

Patologia e psicopatologia in gravidanza: l'importanza e la complessità del sostegno multidisciplinare nella morte perinatale

INTRODUZIONE

L'aborto spontaneo, la morte intrauterina e quella perinatale sono degli argomenti considerati tabù nella società attuale (Cazzaniga, 2017) e, seppur negli ultimi anni stiamo assistendo ad un'apertura, non si è trovato ancora un accordo o modalità condivise per trattare questa tematica, sia per la delicatezza dell'argomento sia perché è ancora un evento di cui poco si parla.

Ogni operatore sanitario lo tratta con soggettività e modalità più o meno sensibili in base alle proprie caratteristiche di personalità e di storia personale, non ponendo attenzione sulla specificità soggettiva del genitore che perde il proprio figlio. Ancora oggi si presta attenzione alla competenza comunicativa dell'operatore sanitario, meno ai vissuti del genitore. Molto spesso ci si ritrova a sentire mamme e papà che si scusano per il dolore che provano dopo aver saputo che il battito del loro bambino si è fermato e molto spesso ci si ritrova a dover udire colleghi che, per meccanismo difensivo di distacco per evitare il burnout, sminuiscono quel dolore.

Ancora oggi in molti ospedali questo evento luttuoso non viene accolto e supportato come dovrebbe e nella maggior parte dei casi si cerca di dimenticare e far dimenticare, senza considerare che, quel dolore che viene sminuito, è ciò che resta del bambino perduto e proprio per questo ancora più difficile da mettere da parte e da elaborare.

Una continua reificazione, da parte degli operatori e del sistema sanitario, di ciò che viene definito "tabù della morte".

I comportamenti di "normalizzazione" attivati dal personale sanitario che gestisce il momento della comunicazione, del parto e del post partum creano dei limiti importanti e invalidanti che, spesso, creano una chiusura non indifferente e che porta i genitori e le famiglie all'isolamento. Inoltre, anche quando i genitori richiedono aiuto, spesso si ritrovano ad avere a che fare con professionisti e contesti che creano un circuito bizzarro che non permette un funzionale e "naturale" processo di elaborazione del lutto.

Il lutto è una fase naturale del ciclo di vita di un essere umano e per questo non va patologizzato, ma quando trattiamo di aborti o di morti perinatali, la difficoltà primaria è proprio il riconoscimento e l'accettazione di quello che apparentemente lutto non è.

I genitori si ritrovano a provare un dolore che sentono, ma che vivono come non riconosciuto dal contesto in cui insiste la loro esperienza. Ciò crea una situazione dissociativa perché incomprensibile alla mente umana.

Molti, infatti, pensano che tali perdite non siano

"degne" di essere considerate vere e proprie perdite e ciò rende ingestibili emozioni e vissuti discordanti.

L'effetto è l'impossibilità di andare avanti.

Ricordiamoci che si parla dell'insieme delle reazioni provocate dalla morte in coloro che rimangono.

Freud già nel 1915 scriveva "Propriamente il lutto è una reazione alla perdita di una persona amata o di un'astrazione che ne ha preso il posto" (Freud, 1976, pag. 102).

Nella morte perinatale il concetto di bambino ideale ha una parte fondamentale.

Una mamma diventa tale quando vede il test di gravidanza positivo ed è in quel momento che la mente inizia una serie di pensieri e immaginazioni che porteranno i genitori a vedere il proprio figlio in varie fasi della sua/loro vita.

Di fatto una precoce interruzione della gravidanza crea un blocco anche nei pensieri che da vitali si trasformano in mortiferi.

Una donna incinta è in attesa di quel figlio. Lo ha già. Lo immagina, lo desidera, lo costruisce prima di tutto nella sua mente, prima ancora che nel corpo. Per questo le perdite prenatali sono spesso non elaborate, dimenticate, messe da parte, sorpassate sovente con una sostituzione di quel figlio con un altro.

Sappiamo però che nessun figlio è sostituibile, come non lo è nessuna persona. Per questo anche per questi figli è necessario fare il lutto, per poi avere lo spazio per desiderarne un altro" (Cazzaniga, 2017).

