



Depressione post-partum

di S. Di Salvo e G. Cicuto

Fattori di rischio

La nascita di un figlio costituisce un evento significativo per la coppia in quanto ambedue i partners devono adattarsi alla presenza del bambino e modificare i loro rapporti in funzione del figlio. La particolare attenzione che la madre rivolge al neonato nelle prime settimane dopo il parto corrisponde ad uno stato mentale regressivo finalizzato a adattarsi ai bisogni del bambino. Tale stato mentale può fare sentire il neo papà affettivamente escluso dalla coppia madre-figlio, con conseguenti difficoltà nel rapporto matrimoniale. Inoltre alcuni sintomi della quali irritabilità, stanchezza, perdita d'interessi e riduzione dei rapporti sociali, possono contribuire ad aumentare l'insoddisfazione coniugale e a facilitare nelle donne vissuti di solitudine, di mancanza d'intimità, di sostegno pratico e affettivo da parte del coniuge.

Altro importante fattore di rischio è l'eventuale perdita di persone care durante la gravidanza: la reazione di lutto viene di solito inconsapevolmente rinviata dopo il parto per la difficoltà di vivere emotivamente la sovrapposizione di eventi come la nascita e la morte.

Altro gruppo di fattori di rischio è costituito dal rapporto conflittuale con la propria madre e dalla presenza di stress psicologici e sociali, quali ad esempio la mancanza di supporto nell'accudimento del bambino. La presenza di tali problematiche determina soprattutto la cosiddetta "depressione minore", non invalidante che consente comunque alla donna di svolgere la sua funzione materna, sia pure con difficoltà, e che si differenzia dalla psicosi puerperale, nella quale è invece presente, in modo drammatico, l'impossibilità di svolgere il ruolo materno.

Dopo la gravidanza possono anche svilupparsi le cosiddette "depressioni da svezzamento", conseguenti alla difficoltà di tollerare la separazione quando la relazione duale col bambino deve fisiologicamente interrompersi.

E' stato inoltre provato che il numero dei parti, l'età della donna, la mancata programmazione della gravidanza e la presenza di complicazioni ostetriche durante la gravidanza o al momento del parto, non determinano l'aumento di rischio di ammalarsi di depressione puerperale.

Invece la morte del bambino e la presenza di eventi traumatici nel corso dell'ultimo anno provocano l'aumento del rischio di depressione, a conferma del rapporto tra depressione ed eventi di perdita.

Per quanto riguarda il ruolo dei fattori biologici, sono due le ipotesi prevalenti: secondo la prima, la depressione puerperale è in tutto simile alla depressione degli altri periodi della vita; la seconda,

invece, sostiene che la depressione puerperale è conseguente alle variazioni degli ormoni (estrogeni, progesterone e prolattina) che si verificano nel puerperio. La maggior parte degli studi mette in rapporto tali variazioni soprattutto con la depressione che compare nelle prime due settimane dopo il parto.

Quadri clinici

Dal punto di vista clinico la depressione postpartum comprende tre quadri diversi: il maternity blues, la depressione minore (nevrotica, lieve, atipica) e la depressione maggiore. La loro frequenza è la seguente: 50-70% per il maternity blues, 10-15% per la depressione minore, 3-6% per la depressione maggiore.

Maternity Blues

Questa sindrome, la cui denominazione fa riferimento alla tristezza del postpartum (il termine “blues” ha un significato particolare in campo musicale: alle origini del jazz ne rappresenta l’ispirazione triste e malinconica). Si tratta di una sintomatologia caratterizzata da facilità al pianto, che ne costituisce il sintomo centrale, astenia, orientamento depressivo dell’umore, ansia, irritabilità, cefalea, diminuzione della capacità di concentrazione e difficoltà nel pensiero concettuale fino ad un leggero stato confusionale. La sua frequenza è particolarmente elevata: si oscilla nelle diverse casistiche dal 50% al 70% di tutte le donne che hanno partorito. La sintomatologia è evidente in corrispondenza del 3°- 4° giorno dopo il parto ed ha durata di circa una settimana, entro la quale si risolve completamente.

