

Psicologia della gravidanza e del parto

venerdì 19 novembre 2021 11:59

La gravidanza, il parto, il puerperio rappresentano, nel ciclo di vita di una donna, un momento di molteplici cambiamenti che richiedono nuovi adattamenti e nuovi compiti.

La donna esperisce modificazioni di natura organica (ormonale) e psicologica che sembrano far rivivere conflitti psicologici propri di periodi precedenti dello sviluppo.

PSICOLOGIA DELLA GRAVIDANZA

Galimberti (1999) definisce la gravidanza una "condizione femminile che va dal momento del concepimento al momento del parto, caratterizzata sul piano fisiologico dall'aumento dei processi metabolici e, su quello psicologico, dall'accentuazione delle tendenze ricettive e ritentive che portano a una regressione dell'Io a livello orale con conseguente riattivazione dei conflitti, delle ansie e delle frustrazioni a suo tempo vissuti nei confronti della madre".

Per **Cerutti** (1982) essa rappresenta un processo, un'esperienza psicosomatica in cui fattori personali ed esistenziali giocano ed interagiscono con altri fattori di natura ambientale e culturale.

Soifer (1985) parla della gravidanza come di un processo di regressione.

Per **Freud** (1905) la gravidanza consente alla donna, uomo castrato e invidioso del pene, di affermarsi. Ciò avviene "solo quando il desiderio del pene è sostituito dal desiderio del bambino, o sia quando il bambino prende, secondo un'antica equivalenza simbolica, il posto del pene".

Per altri l'uomo ha invidia della creazione.

Il feto viene "ad appagare un antichissimo desiderio."

La gravidanza ristabilisce dunque l'equilibrio psicologico della bambina che aveva subito una ferita narcisistica. Essendo però la gravidanza transitoria, conferma alla donna la propria impotenza perché il parto le lascerà un senso di vuoto. In tale ottica, il parto è temuto poiché rappresenta la fine di una condizione privilegiata tanto che alcune donne vorrebbero "trattenere, dentro di sé, narcisisticamente, questa pienezza particolare" (Campiotti, 1983)

Per **Racamier** (1961), l'evento gravidanza, la prima, costituisce una vera e propria crisi, una crisi d'identità che viene a riproporre alla donna il fondamentale problema della sua identificazione.

Anche **Bibring** (1959) ne parla come di un momento critico che, pur nella sua drammaticità, diventa occasione maturativa e ristrutturante per la donna.

Già **Winnicott** (1969) per primo aveva osservato l'esistenza di uno stato psichico anomalo nelle donne normali che avevano recentemente partorito, stato che, in assenza di un figlio, potrebbe essere preso per una patologia mentale. Si tratta della "preoccupazione materna primaria" che si sviluppa a partire dagli ultimi mesi di gravidanza.

Tale momento di crisi consente a la donna di:

- costruire un'immagine stabile di sé come madre;
- strutturare uno spazio interno per il bambino e per la relazione con lui.

Si tratta quindi di un processo che richiede l'integrazione di una nuova immagine di sé a traverso nuove identificazioni, in particolare con la propria madre.

Stern (1998) parla di "Assetto materno", cioè di una nuova identità su la base della personalità preesistente della donna.

"L'assetto materno andrà ad occupare con forza l'area centrale della sua vita interiore e le imprimerà un carattere del tutto diverso..."

"...Dopo tutto quando vi preparate a diventare mamme affrontate un'esperienza che non ha eguali nella vita e per un certo periodo di tempo il fatto di avere un bambino determinerà i vostri pensieri, le vostre paure, o le vostre speranze; influenzerà le vostre emozioni e le vostre azioni; e affinerà perfino il vostro sistema sensoriale e di elaborazione delle informazioni".

La gravidanza comporta, infatti, un periodo carico di tensioni emotive riguardanti:

- il rapporto con il partner;
- il rapporto con la propria fisicità ed emotività;
- la capacità di essere madre.

Emotività ed Inconscio prendono il sopravvento: ciò dà luogo a una sorta di "malessere fisiologico" che precede l'organizzazione di un nuovo equilibrio.

Si tratta dunque proprio di una fase simile alla "crisi adolescenziale"

Se equilibrio: gravidanza vissuta in modo positivo.

Se squilibrio: indifferenza e povertà affettiva.

