

Sindromi depressive della gravidanza

Pier Luigi Salzillo, Angelantonio D'Angiolella

**A.S.L. CE1, Presidio Ospedaliero Marcianise (Ce),
Rep. di Ostetricia e Ginecologia (Primario A. D'Angiolella)**

Riassunto:

Le sindromi depressive hanno una prevalenza doppia nelle donne rispetto agli uomini e la gravidanza sembra essere un periodo in cui nelle donne aumenta la vulnerabilità all'insorgenza di tali disturbi dell'umore.

I dati clinici supportano l'idea che esista un impatto sfavorevole sull'attaccamento madre-neonato e sul carattere del bambino derivante dalla depressione materna, e che i figli di donne depresse hanno maggiori probabilità di soffrire di disturbi dell'adattamento e di depressione infantile rispetto ai figli di madri non depresse.

E' per questo che gli autori ribadiscono l'importanza del riconoscimento precoce delle sindromi depressive in gravidanza al fine di instaurare una più efficace e meno onerosa condotta terapeutica. Questa potrà essere svolta dal ginecologo, soprattutto se reso edotto di certi problemi, anche semplicemente con una certa disponibilità ad ascoltare la paziente, mentre la prescrizione del farmaco ha una parte rilevante soprattutto nei casi più severi e come conclusione del trattamento psico-terapeutico.

Parole chiave

Sindromi depressive, maternity blues, psicosi post-partum, depressione post-partum.

Introduzione

L'evento nascita comporta sicuramente numerose modificazioni ormonali, immunitarie, dell'immagine corporea, del senso di identità e del ruolo sociale. Nella società contemporanea non c'è supporto culturale per accompagnare la transizione verso il ruolo materno. E' stato accertato che il 20% delle donne in questo

momento particolare della propria vita sperimenta un esordio di disturbi ansiosi o depressivi, e più del 50% non vengono diagnosticati e curati. Uno studio ha mostrato che più del 12.5% di tutti i ricoveri psichiatrici di donne si verificano nel periodo del post-partum.

I tre maggiori sottotipi di disturbi dell'umore riconosciuti in gravidanza sono: la malinconia della maternità o maternity blues, la psicosi post-partum e la depressione post-partum. La prima insorge nelle due settimane successive al parto e colpisce dal 50 all'85% delle donne, la seconda é una condizione piuttosto rara che si presenta in una o due puerpere su 1000 nati vivi e compare nei sei mesi successivi al parto e la terza, infine, si manifesta nell'anno successivo alla gravidanza e colpisce più del 10% delle donne.

Maternity blues

La genitorialità deve essere considerata come fase dello sviluppo individuale. In gravidanza il rapporto di coppia cambia molto e può intervenire un periodo di crisi che deve però servire come un momento di evoluzione. I futuri genitori elaborano i cambiamenti e fanno un lavoro di adattamento alla nuova condizione per diventare alla fine dei genitori "sufficientemente buoni". Non sempre si giunge ad una evoluzione del rapporto, e talvolta questo lavoro conduce a manifestazioni psicopatologiche. Alcune esperienze critiche della maternità come il cambiamento di ruolo, la modificazione dell'immagine di sé, il cambiamento della relazione di coppia, la non corrispondenza del bambino reale con il bambino immaginato, e le peculiari situazioni emotive del post-partum come il disagio del parto, il rifiuto e l'ambivalenza verso il bambino, sentimenti di vuoto, disagio fisico, possono condurre ad una condizione parafisiologica chiamata "maternity blues" che segue il parto di qualche giorno.

E' una condizione post-natale d'estrema sensibilità caratterizzata da:

- scoppi improvvisi di pianto
- irritabilità
- sentimenti di tristezza e sfiducia
- ansia
- disforia lieve

Durante la prima settimana dopo il parto circa l'80% delle madri fa esperienza del post-partum blues.

I sintomi, compaiono tra il terzo e il quinto giorno e scompaiono, normalmente, entro il dodicesimo, grazie al sostegno del partner e della famiglia che aiutano la donna ad identificarsi nel ruolo di madre. Se i sintomi persistono oltre due settima-

ne, ciò potrebbe indicare l'inizio di una depressione post-natale.

Infatti, approssimativamente una donna su cinque con post-partum blues, svilupperà una depressione maggiore. Per effettuare la diagnosi può essere utile l'EPDS (*Edimburg Postnatal Depression Scale*) o Scala di Edimburgo, che dà un'indicazione sul ragionevole sospetto di depressione post-partum. Essa può essere applicata da operatori qualificati che si trovano a contatto con la madre durante questo delicato periodo. L' EPDS, non individua le madri con nevrosi d'ansia, fobia e disturbi della personalità, e non può essere considerata come unico strumento diagnostico, ma permette di individuare la popolazione per la quale è indicato un accertamento più accurato. In altri termini, l' EPDS dovrebbe essere offerta a tutte le donne in periodo postnatale come parte di un programma di screening e non deve essere considerata uno strumento diagnostico. La diagnosi di depressione postnatale richiede infatti una accurata valutazione clinica.

