

La depressione post partum nelle mamme-adolescenti

A L E S S A N D R A
G R A Z I O T T I N

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

Buongiorno a tutti, è un grande onore per me essere stata invitata qui oggi, anche perché la mia sensibilità su questo tema dura da molto tempo. Da anni mi occupo sia di depressione post partum, che del tema della relazione fra disturbi del sonno (centrali nella depressione) e la salute della donna. Prima di iniziare la mia relazione vorrei ricordarvi che gli studi e le presentazioni a cui farò riferimento sono disponibili sul sito www.alessandragraziottin.it.

INTRODUZIONE

Nel mio intervento focalizzerò l'attenzione sull'analisi dell'impatto della depressione post-partum nelle mamme adolescenti con particolare riferimento (Graziottin, 2003, 2005):

1. ai *fattori predittivi di vulnerabilità ai disturbi dell'umore dopo il parto*;
2. alle *comorbilità mediche e psicosessuali*;
3. ai *rischi sul bambino*, aspetto che considero molto rilevante, come donna e come cittadino, prima ancora che come medico.

I DISTURBI DELL'UMORE DOPO IL PARTO

Una breve panoramica di quanto è già stato ricordato: i disturbi dell'umore in puerperio includono il “*baby blues*”, che le nostre nonne chiamavano “le lacrime del latte”; la *depressione puerperale* e la *psicosi* (Gabbard, 1994). Questi tre disturbi cardinali si intrecciano 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 periodo dopo il parto, specie nelle mamme adolescenti. Giovani donne in cui è più frequente ritrovare una *comorbilità* importante tra *depressione* e: a) *disturbo di panico*, un'esasperazione di un disturbo d'ansia che merita attenzione già durante la gravidanza; b) *disturbo ossessivo-compulsivo* che poi può sfociare in forme di psicosi; c) *disturbo post traumatico da stress*, presente in quel gruppo di donne che hanno alle spalle una storia di abusi, fisici, psicoemotivi e/o sessuali, la cui condizione di stress si può poi ripercuotere drammaticamente sul bambino (Graziottin, 2003, 2005).

L'OMISSIONE DIAGNOSTICA

Purtroppo il *dolore fisico ed emotivo della donna depressa dopo il parto* è ancor oggi *misconosciuto* (Yonkers & Chantilis, 1995, Graziottin, 2003, 2005, Mc Queen et al, 2008). I ginecologi diagnosticano solo una parte delle depressioni puerperali (16% diagnosticato vs 22% di incidenza); non commentano i disturbi dell'umore nel 28% dei casi; ancor più grave, non hanno una formazione che consenta loro di riconoscere adeguatamente le depressioni a rischio suicidario. Più del *50% delle depressioni post partum non viene diagnosticato* (Reid & Meadows-Oliver, 2007). Queste percentuali, note in letteratura, trovano un'ulteriore conferma nei dati del sondaggio SIGO, presentati dal prof. Arisi. Purtroppo su questo si registra una difficoltà internazionale. Lo Stato che attualmente mostra invece una grandissima sensibilità su questo tema è il Canada che sta portando

avanti un' articolata attività di attenzione alla donna, specie ma non solo, in ambito ginecologico con eccellenti studi e pubblicazioni.

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

I FATTORI PREDITTIVI DI DEPRESSIONE

a. depressione preesistente alla gravidanza

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

Queste ragazze cercano affetto perché hanno bisogno di

essere consolate nella loro depressione, cercano affetto e oggi affetto è fare sesso, ed è un sesso non protetto. La *depressione* comporta quindi vulnerabilità al concepimento nelle adolescenti perché influenza gli atteggiamenti sessuali, *riduce i comportamenti di autoprotezione (es. uso del profilattico), diminuisce la compliance, l'aderenza e la consistenza d'uso dei contraccettivi ormonali* (su questo vi rimando a un altro opuscolo che potete scaricare sempre dal sito perché è il primo pubblicato su questo argomento), influisce sulla relazione di coppia, è associata a cluster di rischio *per abbandono della scuola, emarginazione, negletto, abuso*. L'adolescente che concepisce, soprattutto in una realtà come quella italiana, esprime una situazione di disagio psicosociale drammatico, collegato ad altri elementi di alto rischio per la sua salute fisica, psichica, e psicosociale, che andrebbero diagnosticati e curati prima di arrivare alla gravidanza (Graziottin, 2003, 2005).

