

## RISCHIO SUICIDARIO E DEPRESSIONE POSTPARTUM: IL CASO DI CINZIA

Meneghel G., Gori A.

*Per corrispondenza:*

Meneghel Gaia, Dipartimento di Salute Mentale, ULSS 12 Veneziana, Ospedale Civile Umberto I, via Circonvallazione 50, Mestre (Ve); tel. 041 2607686, e-mail gaiamen@tin.it

### Introduzione

I disturbi dell'umore interessano fino all'85% delle donne in gravidanza e nel puerperio: nel 75% dei casi si tratta di disturbi emotivi lievi e transitori (maternity blues); nel 10-12% delle puerpere si riscontra Depressione Maggiore. La psicosi puerperale colpisce 1-2 donne su 1000 puerpere.

La patologia depressiva nella gravidanza e nel puerperio ha una duplice valenza negativa, poiché ha ripercussioni sia sulla salute della madre che del figlio.

Si stima che il 5-12% degli agiti autolesivi nella popolazione generale sia commesso da donne in cinta; le stesse costituiscono lo 0,4-3,9% dei suicidi portati a termine. Il rischio rimane elevato anche nel postpartum.

In corso di depressione puerperale si assiste ad una compromissione del rapporto madre-figlio da cui deriva un deficit dello sviluppo cognitivo e sociale del bambino: le madri depresse sono ipoaccudenti ed ipostimolanti nei confronti dei loro figli.

Il caso di Cinzia, primipara di 39 anni, denuncia la sofferenza che caratterizza la gravidanza e il puerperio di molte donne, un disagio che troppo spesso è sottovalutato o negato dai familiari e poco riconosciuto dal medico.

Una diagnosi precoce è fondamentale in questi casi: la nostra paziente è stata ricono-

sciuta affetta da un disagio psichico solo dopo un periodo di grande sofferenza, culminato in un tentato suicidio.

### Il caso di Cinzia

Cinzia dice di aver scelto di rimanere incinta perché l'età fertile si stava abbassando e la gravidanza era stata pianificata come un fatto necessario e sequenziale al matrimonio; la paziente non ne aveva manifestato apertamente il desiderio.

Verso la metà della gestazione la paziente aveva iniziato a manifestare dubbi sulla propria capacità di amare il nascituro, era angosciata per quanto sarebbe accaduto dopo la nascita, temeva di non riuscire a sostenere il ruolo che avrebbe dovuto svolgere. L'ansia cresceva con l'avvicinarsi del parto, Cinzia era sempre più convinta che non avrebbe saputo accudire il figlio.

Il parto fu mal vissuto: lo temeva da tempo, non per il dolore che avrebbe provato, ma per il timore d'essere inadeguata ed incapace. Dice di aver inveito ed urlato durante il lungo travaglio di 12 ore. Ricorda di non aver voluto spingere, di non essersi commossa quando infine le avevano appoggiato il neonato sulla pancia. Si era commossa, invece, quando aveva visto arrivare la propria madre; le capita tuttora quando la vede.

Della prima giornata dalla dimissione ricorda il senso di fastidio per aver avuto il figlio sempre accanto. Faticava ad allattarlo, era infastidita dal fatto di non riuscire a mantenere il peso del neonato ad un livello adeguato. Ai controlli il bimbo era apparso denutrito, ma lei non se ne era accorta. I medici decisero di passare ad un allattamento ar-

tificiale: Cinzia afferma di averlo vissuto come una sconfitta.

Tutti coloro che le stavano attorno le dicevano cosa dovesse fare e come dovesse comportarsi; detestava avere gente a casa a tutte le ore; vedeva la casa sporca, in disordine ed in confusione. A posteriori ammette d'esser-si forse sbagliata.

Cinzia non portava mai il figlio con sé come un trofeo, al contrario se ne vergognava. Si sentiva falsa di fronte agli altri.

Il funzionamento della paziente peggiorava progressivamente: le pareva che il tempo passasse troppo veloce, non riusciva ad impegnarsi, faceva fatica a ricordare quanto era successo di recente, intraprendeva molte cose, ma non ne portava a termine alcuna.

La paziente cominciava a pensare di non farcela, che qualcun altro si sarebbe occupato al posto suo del figlio. Cinzia non ricorda di avere mai desiderato veramente la morte nel figlio, dice che questo non sarebbe stato possibile dal momento che avrebbe avuto tutti contro.

In una telefonata alla nipote aveva detto chiaramente di non farcela più e di aver deciso di farla finita. La nipote reagì spaventata, allertando i familiari, ma nessuno sembrò prenderla davvero sul serio. Nessuno si comportò come Cinzia avrebbe voluto: il marito era infastidito della situazione, la madre non era accorsa da lei come la paziente sperava.

La paziente cominciava a pensare a come farla finita, pensava di prendere dei farmaci; l'idea di metodi più violenti come gettarsi dalla finestra o pugnalarsi la spaventava e per tanto non venivano presi in considerazione.

