Mamme adolescenti: quando la maternità causa depressione e dolore. Come aiutarle? â€“ Prima parte
Disturbi dell'umore e fattori predittivi

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

Introduzione

I disturbi dell'umore in puerperio sono una delle più gravi cause di solitudine, in un momento in cui la donna presenta la massima vulnerabilità psichica (Graziottin 2003). Purtroppo tendono ad essere sottovalutati e a ricevere attenzione solo quando tragedie familiari di infanticidio e/o suicidio, o studi come quello di Cynthia Minkovitz e collaboratori (Minkovitz et Al. 2005) evidenziano la grande vulnerabilità psichica di ogni neomamma, soprattutto se molto giovane. E questo nonostante siano molto più frequenti della gestosi, del diabete gestazionale e del parto prematuro.

In questa **prima scheda** analizzeremo l'impatto della depressione puerperale nelle mamme adolescenti con particolare riferimento (Graziottin 2003, 2005): 1) ai tipi di disturbo che si possono manifestare, dai più lievi ai più gravi;

2) all'omissione diagnostica che spesso investe la depressione post partum;

3) ai fattori predittivi di vulnerabilità ai disturbi dell'umore dopo il parto, con particolare riguardo alle adolescenti;

4) alle comorbilità mediche e psicosessuali.

Nella **seconda scheda** illustreremo invece:

1) le cause di quella che si può definire una vera "collusione del silenzio" riguardo ai disturbi dell'umore nelle mamme adolescenti ;

2) i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento della depressione puerperale;

3) i rischi per il bambino della mamma depressa;

4) come si diagnostica la depressione post partum;

5) la terapia a livello farmacologico, psicoterapeutico e psicosociale.

La vostra voce â€“ Che cosa si prova

Questo bambino è troppo faticoso per me... Non ce la faccio più.

Mi vergogno a vedere che tutti sono felici, perfino i miei genitori che all'inizio si erano arrabbiati moltissimo. Loro mi aiutano molto, ma per me questo bambino è un estraneo. Non posso più fare la ragazza come le mie amiche. Mi ha cambiato la vita... ma in peggio. E non posso dirlo a nessuno.

Pensavo che fosse tutto più facile. Lui piange sempre e io non so più cosa fare.

Non dormo più. Ho sempre paura che le succeda qualcosa. E' nata prematura, è stata tanto in

incubatrice. E adesso che è a casa ho paura che mi muoia. Vado a controllare se respira tre-quattro volte per notte.

Sono rimasta incinta per sbaglio. Il mio ragazzo prima mi ha detto di tenerlo, poi mi ha lasciata. Tutti dicono "tienilo che poi ti aiutiamo", ma io mi sento sola come un cane. Nessuno mi aiuta e io sono disperata...

Per me questo bambino è un marziano. Non lo capisco, nessuno mi ha insegnato a capire perché piange. Siamo soli io e lui tutto il giorno, e alla fine piangiamo tutti e due...

I disturbi dell'umore dopo il parto

I disturbi dell'umore in puerperio si presentano come un continuum che va dalle forme lievi a quelle psicotiche (Gabbard 1998; Yonkers e Chantilis 1995; Graziottin 2005). Si distinguono tre grandi gruppi:

a) **disturbi lievi**, noti come **"maternal blues"**, "baby blues", o anche "lacrime del latte" nel lessico delle nostre nonne, che ben avevano notato la sincronia fra le crisi di pianto e il momento dell'allattamento. Interessano dal 40 all'85% delle neomamme; hanno un picco tra il 3° e il 5° giorno dopo il parto, e tipicamente si attenuano fino a scomparire nel giro di 24-72 ore. Il primo e più efficace trattamento è la presenza affettuosa e comprensiva della madre, o di una figura femminile particolarmente vicina alla donna, oltre che del partner;

