

DRAFT COPY – SOLO PER USO PERSONALE

Gravidanza, vulnerabilità psicopatologiche e strategie di intervento

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

Introduzione

La gravidanza costituisce un passaggio cruciale per la donna dal punto di vista biologico, emotivo, evolutivo, esistenziale, con fondamentali ripercussioni sulla vita di coppia, familiare, professionale e sociale. Storicamente ha sempre costituito la fase più importante della vita della donna, dal punto di vista non solo della procreazione e quindi della continuità di quella linea genetica e familiare, ma anche sociale. Cos'altro significa, altrimenti, l'espressione "stato interessante"? Proprio per il ruolo prezioso e insostituibile di custode della nuova vita e del futuro della famiglia, la donna ha maggiormente goduto nella fase gravidica di attenzioni che le erano altrimenti negate in tutti gli altri periodi dell'esistenza. Attenzioni sinergiche con la sua personale sensazione di appagamento e soddisfazione, quando la gravidanza fosse desiderata e assaporata.

Non per tutte le donne, tuttavia, la gravidanza è uno stato di grazia. **Fattori biologici, psichici, relazionali, e legati al contesto psicosociale** possono drammaticamente modificare sia il decorso della gravidanza, sia il vissuto psicoemotivo e la vulnerabilità psicologica che l'accompagna (Graziottin, 2003, 2005; Soderquist et Al, 2009; Markus, 2009). Nuove tecnologie, e la possibilità sempre più accurata di **diagnosi prenatale**, ecografica e non, possono modulare il processo di attaccamento materno-fetale (Detraux, 1998; Bricker, 2000; Larsen, 2000; Hertling-Scheal, 2001; Kowalcek, 2003; Righetti et Al, 2005; Natale, 2009). In caso di malformazioni fetali o altre patologie della gravidanza quali il ritardato accrescimento, la diagnosi ecografica può agire da fattore predisponente o precipitante per ansia e/o depressione, soprattutto se la comunicazione tra il medico ecografista e la donna è inadeguata (Detraux, 1998; Garcia, 2002; Bitter, 2007; Natale, 2009).

Obiettivo del lavoro è analizzare alcuni dei fattori che possono agire da fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento di una maggiore vulnerabilità psicopatologica in gravidanza e nel post-partum (Bricker, 2000; Larsen, 2000; Hertling-Scheal, 2001; Kowalcek, 2003; Righetti et Al, 2005; Natale, 2009; Soderquist et Al, 2009; Markus, 2009), con particolare attenzione alle madri più giovani, e le strategie di intervento più adeguate per contenerne le conseguenze su madre e bambino (Graziottin, 2003, 2005).

Il lavoro affronterà in particolare:

- 1) i **fattori predittivi di vulnerabilità** ai disturbi dell'umore in gravidanza;
- 2) le **comorbidità mediche e psicosessuali**;
- 3) il **ruolo dell'ecografia** in gravidanza nella modulazione dello scenario psichico della donna e della coppia;
- 4) i **rischi sul bambino** di una depressione non curata in gravidanza e/o in puerperio;
- 5) le **strategie di intervento**.

I disturbi dell'umore in gravidanza

Ansia e depressione sono sottostimate in gravidanza. Solo il 18% delle gravide con depressione maggiore riceve una diagnosi corretta durante la gestazione (Markus, 2009). Anche l'ansia viene spesso considerata come "parafisiologica" e quindi non correttamente diagnosticata. Ansia e depressione sono spesso in comorbidità e peggiorano nelle donne giovani e fasi della gravidanza a maggiore vulnerabilità biologica e psichica, quali il primo trimestre (per il potenziale impatto della diagnosi ecografica) e l'ultimo trimestre (per l'avvicinarsi del parto). In uno studio su gravide adolescenti, la prevalenza di depressione rispetto ai controlli è stata del 26.3 vs 13.6%; i tentativi di suicidio: il 20.3 vs 6.3%; l'ansia il 43.6 vs 28.0% (Freitas et Al, 2008).

Quanto al post-partum, i ginecologi diagnosticano solo una parte delle depressioni puerperali (16% diagnosticato vs 22% di incidenza); non commentano i disturbi dell'umore nel 28% dei casi; ancor più grave, non hanno una formazione che consenta loro di riconoscere adeguatamente le depressioni a rischio suicidario. **Più del 50% delle depressioni post partum non viene diagnosticato** (Reid & Meadows-Oliver, 2007).