Naturalmente va sottolineato che nel "gioco" e nella "danza" delle connessioni tra sistemi se la "normalizzazione" non è funzionale per i genitori, che di fatto perdono un figlio, diventa funzionale per i medici, ostetrici, infermieri che si ritrovano a dover affrontare la morte in un contesto generatore di vita, come la sala parto, e che imparano in questo modo a proteggersi dal burnout o che semplicemente non sanno gestire quel momento specifico che loro stessi vivono con difficoltà.

Come facciamo a far dialogare questi sistemi con bisogni così diversi?

I SIGNIFICATI DELLA PERDITA

Alcune componenti tra le donne che vivono un aborto, una morte in utero o morte post-natale sono simili tra loro e creano delle connessioni importanti.

Il senso di colpa e il sentirsi soli nel loro dolore sono degli elementi che si ripresentano e che vengono più o meno narrate in maniera ridondante. Tuttavia, ci sono altre componenti, molto diverse tra loro, che sono legate al significato che ogni

donna e ogni coppia dà alla perdita del proprio bambino. Queste reazioni ci fanno inevitabilmente pensare che esiste una relazione madre/bambino ancor prima che il bambino nasca.

Già negli anni Ottanta Peppers e Knapp (1980) parlano di un legame di attaccamento che inizia con la pianificazione della gravidanza e che va intensificandosi dal momento in cui inizia la percezione dei movimenti fetali, identificando il momento del parto come momento in cui tale relazione si concretizza e si consolida.

La teoria dell'attaccamento, e nello specifico le teorie dell'attaccamento prenatale, ci aiutano a comprendere come la morte in utero sia paragonabile a qualsiasi altro lutto, anche se esistono delle differenze importanti che riguardano non solo le caratteristiche di personalità, ma anche il vissuto di quella donna, di quella coppia e la storia da essi vissuta e narrata.

Molte gravidanze, ai giorni nostri, sono considerate da parte della coppia genitoriale come "gravidanze preziose", ossia delle gravidanze ricercate che arrivano dopo mesi e anni di tentativi e di prove o di percorsi di procreazione assistita.

Inevitabilmente attivano riflessioni nella donna che "aspetta" sul senso dell'essere: dall'essere figlia, generatrice e poi genitrice. Tutto ciò inevitabilmente attiva un senso di continuità che successivamente viene contestualizzato all'interno della propria famiglia, sia d'origine che attuale. La perdita inattesa e repentina della gravidanza e del figlio, crea una frattura che di fatto provoca un blocco che ha come effetto una condizione di sospensione del presente.

Il vissuto di perdita e di impotenza destabilizza e confonde la connessione tra il passato, quel che era, e il futuro, ciò che sarà.

Un lutto vero e proprio che colpisce il senso di appartenenza, di identità e di esistenza.

La ricerca

INTRODUZIONE

Milioni di morti in utero avvengono ogni anno senza essere registrate e senza influenzare la politica sanitaria.

Nell'era degli sforzi mondiali per la salute materna, le attenzioni politiche e sociali non includono la naturale aspirazione di una donna di mettere al mondo un bambino vivo, tanto che il riconoscimento del lutto pre- e perinatale dei genitori è un'acquisizione recente anche nei paesi ad alto sviluppo socioeconomico, Europa, Australia,



ANTONIO CLAUDIO CANNIZZARO

Dirigente Medico
Ginecologia Ostetricia
Ospedale Buccheri La Ferla



LOREDANA ANTONINA MESSINA

Dirigente Psicologo
Psicoterapeuta Referente
Perinatal Hospice Ospedale
Buccheri La Ferla