b) **disturbi di media gravità**, che costituiscono la vera e propria **depressione puerperale**, ora crescentemente riconosciuta come una seria complicanza post partum. Interessa dal 10 al 15% delle puerpere globalmente considerate, fino al 36% delle neomamme adolescenti. Il quadro clinico viene considerato come depressione puerperale quando i sintomi (riassunti nella tabella "Sintomi di depressione puerperale") sono presenti per due settimane o più. La maggior parte delle donne colpite ne soffre per oltre 6 mesi. In assenza di diagnosi e trattamento adeguato, il 25% continua ad averla in forma grave dopo un anno dall'esordio. Il 50% esordisce subito dopo il parto, indicando bene la stretta relazione causale fra il rapido crollo dei livelli estrogenici, elevati in gravidanza, e il disturbo depressivo;

c) **disturbi gravi**, fino alla **psicosi puerperale**. Anche se relativamente rara – interessa lo 0,1-1,2% di tutti i parti – ha tuttavia un'incidenza da 12 a 14,5 volte superiore rispetto al periodo prenatale. I sintomi compaiono generalmente entro le prime 4 settimane dal parto, quando il rischio di ospedalizzazione per psicosi è di 22 volte superiore a quello pregravidico, ma può manifestarsi fino a 90 giorni dopo il parto. Un secondo, seppur minore, picco di incidenza compare tra i 18 e i 24 mesi.

Questi tre disturbi cardinali possono intrecciarsi con altre patologie psichiatriche, per cui si parla anche di **"patoplasticità"**, termine che indica come disturbi diversi possano comparire e/o associarsi in periodi di particolare vulnerabilità neurobiologica e psichica, qual è il post partum, specialmente nelle mamme adolescenti. Nelle giovanissime, in particolare, è più frequente ritrovare una comorbilità importante fra depressione e:

a) **disturbo di panico**, un'esasperazione del disturbo d'ansia che merita attenzione già durante la gravidanza;

b) **disturbo ossessivo-compulsivo**, che poi può sfociare in forme di psicosi;
c) **disturbo post-traumatico da stress**, presente nelle donne che abbiano alle spalle una storia di abusi (fisici, psicoemotivi e/o sessuali); in questi casi, la condizione di stress si può poi ripercuotere drammaticamente sul bambino (Graziottin 2003, 2005).

Sintomi di depressione puerperale

- Umore disforico
- Perdita di interesse nelle attività che abitualmente danno piacere, 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.

L'omissione diagnostica

Purtroppo **il dolore fisico ed emotivo** della donna depressa dopo il parto è ancor oggi trascurato (Yonkers e Chantilis 1995; Graziottin 2003, 2005; Mc Queen et Al. 2008). I ginecologi riconoscono solo una parte delle depressioni puerperali (16% di casi diagnosticati, contro il 22% di incidenza); non commentano i disturbi dell'umore nel 28% dei casi; ancor più grave, non hanno una formazione che consenta loro di individuare adeguatamente le depressioni a rischio suicidario. Secondo altri studi, più del 50% delle depressioni post-partum **non viene diagnostica**to (Reid e Meadows-Oliver 2007).
Queste percentuali, note in letteratura, trovano un'ulteriore conferma nei dati di un recente sondaggio condotto dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) fra i ginecologi iscritti alla Società. La ricerca indica come il 70% dei medici interpellati non affronti il tema della depressione con le proprie assistite, l'83% non abbia a disposizione materiali informativi e il 100% ritenga necessari corsi d'aggiornamento sull'argomento. Purtroppo su questo punto si registrano notevoli difficoltà a livello internazionale. Lo Stato che attualmente mostra invece una grandissima sensibilità su questo tema è il Canada, che sta sviluppando un'articolata attività di attenzione alla donna, e non solo in ambito ginecologico, con studi e pubblicazioni eccellenti.
Un primo suggerimento che possiamo trarre dall'esperienza canadese (Secco et Al. 2007; McQueen et Al. 2008) e anche statunitense (Reid e Meadows-Oliver 2007; Meade e Iskovics 2005), nonché dalle linee guida recentemente pubblicate, è **la valorizzazione del ruolo delle ostetriche e delle infermiere**, personale prezioso specialmente in questa delicata fase della vita della donna. Il ginecologo da solo non è sufficiente: c'è bisogno anche di altre figure

professionali sensibili e preparate.

