò non ci permetterà certo di diagnosticare con un'occhiata le madri depresse. Cogliere in una madre atteggiamenti distanti o invadenti ci può solo aiutare a "drizzare le orecchie", a essere più attenti, a cercare di capire, anche negli incontri successivi, se questa coppia è realmente in difficoltà (per stress o depressione) o se invece abbiamo solo colto un episodio sporadico di relazione disfunzionale, ben compensato da altre interazioni soddisfacenti.

ATTENZIONE AI BAMBINI DIFFICILI!

Molti studi analizzano la ben nota e frequente associazione "madre depressa-bambino difficile". Murray e Cooper dimostrano che alcune caratteristiche del neonato favoriscono l'insorgenza della depressione nella madre (particolarmente l'irritabilità e le alterazioni della motricità: *Box 5*)²⁸.

In molti casi invece è la depressione che, rendendo la madre poco in grado di aiutare il bambino nei suoi processi di autoregolazione e di crescita, facilita il mantenimento dei problemi di comportamento (*Box 6*)²⁹ o la loro insorgenza (*Box 7*)²⁹.

Box 5

Madri con bambini irribabili (cioè difficili da calmare e molto reattivi alla stimolazione leggera)

Rispetto ai controlli (madri con bambini "normali") hanno dimostrato:

- lo stesso rischio di diventare depresse se non avevano fattori di rischio di depressione in gravidanza
- un rischio doppio di diventare depresse se avevano fattori di rischio di depressione in gravidanza

(Quindi: l'accudire un bambino irribabile può costituire uno stress tale da indurre depressione, ma solo in donne a rischio. Se la donna non ha fattori di rischio di depressione, sarà in grado di reggere il rapporto quotidiano con un bambino irribabile sicuramente con fatica, ma senza cadere nella patologia)

Madri con bambini con alterazioni della motricità (ipo- o ipermotricità)

Hanno dimostrato un rischio di depressione ben 5 volte maggiore dei controlli e questo sia in presenza che in assenza di fattori di rischio.

È probabile che l'assenza di comportamenti ben coordinati del neonato (poco reattivo, inerte e poco stimolabile, o, al contrario, sempre impegnato in movimenti afinalistici e difficilmente comprensibili) favorisca la depressione in quanto rende difficile capire il bambino, mettersi in sintonia con lui, sentirsi adeguati, competenti e capaci di ottenere le risposte attese.

Da voce bibliografica 28

Box 6

Valutazione a 18 mesi di bambini irribabili alla nascita

Quasi tutti i bambini mostravano comportamento normale

Problemi (di sonno, di alimentazione, di separazione, di "capricci"): solo i bambini le cui madri erano depresse

La madre depressa non riesce ad aiutare il figlio nella sua autoregolazione e favorisce così che le sue difficoltà iniziali persistano (assumendo forme diverse nelle varie età).

Da voce bibliografica 29

Box 7

Figli di madri depresse (dai 12 mesi fino all'adolescenza) presentano più frequentemente problemi di comportamento di vario genere: sono meno socievoli, più timorosi di fronte agli estranei, con soglia più bassa di fronte alla frustrazione, con difficoltà del sonno, dell'alimentazione, del linguaggio, del controllo dell'aggressività e con sintomi (ritiro, ansia, tristezza) di tipo depressivo.

Da voce bibliografica 29

Anche Cramer³⁰ ci conferma il legame fra problemi di comportamento e depressione materna. Egli rileva che ben il 70% dei bambini arrivati a lui in consultazione per problemi di sonno, alimentazione, paure ecc. aveva madri con depressione più o meno grave, assolutamente misconosciuta: le donne non si erano infatti attivate per i propri problemi

e per la propria sofferenza, ma per i sintomi del bambino (confermandoci che i pazienti raramente sono consapevoli di essere malati). È quindi evidente che i problemi del comportamento e dello sviluppo possono essere causa ed effetto della depressione, oltre che espressione del "temperamento" del bambino.

A volte i sintomi dei bambini delle ma-

dri depresse sono presentati in modo realistico e sono effettivamente riscontrabili. A volte invece sono ingigantiti dalle mamme per due possibili procedimenti mentali che non si escludono a vicenda³¹: le madri, a causa della loro depressione, possono avere una percezione distorta della realtà e sopravvalutare quindi entità e gravità di "sintomi" che rientrano nella fisiologia (*percezione distorta*); oppure, abituate a guardare la realtà con "lenti nere", riescono a cogliere e a dare peso alle minime sfumature di disagio reale espresse dai bambini, sfumature che una persona non depressa spesso neppure coglie o non valuta appieno nei suoi potenziali effetti negativi (*realismo depressivo*).

