

Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria

4

Anno LIII ottobre-dicembre 1992

ESTRATTO



M. Amore* A. Masetti* M. Montanari* G. Giorgetti*

IL MATERNITY BLUES: UN MODELLO PSICO-BIOLOGICO

La gravidanza ed il periodo del postpartum costituiscono una fase critica nella vita della donna, che subisce importanti modificazioni ormonali, l'attivazione di conflitti inconsci ed una riorganizzazione intrapsichica della propria identità, in seguito al nuovo ruolo di madre. La massima incidenza di manifestazioni psicopatologiche – maternity blues, depressione postpartum e psicosi schizofreniformi – si osserva nel primo mese dopo il parto e nei primi dieci giorni in particolare (Yalom et al., 1968).

Il maternity blues si configura come uno stato di depressione lieve, transitoria, di breve durata, talvolta di una certa rilevanza psicopatologica, benigna e nel complesso ubiquitaria (Yalom et al., 1968; Harris, 1980; Castrogiovanni e coll., 1985; Kennerley e Gath, 1989).

Una condizione simile era già stata segnalata sul finire del XIX secolo, quando comparvero le prime descrizioni di uno stato disforico nell'immediato postpartum. Nel 1875, G. Savage adotta la dizione « febbre da latte » – *milk fever* –, dal momento che la disforia compare nelle puerpere in coincidenza con la montata lattea.

L'incidenza della sindrome è estremamente variabile dal momento che oscilla tra valori massimi pari all'84 % e valori minimi pari al 15 %, attestandosi su valori medi pari al 50-67 % delle puerpere (Pitt, 1973; Harris, 1980; Condon e Watson, 1987).

Le percentuali variano in base al campione scelto, alla metodologia ed ai criteri diagnostici impiegati.

Il maternity blues si manifesta entro il II-III giorno dopo il parto, con un picco massimo in III-IV o in V-VI giornata ed una remissione spontanea in VIII-X.

Il quadro clinico si caratterizza per variazioni dell'umore in senso depressivo, tendenza al pianto – episodi sporadici, di breve durata, spesso inspiegabili, senza alcuna correlazione con fattori precipitanti, talora at-

* Istituto di Psichiatria P. Ottonello - Università di Bologna (direttore: prof. G. Ferrari).

tribuibili a cause occasionali, quali difficoltà di allattamento, 'nostalgia di casa', disagio fisico —, labilità emotiva, irritabilità, irrequietezza, lieve stato di confusione, ansia (Pitt, 1973; Feksi et al., 1984; Castrogiovanni e coll., 1985), cui si aggiungono vulnerabilità alle critiche, sentimenti di inadeguatezza, difficoltà di concentrazione, astenia, disturbi del sonno e della digestione, polarizzazione ipocondriaca (Feksi et al., 1984; Castrogiovanni e coll., 1985; Valentini e coll., 1988).

La severità della sindrome pre-mestruale (SPM), un sentimento ambivalente verso la gravidanza, considerata come un evento moderatamente o fortemente stressante, un insieme di aspettative pessimistiche o negative in relazione al parto ed all'immediato postpartum costituiscono i fattori di rischio più frequentemente associati al disturbo (Condon e Watson, 1987).

Il maternity blues si accompagna a difficoltà economiche, disaccordo coniugale e problemi psicosessuali; non si associa invece a fattori quali l'età, lo stato civile, la classe sociale, eventuali difficoltà ambientali e *life-events*.

Non sembrano accompagnarsi problemi ostetrici, né la frequenza della sindrome varia nelle puerpere che allattano al seno rispetto alle donne che allattano artificialmente.

Le cause o gli elementi scatenanti il maternity blues, nonostante la molteplicità degli studi finora condotti, non sono ancora stati individuati. La ricerca procede lungo due direttive: la genesi biologica o psicologica della sindrome. È evidente come durante la gravidanza, il parto ed il puerperio le funzioni biologiche siano soggette a rapide variazioni adattative.

La specificità degli eventi bioumorali, l'assenza di processi patologici e di complicanze ostetriche ha condotto la maggior parte degli autori ad identificare in alterazioni ormonali la patogenesi del maternity blues.