Anche per la psicopatologia ostetrica si parla di "**patoplasticità**", termine che indica come disturbi diversi possano comparire e/o associarsi in periodi di particolare **vulnerabilità neurobiologica e psichica**, qual è il periodo della

DRAFT COPY – SOLO PER USO PERSONALE

gravidanza e del dopo-parto, specie nelle mamme adolescenti. Giovani donne in cui è più frequente ritrovare **una comorbilità importante tra depressione e:**

- a) **disturbo di panico**, un'esasperazione di un disturbo d'ansia che merita attenzione già durante la gravidanza (Gabbard, 1994);
- b) **disturbo ossessivo-compulsivo** che poi può sfociare in forme di psicosi;
- c) **disturbo post traumatico da stress**, presente in quel gruppo di donne che hanno alle spalle una storia di abusi, fisici, psicoemotivi e/o sessuali, la cui condizione di stress si può poi ripercuotere drammaticamente sul bambino (Graziottin, 2003, 2005; Hertling-Scheal, 2001; Kowalcek, 2003; Soderquist et Al, 2009; Markus, 2009);
- d) **disturbi del sonno**, in assoluto i più negletti: alterazioni precoci, fin dal primo trimestre, della qualità del sonno, si associano ad un rischio significativo di depressione in gravidanza e in puerperio (Skouteris et Al, 2008). Ad essi sia associano significativamente l'alterazione dell'immagine corporea, la maggior percezione di sovrappeso e la scarsa autostima.

I fattori predittivi di depressione

a) depressione preesistente alla gravidanza

In merito ai fattori predittivi di depressione in gravidanza e post partum va sottolineato che **la depressione può preesistere alla gravidanza** (Graziottin, 2003, 2005, 2009). Questo stato emotivo è un potente fattore di rischio per il concepimento non voluto perché la depressione, specie nella adolescente, si associa ad una aumentata **vulnerabilità a concepimenti indesiderati**. Queste ragazze presentano infatti bassa autostima, scarsa fiducia nelle proprie capacità, perdita di interessi, stili di coping (il modo in cui affrontano le difficoltà nella vita) di tipo passivo o catastrofista, distorsioni cognitive, sensazione di perdita di controllo sugli eventi. Tutti atteggiamenti che possono comportare **inadeguate decisioni in ambito procreativo**, specie sul fronte della **contraccezione**.

Le ragazze con maggior rischio psicosociale cercano affetto perché hanno bisogno di essere consolate nella loro depressione, ma oggi "affetto" è fare sesso, ed è un sesso spesso non protetto. La **depressione** comporta quindi vulnerabilità al concepimento nelle adolescenti perché influenza gli atteggiamenti sessuali, **riduce i comportamenti di autoprotezione (per esempio l'uso del profilattico), diminuisce la compliance, l'aderenza e la consistenza d'uso dei contraccettivi ormonali**, influisce sulla relazione di coppia, è associata a cluster di rischio per **abbandono della scuola, emarginazione, negletto, abuso** (Graziottin, 2003, 2005, 2009). L'adolescente che concepisce, soprattutto in una realtà come quella italiana, esprime una situazione di disagio psicosociale drammatico, collegato ad altri elementi di alto rischio per la sua salute fisica, psichica, e psicosociale, che andrebbero diagnosticati e curati prima di arrivare alla gravidanza (Graziottin, 2003, 2005, 2009).

b) depressione durante la gravidanza

Una gravidanza in età giovane, in condizioni problematiche, con scarsa assistenza e aiuto da parte della famiglia e dell'ambiente, può aumentare l'ansia e far precipitare la depressione nella giovane donna, già durante la gestazione. La **gravidanza nelle adolescenti** si associa ad un aumento del rischio gestazionale, con esiti più problematici per la mamma ed il bambino, a una più bassa scolarità, a maggiore vulnerabilità a dipendenze ed abusi (Reid et Al, 2007; Barnet et Al, 2008; Hanusa et Al, 2008; Mc Queen et Al, 2008). E' diffuso l'uso di alcol e canne in gravidanza, e giustamente si parla di **"fetal abuse"**. **Fumo, alcol e droghe** in gravidanza, spesso associati a disturbi dell'umore, costituiscono infatti un abuso del bambino in utero: creano modificazioni neuro biologiche nel suo cervello che poi diventano elementi di rischio per la dipendenza futura. Inoltre, il fumo in gravidanza comporta un'insufficienza placentare con sofferenza fetale. La gravidanza in età adolescenziale comporta inoltre un reddito atteso futuro più basso, quindi una maggiore dipendenza dall'assistenza sociale, una più marcata vulnerabilità alla depressione anche dopo il parto.

c) depressione dopo il parto

I **fattori predittivi** di depressione post-partum e durante il puerperio sono molteplici e relativi a (Gabbard, 1994; Beck, 2001; Graziottin, 2003; Reid & Meadows-Oliver, 2007; Secco et Al, 2007; Hanusa, 2008):

- ***precedenti di depressione***

1. **depressione personale** ($p < 0.0006$): ecco quindi che l'anamnesi è importantissima. Se la donna ha già precedenti di depressione, se presenta sindrome premestruale, deve avere un'attenzione medica privilegiata;
2. **precedente trattamento per depressione** ($p < 0.0001$): va ricordato che solo il 50% delle depressioni è diagnosticato e curato!;
3. **depressione in gravidanza o post-partum** ($p < 0.0001$) (Gabbard, 1994; Beck, 2001; Reid, 2007);