Quando, come spesso accade, la mamma ci consulta per problemi di comportamento del bambino, dobbiamo quindi chiederci se la madre non sia depressa, sia nel caso i problemi appaiano anche a noi riscontrabili e consistenti sia nel caso ci sembrino frutto di una percezione distorta o eccessivamente pessimistica e quindi irrilevanti per la salute del bambino.

ATTENZIONE AI BAMBINI TIRANNI!

Cramer³² sottolinea come possano essere madri depresse o a rischio di diventarlo quelle mamme (che noi pediatri ben conosciamo) assolutamente incapaci di dire di no al bambino e di prendere in considerazione le proprie esigenze di base, sempre e solo a totale disposizione del figlio. Il comportamento iperoblativo nasce in genere da un senso di colpa che impedisce alla madre di dare la minima frustrazione al figlio nel timore di danneggiarlo ulteriormente. Senso di colpa e senso di inadeguatezza sono quasi sempre presenti nella madre depressa e possono spingerla ad allevare un bambino tiranno nell'illusorio tentativo di compensarlo di quanto pensa di avergli sottratto. D'altra parte, vivere con un bambino tiranno non può che aggravare la depressione già esistente o facilitarne l'insorgenza.

Indirizzo per corrispondenza:

Maria Merlo

e-mail: roccatop@inrete.it

MESSAGGI CHIAVE

□ La depressione puerperale è un evento comune: riguarda il 13% delle gravidanze. Si verifica, di solito, tra le quattro e le sei settimane dopo il parto, più raramente oltre. L'evoluzione usuale è quella dell'episodio depressivo maggiore, con un esito in guarigione spontanea dopo 4-6 mesi.

□ Fattori di rischio sono rappresentati da una storia di pregressi episodi depressivi, personali o familiari (soprattutto se si tratta già di depressioni post-partum), dalla solitudine e in genere dall'insufficienza dei sostegni affettivo-sociali.

□ La depressione puerperale in genere guarisce spontaneamente nell'arco di alcuni mesi; gli effetti negativi riguardano il vissuto della madre depressa, ma anche e specialmente il rapporto madre-bambino, e comprendono il suicidio per la madre e l'abuso (tipicamente il *neglect*, ma eccezionalmente anche l'infanticidio) per il piccolo, il ritardo nel raggiungimento da parte di questo delle "pietre miliari" dello sviluppo e il disturbo di crescita per *Non-Organic Failure to Thrive* (NOFT).

□ La depressione puerperale è frequentemente subclinica, spesso non riconosciuta o sospettata nemmeno dalla paziente ed è comunque difficile da riconoscere nel corso di una visita non mirata; una cauta e sensibile indagine, anche basata su poche discrete domande, dovrebbe essere rivolta alla puerpera in tutti i casi.

□ Un intervento di sostegno sulla madre e il rinforzo della naturale interazione col bambino sono spesso sufficienti a migliorare e a rendere tollerabile la situazione. Un atteggiamento di ascolto sistematico e la capacità di guidare e sostenere il recupero dovrebbero diventare competenza comune del pediatra.

□ Una terapia farmacologica con gli inibitori del re-uptake della serotonina è possibile ed efficace, senza interrompere l'allattamento.

