La depressione post partum in Italia: fotografia del problema

CLAUDIO MENCACCI
Direttore del dipartimento di psichiatria dell'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli-Oftalmico Milano

ROBERTA ANNIVERNO
Centro Depressione Donna - Dipartimento Psichiatria A.O. Fatebenefratelli Milano

Un grazie al prof. Vittori anche per aver sottolineato l'attività del nostro *Centro Studi Prevenzione e Cura dei Disturbi Depressivi nella Donna*, attivo dal 2004 e che coinvolge un gruppo stabile di 4 psichiatre, 8 psicologhe, un neuropsichiatra infantile e 2 fisioterapiste, che lavorano fianco a fianco con i colleghi ginecologi, con la possibilità di offrire un servizio diretto e dedicato alla persona che sperimenta una situazione di depressione.
Si tratta quindi di un lavoro articolato, che vede in campo più figure sanitarie, e – credo sia proprio questo il punto centrale –, coordinate sulla necessità di promuovere campagne di sensibilizzazione, migliorare l' informazione, curare, ma anche fare ricerca perché c'è bisogno di saperne di più, di parlarne di più in modo tale da migliorare le nostre conoscenze.
Dopo questa breve introduzione sul nostro centro, vorrei ora mostrarvi una lettera che dice: "Invidio chi è felice e ce l'ha fatta a superare la gravidanza con facilità e con la forza che io non so trovare, anche se so che loro hanno lottato per averli mentre io non lo sto facendo e mi sto facendo scivolare tutto addosso. Ma è troppa la paura di lottare e di non riuscire. Ho invidiato in ospedale anche le donne che ce l'hanno fatta e parlavano con amore dei propri bimbi e io mi sento un mostro perché non riesco ad apprezzare il mio…". Un fenomeno isolato? I dati ci dicono di no, anche in Italia possiamo considerare la percentuale di donne con depressione post partum nell'ordine del 10-12%. A lungo siamo vissuti nel mito che la gravidanza fosse in qualche modo un fattore protettivo, mentre in realtà si tratta di un periodo ad alto rischio per i disturbi affettivi. Quali sono i più frequenti? Abbiamo un dato del 10% che indica la prevalenza nella popolazione generale, in una condizione che è sicuramente maggiore nel primo trimestre, mentre decresce nel secondo e nel terzo, e può diventare di difficile diagnosi perché si confonde con altre psicopatologie perché insonnia, anergia, apatia, inappetenza e mancanza di concentrazione sono sintomi comuni in gravidanza. Se questi sono i segnali principali, la loro identificazione sembrerebbe piuttosto semplice da riconoscere, ma non è così perché si uniscono, sommandosi e fondendosi, condizioni di carattere affettivo, fisico e alterazioni che si sovrappongono. Vorrei sottolineare in particolare la rilevanza del disturbo del sonno, su cui torneremo più avanti, e dei disturbi d'ansia. Lo stato d'ansia aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza, con valori più alti nel terzo trimestre. Soprattutto alla 32° settimana, il che predice un significativo aumento della depressione nel periodo post natale. L'ansia infatti si presenta frequentemente in comorbidità con la depressione, ma viene trascurata negli studi riguardanti la gravidanza e il periodo post-natale. L'ansia o lo stress materno prima della nascita possono invece rappresentare un rischio significativo per la futura madre e per la crescita del bambino e risultano spesso associati a disturbi di sviluppo e delle attività fetali, basso peso alla nascita, difetti fisici e problemi comportamentali del neonato. Parliamo quindi di un bambino problematico, che creerà ancora più difficoltà di sonno e di accudimento.
Da una nostra analisi statistica risulta come vi sia una correlazione fra disturbi d'ansia e disturbi di carattere depressivo in gravidanza e nel post partum.

Quali sono le più note conseguenze della depressione? In primo luogo un danno al "progetto gravidanza", che si manifesta sia con una scarsa cura della donna verso di sé, sia con l'uso di alcol o sostanze, che non è poi così basso (alcol e cannabis sono risultati di uso frequente anche in gravidanza). Si traduce inoltre in complicanze neonatali: nascita pretermine, basso peso corporeo alla nascita, ridotta circonferenza cranica, basso indice di Apgar. E ancora in scarse cure verso il nascituro, con un aumento del rischio di comportamenti impulsivi o potenzialmente autolesivi, il "*Fetal abuse*", o addirittura il neonaticidio. Dobbiamo porre attenzione anche a diagnosticare il *maternity blues*, una sindrome benigna e transitoria, perché il 20% delle donne che lo sviluppano presentano un episodio depressivo nel primo anno dopo il parto. Si tratta quindi di un fenomeno fisiologico ma è un ulteriore elemento che va aggiunto agli altri segnali già noti che possiamo quindi interpretare prima che la depressione intervenga. Un effetto ancora oggi molto poco diagnosticato è il disturbo della relazione madre-bambino, un elemento che contiamo di poter introdurre con i prossimi criteri diagnostici ma che è centrale per poter capire alcuni aspetti anche drammatici.
La depressione può manifestarsi in vari modi: in forma lieve, associata ad ansia, con adattamento, oppure nella sua forma grave o distimica. Solo il 49% delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede un intervento medico. Ma la depressione resta un fenomeno sottodiagnosticato: fino al 50% dei casi di depressione nel post-partum restano sconosciuti. Se voi considerate che a tutt'oggi per la stessa depressione, siamo ancora al 50% e non ci discostiamo, capirete come si tratti di una patologia che, nonostante sia così frequente – con una prevalenza seconda solo ai disturbi cardiocircolatori –, noi non vogliamo vedere. I sintomi depressivi che compaiono in questo periodo sono frequentemente sottovalutati e trascurati sia dalle pazienti che dai clinici. Per questo è importantissima la campagna di sensibilizzazione promossa dalla SIGO. Problematico è che più del 50% delle depressioni post partum non venga diagnosticato dal ginecologo, con una donna che viene in genere dimessa nella terza giornata e da quel momento diventa "terra di nessuno": il primo controllo è dopo 40 giorni.
Sappiamo che la depressione post partum esordisce generalmente nelle 3-4 settimane successive al parto e che la sintomatologia diventa ingravescente manifestandosi clinicamente verso il 4-5 mese. Qui come vedete l'incidenza varia dal 9 al 22% e si manifesta prevalentemente nel primo trimestre post-partum. Ma si registrano casi a un anno, anche oltre un anno. Quindi non è vero che superata la fase iniziale il rischio sia eliminato, anzi, nella depressione puerperale si iniziano a manifestare l'incapacità di prendersi cura del figlio, la paura ed insicurezza che hanno come oggetto la "fragilità" del bambino, sentimenti ambivalenti o negativi, la paura di nuocere al neonato. Se non riconosciamo questi sintomi, e se la donna non viene aiutata, la depressione non trattata dura 6 mesi o più; il 25% ne soffre oltre l'anno. Queste donne iniziano a presentare una problematica che se non riconosciuta può protrarsi per tutta la vita. È come la rottura di un osso che non si calcifica, e quindi si esporrà a una serie di conseguenze: aumenta il rischio di nuovi episodi depressivi (80% entro 5 anni rispetto al 42% delle donne non depresse), è correlata con i disturbi della relazione madre-bambino (attaccamento) ed ai disturbi nel neuro-sviluppo del neonato-bambino.
Conosciamo i fattori di rischio della depressione post partum, questi devono diventare segnali che accumulandosi fanno capire che bisogna stare in allerta. E non si tratta solo di fattori di carattere comportamentale o sociale, ma esiste