La scala comprende dieci affermazioni. Le madri scelgono tra quattro possibili risposte quella che corrisponde meglio allo stato d'animo provato durante gli ultimi sette giorni. Il suo valore predittivo positivo varia dal 44% al 73%.

Psicosi post-partum

E' il disturbo meno frequente, ma più grave. Rappresenta una evenienza che si manifesta con un quadro acuto che insorge dopo 8-10 giorni dal parto. E' una patologia che tende verosimilmente a ripresentarsi con le successive gravidanze, e generalmente ad evoluzione rapida.

I sintomi più frequenti sono:

- depressione
- euforia maniaca
- idee deliranti non strutturate
- confusione mentale
- allucinazioni ed illusioni
- insonnia
- disturbi dell'alimentazione

Si manifesta nelle donne che hanno una storia personale o familiare di schizofrenia o di psicosi maniaco-depressiva (anche nota come disturbo bipolare). Colpisce 1-2 donne su 1000, la comparsa può essere drammatica, con inizio subito dopo il parto o entro 48-72 ore. Per la maggior parte delle donne i sintomi si sviluppano entro due settimane dal parto.

Tutto questo può condurre a disturbi del comportamento, atteggiamenti ambivalenti nei confronti del neonato, fino ad arrivare all'infanticidio-suicidio.

Anche i padri possono andare incontro a psicopatologie della genitorialità come depressione maggiore, psicosi della paternità, depressione ed acting.

Depressione post-partum

Compare entro i dodici mesi successivi al parto, anche se l'insorgenza è datata, più frequentemente, tra le quattro e le sei settimane. Tende a svilupparsi gradualmente, può persistere per diversi mesi ed essere causata anche da un aborto. In una piccola percentuale di casi può tradursi in depressione cronica o ripresentarsi nelle gravidanze successive.

Si manifesta con sintomi depressivi differenti nel numero, nel tipo e nella gravità rispetto a quelli riferiti da donne depresse che non hanno partorito. Non è da confondersi con i disturbi acuti da stress e da stress post-traumatico, che a volte compaiono durante il primo anno di vita del bambino. Interessa il 15% delle madri, percentuale che può salire al 26% tra le adolescenti, con una variabilità compresa tra il 3 ed il 30% secondo il metodo ed i tempi d'accertamento. Un rilevante numero di casi (40-60%) si manifesta entro tre mesi dal parto, e si tratta prevalentemente di depressioni comparse in gravidanza. Una percentuale di donne dal 25 al 60% ha una remissione dei sintomi tra i tre e i sei mesi, mentre una percentuale dal 15 al 25% entro dodici mesi dal parto.

I casi più lievi o moderati possono non essere riconosciuti dalla donna stessa, dal partner, dalla famiglia, dagli amici e neppure dagli operatori socio-sanitari.

La depressione post-natale è caratterizzata da:

- irritabilità
- collera
- sentirsi priva di forze
- anedonia
- attitudine a colpevolizzarsi

Una revisione sistematica distingue i fattori di rischio in certi e probabili.

Il 75% degli studi considerano *fattori di rischio certi*:

- storia personale di depressione
- depressione durante la gravidanza
- difficoltà di rapporto con il partner
- mancanza di sostegno pratico ed emotivo
- accumulo d'eventi stressanti

Tra il 40% e il 60% degli studi includono come *fattori di rischio probabile*:

- psicopatologia nella storia familiare
- essere ragazze madri

- postpartum blues severo
- caratteristiche personali (tendenza alla passività, pessimismo, eccessiva sensibilità relazionale e tendenza al controllo, nevrosi, disturbo ossessivo compulsivo)
 - esperienza della nascita e complicità ostetriche (mancanza di sostegno ed aiuto da parte dello staff medico-ostetrico, e/o familiare)
 - stile cognitivo negativo (conflitti di ruolo, convinzioni ed attitudini pessimistiche, bassa stima di sé in relazione al ruolo di madre, pensare in termini di *tutto o niente*, visione catastrofica della vita, tendenza a generalizzare in modo esagerato)
 - depressione del partner
 - salute e caratteristiche del bambino
 - fattori genetici e neurotrasmettitoriali (le alterazioni dei recettori serotoninergici giocano un ruolo nella psicopatologia dei disturbi depressivi maggiori)
 - una storia di sterilità, di parti distocici, e di aborti

Il 36% delle donne che abortiscono infatti manifestano gravi sintomi depressivi e tale percentuale è tre volte quella relativa alle donne che portano a termine la gravidanza. I dati ad oggi raccolti indicano che la lunghezza della gestazione prima dell'aborto è proporzionale alla gravità dei sintomi depressivi.