Alcuni studi valorizzano la brusca riduzione del livello plasmatico di estrogeni e di progesterone dopo il parto.

Metz et al. (1983) hanno documentato una diminuzione del numero degli alfa - 2 recettori adrenergici piastrinici nel postpartum, in corrispondenza con la caduta estroprogestinica. Le puerpere che sviluppano il maternity blues, rispetto a quelle di controllo, presenterebbero una riduzione più lenta o minore del numero di tali recettori, che, come è noto, riflettono a livello periferico lo stato degli alfa 2 recettori presinaptici centrali ad azione inibente sulla liberazione di noradrenalina. Non è chiaro, al momento, se la variazione del numero dei recettori alfa 2 centrali costituisca un marker stabile del disturbo o se per qualche ragione il fenomeno, verificatosi dapprima durante la gravidanza, sotto l'effetto degli ormoni gonadici, persista anche dopo il parto.

Altri studi hanno evidenziato in una percentuale consistente di puerpere con maternity blues l'assenza del picco precoce di increzione del triptofano plasmatico tra il primo ed il secondo giorno dopo il parto, in diretta correlazione con la depressione del tono dell'umore.

Dati contrastanti si sono ottenuti in merito al livello del cortisolo plasmatico: un aumento dalla XXXVIII settimana di gravidanza, una brusca caduta in terza giornata dopo il parto, livelli normali (Handley et al., 1977, 1980; Feksi et al., 1984).

Al maternity blues potrebbero, infine, correlarsi le variazioni di altri parametri fisiologici, quali le oscillazioni del livello di prolattina (Castrogiovanni e coll., 1985), le modificazioni del tasso di elettroliti plasmatici, l'aumento delle encefaline e delle endorfine plasmatiche.

Per contro, rare sono le ipotesi psicologiche sulla genesi del maternity blues.

In gravidanza aumenta l'investimento narcisistico della donna sulla propria persona e sul feto. Il parto, rappresentando la perdita fisiologica di un qualcosa di se stessa, con la quale ella si era totalmente identificata, cioè il feto, comporta una brusca interruzione dell'unità biologica in precedenza instauratasi e provoca una delusione, più o meno profonda, nel momento in cui la puerpera coglie la differenza fondamentale che esiste tra il bambino immaginato e quello reale.

Il problema irrisolto, a livello inconscio, sembra essere quello relativo alla separazione ed allo scacco narcisistico.

La reazione depressiva del maternity blues si può configurare, allora, come una reazione normale e pertanto frequente ed ubiquitaria, che si ha sempre nei soggetti con una buona maturazione ed uno sviluppo psico-sessuale sufficiente. Essa si verifica, quindi, di fronte ad ogni separazione o di fronte ad ogni evento che segni un reale cambiamento nella vita dell'individuo.

Tale reazione è il segnale di una trasformazione profonda, che si accompagna alla percezione dolorosa dell'impossibilità di ripristinare la condizione quo ante: un vero blues, cioè la nostalgia per un ritorno impossibile ad uno stato primario.

L'approccio biologico e psicologico, pur non essendo rapportabili tra loro, sono complementari l'uno all'altro ed insieme coglibili in una visione integrata. Nel passaggio da una prospettiva gnoseologica di tipo biologico ad una di tipo psicologico, la comprensione del maternity blues viene ampliata in estensione e profondità.

Pertanto, la sindrome può rivestire un enorme significato per la funzione 'rivelatrice' sul piano soggettivo delle modificazioni indotte dal parto nella donna a livello biologico, psicologico e sociale (Castrogiovanni e coll., 1985; Valentini e coll., 1988).

Potrebbe quindi essere la spia o di peculiari variazioni delle costanti biumorali in causa nel parto o di una particolare reattività a mutamenti psicobiologici peraltro normali. Su un terreno sensibilizzato dalle modificazioni biumorali, gli eventi psicologici di perdita e di scacco narcisistico, eventualmente potenziati da fattori storici, personali e familiari, possono determinare l'approfondimento di una reazione depressiva blanda e transitoria agli strati vitali della personalità, con successiva cristallizzazione di un disturbo cronico ricorrente dell'umore.