DRAFT COPY – SOLO PER USO PERSONALE

- ***giovane età della donna***

4. **giovane età alla gravidanza:** il 46% delle madri adolescenti presenta sintomi depressivi: una su due (Barnet et Al, 2008). Le adolescenti hanno due volte la probabilità di avere una depressione rispetto alle madri adulte;

- ***modalità di concepimento e tipo di parto***

5) aver concepito con **fecondazione assistita**. E' un fattore di alto rischio per depressione, durante la gravidanza e nel post partum, anche perché molto spesso il bambino perfetto che la mamma sognava non si rivela tale, soprattutto in caso di elevata prematurità. Anche questo va spiegato alle donne, soprattutto quando i parti sono gemellari, anche per dare loro la giusta assistenza medica e psicologica;

6) aver avuto un **parto difficile e/o traumatico**;

7) essere **madri di bimbi pretermine** o con **parti multipli** (34% madri di due gemelli vivi, 53% madri di gemelli di cui uno solo vivo);

- ***vulnerabilità delle donne immigrate***

8) le afroamericane soffrono di depressione dopo il parto in una percentuale doppia rispetto alle donne bianche (48% vs 28%). Da noi si registrano dati ancora più asimmetrici per immigrate verso italiane. Inoltre, esiste una fascia di **popolazione "invisibile"**: non vediamo la popolazione **musulmana**, vediamo pochissimo la **cinese**. Si avverte la necessità di raccogliere dati sulla epidemiologia della depressione post-partum nel nostro Paese, con grande attenzione anche alle donne immigrate. Esistono infatti gruppi etnici totalmente non indagati, che necessitano di studi e assistenza specifici (Graziottin, 2009).

- ***eventi della storia personale***

Un'eccellente meta-analisi di 84 studi, la migliore come peso pubblicata finora (Beck, 2001) individua 13 sintomi predittivi di depressione post-partum, e riassume i principali già evidenziati. Un'enfasi particolare va posta sulla storia di **precedente depressione** (1 episodio comporta un rischio di recidiva del 50%; 2 episodi lo aumentano al 70%; 3 episodi comportano un rischio di recidiva del 90%: con l'anamnesi, con la sola domanda: "ha avuto episodi di depressione?" abbiamo già un'alta probabilità di diagnosticare una depressione grave).

Altri fattori sono la **depressione prenatale** e **l'ansia in gravidanza**, che possono coinvolgere anche il partner (Matthey et Al, 2003). Sono **predittivi** anche i maternity blues, la bassa autostima, i disturbi borderline di personalità, lo stress nella cura del bambino, il bambino prematuro e/o problematico/malato ($p < 0.0001$), la gravidanza non desiderata e/o la giovane età, gli stress esistenziali, i conflitti coniugali e/o lo scarso sostegno e affetto legati al contesto, il basso supporto sociale, il basso livello socioeconomico, lo stato di ragazza-madre.

Inoltre, questa solitudine e questa scarsa autoprotezione si proiettano anche sul futuro procreativo della giovane mamma. Una ricerca di Barnet et Al, (2008) ha infatti dimostrato come la depressione aumenti in modo significativo ($p < 0.05$) **la probabilità di una seconda gravidanza precoce nelle mamme adolescenti**. Si tratta di giovani donne che si trovano con 2-3-4 bambini, partoriti uno dietro l'altro, con una serie di problemi rilevanti anche per i piccoli, oltre all'aggravarsi della depressione. Il 19% delle madri adolescenti concepisce entro 12 mesi dal parto, questo significa che alla prima ovulazione dopo il parto è già incinta. Il 38% entro i 24 mesi. Questo significa che **il 57% delle mamme adolescenti concepisce entro i due anni**. La mancanza di una contraccezione adeguata è un altro elemento di grandissima vulnerabilità che deve spingere noi ginecologi a **usare il progestinico in allattamento e a raccomandarlo**, perché dobbiamo aiutare la donna ad autoprotettersi con una contraccezione sicura.

- ***esami prenatali problematici***

Ecografia, villocentesi, amniocentesi, che evidenzino patologie embrio-fetali di varia gravità, possono interferire anche gravemente con lo stato psichico della donna (Detraux, 1998; Bricker, 2000; Larsen, 2000; Hertling-Scheal, 2001; Kowalcek, 2003; Righetti et Al, 2008; Natale, 2009).

La comunicazione accurata e rispettosa è **un aspetto essenziale** per minimizzare l'impatto traumatico di una diagnosi prenatale dubbia o francamente patologica (Box 1).

La collusione del silenzio

Che cosa facilita la persistenza di una depressione non diagnosticata e quindi non trattata in gravidanza e in puerperio? (Hanusa et Al, 2008). Un fattore cardinale: la **"collusione del silenzio"** (Graziottin, 2003, 2005, 2009).

