

ALLATTAMENTO E FOCUS SALUTE MENTALE

La Depressione Post Partum: il ruolo dell'assistenza perinatale e dell'allattamento

Il periodo della gravidanza, del parto e della fase post partum (IV trimestre) rappresentano le fasi della vita di una donna in cui è più probabile l'insorgenza di un problema di salute mentale che può portare alla insorgenza di una depressione post partum (DPP)



GIUSEPPE CANZONE
Direttore Dipartimento
Salute della Famiglia ASP
Palermo
Rappresentante
SIGO al TAS

IL BENESSERE MENTALE deve essere considerato come una componente preziosa del capitale umano e, di conseguenza, ciascun operatore sanitario deve prestare particolare attenzione alla protezione della salute mentale a partire da alcuni momenti della vita di ciascun individuo maggiormente a rischio per l'insorgenza di queste patologie. L'Oms (2019) definisce la salute mentale come "lo stato di benessere nel quale il singolo individuo realizza il proprio potenziale, riesce a far fronte ai normali stress della vita e riesce a lavorare in maniera produttiva, risultando capace di dare il proprio contributo alla comunità di appartenenza".

Molte ricerche indicano che il supporto perinatale degli operatori sanitari e la sicurezza materna sono variabili critiche che intervengono nella relazione tra DPP ed allattamento materno.

Il supporto perinatale da parte degli operatori dell'area materno infantile protegge le madri dalla DPP e favorisce il successo delle esperienze di allattamento.

Alcuni Autori hanno dimostrato che le madri che allattavano esclusivamente al seno erano quelle che avevano avuto più supporto perinatale da parte degli operatori dell'area materno infantile ed un migliore adattamento alla maternità. Tra le madri prese in considerazione in questi studi quelle che manifestavano caratteristiche ansiogene evidenti usavano efficacemente l'allattamento materno per calmarsi, in modo da attenuare lo stato di ansia.

In particolare, è stato dimostrato che le madri con un miglior sostegno avevano meno crisi di ipogalattia ed il 62% di queste crisi è stato attribuito all'ansia ed allo stress delle madri.

Allattare aiuta l'affermazione riproduttiva della donna, migliora la sua autostima ed il suo benessere e può rappresentare un elemento antagonista della depressione post-partum. Ecco, quindi, che occorre tutelare l'allattamento materno anche nelle situazioni di difficoltà legate a con-

dizioni materne, mentali e/o neurologiche, che in alcune circostanze, inducono a sospendere o a non iniziare l'allattamento.

Con queste premesse è stata prodotta la Position Statement "Allattamento e promozione della salute materno-infantile: focus sulla salute mentale", alla quale faremo riferimento in questo contributo. Un documento ideato e predisposto dal Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento del Ministero della Salute (TAS) e dall'Unicef Italia al quale Sigo Aogoi e Agui hanno dato un fattivo contributo sia nella fase di estensione del documento (con la presenza di un proprio rappresentante all'interno del TAS) sia nella fase di validazione e diffusione a tutti gli specialisti ostetrico-ginecologi. Obiettivo del documento è quello di fornire un'informazione corretta sulla salute mentale della donna e l'allattamento, supportata da basi scientifiche.

La DPP è un disturbo dell'umore che può colpire le donne dopo il parto, ed è caratterizzata da una combinazione di sintomi fisici, emotivi e comportamentali. La sua causa esatta non è ancora completamente compresa, ma si ritiene che fattori biologici, ormonali, psicologici e ambientali contribuiscano al suo sviluppo (Skalkidou A. 2012, Schiller C.E. 2015).

La depressione post-partum è la più comune complicanza del parto ed ha un impatto negativo sulla madre, con il suicidio che rappresenta circa il 20% dei decessi nel postpartum (Lindahl V. 2005). Inoltre, la depressione materna ha anche effetti negativi sullo sviluppo comportamentale, emotivo e cognitivo del bambino.

Nella donna i disordini mentali esordiscono soprattutto in gravidanza e nel primo anno dopo il parto. In questo periodo 1 donna su 5 è affetta da una condizione relativa alla salute mentale che, nella maggioranza dei casi, può essere gestita con il sostegno ricevuto da amici e familiari o in occasione delle visite nell'ambito dell'assistenza materno-infantile. Cure aggiuntive specialistiche (psi-



cologiche o psichiatriche) sono però necessarie per le donne con disagio mentale grave o prolungato.

Qualunque sia il livello di disagio mentale, risulta determinante che l'ambiente o il servizio sanitario nazionale, che supporta la donna, fornisca un'assistenza che la rispetti (anche per quanto riguarda la riservatezza sulle informazioni cliniche che la riguardano) e che non ne stigmatizzi la condizione mentale.