Bydlowski (2000) vede la gravidanza come un periodo di «trasparenza psichica». Si tratta di:

- Uno stato relazionale particolare, uno stato di invocazione latente all'aiuto quasi permanente come in adolescenza.
- Correlazione tra la situazione della gestazione attuale e i ricordi infantili senza incontrare alcuna resistenza. Tale autenticità della vita psichica è percepita sin dalle prime settimane di gestazione. Lo stato di coscienza sembra modificato e la soglia di permeabilità all'inconscio come al preconscious cala.

• Ritiro dal mondo esterno e ripiegamento su di sé.

La gravidanza, dunque, appresenta una tappa fondamentale nel corso dello sviluppo femminile, una svolta critica, in quanto la donna si trova ad affrontare un notevole numero di nuovi compiti e nuovi adattamenti.

La gravidanza, infatti, determina un punto di non ritorno: da quel momento in poi la donna sarà per sempre madre o di nuovo madre.

Per **Bibring** (1959), infatti, il parto, si configura proprio come uno stato di passaggio da una fase a quella successiva. La donna deve trovare un nuovo equilibrio interno in relazione alla realtà che muta e possono così riemergere conflitti non risolti a cui si dovranno trovare nuove soluzioni.

Ogni gravidanza, dunque, rappresenta un percorso che ciascuna donna, come individuo a se stante, vive nella sua individualità poiché ha proprie vicende personali, fantasie e aspettative.

Diventare madre rimanda sia al passato, della donna stessa col proprio passato (Bydlowski, 20), e la tempo stesso proietta verso il futuro. "L'IO della donna incinta deve trovare un armonico compromesso tra la sua identificazione con il bambino, che è rivolta verso il futuro e la sua identificazione con la madre che è rivolta verso il passato" (Deutsch H., 1977).

La donna in gravidanza si trova ad instaurare **nuovi rapporti**:

1. Col proprio corpo: le modificazioni ponderali ed il passaggio da organismo singolo a struttura diadica possono avere un grosso impatto emotivo ed essere percepite come una distorsione grave del sé corporeo che può portare ad una vera e propria angoscia di perdita dell'identità personale.

2. Con la propria madre: tale rapporto a pare carico di conseguenze significative sui vissuti connessi alla gravidanza. Nella donna si osservano fenomeni di tipo regressivo che possono essere:

- **Funzionali** in quanto favoriscono un processo di identificazione col feto non solo sul piano biologico ma anche su quello psicologico. Lo studio dei correlati biochimici delle emozioni ha rilevato che nello stress emozionale delle gestanti gli aumentati livelli di ACTH, di cortisolo, di prolattina, di ormone somatropo e delle catecolamine superano la barriera placentare e rappresentano la forma più ovvia di comunicazione e di "dialogo emotivo" tra madre e feto.
- **Disfunzionali** in quanto tendono a riportare alla luce conflitti non risolti e situazioni passate che modificano la relazione tra la gestante e la propria madre.

3. Con il feto: diversi studi hanno evidenziato come le rappresentazioni fantasmatiche materne durante la gravidanza possano avere un peso nel strutturare l'immagine del bambino dopo la nascita incidendo sullo stile di attaccamento e sul senso del proprio sé nel bambino. La madre tende a costruirsi un'immagine ideale in base alla sua storia personale, alla propria infanzia, alle identificazioni con la propria madre e con le donne in genere.

Secondo **Soulè** (1982) durante i primi mesi di gravidanza la rappresentazione del bambino è per lo più assente e i vissuti della donna sono incentrati sulla rappresentazione di essere incinta.

Successivamente l'immagine del bambino compare nella psiche materna, che col procedere della gestazione (dal 4° al 7° mese) acquista sempre più la definizione di "altro".

La donna costruisce mentalmente il bambino dei suoi sogni, delle sue speranze, ma anche delle sue paure. Si tratta di fantasie ad occhi aperti, condivise col partner.

L'elaborazione delle rappresentazioni, dopo aver raggiunto il culmine verso il 7° mese, va incontro a una diminuzione fino a un quasi totale annullamento verso l'ultimo mese di gravidanza.

Questo capita perché vi è un tentativo inconsapevole da parte della madre di proteggere il nascituro e se stessa da una possibile discordanza tra bambino reale e bambino immaginario.

Secondo **Lebovici** (1983) la donna si relaziona con tre bambini diversi:

• Il bambino fantasmatico che prende origine dalle fantasie inconsce della donna di essere in grado di procreare e verificare quindi che il proprio corpo funziona come quello della propria madre (conflitti edipici). È il bambino frutto della storia della donna.

