

I DISTURBI PSICO-AFFETTIVI PERINATALI E DEL POST PARTUM

Dott.ssa Patrizia Vaccaro

DI COSA SI PARLERÀ?

- Cosa e quali sono i disturbi perinatali e del post partum?
- Come si manifestano?
- E' possibile prevenirli?

I PERIODI CRITICI

Viene definito *periodo perinatale*, il periodo che va dalla 28° settimana di gestazione al 28° giorno di vita del neonato.

Il *post partum* fa riferimento al periodo immediatamente successivo al parto.

LA GRAVIDANZA COME FATTORE DI STRESS

La gravidanza risulta essere un periodo ad alto rischio per i disturbi affettivi .

Infatti, dopo il parto la donna si ritrova a fare i conti con uno *stravolgimento della propria routine* sia per quanto riguarda l'organizzazione quotidiana che le relazioni. Inoltre, i *condizionamenti sociali e l'immaginario condiviso* fanno sì che le difficoltà vissute in queste fasi vengano difficilmente accettate e siano oggetto di giudizio negativo e di critica verso se stessi.

I DISTURBI DEL POST-PARTUM: QUALI SONO

- Maternity Blues
- Depressione Post Natale
- Psicosi Post Partum
- Disturbo Post Traumatico Postnatale
- Disturbi d'ansia in gravidanza e nel post partum

MATERNITY BLUES

Riguarda circa **l'80%** delle donne che hanno partorito.

E'una **sindrome transitoria** caratterizzata da:

- ✓ una flessione del tono dell'umore
- ✓ labilità emotiva
- ✓ insonnia
- ✓ calo ponderale

Si manifesta a **due/quattro giorni** dal parto e si risolve entro **una/due settimane**.

DEPRESSIONE POST PARTUM (DPP)

Recenti studi epidemiologici riconoscono nel **10-15%** delle donne la presenza di depressione post partum.

Tale disturbo ha un'insorgenza entro le **prime sei-otto settimane dal parto** e un'ingravescenza dei sintomi intorno al 4°-5° mese dal parto.

I sintomi possono perdurare per il **primo anno** di vita del bambino e oltre.

DEPRESSIONE POST PARTUM (2)

Ha conseguenze su:

- contesto sociale
- relazione di coppia
- relazione madre-bambino
- sviluppo psichico e cognitivo del bambino

DEPRESSIONE POST PARTUM: I SINTOMI RIPORTATI DALLE MADRI

- ✓ Irritabilità
- ✓ Disturbi del sonno ed eccessiva stanchezza
- ✓ Somatizzazioni
- ✓ Sentimenti di inadeguatezza e senso di colpa
- ✓ Pensieri di tipo ossessivo
- ✓ Perdita del desiderio sessuale
- ✓ Tristezza, pianto, instabilità dell'umore
- ✓ Difficoltà di concentrazione e ridotte capacità decisionali
- ✓ Panico e tensione
- ✓ Senso di disperazione e pensieri catastrofici
- ✓ Stanchezza nell'assolvere il ruolo di mamma
- ✓ Apatia verso il bambino
- ✓ Difficile interazione madre-bambino

DSM-IV

DEPRESSIONE POST PARTUM

E' necessario che siano presenti i seguenti sintomi **quasi ogni giorno per un periodo di almeno due settimane:**

- umore depresso per la maggior parte del tempo quasi ogni giorno come riportato dal soggetto o come osservato da altri
- mancata diminuzione di interesse o piacere per tutte o quasi tutte, le attività per la maggior parte della giornata, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o osservato da altri);

almeno **cinque o più** dei seguenti sintomi per **più di due settimane:**

- significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno;
- insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno;
- agitazione o rallentamento psicomotorio;
- faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno;
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi ogni giorno
- ridotta capacità di pensare o concentrarsi, indecisione quasi ogni giorno
- pensieri ricorrenti di morte

PSICOSI POST PARTUM

E' il disturbo più grave del periodo post natale in quanto implica un rischio potenziale di pericolo per la mamma e per il bambino.

Presenta un'incidenza che oscilla tra lo **0,1 e lo 0,2 %**;

L'esordio tipico è **molto precoce** e in ogni caso sempre **entro le prime quattro settimane** dopo il parto.

PSICOSI POST PARTUM: I SINTOMI

Le donne con psicosi si presentano in *stati confusionali e di agitazione*.

L'interazione con il neonato può oscillare da un'eccessiva stimolazione a una scarsissima disponibilità emotiva fino a preoccupazioni allucinatorie.

Vi è una *perdita di contatto della realtà* e molto facilmente si vengono a creare le condizioni per *l'infanticidio e/o il suicidio*.

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS NEONATALE

Si presenta con una frequenza del **2-3%**, può protrarsi per mesi e sfociare in **sintomi depressivi** se non riconosciuto.

I sintomi che insorgono a **breve distanza dal parto**, possono essere così sintetizzati:

- persistente riattualizzazione del parto
- disturbi del sonno,
- disturbi di concentrazione e di memoria
- ipervigilanza
- irritabilità e evitamento di tutto ciò che riguarda l'evento traumatico.