Trattamento

Tappa fondamentale è sicuramente il riconoscimento precoce delle sindromi depressive in tutte le sue forme mentre errore grave sarebbe sottovalutare o peggio misconoscere le forme più lievi. Di qui l'importanza del ruolo del ginecologo, che del resto è lo specialista più spesso chiamato a riconoscere e diagnosticare tali sindromi.

Il ginecologo quindi potrebbe essere molto d'aiuto in questo senso, innanzi tutto perché attraverso l'anamnesi ha la possibilità di indagare se i sintomi sono ripetuti rispetto ad altri periodi del ciclo di vita o se sono insorti ex novo.

Per le forme lievi o medie sono indicati trattamenti psicologici (counselling individuale, psicoterapia individuale o di coppia, terapia di gruppo).

Un trattamento inadeguato espone la donna al rischio di una distimia cronica o una depressione ricorrente ed aumenta la possibilità di ripercussioni negative sulla relazione con il partner e con il bambino. Non esiste una lettura univoca sulle modalità di sviluppo di una depressione post-natale, per cui risulta improbabile che una singola modalità di trattamento sia valida per tutte le donne.

Un trattamento multifattoriale, che combina fattori psicologici e biologici, è verosimilmente il più efficace, in quanto riconosce le eziologie multiple dei casi più gravi. Gli interventi biologici come i trattamenti ormonali e la terapia elettroconvul-

siva sono stati largamente sostenuti senza una adeguata dimostrazione della loro efficacia o applicabilità nella cura della depressione post-natale.

Uno studio clinico controllato randomizzato ha dimostrato l'efficacia della fluoxetina in associazione con almeno una sessione di terapia cognitiva comportamentale in donne con depressione post-natale di media entità, mentre uno studio caso-controllo depone per l'efficacia tanto di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) quanto di antidepressivi triciclici.

La questione del trattamento farmacologico risulta però essere un argomento molto delicato, in special modo se si considerano le modificazioni parafisiologiche tipiche delle gravidanza quali l'incremento del volume plasmatico, l'incremento del flusso utero-placentare, l'aumento degli acidi grassi liberi. Inoltre il trattamento con psicofarmaci durante la gravidanza può provocare teratogenesi, tossicità neonatale e sequele neurocomportamentali.

D'altra parte esistono anche rischi nel non trattare, come la maggior morbilità, o l'influenza che la malattia può avere sul feto.

E' quindi sempre buona regola mostrare disponibilità ad ascoltare la paziente, discutere con la donna o con la coppia le opzioni possibili, incoraggiare ad intraprendere subito una terapia di sostegno, non somministrare farmaci se il disturbo non è severo, se possibile non cominciare i farmaci prima della dodicesima settimana, ridurli o sospenderli due settimane prima del parto, usare la minor dose possibile, ed in monoterapia. Gli obiettivi in questo caso sono: stabilizzare la salute mentale e decidere l'eventuale trattamento con il supporto di una terapia interpersonale. La collaborazione di ginecologi, infermieri, familiari ed eventualmente psicologi o psichiatri è infatti ciò che meglio può aiutare la paziente a vivere un evento tanto meraviglioso quanto fisiologico quale è la nascita.

Bibliografia

1. Smallwood Ferguson S, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:899-902
2. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6
3. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002;347:194-99
4. National Health and Medical Research Council. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra: NHMRC; 2000
5. JAMA patient page. Postpartum depression. *JAMA* 2002;287:802

6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis. Clinical Guidelines 60. Edinburgh: SIGN; 2002.

Summary:

Depressive syndromes have a double pressure in women rather than in men and pregnancy seems to be a period in which vulnerability increases in women as such mood disturbs arise.

Clinical data support the idea that an adverse impact over the relationship mother-child and over the child's character which comes from his mother's depression does exist, and children of depressed mothers are more likely to suffer from adaptation disturbs and from infantile depression as regards children of un-depressed mothers.

That's why the authors maintain the importance of the identification in time of the depressive syndromes during pregnancy in order to establish a more effective and less onerous therapeutic behaviour. This one can be led by the gynaecologist, especially if he has been informed of such problems, even with a simple disposability to listen to the patient, while the prescription of a drug has an important role above all in the most complicated cases and as a conclusion of the psycho-therapeutic treatment.

Key Words

Depressive syndromes, maternity blues, post-partum psychosis, post-partum depression.