Bibliografia

1. Atti del Convegno: La depressione post-partum. Anche il pediatra se ne deve occupare? In: <http://www.acpovest.it>.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition (DSM IV TR). Washington DC, 2000.
3. Kalat JW. Biopsicologia. Napoli: Edises, 2004:551-62.
4. Makin P, Watson S, Ferrier IN. Neurobiologia della depressione: cortisolo, fattore neurotrofico cerebbero-derivato (BDNF) e le loro interazioni. *Depression: Mind and Body* 2006;2:11-8.
5. Dobbs D. L'interruttore della depressione. *Mente e Cervello* 2007;5:92-9.
6. Panizon F. Neuroimmagini funzionali per la neurofisiologia e la neuropatologia dello sviluppo. *Medico e Bambino* 2007;26:435-9.
7. Le Doux J. Il sé sinaptico. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002:379-92.
8. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline, 2004; <http://www.nice.org>.
9. Cimino S. Classificazione e valutazione diagnostica della depressione post-partum. In: Ammaniti M, Cimino S, Trentini C. Quando le madri non sono felici. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2007:44-6.
10. Stern D, Brushweiller-Stern N. Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna. Milano: Mondadori Ed, 1999.
11. Ammaniti M. Pensare per due. Nella mente delle madri. Bari: Editori Laterza, 2008.
12. Shields B. E poi venne la pioggia. Il mio viaggio attraverso la depressione post-partum. Milano: Corbaccio Ed, 2005.
13. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33:543-61.
14. Panizon F. Neuroscienze dello sviluppo. ABCD per il pediatra e la famiglia curiosa. Trieste: Edizioni di Medico e Bambino, 2006.
15. Papousek H, Papousek M. La struttura dell'interazione madre-bambino e le implicazioni per la depressione post-partum. In: Murray L, Cooper PJ (a cura di). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999:199-214.
16. Riva Crugnola C. Il bambino e le sue relazioni. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007.
17. Lavelli M. Intersoggettività. Origini e primi sviluppi. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007.
18. Tronik EZ, Weinberg MK. Le madri depresse e i loro bambini: l'insuccesso nella formazione di stati diadici. In: Murray L, Cooper PJ (a cura di). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999:199-214.
19. Carli L, Rodini C (a cura di). Le forme di intersoggettività. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008.
20. Trentini C, Cimino S. Esiti della depressione materna sullo sviluppo del bambino. In: Ammaniti M, Cimino S, Trentini C. Quando le madri non sono felici. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2007:59-82.
21. Field T. Il trattamento delle madri depresse e dei loro bambini. In: Murray L, Cooper PJ (a cura di). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999:199-214.
22. Akman I, Kuscu K, Ozdemir N, et al. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child* 2006; 91:417-9.
23. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: a cohort study. *Arch Dis Child* 2007;92:24-8.
24. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behaviour. *Pediatrics* 2006;118:659-68.
25. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. The timing of maternal depressive symptoms and mothers' parenting practices with young children: implications for pediatric practice. *Pediatrics* 2006; 118:174-82.
26. www.saperidoc.it
27. Trentini C. Effetti della depressione materna sull'interazione madre-bambino. In: Ammaniti M, Cimino S, Trentini C. Quando le madri non sono felici. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2007:44-7.
28. Murray L, Cooper P. Il ruolo dei fattori attribuibili al bambino e alla madre nella depressione post-partum, i rapporti madre-figlio e gli esiti nel bambino. In: Murray L, Cooper PJ (a cura di). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999:101-6.
29. Trentini C. Esiti della depressione materna sullo sviluppo del bambino. In: Ammaniti M, Cimino S, Trentini C. Quando le madri non sono felici. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2007:61.
30. Cramer B. Cosa diventeranno i nostri bambini? Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000:99.
31. Teti DM, Gelfand DM. Cognizioni materne come fattori di mediazione dei risultati ottenuti dal bambino nel contesto della depressione post-partum. In: Murray L, Cooper PJ (a cura di). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999:126.
32. Cramer B. Prospettive psicodinamiche sul trattamento della depressione post-partum. In: Murray L, Cooper PJ (a cura di). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999:228.



Il pediatra cosa può fare?

GIANNI GARRONE¹, PATRIZIA LEVI¹, LIA LUZZATTO¹, MARIA MERLO¹,
PAOLO MORGANDO², GIANNA PATRUCCO³, DANIELLE ROLLIER¹

¹Pediatra di famiglia, Torino; ²Pediatra di famiglia, Carmagnola (Torino)

³Responsabile Unità semplice di Neonatologia, Ospedale Agnelli, Pinerolo (Torino)

POST-PARTUM DEPRESSION: WHAT CAN THE PAEDIATRICIAN DO?

(*Medico e Bambino* 2009;28:303-306)

Key words

Post-partum Depression, Mother-child relationship, Support to parents

Summary

The observation of the mother, child and their relationship is not always sufficient to recognize post-partum depression, which can be highlighted thanks to the open questions that the paediatrician asks the mother at the end of the visit, thus showing his/her interest also in the mother's health. After having supposed depression the paediatrician will have to accompany the mother towards the deepening of the diagnosis and treatment, choosing with her the physician, either the psychiatrist or psychologist. At the same time he/she will support the mother trying to improve her self-esteem and capacity to understand her child and to gradually solve ordinary problems. The social and family support will be relevant, in particular the role of the partner and the attendance to child massage courses are important. Moreover, the paediatrician has to take any opportunity to improve the mother-child interaction by giving practical advice. In conclusion, it is essential to improve the training of paediatricians on the parents' capacity to relate, since parents are more and more insecure before their role.

SAPER CHIEDERE

Un'osservazione competente, attenta e sensibile della mamma, del bambino e delle loro modalità relazionali è un primo passo fondamentale per riconoscere una madre depressa, ma non sempre è sufficiente, perché alcune mamme in difficoltà possono apparirci perfettamente adeguate. Il passo successivo, per confermare o meno le nostre ipotesi, consiste nell'affrontare la questione direttamente con lei, cercando di aprire ulteriormente la comunicazione. Abbiamo raccolto una serie di domande aperte che ognuno di noi pediatri utilizza spesso e che è utile porre dai 2 mesi di vita del bambino (età in cui il *baby blues* si è risolto e inizia a delinearci la depressione).