Il ginecologo svolge un ruolo cruciale nel rilevare i segni precoci della DPP durante le visite prenatali e post-parto, attraverso la valutazione della storia clinica, l'osservazione dei segni comportamentali e l'ascolto dei sintomi riportati dalla donna. L'identificazione tempestiva dei sintomi permette di intervenire precocemente e di fornire un adeguato supporto alla madre. Inoltre, il ginecologo può fornire informazioni e risorse sulla DPP, educando la donna sulle possibili conseguenze e sulle strategie per affrontarle e può fornire sostegno emotivo e rassicurazione, aiutandola a capire che non è sola e che cercare aiuto è un passo importante verso la guarigione. Infine, il ginecologo svolge un ruolo importante nel monitorare la madre nel corso del tempo, specialmente durante i controlli post-partum successivi, valutando il progresso della madre, controllando l'aderenza all'eventuale trattamento farmacologico e rilevando eventuali segni di recidiva o peggioramento della depressione post-partum. Questo monitoraggio continuo può aiutare a garantire che la madre riceva il supporto e il trattamento adeguati per il suo benessere a lungo ter-

La Position Statement del Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento del Ministero della Salute (TAS) e Unicef Italia



Sintomi di disagio mentale (WHO 2022b)

- Tristezza, facilità al pianto o più dell'usuale
- Mancato piacere in esperienze o attività che un tempo davano gioia
- Mancanza di energia e motivazione
- Preoccupazioni eccessive o "pensare troppo"
- Tormentarsi al ricordo di esperienze negative
- Eccesso o mancanza di sonno
- Alimentazione eccessiva o scarsa
- Difficoltà a concentrarsi
- Difficoltà a prendere decisioni
- Sensazioni di colpa o disperazione
- Sensazione di incombente disgrazia o convinzione che il futuro sia senza speranza
- Acciacchi o dolori aspecifici
- Sentirsi inutile
- Pensieri di autolesionismo o suicidio

Sintomi più specifici del ruolo materno:

- Incapacità di smettere di preoccuparsi del bambino
- Sentirsi incapace o riluttante a prendersi cura del bambino
- Pensieri negativi sul bambino

TABELLA 1
Sinossi dei disturbi psicologici e psichici post-partum

Disturbo	Incidenza	Esordio	Durata
Maternity Blues	50-80%	3-4 giorni dopo il parto	Ore o giorni, mai più di due settimane
Depressione postpartum (DOC)/disturbi di ansia	10-15%	Solitamente, entro sei mesi dopo il parto, in particolare fra 6 e 12 settimane dopo il parto	Dura tipicamente 2-6 mesi, ma in assenza di trattamento nel 25 % dei casi fino almeno ad un anno
Disturbo ossessivo/compulsivo (DOC)	3-5%	4-6 settimane dopo il parto; il 25% dei DOC ha esordio nel puerperio	Settimane o mesi
Psicosi puerperale	0.1-0.2%	Entro due settimane dopo il parto	Settimane o mesi

mine (Acog 2018). Le procedure di assistenza al parto possono influire sulla comparsa della DPP. Un parto traumatico, complicato o doloroso può aumentare il rischio di sviluppare la depressione post-partum. Pertanto, è importante che il personale sanitario si adoperi per garantire un'esperienza positiva durante il parto, offrendo sostegno emotivo e fisico alle donne. Anche l'organizzazione dei reparti deve essere sempre finalizzata all'obiettivo del benessere totale della donna, la scelta di un ambiente sicuro e rispettoso, la possibilità di partecipare attivamente alle decisioni riguardanti il parto e il coinvolgimento del partner possono contribuire a ridurre lo stress e favorire una migliore salute mentale (Yan Y. 2019).

In tale contesto occorre sottolineare il ruolo importante dell'allattamento, che non costituisce la semplice somministrazione di un alimento adatto al bambino, bensì offre un'ampia gamma di positivi effetti psicologici ed un'opportunità per facilitare la consapevolezza materna sui propri bisogni e su quelli del bambino. La creazione di una relazione intima nella diade condiziona potentemente lo sviluppo cognitivo, emotivo e fisico del bambino. Il mancato legame con il bambino può anche influire sulla reattività della donna ai bisogni del bambino e sulla capacità di allattare (WHO 2022).

L'allattamento favorisce i processi ormonali che inducono il rilascio di ossitocina e prolattina che,

nel loro complesso, aumentano la resilienza allo stress, inducendo relax, consentendo di concentrarsi sul figlio e facilitando il bonding.

La conseguente ridotta produzione di cortisolo sembra contrastare il rischio di sviluppare patologie psichiatriche. Livelli di cortisolo più bassi si riscontrano non solo nelle madri che allattano ma anche nei loro bambini, almeno per tutto il primo anno di vita, con ricadute positive sullo sviluppo infantile (Jonas 2018).

Poiché l'allattamento ha anche una funzione regolatrice sul ritmo sonno veglia, le madri che allattano riferiscono più tempo di sonno totale, più energia quotidiana e migliore salute fisica rispetto alle madri che ricorrono alla formula. Gli alti

ALLATTAMENTO E FOCUS SALUTE MENTALE



livelli sierici (particolarmente di notte) di prolattina della donna che allatta incrementano il sonno profondo ad onde lente, facilitando fra l'altro la "ricarica energetica" (Blyton 2002). Anche il latte materno presenta variazioni circadiane del suo contenuto in triptofano e melatonina che, agendo sull'orologio biologico, aiutano il bambino a rilassarsi, addormentarsi e riaddormentarsi dopo un risveglio (Italianer 2020).

