DISTURBI PSICHIATRICI CORRELATI AL PARTO

di Angelo Meloni

L'evento del parto è un momento di importante cambiamento di vita della donna, che, attraverso questo evento, assume in quel momento la condizione biologica, psicologica e sociale di mamma. Si tratta di un cambiamento di tale importanza che viene sempre indagato sia nelle anamnesi (raccolta della storia clinica) mediche sia nella conoscenza comune di una persona ("...lei signora, ha figli?") sia, a maggior ragione, nello studio dello psichiatra. Esistono infatti delle vere e proprie patologie psichiatriche collegate al parto, di livello diverso di gravità, che bisogna conoscere per prevenirne quando possibile l'insorgenza o almeno l'aggravamento attraverso un intervento il più possibile precoce.

- "Maternity blues": è il disturbo psichico meno grave e più frequente, colpisce circa l'80% delle partorienti, in genere non richiede interventi di cura perché si risolve spontaneamente. Compare intorno al quarto-quinto giorno dopo il parto, è caratterizzato da un lieve abbassamento dell'umore della partoriente, può comparire qualche piccola crisi di pianto, una certa tendenza all'isolamento e al nervosismo, la neo mamma può mostrare lieve insofferenza alle visite dei parenti e anche ai suoi doveri di mamma. La sintomatologia dura in genere tre-quattro giorni e, come detto, si risolve spontaneamente. Si tratta di un evento abbastanza nei limiti della fisiologia. Senza addentrarsi in complesse teorie neurofisiologiche e psicoanalitiche si può dire che vi siano due ordini di fattori alla base del "Maternity-blues": da un lato l'inevitabile sconvolgimento e conseguente riequilibrio ormonale, metabolico, fisico, conseguenti al parto. Dall'altro, più legato alla sfera psicologica della donna, la necessità di adattarsi al nuovo ruolo di madre con tutte le ansie, le incertezze, i timori di inadeguatezza che questo comporta e l'inevitabile crisi da attraversare una volta preso atto di questo. Riassumendo,

il “Maternity-blues” deriverebbe dalla convergenza di fattori di stress fisico, specie ormonali, con fattori psicologici connessi al cambiamento di ruolo, che insieme determinerebbero questa piccola e breve crisi di adattamento (non parliamo volutamente di depressione) facilmente superabile specialmente se la si conosce, e riconosce, nelle sue caratteristiche.

• “Depressione post-partum”. Colpisce il 10-15% delle partorienti nella forma della “depressione minore”, il 3-6% nella forma della “depressione maggiore”. Può insorgere nel periodo che va da due settimane fino a un anno dopo il parto. Questa notevole distanza dal momento del parto ha fatto discutere a lungo i ricercatori sull’opportunità o meno di classificare queste depressioni come “post-partum”. D’altra parte alcuni caratteri specifici e la loro manifestazione in donne fino allora libere da disturbi psichici fanno propendere per una conferma che queste forme depressive siano effettivamente legate al parto. Depressione minore: si tratta, semplificando, di un “maternity blues” prolungato e un po’ più intenso nelle sue manifestazioni sintomatologiche. La giovane mamma è spesso nervosa, ma anche lamentosa, con frequenti richieste di aiuto nei confronti di parenti e amici e sentimenti di inadeguatezza e inferiorità rispetto al suo ruolo. Questi sentimenti possono tradursi in comportamenti di eccessivo accudimento nei confronti del bambino o, al contrario, di trascuratezza nei suoi confronti con frequenti tentativi di delegarne la cura ad altre figure. Accanto a questi sintomi psichici possono comparire sintomi della sfera somatica: riduzione dell’interesse sessuale per il partner, alterazioni dell’appetito e del ritmo sonno-veglia. La depressione minore si risolve in genere nel giro di qualche mese; raramente sono necessarie cure farmacologiche, più importanti il sostegno familiare-sociale e, nei casi più gravi, un intervento psicologico strutturato. Depressione maggiore: questa forma di depressione, per fortuna molto più rara, è anche molto più grave. Accanto ai sintomi già descritti ed

esperiti in forma più intensa, possono comparire idee suicidarie, confusione fino a vere e proprie idee deliranti che riguardano il bambino e la diade madre-bambino (“non è mio figlio”, oppure “mio figlio è gravemente malato ma non me lo dicono”). Queste, insieme alle psicosi puerperali di cui parleremo fra poco, sono le forme di disturbo psichiatrico post-partum che talora compaiono nelle cronache dei giornali. A conferma della genericità e superficialità di queste cronache, in genere l’episodio viene riferito con toni di stupore e quasi di scandalo da parte dell’articolista, come se fosse una colpa della madre il fatto di soffrire di un disturbo psichiatrico che talora arriva perfino all’uccisione del bambino. Ciò ovviamente crea ulteriori sensi di vergogna e umiliazione in quelle madri o in quelle che, pur non gravemente depresse, provano comunque qualche sentimento ostile nei confronti del proprio figlio. Ma sul rapporto tra informazione e psichiatria sarà il caso di fare un discorso a parte perché l’argomento è importante e complesso.

Naturalmente queste depressioni maggiori richiedono quasi sempre l’ospedalizzazione e cure farmacologiche e psicoterapiche di lunga durata.

• Psicosi puerperali. Sono le forme per fortuna più rare ma anche più gravi di disturbo psichiatrico post-partum. Si manifestano nello 0,1% delle puerpere, intorno alle due settimane dopo il parto. Rispetto alle forme depressive maggiori, con le quali condividono molti aspetti, prevalgono però i sintomi deliranti allucinatori, sempre collegati alla maternità (“non è vero che ho partorito”; “questo figlio non esiste”) . Si riscontrano poi alterazioni comportamentali con possibili fughe da casa, aggressività, linguaggio incomprensibile, mancato riconoscimento di luoghi e persone familiari. Anche le psicosi puerperali richiedono ovviamente una immediata ospedalizzazione e cure intensive farmacologiche e, in una seconda fase, a quadro migliorato, anche psicoterapiche.

Da questa disamina dei quadri psichiatrici connessi al parto si può dedurre almeno due fatti importanti:

1. Lo stereotipo della mamma felice solo in quanto mamma deve essere abbandonato per cogliere, pur senza allarmismi, eventuali segnali di sofferenza della donna e prevenire un peggioramento dei disturbi.
2. La mamma che mostra difficoltà nell'accettare questo ruolo non deve mai essere colpevolizzata, ma anzi deve essere aiutata e capita per poter superare questo momento.

Come ci insegna la tanto vituperata cultura classica, fin dalla tragedia greca, i grandi amori come quelli tra una madre e un figlio possono anche generare grandi drammi, è nella natura umana, basta esserne consapevoli!