"E Lei come sta?" "Come si sente con questo nuovo figlio?" E ancora: "Qualcuno la aiuta?" "Riesce a lasciare il bambino ad altri in qualche momento?"

In particolare la domanda "E Lei, Signora, come sta?" (che non va confusa con il formale: "Come va?") è molto semplice e nella nostra esperienza la più effi-

cace. La congiunzione "E" che la introduce e il termine "Signora" che segue segnano un passaggio di livello nella relazione fra noi e la mamma. Ed è per questo motivo che la domanda andrà posta solo alla fine della visita, dopo aver esaurito i discorsi sul bambino e sulla sua salute, che è il "contratto" che ci lega alla famiglia. Allora è possibile sondare l'eventualità di aprire un altro contratto: quello che riguarda la possibilità di intervenire anche sulla salute della madre.

Questa proposta di un cambiamento nella relazione può spiazzare la mamma che non si aspetta di avere la possibilità di diventare, per un breve momento, protagonista della visita e di potersi porre di fronte a noi come persona intera.

In genere la mamma che sta bene, dopo il primo attimo di sconcerto, accetta con piacere il nuovo livello di relazione e la sua risposta, che esce dal cuore, è molto rivelatrice. La maggior parte delle madri si illumina ed esprime in poche, intense parole la bellezza dell'esperienza della maternità, pur ammettendo l'esistenza di difficoltà impreviste.

Le mamme in depressione lieve, dopo un momento di esitazione, colgono per lo più con gratitudine l'occasione di accennare agli aspetti pesanti e negativi della loro maternità. Occorre a questo punto dar loro spazio, fare ulteriori domande che permettano a noi di acquisire elementi utili a loro di "sciogliersi", sentendosi accolte e non giudicate, percependo che quanto vivono è qualcosa di conosciuto, relativamente frequente, anche se spesso negato, e che si può curare. Un colloquio di questo genere è anche un primo intervento terapeutico per dare un senso e un nome a sentimenti confusi vissuti fino ad allora solo come profondo disagio, per togliere all'esperienza dell'ineadeguatezza il suo alone di segreto, per suggerire l'esistenza di terapie.

Molto diverso e più difficile è il rapporto con una madre gravemente depressa, che non è collaborativa. Alla domanda: "E Lei come sta?" risponderà magari con un: "Bene, bene", ma pronunciato in modo atono, minimizzante, evitante, che chiude la comunicazione. Ci può orientare la dissonanza fra le parole dette dalla mamma e il modo con cui le dice, da cui traspare un blocco, un'inibizione. Il disagio che la sua risposta crea in noi e che nasce dalla chiusura della comunicazione è un segnale della gravità della situazione. In questi casi più gravi, anziché fare domande più precise, che difficilmente avrebbero una risposta, è molto più utile cercare delle alleanze e un aiuto nelle persone più vicine alla donna, nel tentativo di trovare insieme strategie il più possibile condivise.

Nel caso che segue, la cui esposizione potrà sembrare un po' troppo personale, abbiamo cercato volutamente di mantenere intatte le emozioni e i vissuti della pediatra perché li riteniamo parte integrante della relazione e perché crediamo che sia indispensabile riconoscerli per imparare a gestirli¹.

A. E LA SORELLA SENZA NOME

A. ha due anni. La sua mamma è un po' lagnosa, perfettina e molto ansiosa. Mi ha sempre messa a dura prova tanto da non aver accolto con entusiasmo l'annuncio della sua seconda gravidanza.

Oggi viene per il bilancio di salute della secondogenita di cinque mesi. Si siede e come al solito mi parla per buoni dieci minuti della primogenita. Le crea mol-

ti problemi, è gelosa della più piccola, ha ripreso a svegliarsi continuamente di notte come in passato, fa molti capricci, lei non riesce a gestirla e si sente in colpa.

La più piccola sembra esserci molto poco: la tiene in braccio seduta, rivolta a me, non la guarda mai, troppo presa dall'altra che la ingombra tutta, pur assente.

Oggi improvvisamente interrompo la sua sequela di lamentele sulle difficoltà di sonno di A. e riesco a spostare l'attenzione su di lei, ponendole una domanda più personale che finalmente sblocca la situazione:

“E Lei, Signora, dorme?”

“Non molto”

“Non dorme perché le bambine la svegliano?”

“No, anche quando la più grande dorme e quando, dopo averla allattata, anche la più piccola dorme, io non riesco ad addormentarmi e passo la notte sveglia!”

“A cosa pensa?”