DISTURBI D'ANSIA IN GRAVIDANZA

L'ansia in gravidanza è associata a conseguenze negative sullo sviluppo fetale ed alla possibilità di manifestare una depressione. E' più difficile da diagnosticare perché i sintomi ansiosi si sovrappongono con alcuni sintomi fisici tipici della gravidanza (iperemesi, nausea, vomito, affaticamento, astenia,...)

Inoltre vi sono delle paure comuni diffuse legate alla salute del feto, ai cambiamenti corporei, al nuovo ruolo genitoriale.

DISTURBI D'ANSIA NEL POST PARTUM

I disturbi d'ansia oltre a condizionare la vita della donna possono, attraverso i concomitanti disturbi del sonno, concorrere all'insorgenza di depressione e/o psicosi.

Se l'ideazione ansiosa espressa durante la maternità (es.: paura della morte in culla, della morte improvvisa del bambino, paura di fare del male al bambino, ecc.), si intensifica raggiungendo una gravità psicopatologica, può indurre e/o rinforzare, attraverso comportamenti disfunzionali sollecitati dall'ansia, un peggioramento dell'equilibrio psichico (es.: timore morte in culla con ipervigilanza notturna, alterazione ritmo sonno-veglia, esordio depressivo e di psicosi puerperale)

FATTORI DI RISCHIO PER LA DEPRESSIONE POST PARTUM

FATTORI SOCIOCULTURALI:

- Credenze irrealistiche e miti
- Carenza di strutture sociali per sostenere la neo genitorialità
- Aspettative culturali non corrispondenti alla realtà

FATTORI DI VULNERABILITÀ PERSONALE

- Personalità e stile cognitivo (perfezionismo, bassa autostima, locus of control esterno)
- Stile di coping disadattivo (evitamento)
- Esperienze familiari durante l'infanzia(relazione negativa con la propria madre, depressione materna,ecc..)
- Episodi precedenti di depressione maggiore, depressione post natale o sindrome pre mestruale
- Eventi di vita negativi (aborti, lutti neonatali, lutto di genitori)
- Relazione di coppia inadeguata
- Scarso sostegno sociale
- Complicanze durante la gravidanza e/o il parto

FATTORI DI RISCHIO PER LA PSICOSI POST PARTUM

- Età avanzata
- Precedente episodio di psicosi postpartum
- Storia psicopatologica pregressa
- Familiarità psichiatrica
- Insonnia
- Disturbo di Personalità Borderline
- Primo parto
- Nascita pre-termine, problemi di salute del bambino, temperamento difficile del bambino
- Eventi traumatici durante l'anno precedente

LO SCREENING

- Per effettuare una diagnosi di disturbo perinatale e del postpartum non si può prescindere né dal **colloquio** né **dall'osservazione clinica** effettuata da operatori formati e specializzati.
- Si possono utilizzare questionari autosomministrati, come l'Edimburg postnatal depression scale, per valutare il rischio di insorgenza e per guidare il colloquio clinico

L'EDIMBURG POSTNATAL DEPRESSION SCALE

Individua un rischio in quella fase che potenzialmente può evolvere in una condizione di maggiore o minore gravità.

Nella somministrazione del test viene chiesto alla donna di segnare la risposta che più si avvicina a come si è sentita negli ultimi sette giorni secondo una scala che varia da 0-3.

Viene utilizzato un **cut-off “basso” (= 9)** per essere certi di non trascurare donne a rischio di evoluzione psicopatologica.

Questo punteggio **non deve** sostituire il colloquio clinico, ma deve essere uno strumento che può guidare il colloquio attraverso l'approfondimento degli item positivi.

In base alla letteratura internazionale si può considerare un punteggio 9-11 come indicatore di **medio rischio** e ≥ 12 come indicatore di rischio elevato.

PREVENZIONE

Attraverso la valutazione dei fattori rischio e l'utilizzo di strumenti diagnostici si possono prevenire o trattare tempestivamente i disturbi perinatali e del post partum.

Le visite di controllo, i corsi pre parto o i corsi post partum (es. per l'allattamento o il massaggio infantile) offrono la possibilità di monitorare/valutare i fattori di rischio e creano una rete di supporto in cui la donna può chiedere aiuto.

LA CURA

Qualora ci sia il sospetto di un disturbo del post partum (depressione, psicosi, ansia, disturbo post traumatico) è necessario inviare la paziente a **personale qualificato** (psicoterapeuta -o psichiatra in caso di psicosi-) perché possa intervenire tempestivamente e in modo adeguato.

Ad oggi la terapia elettiva è quella **cognitivo-comportamentale**.

CONCLUSIONE

La gravidanza e il post partum possono rappresentare un periodo di estrema gioia così come un periodo di estrema difficoltà.

Sono periodi di **vulnerabilità** in cui la donna (e l'uomo) scopre risorse e fragilità.

Prevenire e curare sono azioni che tutelano non solo la donna, ma che possono garantire una crescita sana al bambino e alla famiglia che si sta formando.