b. depressione durante la gravidanza

Una gravidanza in età giovane, in condizioni problematiche, con scarsa assistenza e aiuto da parte della famiglia e dell'ambiente, può aumentare l'ansia e far precipitare la depressione nella giovane donna, già durante la gestazione. La *gravidanza nelle adolescenti* si associa ad un *aumento del rischio gestazionale, con esiti più problematici per la mamma ed il bambino*, a una più bassa scolarità, a maggiore vulnerabilità a dipendenze ed abusi. Come ha già ricordato il professor Mencacci, è diffuso l'uso di alcol e canne in gravidanza, e giustamente si parla di "*fetal abuse*". *Fumo, alcool e droghe in*

gravidanza, spesso associati a disturbi dell'umore, costituiscono infatti un abuso del bambino in utero: creano infatti delle modificazioni neuro biologiche nel suo cervello che poi diventano elementi di rischio per la dipendenza futura. Inoltre, il fumo in gravidanza comporta un'insufficienza placentare con sofferenza fetale. La gravidanza in età adolescenziale determina inoltre un reddito atteso futuro presumibilmente più basso, quindi una maggiore dipendenza dall'assistenza sociale, una più marcata vulnerabilità alla depressione anche dopo il parto.

c. depressione dopo il parto

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

• **precedenti di depressione**

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

• **giovane età della donna**

4. *giovane età alla gravidanza: il 46% delle madri adolescenti presenta sintomi depressivi: una su due. Se ho una mamma adolescente so già che nel 50% dei casi potrà soffrire di una depressione clinicamente rilevante, cioè psichiatrica. Le adolescenti hanno due volte la probabilità di avere una depressione rispetto alle madri adulte.*

• **modalità di concepimento e tipo di parto**

5. aver concepito con *fecondazione assistita*, fattore di alto rischio per depressione, durante la gravidanza e nel post partum, anche perché molto spesso il bambino perfetto che la mamma sognava non si rivela tale, soprattutto in caso di elevata prematurità. Anche questo va spiegato alle donne, soprattutto quando i parti sono gemellari, anche per dare loro la giusta assistenza;
6. aver avuto un *parto difficile e/o traumatico*;
7. essere *madri di bimbi pretermine* o con *parti multipli* (34% madri di due gemelli vivi, 53% madri di gemelli di cui uno solo vivo);

• **vulnerabilità delle donne immigrate**

8. le afroamericane (questi dati sono di uno studio di Carnet che è stato condotto negli USA) soffrono di depressione dopo il parto in una percentuale doppia rispetto alle donne bianche (48% vs 28%). Da noi si registrano dati ancora più asimmetrici per immigrate verso italiane. Inoltre, esiste una fascia di *popolazione "invisibile"*: non vediamo la popolazione *musulmana*, vediamo pochissimo la *cinese*. Si avverte la necessità di raccogliere dati sulla epidemiologia della depressione post-partum nel nostro Paese, con grande attenzione anche alle donne immigrate. Abbiamo gruppi etnici totalmente non indagati, e su questo tema abbiamo molto da lavorare.

• **eventi della storia personale**

Un'eccellente meta-analisi di 84 studi, la migliore come peso pubblicata finora (Beck, 2001) individua 13 sintomi predittivi di depressione post-partum, e riassume i principali già evidenziati. Un' enfasi particolare va posta sulla storia di *precedente depressione* (1 episodio 50%; 2 episodio 70%; 3 episodio 90%. Con l'anamnesi, con la sola domanda: "ha avuto episodi di depressione?" ricaviamo già 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, condividono la stessa visione del problema con assoluta sintonia. Questo è molto importante perché significa usare le stesse parole e soprattutto quando si parla con la paziente essere molto più credibili perché diciamo le stesse cose: c'è la conferma continua uno dell'altro e la donna si fida molto di più. Sono *predittivi* anche il *maternity blues*, la *bassa autostima*, i *disturbi borderline di personalità*, lo *stress nella cura del bambino*, il *bambino prematuro* e/o *problematico/malato* ($p < 0.0001$), la *gravidanza non desiderata/giovane età*, gli *stress esistenziali*, i *conflitti coniugali* e/o lo *scarso sostegno e affetto legati al contesto*, il *basso supporto sociale*, il *basso livello socioeconomico*, lo *stato di ragazza-madre*. In questa analisi si osserva quindi una sola sostanziale diversità rispetto a quanto ha presentato il professor Mencacci, sui dati raccolti a Milano. E cioè che nella madre adolescente il contesto è in genere povero o comunque di forte solitudine, perché la ragazza di un contesto medio-alto o fa contraccezione o prende la pillola del giorno dopo o interrompe la gravidanza su indicazione/aiuto della madre, e noi ginecologi questo lo vediamo tutti i giorni. La ragazza di basso livello sociale invece non fa contraccezione, non sa dove sbattere la testa, non sa nemmeno che esiste la pillola del giorno dopo, resta incinta e a volte ha persino una diagnosi di gravidanza tardiva. Inoltre, questa solitudine e questa scarsa autoprotezione si proiettano anche sul futuro procreativo della giovane mamma. Una ricerca di Barnett et Al, (2008) ha infatti dimostrato come la *depressione aumenti in modo significativo* ($p < 0.05$) la *probabilità di una seconda gravidanza precoce nelle mamme adolescenti*. Si tratta di giovani donne che si trovano con 2-3-4 bambini, partoriti uno dietro l'altro, con una serie di problemi rilevanti anche per i piccoli, oltre all'aggravarsi della depressione. Il 19% delle madri adolescenti concepisce entro 12 mesi dal parto, questo significa che alla prima