anche un'impronta genetica e digitale della donna che va seguita e curata nel riconoscimento dei fattori di rischio.
In primo luogo i disturbi panici, che hanno un aumento del 44% nelle donne nel post parto. Ansia che si manifesta generalmente con la paura totale che si possa perdere il controllo. Ci sono poi ovviamente i disturbi ossessivi, come il pensiero di afferrare un oggetto e uccidere il bambino, di non andare a controllare che il bambino non muoia in culla, e ci sono infine dei comportamenti che possono anche apparire normali ma in realtà tradiscono questa condizione dei disturbi panici, disturbi d'ansia e di monofobia.
Nei casi più gravi parliamo di psicosi, è un evento drammatico di cui è impossibile non accorgersi. Esistono una serie di fattori predisponenti per la psicosi post parto tra cui l'età avanzata del primo parto, elemento a cui prestare la giusta attenzione perché andiamo verso una gravidanza che si è spostata sempre più in là.
Vorrei approfondire ora un punto importante: il disturbo della relazione madre-bambino, perché è un fenomeno non necessariamente associato alla depressione post parto. La donna soffre della mancata relazione con il bambino, vorrebbe avere un comportamento più affettivo, invece abbiamo sentimenti di rifiuto, di astio, di collera verso il neonato. Ripeto, è un fenomeno distinto dalla depressione puerperale: l'avversione materna al proprio bambino non è proporzionata alla gravità del quadro depressivo, è importante differenziare questi fattori. È un disturbo verosimilmente differente dalla depressione puerperale, con una maggiore enfasi ad alcuni fattori di rischio come una gravidanza indesiderata o un bambino impegnativo.
Si può manifestare con comportamento di fuga o di affido, con ideazioni polarizzate sul bambino (rubato o morte in culla), con manifestazioni di avversione al neonato (gridare, imprecare, strillare), con impulsi aggressivi (colpire, scuotere, soffocare). Problemi che se non trattati evolvono in infant abuse o negligenza nelle cure (che non necessariamente corrispondono al livello sociale o culturale), e che invece, se trattati adeguatamente, regrediscono con risoluzione completa.
Abbiamo compiuto un'indagine su un campione di 400 donne, di cui il 42% aveva manifestato episodi di disturbi psichiatrici in gravidanza, il restante 58% nel post parto.
Il 91% delle donne era italiano, noi non riusciamo a intercettare le donne di area nordafricana e musulmana e nemmeno le cinesi. Rispetto alla scolarità abbiamo il 16% delle donne con un'istruzione media inferiore, il 47% media superiore, il 37% laureate. Allora, se è vero che dobbiamo riconoscere i fattori sociali svantaggiati e di marginalità come aggravanti, non dobbiamo però chiudere gli occhi pensando che la cosa non riguardi le persone che hanno un'istruzione superiore. Queste donne però riescono a raggiungere più facilmente i centri di informazione e sensibilizzazione e questo è un dato a loro vantaggio. E ancora, l'83% lavora, quindi si tratta di un problema legato all'aumento di lavoro che la donna sta affrontando anche se conservare il proprio lavoro è importante per il mantenimento della stima e della propria attività professionale, oggi sentita sempre più come un diritto e non come un'opzione. L'81% del campione presentava un reddito medio, quindi in questo campione la logica della marginalità non tiene.
Il partner è presente nel 94% dei casi, il 69% delle donne erano primipare. Nel nostro campione, 224 donne si sono rivolte al centro per problemi d'ansia o insonnia durante la gravidanza, il post partum o il periodo della perimenopausa, questo per capire quanto il sonno accompagni la storia della donna nella sua vulnerabilità: la donna è molto più sensibile dell'uomo ai problemi del sonno e questo continuiamo a non dirlo e a non volerlo riconoscere. L'insonnia,

indipendentemente dal periodo di accesso, è un sintomo manifestato molto frequentemente dalle donne (il 66%). Esistono studi abbastanza recenti con al centro l'importanza del sonno come induttore dei disturbi dell'umore, non solo maternity blues, per questo è importante anche il rapporto con il ginecologo per quanto riguarda l'allattamento notturno, dando tutte le necessarie istruzioni. Alle donne che frequentano il nostro centro diamo indicazioni per un controllo del sonno, semplici ma che spesso si rivelano fondamentali. Le strategie d'intervento sono moltissime, sia di carattere farmacologico che di carattere non farmacologico, noi abbiamo oltre 200 donne in trattamento che con specifici accorgimenti possono perfino allattare. Questo è molto importante, sia prima che dopo si può intervenire in grande sicurezza.

Esistono inoltre molti episodi in cui il sintomo congiunto di ansia e insonnia è presente nelle varie fasi della vita e non cambia sia che siamo in presenza di primipare o pluripare. Cioè si tratta di un problema che rimane, anche dopo, e quindi rappresenta un'area di particolare sensibilità e vulnerabilità.

In questo quadro è determinante la "presa in cura", che deve vedere il duplice approccio psicologico e farmacologico. Per questo credo che sia veramente meritevole lo sforzo di questa campagna a favore della cura della depressione post parto che mi auguro sia parte di un progetto nazionale più ampio nella lotta alla depressione.

Provando a trarre delle conclusioni tutti gli studi portano ad interventi che siano eseguiti da professionisti. È ovviamente possibile avvalersi anche del volontariato, ma il ruolo di coordinamento deve rimanere degli specialisti.

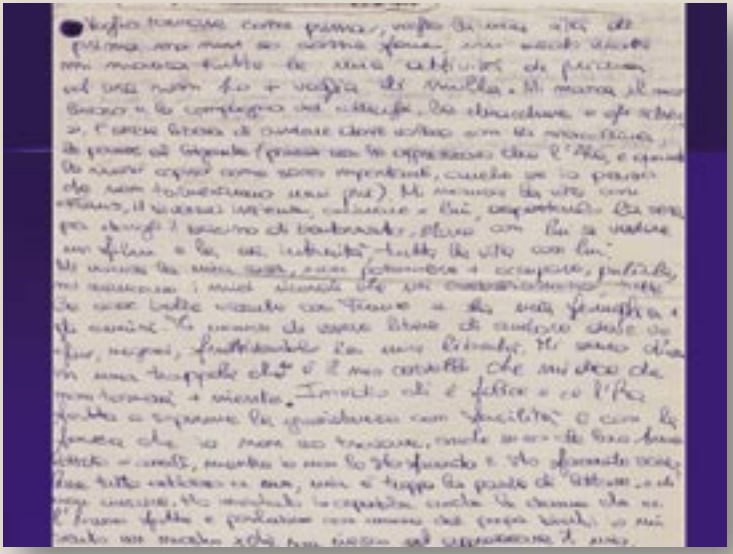
Noi, ad esempio, stiamo usando per l'assistenza domiciliare di donne depresse nel post parto delle ex capo sala della psichiatria con grande esperienza nella relazione.

Non trattare la depressione può seriamente compromettere il decorso della gravidanza, del parto e del puerperio, lo sviluppo intrauterino del feto, lo sviluppo del neonato a breve e a lungo termine. C'è quindi bisogno di ginecologi e psichiatri che agiscano in sinergia, e ci auguriamo che questo avverrà sempre più di frequente anche per merito dell'intervento della SIGO. Professionisti che parlano un linguaggio comune. A questi va ad aggiungersi il pediatra, che è centrale perché può intercettare la donna che gli porta il bambino. Infine è ovviamente chiamato in causa anche il medico di medicina generale, che è spesso la prima persona a cui la donna si rivolge e che oggi ha numerose possibilità di riconoscere i sintomi.

Vorrei concludere il mio intervento come ho iniziato, dando voce alla lettera di una signora che dice: "Eppure succede: un giorno che non è più nero, ci si accorge di sentirsi diversi, o meglio, ci si accorge di sentirsi e basta! È una sensazione sublime che ti riaccende l'anima, che mette in moto il corpo e…si vola! Si riprendono a fare le piccole cose di prima, cose che sembravano impossibili, si riprende contatto con il mondo, ci si accorge degli altri, si ritorna a vivere. Sembra un sogno invece è tutto vero. È bellissimo, ed è ancora più bello di prima, prima di cadere nel "buco nero": sono cambiata, spero migliorata…".

E per terminare, un appello alla sensibilità: "Ad un cuore spezzato nessun cuore si volga se non quello che ha avuto il privilegio di aver sofferto". È proprio questa sensibilità che credo sia il motore di questa campagna.

DIAPOSITIVA **1**



2

SPETTRO dei DISTURBI dell' UMORE nel POST-PARTUM
DECORSO TRANSITORIO
GRAVE PATOLOGIA
EMERG. MEDICA
MATERNITY BLUES
50-85%
DEPRESSIONE POST-PARTUM
10-15%
PSICOSI POST-PARTUM
0.1%

3

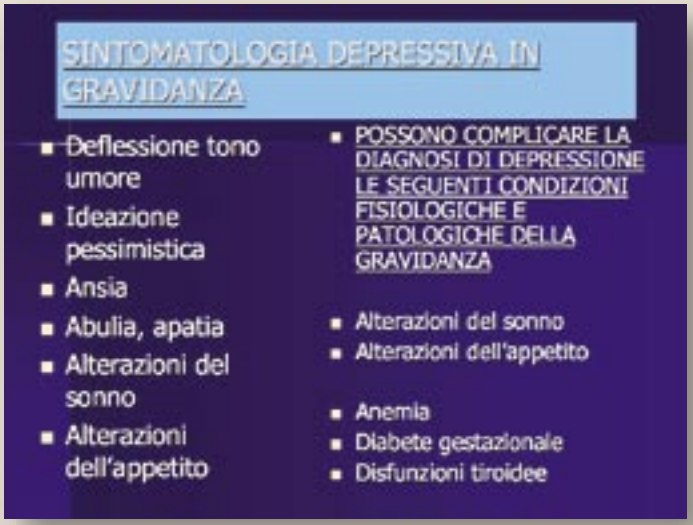
LA GRAVIDANZA PRIMA DEL POST-PARTUM
Diversi studi in letteratura riportano il periodo della gravidanza come un'epoca "protettiva" nei confronti dei disturbi psichiatrici.
Recenti studi pongono in evidenza come la gravidanza risulti un periodo ad "alto rischio" per i disturbi affettivi.
(Lee S. Choen, Ruta M., Nonacs 2005)