In alcuni casi, però, può evolvere verso una sintomatologia più marcata e duratura che va oltre i quindici giorni oppure verso un quadro depressivo vero e proprio oppure ancora verso una rapida trasformazione nella psicosi puerperale.

Tenendo conto della grande frequenza, la sindrome del “maternity blues” può essere considerata una reazione fisiologica, anche se la modesta gravità del quadro non deve portare a sottovalutarla. Infatti la sua importanza risiede nel fatto che costituisce una sorta di ponte tra normalità e psicopatologia puerperale dal momento che comprende, sia pure in forma minore, molti dei sintomi e delle problematiche caratteristiche della patologia puerperale maggiore.

Si possono formulare due differenti ipotesi per spiegare tale sindrome: la prima sostiene che l’origine è prevalentemente organica ed è confermata anche dalla presenza dei disturbi cognitivi, la seconda sottolinea soprattutto l’aspetto psicoendocrino che determina nella donna la difficoltà ad assumere la funzione materna.

Nel determinare il maternity blues è anche importante l’atteggiamento psicologico della donna nei confronti della maternità. Nei primi giorni dopo il parto, infatti, le angosce di separazione e di

perdita sono vissute intensamente, il tono dell'umore della donna è mutevole ed è presente l'incertezza relativa alle proprie capacità materne non ancora sperimentate.

Perciò tale periodo può essere considerato una sorta di "tempo di latenza" affettivo per realizzare la rottura del legame fusionale col feto ed iniziare la relazione col bambino reale e i suoi bisogni.

Il maternity blues, pur avendo scarsa rilevanza clinica, costituisce, da un punto di vista psicologico, il punto centrale del puerperio in cui inizia l'assunzione del ruolo materno e la sua elaborazione.

Depressione Minore

La sintomatologia di questa forma comprende una depressione dell'umore associata a sensazione di esaurimento fisico, più evidente nelle ore serali, irritabilità, diminuzione dell'appetito, riduzione del desiderio sessuale, insonnia e sintomi somatici di varia natura. Tale quadro è praticamente sovrapponibile al Disturbo Distimico del DSM-IV. Spesso sono presenti anche altri disturbi: l'ansia nella forma acuta del panico e in quella somatizzata, la manifestazione fobica (spesso agorafobica) e le manifestazioni ossessivo-compulsive, in forma di comportamenti compulsivi tendenti alla ricerca del perfezionismo nell'accudimento del bambino o di sintomi ossessivi veri e propri.

L'aspetto più tipico è l'insicurezza relativa al ruolo materno, vissuto in modo conflittuale e colpevolizzante, che può tradursi in un'eccessiva preoccupazione per il bambino o in un'ostilità nei suoi confronti più o meno manifesta.

In questo tipo di depressione è spesso presente la continua pretesa di sostegno e rassicurazione, che trova di solito accoglimento nell'ambito familiare e nei medici curanti. Essi, infatti, non hanno difficoltà a giustificare l'irritabilità e la stanchezza di una donna che ha appena partorito e che sta allattando. Spesso si fa ricorso a supporti terapeutici tradizionalmente usati nella medicina di base quali consigli dietetici, prescrizioni sintomatiche, fornendo al tempo stesso un sostegno psicologico che in buona parte dei casi è sufficiente ad evitare l'intervento dello psichiatra.

Questa forma, infatti, è poco conosciuta dagli specialisti proprio perché non è invalidante e non richiede un trattamento specifico, se non in casi di particolare gravità. La sua evoluzione prevede varie possibilità:

- può risolversi in media entro sei mesi;
- può presentare recidive successive;
- può cronicizzarsi trasformandosi in uno stile di vita nevrotico, spesso con aspetti fobici e ossessivi.