ovulazione dopo il parto è già incinta. Il 38% entro i 24 mesi. Questo significa che il *57% delle mamme adolescenti concepisce entro i due anni*. La mancanza di una contraccezione adeguata è un altro elemento di grandissima vulnerabilità che deve spingere noi ginecologi a *usare il progestinico in allattamento* e a *raccomandarlo* perché dobbiamo aiutare la donna ad autoprotgersi con una contraccezione sicura.

LA COLLUSIONE DEL SILENZIO

Che cosa facilita la persistenza di una depressione non diagnosticata e quindi non trattata (Hanusa et Al, 2008)?

Un fattore cardinale, che definirei “la collusione del silenzio” (Graziottin, 2003, 2005). È già stato riportato, ma vorrei aggiungere qualche elemento anche dal punto di vista psicodinamico.

LA MAMMA ADOLESCENTE NON CHIEDE AIUTO:

- a. *per l'effetto emotivamente paralizzante della stessa depressione;*
- b. *perché è o si sente sola e disperata;*
- c. *perché non sa a chi rivolgersi,*
- d. *perché non sa nemmeno che esista la depressione puerperale,*
- e. *per la paura della stigmatizzazione sociale legata alla malattia mentale;*
- f. *per fattori di isolamento culturale.*

Una recente indagine condotta da Scegli Tu, il progetto istituzionale della SIGO di educazione contraccettiva, mostra come l'86% dei maschi e il 56% delle ragazze non sappia nemmeno dove si trovi il consultorio familiare della propria zona: allora, se l'adolescente non va nell'unica struttura gratuita che avrebbe a disposizione, questo significa un fallimento totale delle nostre campagne di informazione e di contraccezione.

Il ginecologo diagnostica raramente la depressione post-

partum, soprattutto nella adolescente:

- a. per mancanza di formazione;
- b. per mancanza di attenzione e tempo;
- c. per mancanza di motivazione;
- d. per ignoranza sulle conseguenze a lungo termine su madre e bambino.

La frase peggiore che purtroppo viene pronunciata troppo spesso è “passerà”: si tratta del peggiore dei commenti. Forse passerà, ma quando? Come? E *con quali ferite e cicatrici per la madre e per il bambino?*

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

I *fattori di rischio predisponenti* sono la *vulnerabilità genetica neurobiologica a depressione e ansia, cioè disturbi affettivi*: ecco perché l’anamnesi personale e familiare sono essenziali per eventuali persone a rischio. Ma anche la solitudine, la povertà, un contesto psicosociale sfavorevole, la giovane età, abusi pregressi, lo stato di ragazza madre.

I fattori *precipitanti* ci vengono spiegati dall’endocrinologia che ci dice come *la caduta di estrogeni dopo il parto* sia un fattore di destabilizzazione dell’umore e la prima responsabile delle famose “lacrime del latte” delle nostre nonne. Esse corrispondono al “maternity blues”, descritto dagli anglosassoni. Tuttavia quel fenomeno che non deve superare i 15 giorni altrimenti diventa già per durata una depressione psichiatrica.

Altri fattori precipitanti sono un *parto traumatico, il bambino prematuro in cura intensiva o problematico*, la gravidanza non voluta, la solitudine, la mancanza di supporto familiare.

Tra i *fattori di mantenimento il principale è la mancata diagnosi*. Qui si inserisce con più forza la nostra responsabilità, e qui sta il grande merito della SIGO nell’iniziare questa campagna perché *insieme possiamo cambiare le cose*. L’omissione in questo caso è interamente del professionista, il problema esiste, ma non lo vediamo. Solitudine, mancanza di supporto, difficoltà socio-economiche: le donne affette da depressione post partum hanno il doppio di probabilità di sperimentare un altro episodio depressivo maggiore entro cinque anni. E qui abbiamo un bambino ad altissimo rischio.

COME DIAGNOSTICARE LA DEPRESSIONE?