• Il bambino immaginario che compare all'interno delle fantasie coscienti e dei sogni ad occhi aperti; è una rappresentazione più aderente alla realtà, che si costruisce in relazione ai desideri di maternità della donna e alla situazione attuale. È il bambino frutto della storia della coppia.

• Il bambino reale che col parto entra bruscamente nella realtà concreta e costringe la madre a rapidi cambiamenti di prospettiva. È il bambino che nasce.

GRAVIDANZA

3 Processi Psicologici:

• **Regressione**: un ritorno alle situazioni della vita infantile, neonatale e persino fetale intrauterina: in tal modo la donna madre si mette nelle condizioni migliori di capire le necessità del figlio. Ciò fa sì che la donna senta più bisogno di comprensione, di protezione, di sicurezza, da cui deriva un rinnovato attaccamento alla madre, alla quale deve pure ribellarsi per autonomizzarsi in senso maturativo.

• **Ambivalenza**: nei confronti del feto e della propria maternità.

• **Progressione** (cambiamento fisico e psichico): cresce non solo il corpo. La donna cessa di essere la figlia della propria madre per diventare essa stessa la madre di suo figlio.

1° TRIMESTRE	Separazione dalla madre RIFIUTO	PAURE •Indotte •Personali SOGNI DI EVASIONE
2° TRIMESTRE	Identificazione con il figlio ACCETTAZIONE	•Movimenti fetali •Ecografia •Tempesta ormonale SOGNI DI ACCETTAZIONE
3° TRIMESTRE	Separazione dal figlio PAURE	•Per sé •Per il b.no •Per il futuro SOGNI RELATIVI ALLE PAURE

La gravidanza è contemporaneamente:

- una "fase evolutiva"
- una "crisi di cambiamento" che impone una riorganizzazione delle esperienze precedenti.

Comporta:

•**Passaggio da figlia a madre:** fino a questo momento la donna è stata figlia e la relazione con la propria madre è sempre stata centrale per la sua identità, quando però scopre di essere incinta comincia a privilegiare la propria identità di madre rispetto a quella di figlia. Questo spostamento

di identità è in gran parte responsabile del complesso intreccio di emozioni che la maggioranza delle donne provano dopo la nascita del proprio bambino e spiega come mai si sentano al tempo stesso tristi e felici: felici per il piccolo che sta per nascere, tristi per ciò che stanno lasciando dietro di sé.

•**Cercare sostegno nelle altre donne:** la donna cerca il

confronto con altre donne che hanno già vissuto questa esperienza per trarne sostegno, come nei corsi di preparazione alla nascita.

•**Ricerca di conferme:** tutte le madri desiderano avere delle conferme in merito alla capacità di assumersi un nuovo ruolo e cercano di trovarlo creandosi una nuova rete di sostegno sociale formata da amiche e parenti che hanno bambini. Incoraggiamento nello sviluppo di nuove amicizie.

•**Vedere il partner con occhi diversi:** la donna è più interessata all'identità di padre dell'uomo che a quella di compagno. Comincerà a prendere in considerazione le attitudini paterne del partner quale elemento chiave per valutarne le attrattive, "lo potrà mettere alla prova".

•**Triangoli:** ciascuno di noi è il prodotto di una triangolazione

madre-padre-bambino. La donna entra a far parte di un nuovo triangolo e al tempo stesso rivede il proprio triangolo genitoriale. Ciò riaccende antiche dinamiche edipiche e porta anche a la formazione di un nuovo triangolo intergenerazionale: madre- bambino-nonna (corsi per le nonne).

•**Modificazione de la sensibilità:** le reazioni di una donna in questa condizione nei confronti del mondo si modificano rispetto a quelle precedenti. Sviluppa una sensibilità diversa rispetto alle cose che vede, che sente, che mangia, ecc.

•**A ce tare il proprio intuito:** per la donna può essere difficile a mettere che in alcuni momenti di difficoltà (le prime contrazioni, i primi pianti etc...) possa fare affidamento solo sul proprio intuito.

GRAVIDANZA E ATTACCAMENTO

È in questi 9 mesi che inizia il legame con il bambino, che diventerà dopo la nascita, attaccamento.

Bion (1962) parlava di "reverie materna", **Winnicott** (1969) di "preoccupazione materna primaria".

Prima della nascita: madre con bambino.

Dopo la nascita: madre e bambino.