La depressione puerperale ha la massima frequenza dai tre ai sei mesi dopo il parto, con segnalazione di casi anche fino ai nove. Probabilmente i casi osservati tardivamente corrispondono

a forme depressive cosiddette da svezzamento che segnano il primo significativo distacco nella relazione madre-bambino.

Può essere difficile distinguere la depressione insorta durante la gravidanza, che si protrae anche nel puerperio, da quella che si manifesta nel corso del puerperio. In realtà tra c'è concordanza di opinioni, dal momento che alcuni Autori le considerano forme diverse, mentre per altri la presenza di ansia e depressione in gravidanza costituisce un fattore predisponente alla depressione postpartum.

Depressione Maggiore

La sintomatologia della depressione maggiore appare più grave e persistente rispetto a quella minore, può avere un esordio acuto, presenta i sintomi dell'episodio depressivo maggiore secondo il DSM-IV, con la caratteristica che la maternità e l'accudimento del bambino costituiscono il contenuto della maggior parte dei vissuti e dei deliri depressivi. Le pazienti, infatti, possono manifestare sentimenti eccessivi e perfino deliranti d'inutilità e autoaccusa, accompagnati da agitazione o rallentamento motorio. Spesso temono di danneggiare i propri figli, d'essere causa di malattia per il loro inefficace accadimento o possono convincersi che i loro bambini non siano sani, nonostante le smentite del pediatra o del medico curante.

Le idee di suicidio sono ricorrenti e bisogna tenere presente che il rischio è elevato, così come quello di grave danno nei confronti del bambino.

L'insorgenza della depressione maggiore è più precoce rispetto alla forma minore, di solito nel corso del primo mese dal parto, con una maggiore concentrazione nella prima settimana.

Psicosi puerperali

Il rischio di psicosi puerperale è più alto nelle primipare, anche se può manifestarsi in gravidanze successive, e la presenza di disturbi psichici nella storia personale della donna è un importante fattore di rischio. In particolare, donne sofferenti di un disturbo affettivo hanno il 50% di rischio di ammalarsi di un episodio puerperale.

La presenza di precedente psicosi puerperale aumenta la possibilità di recidiva, tanto da giustificare un attento monitoraggio delle condizioni psichiche durante la gravidanza e dopo il parto.

Secondo alcuni autori, stress psicosociali come la condizione non coniugale, il parto cesareo o la morte del feto costituiscono anch'essi un fattore di rischio, mentre la presenza di eventi traumatici nel corso dell'anno precedente il parto, lo scarso supporto ambientale, la situazione conflittuale con il partner, il sesso del bambino o l'età della madre non sembrano aumentare la possibilità d'insorgenza di una psicosi.

Per quanto riguarda i fattori biologici implicati nella patogenesi delle psicosi puerperali, le conoscenze sono ancora relativamente scarse e controverse. Sembra però plausibile sostenere che tale patologia sia almeno in parte biologicamente mediata e che un possibile meccanismo sia la ipersensibilità alla dopamina, causata dalla rapida caduta degli estrogeni.

L'esordio dei sintomi è acuto, il più delle volte entro le prime due settimane dal parto e coesistono sintomi affettivi (mania, depressione e stati misti) con deliri, allucinazioni, incoerenza, disorganizzazione del comportamento, disorientamento e confusione mentale. I contenuti dei deliri sono relativi all'esperienza materna e riguardano la vita e la salute del bambino, che la madre ritiene compromesse spesso per causa sua, o l'appartenenza del neonato, che la donna crede scambiato con un altro non suo. Possono essere presenti anche deliri di negazione dell'esistenza del figlio e della maternità. La durata della malattia varia da un paio di mesi fino ad un massimo di sette-otto.

La prognosi è generalmente buona: le psicosi puerperali sono ben curabili e hanno esito migliore rispetto alle altre forme di psicosi.

Terapia

Nel maternity blues abitualmente non si rende necessaria alcuna terapia specifica, ma è utile un sostegno psicologico fornito dalle figure presenti nella subito dopo il parto, quali il ginecologo e/o l'ostetrica.