Un dialogo attento e un ascolto empatico al linguaggio verbale e non verbale della giovane donna sono essenziali. Anche le nostre parole devono essere semplici, devono saper cogliere gli elementi meritevoli di attenzione con un linguaggio aderente alla realtà quotidiana, facile da comprendere e da seguire da parte della giovane donna che spesso è spaventata, emotivamente contratta, e in atteggiamento di difesa o di franca sfiducia. Che domande porre, quindi, alla ragazzina che ci arriva in ambulatorio? Queste indicazioni devono tradursi in concretezza operativa. Possiamo quindi identificare domande molto semplici:

- a. riesci a dormire quando il bambino dorme?

La qualità del sonno è un fattore preventivo per la salute mentale: la mamma sana allatta e dopo un secondo dorme, la mamma con problemi di depressione dice che il bambino l’ha svegliata e non è più riuscita a dormire;

- b. mangi con appetito o senza voglia o ti abbuffi?

nell’adolescente il disturbo del comportamento alimentare è un segnale di attenzione di qualcosa di sostanziale che non

funziona nel rapporto con il proprio corpo e, nello specifico, con la corporeità della maternità;

c. ti senti sola?

se chiedendo con dolcezza “ti senti sola” la ragazza inizia a piangere e singhiozzare la diagnosi è già fatta: le domande che vanno al cuore fanno sì che la persona si senta compresa nella sua solitudine. E questo è il primo passo per stabilire un'alleanza terapeutica di qualità;

d. hai voglia di uscire o preferisci stare in casa?

Anche questo è un segnale di attenzione: la donna contenta di essere mamma e felice del suo bimbo va volentieri a farsi una passeggiata con lui, lo presenta con orgoglio al mondo; la mamma depressa resta chiusa in casa;

e. ti sembra che il bambino sia un carico eccessivo per te?

Il senso di questa domanda è molto empatico. significa: “Capisco che potrebbe esserlo. E una cosa comprensibile e non ti colpevolizzo per questo. Anzi, lo sarebbe anche per me, se fossi una giovane mamma”. Ecco, questa è una frase che aiuta molto a sentirsi capite, a dare voce a un sentimento di inadeguatezza che può altrimenti diventare paralizzante;

f. temi di far del male al bambino?

Questo è un modo gentile per cominciare a far emergere un disagio più profondo, che può consentirci di diagnosticare anche le prime battute di una psicosi, disturbo psichiatrico più raro ma molto grave per mamma e bambino

g. il bambino ha cambiato la tua vita in modo imprevisto e/o che ti preoccupa ?

Qui torniamo di nuovo al bambino dei sogni e al confronto dell'ideale con un bambino che invece ha qualche problema o che soffre anche esclusivamente di piccole coliche o di difficoltà di sonno che la mamma però non sa come trattare) (Graziottin, 2003).

Un altro elemento di grande vulnerabilità è se questa ragazza ha la mamma vicino: in ambito metropolitano si riscontrano molte più depressioni perché ci sono famiglie mononucleari o ragazze sole, mentre la famiglia in passato è stata un grande contenitore di sofferenza post-natale perché la ragazza poteva temporaneamente anche regredire come una bambina e la nonna poteva far da mamma a tutte e due.

La prima diagnosi consiste dunque in un *colloquio attento e sensibile, dolce*, perché la dolcezza porta a sentirsi accolti e questo è il primo passo che possiamo mettere in campo insieme con la psichiatra, con la psicologa. La prima cosa è capire che c'è questo *dolore nel non sentirsi madri adeguate*.

COME CURARE LA DEPRESSIONE DOPO IL PARTO?

Il grado di depressione in sé non dovrebbe dettare in maniera definitiva il tipo di intervento. Piuttosto il trattamento deve essere basato sul bisogno della donna, sulla sua situazione affettiva e di contesto psicosociale, oltre che naturalmente sulla gravità dei sintomi. Questi sono i risultati a cui è giunto anche un recente studio canadese sull'attenzione alla personalizzazione del trattamento (McQueen et Al, 2008). Accanto allo psichiatra, che è la figura cardinale di riferimento terapeutico per la depressione e la psicosi post-partum, noi ginecologi possiamo fare moltissimo sull'area delle *anemie*. Nella mia esperienza di ginecologa che da 30 anni vive questo lavoro con molta passione, *l'attenzione ad avere un emocromo perfetto in gravidanza riduce drasticamente la vulnerabilità della depressione puerperale*. Perché la *depressione è un'assenza di energia vitale* e quando una donna ha un'emoglobina drasticamente ridotta, perché è molto anemica, necessariamente si sente spossata e priva di forze e questo può creare una vulnerabilità neurobiologica all'emergere della depressione anche sul fronte psichico.

