

Depressione post partum

Dal punto di vista diagnostico la depressione appartiene ai cosiddetti *disturbi dell'umore*.

E' un disturbo attualmente in aumento che interessa dal 15 al 25% della popolazione anche se, purtroppo, stime recenti sostengono che solo il 25% dei pazienti depressi viene accuratamente diagnosticato e trattato.

L'incidenza della depressione è uguale nei due sessi fino alla pubertà ma dopo di essa diventa due volte più comune nelle donne rispetto agli uomini, con un picco di incidenza tra i 25 e i 45 anni, quando è massimo l'investimento sulla maternità. Le donne, quindi, risultano in genere più vulnerabili degli uomini alla depressione e lo sono ancora di più nei periodi in cui gli ormoni estrogeni si riducono come nella sindrome premenstruale, nel puerperio e in menopausa.

Dopo il parto, in base all'intensità e alla gravità della sintomatologia depressiva possiamo distinguere tre grandi gruppi:

- Disturbi lievi, noti come "*maternal blues*", "le malinconie della mamma" o anche "le lacrime del latte" nel lessico familiare delle nostre nonne che ben avevano notato la sincronia tra le crisi di pianto e il momento dell'allattamento. Il termine fu coniato dal pediatra e psicoanalista inglese Donald Winnicott con riferimento allo stato di malinconia ("blues") che caratterizza il fenomeno. Si manifesta attraverso frequenti e prolungate crisi di pianto, stati di tristezza e di ansia e tende a scomparire senza particolari cure che non siano affidate al buonsenso, alla pazienza ed all'assistenza di coloro che circondano le donne che ne sono colpite.

Interessa dal 40 all'85 % delle neomamme; ha un picco tra il 3° e il 5° giorno dopo il parto e tipicamente si attenua fino a scomparire nel giro di 24-72 ore.

Tale disturbo è provocato da più fattori quali: i rapidi cambiamenti ormonali che avvengono subito dopo il parto, lo stress psico-fisico legato al momento del travaglio e del parto, le complicanze fisiche del post-partum come i postumi dell'episiotomia o del taglio cesareo che limitano l'autonomia della madre, l'ansia legata all'aumento delle responsabilità.

In questa situazione è molto importante poter condividere le esperienze provate con altre mamme e poter pianificare una buona divisione dei compiti con il compagno o i familiari stretti.

Il primo trattamento, quindi, è l'affettuoso conforto, la presenza tenera e comprensiva della madre o di una figura femminile particolarmente vicina alla donna, oltre che del partner.

- Disturbi di media gravità che costituiscono la *vera depressione puerperale* che è una seria complicanza dopo il parto il cui esordio è spesso sfumato e graduale, anche se può essere molto rapido. Può insorgere tra il terzo mese e il primo anno dopo il parto; interessa dal 10 al 15 % delle puerpere; dura circa 6 mesi ma, in assenza di diagnosi e trattamento adeguato, il 25% continua ad averla in forma grave dopo un anno dall'esordio, con conseguenze importanti anche per il piccolo.

Le madri affette da questa patologia provano un'eccessiva preoccupazione o ansia, sono estremamente irritabili e si sentono sovraccariche e sotto pressione; è spesso presente una generale difficoltà nel prendere decisioni, l'umore è depresso, sono frequenti i sentimenti di colpa e la perdita di speranza nel futuro unita ad una marcata perdita di interesse o di piacere nel fare le cose. Sia il sonno che l'appetito sono compromessi.

Alcuni sintomi specifici riguardano la relazione madre-bambino e spesso acquiscono nella madre sentimenti di colpa, vergogna e inadeguatezza. In particolare è molto frequente:

- avvertire il bambino come un peso
- non riuscire a provare emozioni nei confronti del bambino
- avere paura di restare sole con lui
- pensare di essere madri e mogli incapaci

- non riuscire a concentrarsi nelle cose quotidiane, che hanno a che fare con l'interazione madre-bambino (riconoscimento dei bisogni reciproci, sintonizzazione emotiva, le semplici cure parentali).