DRAFT COPY – SOLO PER USO PERSONALE

Da un lato, la donna depressa o con ansia patologica in gravidanza **raramente chiede espressamente aiuto** (Beck, 2001; Graziottin, 2003; Reid & Meadows-Oliver, 2007; Secco et Al, 2007; Hanusa, 2008):

- a) per l'effetto emotivamente paralizzante dello stesso disturbo dell'umore;
- b) perché è o si sente sola e disperata;
- c) perché non sa a chi rivolgersi;
- d) perché non sa nemmeno che esista la depressione in gravidanza e/o dopo il parto puerperale;
- e) per la paura della stigmatizzazione sociale legata alla malattia mentale;
- f) per fattori di isolamento culturale.

Dall'altro, il ginecologo, a sua volta, **raramente diagnostica la depressione in gravidanza o dopo il parto**, soprattutto nella giovane donna:

- a) per mancanza di formazione;
- b) per mancanza di attenzione e tempo;
- c) per mancanza di motivazione;
- d) per ignoranza sulle conseguenze a lungo termine su madre e bambino. La frase peggiore che purtroppo viene pronunciata troppo spesso è "passerà": si tratta del peggiore dei commenti. Forse passerà, ma quando? Come? E con quali ferite e cicatrici emotive per la madre e per il bambino?

La depressione che noi vediamo è solo la punta dell'iceberg di una grande complessità di fattori **predisponenti, precipitanti e di mantenimento**, con cui possiamo rileggere i fattori predittivi prima menzionati. Ed è questo iceberg che poi distrugge la vita della donna e del bambino (Graziottin, 2003, 2005).

- I **fattori di rischio predisponenti** sono la vulnerabilità genetica neurobiologica a depressione e ansia, cioè disturbi affettivi: ecco perché l'anamnesi personale e familiare sono essenziali per eventuali persone a rischio. Ma anche la solitudine, la povertà, un contesto psicosociale sfavorevole, la giovane età, abusi pregressi, lo stato di ragazza madre.
- I fattori **precipitanti**:
 - **in gravidanza**, sono correlati anzitutto alla scoperta di possibili alterazioni dello sviluppo o malformazioni del bambino e/o alla comparsa di patologie gravi;
 - **nel post-partum**: la caduta di estrogeni dopo il parto è il primo fattore precipitante della destabilizzazione dell'umore. Se l'alterazione è moderata, si esprime nelle cosiddette "lacrime del latte" delle nostre nonne, che corrispondono ai "maternity blues", descritti dagli anglosassoni. Tuttavia quel fenomeno che non deve superare i 15 giorni altrimenti diventa già per durata una depressione psichiatrica.

Altri fattori precipitanti per la depressione post-partum sono un parto traumatico, il bambino prematuro in cura intensiva o problematico, la gravidanza non voluta, la solitudine, la mancanza di supporto familiare, le difficoltà economiche, nonché la condizione di madre single, o di coppia con un partner emotivamente assente o francamente aggressivo.

- Tra i **fattori di mantenimento** il principale è la mancata diagnosi. L'omissione in questo caso è interamente del professionista. Il problema esiste, ma non viene riconosciuto. Solitudine, mancanza di supporto, difficoltà socio-economiche: le donne affette da depressione post partum hanno il doppio di probabilità di sperimentare un altro episodio depressivo maggiore entro cinque anni. Le conseguenze non solo sulla donna ma anche sul bambino possono diventare molto pesanti.

Come diagnosticare la depressione?

Un **dialogo attento e un ascolto empatico al linguaggio verbale e non verbale** della donna in gravidanza sono essenziali. Anche le parole del medico devono essere semplici, devono saper cogliere gli elementi meritevoli di attenzione con un linguaggio aderente alla realtà quotidiana, facile da comprendere e da seguire da parte della donna che spesso è spaventata, emotivamente contratta, e in atteggiamento di difesa o di franca sfiducia.

I criteri diagnostici per la depressione sono riassunti nel box 2. Può essere utile indicare le domande che con maggiore probabilità possono aiutare in una diagnosi precoce di depressione, nello specifico puerperale:

DRAFT COPY – SOLO PER USO PERSONALE

- a) **riesce a dormire quando il bambino dorme?** La qualità del sonno è un fattore preventivo per la salute mentale: la mamma sana allatta e dopo un secondo dorme, la mamma con problemi di depressione dice che il bambino l'ha svegliata e non è più riuscita a dormire;
- b) **mangia con appetito o senza voglia o si abbuffa?** Anche in gravidanza e in puerperio il disturbo del comportamento alimentare è un segnale di attenzione: qualcosa di sostanziale non funziona nel rapporto con il proprio corpo e, nello specifico, con la corporeità della maternità;
- c) **si sente sola?** Se, chiedendo con dolcezza: "si sente sola?"; la donna inizia a piangere e singhiozzare la diagnosi è già fatta: le domande che vanno al cuore fanno sì che la persona si senta compresa nella sua solitudine. Questo è il primo passo per stabilire un'alleanza terapeutica di qualità;
- d) **ha voglia di uscire e preferisce stare in casa?** Anche questo è un segnale di attenzione: la donna contenta di essere mamma e felice del suo bimbo va volentieri a farsi una passeggiata con lui nel carrozino, lo presenta con orgoglio al mondo; la mamma depressa resta chiusa in casa;
- e) **le sembra che il bambino sia un carico eccessivo per lei?** Il senso di questa domanda è molto empatico. Significa: "Capisco che potrebbe esserlo. E una cosa comprensibile e non bisogna colpevolizzarsi per questo. Anzi, lo sarebbe anche per me, se fossi una giovane mamma." Questa è una frase che aiuta molto a sentirsi capite, a dare voce a un sentimento di inadeguatezza che può altrimenti diventare paralizzante;
- f) **teme di far del male al bambino?** Questo è un modo gentile per cominciare a far emergere un disagio più profondo, che può consentirci di diagnosticare anche le prime battute di una psicosi, disturbo psichiatrico molto più raro (circa lo 0,1% delle puerpere) ma molto grave per mamma e bambino;
- g) **il bambino ha cambiato la sua vita in modo imprevisto e/o che li preoccupa?** Qui torniamo di nuovo al bambino dei sogni e al confronto dell'ideale con un bambino che invece ha qualche problema o che soffre anche esclusivamente di piccole coliche o di difficoltà di sonno che la mamma però non sa come trattare (Graziottin, 2003, 2009).