I fattori predittivi di depressione puerperale nelle adolescenti

a) Depressione preesistente alla gravidanza

In merito ai fattori predittivi va innanzitutto sottolineato che la depressione **può preesistere** alla gravidanza. Questo stato emotivo, fra l'altro, è un potente fattore di rischio per i concepimenti indesiderati. Le ragazze depresse presentano infatti bassa autostima, scarsa fiducia nelle proprie capacità, perdita di interessi, un approccio ("coping") passivo o catastrofista alle difficoltà della vita, distorsioni cognitive e una sensazione di perdita di controllo sugli eventi. Tutti questi atteggiamenti, a loro volta, possono comportare **inadeguate decisioni in ambito procreativo**, soprattutto sul fronte della contraccezione.

Vediamo più in dettaglio questo importante aspetto. Una ragazza depressa cerca affetto perché ha bisogno di essere consolata: e oggi "affetto" è fare sesso, spesso un sesso non protetto. La depressione comporta quindi una maggiore vulnerabilità ai concepimenti indesiderati perché:

- influenza in generale **gli atteggiamenti sessuali**, aumentando la disponibilità dell'adolescente;
- riduce **i comportamenti di autoprotezione** (per esempio, uso del profilattico);
- diminuisce **la compliance, l'aderenza e la consistenza d'uso** dei contraccettivi ormonali;
- influisce negativamente sulla **qualità della relazione di coppia**;
- è associata a **un aumentato rischio** di abbandono della scuola, emarginazione, negletto, abuso.

L'adolescente che concepisce, soprattutto in una realtà come quella italiana, esprime dunque una situazione di drammatico disagio psicosociale, collegato ad altri fattori di rischio per la sua salute fisica, psichica e psicosociale, che andrebbero diagnosticati e curati ben prima di arrivare alla gravidanza (Graziottin 2003, 2005).

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 della giovane durante la gestazione. La **gravidanza nelle adolescenti** si associa in particolare:

- a un aumento del rischio gestazionale, con esiti più problematici sia per la mamma che per il bambino;
- a una più bassa scolarità;
- a maggiore vulnerabilità a dipendenze ed abusi.

Quest'ultimo aspetto è di particolare gravità per la salute del piccolo, al punto che giustamente si parla di **"fetal abuse"**, abuso sul feto. La dipendenza da fumo, alcol e droghe, spesso associata a disturbi dell'umore, determina infatti modificazioni neurobiologiche nel cervello del bambino, che poi diventano fattori di rischio per una sua dipendenza futura dalle medesime sostanze. Il fumo in gravidanza, in particolare, comporta un'insufficienza placentare con grave sofferenza fetale.

La gravidanza in età adolescenziale comporta infine un reddito atteso futuro più basso, quindi una maggiore dipendenza dall'assistenza sociale, e 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 (Gabbard 1998; Beck 2001; Graziottin 2003; Reid e Meadows-Oliver 2007; Secco et Al. 2007) e relativi a:

1. **precedente depressione personale** ($p<0.0006$): ecco perché l'anamnesi è importantissima. Se la donna ha già precedenti di depressione, o se presenta una sindrome premestruale severa, il medico sa che questa donna deve ricevere un'attenzione privilegiata;
2. **precedente trattamento per depressione** ($p<0.0001$): va però ricordato che solo il 50% delle depressioni è diagnosticato e curato;
3. **depressione in gravidanza** ($p<0.0001$) (Gabbard 1998; Beck 2001);
4. **giovane età alla gravidanza**: le adolescenti hanno due volte la probabilità di avere una depressione rispetto alle madri adulte, e il 46% di esse presenta effettivamente sintomi depressivi. Se dunque il medico ha in cura una mamma adolescente, deve sapere che nella metà dei casi questa ragazza potrà soffrire di una depressione clinicamente rilevante, cioè psichiatrica. Questo fattore è spesso legato all'immaturità della ragazza, correlata non tanto all'età anagrafica, quanto al livello di maturità psichica;
5. **concepimento con fecondazione assistita**: si tratta di un fattore di alto rischio per la 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 o di parti gemellari (che aumentano a loro volta la probabilità di parto pretermine e di patologie neonatali). Questi rischi vanno spiegati con chiarezza alle donne, per non suscitare attese irrealistiche e dare loro la giusta assistenza;
6. **aver avuto un parto difficile** e/o traumatico;
7. **essere madri di bimbi pretermine o con parti multipli** (va incontro a depressione post-partum il 34% delle madri di due gemelli vivi, e il 53% delle madri di gemelli di cui uno solo sia sopravvissuto);
8. **vulnerabilità delle donne immigrate**: secondo recenti studi statunitensi, le afroamericane soffrono di depressione post partum in una percentuale doppia rispetto alle donne bianche (48% contro 28%). Nel nostro Paese si registrano dati ancora più asimmetrici fra immigrate e italiane. Inoltre, esistono da noi gruppi etnici totalmente non indagati, vere e proprie fasce di popolazione "invisibile": i medici non vedono la popolazione musulmana, e vedono pochissimo quella cinese. E' dunque urgente raccogliere dati più completi sull'epidemiologia della depressione post partum nel nostro Paese, prestando attenzione anche alle donne immigrate;
9. **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 (la probabilità di avere una depressione post partum è del 50% se la donna ha avuto in passato un solo episodio depressivo, del 70% se ne ha avuti due, del 90% se ne ha avuti 3 o più). Con una sola domanda su precedenti episodi di depressione, il medico può ricavare dunque la 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). Per inciso, psichiatra e ginecologo, quando lavorano insieme, devono operare in assoluta sintonia. Ciò significa avere la stessa visione del problema e usare le stesse parole:

questo atteggiamento aumenta la fiducia della donna e la sua aderenza alla terapia.

Sempre secondo la meta-analisi sopracitata (Beck 2001) **sono inoltre predittivi**:
- i maternal blues (che dunque non vanno sottovalutati, soprattutto quando si associano ad altri fattori di rischio);
- la bassa autostima;
- i disturbi borderline di personalità;
- l'eccessivo stress nella cura del bambino;
- la nascita prematura del bambino e/o la problematicità delle sue condizioni di salute ($p<0.0001$);
- la gravidanza non desiderata, soprattutto se in giovane età;
- gli stress esistenziali;
- l'incapacità del partner di condividere la responsabilità di un figlio, senza fughe fisiche o psichiche. L'inadeguatezza del partner è tanto più patogena quanto più la donna è isolata dal contesto familiare ed è fisicamente o psicologicamente vulnerabile alla mancanza di supporto all'interno della coppia;
- la relazione di coppia conflittuale o le situazioni di vero e proprio abuso fisico, emotivo e/o sessuale;
- lo scarso sostegno e affetto da parte della famiglia, del partner, delle amiche;
- la solitudine o comunque lo sradicamento rispetto all'ambiente di origine;
- l'insufficiente supporto medico e sociale;
- il basso livello socioeconomico;
- la condizione di ragazza-madre: anche se l'atteggiamento sociale è oggi meno severo che in passato, lo stato di madre single si presenta comunque come uno stressor importante di per sé, soprattutto se la donna non può contare sul supporto della famiglia di origine e/o non ha sufficiente autonomia economica.

In questa analisi si osserva quindi una sola sostanziale diversità rispetto ai dati italiani più recenti. E cioè che nella madre adolescente il contesto è in genere un contesto povero o comunque di forte solitudine, perché la ragazza di un ceto medio-alto fa contraccezione, o prende la pillola del giorno dopo, o interrompe la gravidanza su indicazione e aiuto della madre. La ragazza di basso livello sociale invece non fa contraccezione, non sa dove sbattere la testa, non sa nemmeno che esista una pillola "del giorno dopo", resta incinta e a volte ha persino una diagnosi di gravidanza tardiva.
Un altro elemento di grande vulnerabilità – vale la pena sottolinearlo – è la vicinanza o meno della madre della ragazza: nell'ambito metropolitano odierno si riscontrano molte più depressioni perché ci sono famiglie mononucleari o ragazze sole, mentre in passato (e ancora oggi, almeno in parte, nelle zone rurali) la famiglia è stata un grande contenitore di sofferenza postnatale, perché la ragazza poteva temporaneamente anche regredire come una bambina e la nonna poteva far da mamma a tutte e due.
La solitudine e la scarsa autoprotezione si proiettano anche sul futuro procreativo della giovane mamma. Un'altra recente ricerca (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 2-4 bambini, partoriti