Vanno poi trattati specificamente i disturbi dell'umore in puerperio nella loro multifattorialità. Vanno curate quindi non solo le condizioni che peggiorano astenia e debolezza (anemia sideropenica, ipomagnesemia, dieta inadeguata), ma bisogna anche *“dar parole al dolore”, dando cioè alla giovane donna l'opportunità di parlare di sé, dei propri sentimenti di inadeguatezza, delle proprie paure, della propria solitudine, delle proprie speranze.* Offrendo quindi psicoterapia e sostegno familiare/sociale. Eventualmente, se necessari, verranno prescritti dallo psichiatra farmaci antidepressivi: SSRI o triciclici; neurolettici in presenza di delirio (che richiede peraltro ospedalizzazione in ambiente protetto) (Wisner et Al. 1996, Mc Queen et al, 2008). Sono utili anche le associazioni di estrogeni con antidepressivi, da valutare in collaborazione tra ginecologo e psichiatra curanti.

QUALI CONSEGUENZE HA SUL BAMBINO LA DEPRESSIONE DELLA MADRE?

Un altro punto fondamentale sono le conseguenze sul bambino (Minkovitz et Al, 2005). La depressione della madre lascia un'ombra nera sul destino del bambino. In questo senso noi ginecologi abbiamo una responsabilità fortissima nella diagnosi precoce per individuare poi, in sinergia con psichiatra e psicoterapeuta, una cura adeguata.

Le conseguenze psichiche sul bambino sono molteplici:

- a. *la madre ha un atteggiamento meno affettuoso col piccolo;*
- b. *una minore recettività/responsività ai segnali che il bambino manda:* questo si traduce in una
- c. *frustrazione del bisogno di attaccamento del neonato, che indebolisce la costruzione della sua personalità. La soddisfazione del bisogno di attaccamento è infatti il pilastro su cui si fondano poi la capacità di autonomia e di autostima. Quando invece la madre è depressa, si crea un disinvestimento*

emotivo dal piccolo; oppure compaiono ostilità; o, ancora intrusività col piccolo, termine con cui indichiamo una forma persecutoria di cura del bambino.

d. *significativo aumento di abuso fisico ($p < 0.001$).* Questo è un dato particolarmente grave. Infatti la depressione ha anche una faccia rumorosa ed aggressiva, che si traduce in percosse e abusi verbali. Nella sindrome premenstruale uno dei segnali è che la madre diventa molto aggressiva con il bambino. I figli di madri depresse tendono ad essere scontenti, irritabili, evitanti, rumorosi, hanno mimica meno sorridente e vocalizzano meno dei figli di madri serene: anche il pediatra può avere quindi una grande responsabilità nel formulare la diagnosi.

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

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

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

Nel lungo termine si possono sviluppare *problemi sia di tipo cognitivo che emotivo*. Questi bambini presentano a 11 anni un QI significativamente inferiore rispetto agli altri e spesso manifestano problemi di attenzione e di concentrazione. Presentano inoltre *disturbi comportamentali, minore "competenza sociale"* perché non hanno acquisito il linguaggio dell'empatia e quindi non lo possono esprimere. *Mostrano un minore QE (quoziente intelligenza emotiva)* che oggi sappiamo essere un fattore predittivo di riuscita nella vita molto più significativo del QI, perché l'intelligenza emotiva è un fattore essenziale di intelligenza sociale e di capacità di rapportarsi agli altri in modo affettuoso e soddisfacente.

CONCLUSIONI

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 e ai cambiamenti che comporta per la giovane donna, che spesso è già in critiche situazioni psicoemotive e sociali.

Sono *drammaticamente sottodiagnosticati*. Questa è una grandissima responsabilità ma anche uno stimolo forte nell'accrescere la nostra capacità di diagnosi precoce. Meritano tempestiva attenzione clinica per le *potenziali gravi conseguenze per la madre e per il bambino, soprattutto nelle madri adolescenti*.

Dal punto di vista pratico, noi dobbiamo *indagare attivamente la depressione nelle adolescenti* come fattore di rischio per inadeguatezza contraccettiva (una delle grandi emergenze del nostro Paese) e per il rischio di *depressione post partum*. Dobbiamo inoltre *strutturare frequenti controlli periodici nel primo anno dopo la nascita per far sentire alla donna che siamo al suo fianco che non è e non sarà più sola*.