Pertanto, i principali sintomi della depressione puerperale sono:

- l'umore triste,
 - la debolezza,
 - la difficoltà a fare qualsiasi cosa,
 - la mancanza di gioia, anche nella cura del piccolo,
 - l'insonnia,
 - la difficoltà di concentrazione,
 - l'ansia eccessiva per la salute del bambino (ogni piccolissima cosa diventa una tragedia),
 - i sensi di colpa, la sensazione di inadeguatezza e di incapacità come mamma,
 - i pensieri di morte (che devono allertare immediatamente i familiari perché potrebbero indicare che è in agguato la forma più grave).
- Disturbi gravi che costituiscono la vera e propria *psicosi puerperale*. Anche se relativamente rara – interessa infatti lo 0.1-1.2% di tutti i parti – merita tuttavia estrema attenzione per le gravi conseguenze, anche letali, che può avere sia per la mamma sia per il bambino: conseguenze che periodicamente occupano le prime pagine dei giornali. I sintomi compaiono generalmente entro le prime 4 settimane dal parto, ma possono manifestarsi fino a 90 giorni dopo il parto e consistono in stati di agitazione, confusione, pessimismo, disagio sociale, insonnia, paranoia, allucinazioni, tendenze suicide o omicide nei confronti del bambino. Un secondo, seppur minore, picco di incidenza compare tra i 18 e i 24 mesi.

E' importante ricordare che:

- nella maggior parte dei casi gli episodi depressivi hanno una durata non trascurabile (3–9 mesi),
- la depressione post-partum trascurata o sottovalutata può avere effetti negativi su tutta la famiglia, condizionando il corretto sviluppo di una buona relazione madre-bambino,
- i sintomi della depressione post-partum sono spesso nascosti per vergogna,
- riconoscere i sintomi e poterne parlare liberamente con personale preparato, coinvolgendo anche i familiari più vicini, è il primo passo per la risoluzione del problema nella maggior parte dei casi.

Come riconoscere dunque la depressione dopo il parto? Questa diagnosi è probabile quando un umore triste e l'assenza di piacere in qualsiasi attività, incluso il prendersi cura del bambino, sono presenti per due settimane o più. Poiché spesso la donna si sente in colpa per la sua tristezza quando tutti si aspettano di vederla raggianti e felice per la nascita del piccolo, può tendere in buona fede a minimizzare o negare i suoi sintomi finché diventano esplosivi.

Esistono poi alcune semplici domande che chiunque abbia una moglie, una figlia o un'amica in difficoltà dopo il parto, può fare per comprendere il suo reale stato d'umore:

- ✓ *“Riesci a dormire quando il bambino dorme?”*. Quasi tutte le mamme si svegliano quando il bimbo piange e spesso il sonno è disturbato dai frequenti risvegli del piccolo. Tuttavia, la madre che non soffre di depressione si addormenta velocemente e recupera tra un risveglio e l'altro. La donna con depressione puerperale dorme invece con difficoltà.
- ✓ *“Mangi con gusto e appetito, oppure svogliatamente? Oppure tendi a mangiare tanto, ma senza piacere?”*. Il rapporto con il cibo è un indicatore prezioso di equilibrio interiore. Il compenso nel cibo è frequente quando la neomamma cerca di placare compulsivamente l'angoscia interiore che non riesce ad affrontare sul terreno psichico.
- ✓ *“Esci volentieri di casa o preferisci evitare di uscire?”*. La risposta può indicare la tendenza a “ritrarsi” dal mondo e dall'incontro con gli altri e a richiudersi nella propria palude depressiva, privandosi anche dell'opportunità dell'aiuto diretto e indiretto che viene dagli

altri e privando il bambino di altrettanto vitali possibilità di stimoli e interazioni con altri adulti e bambini.

- ✓ *“Ti fa piacere prenderti cura di te stessa o non te ne importa niente?”*. Una donna che tende a lasciarsi andare, ad esser sciatta dovrebbe insospettire tanto più se il suo atteggiamento precedente era orientato alla cura e al rispetto di sé.
- ✓ *“Ti sembra che il bambino sia un carico troppo pesante per te?”* è la domanda cardinale con le donne più fragili, specie se giovani. Il senso di inadeguatezza nasce dal confronto schiacciante tra il bambino dei sogni che avevano in mente, con la promessa di felicità che gli avevano attribuito, e la faticosa realtà dell'accudimento del piccolo.

Esistono dei fattori prognosticamente favorevoli all'insorgenza della depressione post parto. In particolare è stata verificata una maggiore probabilità di insorgenza di tale disturbo nelle madri che hanno o hanno avuto:

- episodi di ansia o depressione durante la gravidanza,
- una storia personale o familiare di depressione,
- eventi traumatici nell'ultimo anno (lutti),
- conflitti coniugali,
- isolamento sociale o condizioni socioeconomiche sfavorevoli,
- una storia di sindrome premestruale o disturbo disforico premestruale,
- precedenti episodi di depressione post partum,
- disturbi della funzionalità tiroidea.

