

RIFLESSI DEL TAGLIO CESAREO SULLA SALUTE PSICHICA DELLA DONNA.

G. Maina, G.E. Maccaferri, G. Rosso, F. Bogetto

Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia

Dipartimento di Neuroscienze - Università di Torino

La nascita di un figlio si accompagna nella donna a modificazioni di tipo biologico, psicologico e sociale e rappresenta una condizione di aumentato rischio per l'insorgenza di disturbi psichici. In particolare, il periodo successivo al parto (puerperio) viene segnalato come il più a rischio per l'esordio di disturbi depressivi, di alcuni disturbi d'ansia (disturbo post-traumatico da stress e disturbo ossessivo-compulsivo) e di psicosi puerperali (Cox et al., 1993; Ballard et al., 1995; Maina et al., 1999; Kendell et al., 1987).

Recentemente, alcuni studi si sono concentrati sulla ricerca e l'individuazione dei fattori specifici di rischio, identificabili durante la gravidanza o correlabili al parto, per l'esordio dei disturbi psichici nel puerperio. Benché negli ultimi anni abbiano ricevuto attenzione alcuni aspetti psicologici relativi al taglio cesareo (TC), tra cui l'incidenza sul legame madre-bambino, l'allattamento e la sessualità con il partner (Clement, 2001), l'associazione tra TC ed esordio dei disturbi psichici nel post-partum risulta ancora poco studiata. In merito a quest'ultimo punto, troviamo in letteratura solo alcuni studi riguardanti la depressione post-partum, alcuni disturbi d'ansia (disturbo post-traumatico da stress, disturbo ossessivo-compulsivo) e la psicosi puerperale.

La depressione post-partum colpisce fino al 10-15% delle puerpere (Suri et al., 2004). Clinicamente si distinguono tre quadri clinici differenti: il *maternity blues*, la depressione minore e la depressione maggiore. Mentre il *maternity blues* rappresenta una condizione parafisiologica, vista la sua elevata frequenza e la sua condizione di transitorietà, depressione minore e depressione maggiore rappresentano invece condizioni psicopatologiche con le relative complicanze e implicazioni terapeutiche del caso. I precedenti psichiatrici e gli eventi di vita stressanti occorsi in gravidanza o nel periodo immediatamente precedente sono generalmente accettati come fattori di rischio nell'insorgenza di depressione puerperale (Riley, 1995; Rigetti-Veltema et al., 1998; Robertson et al., 2004) mentre, per quanto riguarda il TC, pochi autori riscontrano un'effettiva correlazione con tale quadro clinico. Uno dei primi studi in merito ha valutato l'insorgenza di sintomi depressivi a cinque giorni e a sei settimane dopo il parto, mediante la somministrazione della Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS). Tra i vari fattori di rischio elencati, gli autori sottolineano come il basso peso alla nascita, un parto vissuto in modo difficoltoso, il mancato allattamento al seno e il parto espletato mediante TC siano tutti associati con alti punteggi alla EPDS a cinque giorni dal parto mentre soltanto il mancato allattamento al seno e il TC risultano associati a depressione a sei settimane dal parto (Hannah et al., 1992). Un altro recente studio ha sottolineato un rischio aumentato di depressione postnatale in donne sottoposte ad un parto in condizioni di emergenza (considerando tra queste condizioni anche il TC) rispetto ad un parto non in urgenza. In questo caso gli autori concludono che nel gruppo delle donne sottoposte a parto in emergenza, il rischio relativo di depressione post-partum a 5 settimane è doppio, come dimostrato dai punteggi alla EPDS, rispetto al gruppo delle donne che ha partorito in condizioni non di emergenza (Koo et al., 2003).

Anche per quanto riguarda il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), il parto cesareo sembra essere un fattore di rischio solo se effettuato in condizioni di urgenza. Uno studio

di Ballard e colleghi ha analizzato 4 casi di donne sottoposte ad un parto caratterizzato da grande stress psicofisico seguito dall'esordio della sintomatologia ansiosa tipica del PTSD; tra i fattori eziologici probabili gli autori hanno riportato un lungo travaglio, il pericolo di vita per il neonato e il TC. Quanto al TC, nello specifico, questi stessi autori sottolineano che la causa scatenante la sintomatologia ansiosa va ricercata non tanto nell'intervento chirurgico in sé quanto piuttosto nello scarso controllo del dolore o nel fallimento dell'anestesia associati all'intervento (Ballard et al., 1995). In uno studio più recente sono stati confrontati 4 gruppi di donne selezionati sulla base del tipo di parto: il primo gruppo aveva espletato il parto con TC in urgenza, il secondo mediante parto vaginale strumentale, il terzo mediante TC in elezione, il quarto mediante parto eutocico. Dai risultati dello studio è emerso che le donne che hanno subito un TC in emergenza e un parto vaginale strumentale hanno sviluppato sintomi post-traumatici in una frequenza significativamente più elevata rispetto agli altri due gruppi (Ryding et al., 1998). Questi risultati suggeriscono dunque che non è tanto la modalità di parto a configurare il rischio di PTSD quanto le condizioni di urgenza che rappresentano per la donna un forte fattore stressante.