Il lavoro della maternità (esame di realtà) richiede "la rinuncia a l'onnipotenza creatrice a traverso la separazione dall'oggetto creato poiché tale oggetto vivo e reale, si presenta diverso dall'oggetto immaginario e per molti mesi fantasticato".

Lebovici (1994) parla di "Cristallo disorganizzato", spostamento dall'oggetto interno silenzioso all'oggetto esterno (bambino).



PAPA'

Il padre di oggi è più partecipe emotivamente della gravidanza: si interessa alla salute della donna, l'accompagna dal medico, accetta una serie di piccole incombenze come fare la spesa, andare a prendere i risultati clinici, aiutarla nei lavori domestici, partecipa a i corsi di psicoprofilassi, è presente durante il travaglio e il parto. Non sempre però l'uomo riesce a entrare nel complesso mondo psicologico della gestante: egli è comunque un estraneo rispetto agli intimi ed esclusivi rapporti che intercorrono tra la donna e il figlio dentro di lei.

Vive e sperimenta diverse emozioni legate a:

- Insoddisfazione per le modificazioni corporee della moglie e per la riduzione dell'attività sessuale;
- Senso di esclusione e abbandono;
- Preoccupazioni di ordine economico.

IL PARTO: ASPETTI PSICOLOGICI

Il parto rappresenta l'evento culminante della gravidanza in quanto passaggio dalla situazione di diade materno-fetale a quella di individualità singole e separate. Nella letteratura psicoanalitica il parto viene definito un'esperienza di confine tra il passato della donna ed il futuro della relazione diade tra la madre e il figlio, un essere allo stesso tempo familiare e ignoto.

La donna dopo essersi adattata al cambiamento della gravidanza, dovrà passare a traverso un nuovo processo di adattamento, questa volta di ritorno alla situazione di non gravidanza. Tale passaggio dà luogo a delle angosce profonde.

A partire dall'espulsione il nuovo nato acquista vita propria e in questo medesimo istante deve farsi carico di una varietà di funzioni fisiologiche fino a quel momento espletate da sua madre. Il bambino, inoltre, si inserisce come nuovo elemento nella famiglia già esistente modificandone gli equilibri. (Soifer, 1985).

L'aprossimarsi del termine viene così descritto da "Varie settimane prima del parto, l'utero discende nel bacino; al minimo stimolo esterno, o anche del tutto spontaneamente, esso si contrae, quasi si allineasse a l'imminente travaglio. Questa posizione bassa de l'utero provoca de le compressioni, un senso di tensione e difficoltà della respirazione, così che anche la donna più sana trova questo stato incomodo e fastidioso. A questo si aggiunge un'impazienza psichica: l'armonia tra madre e figlio è incrinata. E' come se la natura previdente volesse rendere meno dolorosa (dal punto di vista psicologico) l'imminente separazione del bambino dalla madre" Deutsch H (1946).

Col parto rinascono tutte le paure irrazionali che avevano a compagno le prime settimane della gravidanza. La donna si sente di fronte all'esame finale.

Durante il parto la donna:

- rivive il trauma della propria nascita: identificandosi con il figlio rivive la più antica e primordiale delle angosce: la separazione dalla madre (Deutsch (1946).
- il riadattamento scatena l'angoscia di fronte al cambiamento e la paura dell'ignoto (Soifer, 1985).

PARTO

La donna si trova di fronte al bambino reale, diverso dal bambino immaginato.

Bambino immaginato

- aspettative (desideri/sogni)
- immagine fisica
- ciò che rappresenta per ciascun genitore.

Bambino temuto: (malato).

Bambino reale

- immagine fisica
- carattere
- rispecchia l'essere della madre e del padre.

NORMALITA' E PATOLOGIA DELLA GRAVIDANZA E DELLA MATERNITA'

DISTURBI PSICHICI IN GRAVIDANZA:

- **Iperemesi gravidica (o vomito gravidico)**: nel primo trimestre di gravidanza l'aumentata concentrazione di gonotropine e/o presenza di sentimenti di ambivalenza nei confronti del prodotto del concepimento o della gravidanza stessa possono essere all'origine della comparsa di sintomi quali nausea e vomito. Questi sintomi sono fisiologici nel primo trimestre, ma se diventano gravi o perdurano a lungo necessitano di una consulenza psicologico- psichiatrica.
- **Pseudociesi (o falsa gravidanza)**: nota anche come "gravidanza isterica", è data da la presenza visibile e riferita dalla donna di alcuni segni tipici de la gravidanza quali l'ingrossamento addominale, l'aumento del volume de l'utero, modificazioni del seno e riferiti movimenti fetali in assenza del feto. Si accompagna ad aspetti psicologici e culturali quali pressioni culturali sulle donne a generare figli, soggetti di cultura e intelligenza modesta, carenze e deprivazioni affettive dell'ambiente familiare.
- **Negazione della gravidanza**: l'opposto della pseudociesi, si manifesta attraverso comportamenti o pensieri che tendono a non riconoscere la gravidanza o, dopo il parto, il neonato. Si può a compagnare ad un vero e proprio delirio verso il nascituro o il neonato.
- **Disturbi d'ansia e altri disturbi nevrotici**: possono comparire in qualsiasi momento della gravidanza, con più frequenza nel primo trimestre. Si possono presentare come attacchi di panico, stati d'ansia generalizzata permanenti accompagnati da sintomi somatici. Altre volte si esprimono con preoccupazioni verso il nascituro, la gravidanza, il parto, le proprie capacità di accudimento. Si possono addirittura presentare come sintomi fobici o ossessivo compulsivi, sintomi isterici di conversione.

- **Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione:** reazioni anoressiche alternate a crisi bulimiche.
- **Disturbi bipolari e affettivi:** la mania e il disturbo depressivo maggiore sono più frequenti nel post-partum. Durante la gravidanza è invece più frequente il disturbo depressivo persistente (distimia). Inoltre, la presenza di sintomatologia depressiva nel 3° trimestre di gravidanza sembra rappresentare un fattore di rischio per la comparsa di depressione o psicosi post-partum.
- **Scompensi neurovegetativi e psicosomatici:** frequenti in gravidanza: vomito incoercibile, sintomi di conversione, manifestazioni digestive e cardio-respiratorie.
- **Scompensi psicotici non affettivi:** rari.

DISTURBI PSICHICI NEL POST-PARTUM (PUERPERALI):

- **Delirio infettivo puerperale:** stato confusionale su base organica dovuto a complicanze infettive del parto (ad es. tromboflebiti) che con queste tende a regredire.
- **Delirio acuto** (o encefalite psicotica acuta puerperale): complicazione grave su base organica che una volta portava ad exitus con un quadro confusionale stuporoso accompagnato da crisi di agitazione estrema e aggravato da un quadro somatico irreversibile, con iperazotemia. In caso di sopravvivenza potevano esserci sequele cerebrali importanti. I progressi nell'asepsi della maternità e l'uso di antibiotici hanno reso sempre più rara la comparsa di tale delirio.
- **Disturbi depressivi:** Più frequenti nel post-partum. La caduta del tono dell'umore è collegata sia agli aspetti psicologici della maternità sia a fattori di tipo biologico (estrogeni, progesterone, prolattina o neurotrasmettitori centrali implicati anche nelle depressioni al di fuori della maternità):

- **Maternity blues** (o sindrome del 3° giorno): compare nel 30-70% delle gravidanze (a seconda delle statistiche) in genere verso il 3°-4° giorno dal parto. Data da astenia, stato depressivo con tendenza al "pianto", ansia, instabilità e aggressività nei confronti delle persone intorno, diminuita capacità di concentrazione e di memoria, leggero stato confusionale, disturbi del sonno, cefalea e lamentele somatiche. Dura circa 1 settimana e si risolve completamente. Può però durare più di 15 giorni o strutturarsi in un quadro depressivo o trasformarsi in psicosi puerperale. È una manifestazione fisiologica, ma non va sottovalutata! È legata a fattori biologici (endocrini) e psicologici (separazione dal feto, femminilità, maternità).
- **Episodio depressivo maggiore:** l'esordio degli episodi dell'umore può avvenire durante la gravidanza o nel periodo postpartum (entro 1 mese dal parto) (DSM 5). Il 3-6% delle donne vive l'esordio di un episodio depressivo maggiore durante la gravidanza o nelle settimane o mesi successivi al parto. Il 50% degli episodi depressivi maggiori nel "postpartum" inizia prima del parto e, dunque, si definiscono episodi "peripartum". Tali episodi si accompagnano a grave ansia e attacchi di panico. L'esordio nel peripartum degli episodi dell'umore può manifestarsi con caratteristiche psicotiche e senza. L'infanticidio è spesso associato agli episodi psicotici postpartum dati da allucinazioni che ordinano di uccidere il neonato o da deliri di possessione demoniaca del neonato, ma può verificarsi anche durante gravi episodi di alterazione dell'umore postpartum senza deliri o allucinazioni.