E la mamma inizia a piangere a dirotto e mi racconta da quanto tempo non dorme, i pensieri tristissimi che ha, il senso di colpa straziante per non essere felice quando ha tutto per esserlo... e intanto guarda sua figlia che tiene lontana dal suo corpo e piange...

È la prima mamma che sono riuscita ad accompagnare io stessa in terapia.

I suoi problemi durano da tempo, ma non ne ha mai parlato in famiglia, si è sempre vergognata.

Le ho parlato, proposto un supporto, l'ho cercato. Lei ha accettato, ne ha parlato al marito, alla sua famiglia, è in terapia e sembra funzionare...

A distanza di due mesi sta meglio, adesso ha mandato la più grande al Nido e ritardato la sua ripresa lavorativa di due mesi per godersi un po' la piccola, a cui le sembra di non essersi potuta dedicare abbastanza in precedenza.

COMMENTO

La prima considerazione da fare è che per lungo tempo non ho capito.

Ingannata dal disagio che questa mamma mi provocava, cercavo di essere il più possibile efficiente, di risolvere in concreto i problemi che di volta in volta, ma ripetitivamente, mi poneva: “A. non dorme”, “non dorme ancora”, “non dorme mai”, “fa sempre i capricci”.

Ascoltavo, davo consigli, cercavo soluzioni immediate, ma in fondo tentavo

di allontanarla frettolosamente nel tentativo di arginare il fastidio, l'antipatia che mi procurava questa donna ansiosa, ma sempre perfetta, che si lamentava continuamente, ma che nello stesso tempo voleva dimostrare a me e a lei di farcela, di sopportare stoicamente il peso di questa figlia (che a mio parere si comportava in modo abbastanza normale!) e di tutte le altre incombenze familiari e lavorative.

In questo modo non vedevo, non provavo nei suoi confronti alcuna empatia.

Impegnata a proteggere me stessa, la costringevo a fingere anche con me, come faceva con tutti gli altri (marito, famiglia, colleghi), a mascherarsi senza manifestare la tristezza, la difficoltà, la fatica.

E lei, pur tornando sempre da me (forse con un filo di speranza che prima o poi capissi!), non riusciva a chiedere aiuto, sempre con il senso di colpa e di vergogna per ciò che non riusciva a provare, per la gioia che non poteva avere.

Nel momento in cui si è verificato questo “magico” incontro, questa signora ha potuto esprimere la sua sofferenza e, forse anche grazie al mio atteggiamento poco giudicante e più curioso e accogliente nei suoi confronti, i suoi sentimenti negativi, la sua sensazione di infelicità così discordante dalla gioia che teoricamente avrebbe dovuto provare.

Ha potuto prendere coscienza del proprio stato, dare un nome ai suoi sentimenti, parlarne e chiedere aiuto in famiglia e a un terapeuta.

La seconda considerazione è che avrei dovuto porre molta più attenzione ai problemi di sonno gravi della bambina. Questa è una mamma da lungo tempo depressa, che probabilmente ha vissuto quelle paure che possono essere alla base dei gravi disturbi del sonno dei bambini. Non è difficile pensare al senso di inadeguatezza, di frustrazione oltre che di fatica fisica di questa signora, alimentato dal persistere di disturbi che noi pediatri a volte tendiamo a minimizzare o non riusciamo a risolvere. Un grave disturbo del sonno del bambino può essere una spia di un disturbo della famiglia o della mamma in particolare.

Senza avventurarmi nelle emozioni più profonde di questa signora, il mio compito era di far emergere il disagio, cercare di valutare la gravità della situazione, di quali aiuti questa mamma poteva aver bisogno e di come accompagnarla nei passi successivi.

È importante sottolineare che non sia-

mo psicologi, non siamo psichiatri, non siamo noi a dover porre una diagnosi di depressione; ma noi pediatri dobbiamo avere il sospetto e, quando il sospetto esiste, avendo ben presenti le indicazioni del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*², ricercare gli altri possibili sintomi (in questo caso l'insonnia della mamma), la loro gravità e persistenza... insomma, approfondire l'anamnesi. Resta il fatto che, da pediatra, mi sono limitata ad aiutare la mamma ad affrontare la sua malattia, delegando ad altri medici la cura vera e propria.

Un'ultima considerazione è che il mio intervento ha posto le basi per una diversa prosecuzione del nostro rapporto: da allora il fatto di sapere e condividere ha notevolmente facilitato le cose, ha dato più fiducia a entrambe per poter affrontare i problemi sicuramente ancora presenti e per poter cercare soluzioni per procedere a piccoli passi su una strada lunga e accidentata.

Proviamo allora a fare considerazioni più generali su cosa il pediatra può fare.