4

5

DEPRESSIONE in GRAVIDANZA
L'incidenza della depressione in gravidanza è di circa il 10% comparabile a quella delle donne non gravide (Cobie PA, Reynolds CF)
La prevalenza della depressione in gravidanza è sicuramente maggiore nel primo trimestre (13%) mentre decresce nel secondo(2,5-7%) e nel terzo (2,3-6.3%) (Kumar R, Robson KM)
La sintomatologia depressiva può risultare di difficile diagnosi perché insonnia, anergia, apatia, inappetenza e mancanza di concentrazione sono sintomi comuni in gravidanza.
Un mancato riconoscimento e conseguente trattamento della depressione aumenta il rischio di depressione nel post-partum

6


SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA IN GRAVIDANZA
Deflessione tono umore
Ideazione pessimistica
Ansia
Abulia, apatia
Alterazioni del sonno
Alterazioni dell'appetito
POSSONO COMPLICARE LA DIAGNOSI DI DEPRESSIONE LE SEGUENTI CONDIZIONI FISIOLOGICHE E PATOLOGICHE DELLA GRAVIDANZA
Alterazioni del sonno
Alterazioni dell'appetito
Anemia
Diabete gestazionale
Disfunzioni tiroidee

POSSONO COMPLICARE LA DIAGNOSI DI DEPRESSIONE LE SEGUENTI CONDIZIONI FISIOLOGICHE E PATOLOGICHE DELLA GRAVIDANZA
Deflessione timica
Ideazione pessimistica
Ansia
Alterazioni del sonno
Alterazioni dell'appetito
Calo della libido
Astenia
Disordini gastrointestinali
Pollachiuria
Dolori muscolari
Anemia
Diabete gestazionale
Disfunzioni tiroidee

7

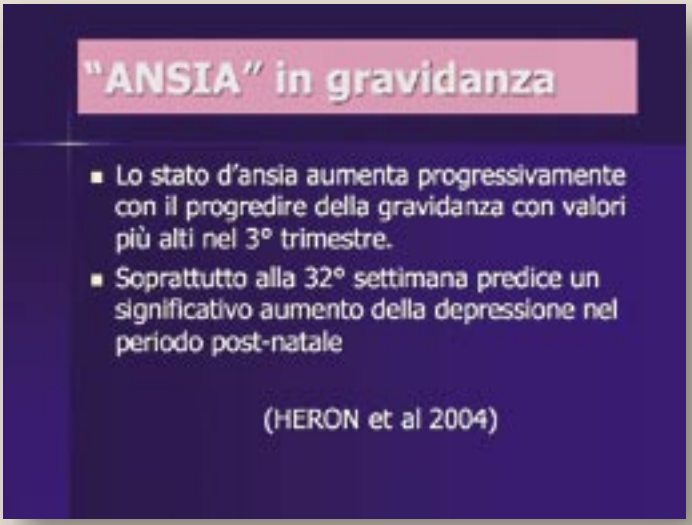
Psicopatologia in gravidanza
Quadri clinici specifici
• Iperemesi gravidica
•Negazione della gravidanza
• Pseudociesi o gravidanza isterica
• Delirio di negazione della gravidanza

8

9

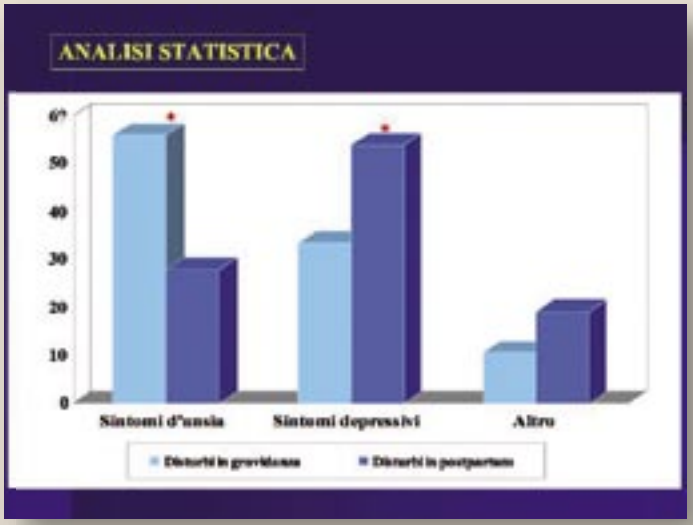
Psicopatologia in gravidanza
Quadri clinici aspecifici
• Disturbi d'ansia (panico, ansia generalizzata, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress)
• Disturbi dell'umore (depressione maggiore, maternity blues)
• Disturbo psicotico breve
• Psicosi schizoaffettive

10


"ANSIA" in gravidanza
Lo stato d'ansia aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza con valori più alti nel 3° trimestre.
Soprattutto alla 32° settimana predice un significativo aumento della depressione nel periodo post-natale
(HERON et al 2004)

"ANSIA"
in gravidanza e nel post-partum
L'ansia è frequentemente in comorbidità con la depressione, ma viene trascurata negli studi riguardanti la gravidanza e il periodo post-natale
L'ansia o lo stress materno prima della nascita possono rappresentare un rischio significativo per la futura madre e per lo sviluppo del bambino
Risultano associati a
Depressione post partum (Heron et al. 2004)
Disturbi di sviluppo e attività fetali (Di Pietro et al. 2002)
Basso peso alla nascita (Hedegaard et al. 1993)
Difetti fisici nel bambino (Hansen et al. 2000)
Problemi comportamentali-emozionali (O'Connor et al. 2003)

11


ANALISI STATISTICA
60
50
40
30
20
10
0
Sintomi d'ansia
Sintomi depressivi
Altro

12

13

CONSEGUENZE DELLA DEPRESSIONE in GRAVIDANZA
scarsa adesione al "progetto di gravidanza"
Scarsa cura di sé
Malnutrizione materna con alterazione dello sviluppo fetale
Abuso di alcol e sostanze
Incapacità a riconoscere i prodromi del parto
Aborti
Complicanze neonatali: nascita pretermine, basso peso corporeo alla nascita, ridotta circonferenza cranica, basso indice di Apgar (Dayan et al 2002; Orr et al 2002)
Scarse cure verso il nascituro
Significativa morbilità con un aumento del rischio di comportamenti impulsivi o potenzialmente autolesivi
"Fetal abuse", neonaticidio

14

LA NEGAZIONE DI GRAVIDANZA
La negazione può protrarsi anche per l'intera gestazione fino al parto che risulterà un evento inatteso e di particolare risonanza emotiva.
Nel meccanismo di negazione il bambino non è mai pensato, desiderato e quindi non esiste pertanto non esiste anche la madre come genitore reale.
La negazione della gravidanza è definita come un "grave sintomo psichiatrico" che espone la donna ed il feto a rischi di complicanze, parto non assistito, mancanza di cure perinatali sino a poter causare la morte al proprio neonato.
Merzagora Betsos 2003

PSEUDOCESI

- E' una condizione rara caratterizzata dalla presenza visibile dei segni di una gravidanza quali. Aumento di volume addominale, modificazioni del seno, riferiti movimenti fetali ma con un'assenza documentabile clinica e strumentale del feto
- Fattori predisponenti sono: il basso livello intellettivo, scarsi stimoli culturali e la deprivazione dall'ambiente
- Da alcuni autori viene identificata come un sintomo da conversione isterica

15

DELIRIO DI GRAVIDANZA

- Il delirio di gravidanza si differenzia dalla pseudociesi perché non compaiono manifestazioni fisiche che caratterizzano un apparente stato gravidico

16

17

MATERNITY BLUES

- Con il termine tristezza post-partum si intende una sindrome benigna e transitoria in cui coesistono sia sintomi psichiatrici sia sintomi psichici
- La sintomatologia è caratterizzata da:
- deflessione timica con sentimenti di inadeguatezza a svolgere il ruolo di madre
- labilità emotiva, disforia, ansia
- insonnia, calo ponderale
- **si evidenzia generalmente al 3-4 giorno dopo il parto, risolvendosi spontaneamente entro una settimana**