Il rischio di episodi postpartum con caratteristiche psicotiche è maggiore nelle donne con precedenti episodi di alterazione dell'umore postpartum, ma elevato nelle donne con una precedente storia di disturbo depressivo o bipolare (specie tipi I) e in quelle con una storia familiare di disturbi bipolari. Una volta presentato un episodio postpartum con caratteristiche psicotiche, il rischio di ricaduta per ogni successivo parto è tra 30 e 50%

- **Depressione minore o nevrotica:** compare nel 10-20% delle gravidanze. Insorge più tardivamente rispetto all'episodio depressivo maggiore e si può manifestare con i seguenti sintomi: riduzione del tono dell'umore con senso di esaurimento fisico più marcato nelle ore serali, riduzione dell'appetito, calo del desiderio sessuale, insonnia, somatizzazioni di varia natura, atteggiamenti rivendicativi, richieste di sostegno e rassicurazioni esigenti e rabbiose. Il sentimento tipico è dato dall'insicurezza e da dubbi sulla propria capacità materna, talora vissuta in modo conflittuale o colpevolizzante che si esprimono con eccessiva preoccupazione o ostilità per il neonato. Tale quadro può risolversi, presentare recidive che assumono le caratteristiche del disturbo depressivo persistente (distimia), o cronicizzare.

• **Psicosi puerperali:** disturbi gravi ma in genere brevi e a prognosi benigna. Più frequenti nelle primipare con alcune caratteristiche pre-morbore (collocabili nei disturbi di personalità) e con anamnesi familiare e personale positiva per disturbi psichici. L'esordio è acuto e si presenta entro le prime 2 settimane dal parto. Nel DSM 5 la psicosi si colloca tra il disturbo psicotico breve (psicosi reattiva breve), il disturbo schizofreniforme e il disturbo schizoaffettivo.

• **Psicosi puerperali:** le psicosi puerperali sono date da sintomi di tipo depressivo, maniaco e misto con deliri a volte congrui, a volte incongrui col tono dell'umore, perplessità ansiosa, incoerenza, e disorganizzazione del comportamento, allucinazioni, disorientamento e confusione mentale. I contenuti del delirio riguardano la maternità: identità, vita e salute del bambino che la madre spesso crede compromesse per colpa sua; il figlio non viene riconosciuto come proprio (scambiato) o ancora gli vengono attribuite capacità grandiose. Si tratta di psicosi in genere schizoaffettive. Le psicosi puerperali si distinguono in:

- **Psicosi confuso-deliranti acute:** caratterizzate da stati confuso-onirici a tonalità ansiosa. L'esordio spesso è brusco (dopo 2-5 giorni di sintomi prodromici dati da pianti, lamentele somatiche, astenia, insonnia), con segni di confusione mentale, fenomeni onirici e allucinatori, turbe della memoria. Il livello di coscienza oscilla tra perplessità e lucidità. Tra rallentamento e agitazione, le allucinazioni sono visive, ma anche uditive. Il delirio (onirico) è poco strutturato e di tipo persecutorio. È presente depersonalizzazione. L'umore oscilla e c'è il rischio di danni al neonato fino all'infanticidio. Queste psicosi in genere non cronicizzano, ma guariscono completamente anche se talora dopo alcune ricadute.
- **Psicosi schizofreniformi** (o schizofrenie puerperali): in alcuni casi seguono a scompensi confusionali o affettivi che dopo qualche settimana si organizzano sotto forme di deliri paranoidi fino a comportare una sintomatologia di tipo schizofrenico con comportamenti bizzarri, freddezza affettiva, condotte impulsive, disorganizzazione del pensiero e dell'eloquio, negativismo, chiusura autistica. A volte esordiscono in modo insidioso precocemente o più spesso dopo la 6° settimana dal parto. L'evoluzione va verso un'attenuazione dei sintomi e un esito favorevole entro 6 mesi o al massimo 1 anno (smentendone l'identità schizofrenica). Vi sono però casi di vero e proprio esordio schizofrenico (cronico) interpretati da molti autori come scompensi in personalità

predisposte al a schizofrenia già prima de la maternità.

Si disturbi psichici nella gravidanza, no post partum, a parte differenza tra postpartum e blues