È possibile prevenire o quantomeno attenuare le manifestazioni della depressione post-partum agendo soprattutto a livello psicologico, sia da parte della madre che di chi le sta attorno.

Per quanto riguarda la madre può essere molto utile, ad esempio, limitare i visitatori nei giorni del rientro a casa dopo il parto, dormire nelle stesse ore in cui dorme il neonato, seguire una dieta adeguata che eviti eccessi e l'assunzione di eccitanti come alcool e caffè, chiedere aiuto quando se ne sente il bisogno, mantenere i contatti con amici e familiari, rafforzare il rapporto con il partner e soprattutto cercare di mantenere un atteggiamento realistico nei confronti di se stessi, del bambino e la piena consapevolezza di una situazione che avrà degli alti e dei bassi ma che esaurirà le sue manifestazioni negative nell'arco di pochi giorni. Da parte del partner o comunque dei familiari può essere utile offrire aiuto nei lavori domestici, nell'alleviare gli impegni della neomamma, nel mostrare disponibilità ad ascoltare e ad offrire sostegno, ma solo se questo non incontra resistenze.

Per quanto riguarda le cure il primo aiuto è sicuramente di tipo affettivo, specie da parte della madre o di un'altra figura femminile significativa della famiglia. Questo è essenziale per aiutare la giovane donna a continuare il suo processo di crescita personale in armonia con la crescita del bambino e non contro di sé e/o contro di lui. Ovviamente anche il marito, o il compagno, può alleggerire molto il malessere della donna in puerperio, sia sostenendola affettivamente, sia aiutandola nella cura del piccolo, specie la notte, per farla riposare di più.

Il secondo aiuto può essere di tipo farmacologico: gli antidepressivi di ultima generazione sono molto maneggevoli e possono aiutare la donna a recuperare il suo equilibrio interiore. Anche gli estrogeni, grazie alla ripresa del ciclo, possono aiutare la donna a avere un umore gradualmente migliore.

Il terzo aiuto è psicoterapico, in genere in parallelo all'uso dell'antidepressivo, quando dalla storia clinica emergono fattori prognosticamente infausti.

Nel post partum è possibile anche l'insorgenza di altri disturbi psicologici tra cui, abbastanza frequente, è il **Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC)** che colpisce il 3-5% delle madri nel periodo successivo al parto. Tale disturbo d'ansia è caratterizzato dalla presenza di pensieri o immagini mentali intrusivi, ripetitivi e persistenti, che solitamente riguardano gesti di nocimento contro il bambino, (ferirlo, ucciderlo). Questi pensieri sono percepiti come spaventosi e terribili (egodistonici), le madri temono che potrebbero veramente metterli in atto e adottano numerose strategie per evitare che queste immagini mentali possano realizzarsi.

Ad esempio la madre affetta da DOC finisce per evitare di entrare in cucina o di cucinare per non maneggiare coltelli, evitare di prendere in mano strumenti appuntiti o affilati, evitare di affacciarsi alle finestre, ai balconi o scendere le scale col bambino o di permettere a terzi di fare queste cose in sua presenza, evitare di fare il bagno al bambino o di prenderlo in braccio per timore di farlo cadere. Spesso le madri sentono di non volere affatto nuocere al loro bambino, ma temono di poterlo fare in modo incontrollato, e non si fidano più di loro stesse.

La presenza di tali pensieri può accompagnarsi a rituali compulsivi, che inizialmente riducono l'ansia; molto diffusi i rituali di controllo su porte e finestre e di pulizia (se mio figlio si ammalerà, sarà tutta colpa mia perché non ho pulito abbastanza), che si caratterizzano per la lunga durata e la ripetitività.

Il principale fattori di rischio per lo sviluppo di disturbo ossessivo compulsivo post-partum è la presenza di una precedente storia di DOC, personale o familiare.

Il trattamento di questa patologia si basa, come quello del disturbo ossessivo compulsivo al di fuori del post parto, sulla combinazione di psicoterapia ad indirizzo cognitivo comportamentale e di una farmacoterapia specifica, spesso necessaria a causa della gravità dei sintomi.