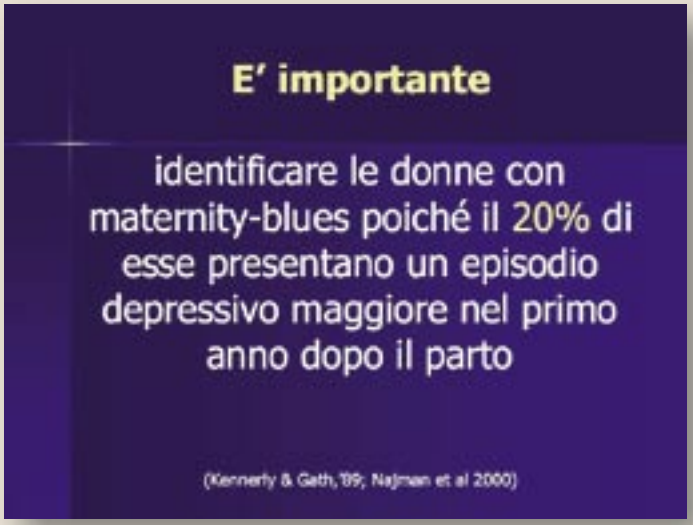
18

MATERNITY BLUES

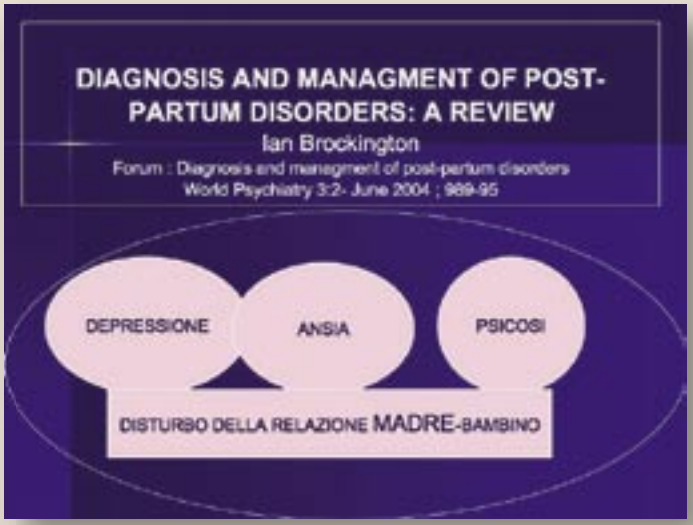
La sintomatologia è caratterizzata da:

- deflessione del tono dell'umore con sentimenti di inadeguatezza a svolgere il ruolo di madre
- labilità emotiva, facilità al pianto,
- irritabilità, irrequietezza
- ansia
- insonnia

Dura da poche ore a pochi giorni risolvendosi spontaneamente entro una/due settimane

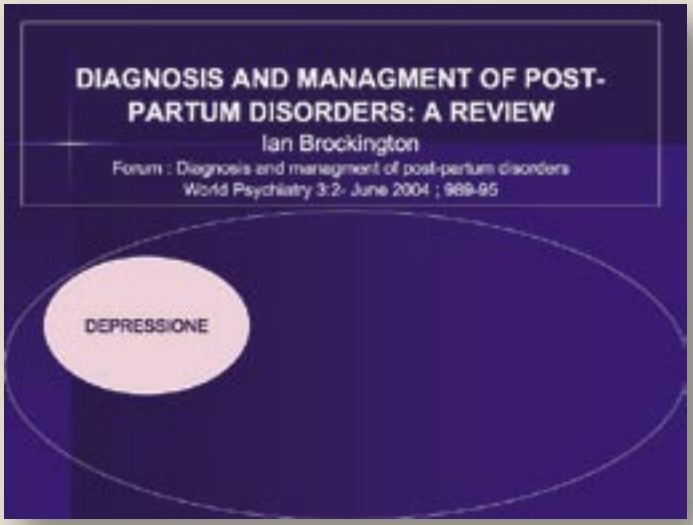

E' importante
identificare le donne con maternity-blues poiché il 20% di esse presentano un episodio depressivo maggiore nel primo anno dopo il parto
(Kennerly & Gath,'89; Najman et al 2000)

19

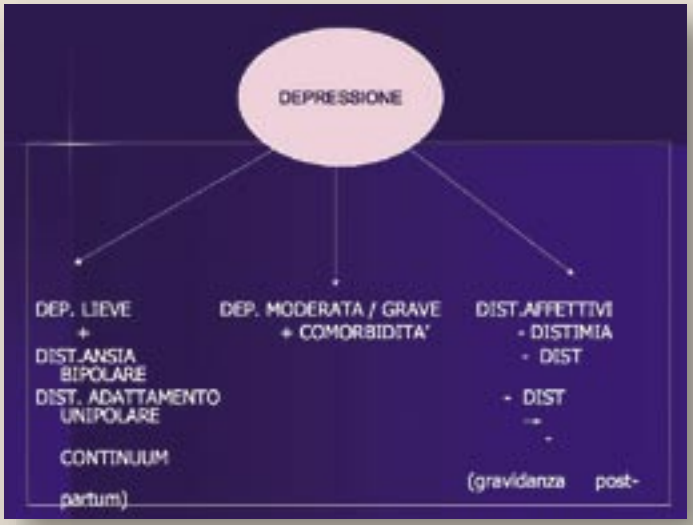

DIAGNOSIS AND MANAGMENT OF POST-PARTUM DISORDERS: A REVIEW
Ian Brockington
Forum : Diagnosis and managment of post-partum disorders
World Psychiatry 3:2- June 2004 ; 989-95
DEPRESSIONE
ANSIA
PSICOSI
DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

20

21


DIAGNOSIS AND MANAGMENT OF POST-PARTUM DISORDERS: A REVIEW
Ian Brockington
Forum : Diagnosis and managment of post-partum disorders
World Psychiatry 3:2- June 2004 ; 989-95
DEPRESSIONE

22


DEPRESSIONE
DEP. LIEVE
+
DIST.ANSIA BIPOLARE
DIST. ADATTAMENTO UNIPOLARE
CONTINUUM
partum)
DEP. MODERATA / GRAVE
+ COMORBIDITA'
DIST.AFFETTIVI
- DISTIMIA
- DIST
- DIST
(gravidanza post-

Depressione puerperale sottodiagnosticata

- Solo il 49% delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede un intervento medico (Mc Lennan et al.1996)
- Fino al 50% dei casi di depressione nel post-partum restano sconosciuti (Ramsay 1993)
- I sintomi che compaiono in questo periodo sono frequentemente sottovalutati e trascurati sia dalle pazienti che dai clinici (Coates et al. 2004, Evins et. al 2000)

23

Depressione puerperale sottodiagnosticata

- I ginecologi diagnosticano solo una parte delle depressioni post-partum (16% vs 22%)
- Non riconoscono adeguatamente le depressioni a rischio suicidario (Morris-Rush et al. 2003)

➡ Più del 50% delle DP non viene diagnosticato dal ginecologo (Tatano-Beck, 2003)

- Dimissioni in 3° giornata
- Visita di controllo a 40 giorni

24

25

DEPRESSIONE POST PARTUM

- Esordisce generalmente nelle 3-4 settimane successive al parto e la sintomatologia diventa ingravescente manifestandosi clinicamente verso il 4-5 mese
- La sua incidenza varia dal 9 al 22% e si manifesta prevalentemente nel primo trimestre post-partum

26

DEPRESSIONE PUERPERALE

Ha le caratteristiche della depressione maggiore

La donna presenta **per almeno 2 settimane** :

- Umore depresso
- Mancanza di piacere ed interesse nelle abituali attività

Almeno 5 dei seguenti sintomi:

- disturbi del sonno, dell'appetito,
- iperattività motoria o letargia,
- faticabilità o mancanza di energia
- sensi di colpa, bassa autostima, sentimenti di impotenza e disvalore,
- ridotta capacità di pensare o di concentrarsi
- pensieri ricorrenti di morte

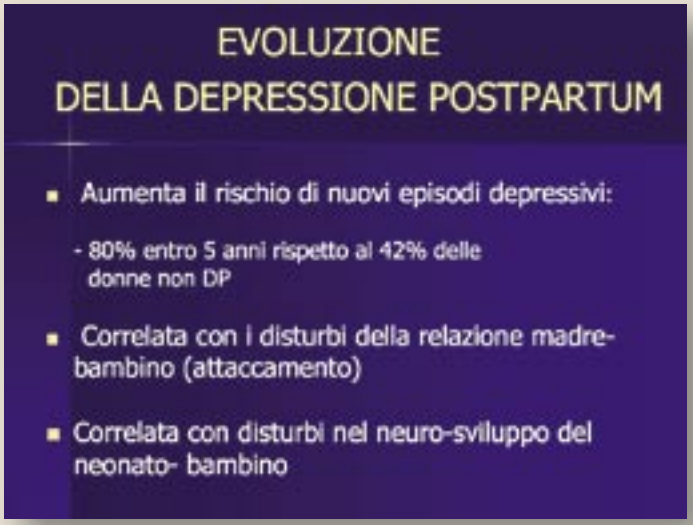
IDEAZIONE DEPRESSIVA PUERPERALE
Incapacità di prendersi cura del figlio
Paura ed insicurezza che hanno come oggetto la "fragilità" del bambino
Sentimenti ambivalenti o negativi
Paura di nuocere al neonato