L'INVIO

Dopo aver prospettato l'ipotesi di una depressione, dobbiamo saper decidere se si tratta di un momento transitorio di difficoltà o se abbiamo bisogno di una diagnosi. Nel primo caso dovremo solo stare vicino alla mamma e al suo bambino con visite più frequenti e con una maggiore sensibilità e attenzione, rivalutando nel tempo la situazione. Se pensiamo che un approfondimento diagnostico sia invece necessario, dovremo occuparci di “accompagnare” la paziente in questo percorso, a iniziare dalla scelta del medico cui indirizzarla che potrà essere il suo medico di medicina generale (colui che più frequentemente si occupa, in prima battuta, dei pazienti depressi³), o, in casi selezionati, lo psicologo o lo psichiatra. Qualunque sia la scelta, sarebbe bene contattare personalmente questi professionisti e collaborare con loro.

Quando il quadro clinico è dominato dai problemi di comportamento del bambino, o quando le resistenze della madre sono particolarmente significative, affidare la coppia madre-bambino al neuropsichiatria infantile può essere, almeno inizialmente, un approccio meno diretto e più accettato.

Raramente però la madre, nella nostra

esperienza, accetta di iniziare una terapia in tempi rapidi: spesso non riesce a concepire che possano esistere per lei prospettive di una vita migliore. Tuttavia, iniziare rapidamente la cura è importante: lo sviluppo del bambino e del rapporto madre/figlio sono incalzanti. La terapia comunque richiederà tempo per dare i primi effetti positivi. Potremo inoltre trovarci di fronte a guarigioni solo parziali, a interruzioni del trattamento troppo precoci o anche a successive ricadute. Dobbiamo perciò essere preparati a prenderci cura di una mamma e di un figlio in difficoltà per un periodo più o meno lungo.

LAVORARE SULL'AUTOEFFICACIA

Possiamo trarre indicazioni per i nostri interventi da alcune teorie dei cognitivisti⁴. Beck ritiene che la triade cognitiva: cattiva opinione di sé, del presente e del futuro sia la causa e non la conseguenza della depressione, e sia originata da convinzioni latenti maturate negli anni, confermate dalle esperienze di vita e attivate da eventi ambientali stressanti.

Seligman, in modo simile, ritiene che le persone depresse si distinguano per una percezione di impotenza, di impossibilità di controllo sugli eventi della vita, di non auto-efficacia, appresa nel corso di esperienze negative e svalutanti.

Le madri depresse, in effetti, hanno opinioni negative su di sé e sulle proprie competenze genitoriali. Sentono inoltre inadeguati anche i figli, per cui tollerano meno i loro limiti ("non dorme ancora tutta la notte!"), attribuiscono loro intenzioni e motivazioni negative ("sembra farlo apposta, si mette a piangere appena voglio fare la doccia!"), hanno aspettative di competenza e di responsabilità sproporzionate all'età ("gli dico di no, ma continua a fare ciò che non deve!"). Diventano allora facilmente impazienti, punitivi, irritati di fronte a quella che considerano una non cooperazione del bambino.

Durante la visita possiamo cercare di cogliere ogni occasione possibile, anche quelle minime, per sottolineare le competenze della mamma, nel tentativo di migliorare la sua percezione di sé come madre. Possiamo inoltre aiutarla a leggere il comportamento del figlio in modo realistico, adeguato all'età, introducendo anche la dimensione del futuro e del divenire, cioè di miglioramenti spontanei via via che il bambino crescerà.

Le madri depresse, inoltre, sentendosi non autoefficaci nei confronti dei loro bambini e della vita in generale, di fronte ai numerosissimi problemi quotidiani (pianti, difficoltà di sonno, di alimentazione ecc.) non s'impegnano a fondo nella ricerca di una soluzione, ma, convinte fin dall'inizio che non otterranno nulla, rinunciano facilmente, subiscono la situazione, ne sono travolte, confermandosi quindi nell'idea della propria incapacità.

Affrontando e magari risolvendo con loro i vari problemi, dobbiamo essere consapevoli che le aiutiamo non solo nello specifico, ma anche a vivere esperienze di autoefficacia che possono condurle a costruire poco per volta una fiducia nuova in se stesse e nella propria capacità di affrontare la vita. Può essere allora utile rinunciare a fornire generici consigli e individuare invece con la mamma degli step intermedi, degli obiettivi parziali, piccoli, facilmente raggiungibili, verificando nel tempo il loro raggiungimento, con pazienza e costanza. Si tratta quindi di muoverci all'interno di un progetto, in modo consapevole, coordinato, finalizzato, evitando di farsi contagiare dalla sensazione di impotenza che la madre prova.