Un altro elemento di grande vulnerabilità è la lontananza dalla famiglia di origine: in ambito metropolitano si riscontrano molte più depressioni perché ci sono famiglie mononucleari o ragazze sole. In passato, la famiglia è stata un grande contenitore di sofferenza in gravidanza e post-natale perché la donna poteva temporaneamente anche "regredire" come una bambina e la nonna poteva far da mamma a tutte e due.

La prima diagnosi consiste dunque in un **colloquio attento e sensibile, empatico e accogliente**, perché la dolcezza porta a sentirsi riconosciuti e questo è il primo passo che possiamo mettere in campo insieme con lo/a psichiatra, e con lo/a psicologo/a. La prima cosa è capire il **dolore di non sentirsi madri adeguate**.

Strategie di intervento

a) Effettuare una diagnosi tempestiva e articolata

Purtroppo il **dolore fisico ed emotivo** della donna depressa, ansiosa o comunque in sofferenza psichica in gravidanza e dopo il parto, è **ancor oggi misconosciuto**, nella gran parte del mondo. (Yonkers & Chantilis, 1995; Graziottin, 2003, 2005; Mc Queen et Al, 2008). Evitare l'omissione diagnostica è il **compito di ogni professionista della salute** che, a vario titolo, incontra la donna durante la gravidanza e/o il puerperio.

Lo Stato che attualmente mostra invece una grandissima sensibilità su questo tema è il **Canada** che sta portando avanti un'articolata attività, sia di ricerca, sia di supporto clinico, medico e psicologico, alla donna, specie ma non solo in ambito ginecologico e ostetrico, con eccellenti studi e pubblicazioni.

Un primo suggerimento che possiamo trarre dalla esperienza canadese (Secco et Al, 2007; McQueen et Al, 2008), e dalle linee guida recentemente pubblicate, è la **valorizzazione del ruolo delle ostetriche e delle infermiere**, personale prezioso, specie in questa fase della vita della donna, come dimostra anche l'esperienza americana (Reid et Al, 2007). Il ginecologo da solo non è sufficiente, abbiamo bisogno di altro personale sanitario che sia sensibile e formato per affrontare le diverse vulnerabilità psicopatologiche che la donna può presentare.

Il secondo suggerimento è **formare in modo adeguato su questo tema sia i ginecologi-ostetrici, sia i medici di famiglia**, che spesso sono i primi a dialogare con la donna nel momento di massima vulnerabilità emotiva, **sia i pediatri**.

Il terzo suggerimento è **impegnarsi in attività culturali**, sui vari media, per aumentare anche la sensibilità della popolazione sul tema della vulnerabilità psicopatologica in gravidanza e in puerperio (Graziottin, 2009; www.fondazionegraziottin.org, 2009).

DRAFT COPY – SOLO PER USO PERSONALE

b) Curare la depressione e l'ansia prima e dopo il parto

Il grado di depressione in sé non dovrebbe dettare in maniera definitiva il tipo di intervento. Piuttosto il trattamento deve essere basato sul bisogno della donna, sulla sua situazione affettiva e di contesto psicosociale, oltre che naturalmente sulla gravità dei sintomi. Questi sono i risultati a cui è giunto anche un recente studio canadese sull'attenzione alla personalizzazione del trattamento (McQueen et Al, 2008).

Accanto allo psichiatra, che è la figura cardinale di riferimento terapeutico per la depressione e la psicosi in gravidanza e nel post-partum, il ginecologo-ostetrico può fare moltissimo sull'area dell'accurato monitoraggio della gravidanza, per ridurre le patologie ostetriche che possono agire da fattori predisponenti e precipitanti. **Le anemie, per esempio, sono un fattore sottovalutato di vulnerabilità alla depressione in ostetricia.** L'attenzione ad avere un emocromo perfetto in gravidanza riduce drasticamente la vulnerabilità alla depressione puerperale. **La depressione è un'assenza di energia vitale** e quando una donna ha un'emoglobina drasticamente ridotta, perché è molto anemica, necessariamente si sente spossata e priva di forze: e questo può creare una vulnerabilità neurobiologica all'emergere della depressione anche sul fronte psichico (Graziottin, 2009).