27

"UN LADRO CHE RUBA LA MATERNITA"
Non trattata dura 6 mesi o più; il 25% ne soffre oltre l'anno
Molte donne con DPP tendono ad avere episodi prolungati; diversi studi suggeriscono che gli episodi depressivi tendono ad essere più lunghi e severi nelle donne con storia di depressione
(Cooper &Murray 1995, Goodman 2004)

28

29


EVOLUZIONE
DELLA DEPRESSIONE POSTPARTUM
Aumenta il rischio di nuovi episodi depressivi:
- 80% entro 5 anni rispetto al 42% delle donne non DP
Correlata con i disturbi della relazione madre-bambino (attaccamento)
Correlata con disturbi nel neuro-sviluppo del neonato- bambino

30

STORIA PSICHITRICA PREGRESSA DEPRESSIONE PUERPERALE

Storia di depressione maggiore	25%
Storia di depressione post-partum	50%
Depressione maggiore in gravidanza	33%
Nessuna storia di depressione	2 - 5%

31

DIAGNOSIS AND MANAGMENT OF POST-PARTUM DISORDERS: A REVIEW

Ian Brockington

Forum : Diagnosis and managment of post-partum disorders
World Psychiatry 3:2- June 2004 ; 989-95

DEPRESSIONE

ANSIA

32

33

ANSIA

DIST PANICO

NUOCERE

DISMORFOFOBIE

DIST.ANSIA

DIST.OSSESSIVO

- PAURE DI

AL BAMBINO

-

34

DIAGNOSIS AND MANAGMENT OF POST-PARTUM DISORDERS: A REVIEW

Ian Brockington

Forum : Diagnosis and managment of post-partum disorders
World Psychiatry 3:2- June 2004 ; 989-95

DEPRESSIONE

ANSIA

PSICOSI

35

36

37

Postpartum psychoses: closer to schizophenia or the affective spectrum?
Claudia Kohl, 2004

- La psicosi puerperale sembra non possedere una distinta specificità diagnostica
- Alcuni Autori (Kendell), la pongono come un episodio depressivo/maniacale con sintomi psicotici in un continuum affettivo.
- Alcuni Autori (Howard, Katona) la individuano come schizofrenia,psicosi paranoide, psicosi non altrimenti specificata
- Alcuni Autori (Pfuhlmannla) codificano come Psicosi Schizoaffettiva

38

Postpartum psychoses: closer to schizophenia or the affective spectrum?
Claudia Kohl, 2004

- **Chandra et al** hanno valutato **donne indiane** che nel postpartum hanno esordito con un disturbo psichiatrico grave(ICD –10):
  - ✓ un terzo delle donne risultava affetto da depressione
  - ✓ 28% con disturbo bipolare,
  - ✓ 39% con schizofrenia o altri disturbi psicotici
- **Fatoye e Fasubaa** hanno osservato nel primo anno dopo il parto **donne nigeriane** con psicosi postpartum (DSM III –R) ed hanno riscontrato che la schizofrenia era il disturbo psicotico più frequente

DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

- DISTURBO DELL'ATTACCAMENTO DELLA MADRE VERSO IL BAMBINO
- CARATTERIZZATO DA SENTIMENTI DI RIFIUTO, ASTIO E COLLERA VERSO IL NEONATO
- IL DISTURBO DI RELAZIONE E' UN FENOMENO DISTINTO DALLA DEPRESSIONE PUERPERALE:
  - L'AVVERSIONE MATERNA AL PROPRIO BAMBINO NON E' PROPORZIONATA ALLA GRAVITA' DEL QUADRO DEPRESSIVO
  - NON E' PRESENTE UNA DEPRESSIONE PUERPERALE
- L'ETIOLOGIA DEL DISTURBO E' VEROSIMILMENTE DIFFERENTE DALLA DEPRESSIONE PUERPERALE CON MAGGIORE ENFASI AD ALCUNI FATTORI DI RISCHIO COME UNA GRAVIDANZA INDESIDERATA O UN BAMBINO IMPEGNATIVO

39

DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

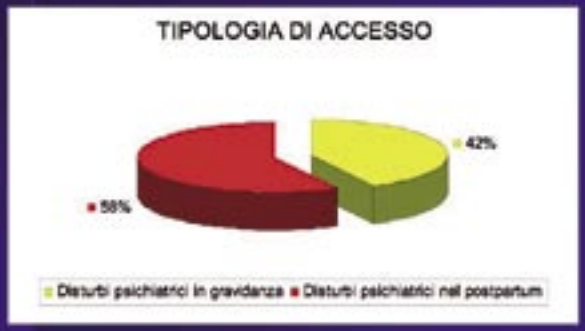
- COMPORTAMENTO DI FUGA O DI AFFIDO
- IDEAZIONI POLARIZZATE SUL BAMBINO:RUBATO O MORTE IN CULLA
- MANIFESTAZIONI DI AVVERSIONE AL NEONATO: GRIDARE, IMPRECARE, STRILLARE
- IMPULSI AGGRESSIVI. COLPIRE, SCUOTERE, SOFFOCARE
- NON TRATTATI EVOLVONO IN INFANT ABUSE O NEGLIGENZA NELLE CURE
- TRATTATI REGREDISCONO CON RISOLUZIONE COMPLETA

40

41

42

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE-400



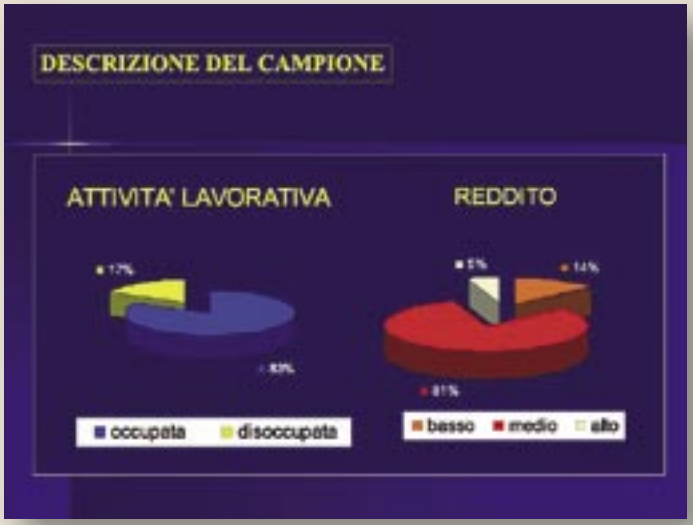
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE
Età media dell'intero campione: 35,1 (Età min 21aa, max 45aa)
NAZIONALITA'
Età media= 35,5
9%
Età media= 31,8
91%
italiana straniera

43

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE
SCOLARITA'
0%
16%
37%
47%
elementari media inf media sup laurea

44

45


DESCRIZIONE DEL CAMPIONE
ATTIVITA' LAVORATIVA
17%
83%
occupata disoccupata
REDDITO
5%
14%
81%
basso medio alto

46

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE
PARTNER
6%
94%
presente assente

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE
NUMERO DI GRAVIDANZE
31%
69%
primipara
pluripara

47

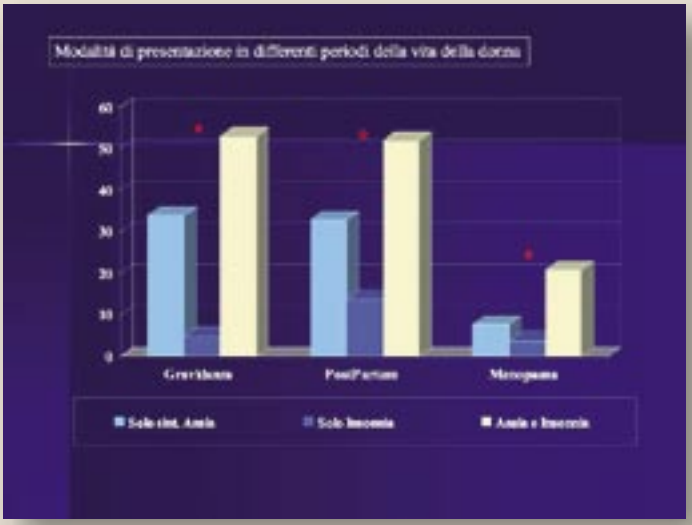
Descrizione del campione
224 donne si sono rivolte al centro per problemi d'ansia o insonnia durante la gravidanza, il postpartum o il periodo della perimenopausa
33
92
99
Gravidanza
Postpartum
Menopausa