Vorrei concludere condividendo con voi la nascita della mia *Fondazione*, www.fondazionegraziottin.org, dedicata alla *cura del dolore della donna*. La Fondazione ha ora richiesto l'affiliazione alla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. Perché il dolore della donna, e la sua verità biologica, sono uno degli aspetti della salute più negletti nel nostro Paese. Insieme contro il dolore fisico e psicoemotivo delle donne, possiamo e dobbiamo fare molto di più.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

BARNET B, LIU J, DEVOE M, *Double jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers*. ARCH PEDIATR ADOLESC MED. 162(3):246-52, MARCH 2008

BECK CT, *Predictors of post-natal depression: an update*. NURS RES. 50:275-285, 2001

GABBARD GO, *Psichiatria Psicodinamica*, Masson, MILANO, 1998

GRAZIOTTIN A, *Modificazioni del tono dell'umore in puerperio*
In AA. VV., *Atti del LXXIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) su "Dal concepimento alla nascita"*
CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI, ROMA, 2003, PAG. 599-606, 2003

GRAZIOTTIN A, *Sessuologia medica femminile*, IN DI RENZO G.C. (ED),
MANUALE DI GINECOLOGIA PER SPECIALIZZANDI, VERDUCI, ROMA, PAG
1462-1492, 200

HANUSA BH, HUDSON SCHOLLE S, HASKETT RF, ET AL, *Screening for depression in postpartum period: a comparison of three instruments*, JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH, 17, 4, 2008

MATTHEY S, BARNETT B, HOWIE P, KAVANAGH DJ, *Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?*, J AFFECT DISORD. APR; 74 (2):139-47, 2003

MC QUEEN, K, MONTGOMERY P, LAPPAN-GRANCON S ET AL, *Evidence-based recommendations for depressive symptoms in post-partum women*, JOGNN 37,127-136, 2008

MEADE I, ISKOVICS T, *Systematic Review of sexual risks among pregnant and mothering teens in USA*, SOC. SCIE. MED, 122; 33-38, 2005

MINKOVITZ CS, STROBINO D, SCHARFSTEIN D, HOU W, MILLER T, MISTRY KB, SWARTZ K, *Maternal Depressive Symptoms and Children's Receipt of Health Care in the First 3 Years of Life*, PEDIATRICS 115: 306-314, 2005

REID V, MEADOWS-OLIVER M, *Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature*, J PEDIATR HEALTH CARE. 2007 SEP-OCT;21(5):289-98. REVIEW

SECCO ML, PROFIT S, KENNEDY E ET AL, *Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers*, JOGNN 36; 47-54,2007

**DEPRESSIONE
POST-PARTUM NELLE
MAMME ADOLESCENTI**

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

Professore a.c. di Sessuologia Medica
Università di Firenze e di Parma

www.alessandragraziottin.it

DIAPOSITIVA 1

4

**Prevalenza dei Disturbi
dell'Umore in Puerperio**

Prevalenza:

- 70-85 % "maternity blues"
- 10-22 % depressione puerperale (36% adolesc)
- 0,1-0,2 % psicosi puerperale

• I ginecologi diagnosticano solo una parte delle depressioni puerperali (16% vs 22%); non commentano i disturbi dell'umore nel 28%; non riconoscono adeguatamente le depressioni a rischio suicidario

Morris-Rusch et al. Am.J.Obstet.Gynecol, 188,217-9, 2003

• Più del 50% delle DP non viene diagnosticato dal ginecol.

Tatano-Beck, Advances in Neonatal Care, 3 (1): 37-46, 2003
Graziottin, 2003, www.alessandragraziottin.it

Obiettivi della presentazione

Analizzare l'impatto della depressione post-partum nelle mamme adolescenti con attenzione:

- a) ai fattori predittivi e alle comorbidità mediche e psicosessuali
- b) ai rischi sul bambino

www.alessandragraziottin.it

2

Definizione

I disturbi dell'umore in puerperio includono:

- I "baby blues" o "maternal blues"
- la depressione puerperale
- la psicosi puerperale

ad essi sono stati aggiunti:

- il disturbo di panico post-partum (pp)
- il disturbo ossessivo-compulsivo (pp)
- il disturbo post-traumatico da stress (pp)

Tatano-Beck, Advances in Neonatal Care, 3 (1): 37-46, 2003, Harusa et Al, 2006
Graziottin A. Modificazioni del tono dell'umore in puerperio. In AA. VV., Atti del LXXXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) CIC Editoriale Internazionale, Roma, vol. 339-404, 2003

3

Fattori predittivi di depressione nelle adolescenti pre e post partum

5

Depressione nelle adolescenti

Preesistente alla gravidanza, si associa a:

- Bassa autostima
- Bassa fiducia nelle proprie capacità
- Perdita di interessi
- Stili di coping di tipo passivo o catastrofista
- Distorsioni cognitive
- Sensazione di perdita di controllo sugli eventi

Inadeguate decisioni in ambito procreativo

Barnett et al., 2008

6

Depressione e vulnerabilità al concepimento nelle adolescenti

- Influenza gli atteggiamenti sessuali
 - Riduce i comportamenti di autoprotezione (es. uso del profilattico)
 - Riduce la compliance, aderenza e consistenza d'uso dei contraccettivi ormonali
 - Influisce sulla relazione di coppia
 - E' associata a clusters di rischio per abbandono della scuola, emarginazione, **pregiudizio, abuso sessuale, violenza** sessuale. Le ragioni forti della compliance e dell'aderenza alla terapia, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2007
- Reid et Al, 2007; Barnet et Al, 2008; Hanusa et Al, 2008; McQueen et Al, 2008;