Speciale attenzione va dedicata agli **stili di vita**: dal recupero di un'adeguata quantità di sonno, al movimento fisico quotidiano, all'alimentazione bilanciata per qualità e quantità di nutrienti, al sano bioritmo gastrointestinale e dell'alvo.

Vanno poi trattati specificamente **i disturbi dell'umore** in gravidanza e in puerperio, nella loro multifattorialità. Vanno curate quindi non solo le condizioni che peggiorano astenia e debolezza (anemia sideropenica, ipomagnesemia, dieta inadeguata), ma bisogna anche **"dar parole al dolore"**, dando cioè alla donna l'opportunità di parlare di sé, dei propri sentimenti di inadeguatezza, delle proprie paure, della propria solitudine, delle proprie speranze.

Quando indicato, è necessario offrire **psicoterapia e sostegno familiare/sociale**. Se necessari, verranno prescritti dallo psichiatra **farmaci antidepressivi**: SSRI o triciclici; neurolettici in presenza di delirio (che richiede peraltro ospedalizzazione in ambiente protetto) (Wisner et Al, 1996; Mc Queen et Al, 2008). Inoltre, la sospensione di trattamenti antidepressivi in corso di gravidanza deve essere valutata con grande cautela e gradualità, in quanto i costi quantizzabili e non quantizzabili conseguenti alle recidive da sospensione possono essere molto pesanti sia per la mamma, sia per il bambino (O'Brien et Al, 2009). In puerperio sono utili anche le associazioni di estrogeni con antidepressivi, da valutare in collaborazione tra ginecologo e psichiatra curanti.

Quali conseguenze ha sul bambino la depressione della madre?

Un altro punto fondamentale sono le conseguenze sul bambino (Minkovitz et Al, 2005; Markus, 2009; O'Brien et Al, 2009). La depressione della madre, in gravidanza e/o in puerperio, interferisce con il fisiologico processo di attaccamento emotivo tra madre e bambino, perturbandolo, lasciando un'ombra nera sul destino del piccolo. In questo senso i ginecologi hanno una responsabilità fortissima nella diagnosi precoce per individuare poi, in sinergia con psichiatra e psicoterapeuta, una cura adeguata.

La **depressione in gravidanza** si associa a:

- **inadeguata crescita di peso** della donna, con vulnerabilità maggiori ad anemie e altre complicanze da alimentazione inadeguata per qualità e quantità;
- **utilizzo minore del monitoraggio e delle cure prenatali**;
- aumentato rischio di **abuso di sostanze** (alcol e droghe) in gravidanza;
- aumentato rischio di **parto prematuro**, con bambini di basso peso alla nascita e tutte le complicanze associate alla prematurità (Markus, 2009; O'Brien et Al, 2009).

Le conseguenze psichiche sul bambino di un perturbato processo di attaccamento durante la gravidanza e/o della depressione post-partum sono molteplici e includono:

- a) la **perturbazione del rapporto primario con la madre**, che ha un atteggiamento meno affettuoso col piccolo;
- b) mostra **una minore reattività/responsività** ai segnali del bambino;
- c) tale minore reattività si traduce in una **frustrazione del bisogno di attaccamento** del neonato, che indebolisce la costruzione della sua personalità. La soddisfazione del bisogno di attaccamento è infatti il pilastro su cui si fondano poi la capacità di autonomia e di autostima. Quando invece la madre è depressa, si crea un disinvestimento emotivo dal piccolo; oppure compaiono ostilità; o, ancora intrusività col piccolo, termine con cui indichiamo una forma persecutoria di cura del bambino (Minkovitz et Al, 2005; Markus, 2009);
- d) **significativo aumento di abuso fisico** ($p < 0.001$). Questo è un dato particolarmente grave. Infatti la depressione ha anche una faccia rumorosa ed aggressiva, che si traduce in percosse e abusi verbali. Nella sindrome premenstruale uno dei segnali è che la madre diventa molto aggressiva con il bambino.

DRAFT COPY – SOLO PER USO PERSONALE

I figli di madri depresse tendono ad essere scontenti, irritabili, evitanti, rumorosi, hanno mimica meno sorridente e vocalizzano meno dei figli di madri serene: anche il pediatra può avere quindi una grande responsabilità nel formulare la diagnosi.

Qui si inserisce una straordinaria teoria, chiamata dei “**neuroni specchio**” (elaborata dall’italiano Rizzolatti) che dice come a livello della **corteccia motoria** sia stata dimostrata un’attivazione dei neuroni che coordinano i movimenti che il piccolo sta osservando, **prima di effettuarli**, mentre guarda la madre che gli parla o gli sorride. Questo viene definito “neuronal mirroring”, e indica una attivazione cerebrale nell’area motoria che precede il movimento del piccolo. Si tratta quindi, come mi piace dire, di una sorta di “gestazione empatica comportamentale”.