48

49

L'insonnia come sintomo
L'insonnia, indipendentemente dal periodo di accesso è un sintoma manifestato molto frequentemente dalle donne
34%
66%

50


Modalità di presentazione in differenti periodi della vita della donna
60
50
40
30
20
10
0
Gravidanza
Post Partum
Menopausa
Solo sint. Ansia
Solo Insonnia
Ansia e Insonnia

Ansia e Insonnia in relazione alla parietà

	PRIMIPARE	SINTOMATOLOGIA	PLURIPARE	
63.8%	25 (39.6%)	Ansia in gravidanza n.s.	12 (37.5%)	62.5%
	16 (24.2%)	Insonnia in gravidanza n.s.	8 (25.0%)	
93.8%	31 (49.2%)	Ansia nel postpartum n.s.	14 (43.5%)	87.0%
	25 (39.6%)	Insonnia nel postpartum	14 (43.5%)	

51

LA DEPRESSIONE MATERNA ED IL NEONATO

- La madre depressa nel post-partum sembra avere una minore possibilità di sviluppare un'adeguata relazione con il proprio figlio.
- Nel periodo postpartum le madri depresse manifestano difficoltà nell'interazione con i loro neonati, incluso un minore contatto visivo durante l'allattamento (Livingood, Dean, Smith, 1983), minore piacevolezza e reciprocità (Field, 1984; Field et al, 1985)

52

53

IL NEONATO E LA MADRE DEPRESSA

- I bambini di madri depresse hanno maggiore bisogno di cure
- Aumento del **44%** dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico
- Riduzione del **20%** dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni

(Minkovitz et Al. 2005)

- Significativo aumento di abuso fisico

(Tatano Beck, 2003)

54

PSICOSI POST-PARTUM

- Si manifesta in meno di 2 casi ogni 1000 parti
- E' la più grave delle sindromi post-partum
- La maggior parte degli studi longitudinali indica che la maggior parte delle donne con psicosi post-parto presenta un disturbo dell'Umore (70%), più frequentemente un Disturbo Bipolare (Claudron & Pies 2003)
- L'esordio di solito inizia 2-3 settimane dopo il parto spesso con un rapida evoluzione dei sintomi nell'arco di pochi giorni (48-72 ore)
- Richiede diagnosi tempestiva e trattamento urgente

PSICOSI POST-PARTUM

I quadro clinico appare molto simile a quello che caratterizza gli episodi maniacali o misti

I primi sintomi a comparire sono
- insonnia
- irritabilità
- agitazione

- confusione
- disorientamento
- comport. disorganizzato
- allucinazioni uditive o illusioni
- idee deliranti spesso centrate sul neonato
- rapide oscillazioni del tono dell'umore (tristezza-euforia)
- omicidio-suicidio

55

PROGNOSI PSICOSI POST-PARTUM

- Poiché la psicosi post-partum comporta un rischio di suicidio, negligenza nella cura del bambino o infanticidio (1 caso su 50.000), le pazienti vengono in genere ricoverate.
- Le donne il cui primo episodio psicotico avviene nel periodo post partum presentano un rischio del 60% di disturbo ricorrente dell'affettività e dovrebbero pertanto essere seguite per anni.

56

57

PROGNOSI PSICOSI POST-PARTUM

- Circa il 5% delle donne con Psicosi Post-partum commette suicidio
- Circa il 4% infanticidio (Knopps,'93)
- Circa 2/3 di queste donne presenta una ricaduta nelle fasi successive
- Circa i 2/3 avranno successivi episodi psicotici puerperali (Videbeck & Goulaev, '95)

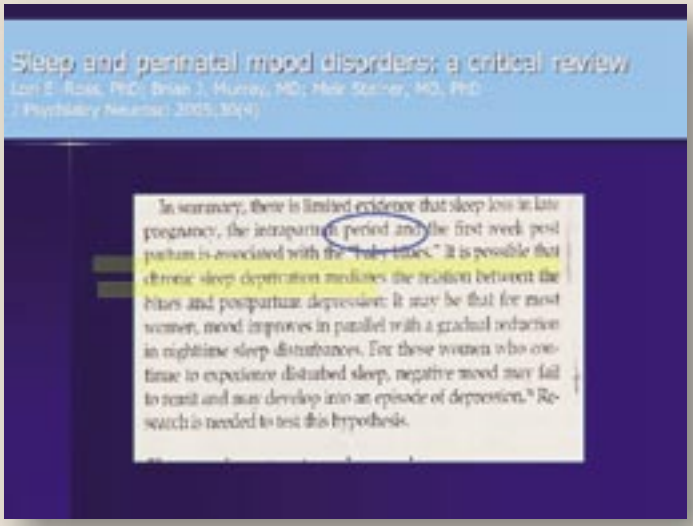
58

"PRESA IN CURA"

Costruire un progetto terapeutico

PSICOLOGICO **FARMACOLOGICO**

- La scelta del trattamento dovrebbe essere guidata dal tipo e dalla severità del quadro sintomatologico nonché dal grado di compromissione del funzionamento
- Questi interventi si possono avviare contemporaneamente o in sequenza



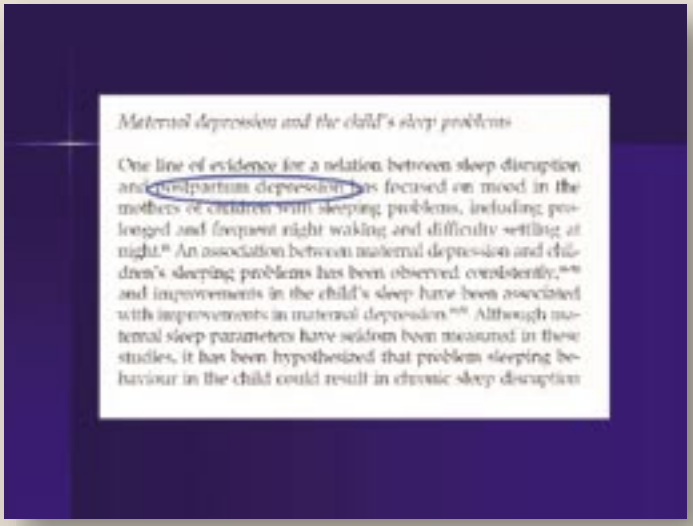
Sleep and perinatal mood disorders: a critical review

Lori E. Rosa, PhD; Brian J. Murray, MD; Meir Steiner, MD, PhD

J Psychiatry Neurosci 2005;30(4)

In summary, there is limited evidence that sleep loss in late pregnancy, the intrapartum period and the first week post partum is associated with the "baby blues." It is possible that chronic sleep deprivation mediates the relation between the blues and postpartum depression. It may be that for most women, mood improves in parallel with a gradual reduction in nighttime sleep disturbances. For those women who continue to experience disturbed sleep, negative mood may fail to remit and may develop into an episode of depression.[9] Research is needed to test this hypothesis.

59

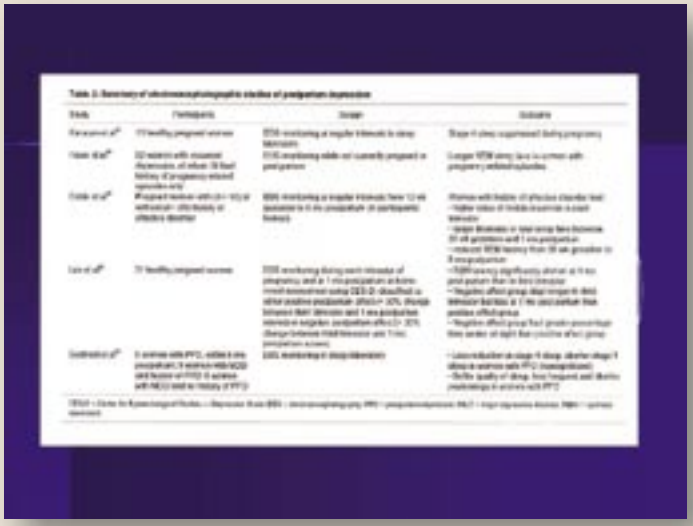


Maternal depression and the child's sleep problems

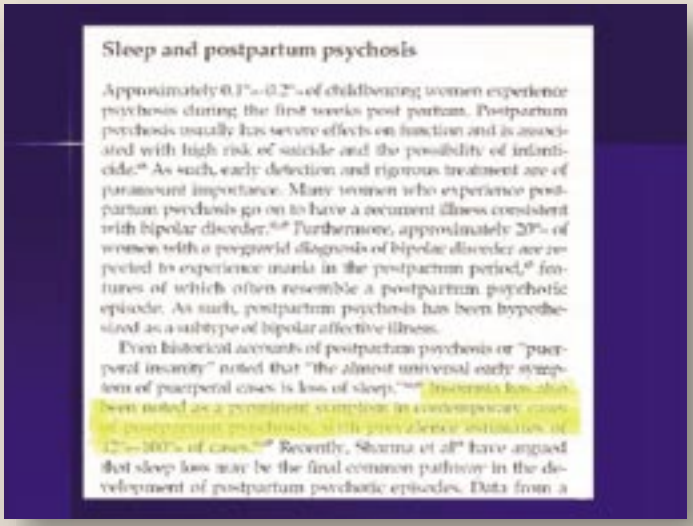
One line of evidence for a relation between sleep disruption and postpartum depression has focused on mood in the mothers of children with sleeping problems, including prolonged and frequent night waking and difficulty settling at night.[8] An association between maternal depression and children's sleeping problems has been observed consistently,[8,9] and improvements in the child's sleep have been associated with improvements in maternal depression.[8,9] Although maternal sleep parameters have seldom been measured in these studies, it has been hypothesized that problem sleeping behaviour in the child could result in chronic sleep disruption