Per quanto riguarda la relazione fra parto cesareo e altri disturbi d'ansia, troviamo in letteratura soltanto dati preliminari. Alcuni di questi indicano che nell'anno precedente l'esordio del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), le donne in cui tale patologia è esordita nel post-partum sono state sottoposte ad un TC nel 62,5% dei casi, suggerendo dunque che il TC potrebbe correlarsi con l'esordio del DOC. Inoltre, dai risultati di questo studio, è emerso che circa 1 donna su 4, affetta da DOC, ha manifestato i primi sintomi nel post-partum. In questo caso, spesso l'ossessione prevalente era quella di poter fare del male al neonato (Maina et al., 1999).

Infine, per quanto riguarda la psicosi puerperale, a tutt'oggi sono presenti pochi studi che ne analizzano il legame con il TC. La psicosi puerperale rappresenta la forma più severa di tutti i disturbi psichici esorditi nel post-partum: si caratterizza per un quadro composito di sintomi, alcuni tipici dei disturbi dell'umore (mania, depressione), altri che comportano elementi di disorganizzazione comportamentale, deliri, allucinazioni. Alcuni autori evidenziano come la psicosi puerperale si correli con maggior frequenza ad un TC rispetto ad un parto naturale suggerendo che il primo potrebbe agire come fattore scatenante in donne suscettibili alla psicosi (Kendell et al., 1987).

In conclusione, l'argomento riguardante l'influenza del TC sulla salute psichica della donna necessita di essere approfondito soprattutto per quanto riguarda gli aspetti psicopatologici. Gli studi presenti in letteratura sulla depressione puerperale associata a TC non sono esaustivi; non tutti gli autori infatti riconoscono una chiara relazione tra depressione e TC. Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, è difficile interpretare con certezza i risultati in quanto, nel PTSD l'esordio della sintomatologia va messo in relazione più allo scarso controllo del dolore che all'intervento chirurgico in sé. Infine, per ciò che concerne le psicosi puerperali, i dati del loro rapporto con il TC sono ancora preliminari.

Le ricerche future dovrebbero concentrarsi sull'individuazione di chiari fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi psichici puerperali. Questo permetterebbe ai clinici di potere intervenire precocemente preservando meglio la salute psichica della donna.

BIBLIOGRAFIA

Ballard CG, Stanley Ak, Brockington IF (1995). *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after Childbirth*. Br J Psychiatry, 166, 525-528.

Clement S (2001). *Psychological aspects of caesarean section*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 15, 109-126.

Cox JL, Murray D, Chapman G (1993). *A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression*. Br J Psychiatry, 163, 27-31.

Hannah P, Adams D, Lee A et al. (1992). *Links between early post-partum mood and post-natal depression*. Br J Psychiatry, 160, 777-780.

Kendell RE, Chalmers JC & Platz C (1987). *Epidemiology of puerperal psychoses*. Br J Psychiatry, 150, 662-673.

Koo V, Lynch J, Cooper S (2003). *Risk of postnatal depression after emergency delivery*. J Obstet Gynaecol Res, 29 (4), 246-250.

Maina G, Albert U, Bogetto F, et al. (1999). *Recent life events and obsessive compulsive disorder: the role of pregnancy/delivery*. Psychiatr Res, 89(1), 49-58.

O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, et al. (1990). *Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women*. J Abnorm Psychol, 99(1), 3-15.

Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, et al. (1998). *Risk factors and predictive signs of postpartum depression*. J Affect Disord, 49, 167-180.

Riley D (1995). *Perinatal Mental Health: a sourcebook for Health Professionals*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Robertson E, Grace S, Wallington T, et al. (2004). *Antenatal risk factors for postpartum depression : a syntesis of recent literature*. Gen Hosp Psychiatry, 26, 289-295.

Ryding EL, Wijma K & Wijma B (1998). *Psychological impact of emergency caesarean section in comparison with elective caesarean section, instrumental and normal vaginal delivery*. J Psychosom Obstet Gynaecol, 19, 135-144.

Sury R, Altshuler LL (2004). *Postpartum depression: risk factors and Treatment Options*. Psychiatric Times, 21 (11).