Riconoscere nel periodo perinatale un significativo disagio mentale e distinguerlo dalle preoccupazioni di tutti i giorni non è agevole, né per gli operatori sanitari (che possono non prestare adeguata attenzione ai sintomi o non aver dimestichezza con gli strumenti standardizzati per lo screening), né per le donne, che possono sottovalutare o provare vergogna.

La depressione materna è quella condizione fisica che si concretizza quando ad una mamma manca un legame di attaccamento sicuro al bambino che gli faccia percepire la certezza del sostegno materno (Schaffer, 2005).

Anche la depressione che insorge nel periodo successivo al parto se non intercettata e adeguatamente trattata con interventi efficaci, destruttura l'equilibrio psicofisico della donna, altera il funzionamento della coppia e causa una "fragilità" nella costruzione dell'identità infantile. Un trattamento mirato, anche psicologico o psicosociale, può però promuovere nella famiglia, coinvolta dallo stato depressivo della donna, una funzione contenitiva per creare confini emozionali e sociali.

Un aspetto problematico è che la DPP spesso non viene dichiarata dalla donna, né riconosciuta e trattata dagli operatori sanitari. Per tale motivo il ruolo del ginecologo è fondamentale perché la DPP, in quanto prevenibile, merita uno screening che individui le donne a rischio e che venga effettuato in gravidanza (e ancor prima in caso di procreazione medicalmente assistita) o nell'im-



La depressione materna è quella condizione fisica che si concretizza quando ad una mamma manca un legame di attaccamento sicuro al bambino che gli faccia percepire la certezza del sostegno materno

(SCHAFER, 2005)

mediato post partum, nell'ambito della valutazione del benessere psicofisico della donna. Nella fase di screening della DPP e di successivo intervento terapeutico bisogna però saper discriminare altri disordini mentali e manifestazioni psicologiche, come riportato nella tabella 1.

Il quadro clinico di più frequente riscontro per il ginecologo è rappresentato dalle *Maternity blues*, caratterizzate da una condizione di tristezza, facilità al pianto, irritabilità e affaticamento, disturbi del sonno e dell'appetito. Si tratta di un disturbo fisiologico, che tende a risolversi spontaneamente (senza interventi terapeutici) entro 2 settimane dal parto e che coinvolge il 50-80% delle puerpere. Il *maternity blues* dipende dai rapidi processi di adattamento ormonale e psichico che la donna sperimenta dopo il parto. Secondo lo psichiatra e psicoanalista Daniel Stern, infatti, la nascita di un figlio è abbinata alla nascita psicologica di una madre che deve trovare uno spazio mentale non solo per il bambino ma anche per una nuova identità personale.

Nonostante vada considerato come fenomeno normale, bisogna ricordare che le donne con *maternity blues* hanno un rischio tre volte maggiore di sviluppare la DPP (Beck 1992).

Di più raro riscontro è, invece, la *Psicosi puerperale* che ha una incidenza di 1-2/1000 parti e rappresenta la forma più grave della patologia psichiatrica in puerperio. È caratterizzata da, elementi deliranti, generalmente collegati all'esperienza materna, allucinazioni, perplessità, disorientamento e confusione mentale, incoerenza e disorganizzazione del pensiero e del comportamento.

In stretto rapporto con i disturbi sopra descritti si pone il *Disturbo Ossessivo - Compulsivo (DOC)* che è caratterizzato dalla presenza di ossessioni (pensieri, impulsi e immagini ricorrenti vissuti come indesiderati) e compulsioni (comportamenti o azioni ripetitive in risposta alle ossessioni). Sono più a rischio donne con familiarità. Pazienti con pregresso DOC possono manifestarne un aggravamento nel puerperio, ma va precisato che nel sesso femminile il DOC, nel 25 % dei casi, vede il suo esordio proprio nel periodo successivo al parto. I sintomi possono diventare molto invalidanti e la donna può ridurre fortemente le interazioni con il/la bambino/a per paura di procurargli un danno. Vanno riconosciuti sia i disturbi ossessivi (paura di fare del male al bambino, paura di contaminarlo, ricorrenti preoccupazioni relative al suo benessere, necessità di ordine e simmetria), sia quelli compulsivi (evitamento delle situazioni temute, ripetuti lavaggi del neonato/del biberon; incessanti "controlli" sul bambino; continui "aggiustamenti" della culla).

CONCLUSIONE

È IMPORTANTE NOTARE che la depressione post-partum è una condizione complessa e multidimensionale, e il suo trattamento richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga diversi professionisti sanitari, a partire dai ginecologi e dalle altre figure come ostetriche, psicologi. La letteratura scientifica continua a evolversi e nuovi studi potrebbero fornire ulteriori informazioni sul ruolo delle modalità di assistenza al parto e dell'allattamento nella gestione della depressione post-partum.