uno dietro l'altro, con una serie di problemi rilevanti anche per i piccoli, oltre all'aggravarsi della depressione stessa. Il problema è tutt'altro che circoscritto: il 19% delle madri adolescenti concepisce entro 12 mesi dal parto (e questo significa che alla prima ovulazione dopo il parto è già incinta), e il 38% entro i 24 mesi. **Il 57% delle mamme adolescenti riconcepisce quindi entro i due anni dal primo parto.** La mancanza di una contraccezione adeguata è un altro elemento di grandissima vulnerabilità che deve spingere i ginecologi a raccomandare la contraccezione ormonale fin dall'allattamento.

In sintesi

- I disturbi dell'umore in puerperio sono una delle cause più gravi di solitudine femminile e, soprattutto nelle giovanissime, sono molto più frequenti della gestosi, del diabete gestazionale e del parto prematuro
- Sono drammaticamente sottodiagnosticati. Per i medici, questa è una grandissima responsabilità, ma anche uno stimolo forte ad accrescere la propria capacità di diagnosi precoce
- Includono disturbi lievi (maternal blues, o "lacrime del latte"), di media gravità (depressione puerperale) e gravi (psicosi puerperale)
- Esiste un'elevata comorbilità fra depressione e disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo post-traumatico da stress
- I disturbi dell'umore in puerperio presentano un'alta prevalenza 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 del piccolo e ai cambiamenti che questa comporta per la giovane donna, spesso già in condizioni psicoemotive e sociali critiche
- I principali fattori predittivi di depressione post partum includono: episodi precedenti di depressione; la giovane età; il concepimento con fecondazione assistita; l'aver avuto un parto difficile e/o traumatico; l'essere madri di bimbi pretermine o con parti multipli; l'appartenere a gruppi etnici minoritari ed emarginati; eventi negativi della storia personale
- Dal punto di vista pratico, i medici dovrebbero indagare attivamente la depressione nelle adolescenti come un fattore di rischio per inadeguatezza contraccettiva (una delle grandi emergenze del nostro Paese) e per il rischio di depressione post partum

Approfondimenti specialistici

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

Beck C.T. (2001)
Predictors of post-natal depression: an update
Nurs Res. 50: 275-285, 2001

Gabbard G.O. (1998)
Psichiatria Psicodinamica, Masson, Milano, 1998

Graziottin A. (2003)
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. (2005)
Sessuologia medica: maschile e femminile
In Di Renzo G.C. (a cura di), Ginecologia e Ostetricia, Verduci Editore, Roma, 1462-1492, 2005
Full text disponibile su www.alessandragraziottin.it

Matthey S. Barnett B. Howie P. Kavanagh D.J. (2003)
Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?
J Affect Disord. 2003 Apr; 74 (2): 139-47

Mc Queen K. Montgomery P. Lappan-Grancon S. et Al. (2008)
Evidence-based recommendations for depressive symptoms in post-partum women
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 37, 127-136, 2008

Meade I. Iskovics T. (2005)
Systematic Review of sexual risks among pregnant and mothering teens in USA
Soc. Scie. Med, 122; 33-38, 2005

Minkovitz C.S. Strobino D. Scharfstein D. Hou W. Miller T. Mistry K.B. Swartz K. (2005)
Maternal Depressive Symptoms and Children's Receipt of Health Care in the First 3 Years of Life
Pediatrics 115: 306-314, 2005

Reid V. Meadows-Oliver M. (2007)
Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature
J Pediatr Health Care. 2007 Sep-Oct; 21 (5): 289-98

Secco M.L. Profit S. Kennedy E. et Al. (2007)
Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 36; 47-54, 2007

Yonkers K.A. Chantilis S.J. (1995)
Recognition of depression in obstetric/gynecologic practices
Am. J. Obstet. Gynecol. 173 (2): 632-638, 1995