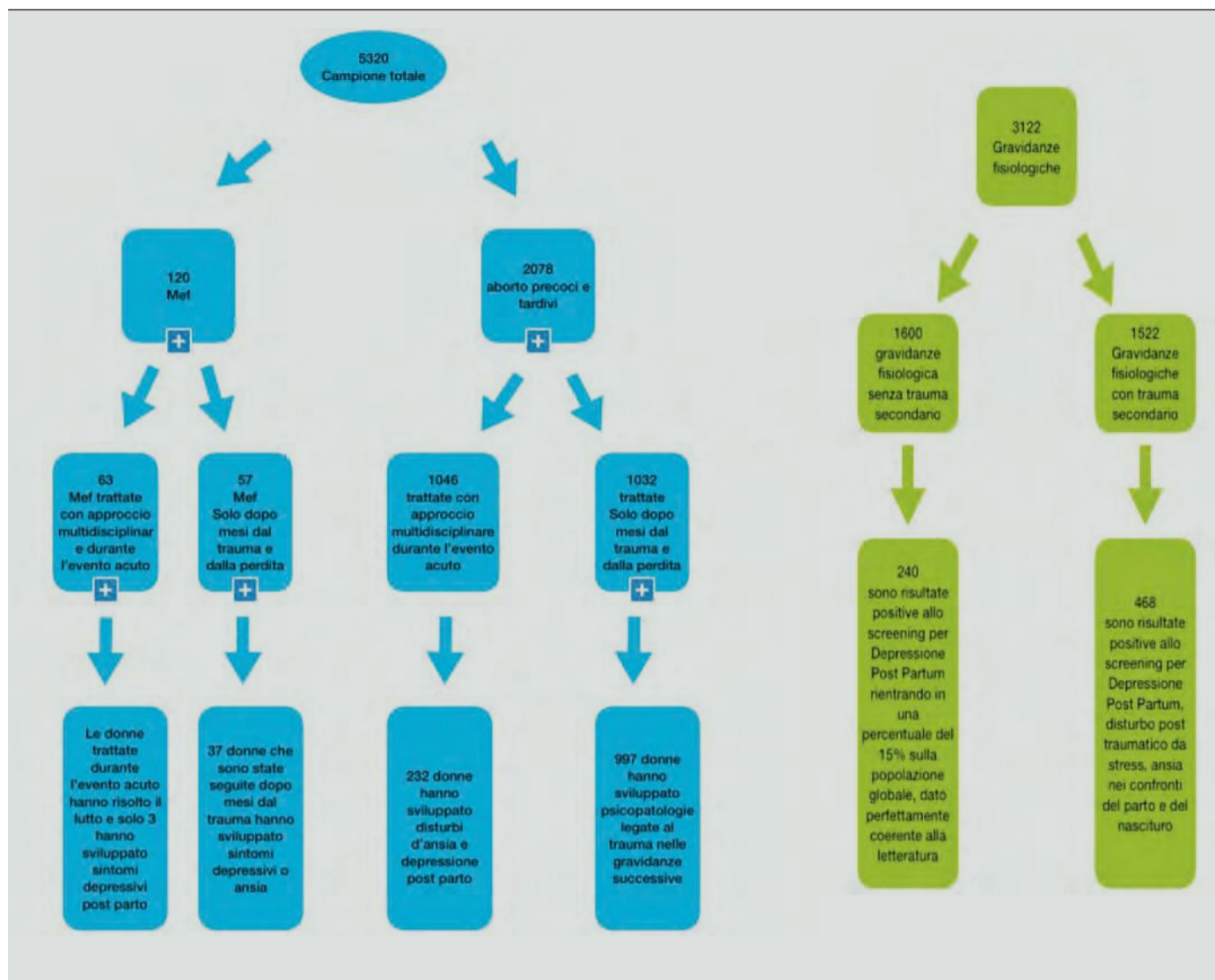


IMMAGINE 1

dessero in considerazione la storia ostetrica di ognuna di esse:

- Mef
 - Aborti tardivi o precoci
 - Gravidanze fisiologiche
- Partendo da queste 3 variabili i gruppi si sono diversificati ulteriormente creando dei sottogruppi che hanno instradato la ricerca:
- Mef gestite in fase acuta con procedure ospedaliere specifiche e multidisciplinari
 - Mef senza alcun sostegno specifico in fase acuta
 - Aborti precoci o tardivi gestite in fase acuta con procedure ospedaliere specifiche e multidisciplinari
 - Aborti precoci o tardivi senza alcun sostegno specifico in fase acuta
 - Gravidanze fisiologiche senza trauma secondario (ovvero donne che hanno partorito senza mai incontrare in reparto altre donne con aborti o mef)
 - Gravidanze fisiologico con trauma secondario (ovvero donne che hanno partorito incontrando in reparto altre donne con aborti o mef dimoranti nella stessa stanza o nella stanza accanto o in fase di parto o in fase di ricovero)