7

La gravidanza nelle adolescenti si associa a:

- Aumento del rischio gestazionale con esiti più problematici per mamma e bambino
 - Più bassa scolarità
 - Maggiore vulnerabilità a dipendenze ed abusi
 - Reddito più basso futuro
 - Maggiore dipendenza dall'assistenza sociale
 - Maggiore vulnerabilità alla depressione
- Reid et Al, 2007; Barnet et Al, 2008, Hanusa et Al, 2008; McQueen et Al, 2008

8

La depressione postpartum nelle madri adolescenti

- Il 46% delle madri adolescenti ha sintomi depressivi
- Hanno due volte la probabilità di avere una depressione rispetto alle madri adulte
- Le afroamericane sono il doppio rispetto alle bianche (48% vs 28%); da noi dati ancora più asimmetrici per immigrate verso italiane

Barnet et Al, Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 162; 3, 246-252, marzo 2008

9

La depressione postpartum nelle madri adolescenti

- La depressione aumenta in modo significativo ($p < 0.05$) la probabilità di una seconda gravidanza precoce
- Il 19% delle madri adolescenti concepisce entro 12 mesi dal parto
- Il 38% entro i 24 mesi

Meade & Iskovic
Systematic Review of sexual risks among pregnant and mothering teens in USA
Soc. Sci. Med. 2005

10

Fattori di rischio per la depressione in puerperio

Fattori predittivi di DP in puerperio:

- depressione personale ($p < 0.0006$)
- prec. trattamento per depressione ($p < 0.0001$)
- depressione in gravidanza ($p < 0.0001$)
- **madri di bimbi pretermine o con parti multipli** (54%
madri di due gemelli vivi, 52% madri di gemelli di cui uno solo vivo)

Morris-Rush et al. Am J Obstet Gynecol. 198;217-8, 2008

Essere madri adolescenti

Talano-Beck, 2003; Graziotin, 2006; Barnet et al, 2008

11

Fattori di rischio per la depressione in puerperio

Meta-analisi di 84 studi: 13 sintomi predittivi ($p < 0.001$)

a) personali

- storia di precedente depressione (1 ep. 68%; 2 ep. 79%; 3 ep. 95%)
- depressione prenatale
- ansia prenatale
- maternity blues
- bassa autostima / disturbi borderline di personalità
- stress nella cura del bambino
- bambino prematuro e/o problematico / malato ($p < 0.0001$)
- **gravidanza non desiderata / giovane età** ←
- stress esistenziali

Beck CT Predictors of post-natal depression: an update, Nurs Res. 50:275-285, 2005

12

Fattori di rischio per la depressione in puerperio

b) coniugali

- conflitti coniugali e/o scarso sostegno e affetto

c) legati al contesto

- basso supporto sociale
- basso livello socioeconomico
- **stato di ragazza-madre** ←

Beck CT Predictors of post-natal depression: an update, Nurs Res. 50:275-285, 2005

Barnet et al, 2008

13

La collusione del silenzio (a)

La mamma adolescente non chiede aiuto:

- per l'effetto emotivamente paralizzante della stessa depressione
- perché è o si sente sola e disperata
- perché non sa a chi chiedere aiuto
- perché non sa nemmeno che esista la depressione puerperale
- per la paura della stigmatizzazione sociale legata alla malattia mentale
- per fattori di isolamento culturale

www.alessandragraziotin.it

Barnet et al, 2008; Hanusa et al, 2008; McQueen et al, 2008

14

La collusione del silenzio (b)

Il ginecologo non diagnostica la depressione nell'adolescente per mancanza di:

- formazione
- attenzione e tempo
- motivazione
- consapevolezza sulle conseguenze a lungo termine su madre e bambino.

➔ "Passerà" è il peggior dei commenti

www.alessandragraziottin.it

15

Depressione clinica



The image shows an iceberg floating in the ocean. The small tip above the water is labeled "Depressione clinica". The much larger, submerged part of the iceberg is labeled "Complessità dei fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento".

