

■ PSICHIATRIA

Le prime linee guida nazionali sulla psicopatologia perinatale

■ **Patrizia Lattuada**

Il periodo perinatale, che si estende dalla gravidanza fino al 1° anno post partum, è uno dei momenti più delicati della vita di una donna in cui diventa più vulnerabile, anche a seguito di diversi fattori di natura biologica, ormonale, psicologica e relazionale.

In questo periodo si possono presentare una considerevole variabilità di disturbi mentali che richiedono un'adeguata identificazione e una conseguente corretta gestione. Circa il 16% delle donne soffre di un disturbo mentale con ripercussioni importanti sulla puerpera, sul bambino, sulla relazione mamma-bambino e su tutto l'entourage familiare.

Per fornire elementi di prevenzione, diagnosi e trattamento sono state recentemente presentate le prime "Linee guida italiane sulla psicopatologia perinatale". Il documento è frutto di un network di lavoro formato da numerosi specialisti e da sei centri d'eccellenza di Milano, Torino, Pisa, Ancona, Napoli e Catania, coinvolti nel progetto dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna.

Basate sulla conoscenza clinica e di ricerca e su linee guida internazionali

filtrate con la realtà italiana, le linee guida sono un contributo per gli operatori che giungono a contatto con la maternità (medico di medicina generale, ginecologo, neonatologo, pediatra), e un ausilio per identificare i fattori di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia nella donna, per riconoscere la patologia e forniscono indicazioni sul percorso di cura prima dell'invio allo specialista.

▶ **Prevenzione**

Nel documento particolare cura è stata dedicata alla prevenzione. Vengono identificati i fattori di rischio per le singole tipologie psicopatologiche, che andrebbero indagati anche attraverso un'indagine della storia di vita della donna che consideri non solo l'anamnesi medica ma anche familiare, biologica (ormonale) e ambientale.

Questo aspetto consente una diagnosi più accurata sia in relazione alla sintomatologia sia all'intensità dei disturbi d'ansia e affettivi e alle ripercussioni disfunzionali nell'esperienza di maternità. Un'attenta analisi è essenziale infatti per stabilire l'approccio terapeutico, che si avvale nei casi lievi

di interventi psicoeducazionali con visite medico-psichiatriche di controllo e in condizioni cliniche medio-gravi di interventi più strutturati con l'ausilio di farmaci e psicoterapia.

▶ **Differenziazione dei disturbi**

Depressione

Si manifesta nel 10% delle donne, con un picco di frequenza alla 32° settimana. Essa può essere la manifestazione di un *continuum* depressivo o una ricorrenza di una condizione precedente. Sono a maggior rischio le donne che hanno sospeso un trattamento antidepressivo per la gravidanza, più soggette anche a depressione post partum.

Ansia

L'ansia in gravidanza è associata a conseguenze negative sullo sviluppo fetale e alla possibilità di manifestare una depressione post partum. La maggiore difficoltà ad individuare i disturbi d'ansia durante la gravidanza è dovuta alla sovrapposizione di sintomi fisici e psichici propri dell'esperienza di gravidanza.

Maternity blues

Con una incidenza del 50-80%, il *maternity blues* si manifesta con un decorso transitorio e reversibile determinato dalla brusca caduta dei livelli estro-progestinici che tende alla risoluzione spontanea entro una settimana/10 giorni. Nelle donne affette da *maternity blues* si è riscontrato un rischio di sviluppare depressione post partum di 3.8 volte maggiore e un rischio di 3.9 volte maggiore di ma-

nifestare una patologia dello spettro d'ansia rispetto alle restanti donne.

Depressione post partum

Colpisce il 10-15% delle donne durante il primo anno di vita del bambino, con manifestazioni immediatamente successive al parto, il più delle volte entro i 4-6 mesi dalla nascita del bimbo. Esiste una relazione tra depressione postnatale e ogni tipo di disturbo psichiatrico precedente. Questa correlazione diventa più forte quando riguarda l'insorgere della depressione nel corso della gravidanza.

Psicosi puerperale

Si manifesta 1/1000 parti di bambini nati vivi. Se una donna ha manifestato un episodio di psicosi puerperale avrà un rischio del 25-75% di avere una ricaduta nelle gravidanze successive.

Disturbo della relazione madre-bambino

La relazione madre-bambino inizia già durante la gravidanza e consiste in idee ed emozioni attivate dal bambino che trovano la loro espressione nei comportamenti affettivi e protettivi della madre. Si differenzia dalla depressione post partum perché il disturbo è centrato sull'inadeguata risposta emotiva della madre verso il proprio bambino. In una minoranza, circa l'1%, si sviluppano emozioni negative verso il bambino che possono raggiungere sentimenti di antipatia, odio o rifiuto fino a rabbia patologica quando le richieste del bambino suscitano nella mamma impulsi aggressivi che possono portare alle urla, all'abuso e in casi estremi all'infanticidio.

Tabella 1

Opzioni terapeutiche in gravidanza e nel post partum

Trattamenti non farmacologici	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi psicoeducazionali • Psicoterapia <ul style="list-style-type: none"> <i>Terapia cognitivo-comportamentale</i> <i>Terapia interpersonale</i> <i>Terapia psicodinamica</i> • Supporto psicologico • Tecniche di rilassamento
Trattamento farmacologico	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepressivi • Ansiolitici • Stabilizzatori dell'umore • Antipsicotici
Trattamento combinato	Un approccio integrato - farmaco e psicoterapia - è il miglior intervento terapeutico che si possa strutturare e con il quale si raggiunge il maggior successo di guarigione dai sintomi

► **Trattamento**

Nel documento sono riportati diversi suggerimenti utili al fine di impostare gli opportuni trattamenti (*tabella 1*).

Il documento è un contributo per sfatare i tanti luoghi comuni che aleggiano attorno al periodo perinatale. Secondo il Prof. **Claudio Mencacci**, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'AO Fatebenefratelli di Milano, tra gli autori del documento, l'indicazione che, prima di ricercare una gravidanza sia necessario interrompere il trattamento antidepressivo si sta rilevando profondamente errata e non tiene conto del fatto che ansia e depressione in gravidanza non opportunamente monitorate e, se necessario trattate, sono causa di gravi conseguenze per la madre, il feto e il nascituro. Tali conseguenze, ormai

ampiamente documentate, non sono solo di carattere psichico-emotivo, ma possono essere anche fisiche, tanto che nella bilancia rischi-benefici - se proseguire o interrompere la terapia - la prevalente letteratura indica il proseguimento del trattamento farmacologico con antidepressivi e/o benzodiazepine in gravidanza e, se necessario, nel post partum. Inoltre, con un attento monitoraggio, la madre non perde la possibilità dell'allattamento.

www.qr-link.it/video/0112




 Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code