Se il bambino ha una madre che gli sorride apprende il comportamento di sorriderle prima di farlo effettivamente. Viceversa, se ha una madre che si rivolge a lui in modo aggressivo, il linguaggio emotivo che impara questo bambino sarà quello dell’aggressività, oppure quello dell’assenza. Noi apprendiamo perché “rispecchiamo” profondamente, fin dai primi mesi, i comportamenti degli altri.

Le conseguenze psicofisiche sul bambino si esplicano anche con **un aumento del 44% dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico**, per incidenti domestici, ma anche **una riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni**. Sono quindi bambini meno seguiti che hanno più incidenti a casa, ma anche bambini che fanno meno controlli medici (Minkovitz et Al, 2005).

Nel lungo termine il bambino, la cui madre è stata depressa in gravidanza e/o puerperio, può sviluppare **problemi sia di tipo cognitivo che emotivo**. Questi bambini presentano a 11 anni un QI significativamente inferiore rispetto agli altri e spesso manifestano problemi di attenzione e di concentrazione.

Presentano inoltre **disturbi comportamentali, minore “competenza sociale”** perché non hanno acquisito il linguaggio dell’empatia e quindi non lo possono esprimere. **Mostrano un minore QE** (quoziente intelligenza emotiva) che oggi sappiamo essere un fattore predittivo di riuscita nella vita molto più significativo del QI, perché l’intelligenza emotiva è un fattore essenziale di intelligenza sociale e di capacità di rapportarsi agli altri in modo affettuoso e soddisfacente.

Conclusioni

La gravidanza e il puerperio costituiscono un periodo di potenziale grande vulnerabilità psicopatologica, per ragioni biologiche, emotive e relazionali, relative rispettivamente al significato e al decorso della gravidanza, al suo impatto sulla psiche della donna, alla qualità del rapporto nella coppia parentale, e al rapporto tra la madre e il bambino.

I disturbi dell’umore in puerperio presentano un’alta prevalenza, soprattutto nelle mamme adolescenti: ne soffre una su due. Riconoscono una genesi psiconeuroendocrina, scatenata dalla caduta degli estrogeni post-partum e dal distress adattativo alla nascita e ai cambiamenti che comporta per la giovane donna, che spesso è già in critiche situazioni psicoemotive e sociali. Spesso si associano a depressione, disturbi d’ansia o disturbo post-traumatico da stress in gravidanza.

Sono **drammaticamente sottodiagnosticati**. Questa è una grandissima responsabilità ma anche uno stimolo forte nell’accrescere la nostra capacità di diagnosi precoce.

Meritano tempestiva attenzione clinica per le **potenziali gravi conseguenze per la madre e per il bambino**.

Dal punto di vista pratico, il personale sanitario che abbia rapporti di diagnosi e cura della donna durante la gravidanza **deve indagare attivamente** ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress e pregressi o intercorrenti abusi in gravidanza e nel post-partum. Quando indicato, **la terapia farmacologica antidepressiva e/o ansiolitica** deve essere fatta in parallelo ad adeguato supporto psicodinamico alla donna e, se appropriato, alla coppia.

In caso di patologie fetali o gravidiche, è necessario comunicare con delicatezza e attenzione emotiva i fattori che meritano maggiori approfondimenti e controlli, o che costituiscono motivo di prognosi riservata. In caso di diagnosi ecografica di malformazioni, **è essenziale che vengano fornite tempestivamente e con sensibilità tutte le informazioni relative alla prognosi fetale**. Quando possibile, può essere preziosa l’opportunità di parlare con genitori di bambini che presentano la stessa patologia e hanno scelto di continuare la gravidanza.

Dobbiamo poi **strutturare frequenti controlli periodici** nel primo anno dopo la nascita, soprattutto per le donne che abbiano presentato vulnerabilità psicopatologiche in gravidanza, per far sentire alla donna che siamo al suo fianco, e che non è e non sarà più sola.

DRAFT COPY – SOLO PER USO PERSONALE

Bibliografia essenziale

Barnet B, Liu J, Devoe M.

Double jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers
Arch Pediatr Adolesc Med. 162 (3): 246-52, March 2008

Beck CT.

Predictors of post-natal depression: an update
Nurs Res. 50: 275-285, 2001

Bitter J.

Communication skills for prenatal counselling
Birth, Apr 18; 96 (16): 629-636, 2007

Bricker L.

Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views
Health Technol Assess 4: 16-21, 2000

Detraux JJ.

Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant woman and on professionals
Ann NY Acad Sci 847: 210-219; 1998

Freitas GV, Cais CF, Stefanello S, Botega NJ.

Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers : a case-control study in Brazil
Eur Child Adolesc. Psychiatry, 17 (6): 336-42, 2008

Gabbard GO.

Psichiatria Psicodinamica
Masson, Milano, 1998

Garcia J.

Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review
Birth 29; (4): 225-250; 2002

Graziottin A.