Durante l'ennesima lite, il marito aveva minacciato Cinzia di portare con sé il figlio dall'avvocato per una separazione. Cinzia allora era corsa in cucina, aveva afferrato un coltello e se lo era puntato al seno sinistro: "...ho iniziato piano per vedere se pungeva, poi ho preso coraggio e mi sono data vari colpi, tagli...". Poi aveva smesso e si era messa a piangere.

La madre ed il marito, accorsi, l'avevano schiaffeggiata ed insultata. La madre l'aveva

portata sotto la doccia a lavarsi il sangue, poi avevano chiamato i soccorsi.

Una volta ricoverata la paziente si era sentita tranquilla, protetta, esonerata dalle incombenze familiari e di madre.

### Discussione

Dalla storia clinica emergono numerosi aspetti psicopatologici che denunciano un quadro di depressione postpartum complicata, non riconosciuto né dal personale medico (medico di famiglia, ginecologo, pediatra) né dai familiari. I sintomi soggettivi ed i segni che la paziente manifestava, tra cui l'importante perdita del funzionamento socio-lavorativo, sono compatibili con un importante scompensamento nevrotico.

Sul piano personologico Cinzia appare come una donna che conserva tratti adolescenziali del carattere: l'eccessivo attaccamento alla madre è l'esempio di un incompleto processo di separazione-individuazione.

Cinzia aveva sempre posto estrema attenzione verso il proprio fisico, aveva sempre cercato d'apparire perfetta in tutto ciò che faceva, dimostrando una fragilità già prima della gravidanza. La nostra impressione è che Cinzia abbia narcisisticamente utilizzato la gravidanza al fine di completare un percorso ideale di perfezione, per divenire "ora anche madre" senza essere pronta al cambiamento di ruolo. L'anaffettività dimostrata nei confronti del figlio al momento del parto è suggestiva in tal senso.

L'uso della scissione come meccanismo di difesa era sempre stato un poco presente nella paziente, ma si era accresciuto dopo il parto col crescere delle intrusioni esterne nella sua sfera intima. Cinzia non tollerava di avere la casa e la propria vita "invasa" da altre persone. Il suo equilibrio si spezza definitivamente nel post parto quando Cinzia si accorge di non poter sostenere la pressione esercitata su di lei dal figlio, un elemento troppo vicino per poter essere tollerato.

Al suo culmine la crisi esplode in un gesto autolesivo d'elevato valore simbolico (il seno

materno, dal lato del cuore) ed altamente aggressivo verso "l'altro" (il marito, la madre, il contesto in cui si è verificato).

Segnaliamo che al momento del ricovero e nei primi mesi dopo la dimissione la paziente continuava a mettere in atto altri meccanismi di difesa meno evoluti come la negazione ed il diniego.

### **La terapia**

La terapia della paziente, si è svolta in tre fasi: la prima, durata 12 giorni, è coincisa con il ricovero; la seconda, di tre mesi, è consistita nella psicoterapia di supporto; infine, negli ultimi quattro mesi di colloquio, è stata effettuata una ricostruzione di quanto era avvenuto prima del gesto.

Il ricovero, in cui la paziente è stata seguita prevalentemente dal punto di vista farmacologico, ha permesso la separazione della paziente dalla realtà familiare che aveva determinato lo scompenso, permettendole di superare la fase acuta. La paziente ai colloqui si presentava confusa, non aveva consapevolezza del proprio gesto, la sua attenzione era concentrata sulla dimensione fisica, sulle ferite e manifestava continuamente il desiderio di tornare a casa.

Alla dimissione è seguita una fase di supporto gestita tramite visite ambulatoriali. Cinzia accettava passivamente il percorso terapeutico: affermava di recarsi alle sedute perché così le era stato richiesto dai familiari, non perché ne sentisse l'esigenza. La paziente

non si apriva, il dialogo col terapeuta si svolgeva prevalentemente tramite una modalità domanda-risposta. Si è provveduto in questo spazio all'insegnamento e alla costruzione dell'esperienza materna tramite la strutturazione delle giornate. Con l'acquisizione del ruolo Cinzia, che all'inizio veniva aiutata dalla madre, ha imparato a staccarsi da questa e a gestire in maniera autonoma l'esperienza della maternità.

Riacquistando sicurezza in sé, la paziente ha investito sempre di più nell'alleanza col terapeuta. Si è allora deciso di riesaminare ed elaborare quanto era accaduto durante la gravidanza e con la nascita del figlio. Cinzia cominciava a parlare spontaneamente, lentamente abbassava le sue difese: nel rievocare quanto era successo mostrava partecipazione affettiva, si commuoveva. La paziente ha accettato infine di aver voluto morire, di aver tentato il suicidio.

Vogliamo sottolineare come, nella dimensione terapeutica, l'integrazione degli approcci farmacologico e psicoterapico abbia svolto un ruolo chiave. Importante nella psicoterapia l'utilizzo di un approccio di tipo supportivo-comportamentistico in una prima fase e solo in seguito, rafforzatasi l'alleanza terapeutica, di effettuare una rievocazione e quindi un'elaborazione dell'esperienza traumatica. La fusione di queste tecniche nel progetto terapeutico ha permesso a Cinzia di ricucire la scissione e di recuperare la relazione materna col figlio.