Risultati della ricerca

I dati ottenuti dalla ricerca indicano quanto segue (immagine 1):

- 1 Il 2,25% delle gravidanze esitano in MEF, di queste il 64,9% se non trattate nel momento acuto sviluppano sintomi importanti di depressione post partum e ansia, sviluppando nelle gravidanze successive disturbi anche relazionali con il bimbo successivo e nelle rappresentazioni materne di Se.
- 2 Il 39% di donne ha vissuto almeno un aborto tardivo o precoce nella sua storia ostetrica e che se non trattate con supporto multidisciplinare durante la revisione di cavità o parto abortivo il 96,6% di donne sviluppa sintomi ansiosi, depressivi, disturbo post traumatico da stress.
- 3 Il 58,68% delle donne vive gravidanze fisiologiche senza mai vivere aborti o mef, ma che di queste il 48,75% si ritrovano nella stessa stanza di degenza almeno una donna con tale vissuto e che questo tipo di "incontro" le porta ad attivare ciò che viene definito "trauma secondario" che le porta, in un momento delicato come quello della gravidanza e del post-parto, ha sviluppare sintomi ansiogeni in relazione al loro bambino e al loro se materno.

Inoltre, del 2,25% di donne che esitano la loro gravidanza in MEF, durante la ricerca hanno ottenuto sostegno multidisciplinare secondo il grafico riportato (immagine 2) nel contesto ospedaliero il 52,5% riferendo:

- minore senso di colpa rispetto alla causa della morte del feto,
- minore rabbia nei confronti di sé stessi e nei confronti dei medici,
- maggiore collaborazione e maggiore fiducia nei confronti del personale sanitario durante il momento del ricovero.

Questi 3 semplici, ma importanti elementi sembrano essere dei fattori di rischio che, se non gestiti e contenuti, possono originare una mancata accettazione dell'evento, un blocco del processo

USA. I risultati di una indagine condotta tra operatori sanitari e genitori in 135 paesi mostra che gran parte dei bambini morti in utero sono allontanati dai genitori senza riconoscimenti o rituali quali l'imposizione del nome, cerimonie funebri, la possibilità di tenerli in braccio o vestirli (*The lancet*, 2011).

Una credenza diffusa è quella che la morte in utero sia la "selezione naturale" di bambini che non sarebbero vissuti e per circa un terzo delle morti in utero la colpa è della madre stessa o di spiriti maligni (in base alla cultura di appartenenza). È importante superare questo fatalismo e diventa necessario iniziare a pensare ad un vero e proprio "protocollo" o "linee guida" con l'obiettivo di creare un vero e proprio sostegno al lutto perinatale, per rispondere ai bisogni dei genitori e degli operatori sanitari.

Partendo da queste riflessioni, l'Associazione Georgia di Palermo, che si occupa di tutela della gravidanza a rischio, sostegno psicologico e formazione rivolta ai professionisti del settore, in collaborazione con l'Ospedale Buccheri la Ferla FateBeneFratelli a Palermo, ha dato origine nel 2017 ad uno studio pilota.

OBIETTIVO

Obiettivo della ricerca è stato quello di creare per la prima volta delle "linee guida multidisciplinari", costruire delle procedure in grado di favorire la consapevolezza di azione dei professionisti e dei pazienti muovendosi attraverso una multidisciplinarietà in cui ogni figura dell'equipe diventa specifica, fondamentale e "alleata" dell'altro ponendo come obiettivo comune la gestione del lutto perinatale e la diminuzione dei fattori di rischio ad esso correlato per il monitoraggio e lo sviluppo delle psicopatologie collegate a lutti non risolti ed eventi traumatici quali MEF, aborti tardivi e precoci.