Modificazioni del tono dell'umore in puerperio

In AA. VV., Atti del LXXIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) su "Dal concepimento alla nascita"

CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003, pag. 599-606, 2003

Graziottin A.

Sessuologia medica femminile

In Di Renzo G.C. (Ed), Manuale di Ginecologia per Specializzandi, Verduci, Roma, pag. 1462-1492, 2005

Graziottin A.

Mamme adolescenti: quando la maternità causa depressione e dolore. Come aiutarle? (parte I e II)

www.fondazionegraziottin.org, 2009

Hanusa BH, Hudson Scholle S, Haskett RF, et Al.

Screening for depression in postpartum period: a comparison of three instruments
Journal of Women's Health, 17, 4, 2008

Hertling-Schaal E.

Maternal anxiety induced by prenatal diagnostic techniques: detection and management

Gynecologie, Obstétrique & Fertilité 29: 440-446; 2001

Kowalcek I.

Anxiety scores before and after prenatal testing for congenital anomalies

Archives of Gynecology & Obstetrics 267, 126-129; 2003

DRAFT COPY – SOLO PER USO PERSONALE

- Larsen T.
Ultrasound screening in the second trimester: the pregnant woman's background knowledge, expectations, experiences and acceptances"
Ultrasound Obstet Gynecol 15: 383-386, 2000
- Marcus SM.
Depression during pregnancy: rates, risks and consequences--Motherisk Update 2008
Can J Clin Pharmacol. Winter; 16 (1): e15-22, 2009
- Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ.
Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?
J Affect Disord. Apr; 74 (2): 139-47, 2003
- Mc Queen K, Montgomery P, Lappan-Grancon S, et Al.
Evidence –based recommendations for depressive symptoms in post-partum women
JOGNN 37, 127-136, 2008
- Meade I, Iskovics T.
Systematic Review of sexual risks among pregnant and mothering teens in USA
Soc. Scie. Med, 122; 33-38, 2005
- Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, Swartz K.
Maternal Depressive Symptoms and Children's Receipt of Health Care in the First 3 Years of Life
Pediatrics 115: 306-314, 2005
- O'Brien L, Laporte A, Koren G.
Estimating the economic costs of antidepressant discontinuation during pregnancy
Can J Psychiatry. Jun; 54 (6): 399-408; 2009
- Reid V, Meadows-Oliver M.
Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature
J Pediatr Health Care. Sep-Oct; 21 (5): 289-98, 2007 Review
- Righetti PL, Dell'Avanzo M, Grigio M, Nicolini U.
Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: a preliminary report
Br J Psychol. Feb; 96 (Pt 1): 129-37; 2005
- Secco ML, Profit S, Kennedy E, et Al.
Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers
JOGNN 36; 47-54, 2007
- Skouteris A.
Sleep quality and depression during pregnancy: a prospective study
J. Sleep Res. 17 (2): 217-20, 2008
- Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K.
Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth
BJOG. Apr; 116 (5): 672-80; 2009
- Yonkers KA, Chantilis SJ.
Recognition of depression in obstetric/gynecologic practices
Am. J. Obstet. Gynecol. 173 (2): 632-638, 1995
- Wisner KL, Perel JM, Findling R.
Antidepressant treatment during breast-feeding
Am. J. Psychiatry 153 (9): 1132-1137, 1996

DRAFT COPY – SOLO PER USO PERSONALE

Box 1

Come ottimizzare la comunicazione medico-donna durante l'ecografia in gravidanza

- L'informazione sul significato e i limiti dell'esame dovrebbe essere esaustiva e preliminare all'esame ecografico stesso
- L'informazione finale dovrebbe essere data dopo che tutta la valutazione è stata completata, e non durante l'esame, così da offrire una diagnosi preliminare ponderata
- Durante l'esame il medico dovrebbe evitare i commenti ansiogeni, verbali e non verbali (per esempio con la mimica preoccupata del volto)
- Dato il profondo impatto emotivo di una diagnosi di possibile malformazione, è indispensabile che venga dato spazio alla riflessione e alla formulazione di eventuali domande chiarificatrici
- Un "counselling" adeguato, medico e psicologico, successivo all'esame, dovrebbe essere offerto in caso di dubbi o dati ecografici meritevoli di approfondimento, se la donna e/o la coppia lo desiderino

Modificata da Roberta Natale, Comunicare in diagnosi prenatale, Editoriale on line, www.fondazionegraziottin.org, 2009

Box 2

Sintomi di depressione puerperale

- Umore disforico
- Perdita di interesse nelle attività che abitualmente danno piacere (in puerperio è inclusa la cura del piccolo)
- Difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni
- Agitazione psicomotoria o, all'opposto, anergia
- Astenia
- Modificazioni dell'appetito o del sonno
- Ricorrenti pensieri di morte e/o di suicidio
- Sentimenti di inadeguatezza, specialmente come madre nei confronti del bambino, e sensi di colpa
- Ansia eccessiva nei confronti della salute del bambino

La diagnosi è altamente probabile se sono presenti 4 o più sintomi.