60

61



62



Sleep and postpartum psychosis

Approximately 0.1%–0.2% of childbearing women experience psychosis during the first weeks post partum. Postpartum psychosis usually has severe effects on function and is associated with high risk of suicide and the possibility of infanticide.[10] As such, early detection and rigorous treatment are of paramount importance. Many women who experience postpartum psychosis go on to have a recurrent illness consistent with bipolar disorder.[6,8] Furthermore, approximately 20% of women with a postpartum diagnosis of bipolar disorder are expected to experience mania in the postpartum period,[8] features of which often resemble a postpartum psychotic episode. As such, postpartum psychosis has been hypothesized as a subtype of bipolar affective illness.

Even historical accounts of postpartum psychosis or "puerperal insanity" noted that "the almost universal early symptom of puerperal cases is loss of sleep."[10,11] Insomnia has also been noted as a prominent symptom in contemporary cases of postpartum psychosis, with prevalence estimates of 42%–100% of cases.[7,8] Recently, Sharma et al[8] have argued that sleep loss may be the final common pathway in the development of postpartum psychotic episodes. Data from a

A causa del sonno che mi invade
non riesco neppure a pensare
e a causa del sonno che non riesco a
raggiungere mi è perfino impossibile
sentire…

F.Pessoa

63

Blues and perinatal mood disorders: a critical review
Lori E. Ross, PhD, Brian J. Murray, MD, Meir Steiner, MD, PhD
J Psychiatry Neurosci. 2005;30(4)

INDICAZIONI PER UN CONTROLLO DEL SONNO:

- Valutare l'indicazione all'allattamento al seno
- Possibilità di utilizzare il tiralatte durante le ore diurne ed utilizzare il latte materno x la notte
- Possibilità di allattare con latte artificiale svegliando la madre solo se necessario
- Possibilità di degenza senza la presenza del neonato (nursery) che viene portato alla madre in specifici orari
- Aumento del tempo di degenza
- Riduzione visite parenti

64

65

STRATEGIE DI INTEVENTO

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

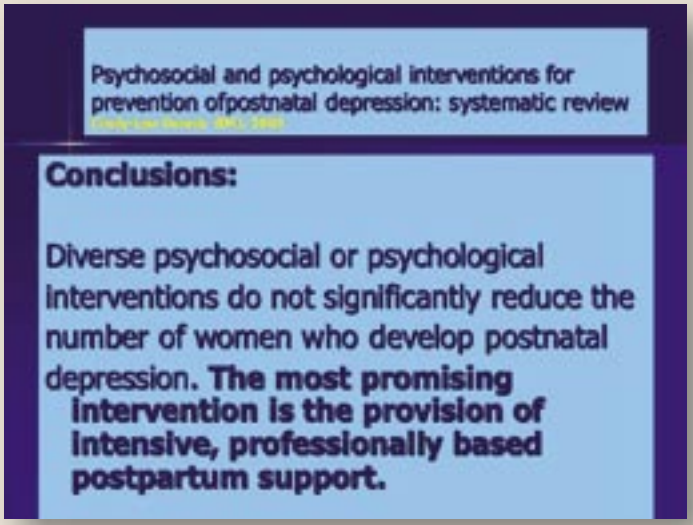
- Psicoterapia di supporto
- Psicoterapia cognitiva
- Psicoterapia cognitivo-comportamentale
- Psicoterapia interpersonale
- Psicoterapia analitica

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

66

The Effectiveness of Various Postpartum Depression Treatments and the Impact of Antidepressant Drugs on Nursing Infants
[J Am Board Fam Pract 16(5):372-382, 2003

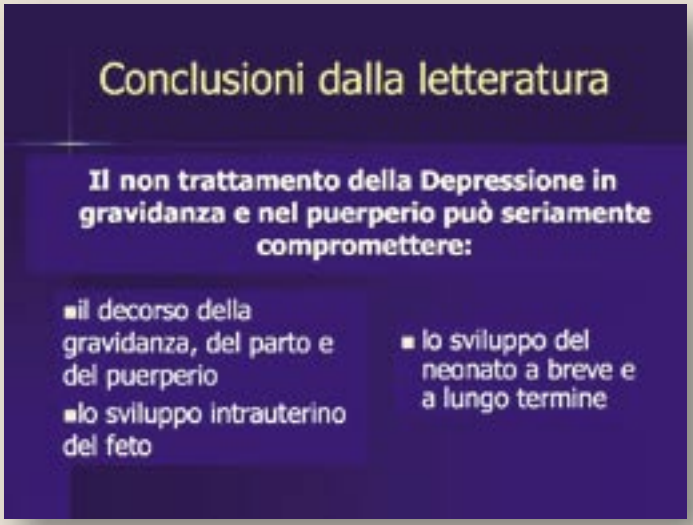
Effects of Individual and Group Psychotherapy on PPD



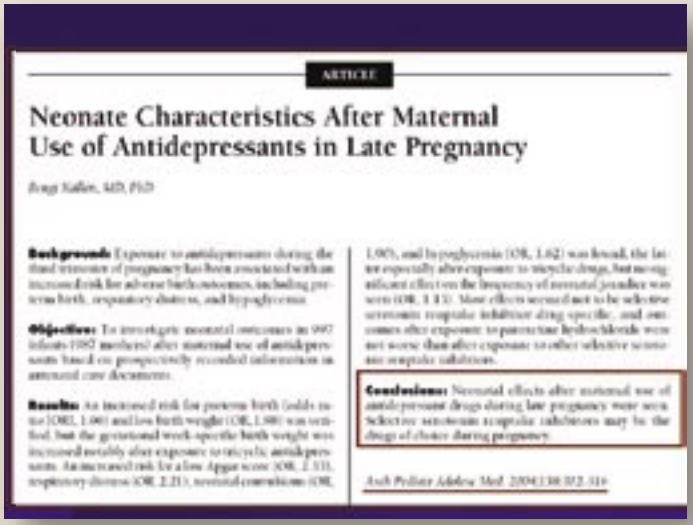
67

68

69

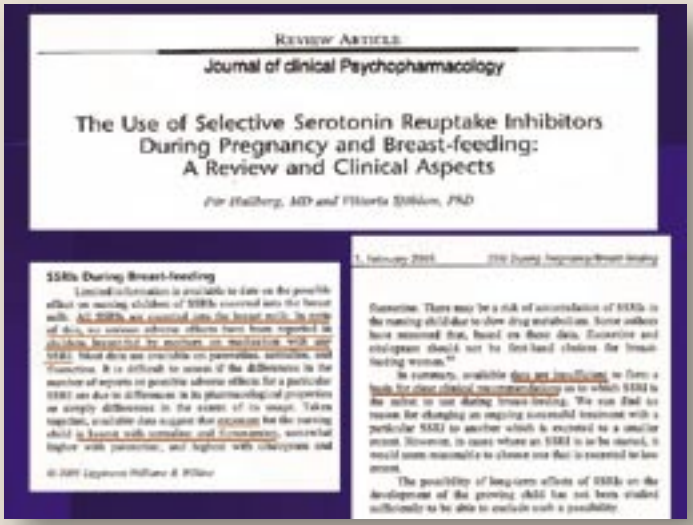


70


ARTICLE

Neonate Characteristics After Maternal Use of Antidepressants in Late Pregnancy

Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158:312-316


Review Article
Journal of clinical Psychopharmacology
The Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors During Pregnancy and Breast-feeding: A Review and Clinical Aspects
SSRIs During Breast-feeding

71

Review Article
The Safety of Newer Antidepressants in Pregnancy and Breastfeeding
Salvatore Gentile
Rischio di teratogenesi per SSRI e Venlafaxina = popolazione generale. Altri AD > ??