IL CAMPIONE

La ricerca ad oggi ha coinvolto 5320 mamme e altrettanti papà, del solo distretto siciliano, seguite per 5 anni, da gennaio 2017 a gennaio 2022, monitorando i vissuti e la storia ostetrica di ognuno di essi.

L'età delle mamme compresa tra 22 e 52 anni, con gravidanze sia singole che gemellari; il 70% delle coppie erano sposate, il 30% conviventi;

il 47% appartiene ad un contesto socioeconomico medio basso con un livello di istruzione di scuola secondaria di primo grado, il 32% ad un contesto socioeconomico medio con livello di istruzione di scuola secondaria di secondo grado e il restante 21% ad un contesto socioeconomico medio alto e livello di istruzione di ordine superiore. Sono state coinvolte nella ricerca anche le gravidanze definite fisiologiche.

Partendo da due variabili di riferimento, presenza/assenza di eventi traumatici, ci siamo chiesti se la gestione di eventi traumatici potesse incidere positivamente o negativamente sullo sviluppo di psicopatologie con difficoltà nella gestione delle gravidanze successive.

STRUMENTI E METODI

Sono stati utilizzati strumenti standardizzati e interviste in grado di valutare sia le rappresentazioni materne delle donne, sia i vissuti, sia di effettuare uno screening su alcune patologie specifiche quali ansia e depressione post partum.

- EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) Cut off >12
- GAD 7 (Generale Anxiety Disorder-7) Cut off >10
- GHQ-12 (General Health Questionnaire-12) Cut off >11
- IRMAG (intervista per esplorare le rappresentazioni in gravidanza)

Le donne sono state suddivise in gruppi che pren-

CONTRIBUTI PATOLOGIA E PSICOPATOLOGIA IN GRAVIDANZA

IMMAGINE 2

EVENTO	PROFESSIONISTA
Arrivo del paziente in PS o ambulatorio	
Diagnosi	Medico
Comunicazione infausta notizia	Medico, Psicologo, Ostetrica
Presa in carico e ricovero	Medico, Ostetrica, Infermiere, Psicologo
Valutazione clinica	Medico Ginecologo, Anestesista
Spiegazione procedure per l'espletamento parto o aborto	Medico, Psicologo
Inizio procedure per l'espletamento	Medico, Psicologo, Ostetrico, Infermiere
Espletamento parto o parto abortivo o revisione	Medico, Ostetrico
Inizio procedure elaborazione del lutto	Psicologo, Ostetrico
Tempo per "azioni" inizio processo di elaborazione: vestire bimbo, tenerlo in braccio, stare insieme genitori-bimbo	Psicologo
Rientro in reparto	Infermiere
Inizio procedure amministrative e legali	Amministrativo, Psicologo
Accompagnamento in camera mortuaria in caso di mef	Psicologo
Valutazione clinica per dimissione	Medico
Valutazione psicologica per dimissione	Psicologo
Dimissioni e fine processo	



di elaborazione del lutto e, quindi, possibili complicazioni per il benessere futuro della donna, della coppia e dei familiari. Di queste solo il 4,7% ha sviluppato sintomi ansiosi o depressivi.

La ricerca ha ampiamente dimostrato che, nel corso del tempo e nel lavoro svolto sia presso l'Ospedale "Buccheri La Ferla Fate Bene Fratelli" sia presso Associazione "Georgia", che i punti di criticità appena citati possono essere trasformati in risorse se viene attivato un lavoro multidisciplinare che coinvolge ginecologi, neonatologi, psicologi, ostetrici, infermieri, dediti al sostegno e all'attivazione di risorse presenti nella coppia genitoriale, nel momento acuto della frattura psicologica e quindi, prevenire effetti legati ad una mancata elaborazione del trauma.

Una continua e sistemica attivazione di risorse interne porta di fatto "un alleggerimento dell'evento" sia da parte della coppia genitoriale, che si sente accolta e compresa nel proprio dolore, sia nei professionisti del settore che sentono di dovere fare meno riferimento a meccanismi di negazione delle proprie risonanze emotive nell'incontro con il dolore dell'altro.