IL SOSTEGNO SOCIALE E FAMILIARE

Il sostegno sociale è molto importante nel costruire e rafforzare una buona percezione di sé e nell'elaborare le emozioni e le difficoltà che il nuovo ruolo di madre comporta. Le madri, quando non sono depresse, ricercano spontaneamente il contatto con altre madri per avere solidarietà, confronto, conferme, incoraggiamenti e per diventare più competenti⁵. Le madri depresse invece, tanto più sono gravi, tanto più tendono a isolarsi e a ritrovarsi sole con i loro problemi.

Possiamo quindi cercare con la mamma di individuare quali persone attorno a lei possano costituire una risorsa e come attivarle. A questo proposito è molto utile anche conoscere e utilizzare le varie risorse del territorio: i gruppi di aiuto all'allattamento, i gruppi post-partum, quelli di massaggio infantile, le ludoteche ecc.

In primo luogo dobbiamo prendere in considerazione il partner⁶, segnalato da molti studi come la risorsa principale. A volte il padre è poco presente, soprattutto perché è in difficoltà di fronte alla mancanza di interessi, alla stanchezza cronica, alle ansie della compagna. Aiutarlo a

capire che cosa sta succedendo e quali siano le esigenze della mamma in questo momento, può dargli la possibilità di individuare un proprio ruolo attivo e "terapeutico" nel sostenere lei e la sua autostima, nel confermarle le sue competenze e nell'aiutarla a leggere in modo realistico il comportamento del bambino.

Le interazioni con altri adulti possono inoltre offrire al piccolo esperienze di relazioni positive e attenuare, così, gli effetti negativi che la depressione materna ha nella costruzione della sua visione del mondo, di sé e delle relazioni.

RIDURRE LO STRESS DEL BAMBINO

Possiamo cercare di ridurre lo stress originato nel bambino dalla depressione materna, consigliando i corsi di massaggio neonatale. Esso infatti riduce gli ormoni dello stress e aumenta il livello di serotonina, migliorando la socievolezza e la consolabilità del bambino.

AIUTARE LA MAMMA A CAPIRE IL BAMBINO

Aiutare la mamma a conoscere e capire meglio il suo bambino la mette nelle condizioni di poter rispondere meglio ai suoi segnali. È un aiuto importante sia nei casi di bambini irritabili o con alterazioni della motricità (che, come abbiamo visto, si rivelano di così difficile lettura e gestione da indurre depressione nella mamma) sia nei casi di depressione già insorta. Nella nostra esperienza lo strumento più prezioso si è rivelato la condivisione con la mamma della scala di Brazelton⁷, che però richiede una preparazione specifica (talvolta è anche possibile far leggere ai genitori i testi divulgativi di questo Autore). Possiamo inoltre sfruttare al meglio tutte le occasioni che le visite ci offrono, ad esempio le frequenti domande sull'allattamento, sul sonno, sul pianto, sulla separazione, sui "vizi".

MIGLIORARE L'INTERAZIONE MAMMA-BAMBINO

Possiamo infine cogliere ogni occasione possibile per migliorare l'interazione madre-bambino.

Le mamme in buona sintonia col figlio giocano spontaneamente col bambino

MESSAGGI CHIAVE

□ Un gruppo di pediatri ha sperimentato la possibilità e l'utilità di intercettare la depressione post-partum nell'ambulatorio pediatrico e di intervenire con un trattamento di supporto o attraverso l'invio della mamma al proprio curante o a uno specialista in neuropsichiatria.

□ A una serie predisposta di semplici domande (... "E Lei, Signora, come sta? Come si sente con questo nuovo figlio?...") le mamme rispondono in maniera abbastanza chiaramente differenziata, a seconda che stiano bene e siano felici, oppure che abbiano una depressione lieve, o che siano gravemente depresse.

□ Altre volte il sospetto viene invece dal modo col quale la madre espone i problemi comportamentali del bambino e della sua incapacità ad affrontarli.

□ Il ruolo del pediatra rimane importante anche quando la madre deve entrare in terapia specialistica: bisogna comunque lavorare sul rapporto madre-bambino, lavorando sulle competenze della madre, implementandole e rinforzandone l'autostima, affrontando con lei i singoli problemi della gestione, condividendo con lei la scala di Brazelton, rinforzando i rapporti madre-bambino, promuovendo la ricerca di un sostegno familiare e sociale, cominciando dal richiamare in gioco il padre.

□ Tutto questo è assolutamente "pediatrico", anzi rientra specificamente nelle competenze pediatriche. È fattibile, efficace, ricco di soddisfazioni.

anche molto piccolo, imitandone i gesti, i vocalizzi, le espressioni⁸. Il bambino risponde a sua volta con nuovi movimenti, sorrisi e vocalizzi, contribuendo attivamente all'interazione e arricchendola fino a raggiungere un culmine di eccitazione e coinvolgimento. A questo punto il bambino in genere allontana lo sguardo e interrompe brevemente il rapporto, disponibile eventualmente a riprenderlo dopo aver raggiunto, nella pausa, un livello meno intenso e più gradevole di attivazione.