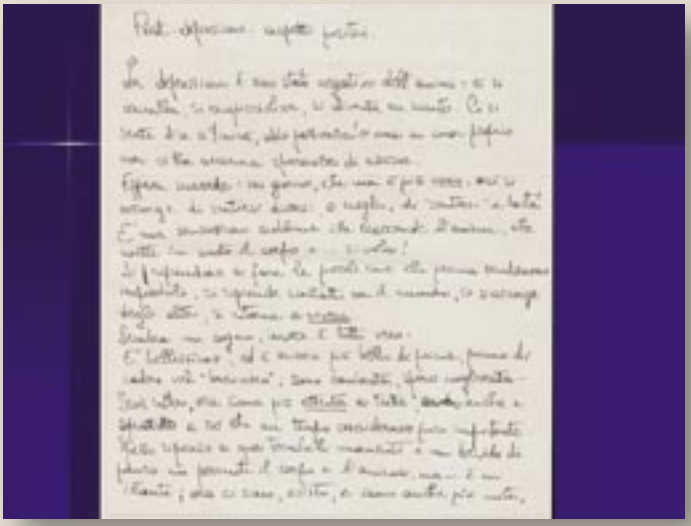
72

73

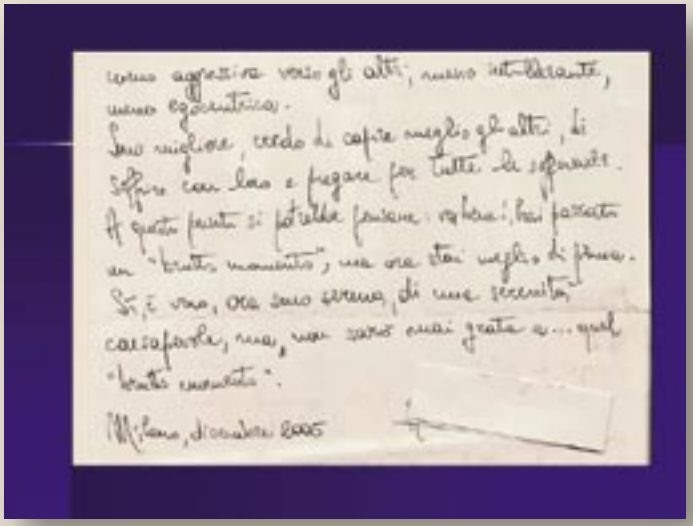
Gestione del trattamento farmacologico della depressione in gravidanza e nel post-partum
Principi Generali
Evitare PSF di cui non sono disponibili dati.
Evitare "prodotti naturali" > iperico
Usare dosi minime efficaci e frazionate.
Preferire la monoterapia.
Avviare/Sospendere gradualmente il trattamento.
Considerare i trattamenti alternativi: psicoterapia interpersonale/cognitiva, ECT

74

Gestione della depressione in gravidanza e nel post -parto
Valutazione Rischi/Benefici
Necessità di una gestione integrata!
Medico di medicina generale
Ginecologo
Ostetrica
Infermiera pediatrica
Psichiatra
Neonatologo
Pediatra



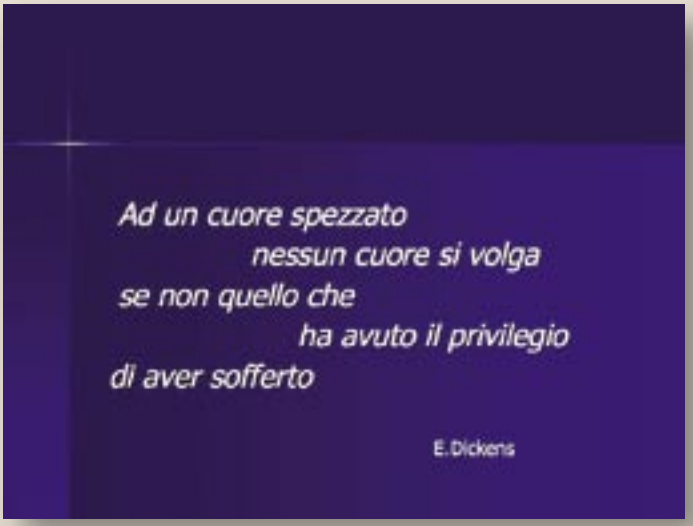
75


meno aggressiva verso gli altri, meno intolleranti, meno egocentrica.
Sono migliore, credo di capire meglio gli altri, di soffrire con loro e pregare per tutti di sopportare.
A questo punto si potrebbe pensare: va bene! hai passato un "brutto momento", ma ora stai meglio di prima.
Sì, è vero, ora sono serena, di una serenità consapevole, ma, non sono mai grata a... quel "brutto momento".
Milano, dicembre 2005

76

77

78


Ad un cuore spezzato
nessun cuore si volga
se non quello che
ha avuto il privilegio
di aver sofferto

E. Dickens

Non lasciamole sole

Una rete di tutela contro la depressione post partum

Atti del **Convegno Nazionale SIGO**
Roma, 2 aprile 2008

Intermedia editore

SIGO
SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA
E OSTETRICIA

Atti del Convegno Nazionale SIGO

Non lasciamole sole

Una rete di tutela
contro la depressione post partum

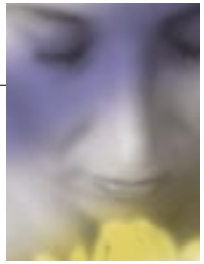
Roma, 2 aprile 2008

SIGO
SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA
E OSTETRICIA

Non lasciamole sole

Una rete di tutela
contro la depressione post partum

Convegno Nazionale SIGO



P r o g r a m m a

9.30 **Introduzione**

Mauro Boldrini, giornalista

Aldo Morrone, Direttore Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

Giorgio Vittori, Presidente SIGO

9.45 **La depressione post partum in Italia: fotografia del problema**

Claudio Mencacci
Direttore del dipartimento di psichiatria dell'Azienda ospedaliera Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

10.00 **Il punto di vista dei ginecologi italiani: i risultati del sondaggio SIGO**

Emilio Arisi
Consigliere nazionale SIGO

10.15 **La depressione post partum nelle mamme-adolescenti**

Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica San Raffaele Resnati, Milano

10.30 **I fattori di rischio: la depressione post partum nelle donne a rischio di emarginazione sociale**

Aldo Morrone
Direttore Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà, Roma

10.45-12.15

Tavola rotonda: Quali interventi possibili?

Modera: Sabrina Smerrieri, giornalista

La depressione post partum nella formazione del ginecologo
Roberto Russo
Presidente Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica

L'ostetricia: medicina della persona, unità dell'assistenza alla nascita, dalla visita preconcezionale alla fine del puerperio
Romano Forleo
Primario Emerito Fatebenefratelli Isola Tiberina Roma, Docente di Psicosomatica Ostetrica e Ginecologia Scuola di Special. Tor Vergata

La maternità oggi: momento di transizione
Viviana Garbagnoli
Presidente dell'Associazione "la Casa Rosa", Milano

Il ruolo di sentinella del Medico di Famiglia
Raffaella Michieli
Segretario Nazionale Società Italiana Medicina Generale

Quando chiedere aiuto diventa necessario
Alessandro Grispini, Psichiatra

12.15 **La campagna SIGO "Non lasciamole Sole"**

Giorgio Vittori
Presidente SIGO

12.40 **Istituzioni e ginecologi insieme, a fianco della donna**

Nicola Di Tullio
Presidenza del Consiglio dei Ministri

13.00 **Dibattito**

Indice

5 **Introduzione**
Mauro Boldrini, Aldo Morrone, Giorgio Vittori

7 **La depressione post partum in Italia: fotografia del problema**
Claudio Mencacci, Roberta Anniverno

31 **Il punto di vista dei ginecologi italiani: i risultati del sondaggio SIGO**
Emilio Arisi

38 **La depressione post partum nelle mamme-adolescenti**
Alessandra Graziottin

55 **I fattori di rischio: la depressione post partum nelle donne a rischio di emarginazione sociale**
Aldo Morrone

Tavola rotonda: Quali interventi possibili?

84 Introduzione
Sabrina Smerrieri

85 La depressione post partum nella formazione del ginecologo
Roberto Russo

87 L'ostetricia: medicina della persona, unità dell'assistenza alla nascita, dalla visita preconcezionale alla fine del puerperio
Romano Forleo

89 La maternità oggi: momento di transizione
Viviana Garbagnoli

93 Il ruolo di sentinella del Medico di Famiglia
Raffaella Michieli

101 Quando chiedere aiuto diventa necessario
Alessandro Grispini

105 **Istituzioni e ginecologi insieme, a fianco della donna**
Nicola Di Tullio

106 **La campagna SIGO "Non lasciamole sole"**
Giorgio Vittori