Possiamo affermare che tra le buone prassi riconosciamo:

- 1 dare informazioni relative alle leggi attuali e spiegando l'iter che verrà seguito nelle 24 ore

successive per permettere ai genitori una "scelta consapevole"

- 2 offrire il tempo di vivere il bambino morto trascorrendo le prime ore dopo il parto fisicamente insieme
- 3 concedere loro il tempo di "viversi" quel bambino perso troppo presto
- 4 permettere agli operatori sanitari una condivisione di quel dolore che, se vissuto individualmente risulta ingestibile, ma condiviso diventa maggiormente vivibile e affrontabile.

Riteniamo inoltre che, altrettanto importante sia la collaborazione tra strutture pubbliche ospedaliere e associazioni territoriali per favorire l'attivazione di un sostegno completo; sia all'interno del contesto ospedaliero in fase acuta, sia nel più ampio e prolungato tempo fuori dal reparto e dal tempo del ricovero, rispettando i bisogni della coppia e della famiglia.

All'interno dell'Associazione "Georgia" vengono attivati "gruppi di parola" in cui si ha la possibilità di condividere la propria esperienza con altri genitori che hanno vissuto la stessa esperienza di lutto. Ciò permette ai genitori, in fase acuta, di vedere che si può sopravvivere e gestire il dolore intenso della morte del proprio bambino, e in un secondo momento di favorire la narrazione di nuove storie con l'attribuzione di nuovi significati evolutivi per la propria storia.

Cazzaniga nella sua ultima pubblicazione scrive "il lutto è un nuovo spazio-tempo della vita: il tempo necessario per ricucire lo strappo, integrare il passato con il presente, per trovarsi di fronte ad un futuro sconosciuto e ricordare con nostalgia chi non c'è più.

Allora i morti sono vivi in noi, nella memoria e tra noi, nelle narrazioni delle nostre relazioni" e continua dicendo "quando il lutto è risolto, significa che abbiamo collocato nel passato la persona che non è più nel presente.

Essa è viva nel presente attraverso la memoria. Si tratta della cura del ricordo" (Cazzaniga, 2017). Ritengo che, nel lutto perinatale, per rendere pos-

sibile la cura del ricordo, dobbiamo prima attivare delle buone prassi per rendere legittimo il dolore che quella perdita impone

RIFLESSIONI FINALI

I reparti di ostetricia e le sale parto sono dei luoghi in cui si dovrebbero concentrare le forze per migliorare la comunicazione e la collaborazione tra i vari sistemi coinvolti, tra le varie specialità, tra i vari professionisti, includendo stabilmente gli psicologi, attraverso un'esaltazione dell'importanza della multidisciplinarietà come risorsa all'interno di un contesto così complesso come quello ospedaliero e in cui ogni figura dell'equipe diventa specifica, fondamentale e "alleata" dell'altro.

Ciò avrebbe come effetto una maggiore integrazione delle varie professionalità e dei vari linguaggi scientifici attraverso un'attenzione sulla gestione delle dinamiche relazionali.

In questo contesto lo psicologo si pone come "mediatore" della comunicazione tra direzione sanitaria, personale medico e infermieristico, genitori, rendendola più funzionale alle esigenze di "contenimento" emotivo dei genitori che hanno vissuto il trauma di una precoce e spesso brusca, interruzione della gestazione e che devono adattarsi ad una nuova idea di genitorialità che si discosta da quella che si erano immaginata.

Ciò si ottiene attraverso una "risignificazione" dell'accaduto che dia un nuovo "senso" all'idea stessa di genitorialità.

Attraverso la presenza costante dello psicologo in reparto si dà anche uno spazio di "ascolto" all'emotività degli operatori, che spesso vengono travolti da sentimenti contrastanti che, se non correttamente gestiti, possono portare ad un aumento di rischio di *burnout* e stress da lavoro-correlato. Altrettanto importante, come fattore protettivo, è il miglioramento della comunicazione rispetto all'informativa legale che fornisce lo spazio normativo entro cui muoversi e orientare le decisioni consapevoli dei genitori e che favorisce una maggiore collaborazione da parte dei genitori, sia

Marcus Gheeraerts
"the younger",
Ritratto di una donna
sconosciuta, 1595
Tate Gallery, Londra