Attraverso questo modello relazionale si realizza una comunicazione e una con-

divisione di emozioni e sentimenti importantissime per lo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale del bambino.

Le mamme invadenti e quelle isolate difficilmente si impegnano in questo tipo di interazioni e, se lo fanno, sono per lo più incapaci di condurle in modo soddisfacente per entrambi a causa della loro difficoltà di riconoscere e rispettare le intenzioni, le emozioni, i ritmi del bambino.

Proporre alla madre (secondo la tecnica dell'interazione suggerita⁹) di imitare espressioni e vocalizzi del bambino nel gioco faccia a faccia, la obbliga a fermarsi e a osservare il figlio più attentamente (e probabilmente facilitata, attraverso l'attivazione dei neuroni specchio, l'immedesimazione e l'empatia). Di fatto le madri durante la sessione d'imitazione diventano meno invadenti e più sensibili ai segnali del neonato, mentre il bimbo a sua volta diventa più attento e reattivo.

Si è anche rivelato utile suggerire alle madri una modalità particolare di toccare il bambino: massaggiargli le gambe evitando altre stimolazioni contemporanee. Sia i figli di madri invadenti, abituati a tocchi bruschi e intempestivi e a un eccesso di stimolazioni, che i figli di madri isolate, troppo poco toccati, reagiscono con sorrisi e con minor evitamento dello sguardo, dimostrando la loro soddisfazione e facilitando la comunicazione.

È forse possibile, quando ci troviamo di fronte a madri in evidente difficoltà col figlio, adattare tutte queste conoscenze al nostro contesto di pediatri.

LA FORMAZIONE DEL PEDIATRA

Da quanto detto finora, di fronte a una madre depressa, per migliorare e rendere più efficaci gli interventi che molti di noi fanno già istintivamente (tentando di sostenerla e aiutarla), dobbiamo evitare di agire in modo ingenuo e approssimativo, seguendo solo buon senso e improvvisazione, e intervenire invece utilizzando riferimenti culturali precisi in modo consapevole, rigoroso, mirato.

Ognuno degli interventi proposti, d'altra parte, se condotto male e senza professionalità, non solo risulta inefficace, ma, nei fragili equilibri della depressione, può risultare perfino dannoso.

È necessario perciò costruire e migliorare continuamente la nostra capacità di relazione con i pazienti, utilizzando le

varie opportunità formative di tipo psicologico, di counselling¹⁰ e di riflessione sulla nostra attività^{11,12}. Del resto la capacità di relazione sta diventando un requisito essenziale del pediatra, sempre più chiamato a rispondere a esigenze e richieste legate alla crescente insicurezza dei genitori di fronte al loro ruolo.

Indirizzo per corrispondenza:

Maria Merlo

e-mail: roccatop@inrete.it

Bibliografia

1. Balint M, Balint E. Tecniche psicoterapiche in medicina. Torino: Einaudi, 1970.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition (DSM IV TR). Washington DC, 2000.
3. Di Salvo S. Il paziente depresso e il medico di famiglia. Torino Medica 2008;19:33-8.
4. Teti DM, Gelfand DM. Cognizioni materne come fattori di mediazione dei risultati ottenuti dal bambino nel contesto della depressione post-partum. In: Murray L, Cooper PJ (a cura di). Depressione del post-partum e sviluppo del bambino. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999:122-48.
5. Stern D, Brushweilder Stern N. Nascita di una madre. Milano: Mondadori Editore, 1999: 121-7.
6. Field T. Il trattamento delle madri depresse e dei loro bambini. In: Murray L, Cooper PJ (a cura di). Depressione del post-partum e sviluppo del bambino. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999:208.
7. Brazelton TB, Nugent JK. La scala di valutazione del comportamento del neonato. Milano: Masson, 1997.
8. Stern D. Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1998:161-84.
9. Field T. Effects of early separation, interactive deficits and experimental manipulations on infant-mother face to face interaction. Child Dev 1977;48:763-71.
10. Quadrino S. Il pediatra e la famiglia. Il counselling sistemico in pediatria. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2006.
11. Vessella P, Milanese A, Innocenti S, Bettucci E. Un pediatra sufficientemente buono. Milano: CSH Editrice, 1991.
12. Mantovani S, Picca M, Giussani M, Zanetto F. L'osservazione e la valutazione della relazione madre-bambino da parte del pediatra di famiglia: proposta di uno strumento e di un percorso di formazione. In: Carli L (a cura di). La genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento. Milano: Franco Angeli, 2002:42-64.