Complessità dei fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento

© A. Graziottin, 2008

16

Fattori di rischio

- predisponenti:
vulnerabilità neurobiologica a depressione e ansia
- precipitanti:
caduta di estrogeni dopo il parto
bambino prematuro in cura intensiva / problematico gravidanza non voluta/ madre adolescente
solitudine, mancanza di supporto familiare

➔

www.alessandragraziottin.it

17

Fattori di rischio

- di mantenimento:
mancata diagnosi !!!
solitudine
mancanza di supporto
difficoltà socio- economiche

➔ Le donne affette da depressione postpartum hanno il doppio di probabilità di avere un altro episodio depressivo maggiore entro cinque anni

www.alessandragraziottin.it

18

Diagnosi di disturbi dell'umore nelle mamme adolescenti in puerperio

- riesci a dormire quando il bambino dorme?
- mangi con appetito o senza voglia o ti abbuffi?
- ti sente sola?
- hai voglia di uscire e preferisci stare in casa?
- ti sembra che il bambino sia un carico eccessivo per te?
- hai paura di far del male al bambino?
- il bambino ha cambiato la tua vita in modo imprevisto e/o che ti preoccupa?

www.alessandragraziottin.it

19

Diagnosi di disturbi dell'umore in puerperio

questionari validati:

- Postpartum Depression Predictors Inventory
- Edinburgh Postnatal Depression Scale
- Hamilton di ansia e depressione
- Illness behaviour questionnaire

www.alessandragraziottin.it

20

21

**The degree of depression
should not dictate
the type of intervention**

**Rather, treatment should be based
on maternal needs,
preferences
and severity of symptoms**

McQueen et Al. JOGNN, 37, 127-136, 2008

22

Terapia dei disturbi dell'umore in puerperio

- trattare condizioni che peggiorano astenia e debolezza (anemia sideropenica, ipomagnesemia, dieta inadeguata)
- psicoterapia e sostegno familiare/sociale
- antidepressivi: SSRI
triciclici
- neurolettici se delirio
- associazione di estrogeni con antidepressivi

www.alessandragraziottin.it

Conseguenze sul bambino

23

Conseguenze psichiche sul bambino (1)

- atteggiamento meno affettuoso col piccolo
- minore recettività/responsività ai segnali che il piccolo manda = frustrazione del bisogno di attaccamento
- disinvestimento emotivo oppure ostilità o intrusività col piccolo
- significativo aumento di abuso fisico ($p < 0.001$)
Tetano Deck, 2003; Barnet et al, 2008; Reid et Al, 2008
- i figli di madri depresse tendono ad essere scontenti, irritabili, evitanti, rumorosi, hanno mimica meno sorridente e vocalizzano meno dei controlli figli di madri serene
www.alessandragraziottin.it

24

Conseguenze neurobiologiche sul bambino

teoria dei "neuroni specchio"

- a livello della corteccia motoria è stata dimostrata un'attivazione dei neuroni che coordinano i movimenti che il piccolo sta osservando, mentre guarda la madre che gli parla o gli sorride "neuronal mirroring"
- questa attivazione precede il movimento del piccolo, sorta di "gestazione empatica comportamentale"

Rizzolatti et Al, 1996, 2006, 2007
Suwa & Tsumbu, 2002, Oulaya, 2007

25

Conseguenze psicofisiche sul bambino (2)

- Aumento del 44% dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico
- Riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni

CS, Minkovitz et Al. Maternal Depressive Symptoms and Children's Receipt of Health Care in the First 3 Years of Life. Pediatrics 115: 306-314, 2005

26

Conseguenze a lungo termine sul bambino

COGNITIVE

- QI a 11 anni significativamente più bassi dei controlli
- problemi di attenzione e di concentrazione

EMOTIVE

- disturbi comportamentali
- minore "competenza sociale"
- minore QE (quoziente intelligenza emotiva)

Talano Beck, 2003; A.Graziottin, 2005; Barnett et Al, 2008

27

Conclusioni (1)

- I disturbi dell'umore in puerperio presentano un'alta prevalenza nelle mamme adolescenti
- Riconoscono una genesi psiconeuroendocrina, scatenata dalla caduta degli estrogeni post-partum e dal distress adattativo alla nascita e ai cambiamenti che comporta per la giovane donna, che spesso è già in critiche situazioni psicoemotive e sociali

28

Conclusioni (2)

- Sono drammaticamente sottodiagnosticati
- Meritano tempestiva attenzione clinica per le potenziali gravi conseguenze per la madre e per il bambino, soprattutto nelle madri adolescenti

29

Conclusioni (3)

- Indagare la depressione nelle adolescenti come fattore di rischio
 - a) per inadeguatezza contraccettiva
 - b) per rischio di depressione postpartum
- Strutturare frequenti controlli periodici nel primo anno post-partum

30

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

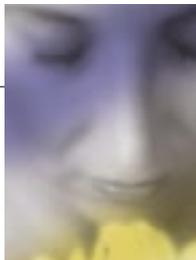


SIGO

SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA
E OSTETRICIA

Non lasciamole sole

Una rete di tutela
contro la depressione post partum



Convegno Nazionale SIGO

Programma

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 Psicopatologia 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 Grispi, 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