Se la componente ansiosa è molto accentuata, si possono utilizzare le benzodiazepine in modo intermittente. L'uso continuativo è, invece, controindicato durante l'allattamento per gli effetti indesiderati nel neonato quali sonnolenza, letargia e perdita di peso.

Nella depressione minore può essere importante un sostegno psicologico, spesso affidato al medico curante dal momento che lo psichiatra non viene a contatto con la maggior parte di questi casi.

In una prospettiva di prevenzione è importante realizzare, all'interno dei corsi di preparazione al parto, un intervento informativo e di chiarificazione rivolto a tutte le donne che li frequentano, indipendentemente dalla valutazione dei fattori di vulnerabilità individuale.

La gestione delle psicosi puerperali richiede interventi medici, psicologici e di assistenza, articolati secondo il quadro clinico e la gravità dei sintomi. Nelle forme più gravi si rende necessario il ricovero in ambiente psichiatrico, finalizzato ad ottenere la sedazione dello stato di agitazione psicomotoria e garantire un'adeguata nutrizione e idratazione. Il trattamento neurolettico riduce inizialmente l'angoscia ed entro pochi giorni agisce anche sui deliri e sulle allucinazioni.

La necessità del trattamento farmacologico pone il problema se mantenere o meno l'allattamento al seno. Se la paziente viene ospedalizzata, non sarà possibile allattare il bambino. Se invece la paziente è seguita ambulatoriamente, l'allattamento al seno potrà essere proseguito e la tendenza

attuale è di mantenerlo. In tal caso la scelta dei farmaci da usare è particolarmente importante. Gli antidepressivi IMAO sono incompatibili. Gli antidepressivi triciclici e gli SSRI, invece, consentono l'allattamento se utilizzati a dosaggio basso, dal momento che sono presenti nel latte materno solo in quantità minima e non documentabili nel plasma del bambino. Il trattamento con neurolettici a basso dosaggio è anch'esso compatibile.

Naturalmente il bambino deve essere seguito e l'allattamento interrotto se appare sonnolento, se non piange o non succhia energicamente.

La necessità di ospedalizzare la donna comporta l'interruzione anche prolungata del rapporto col bambino. Tale evenienza può avere conseguenze negative per la madre, alla quale viene a mancare l'elemento di realtà rappresentato dalla presenza del neonato, e anche per il bambino, deprivato della relazione con la madre. Il problema è stato affrontato operativamente a partire dagli anni '60 con la realizzazione delle cosiddette *Comunità madre-bambino*. Si tratta di strutture residenziali in cui sono ricoverati la madre e il bambino per tutto il tempo richiesto dalla gravità della patologia materna, in modo da consentire alla madre, assistita da personale specializzato, di occuparsi direttamente del figlio.

Tale condotta terapeutica favorisce il superamento della crisi puerperale, consente di intervenire terapeuticamente sulla relazione madre-bambino e di formulare progetti d'intervento a lunga scadenza. Le strutture residenziali sono utilizzate nei casi di maggiore gravità, mentre per le forme più lievi è previsto un intervento a livello ambulatoriale fondato sugli stessi presupposti.

Mantenere e seguire la relazione madre bambino durante un ricovero ospedaliero può essere già considerato un intervento di tipo psicoterapeutico, anche se non strutturato.

L'indicazione di una psicoterapia strutturata si rende necessaria nei casi di depressione conseguenti a conflitti intrapsichici. Anche nelle psicosi puerperali, oltre alle terapie biologiche, può essere utile il trattamento psicoterapeutico, allo scopo di elaborare egli elementi che hanno sostenuto e caratterizzato la crisi.

Gli interventi psicologici utilizzati per la patologia puerperale comprendono il counseling, i self-help groups per le donne e per i loro familiari, le terapie di gruppo, le terapie familiari o di coppia, la psicoterapia individuale ad indirizzo analitico o cognitivo-comportamentale.